

acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA
DE AMÉRICA LATINA

Volumen 62 - Nº 1

Buenos Aires - Marzo 2016

ISSN 0001-6896 (impresa)

ISSN 2362-3829 (en línea)

Editorial

1. **Guerra y violencia como categoría antropológica**

HUGO R. MANCUSO

In Memoriam

5. **Homenaje a Duncan Pedersen [1939-2016]**

EDITH SERFATY

Originales. Trabajos completos

6. **Pensamiento catastrófico en pacientes varones con síndrome coronario agudo**

CAROLINA IRIS PEREYRA GIRARDI, SILVIA DEBORAH OFMAN,
PEDRO CÓFRECES, MARCELO DOMINGO BENASSI, DORINA
STEFANI

15. **Teoría de la mente en mujeres con y sin trastornos de la conducta alimentaria**

KARLA EDITH GONZÁLEZ ALCÁNTARA, CECILIA SILVA GUTIÉRREZ

Originales. Comunicaciones preliminares

24. **Adaptación y validación de la *Escala de autodeterminación personal* en una muestra argentina**

CARINA DANIELA HESS, FÁTIMA SOLEDAD SCHÖNFELD

33. **Algunos datos epidemiológicos de la Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias**

MARÍA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, PATRICIA GUERRA MORA,
ELOYA MARTÍN SÁNCHEZ

Actualización

41. **Análisis crítico de diferentes propuestas de unificación de la psicología**

JEREMÍAS DAVID TOSI, AGOSTINA VORANO, LUCAS DAVID TOSI

acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA
DE AMÉRICA LATINA

Volumen 62 - Nº 1

Buenos Aires - Marzo 2016

ISSN 0001-6896 (impresa)

ISSN 2362-3829 (en línea)

Documentos

54. Declaración sobre la crisis migratoria mundial

SERGIO J. VILLASEÑOR BAYARDO, RENATO D. ALARCÓN, HANS ROHLOF, ALBERT PERSAUD, HANS-JÖRG ASSION

Traducción

62. Las psicosis puerperales II (lecciones impartidas en el Asilo Santa Ana)

GILBERT BALLEZ

TRADUCCIÓN: PAOLA JOSEFINA GONZÁLEZ CASTRO

Recensión

71. GARGIULO Pascual Ángel & MESONES ARROYO Luis Alberto (Editors). *Psychiatry and Neuroscience Update. Bridging the divide. Switzerland: Springer; 2015 [xxviii, 434]*

Informaciones

72. XXXI Congreso Argentino de Psiquiatría APSA

Fundación **acta**

Fondo para la Salud Mental

Entidad de bien público sin fines de lucro
Personería Jurídica Nº 4863/66
Inscripta en el Ministerio de Salud Pública y
Acción Social con el Nº 1.777

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

Mario Vidal: Presidente

Rodrigo Vidal: Vicepresidente 1º

Edith Serfaty: Vicepresidente 2º

Diana Vidal: Secretaria

Luis Meyer: Tesorero

Fernando Lolás Stepke: Director Técnico

Sede Social: Marcelo T. de Alvear 2202, piso 3º - C1122AAJ - Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina
Tel.: (54 11) 4966 -1454

Administración/suscripciones: CC 170, Suc. 25 - C1425WAD - Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina
(54 11) 4897 – 7272 int.: 100 - fuacta@acta.org.ar - www.acta.org.ar

