

NIVELES DE HOSTILIDAD EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA: MEJORÍA ASOCIADA A SU PARTICIPACION EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA MULTIDISCIPLINAR

Laura Portabales-Barreiro^{1*}, Águeda Binué-Morales^{}, Rocío Portero-García^{**},
María Concepción Escolar-Gutiérrez^{**}, Carmen Carcedo-Robles^{*} y Carmen de
Pablo-Zarzosa^{***}**

**Psicóloga Clínica, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid; **Psicóloga
Residente, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid; ***Médico Cardiólogo,
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid*

RESUMEN. Introducción. La Hostilidad constituye un factor de riesgo contundentemente asociado a la patología coronaria, por la elevada y constante reactividad cardiovascular que caracteriza a las personas hostiles así como por su relación con otros factores psicosociales y hábitos poco saludables. **Objetivos.** Valorar el nivel de hostilidad en pacientes con patología coronaria previos a su participación en un Programa Multidisciplinar de Rehabilitación Cardíaca (PMRC), así como la posible existencia de cambios en dicha variable (y sus componentes) tras su participación en el mismo. **Método.** Se analizaron los datos obtenidos al inicio y finalización del PMRC para una muestra de 191 pacientes seleccionados por admisión consecutiva, de edad media de $59,12 \pm 11,18$ años y conformada por un 84,3% de varones, comparándose ambos grupos de puntuaciones mediante la prueba t de student para muestras relacionadas. Para la medida de dicha variable se utilizó el Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI), prueba autoadministrada de 75 ítems en 8 escalas: Violencia, Hostilidad Indirecta, Irritabilidad, Negativismo, Resentimiento, Suspiciousidad/Recelos, Hostilidad Verbal y Culpabilidad. **Resultados.** Tras la participación en el PMRC se encuentra una disminución estadísticamente significativa en la puntuación global de hostilidad ($p < 0.001$), así como para algunos componentes específicos: hostilidad indirecta ($p = 0.001$), irritabilidad ($p < 0.001$), resentimiento ($p = 0.001$), recelo-suspiciousidad ($p = 0.045$) y culpabilidad ($p < 0.001$), frente a las escalas violencia, negativismo y hostilidad verbal para las que no se encuentran diferencias significativas. **Conclusiones.** Los pacientes con cardiopatía manifiestan importantes niveles de hostilidad (siendo la hostilidad verbal e indirecta los componentes más elevados), que influiría notablemente en el origen, curso y pronóstico de su enfermedad. La participación en un PMRC resultaría eficaz para lograr una reducción significativa del nivel global de hostilidad, siendo la irritabilidad, hostilidad indirecta y descarga de afecto negativo hacia el entorno y sí mismos, los componentes que más se beneficiarían de la intervención.

Palabras clave: Programa de Rehabilitación Cardíaca Multidisciplinar, Factor de Riesgo, Factor de Riesgo Psicosocial, Hostilidad.

¹Correspondencia: Laura Portabales-Barreiro. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. Calle Arroyo, 24. Código Postal: 28029. Madrid. E-mail: Lauraps26@hotmail.com

ABSTRACT. Introduction. Hostility is a risk factor strongly associated with coronary disease, the constant high cardiovascular reactivity that characterizes the hostile people and their relationship with other psychosocial factors and unhealthy habits. **Goals.** Assess the level of hostility in patients prior to their participation in a Multidisciplinary Cardiac Rehabilitation Program (PMRC) coronary disease, and the possible existence of changes in this variable (and its components) following their participation in it. **Method.** The data obtained at the beginning and end of PMRC for a sample of 191 consecutive patients selected for admission, average age of 59.12 ± 11.18 years and made up 84.3% of males were analyzed and compared both groups Rating using the Student t test for related samples. Hostility Inventory Buss-Durkee (BDHI), self-administered test of 75 items in 8 scales are used to measure this variable: Violence, Indirect hostility, irritability, negativism, resentment, suspicion / suspicions, verbal hostility and Guilt. **Results.** After participating in the PMRC is a statistically significant decrease in the overall score of hostility ($p < 0.001$) as well as for some specific components: indirect hostility ($p = 0.001$), irritability ($p < 0.001$), resentment ($p = 0.001$), suspicion-suspicion ($p = 0.045$) and guilt ($p < 0.001$) compared to the scales violence, verbal hostility and negativity for which no significant differences were found.

