

## Diferencias de Género, Vulnerabilidad, Autoestima y Competencia Percibida en Infarto de Miocardio

### *Gender Differences, Vulnerability, Self-Esteem and Perceived Competence in Myocardial Infarction*

Jordá-Jordá, A. \* y Rueda, B. \*\*

\*Departamento de Salud de Orihuela, Unidad de Salud Mental. Hospital de la Vega Baja de Orihuela. Ctra. Orihuela – Almoradí, S/N, 03314 Orihuela, Alicante (España).

\*\*Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología (UNED). C/ Juan del Rosal, 10, 28040 Madrid (España).

#### Resumen

**Marco teórico:** Existen diferencias de género en muchos de los factores psicosociales de riesgo y de ajuste en la enfermedad crónica, pero son pocos los estudios que se han centrado en el infarto de miocardio. Se examinaron las diferencias de género en vulnerabilidad psicológica (VP), autoestima (AU), competencia percibida (CP), satisfacción vital y aceptación en pacientes con Infarto de Miocardio (IM). Se examinó la relación y la capacidad predictiva de VP, CP y AU con la aceptación de la enfermedad y la satisfacción. **Métodos** La muestra se compuso de 55 pacientes (25 mujeres, 30 hombres), ingresados en un centro hospitalario por IM. Los diferentes factores se evaluaron a través de la administración de un cuadernillo elaborado con las diferentes escalas psicométricas. El nivel de significación empleado en todos los análisis fue de  $p < .05$ . **Resultados:** Las mujeres puntuaron más alto en VP y más bajo en AU, CP, Aceptación y Satisfacción. La VP se asoció negativamente con la aceptación, la AU y la CP se relacionaron positivamente con la satisfacción vital y la aceptación. La AU y la CP mostraron una capacidad predictiva positiva en cuanto a satisfacción, mientras que la AU predijo de manera positiva aceptación. **Conclusiones:** Es necesario considerar intervenciones específicas para mujeres con IM. El incremento en CP y AU puede contribuir a mejorar la satisfacción y la calidad de vida, en general, en los pacientes con IM.

**Palabras clave:** Vulnerabilidad psicológica; competencia percibida; autoestima; enfermedad cardiovascular; género.

#### Abstract

**Theoretical Framework:** There are gender differences in many of the psychosocial factors of risk and adjustment in chronic disease, but few studies have focused on myocardial infarction. There were examined gender differences in psychological vulnerability (VP), self-esteem (AU), perceived competence (CP), life satisfaction and acceptance in patients with Myocardial Infarction (IM). The relationship and predictive capacity of VP, CP and AU with acceptance and satisfaction were examined. **Methods:** The sample consisted of 55 patients (25 women, 30 men), admitted to the hospital by IM. The different factors were assessed through the administration of a booklet prepared with the different psychometric scales. The level of significance used was  $P < .05$ . **Results:** Women scored higher in VP, lower in AU, CP, Acceptance and Satisfaction. VP was negatively associated with acceptance. AU and CP were positively related to life satisfaction and acceptance. AU and CP showed a positive predictive capacity in terms of satisfaction, whereas AU positively predicted acceptance. **Conclusions:** Need to consider specific interventions for women with IM. The increase in CP and AU can contribute to improve satisfaction and quality of life in patients with IM.

**Key words:** Psychological vulnerability; perceived competence; self-esteem; cardiovascular disease; gender.

## **INTRODUCCIÓN**

Las enfermedades cardiovasculares (ECVs) constituyen la principal causa de muerte en todo el mundo (OMS, 2015). En el año 2013 las muertes por motivos cardiovasculares representaron el 31% de todas las muertes a nivel mundial (American Heart Association, 2017). En concreto, el infarto de miocardio (IM), representa la principal causa de muerte por ECV en adultos de países industrializados (Ferreira-González, 2014). La ECV es una enfermedad que, además de afectar al corazón, también se ha relacionado con la afección del cerebro provocando lesiones y deterioro de las funciones ejecutivas (Fontana, Raimondi, Schmidt y González, 2016).

Las ECVs se suelen acompañar de una serie de aspectos socio-demográficos y psicológicos que actúan como factores de riesgo que contribuyen a agravar la situación y a enlentecer el proceso de recuperación y de rehabilitación cardíaca. Por ejemplo, son factores de riesgo, tanto el género, como la edad y, dentro de los aspectos psicológicos, la depresión, la ansiedad o la vulnerabilidad psicológica juegan su papel (Aburuz, 2018; Crestani, 2016; Intermountain Medical Center, 2017; Raič, 2017; Roest, Martens, De Jonge y Denollet, 2010).

La vulnerabilidad psicológica (VP) hace referencia a la autopercepción de dependencia a los demás y perfeccionismo, a la necesidad de fuentes externas de aprobación y a la realización de atribuciones negativas, representando así un mecanismo de riesgo relevante para la aparición de diferentes perturbaciones psicológicas, particularmente la depresión (Sinclair y Wallston, 1999). Así mismo, constituye un factor de riesgo psicosocial que también podría relacionarse con un peor manejo y adaptación a la ECV, estando a su vez particularmente asociada con la presencia de estados ansiosos y depresivos

Estudios realizados, tanto en población normal, como clínica, han mostrado una relación positiva entre la VP y el desarrollo y mantenimiento de sintomatología depresiva, parece que la VP puede ser considerada como una condición premórbida a episodios depresivos (Abello, 2010; Antypa y cols., 2017).