Consejos Científicos

Nacional

Roberto Canay

UMSA, USAL, Argentina

Verónica Brasesco

UMSA, USAL, Argentina

Diego Feder

U. Maimónides, Argentina

Héctor Fernández-Álvarez

U. de Belgrano, Argentina

Pascual Gargiullo

IMBECU, CONICET, Argentina

Ana Lia Kornblit

UBA, CONICET, Argentina

María de los Á. López Geist

APSA, Argentina

Alicia Losoviz

FELAIIBE, Argentina

Humberto Mesones

Ac. Nac. de Medicina, Argentina

Lucía Rossi

UBA, Argentina

María Lucrecia Rovalletti

UBA, CONICET, Argentina

Fernando Silberstein

UBA, UNR, Argentina

Roberto Sivak

U. Maimónides, Argentina

Humberto Tittarelli

CISM, Argentina

Patricia Weismann

UNMDP, Argentina

Internacional

Jorge Acevedo Guerra

Santiago – Chile

Renato D. Alarcón

Lima – Perú; Rochester – EUA

Rubén Ardila

Bogotá – Colombia

Demetrio Barcia

Murcia – España

Helio Carpintero

Madrid – España

Jorge A. Costa e Silva

Rio de Janeiro – Brasil

Otto Dörr Zegers

Santiago – Chile

Alejandro Gómez

Santiago – Chile

René González Uzcátegui

San José – Costa Rica

Itzhak Levav

Jerusalem – Israel

Facundo Manes

Buenos Aires – Argentina

Juan Mezzich

Pittsburgh – EUA

Driss Moussaoui

Casablanca, Marruecos

A. Rafael Parada

Santiago – Chile

Duncan Pedersen †

Montreal, Quebec – Canadá

Héctor Pérez-Rincón

México D.F. – México

Juan Matías Santos

Madrid – España

Norman Sartorius

Ginebra – Suiza

Hernán Silva Ibarra

Santiago – Chile

Carlos Sluzki

Santa Barbara – EUA

Tomás Ortiz

Madrid – España

Benjamín Vicente

Concepción – Chile

Sergio Villaseñor Bayardo

Guadalajara – México

Ana María Zlachevski Ojeda

Santiago – Chile

Comité Honorífico

Francisco Alonso-Fernández

UCM – España.

Fernando Lolás Stepke

Universidad de Chile – Chile.

Luis Meyer

Fundación Acta – Argentina.

acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA
DE AMÉRICA LATINA



Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina es una publicación científica sin fines de lucro, propiedad de la Fundación ACTA Fondo para la Salud Mental, fundada por Guillermo Vidal en 1954, que tiene por objeto fomentar el desarrollo de la psiquiatría, la psicología y las neurociencias en lengua española y sus relaciones interdisciplinarias, en sus varias orientaciones, con las ciencias sociales y los fundamentos epistemológicos y metodológicos de las mismas.

Aparece regularmente cuatro veces al año —en marzo, junio, septiembre y diciembre— en versión impresa (ISSN 0001-6896) y a partir de 2014 y con la misma regularidad, en versión en línea (ISSN 2362-3829).

Incorporada por CONICET y CAICYT al Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas en el área Ciencias Biológicas y de la Salud. Indexada en LATINDEX, LILACS, PSICODOC, PsycINFO, ESCI-Thomson Reuters, figura en tales registros abreviada como: *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat.*

Director Fundador

† Guillermo Vidal [1917-2000]

Director

Hugo R. Mancuso

director@acta.org.ar

Consejo Académico

Ricardo Aranovich Fundación Acta Fondo para la Salud Mental
raranovich@hotmail.com

Gustavo A. Mäusel Universidad del Museo Social Argentino
gustavo.mausel@umsa.edu.ar

Edith Serfaty Academia Nacional de Medicina, Argentina
edithserfaty@yahoo.com

Gustavo Tafet Universidad Maimónides, Argentina.
psychiatry@maimonides.edu

Secretaría de Redacción

Alejandra Niño Amieva Universidad de Buenos Aires, Argentina.
editor@acta.org.ar

Corrección

María Mercedes Niklison

Traducción

Ana María Morilla

Diagramación

María Rosa Alvarez

Responsable Administrativo

Ignacio Burgo. Fundación Acta Fondo para la Salud Mental, Argentina.
ignacio.burgo@acta.org.ar

Administración

Marcelo T. de Alvear 2202, piso 3° (Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires) C1122AAJ
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, R. Argentina, TE: (5411) 4897-7272;
fuacta@acta.org.ar

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual N° 091317

ISSN 0001-6896 (impresa)

ISSN 2362-3829 (en línea)

© Fundación ACTA, Fondo para la Salud Mental. Todos los derechos reservados - Ley 11.723. Hecho el depósito que marca la ley.

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio sin previo consentimiento de Fundación Acta. Los artículos y notas firmadas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de los autores.