Conclusions. Patients with heart disease manifest significant levels of hostility (verbal hostility being the highest and indirect components), will impact significantly on the origin, course and prognosis of the disease. Participation in a PMRC be effective to achieve a significant reduction in the overall level of hostility, with irritability, hostility, and indirect discharge negative affect toward the environment and themselves, the components that would most benefit from the intervention.

Keywords: Multidisciplinary Cardiac Rehabilitation Program, Risk Factor, psychosocial risk factor, Hostility.

Introducción

Aunque con diferencias por la edad, el sexo, el área geográfica o el estatus socioeconómico, las enfermedades cardiovasculares (ECV) continúan siendo la principal causa no sólo de mortalidad, sino también de morbilidad en todo el mundo.

Así, se estima que, en los países desarrollados, un 60% de las muertes estarían debidas a esta causa (Wielgosz y Nolan, 2000).

Según la OMS en 2003 se registraron en el mundo 4,35 millones de casos y 1,9 millones de muertes (American Heart Association, 2010), por enfermedad cardiovascular, siendo la principal causa de muerte en la Unión Europea con más de 2 millones de personas por año.

También en nuestro país los datos de mortalidad publicados por el Instituto Nacional de Estadística (Sociedad Española de Cardiología, 2009), confirman que las ECV continúan siendo la primera causa de muerte y hospitalización, con unas tasas brutas de mortalidad de 276,6 por 100.000 habitantes (frente a 858,8 de mortalidad por cualquier otra causa).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Rehabilitación Cardíaca (R.C.) como “El un conjunto de actividades necesarias, para asegurar al cardiópata una condición física, mental y social óptima, para que por sus propios medios logre ocupar

nuevamente un lugar, tan reconocido como le sea posible, en la comunidad y le conduzca una vida activa y productiva”.

De la definición anterior podemos extraer que los Programas de Rehabilitación Cardíaca (PRC) constituyen *sistemas terapéuticos de actuación multifactorial*, que buscan la mejora en la calidad de vida y funcionalidad del paciente, es decir, el restablecimiento de su equilibrio físico y psicológico, que favorezca una reincorporación lo más completa y normalizada posible a su vida social, familiar y laboral.

En origen este sería el objetivo principal de dichas intervenciones, hoy en día sin embargo, este objetivo resulta incompleto y, además de intentar devolver al individuo a su estado óptimo (a nivel físico y psicosocial), se enfatiza la prevención primaria y secundaria y se intenta además conseguir un decremento en la morbilidad y mortalidad de estos pacientes (Pinson, 2001).

El estudio de Framingham en 1948 (Kannel, 1988), ha resultado decisivo en este hecho. Tras la observación del importante incremento que las enfermedades cardiovasculares (y muertes por este motivo) estaba experimentando desde principios de siglo, se inicia este estudio con objeto de identificar aquellos factores o causas podrían explicar este hecho.

Este estudio ha resultado de vital importancia para incrementar el entendimiento sobre enfermedades del corazón, los datos arrojados no dejaban lugar a dudas: se señala la notable influencia de los denominados factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en el origen, curso y pronóstico de la enfermedad. Entre otros se señalaba la importancia de los niveles de presión arterial, colesterol y triglicéridos, hábito tabáquico, obesidad, diabetes, sedentarismo, edad, sexo y determinadas condiciones psicológicas.

Desde este momento el adecuado control y manejo de los Factores de Riesgo Cardiovascular (entre los que se incluyen los factores de riesgo psicosocial como la hostilidad, tema que nos ocupa) se convierte en otro de los pilares de la Rehabilitación Cardíaca a nivel preventivo, favoreciendo una reducción de la morbimortalidad (reinfarto, angina, IC etc..) en estos pacientes.