Son muy pocos los estudios que se han centrado en examinar específicamente el impacto de la VP en pacientes cardiovasculares, sin embargo numerosas investigaciones han corroborado niveles elevados de ansiedad y depresión en este tipo de pacientes (Aburuz, 2018; Crestani, 2016; Raič, 2017). Lo cual lleva a plantear la hipótesis de que estos pacientes presenten también un alto grado de VP.

De forma paralela, es posible encontrar en las ECVs determinados factores de ajuste, como la competencia percibida (CP) y la autoestima (AU), que pueden contribuir a reducir el riesgo de padecerlas o a mejorar la recuperación una vez que estas patologías se han originado.

La CP representa la creencia general que tiene el individuo acerca de su capacidad para interactuar de modo efectivo con el medio (Smith, Wallston y Dobbins, 1991). En pacientes con ECV, se ha encontrado que la CP es un importante predictor de mejores resultados, tanto físicos, como psicológicos, en el tratamiento de la ECV (Cameron y cols., 2018). Asimismo, se ha constatado que la CP tiene efectos directos sobre la intención y realización de conductas preventivas de la ECV (Carpi, González, Zurriaga, Marzo y Buunk, 2009).

La AU es otro importante mecanismo de ajuste que en la actualidad está siendo objeto de atención por parte de la investigación. En población sana se ha encontrado que la AU se relaciona de forma positiva con el ajuste psicológico (Furr, 2005), además de mediar entre las opiniones positivas de uno mismo y la satisfacción vital (Wu, Tsai y Chen, 2009). En población con enfermedades crónicas, en general, se han encontrado

niveles reducidos de AU (Mikula, Nagyova, Vitkova y Szilasiova, 2018; Ponsford, Kelly y Couchman, 2014).

A pesar de estos resultados, la AU es un factor que todavía no ha sido apenas estudiado en relación con la ECV. Debido a su posible papel beneficioso, resulta particularmente interesante explorar la influencia que pueda tener esta variable sobre el ajuste psicológico de los pacientes con ECV, considerando también su asociación con otros factores de riesgo, como la VP.

Por otra parte, los diferentes factores de riesgo y de ajuste comentados podrían estar afectando también a otros factores que se dan también en la enfermedad crónica, como la aceptación de la enfermedad y la satisfacción vital. Estos factores podrían ayudar al paciente con ECV a adaptarse mejor a su enfermedad y, por lo tanto, contemplarse también como criterios de ajuste.

Se ha encontrado que en pacientes con ECV congénita existen mayores niveles de aceptación de la enfermedad y menores niveles de ansiedad y depresión que en pacientes con ECV no congénitas (Bedair y cols, 2015). La aceptación de la enfermedad en pacientes con ECV se asocia con consecuencias positivas, al favorecer una mayor adherencia al tratamiento, un mejor funcionamiento físico y una disminución de sus emociones negativas (Karademas y Hondronikola, 2010). No obstante, son muy escasos los estudios que tratan de valorar la aceptación de la enfermedad en la ECV y algunos datos reflejan inconsistencias en cuanto a la relación de la aceptación con la calidad de vida en personas con ECV, poniendo de manifiesto que el uso de la aceptación podría funcionar más como una forma de resignación y abandono, dando lugar a consecuencias más negativas (Morling y Evered, 2006). De esta manera, se hace preciso examinar, con mayor detenimiento, el papel que tiene el proceso de aceptar la enfermedad en los

pacientes con ECV, determinando si ésta resulta beneficiosa o puede ser, por el contrario, desadaptativa.

En cuanto a la satisfacción vital, hay datos que apoyan que la satisfacción experimentada en diferentes áreas de la vida constituye un importante factor protector para la aparición de ECV (Boehm, Peterson, Kivimaki y Kubzansky, 2011). En este estudio, en particular, se encontró una relación positiva entre la satisfacción y el rendimiento en el trabajo y actividad sexual, así mismo la relación fue positiva también con la salud cardiovascular. La satisfacción se asoció también con una reducción de la probabilidad de aparición de problemas cardíacos o muerte cardiovascular a largo plazo. Otra investigación, en la que se examinó la relación entre la satisfacción vital y la mortalidad en ancianos, arrojó unos resultados parecidos. Cuando se evaluó la relación entre satisfacción vital y la mortalidad se apreció que el grupo con menores puntuaciones en satisfacción mostraba, en comparación con las personas cuya puntuación en satisfacción vital era más alta, un riesgo más elevado de mortalidad por causas diversas, así como por ECV (Kimm, Sull, Gombojav, Yi y Ohrr, 2012). Por otra parte, la satisfacción vital también se ha visto que es un factor que se relaciona, tanto con la salud, como con el bienestar en pacientes hipertensos (Martos-Méndez, 2016).