Este número se terminó de imprimir en marzo de 2016

Original

Pensamiento catastrófico en pacientes varones con síndrome coronario agudo

CAROLINA IRIS PEREYRA GIRARDI, SILVIA DEBORAH OFMAN, PEDRO CÓFRECES, MARCELO DOMINGO BENASSI, DORINA STEFANI

CAROLINA IRIS PEREYRA GIRARDI
Doctora en Humanidades Médicas.
Instituto de Investigaciones Cardiológicas,
Universidad de Buenos Aires,
Consejo Nacional de Investigaciones
Científicas y Técnicas
(ININCA, UBA, Conicet),
R. Argentina.

SILVIA DEBORAH OFMAN
Doctora en Humanidades Médicas.
Laboratorio de Psicología Social y Salud,
Instituto de Investigaciones Cardiológicas,
Universidad de Buenos Aires, Consejo
Nacional de Investigaciones Científicas
y Técnicas (ININCA, UBA, CONICET).
R. Argentina.

PEDRO CÓFRECES
Licenciado en Ciencias de la Comunicación.
Laboratorio de Psicología Social y Salud,
Instituto de Investigaciones Cardiológicas,
Universidad de Buenos Aires, Consejo
Nacional de Investigaciones Científicas
y Técnicas (ININCA, UBA, CONICET).
R. Argentina.

MARCELO DOMINGO BENASSI
Médico Cardiólogo.
Facultad Medicina, Universidad de
Buenos Aires (UBA), R. Argentina.

DORINA STEFANI
Doctora en Salud Mental.
Laboratorio de Psicología Social y Salud,
Instituto de Investigaciones Cardiológicas,
Universidad de Buenos Aires, Consejo
Nacional de Investigaciones Científicas
y Técnicas (ININCA, UBA, CONICET).
R. Argentina.

El presente trabajo contó con el apoyo del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Proyecto de Investigación Plurianual CONICET: N° 112 200801 00114: «Estrés psicosocial y estilo de vida en personas con hipertensión arterial esencial. Un análisis a partir del género». Directora: Dra. Dorina Stefani. Período: 2010-2011.

CORRESPONDENCIA
Dra. Carolina I. Pereyra Girardi,
Marcelo T. de Alvear 2270 2° Piso,
C1222AAJ. Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina;
cpereyra@conicet.gov.ar

El presente trabajo compara algunos factores tradicionales de riesgo coronario y el pensamiento catastrófico entre un grupo de pacientes varones con síndrome coronario agudo, en relación a un grupo de varones sin él de similares características sociodemográficas, con el fin de caracterizar al grupo de pacientes respecto al comportamiento de las variables analizadas. Se siguieron los pasos correspondientes al estudio *ex post facto*, de corte transversal, con grupo cuasi-control. La muestra se conformó por 213 sujetos varones de 45 a 75 años de edad, 106 con diagnóstico de síndrome coronario agudo (Grupo I) y 107 sujetos que cumplieron el criterio de ausencia de tal síndrome u otra patología coronaria (Grupo II). Se aplicaron un *Cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos* elaborado *ad hoc* y el *Cuestionario de cogniciones catastróficas*. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en favor del Grupo I en cuanto a la presencia de los factores tradicionales de riesgo: antecedentes de enfermedad coronaria, presencia de hipertensión arterial, antecedentes tabáquicos y colesterol elevado, como así también, se evidenció una diferencia estadísticamente significativa a favor del Grupo I en relación al pensamiento catastrófico ($T_{Hott} = .14$; $F_{Hott} (13; 199) = 2.18$; $p = .01$). Los datos apoyan la hipótesis formulada en el estudio. La presencia del pensamiento catastrófico junto con factores tradicionales de riesgo propician un contexto peligroso para la salud coronaria.

Palabras clave: Enfermedad coronaria – Emociones negativas - Factores tradicionales de riesgo – Género.

