

Síndrome coronario agudo y autoeficacia para el afrontamiento del estrés en pacientes varones

Acute coronary syndrome and self-efficacy for coping with stress: observational study in male patients

Dra. Pereyra Girardi Carolina Iris; Dra. Ofman Silvia Deborah; Lic. Cófreces Pedro; Dr. Benassi Marcelo Domingo; Dra. Stefani Dorina

Instituto de Investigaciones Cardiológicas "Prof. Dr. Alberto C. Taquini". Laboratorio de Psicología Social y Salud. Universidad de Buenos Aires. Argentina.

RESUMEN

Introducción: las patologías cardiovasculares son una gran preocupación sanitaria por su alta prevalencia y por constituir la principal causa de muerte a nivel mundial.

Objetivo: comparar los niveles de autoeficacia para el afrontamiento del estrés entre un grupo de pacientes varones con síndrome coronario agudo y un grupo de varones sin patología coronaria, ambos de similares características sociodemográficas.

Métodos: estudio de caso-control con una muestra de 213 sujetos, 106 con diagnóstico de síndrome coronario agudo y 107 sin diagnóstico de dicho síndrome. Instrumentos: Cuestionario de datos sociodemográficos elaborado "ad hoc" y Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés.

Resultados: se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Los pacientes coronarios presentaron niveles inferiores de autoeficacia para el afrontamiento del estrés.

Conclusiones: el conocimiento de los niveles de autoeficacia para el afrontamiento del estrés colabora en el diagnóstico global del paciente y puede contribuir al logro de una mayor adherencia terapéutica. Asimismo, el abordaje de este constructo coadyuva en la implementación de intervenciones preventivas.

Palabras clave: síndrome coronario agudo; autoeficacia para el afrontamiento del estrés; prevención primaria.

ABSTRACT

Introduction: Cardiovascular diseases are a major health concern because of its high prevalence, and for being the leading cause of death worldwide.

Objective: Compare the levels of self-efficacy for coping with stress among a group of male patients with acute coronary syndrome and a group of men without coronary disease, both of similar socio-demographic characteristics.

Methods: A case-control study was conducted in a sample of 213 subjects. 106 had been diagnosed with acute coronary syndrome and 107 with no diagnosis of this syndrome. Instruments: An ad hoc demographics data questionnaire and a self-efficacy scale were used for coping with stress.

Results: Statistically significant differences were found between the two groups. Coronary patients had lower levels of self-efficacy for coping with stress.

Conclusions: Knowledge of the levels of self-efficacy for coping with stress contributes to the overall diagnosis of the patient which can contribute to greater adherence. Also addressing this construct assists in the implementation of preventive interventions.

Keywords: acute coronary syndrome; self-efficacy for coping with stress; primary prevention.

INTRODUCCIÓN

Las patologías cardiovasculares son una gran preocupación sanitaria por su alta prevalencia, y por constituir la principal causa de muerte a nivel mundial. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud sugiere aumentar la concientización acerca de la epidemia de este grupo de enfermedades.¹

Los trastornos coronarios tienen una naturaleza compleja, no existe un único factor responsable de su aparición y desarrollo. Se trata de trastornos multifactoriales.² Esta concepción multicausal considera simultáneamente diversos factores, genéticos, ambientales, psicológicos, sociales, y focaliza su análisis en la interacción que existe entre ellos.³ En la génesis, desarrollo y mantenimiento de las enfermedades cardiovasculares coexisten una pluralidad de agentes, tales como: tipo de dieta, ingesta de sal, consumo de alcohol y tabaco, aspectos ambientales, estilo de vida, estilos de afrontamiento del sujeto al estrés, características de personalidad, ansiedad, depresión, personalidad tipo D, etc., agregándose a los factores genéticos.⁴

