



CAMBIOS MOTIVACIONALES POST INFARTO

Luis Esqueda Torres

El presente trabajo describe algunas características psicológicas de una muestra constituida por veintinueve personas afectadas por un infarto cardíaco y cuya entrevista fue realizada en la fase recuperativa (de 5 a 30 días después del accidente cardiovascular). Se utilizaron los reactivos Levenson, Mehrabian, Dises y Ansiet, para determinar el grado de internalidad, necesidad de logro, esperanza activa y pasiva, así como el grado de ansiedad percibida por los enfermos. Los puntajes fueron comparados con los resultados obtenidos en muestras de personas no enfermas, encontrándose que el grupo bajo análisis ofrece puntajes considerablemente más críticos, destacándose una caída importante en los puntajes de internalidad, logro y esperanza activa, mientras que los puntajes de ansiedad y esperanza pasiva aumentan en forma concomitante.

Estudios epidemiológicos (Brand, Rosenman, Sholtz y Friedman, 1976; Dawber y Kannel, 1961) han puesto en evidencia la asociación existente entre la enfermedad cardiovascular y algunos factores de riesgo. Por ejemplo, la edad (a mayor edad, mayor probabilidad de ocurrencia), el sexo (los hombres son más proclives que las mujeres), la herencia, la hipertensión, el colesterol elevado, el hábito de fumar, la inactividad física, la obesidad y la diabetes mellitus. Publicaciones más recientes han agregado a esa larga lista, otros factores bajo la denominación común de “factores psicosociales de riesgo”: la activación conductual intensa, también conocida como “el patrón conductual tipo A” (Friedman and Rosenman, 1959); la sobrecarga de trabajo o estrés (Jenkins, 1982); los desórdenes emocionales crónicos (Jenkins, 1983); la rabia y la hostilidad (Matthews, Glass, Rosenman and Bortner, 1977), así como la ansiedad y el neuroticismo (Costa, 1986).

Con algunas excepciones (el caso de la edad, el sexo y la herencia) los factores de riesgo citados arriba, pueden ser considerados como factores directa o indirectamente ligados a la conducta de los individuos. Por ello, podría decirse que la enfermedad cardiovascular es, en esencia, una enfermedad de la conducta o producida por el ambiente en el cual se ejecuta esa conducta.

Aunque la afirmación anterior es realmente provocadora (especialmente para el enfoque exclusivamente médico-biológico), su contenido no deja de tener un fuerte asidero en la realidad. Cuando se observa la conducta del individuo, muchos de los factores de riesgo ya nombrados se encuentran bajo su control directo o indirecto. El colesterol elevado, la inactividad física, el consumo de cigarrillos, la obesidad, los desórdenes emocionales, la rabia, la hostilidad, la ansiedad, la sobrecarga de trabajo, el estrés, la presión del tiempo (uno de los rasgos que mejor caracteriza el patrón conductual tipo A), todos ellos pueden ser modificados si el individuo se lo propone.

Quizás sea por esta última razón que los estudios psicosociales que buscan explicar la conducta del hombre ante la enfermedad y los eventos adversos (área que se conoce hoy como psicología social de la salud), han adquirido mayor vigencia y popularidad en la mayoría de los países industrializados. Las investigaciones, las teorías y, en general, la literatura especializada en el área, han crecido en una forma vertiginosa. La mayoría de los estudios adelantados hasta ahora

se centran en las características de personalidad (tipo A contra tipo B “behavior”, por ejemplo), en los mecanismos psicológicos que permiten ajustarse y retomar el control después de un evento adverso, en los procesos y mecanismo cognitivos que los individuos usan para explicar los acontecimientos (procesos atribucionales), pero pocos estudios han sido dedicados a describir la forma cómo el enfermo cardiovascular se autopercibe después de un infarto y qué ocurre en aspectos esenciales de su personalidad como la motivación.

A nivel nacional los estudios adelantados para comprender los procesos psicológicos presentes en los enfermos, desde la perspectiva motivacional, son muy escasos. En la mayoría de los casos, sólo se conocen los reportes clínicos de los propios médicos tratantes, quienes han podido notar la consistencia y sistematicidad de las reacciones psicológicas de los enfermos.

Se sabe que el infarto posee poderes devastadores en la personalidad de los individuos. Una de las primeras consecuencias del infarto es una revaloración de la experiencia pasada, acompañada de un pasajero pero agudo sentimiento de culpa y una casi irresistible depresión. Otra consecuencia psicológica del infarto es el desarrollo de un sentimiento personal de impotencia. La literatura foránea abunda en demostraciones de esta índole, pero a nivel nacional poco se sabe sobre cómo reacciona la población venezolana. En el presente caso, se trata de utilizar ciertos indicadores que podrían ofrecer alguna luz sobre este tipo de reacciones.