Catastrophic Cognitions in Male Patients with Acute Coronary Syndrome

This paper compares traditional coronary risk factors and catastrophic cognitions between a group of male patients with Acute Coronary Syndrome, and a group of men without it, but of similar sociodemographic characteristics, in order to characterize the group of patients regarding the variables analyzed. The design used is an *ex post facto* cross-section, study with quasi-control group. The sample consisted of 213 male subjects, 45-75 years of age, 106 were diagnosed with Acute Coronary Syndrome (Group I) and 107 subjects that met the criterion of absence of such syndrome or other coronary disease (Group II). The tools used were a questionnaire of sociodemographic and clinical data developed *ad hoc* and the Catastrophic Cognitions Questionnaire. It was possible to identify statistically significant differences in favor of Group I regarding the presence of traditional risk factors: history of coronary disease, presence of hypertension, smoking history and cholesterol. There was also a statistically significant difference in the case of Group I with respect to catastrophic cognitions ($T_{hott} = .14$; $F_{Hott} (13; 199) = 2.18$, $p = .01$). The data support the hypothesis formulated in the study. The presence of catastrophic cognitions with traditional risk factors is conducive to a dangerous context for heart health.

Key words: Coronary Disease – Negative Emotions – Traditional Risk Factors – Gender.

Introducción

La naturaleza de los trastornos coronarios es compleja, no existe un único factor responsable de su aparición y desarrollo. Actualmente se los considera como trastornos multicausales, en los cuales existen diversos factores de riesgo asociados a una mayor incidencia de ellos [10].

El estudio de Framingham, en 1952, fue quien acuñó el concepto factor de riesgo (FR), el cual impactó en la praxis médica puesto que otorgó valor a las causas de enfermedades coronarias (EC) y logró identificar aquellos factores involucrados en dichas enfermedades [9, 25]. Es importante señalar que los FR, cualquiera sea su tipo, se interrelacionan, resultando muy difícil delimitar cuándo comienza uno y termina otro [10, 37]. Estudios epidemiológicos recientes hacen especial énfasis en señalar que los FR para sufrir un ataque al corazón o accidente cerebrovascular (ACV) no pueden determinarse simplemente por la evaluación de FR individuales sino que es necesaria una evaluación de riesgo global¹ [22].

Existe evidencia empírica que sostiene que los factores psicosociales de riesgo (FPSR), tales como ansiedad, depresión, personalidad tipo D, complejo ira-hostilidad, estrés, aislamiento social, entre otros, aumentan el riesgo de eventos coronarios y, además, obstaculizan los cambios conductuales necesarios como parte fundamental del tratamiento [29, 38, 36, 12].

Desde el enfoque de la psicoterapia cognitiva se postula que en los trastornos emocionales existe una distorsión o sesgo sistemático, en el procesamiento de la información, el cual da lugar a evaluaciones exageradas e incongruentes de la realidad [3]. En los cuadros de depresión y ansiedad, surgen interpretaciones, habitualmente inadecuadas, de aquellos eventos que a la persona le preocupan [11]. A esas interpretaciones exageradas, Beck [4] las ha denominado distorsiones cognitivas [24].

El pensamiento catastrófico (PC) es, entonces, una distorsión cognitiva que resulta de una evaluación inadecuada, mediante el cual la persona le adjudica un valor exageradamente negativo (catastrófico) a un evento más o menos grave [4]. Este aspecto del PC es muy similar a la denominada «visión túnel», definida como la tendencia que poseen algunas personas a ver lo que les sucede a través de un filtro catastrófico [5]. La visión catastrófica, además, hace referencia a un sobre-énfasis irreal en las consecuencias negativas y displacenteras de una situación actual o potencial [24]. El PC genera que los sujetos incurran una y otra vez en una equivocación al momento de evaluar la magnitud de un evento a enfrentar. Esta interpretación errónea también la trasladan sobre los propios obstáculos, anticipando posibles dificultades en ausencia de evidencia que las sustente. Asimismo, agrava las consecuencias de un desempeño poco eficaz. Las predicciones catastróficas producen la activación de inhibiciones reflejas, junto con sentimientos de falta de eficacia, inseguridad y falta de flexibilidad en el proceso de evaluación que realiza el sujeto del estresor [4, 3].