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en las distintas investigaciones revisadas, parece que la aceptación y la satisfacción constituyen dos variables de ajuste que podrían tener un peso importante y positivo en el curso, pronóstico y adaptación de los pacientes a la ECV. Sin embargo, son pocas, o ninguna, las investigaciones en las que se han examinado las relaciones y el poder predictivo de la VP, la CP y la AU con respecto a estas variables en el ámbito de la ECV y, en concreto, en pacientes con IM. Esta laguna en la investigación es la que se ha pretendido cubrir con la realización del presente estudio.

*Diferencias de género en el ajuste a la Enfermedad Cardiovascular*

El género representa otra variable que ha demostrado tener una influencia negativa sobre la ECV. En España la ECV es la primera causa de muerte tanto en hombres como en mujeres, pese a que en la mujer se desarrolla con menor frecuencia y a una edad más tardía que los varones, al igual que sucede en el resto de países occidentales (Instituto Nacional de estadística, 2017; OMS, 2015). El último informe *Defunciones según causa de la muerte* del Instituto Nacional de Estadística lanza una clara advertencia: en España existe una brecha de mortalidad cardiovascular entre mujeres y hombres, la mujer muere un 6% más que el hombre por problemas del corazón. Según este estudio la diferencia se debería a que, durante años, se ha visto al IM como algo típicamente masculino, con síntomas que no coinciden con los de la mujer y, por tanto, no se acude a urgencias a tiempo. Esto, unido a los hábitos de vida cada vez menos saludables, el estrés, el tabaquismo y el desconocimiento sobre el peligro de esos síntomas ha hecho que la mujer sea carne de cañón para la angina de pecho y el IM. A pesar de estas advertencias, es llamativo que la mayor parte de la evidencia en la que se sigue basando la actuación médica actual se ha obtenido a partir de estudios en los que la participación es predominantemente masculina, lo cual pone de manifiesto la necesidad de llevar a cabo investigaciones realizadas de forma específica con las mujeres que presentan ECV.

En cuanto a las diferencias de género, en factores psicológicos de riesgo dentro del marco de la ECV, son muy escasas las investigaciones existentes, pero la mayoría de ellas coinciden también en apuntar que las mujeres tienden a puntuar más alto en las principales variables de riesgo psicosocial, observándose así una mayor VP, ansiedad y depresión (Dueñas, Ramírez, Arana y Failde, 2011; Low, Thurston y Matthews, 2010; Montero, Rueda y Bermúdez, 2012).

Con respecto a algunos de los factores psicosociales de ajuste asociados a la ECV, tampoco se han encontrado apenas estudios, pero se han apreciado también diferencias significativas entre mujeres y hombres. Así, hay datos que sugieren que, en relación con la CP, la AU, la satisfacción vital y la aceptación, son los hombres quienes puntúan más alto en estas variables (Ramírez y Lee, 2012; Sánchez, Aparicio y Dresch, 2006).

Considerando que la mayoría de estudios que han tratado de analizar la influencia de los factores protectores en la ECV se han compuesto, casi exclusivamente, de pacientes masculinos, resulta esencial, en primer lugar, replicar estos estudios con muestras que incorporen también pacientes mujeres; y, en segundo lugar, estudiar de manera exhaustiva las diferencias de género que puede haber en relación con la VP y con los factores de ajuste, como la AU, la CP, la satisfacción vital y la aceptación de la enfermedad. De este modo, se obtendría evidencia acerca de cuáles son los factores de ajuste que sería conveniente potenciar en las intervenciones terapéuticas dirigidas a las mujeres que sufren, o han sufrido, un IM, y minimizar los factores psicológicos relacionados con el aumento de la incidencia y reincidencia de éstas enfermedades, los cuales se ha visto que es posible reducir tras la aplicación de programas psicoterapéuticos de corte multidisciplinar (Jiménez, Tirado, Martínez y Martín-Oviedo, 2015).

Los objetivos planteados en el presente estudio fueron; examinar las diferencias de género con respecto a la VP y los factores de ajuste (AU, CP, satisfacción y aceptación) en pacientes con IM. Asimismo, se pretendió determinar, en el total de la muestra de pacientes con IM, cómo se relacionaban entre sí la VP, la CP y la AU, y cuál era la asociación de estas variables con la aceptación y la satisfacción. Y, por último, se investigó cuál era la capacidad predictiva de la VP, la CP y la AU con respecto a la aceptación y la satisfacción en los pacientes con IM.

En cuanto a las hipótesis, y de acuerdo con las investigaciones revisadas, esperábamos que las mujeres, en comparación con los hombres, puntuarían más bajo en los factores de ajuste referidos, siendo su puntuación en VP más elevada. Por otro lado, conjeturamos que la asociación de la VP con la CP, la AU, la aceptación y la satisfacción sería negativa, mientras que las relaciones de la CP y la AU con la aceptación y la satisfacción serían positivas. Finalmente, se estimó que, a la hora de predecir estas dos últimas variables, el peso predictivo de la VP sería negativo mientras que el de la CP y la AU sería positivo.

## **MÉTODO**

### ***Participantes***

La muestra a la cual se accedió inicialmente estuvo compuesta por 68 pacientes (34 mujeres y 34 hombres), los cuales estaban ingresados por IM en la planta de Cardiología del Hospital de la Vega Baja de Orihuela en el momento de la obtención de datos.