MÉTODO

Sujetos: Veintiún infartados, que habían sufrido el accidente cardiovascular en un período inferior a un mes, fueron entrevistados en dos sesiones. El número de personas entrevistadas dependió única y exclusivamente del período escogido y de encontrarse bajo el efecto del primer infarto. No se excluyó ningún paciente por razones de edad, sexo, ocupación u otra causa. Una sola persona se negó a participar en el estudio aduciendo extrema fatiga.

Procedimiento: Contando con la colaboración de las Unidades de Cardiología del Hospital Universitario de Los Andes, el Hospital de Seguros Sociales de Valera y dos clínicas privadas de Barquisimeto, en cada oportunidad que se registraba un ingreso por accidente cardiovascular, se solicitaba al paciente su participación en el estudio, en el momento en que él considerara más oportuno para atender la entrevista.

Una auxiliar de investigación, debidamente entrenada, visitaba al paciente y procedía a la aplicación de un primer grupos de reactivos psicológicos. La sesión de trabajo se suspendía en cuanto la persona manifestaba cansancio o inatención. Una segunda entrevista era concertada y, en esa oportunidad, el resto de los instrumentos de medida terminaban de ser administrados. En todos los casos, a los pacientes se les explicó el objetivo del estudio, se les leyeron las instrucciones de los reactivos y, si la persona lo solicitaba, la auxiliar registraba directamente las respuestas.

Instrumentos: Se utilizaron la escala I.E. de Levenson para medir internalidad (versión Romero Garcia, 1979); la escala Mehrabian parra medir necesidad de logro (versión Salom de Bustamante, 1981); la escala Dises para medir esperanza activa y pasiva (Morales de Romero, 1988) y el cuestionario Ansilet, para medir ansiedad general (Esqueda Torres, 1990).

RESULTADOS

La edad promedio de la muestra encuestada fue de 57 años (rango 42-73). En total, fueron entrevistados 15 hombres y 6 mujeres. En la Tabla 1 se presentan los resultados obtenidos en los diferentes reactivos utilizados. Igualmente se muestran, a título de comparación, los resultados de otras muestras.

La Tabla 1 muestra, con bastante claridad, la diferencia sistemática de los puntajes obtenidos por el grupo de infartados, con relación a otras dos muestras, una, perteneciente a trabajadores de la industria petrolera y, la otra, constituida por estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes.

Tabla 1

Variables	Infartados		Petroleros		Estudiantes	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Internalidad	10,00	13,00	18,26	8,17	16,22	6,87
Logro	6,00	47,00	42,15	9,45	38,54	19,45
Esp. Activa	54,00	16,00	65,51	10,53	60,24	6,85
Esp. Pasiva	79,00	13,00	58,86	19,90	62,34	9,07
Ansiedad	112,00	46,00			44,59	17,85
n	21		91		109	

Se puede observar que los puntajes en Internalidad Total, es decir, la percepción que tiene la persona de que controla su conducta y los resultados concomitantes a esa conducta, es, en promedio, siete puntos por debajo de las otras dos muestras. Una prueba **t** para **n** desiguales realizada para comparar la diferencia entre la media del grupo de los infartados y el grupo de trabajadores petroleros indica que esa diferencia es estadísticamente significativa, $t(110) = 2.78$, $p < .01$.

Cuando se examina el puntaje en logro personal, la caída es más dramática: un poco más de 31 puntos de diferencia puede ser fácilmente observado. La prueba **t**, para los grupos ya señalados, arrojó el resultado siguiente: $t(110) = 3,45$, $p < .01$.

En cuanto a la medida de **esperanza activa**, la desventaja de los infartados, con relación a las otras dos muestras, es de casi 9 puntos, $t(110) = 3,14$, $p < .01$. En **esperanza pasiva**, por el contrario, se puede observar un puntaje “ganancia” superior a 18 puntos, $t(110) = 6.58$, $p < .001$. Lo mismo ocurre con **ansiedad** (cuyo único punto de comparación es la muestra de estudiantes). En efecto, la diferencia en ansiedad entre los infartados y los estudiantes es cercana a los 68 puntos, $t(128) = 6.62$, $p < .001$.

DISCUSIÓN

Los datos reportados en cuanto a edad y sexo corroboran en forma bastante clara la información destacada, en la parte teórica de este papel, en torno a la incidencia de la edad y el sexo sobre la ocurrencia de los accidentes cardiovasculares. La edad promedio de los infartados es elevada y, en la práctica, dos de cada tres entrevistados fueron hombres. Desde ese punto de vista, la muestra se ajusta a las predicciones usuales en la materia.