Surgieron posteriormente modelos como los de Clark & Salkovskis que analizaron los trastornos de pánico, señalando que quienes han experimentado alguna de estas experiencias, interpretan los signos fisiológicos que aparecen en una crisis de ansiedad (palpitaciones, respiración irregular, etc.) de modo catastrófico o los consideran más peligrosos de lo que realmente son [6,31]. La reciente revisión realizada por Soares-Filho, *et al.* [32] también señala que en los pacientes ansiosos es frecuente la superposición de síntomas, como palpitaciones, dolor de pecho, mareos y dificultades respiratorias. Esta situación es la que conduce a los pacientes a creer equivocadamente que están teniendo un evento coronario [32].

Diversos teóricos cognitivos acuerdan en que las cogniciones catastróficas son un importante constructo psicológico para el mantenimiento de los trastornos de ansiedad, junto con frecuentes evaluaciones negativas [18]. Asimismo, a la preocupación excesiva la relacionan con la enfermedad coronaria, dado que

¹ Cfr. 1. Assmann G. About PROCAM Study. Prospective Cardiovascular Münster Heart Study. 2007; [disponible en: <http://www.assmann-stiftung.de/wp-content/uploads/2013/05/slidekit1.pdf>].

es un componente cognitivo importante dentro del cuadro ansioso. Al respecto Kubzansky *et al.* [21] señalaron que altos niveles de preocupación incrementaban el riesgo coronario. Estos autores sugieren que la percepción que los sujetos tienen sobre el control de un problema, puede influenciar sobre el efecto de preocupación y, ambas, control y preocupación, parecen decisivas en relación a la salud coronaria. El vínculo entre el pesimismo, la desesperanza y el riesgo de ECV fue estudiado por algunos investigadores, quienes observaron que un estilo de vida pesimista, influye y exagera la aterosclerosis en hombres de mediana edad [21].

Como contraparte, diversos trabajos empíricos han comenzado a sugerir que las expectativas generalizadas positivas (optimismo), se asocian con una mejor recuperación coronaria, luego de una cirugía. Kamel & Seligman explican que tanto el optimismo como el pesimismo son estilos que las personas habitualmente utilizan para explicar diversos eventos de sus vidas [16]. Los individuos pesimistas esperan que les ocurran eventos negativos, y consecuentemente sienten desesperanza respecto a su futuro. Se señala también, que no son claros los mecanismos biológicos por los que un estilo explicativo optimista o pesimista puede influir en las ECV. Un estilo explicativo pesimista podría influir en el grado de estrés de los individuos y que, a su vez, los episodios repetidos de estrés pueden movilizar las respuestas hemodinámicas que causan o exacerban el daño endotelial y promueven la aceleración de la aterosclerosis [20]. Actualmente hay evidencia que vincula a las emociones positivas con diversos parámetros biológicos, plausiblemente protectores de enfermedad vascular, y se las relacionan con hábitos de vida cardiosaludables [34].

En este contexto y sobre lo anteriormente expuesto, en el presente trabajo se propone comparar algunos factores tradicionales de riesgo coronario y el pensamiento catastrófico, entre un grupo de pacientes varones con síndrome coronario agudo (SCA), en relación a un grupo de varones sin SCA, de similares características sociodemográficas, con el fin de

caracterizar al grupo de pacientes respecto al comportamiento de las variables analizadas.

Hipótesis

Los pacientes con SCA tienen una mayor presencia del sesgo cognitivo pensamiento catastrófico y de factores de riesgo tradicionales, con respecto a los sujetos no diagnosticados con esta enfermedad.

Material y método

Diseño

Con el fin de cumplir con el objetivo propuesto, se siguieron los pasos correspondientes al estudio *ex post facto*, de corte transversal, con grupo cuasi-control.

Participantes

La muestra se conformó por 213 sujetos varones 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, pertenecen al Grupo II (cuasi-control) sin diagnóstico de SCA. Ambos grupos poseen características sociodemográficas similares: edades comprendidas entre 45 a 75 años, de nivel socioeconómico medio y residen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Los pacientes incluidos en el Grupo I (pacientes con SCA) fueron reclutados del Instituto de Investigaciones Cardiológicas (ININCA, UBA, CONICET), el Hospital de Clínicas «José de San Martín» y el Hospital Dr. César Milstein (ex Hospital Francés). El Grupo II cuasi-control se conformó por 107 sujetos de la población general sin diagnóstico de SCA.