Para la selección de muestra se recurrió a una muestra de conveniencia debido a la dificultad para acceder a este tipo de población. Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron: ser hombre o mujer; tener una edad comprendida entre 18 y 85 años; estar ingresado en la Planta de Cardiología por IM; y comprender la lengua española. Se excluyeron a todos aquellos pacientes con diagnósticos añadidos de demencias u otros trastornos degenerativos, trastornos psicóticos y abuso y/o abstinencia de sustancias.

De los 68 pacientes que resultaban ser potencialmente elegibles, seis fueron excluidos por la presencia de otros trastornos añadidos e incompatibles con la investigación y siete de



ellos decidieron no participar en el estudio una vez que fueron informados acerca del mismo.

A los pacientes que decidieron participar en la investigación se les hizo entrega de un cuadernillo que contenía los cuestionarios de evaluación el cual debían cumplimentar y entregar en el momento.

La muestra final constó de 55 pacientes, 25 (45,5 %) mujeres y 30 (54,5 %) hombres, con una edad comprendida entre 36 y 85 años (Media=71 años). De los 55 pacientes, 22 estaban ingresados por recurrencia de IM y los otros 33 estaban ingresados por ocurrencia del primer IM. En todos los pacientes el tiempo promedio que había transcurrido desde la ocurrencia del IM hasta que fueron ingresados fue de entre 2 y 5 días.

### ***Procedimiento***

El estudio se llevó a cabo siguiendo rigurosamente las recomendaciones éticas internacionales para investigación médica en humanos. La investigadora principal fue la responsable de garantizar que el estudio se realizase de acuerdo con las normas recogidas en la Declaración de Helsinki y se elaboró un consentimiento informado junto con una hoja de información para los participantes del mismo. Antes de iniciar el estudio, el protocolo fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del hospital. En lo referente a la confidencialidad de los datos, se siguió lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de “Protección de Datos de Carácter Personal”.

### ***Medidas***

El cuadernillo elaborado se compuso de las siguientes escalas psicométricas:

*Escala de Vulnerabilidad Psicológica* (PVS; Sinclair y Wallston, 1999;

validación española de Rueda, Pérez-García, Sanjuán y Ruiz, 2007). Evalúa las creencias referidas a la dependencia del logro y a la necesidad de aprobación de los demás como forma de afirmar el sentido de valía personal. Está compuesta por 6 ítems, siendo el formato de respuesta de 5 puntos (1 = nada; 2 = poco; 3 = algo; 4 = bastante, 5 = mucho). El coeficiente alpha de Cronbach en la presente investigación fue ,68.

*Escala de Autoestima de Rosemberg* (RSE; Rosenberg, 1965). Evalúa el nivel de autoestima, entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto que tiene la persona hacia sí misma. Consta de 10 ítems con un formato de respuesta de 1 a 4 puntos (4= Muy de acuerdo; 3= De Acuerdo; 2= En desacuerdo; 1= Muy en desacuerdo). El coeficiente alpha de Cronbach en la presente investigación fue ,72.

*Escala de Competencia Percibida* (ECP; Smith, Wallston y Smith, 1995; validación española de Fernández-Castro, Álvarez, Blasco, Doval y Sanz, 1998). Consta de 8 ítems, 4 de los cuales tienen un formato de respuesta de 5 puntos (1 = nada; 2 = poco; 3 = algo; 4 = bastante, 5 = mucho), y los 4 ítems restantes tienen el mismo formato de respuesta pero con la puntuación invertida. El coeficiente alpha de Cronbach en la presente investigación fue ,90.

*Escala de Satisfacción Vital* (SWLS; Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985). Está compuesta por 5 ítems con formato de respuesta de 3 puntos (1= Nada de acuerdo; 2= Algo en desacuerdo, 3= Algo de acuerdo; 4 = De acuerdo; 5=Totalmente de acuerdo). El coeficiente alpha de Cronbach en la presente investigación fue ,95.

*Cuestionario sobre la Aceptación de la Enfermedad Crónica* (ICQ; Evers et al., 2001). Compuesta por 18 ítems agrupados en tres dimensiones: Indefensión, Aceptación y Beneficios Percibidos. El formato de respuesta consta de 4 puntos (1 = nada; 2 = Algo; 3 = Mucho; 4 = Completamente). Los autores proponen tres cogniciones genéricas de la enfermedad que reflejan diferentes formas de reevaluación del carácter inherentemente

aversivo de una condición crónica: la Indefensión, como una manera de dar énfasis al significado aversivo de la enfermedad; la Aceptación como una manera de disminuir el significado aversivo; y los Beneficios Percibidos como una manera de agregar un significado positivo a la enfermedad. En nuestro estudio únicamente se ha utilizado la puntuación total obtenida de la subescala de Aceptación que es la variable que interesaba estudiar. El coeficiente alpha de Cronbach en la presente investigación fue ,69.

### ***Diseño de la investigación***

Estudio observacional, analítico, correlacional.