Los factores psicológicos desempeñan un importante rol en el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad coronaria (EC), ya sea directamente sobre los efectos en el sistema cardiovascular, o indirectamente, por su influencia en los factores conductuales. Estos últimos son responsables, en gran medida, de un estilo de vida cardioprotéico y una baja adherencia terapéutica.⁵ En este sentido, el control y tratamiento de los diversos factores psicológicos que influyen directamente en la conducta son necesarios para las modificaciones comportamentales incluidas en las prescripciones médicas.⁶

La autoeficacia resulta un constructo psicológico importante en la elección de comportamientos y en la adopción de estilos de vida.⁷ Dicho concepto, introducido por

Bandura,⁸ hace referencia a las creencias de las personas acerca de sus propias capacidades para controlar acontecimientos que afectan su vida.⁹ En investigaciones recientes¹⁰ se ha conceptualizado a la autoeficacia para el afrontamiento del estrés (AEAE) como el conjunto de creencias acerca de los recursos personales disponibles para manejar situaciones demandantes y estresantes de una manera competente y eficaz. Niveles óptimos de AEAE implican una reducción subjetiva del estrés experimentado, logrando disminuir su impacto y controlando las consecuencias no deseadas.¹¹ Estudios empíricos evidenciaron que altos niveles de autoeficacia se asocian a consecuencias beneficiosas y a una percepción de bienestar generalizada.^{12,13} Asimismo, se considera a la autoeficacia un importante predictor de conductas saludables.¹⁴

En función a lo anteriormente expuesto, el presente trabajo tiene por objetivo comparar los niveles de autoeficacia para el afrontamiento del estrés en un grupo de pacientes varones con síndrome coronario agudo (SCA), respecto a un grupo de varones sin patología coronaria, ambos de similares características sociodemográficas, con el fin de caracterizar a los pacientes en este constructo, partiendo de la hipótesis de que el grupo de pacientes con SCA presenta menores niveles de autoeficacia para el afrontamiento del estrés respecto al grupo de sujetos sin SCA.

MÉTODOS

Se efectuó un estudio de casos y controles. La muestra se conformó por 213 sujetos varones, con edades comprendidas entre 45 y 75 años, nivel socioeconómico medio y residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (República Argentina). Fueron seleccionados a través de la estrategia de muestreo no probabilístico de tipo intencional, 106 de ellos pertenecen al Grupo I que presenta diagnóstico de SCA y los restantes 107, al Grupo II (control) sin diagnóstico de SCA.

Los pacientes incluidos en el Grupo I fueron reclutados del Instituto de Investigaciones Cardiológicas "Prof. Dr. Alberto C. Taquini" (ININCA/ UBA-CONICET), del Hospital de Clínicas "José de San Martín" y del Hospital "Dr. César Milstein". Los criterios de inclusión fueron: presentar diagnóstico médico de SCA y estar bajo control y tratamiento de la enfermedad.

El criterio de inclusión del Grupo II (Control) fue la ausencia de antecedentes de SCA o enfermedad coronaria conocida.

Para ambos grupos se consideraron criterios de inclusión adicionales: ausencia de alteraciones psíquicas de nivel psicótico o defectual, nivel de escolaridad mínimo 6to grado y la firma de un consentimiento informado.

Instrumentos de evaluación

Cuestionario de datos sociodemográficos: con el fin de obtener el perfil sociodemográfico de la muestra, se elaboró un cuestionario de preguntas cerradas con alternativas fijas.

Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés (EAEAE): compuesto por 8 ítems, 4 de los cuales (ítems 2, 4, 5 y 7) evalúan el componente de expectativa de eficacia (EE) del constructo psicológico autoeficacia, y los 4 restantes (1, 3, 6 y 8) el de expectativa de resultado (ER). Las respuestas se presentan en formato tipo Likert con 5 alternativas que van desde "Completamente en desacuerdo" hasta

"Completamente de acuerdo", con valores del 1 al 5. Se obtiene también una puntuación total, resultado de la suma de las dos puntuaciones parciales. La escala muestra adecuadas propiedades psicométricas.^{10,11}

Los cuestionarios fueron administrados en forma de entrevista individual.