La relevancia de los factores de riesgo psicosociales radica en su doble vía de actuación: tanto directa, a través de los correlatos fisiológicos que a nivel cardiovascular y neuroendocrino originan, como indirecta, ya que al tratarse de estados emocionales negativos favorecen un estilo de vida y hábitos poco saludables (escaso sueño, descuido de la alimentación y ejercicio, desprecio del descanso....)

Podría por tanto decirse que la Rehabilitación Cardíaca incluye tanto objetivos de ámbito general (mejora de la calidad de vida del paciente) como de carácter pronóstico.

Los Programas Multiprofesional de Rehabilitación Cardíaca constan de diversos componentes que pasamos a exponer, pero conviene aclarar que, en función del diagnóstico y otras variables, cobrarán mayor relevancia unos u otros:

1. *El entrenamiento físico.*

2. *Educación Sanitaria (charlas-coloquio) La provisión de información y el control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV).* El primer aspecto (programa psicoeducativo) comprende una serie de Charlas-coloquio semanales, dirigidos tanto a pacientes como a sus familiares más cercanos, donde se explican, comentan y discuten ciertos aspectos relacionados con la enfermedad y sus cuidados. El objetivo de estas intervenciones es la provisión de información, asesoramiento y orientación en pautas y estrategias encaminadas a un adecuado ajuste y manejo de la misma así como a sus aspectos relacionados (información sobre cardiopatías que favorezcan un mayor conocimiento y comprensión de la enfermedad, tratamientos disponibles, aspectos

psicosociales, control de los FRVC tanto físicos como psicológicos, reincorporación laboral, disfunción sexual.....).

3. *Intervención sobre el estado emocional del paciente.* Tratamiento psicológico individual y grupal: Intervención psicológica y/o psiquiátrica, previa valoración del paciente a este nivel, que incluye entrenamiento en técnicas de relajación.

El evento cardíaco supone una ruptura en la biografía del paciente, favoreciendo la aparición de temores en relación a la muerte, clínica ansiosa y depresiva, sensación subjetiva de no tener futuro o incluso reacciones de negación, mermando la calidad de vida del paciente y que, cuando son agudos, requieren una intervención más intensiva y lo más temprana posible con el paciente.

Los fenómenos depresivos, el estrés, la ausencia de apoyo social y el Patrón de Conducta Tipo A, constituyen factores de riesgo asociados a la patología coronaria y, en relación a este último, determinados componentes como la hostilidad se ha relacionado de manera contundente (Barefoot, 1991), por la elevada y constante reactividad cardiovascular que caracteriza a las personas hostiles así como por su relación con otros factores psicosociales y hábitos poco saludables (Scherwitz, Perkins, Chesney y cols, 1992).

Se entiende por hostilidad una reacción displacentera que surge cuando a la persona se le impiden alcanzar sus metas. Dos importantes factores de riesgo capaces de discriminar entre pacientes coronarios y controles son el potencial de hostilidad y la ira dirigida hacia fuera.

Sin embargo, dicha variable resulta más compleja de lo que aparenta, constituyendo un constructo multidimensional que engloba distintos aspectos:

–*Un componente cognitivo (hostilidad)*, que consiste en las creencias negativas.

–*Un componente afectivo-emocional* que incluiría estados emocionales como la **ira**, el enfado, el resentimiento, el disgusto y el desprecio.

–*Un componente conductual* caracterizado por la **agresión**, expresada tanto de forma física como verbal y de otros modos más sutiles, como la falta de cooperación.

La intervención sobre el Patrón de Conducta tipo A (en que enmarcamos la variable hostilidad, objeto de nuestro estudio) es sin embargo posible, dado que se refiere a un modo de ver y funcionar en la vida, un patrón conductual y actitudinal, susceptible cambio e intervención.

Para ello, la identificación de aquellos factores centrales en cada sujeto resulta clave de cara a determinar aquellos componentes sobre los que priorizar la intervención.

Una vez que estos comportamientos y actitudes se han hecho conscientes podremos ir introduciendo una serie de cambios en la forma de pensar, sentir y actuar que contribuyan a disminuir la carga emocional.