### ***Análisis estadístico***

Por medio del Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS), versión 21, se realizó el análisis estadístico de los datos recogidos. Se obtuvieron los estadísticos descriptivos de las variables estudiadas (medias, desviación estándar y rango de puntuaciones). Para estudiar las diferencias de género con respecto al factor de riesgo (es decir, la VP) y los factores de ajuste (es decir, la AU, la CP, la satisfacción y la aceptación), se llevó a cabo la Prueba *t* de Student para muestras independientes. Asimismo, se obtuvieron las correlaciones de Pearson para examinar, en el total de la muestra, la relación de la VP con la CP y la AU, y la asociación de estas tres variables con la satisfacción y la aceptación. Finalmente, se llevaron a cabo diferentes análisis de regresión en bloque para determinar el peso de la VP, la CP y la AU (variables predictoras) con respecto a la aceptación y la satisfacción (variables criterio). A la hora de estudiar el peso de las diferentes variables predictoras sobre las variables criterio, se calculó también el índice de condicionamiento (IC) para asegurar que no hubo multicolinealidad entre variables. El nivel de significación empleado en todos los análisis fue de  $p < .05$ .

## RESULTADOS

### *Estadísticos descriptivos*

En la Tabla 1 se muestran los estadísticos descriptivos de la muestra con respecto a las variables sociodemográficas y clínicas, y en la Tabla 2 se muestran los estadísticos descriptivos de la VP y de los factores de ajuste (AU, CP, satisfacción y aceptación).

**Tabla 1.**

Características sociodemográficas y clínicas de la muestra total.

	<b>n (%)</b>
<b>Género:</b>	
Mujer	25 (45,5%)
Hombre	30 (54,5%)
Con pareja	37 (67,3%)
Sin pareja	18 (32,7%)
Trabajan	10 (18,18%)
No trabajan	45 (81,82%)
<b>Tipo de patología:</b>	
IM	55 (100%)
Hipertensión	43 (78,2%)
Colesterol	36 (65,5%)
Diabetes	24 (43,6%)
Sobrepeso	39 (70,9%)
	<b>Media y DT</b>
Edad	71,18 (13,72)

**Tabla 2.**

Estadísticos descriptivos de la VP, AU, CP, satisfacción y aceptación en la muestra total.

	<i>Media y dt</i>	<b>Rango real</b>	<b>Rango posible</b>
<b>VP</b>	18,33 (4,74)	9-26	6-30
<b>AU</b>	28,53 (5,46)	18-38	10-40
<b>CP</b>	24,20 (3,80)	16-33	8-40
<b>Satisfacción</b>	14,95 (4,46)	7-22	5-25
<b>Aceptación</b>	14,35 (4,24)	7-21	6-24

#### *Diferencias en función del género*

En la Tabla 3 se indican los resultados referidos a las diferencias de género con respecto a la VP y a los factores de ajuste (AU, CP, satisfacción y aceptación). Como puede observarse, hubo diferencias estadísticamente significativas en función del género, puntuando más alto las mujeres en VP y más bajo en AU, CP, satisfacción y aceptación, en comparación con los hombres.

#### *Análisis correlacional*

En la Tabla 4 se presentan las intercorrelaciones entre la VP, la CP y la AU, así como las correlaciones de estas variables con la satisfacción y la aceptación. Como puede observarse, la VP se asoció negativamente con la AU, la CP, la satisfacción y la aceptación. La AU, por su parte, se asoció en gran medida y de forma positiva con la CP, la satisfacción vital y la aceptación de la enfermedad. Finalmente, la CP se asoció también de manera positiva, tanto con la satisfacción vital, como con la aceptación de la enfermedad.

**Tabla 3:**

Diferencias en VP, AU, CP, satisfacción y aceptación en función del género.

	<b>Género</b>	<b>Media</b>	<b>dt</b>	<b>t</b>
<b>VP</b>	Mujer	21,32	3,43	5,203**
	Hombre	15,83	4,23	
<b>AU</b>	Mujer	24,48	3,61	-6,798**
	Hombre	31,90	4,34	
<b>CP</b>	Mujer	21,36	2,67	-6,887**
	Hombre	26,57	2,88	
<b>Satisfacción</b>	Mujer	11,00	2,23	-10,201**
	Hombre	18,23	2,89	
<b>Aceptación</b>	Mujer	10,60	2,39	-10,139**
	Hombre	17,47	2,58	

\*\*p<.001

**Tabla 4.**

Intercorrelaciones entre la VP, AU, CP, satisfacción y aceptación en la muestra total.

	<b>VP</b>	<b>AU</b>	<b>CP</b>	<b>SATISFACCIÓN</b>	<b>ACEPTACIÓN</b>
<b>VP</b>	-	-	-	-	-
<b>AU</b>	-,735**	-	-	-	-
<b>CP</b>	-,656**	,766**	-	-	-
<b>SATISFACCIÓN</b>	-,698**	,809**	,754**	-	-
<b>ACEPTACIÓN</b>	-,740**	,841**	,720**	,835**	-

\*\*p<.001; \*p<.05

*Análisis de regresión*

En la Tabla 5 se muestran los análisis de regresión realizados para predecir la satisfacción y la aceptación.