Análisis estadístico

Con el fin de comparar los perfiles sociodemográfico del Grupo I y el Grupo II, se aplicó la prueba de independencia estadística para las variables cualitativas, y la prueba "t" de Student para muestras independientes para aquellas cuantitativas.

Para evaluar y comparar el nivel de autoeficacia para el afrontamiento del estrés en el Grupo I respecto al Grupo control, se calcularon las medias aritméticas y los desvíos estándar de los puntajes obtenidos en EAEAE. Con tal fin se aplicaron la prueba de análisis multivariados de la variancia (MANOVA) y la prueba "t" de Student para muestras independientes, para los puntajes total de la escala y los puntajes parciales expectativa de eficacia y de resultados.

Se solicitó la firma de un consentimiento informado, siguiendo los principios acordados en la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

Los resultados evidencian que no existen diferencias estadísticamente significativas en el perfil sociodemográfico entre el Grupo I y el Grupo II (tabla 1). Por lo que se considera que ambos grupos son comparables entre sí para el estudio de las variables implicadas en este trabajo.

A partir de los resultados obtenidos en el MANOVA, se observaron diferencias estadísticamente significativas al considerar todos los ítems de la escala EAEAE en forma simultánea ($T_{Hott} = 0,34$; $F_{Hott} (8; 204) = 8,61$; $p=0,000$), a favor del grupo no coronario, patrón que se repite al considerar cada ítem en forma individual (tabla 2), los pacientes coronarios evidenciaron una menor percepción de autoeficacia para el afrontamiento del estrés, tanto en el puntaje total como en las dimensiones expectativa de resultado y expectativa eficacia.

Tabla 1. Perfil Sociodemográfico según Grupo I y Grupo II



Perfil Sociodemográfico	Grupo I con SCA n1 = 106		Grupo II sin SCA n2 = 107		Pruebas *		
	m1	de1	m2	de2	t	p	
Edad (años)	65	7,44	63	8,05	1,792	0,075	
	n1	%	n2	%	x ²	p	
Estado Civil							
Casado/En pareja	75	71	83	77	8,91	0,414	
Separado/Divorciado	16	15	12	11			
Soltero*	9	8	8	8			
Viudo*	6	6	4	4			
Educación							
Primario	19	18	21	20	4,30	0,230	
Secundario	44	41	32	30			
Terciario/Universitario/Postgrado	43	41	54	50			
Situación Laboral							
Trabaja actualmente	78	74	81	76	0,723	0,422	
Jubilado	28	26	26	24			
Ocupación Principal							
Oficios varios	16	15	6	6	7,10	0,069	
Empleado	19	18	28	26			
Comerciante	14	13	19	18			
Docente*	4	4	7	6			
Profesional Independiente	21	20	19	18			
Alto ejecutivo / Empresario *	3	3	1	1			
Otros *	1	1	1	1			

m= media aritmética; de= desvío estándar.

* Para el análisis comparativo entre Grupo I y Grupo II, no se tomaron en cuenta las categorías de las variables en las que en ambos grupos fueron menores del 10 %.

Tabla 2. Escala de Autoeficacia para el afrontamiento del Estrés -EAEAE –para Grupo I y Grupo II

Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés	Grupo I con SCA (n ₁ =106)		Grupo II sin SCA (n ₂ =107)		MANOVA T _{Hott} =0,34 F _{Hott(8;204)} =8,61 p= 0,000	
	m ₁	de ₁	m ₂	de ₂	F _(1;211)	p
1. Cuando tengo problemas o contratiempos en mi vida me cuesta funcionar normalmente. (ER)	2,6	1,2	3,5	1,3	26,8**	0,000
2. Cuando tengo problemas o contratiempos, intento que no afecten a mis emociones, relaciones u otras esferas de mi vida. (EE)	3,3	1,1	4,0	1,0	22,6**	0,000
3. Cuando tengo problemas, ellos no afectan mi salud notablemente. (ER)	2,4	1,3	3,3	1,3	23,8**	0,000
4. Cuando tengo problemas o contrariedades, dudo de mi capacidad para enfrentarlos con eficacia. (EE)	3,3	1,3	3,9	1,2	9,7**	0,002
5. Soy capaz de no dramatizar los problemas y le doy su justo valor a las cosas. (EE)	3,4	1,2	3,9	1,1	11,5**	0,001
6. Cuando tengo problemas o contratiempos, mi cuerpo lo siente notablemente y me noto tenso. (ER)	2,1	1,1	3,0	1,2	33,9**	0,000
7. Para resolver un problema, pongo en marcha todos los recursos que están a mi alcance. (EE)	4,1	,86	4,5	,75	9,0**	0,003
8. Cuando tengo problemas o contrariedades, no dejo de pensar en ellos sintiéndome incapaz de prestar atención a otras cosas. (ER)	2,6	1,2	3,4	1,3	30,5**	0,000
Puntajes Totales EAEAE	m ₁	de ₁	m ₂	de ₂	"t"	p
Puntaje Total EAEAE	24	4,93	30	5,58	-8,92**	0,000
Expectativa de eficacia	14	2,58	16	2,73	-7,56**	0,000
Expectativa de resultado	9	3,31	13	3,72	-5,86**	0,000

ER: Expectativa Resultado; EE: Expectativa Eficacia; m= media aritmética; de=desvío estándar; **p≤ 0.01.

DISCUSIÓN

La perspectiva de la salud pública postula la importancia de realizar un abordaje preventivo de las enfermedades cardiovasculares que tenga en cuenta, principalmente, los diversos factores de riesgo. Es decir, llevar adelante acciones preventivas, dirigidas tanto a la población general como a aquellos sectores más vulnerables.¹⁵

El tratamiento efectivo de las enfermedades cardiovasculares implica la modificación de conductas y hábitos cotidianos, como parte de las prescripciones médicas. El logro

de una mayor adherencia terapéutica continúa siendo un desafío para profesionales de la salud. Al respecto, la autoeficacia es un factor que propicia afrontamientos que favorecen la adherencia terapéutica y el mejor control de la enfermedad.¹⁶

Los datos del presente estudio apoyan la hipótesis formulada. Los pacientes coronarios evidenciaron tener menores niveles de autoeficacia para afrontar el estrés. Estos hallazgos evidencian un déficit en dichos pacientes respecto a la autopercepción de sus recursos para manejar situaciones demandantes y estresantes de forma eficaz y competente. La percepción de un bajo nivel de autoeficacia sobre el control de estresores se acompaña de elevados niveles de estrés subjetivo, activación autonómica y secreción de catecolaminas plasmáticas.^{17,18} Los sujetos que experimentan baja autoeficacia, tienden a considerar las diferentes actividades a afrontar como más demandantes de lo que objetivamente son, generándoles un alto grado de estrés y ansiedad.¹⁹

Como contraparte y en relación a las conductas preventivas de salud, los individuos con alta autoeficacia percibida tienen más probabilidad de realizar cuidados preventivos, iniciar tratamientos tempranos y tener una visión optimista sobre la eficacia de los mismos.¹²

*Meland, Gunnar Maeland y Laerum*²⁰ recomiendan la evaluación de la autoeficacia en pacientes coronarios, pues es un predictor significativo de éxito terapéutico. La autoeficacia colabora con en el aumento de la motivación de los pacientes a dejar conductas perjudiciales para su salud.