Sin embargo, el cambio en este patrón de comportamiento, que contempla una serie de variables conductuales, psicosociales y afectivas, resulta complejo y requiere una elevada dosis de auto-observación, auto-instrucción y auto-dirección.

Dependiendo de la intensidad, grado de arraigo, malestar y nivel de interferencia que este patrón de conducta esté originando en el funcionamiento diario el sujeto puede requerir la ayuda de un profesional.

La Intervención Psicológica parte de que todas las personas tienen recursos y capacidades pero algunos sujetos pueden necesitar una ayuda adicional, y tiene como objetivos:

- Reducir el *malestar emocional/psicológico* asociado a la enfermedad.

- Dotar de estrategias para el adecuado manejo de aquellos *aspectos del funcionamiento psicológico* que puedan interferir la reincorporación a una actividad familiar, social y laboral normal.

- Intervención sobre los *hábitos y estilos de vida nocivos* que implican riesgo para la salud interfiriendo en el curso de la enfermedad, agravando en cuadro o incrementando la posibilidad de recidiva/recaída.

- Aprendizaje de *técnicas de Relajación, estrategia de afrontamiento y otras pautas de funcionamiento* que promuevan el cambio actitudinal.

Método

Participantes

La muestra de nuestro estudio estaba conformada por 191 pacientes, de edad media de $59,12 \pm 11,18$ años (un 84,3% de varones).

Instrumentos utilizados

A la llegada de los pacientes nuevos se pasa una batería de pruebas psicológicas que se repetirá al alta a fin de objetivar los cambios logrados en dicha esfera.

En esta batería, que consta de una entrevista semi-estructurada y pruebas estandarizadas, se recogen tanto algunos de los factores clásicos (tabaco, consumo de alcohol...) por su asociación a los factores emocionales, así como otras cuestiones de corte psicológico, consideradas centrales.

En la entrevista semi-estructurada se exploran así, entre otras cuestiones: calidad del sueño, presencia de problemática familiar y/o laboral, niveles de estrés e irritabilidad autopercebidos o estimación subjetiva de los niveles de satisfacción vital en el momento actual.

Así mismo se pasan, como se ha comentado, las siguientes pruebas estructuradas:

- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger (STAI)
- Inventario de Depresión de Beck (BDI)
- Inventario de Salud Sexual para Varones (SHIM)

Para la medida de la variable de nuestro interés se utiliza, al igual que en nuestro estudio, el Inventario de Hostilidad de B.D.H.I. (Buss y Durkee, 1957), prueba autoadministrada de 75 ítems en 8 escalas: Violencia, Hostilidad Indirecta, Irritabilidad, Negativismo, Resentimiento, Suspiciousidad/Recelos, Hostilidad Verbal y Culpabilidad, y se procedió al análisis de los datos obtenidos al inicio y finalización del PMRC.

Procedimiento y Diseño

Los participantes fueron seleccionados por admisión consecutiva.

Para la comparación de ambos grupos de puntuaciones se utilizó la prueba t de student para muestras relacionadas.

El tipo de abordaje empleado fue de corte eminentemente cognitivo-conductual, que contempla la intervención tanto sobre factores cognitivos como sobre los comportamentales.

A nivel cognitivo se pretende la reestructuración cognitiva, dirigida al examen y cuestionamiento (previa modificación) de determinadas asunciones, atribuciones, constructos y sistemas de creencias que se consideran esenciales en dicho patrón como los referidos al reto, éxito, ambición, perfeccionismo o necesidad de control, entre otros.

Los pensamientos que definen su modo de ver la vida y a sí mismos, de valorar a los demás y de prever su propio futuro son incesantes, negativos, hostiles y exigentes,

llevándoles a ignorar las necesidades físicas, desechando la importancia del descanso e incurriendo en un ***grave daño para su salud física y emocional***

A nivel conductual se trabajan objetivos referidos al estilo de interacción agresivo que estos sujetos manifiestan (hábitos de conversación, hablar más lentamente, escuchar sin interrumpir...) así como entrenamiento en diversas técnicas (habilidades de afrontamiento, solución de problemas, toma de decisiones, inoculación de estrés, entrenamiento en habilidades sociales, reestructuración del ambiente...) que favorezcan el incremento en los niveles de competencia efectiva y percibida (incremento del control percibido) así como el establecimiento de nuevos valores y metas internos elaborados de una forma realista.