Como puede apreciarse, la AU y la CP tuvieron una capacidad predictiva positiva y significativa a la hora de predecir la satisfacción vital, mientras que la VP no resultó ser un predictor significativo. Con respecto a la aceptación de la enfermedad, el peso de la AU fue positivo, al contrario de lo que ocurrió con la VP cuya asociación con la aceptación fue negativa. La CP, sin embargo, no resultó ser significativa a la hora de predecir esta variable criterio.

**Tabla 5.**

Análisis de regresión de la VP, la CP, y la AE sobre la satisfacción y aceptación.

Predictores	Criterio	R <sup>2</sup>	Beta	t	F (3,54)
VP	Satisfacción	,693	,289	2,409*	41,697
AU			-,166	-1,460	
CP			,465	3,485**	
VP	Aceptación	,732	,131	1,166	50,051
AU			-,239	-2,244*	
CP			,565	4,523**	

\*\*p<.001; \*p<.05

**DISCUSIÓN**

Los resultados obtenidos en este estudio apoyaron, en general, las hipótesis propuestas.

Nuestros resultados mostraron, en primer lugar, la existencia de diferencias estadísticamente significativas en función del género, con respecto a la VP y a los factores de ajuste considerados, esto es, CP, AU, satisfacción vital y aceptación, en la muestra de

pacientes con IM. En concreto, las mujeres, en comparación con los hombres, puntuaron más alto en VP, y más bajo en todos los factores de ajuste.

Estos datos apoyan totalmente la primera hipótesis que habíamos formulado, así como la evidencia encontrada en otros estudios, en los que se corrobora que las mujeres que padecen ECV, o han tenido un IM, presentan un mayor nivel de VP (Dueñas et al., 2011; Low, Thurston y Matthews, 2010; Montero et al., 2012) y niveles más bajos en aspectos psicológicos que pueden representar, bien mecanismos que contribuyen a la adaptación a la enfermedad, como la CP y la AU, o bien criterios de ajuste a la misma, como ocurre con la satisfacción vital y la aceptación de la enfermedad (Ramírez y Lee, 2012; Sánchez et al., 2006).

Si tenemos en cuenta que en la ECV, y más concretamente en el IM, el pronóstico y desarrollo de la enfermedad, la calidad de vida y el bienestar emocional es menos favorable en las mujeres y que, además, hay evidencia acerca de la asociación negativa de la VP con estas variables, la clarificación de las diferencias de género obtenidas en la presente investigación puede ser útil para intentar mejorar el pronóstico de las mujeres que hayan padecido IM, tratando de reducir su estado de vulnerabilidad cognitiva y emocional, y aumentar, al mismo tiempo, sus recursos psicológicos.

En cuanto a la segunda hipótesis que nos planteamos, los resultados hallados en este estudio también la apoyaron totalmente. Por un lado, la VP se asoció negativamente con la AU, la CP, la satisfacción vital y la aceptación de la enfermedad y estos resultados obtenidos están en la línea de lo evidenciado en otras investigaciones (Niiya y cols. 2004; Riskind y Alloy, 2006; Rueda et al., 2007; Sinclair y Wallston, 1999). Por otro lado, la CP y la AU se asociaron positivamente con la satisfacción vital y la aceptación de la enfermedad, concordando también estos resultados con los señalados en otros estudios



(Furr, 2005; Rueda, Pérez-García y Bermúdez, 2003; Smith et al., 1991; Smith et al., 1995; Wu et al., 2009).

Finalmente, y en línea con el análisis de las relaciones entre las variables estudiadas, otro de los objetivos de esta investigación fue examinar, en la muestra total, la capacidad predictiva que tenían la VP, la CP y la AU con respecto a la aceptación y la satisfacción. En este sentido los resultados obtenidos dieron un apoyo parcial a la hipótesis que habíamos formulado. Tanto la AU como la CP predijeron de forma positiva la satisfacción vital, si bien fue la AU la variable que tuvo mayor peso en la predicción de este criterio. Sin embargo, y al contrario de lo esperado, la VP no resultó ser significativa a la hora de predecir la satisfacción vital.

Estos resultados se podrían explicar teniendo en cuenta que los pacientes que percibieran un mayor control en las diferentes facetas de su vida e hicieran una valoración más positiva de sí mismos, podrían estar más orientados a actuar en ámbitos en los cuales se sintieran mejor consigo mismo y en los que creyeran que podrían ser más efectivos, siendo más probable que consiguieran los resultados deseados; todo lo cual podría contribuir a generar un mayor nivel de satisfacción vital a pesar de la ocurrencia del IM. En relación con la predicción de la aceptación de la enfermedad, tal y como habíamos propuesto, se apreció que el peso de la AU fue positivo y el de mayor magnitud. La VP emergió también como un predictor significativo, si bien su peso fue negativo. Por otra parte, y en contra de lo esperado, la CP no resultó ser significativa a la hora de predecir la aceptación.