Tanto los diversos comportamientos como los estilos de vida, pueden afectar a la enfermedad. Las conductas tales como fumar, beber en exceso, el sedentarismo y la dieta rica en grasas, son prácticas que generalmente están atravesadas por valores culturales, necesidades y expectativas personales. Por lo tanto, la modificación de las mismas es un proceso difícil de llevar adelante y de mantener en el tiempo.⁷

En conclusión, el conocimiento de los niveles de autoeficacia y de las variables psicosociales coadyuva al diagnóstico global y permite trabajar con los pacientes para una mayor adherencia terapéutica, favoreciendo así la recuperación y la prevención de futuros eventos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el mundo. Cap.2. 2002 [citado 31 May 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2002/en/2002flerESP.pdf>.
- 2.- Fernández-Abascal EG, Martín Díaz MD, Domínguez Sánchez FJ. Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema* 2003; 15(4): 615-30.
- 3.- Williams RB. Psychosocial and biobehavioral factors and their interplay in coronary heart disease. *Annu Rev Clin Psychol.* 2008; 4: 349-65.
- 4.- Miguel-Tobal JJ, Cano-Vindel A, Casado Morales MI, Escalona Martínez A. Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. *An Psicol.* 1994; 10(2): 199-216.
- 5.- Donker FJ. Tratamiento psicológico de la hipertensión. En: G Buela-Casal y VE Caballo. Manual de psicología clínica aplicada. Madrid: Ed. Siglo XXI; 1991. p. 2-17.
- 6.- Laham MA. Psicocardiología: su importancia en la prevención y rehabilitación coronaria. *SUMPSIC.* 2008; 15(1): 1-19.

- 7.- Trull TJ, Phares EJ. Psicología clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión. Madrid: Paraninfo; 2003.
- 8.- Bandura A. Self- efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist* 1982;2: 122-47.
- 9.- Bandura A. Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Developmental Psychology* 1989;25: 729-35.
- 10.- Godoy Izquierdo D, Godoy JF, López F, Vélez M, Valor L, Garrido E, et al. Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés. 1: Fiabilidad. 2º Congreso Hispano-Portugués de Psicología. Lisboa, Portugal: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos; 2004.
- 11.- Godoy Izquierdo D, Godoy García JF, López-Chicheri García I, Martínez Delgado A, Gutiérrez Jiménez S, Vázquez Vázquez L. Propiedades psicométricas de la escala de autoeficacia para el afrontamiento del estrés (EAEAE). *Psicothema* 2008;20(1): 155-65.
- 12.- Grembowski D, Patrick D, Diehr P, Durham M, Beresford S, Kay E, et al. Self-efficacy and behavior among older adults. *Journal of Health and Social Behavior* 1993;34:89-104.
- 13.- Klein-Hessling J, Lohaus A, Ball J. Psychological predictors of health-related behaviour in children. *Psychology, Health & Medicine* 2005;10(1): 31-43.
- 14.- Olivari C, Urra E. Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería* 2007;13(1):9-15.
- 15.- Rubinstein A, Colantonio L, Bardach A, Caporale J, García Martí S, Kopitowski K, et al. Estimación de la carga de las enfermedades cardiovasculares atribuible a factores de riesgo modificables en Argentina. *Rev Panam Salud Publ.* 2010;27(4): 237-45.
- 16.- La Rosa Matos Y, Martín Alfonso L, Bayarre Vea H. Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2007;23(1): 22-9.
- 17.- Wiendenfeld S, O'Leary A, Bandura A, Brown S, Levine S, Raska K. Impact of perceived self-efficacy in coping with stressors on components of the immune system. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990;59: 1082-94.
- 18.- Bandura A, Reese L, Adams N. Microanalysis of action and fear arousal as a function of differential levels of perceived self-efficacy. *Journal of Personality and Social Psychology* 1982;43(1):5-21.
- 19.- Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of Control*. New York: Freeman; 1997.
- 20.- Meland E, Gunnar Maeland J, Laerum E. The importance of self-efficacy in cardiovascular risk factor change. *Scan J Public Health* 1999;1: 11-7.

Recibido: 23 de febrero de 2015.

Aprobado: 4 de mayo de 2015.

Carolina I. Pereyra Girardi. Dra. Humanidades Médicas. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Instituto de Investigaciones Cardiológicas "Prof. Dr. Alberto C. Taquini". Unidad Ejecutora UBA-CONICET. E-Mail: cpereyra@conicet.gov.ar