Los criterios de inclusión del Grupo I fueron: 1) Presentar diagnóstico de SCA. 2) Estar bajo control y tratamiento de la enfermedad. 3) Ausencia de alteraciones psíquicas de nivel psicótico o defectual, para garantizar la confiabilidad de los resultados. 4) Nivel de escolaridad mínimo 6to grado, para asegurar la comprensión de las técnicas empleadas. 5) Firma del consentimiento informado, en el que se describe el objetivo del estudio, se informa sobre el carácter voluntario de la participación, y se re-

guarda el anonimato de las respuestas.

Para el Grupo II (cuasi-control), los participantes pertenecían a la población general y fueron reclutados a través del muestreo no probabilístico denominado bola de nieve. Fue criterio de exclusión del Grupo II presentar diagnóstico de SCA u otra patología coronaria declarada. Asimismo se conservaron los criterios de ausencia de alteraciones psíquicas de nivel psicótico o defectual, el nivel de escolaridad mínimo 6to grado, y la firma del consentimiento informado.

Instrumentos de evaluación

- Cuestionario de datos sociodemográficos y de factores tradicionales de riesgo coronario. Con el fin de obtener el perfil sociodemográfico de la muestra, se elaboró un cuestionario de preguntas cerradas con alternativas fijas, que recabó información acerca de las siguientes variables: edad, nacionalidad, estado civil, educación y ocupación. En este cuestionario se incorporó información de los factores tradicionales de riesgo clínico: presencia de antecedentes de EC, hipertensión arterial (HTA), diabetes, colesterol elevado y hábitos tabáquicos. Esta información fue aportada por el servicio cardiológico de las instituciones de salud incluidas en el estudio y por los autoreportes brindados por los participantes.

- Cuestionario de cogniciones catastróficas – modificado (CCQ-M, versión español) [28]. La primera versión del Cuestionario de cogniciones catastróficas (CCQ), de origen australiano, fue realizada por Khawaja & Oei [19]. El objetivo del cuestionario es evaluar el PC, tanto en la activación, como en el mantenimiento de esquemas ansiógenos [2]. El Cuestionario de cogniciones catastróficas-modificado (CCQ-M) [18], fue validado para nuestro medio local [28] y consta de 13 ítems que se agrupan en 3 dimensiones: Emocional, Física y Mental. La dimensión Emocional hace referencia al grado en que el peligro se asocia a una reacción emocional, la dimensión Física refleja los peligros físicos como indicadores de un desastre, y la dimensión Mental indica la tendencia del sujeto a considerar un trastorno mental como peligroso. Los ítems están formulados en sentido

directo y sus respuestas se presentan en formato tipo Likert con 5 alternativas de respuesta que varían desde el valor 1 «No es peligroso en absoluto», hasta el valor 5 «Muy peligroso». El puntaje del sujeto se obtiene promediando los valores por él consignados en las escalas Likert de respuesta a los ítems que conforman las dimensiones Emocional, Física y Mental del cuestionario. La estructura factorial propuesta para CCQ-M (versión español) obtuvo altos valores de consistencia interna de alfa de Cronbach (.82 para el Factor Emocional, .77 para el Factor Físico y .82 para el Factor Mental) [11], que evidencian además una adecuada validez del constructo del CCQ-M para estudios correlacionales en el ámbito de la psicología social y salud.

Procedimiento

Los instrumentos de evaluación fueron administrados, en forma de entrevista, a los 213 sujetos que conformaron la muestra, con una duración de 40 minutos aproximadamente. En primera instancia, se les comunicó a los participantes sobre las características y los objetivos del estudio, aseverándoles que su participación era voluntaria y que se conservaría el anonimato de las respuestas. Posteriormente, se solicitó la firma del consentimiento informado, siguiendo los principios acordados en la Declaración de Helsinki. Cumplida esta primera instancia, se continuó y finalizó la administración del protocolo de investigación.

Análisis estadístico

- Con el fin de comparar los perfiles sociodemográfico y clínico del Grupo I y el Grupo II, se aplicó la prueba χ^2 (Ji cuadrado) de independencia estadística para las variables cualitativas y la prueba *t* de Student para muestras independientes cuantitativas.