El hecho de que la CP no predijera la aceptación de la enfermedad, mientras que la AU sí resultara ser significativa, se podría explicar apelando a que, tal vez, el hecho de aceptar la enfermedad tenga más que ver con la propia identidad de la persona y con asumir emocionalmente la presencia de la patología, aunque no se pueda cambiar, y no

tanto con la valoración de hacer algo para cambiar la situación, proceso éste que estaría más ligado con la CP. De igual modo, se podría sugerir, de manera tentativa, la existencia de un círculo positivo entre la CP y la AU con los factores de ajuste relativos a la aceptación de la enfermedad y la satisfacción vital. Así, la presencia de una alta CP y AU podría favorecer un mayor bienestar emocional, lo cual podría facilitar una mejor aceptación de la enfermedad y una mayor satisfacción vital.

El presente estudio cuenta con una serie de limitaciones que es preciso mencionar. En primer lugar, habría que señalar que la muestra seleccionada fue de conveniencia, debido a la dificultad para acceder a este tipo de población. Sería interesante, por lo tanto, no sólo aumentar el tamaño de la misma, así como el los grupos seleccionados, para incrementar la potencia del estudio, sino también realizar otras investigaciones en las que poder replicar nuestros resultados empleando para ello muestras seleccionadas de forma aleatoria. De igual forma, habría sido interesante contar con un grupo control con el cual poder comparar los resultados obtenidos en la muestra de pacientes. También habría que señalar el alto solapamiento obtenido entre la CP y AU, lo cual podría estar inflando el porcentaje de varianza compartido entre ambas escalas. No obstante, estas variables se mantuvieron en los distintos análisis, dado que conceptualmente representan constructos distintos. Por último, otra limitación sería la naturaleza correlacional de este estudio, la cual no permite establecer relaciones de causalidad entre las variables.

A pesar de estas limitaciones, el estudio presente pone de manifiesto las notables diferencias de género existentes con respecto a la VP y a una serie de factores de protección, como son la AU, la CP, la satisfacción y la aceptación, poco abordados hasta el momento en pacientes que han padecido un IM. Este aspecto hace necesario considerar el planteamiento de intervenciones específicas dirigidas a las personas que sufren o han sufrido IM, y muy en particular a la población de las mujeres con IM, con el objetivo de

potenciar sus factores de protección y minimizar su nivel de riesgo desde el punto de vista psicológico. Asimismo, el estudio revela que el incremento en CP y AU puede contribuir a que este tipo de pacientes acepte mejor su enfermedad, facilitando la realización de acciones que puede ayudarles a manejar mejor su enfermedad, así como a continuar consiguiendo sus objetivos en otros ámbitos de su vida, lo cual puede revertir en un mayor estado de satisfacción y calidad de vida.

## REFERENCIAS

- Abello, D. (2010). Depresión y la vulnerabilidad. *Cultura, Educación y Sociedad, 1*, 11-21.
- Aburuz, M. E. (2018). Persistent anxiety and in-hospital complications after acute coronary syndrome. *International Journal of Health Sciences, 12*, 50-56.
- American Heart Association. (2017). Heart Disease and Stroke Statistics - 2017 Update. A Report From the American Heart Association. *Circulation, 135*, 146-603.
- Antypa, N., Verkuil, B., Moloendijk, M., Schoevers, R., Penninx, B. y Van Der Does, W. (2017). Associations between chronotypes and psychological vulnerability factors of depression. *Chronobiology International, 8*, 1125-35.
- Bedair, R., Babu-Narayan, S.V., Dimopoulos, K., Quyam, S., Doyle, A.M, Swan, L.,... Wong, T. (2015). Acceptance and psychological impact of implantable defibrillators amongst adults with congenital heart disease. *International Journal of Cardiology, 15*, 218-24.
- Boehm, J. K., Peterson, C., Kivimaki, M. y Kubzansky, L. D. (2011). Heart health when life is satisfying: evidence form the whitehall II cohort study. *European Heart Journal, 32*, 2672-7.
- Cameron, J. E., Voth, J., Jaglal, S. B., Guilcher, S. J. T., Hawker, G. y Salbach, N. M. (2018). “In this together”: Social identification predicts health outcomes (via self-efficacy) in a chronic disease self-management program. *Social Science & Medicine, 1*, 1-32.

Carpi, A., González, P., Zurriaga, R., Marzo, J. C., y Buunk, A. P. (2009). Autoeficacia y percepción de control en la prevención de la enfermedad cardiovascular.

*Universitas Psychologica*, 9, 423-432.

Crestani, C. C. (2016). Adolescent vulnerability to cardiovascular consequences of chronic emotional stress: Review and perspectives for future research.

*Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 74, 1-10.

Diener, E.D., Emmons, R.A., Larsen, R.J. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.

Dueñas, M., Ramírez, C., Arana, R., y Failde, I. (2011). Gender Differences and determinants of health related quality of life in coronary patients: A Follow-up

Study. *BMC Cardiovascular Disorders*, 11, 1-11.

Evers, A. W., Kraaimaat, F. W., Lankveld, W., Jongen, P. J., Jacobs, J.W. y Bijlsma, J. W. (2001). Beyond unfavorable thinking: the illness cognition questionnaire for

chronic diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1026-36.

Fernández-Castro, J., Álvarez, M., Blasco, T., Doval, E. y Sanz, A. (1998). Validación de la escala de competencia personal de Wallston: implicaciones para el estudio

del estrés. *Revista ansiedad y estrés*, 4, 31-41.