Resultados

La inclusión de la actuación psicológica en los Programas de Rehabilitación Cardíaca ha demostrado tener un efecto positivo sobre estas variables (ansiedad, depresión y elevados niveles de hostilidad) favoreciendo una reducción de la incidencia de estos trastornos así como un incremento en la calidad de vida del paciente.

Nuestro estudio encuentra que tras la participación en el PMRC se observa una disminución estadísticamente significativa en la puntuación global de hostilidad ($p < 0.001$), así como para algunos componentes específicos: hostilidad indirecta ($p = 0.001$), irritabilidad ($p < 0.001$), resentimiento ($p = 0.001$), recelo-susplicacia ($p = 0.045$) y culpabilidad ($p < 0.001$), frente a las escalas violencia, negativismo y hostilidad verbal para las que no se encuentran diferencias significativas.

Discusión/Conclusiones

La importancia de la intervención sobre los factores de riesgo cardiovascular, tanto clásicos como psicosociales, no debe ser ignorada por el importante peso que estos tiene no sólo en origen de la misma sino también sobre su curso, severidad, pronóstico y posibilidad de nuevo evento cardíaco en el futuro (probabilidad de recaída y/o recidiva).

Diversas investigaciones han demostrado que la intervención psicológica en esta materia no sólo es viable sino que obtiene resultados positivos, encontrándose una mejoría generalizada tras una intervención de 8 semanas de duración y un cambio significativo en una serie de medidas conductuales, psicosociales y afectivas (conductas clave que predisponen a enfermedad coronaria):

- Los componentes hostilidad, urgencia de tiempo e impaciencia mostraron reducciones significativas

- A nivel afectivo se constata un decremento en emociones negativas (ira y depresión)

- Mejoras relativamente significativas en autoeficacia

- Mejora del apoyo social y bienestar

- * Relación tipo dosis-dependiente (sujetos expuestos a mayor contacto de tratamiento mostraban mayor cambio psicosocial)

En esta línea, nuestro estudio encuentra que los pacientes con cardiopatía manifiestan importantes niveles de hostilidad al inicio del programa (siendo la hostilidad verbal e indirecta los componentes más elevados) y que la participación en un Programa Multidisciplinar de Rehabilitación Cardíaca resultaría eficaz para lograr una reducción significativa del nivel global de hostilidad, siendo la irritabilidad, hostilidad indirecta y descarga de afecto negativo hacia el entorno sin objeto definido y hacia sí mismo, los componentes que más se beneficiarían de la intervención.

Referencias

- American Heart Association. (2010). *Internacional Cardiovascular Disease Statics*. Recuperado de <http://www.downloadable/heart/1177593979236FS06INTL07.pdf>
- Barefoot, J. C. (1991). Developments in the measurement of Hostility. En H.S. Friedman (Ed.), *Hostility, Coping and Health* (pp. 13-32). Washington, D. C., A.P.A.
- Buss, A.H., y Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 21, 343-8.
- Kannel, W. B. (1988). Contributions of the Framingham Study to the conquest of the coronary artery disease. *American Journal of Cardiology*, 62, 109-112.
- Pinson, A.G. (2001). Rehabilitación cardíaca en pacientes portadores de cardiopatía isquémica. *Revista de Enfermería del IMSS*, 9(2), 97-103.
- Scherwitz, K. W., Perkins, L. L., Chesney, M. A. y cols. (1992). Hostility and health behaviors in young adults. *American Journal of Epidemiology*, 136, 136-145.
- Sociedad Española de Cardiología. (2009). *Defunciones según la Causa de Muerte 2007*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de www.ine.es
- Wielgosz, A.T. y Nolan, R.P. (2000). Biobehavioral factors in the context os ischemic cardiovascular diseases. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 339-345.