- Para evaluar la probable influencia del pensamiento catastrófico sobre el SCA se aplicó un análisis multivariado de la variancia (MANOVA) en los puntajes obtenidos por el Grupo I y por el Grupo II (cuasi-control) en el CCQ-M (versión español). Esta prueba arroja resultados considerando tanto los ítems en forma simultánea, como así también cada reactivo en forma individual.

Los datos se analizaron con el soporte técnico del software SPSS versión 18.0. En todos los casos se consideró un nivel de probabilidad de

error menor o igual a .05.

Resultados

Tabla 1. Perfil sociodemográfico según Grupo I y Grupo II

Perfil sociodemográfico	Grupo I con SCA <i>n</i> ₁ = 106		Grupo II sin SCA <i>n</i> ₂ = 107		Pruebas *	
	<i>m</i> ₁	<i>de</i> ₁	<i>m</i> ₂	<i>de</i> ₂	<i>t</i>	<i>p</i>
Edad (años)	65	7.44	63	8.05	1.792	.075
	<i>n</i> ₁	%	<i>n</i> ₂	%	x²	p
Estado civil						
Casado/en pareja	75	71	83	77		
Separado/divorciado	16	15	12	11	8.91	.414
Soltero*	9	8	8	8		
Viudo*	6	6	4	4		
Educación						
Primario	19	18	21	20	4.30	.230
Secundario	44	41	32	30		
Terciario/universitario/postgrado	43	41	54	50		
Situación laboral						
Trabaja actualmente	78	74	81	76	.723	.422
Jubilado	28	26	26	24		
Ocupación principal						
Oficios varios	16	15	6	6	7.10	.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		

* 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%

Los resultados de las pruebas de significación estadística evidencian que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el Grupo I y el Grupo II (cuasi-control) entre sus respectivos perfiles sociodemográficos (tabla 1). Por lo cual se considera que ambos grupos son comparables entre sí para el estudio de las variables implicadas en este trabajo.

A partir de la información recabada para educación y ocupación, todos los sujetos pertenecen al nivel socioeconómico medio de acuerdo a la versión abreviada del índice de Nivel Económico Social (NES) de Gino Germani, efectuada por Grimson *et al.* [13].

En la tabla 2 se presentan las frecuencias, porcentajes, los valores de χ^2 (Ji cuadrado) y Phi de asociación estadística, para los siguientes factores de riesgo tradicional: antecedentes

de EC, antecedentes de tabaquismo, presencia HTA, colesterol elevado y diabetes, para ambos grupos. El Grupo I presenta un porcentaje de casos significativamente mayor: 69 % con antecedentes de EC, 72% con HTA, el 65% con antecedentes de tabaquismo y el 79 % presenta colesterol elevado.

A partir de los resultados obtenidos en el MANOVA, se observaron diferencias estadísticamente significativas al considerar todos los ítems de la escala CCQ-M (versión en español) en forma simultánea ($T_{Hott} = .14$; $F_{Hott} (13; 199) = 2.18$; $p = .01$). Por su parte, al tenerse en cuenta cada ítem en forma separada, se observaron diferencias estadísticamente significativas a favor de los pacientes con SCA, en 9 ítems de la escala (tabla 3).

En síntesis, los pacientes coronarios evaluaron

Tabla 2. Perfil clínico según Grupo I y Grupo II

Perfil clínico		Grupo I con SCA <i>n</i> ₁ = 106		Grupo II sin SCA <i>n</i> ₂ = 107		Prueba	
		<i>n</i> ₁	%	<i>n</i> ₂	%	χ^2	<i>p</i>
Antecedentes de enfermedad coronaria	No	33	31	75	70	32.33	.000
	Si	73	69	32	30		
HTA	No	30	28	52	49	9.26	.002
	Si	76	72	55	51		
Antecedentes de tabaquismo	No	37	35	55	51	5.90	.015
	Si	69	65	52	49		
Colesterol elevado	No	32	21	72	67	29.33	.000
	Si	74	79	35	33		
Diabetes	No	80	75	86	80	.744	.388
	Si	26	25	21	20		

Tabla 3. Cuestionario de Cogniciones Catastróficas CCQ-M (versión español) según Grupo I y Grupo II