En cuanto a la percepción de control (Internalidad), resulta interesante destacar su disminución. La ocurrencia del infarto parece afectar la opinión que el individuo posee sobre el control de su conducta y del ambiente. Sin embargo, es oportuno señalar que la disminución no es dramática, si se considera lo que ocurre con las otras variables.

En necesidad de logro, prácticamente se puede hablar de “descalabro”. En la gran mayoría de las muestras, la media nacional gira en torno a 35 puntos. La muestra de infartados baja drásticamente a 6. Ello parecería indicar que el accidente cardiovascular rompe los proyectos personales y coloca al individuo en una actitud de espera incierta donde no hay cabida para imaginar caminos nuevos y desafiantes a largo plazo.

Esta deducción se ve apoyada por los puntajes reportados, tanto en esperanza activa como pasiva. Se puede notar el efecto de inversión que ocurre después del infarto. La esperanza pasiva pasa a dominar el cuadro de funcionamiento psicológico. El individuo se coloca en una postura defensiva, protectora, donde la iniciativa y la postura intervencionista propia de la esperanza activa, cede el paso a una actitud conservadora.

Este resultado permite destacar la movilización de los recursos psicológicos del individuo en situación de crisis aguda. Podría decirse que la persona “activa”, utiliza, la esperanza pasiva, como apoyo, como barrera protectora, para evitar el total descalabro psicológico. En esa medida, la esperanza pasiva surge como un recurso efectivo de ayuda que debe ser estudiado con mayor detenimiento.

Finalmente, los puntajes en ansiedad reflejan directamente el proceso descrito. Puede afirmarse que la ansiedad irradia todas las esferas y domina el pensamiento del infartado. La ansiedad es verdaderamente generalizada y reproduce el patrón reaccional descrito al principio del papel sobre el efecto depresivo que tradicionalmente se observa en la fase postinfarto.

Resultará difícil decidir aquí, dentro de las limitaciones de un estudio descriptivo, cuál variable predomina y contamina el resto del proceso de reorganización psicológica que el infarto genera. Puede avanzarse, sin embargo, que ante la situación de alarma y de peligro, pareciera que el sistema de defensa psicológica se repliega a posiciones más conservadoras (aumento de la esperanza pasiva), desarrollando (o incrementando) las creencias en la externalidad, disminuyendo las expectativas de logro y de esperanza activa; exacerbando la ansiedad generalizada que, en este caso, puede interpretarse como un mecanismo de alerta ante cualquier otra eventualidad de peligro.

REFERENCIAS

- Brand, R. J., Rosenman, H.R., Sholtz.I. y Friedman M. (1976). Multivariate prediction of coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study compared to the findings of the Framingham Study. *Circulation*, 53, 348-355.
- Costa, P.T. Jr. (1986). Is neuroticism a risk factor for CAD? Is Type a measure of neuroticism? In T. Schmid, T. Dembroski y G. Blumchen (Eds.). *Biological and psychological factors in cardiovascular disease* (pp.85-95).N.Y.:Springer-Verlag.
- Dawber, T. y Kannel, W. (1961). Susceptibility to coronary heart disease. *Modern Concepts in Cardiovascular Disease*, 30, 671-676.
- Esqueda Torres, L. (1990). ANSILET, un cuestionario para medir ansiedad general. Estudio Técnico. Centro de Investigaciones Psicológicas (sin publicar).
- Friedman, M, and Rosenman, R. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings: blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus seniles, and clinical coronary artery disease. *J. of the Am. Medical Assoc.*, 169, 1286-1296.
- Jenkins, C.D. (1983). Psychological and behavioral factors. In N. Kaplan y J. Stamler (Eds.). *Prevention of Coronary Heart Disease* (pp. 98112). Philadelphia, PA.: Saunders.
- Matthews, K.A. Glass, D.C., Roseman, R.H. and Bortner, R.W. (1977). Competitive drive, pattern A and coronary heart disease: a further analysis of some data from the western collaborative group study. *J. of Chronic Dis.*, 30, 489-498.
- Morales de Romero, M.(1988). Hope and outcome anticipation. Doctoral Dissertation, University of Massachusetts.
- Romero García, O. (1979). Efectos de cambios en locus de control sobre rendimiento académico. Mérida: Laboratorio de Psicología, Publicación 1.
- Salom de Bustamante, C. (1981). Necesidad de Logro, Locus de Control y Rendimiento Académico. Mérida: Laboratorio de Psicología, ULA. Publicación 19.