Ferrerira-González, I. (2014). Epidemiología de la enfermedad coronaria. *Revista*

*Española de Cardiología*, 67, 139-144.

Fontana, S.A., Raimondi, W., Schmidt, C.D. y González, P. (2016). Flexibilidad

cognitive y control inhibitorio en pacientes con cardiopatía isquémica. *Revista*

*de Psicología de la Salud*, 4(1), 60-92.

- Furr, M. R. (2005). Differentiating happiness and self-esteem. *Individual Differences Research, 3*, 105-127.
- Instituto Nacional de Estadística. (2017). Informe Defunciones según causa de la muerte. *Instituto Nacional de Estadística*. Recuperado de <http://www.ine.es>
- Intermountain Medical Center. (2017). Depression doubles long-term risk of death after heart disease diagnosis, new study finds new study. *ScienceDaily*. Recuperado de [www.sciencedaily.com](http://www.sciencedaily.com).
- Jiménez, M.J., Tirado, S., Martínez, R. y Martín-Oviedo, P. (2015). Rehabilitación cardíaca y emociones negativas en cardiopatas. *Revista de Psicología de la Salud, 3(1)*, 1-36.
- Karademas, E. C., y Hondronikola, I. (2010). The impact of illness acceptance and helplessness to subjective health, and their stability over time: a prospective study in a sample of cardiac patients. *Psychology, Health & Medicine, 15*, 336-346.
- Kimm, H., Sull, J. W., Gombojav, B., Yi, S. W., y Ohrr, H. (2012). Life satisfaction and mortality in elderly people: The Kangwha Cohort Study. *BMC Public Health, 12*, 1-6.
- Low, C. A., Thurston, R. C., y Mathews, K. A. (2010). Psychosocial factors in the development of heart disease in women: current research and future directions. *Psychosomatic Medicine, 72*, 842-854.

- Martos Méndez, M.J. (2016). Análisis de la satisfacción vital, salud y apoyo social en pacientes con hipertensión arterial. *Revista de Psicología de la Salud*, 4(1), 24-59.
- Mikula, P., Nagyova, I., Vitkova, M. y Szilasiova, J. (2018). Management of multiple sclerosis: the role of coping self-efficacy and self-esteem. *Psychology, Health & Medicine*, 2, 1-6.
- Montero, P., Rueda, B. y Bermúdez, J. (2012). Relación de la personalidad tipo D y el agotamiento vital con las emociones negativas y el ajuste psicológico a la enfermedad cardiovascular. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 93-106.
- Morling, B., y Evered, S. (2006). Secondary control reviewed and redefined. *Psychological Bulletin*, 132, 269-296.
- Niiya, Y., Crocker, J., y Bartmes, E. N. (2004). From vulnerability to resilience: learning orientations buffer contingent self-esteem from failure. *Psychological Science*, 15, 801-5.
- OMS. (2015). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. *Organización Mundial de la salud*. Recuperado de <http://www.who.int>
- Ponsford, J., Kelly, A. y Couchman, G. (2014). Self-concept and self-esteem after acquired brain injury: A control group comparison. *Brain Injury*, 28, 146–154
- Raič M. (2017). Depression and heart diseases: leading health problems. *Psychiatria Danubina*, 29, 770–77.

- Ramírez, M., y Lee, S. L. (2012). Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años. *Revista de la Universidad Boliviana*, 11, 407-427.
- Riskind, J. H., y Alloy, L. B. (2006). Cognitive vulnerability to psychological disorders: overview of theory, design, and methods. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 705-725.
- Roest, A.M., Martens, E.J., De Jonge, P. y Denollet, J. (2010). Anxiety and Risk of Incident Coronary Heart Disease. A Meta-Analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 56, 38-46.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rueda, B., Pérez-García, A.M. y Bermúdez, J. (2003). La salud emocional desde la perspectiva de la competencia percibida. *Acción Psicológica*, 1, 41-49.
- Rueda, B., Pérez-García, A. M., Sanjuán, P., y Ruiz, M. A. (2007). Psychological vulnerability measurement: psychometric characteristics and validation in nonclinical population. En P. M. Goldfarb (Ed.), *Psychological tests and testing research trends*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Sánchez, M. P., Aparicio, M. E., y Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18, 584-590.
- Sinclair, V. G., y Wallston, K. A. (1999). The development and validation of the Psychological Vulnerability Scale. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 119-129.



Smith, M. S., Wallston, K. A. y Dobbins, C.J. (1991). The mediational role of perceived competence in psychological adjustment to rheumatoid arthritis. *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 1218- 1247.

Smith, M. S., Wallston, K. A., y Smith, C. A. (1995). The development and validation of the Perceived Health Competence Scale. *Health Education Research*, 10, 51-64.

Wu, C. H., Tsai, Y. M., y Chen, L.H. (2009). How do Positive views maintain life satisfaction? *Social Indicators Research*, 91, 269-281.

**La correspondencia concerniente a este artículo debe dirigirse a:**

Aránzazu Jordá Jordá

C/ San Isidro, 31, 03803, Alcoy (Alicante), España.

E-mail: zainhearts@gmail.com