Cuestionario de Cogniciones Catastróficas (CCQ-M)	Grupo I con SCA (<i>n</i> ₁ =106)		Grupo II sin SCA (<i>n</i> ₂ =107)		MANOVA <i>T</i> _{Hott} = .14 <i>F</i> _{Hott(13;199)} = 2.18 <i>p</i> = .001	
	<i>m</i> ₁	<i>de</i> ₁	<i>m</i> ₂	<i>de</i> ₂	<i>F</i> _(1;211)	<i>p</i>
1. Sentirse tenso	3.1	1.1	2.7	1.0	6.45**	.012
2. Tener un accidente	3.9	1.0	3.5	1.1	7.22**	.008
3. Estar herido	3.4	1.2	3.2	1.2	1.15	.283
4. No poder pensar racionalmente	4.1	1.1	3.6	1.2	9.69**	.002
5. No poder controlar sus pensamientos	3.9	1.1	3.7	1.3	1.02	.313
6. Estar alterado	3.5	1.1	3.1	1.2	7.47**	.007
7. Estar enfermo	3.4	1.1	3.2	1.2	1.41	.235
8. No poder relajarse	3.3	1.2	2.7	1.2	11.53**	.001
9. Estar mentalmente bloqueado	3.8	1.0	3.3	1.3	7.59**	.006
10. Estar alarmado	3.1	1.1	2.6	1.2	8.08**	.005
11. Ser atacado	4.1	.95	3.7	1.1	7.28**	.008
12. Estar perdiendo la razón	4.4	.87	4.2	1.1	2,23	.137
13. Estar enojado	3	1.1	2.5	1.2	8.86**	.003

como más peligrosas respecto al Grupo II (no coronarios), situaciones emocionales como: sentirse tenso, estar alterados, alarmados y enojados; estados mentales como: estar blo-

queados y no poder pensar racionalmente. En relación a los peligros físicos evaluaron como peligrosas situaciones como tener un accidente y ser atacados.

Discusión

El concepto de factor de riesgo (FR) resultó ser determinante para el esclarecimiento del enfermar coronario. Los FR relacionados con la enfermedad coronaria (EC) pueden clasificarse en tres grandes grupos: inherentes, dentro los cuales encontramos edad, sexo, historia familiar de EC, entre otros; tradicionales, como la Hipertensión Arterial (HTA), el colesterol elevado, el tabaquismo, la obesidad, el sedentarismo. Por último, los factores de riesgo psicosociales, que incluyen: depresión, ansiedad, estrés, factores socio-económicos, aislamiento social, entre otros [7,27]. Tanto los FR tradicionales como los psicosociales son modificables, y es allí justamente donde se habilita intervención clínica y psicológica [38].

En cuanto al perfil clínico de la muestra el grupo de pacientes coronarios, los resultados son similares a los datos provenientes de estudios previos² [30]. Los factores de riesgo tradicional se relacionan de manera irrefutable con un mayor riesgo de ECV aterosclerótica [35]. Como fue señalado anteriormente, la naturaleza de la EC es compleja y pluricausal, no se debe a un único factor, sino que responde a la interacción de diversos factores de riesgo, tanto clínicos como psicológicos y ambientales [1, 23, 15].

En relación a la evaluación del pensamiento catastrófico (PC), los resultados muestran que los pacientes coronarios tienen una diferencia estadísticamente significativa en relación al sesgo cognitivo del PC, tanto, al tenerse en cuenta todos los ítems, como particularmente en 9 de los 13 que componen la escala. Existe evidencia previa sobre la importancia de las cogniciones catastróficas en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Gurney-Smith, Cooper & Wallace [14], coincidieron en considerar a este constructo psicológico como relevante para la consideración global de la enfermedad. Asimismo, estudios previos encontraron que el PC predice un deterioro de la calidad de vida de los pacientes con enfermedad cróni-

ca respiratoria. En relación a sus hallazgos se concluyó que los patrones de comportamiento desadaptativos y la angustia emocional causada por las cogniciones catastróficas pueden afectar en gran medida la calidad de vida de estos pacientes [8]. Este sesgo cognitivo también fue estudiado en relación al HIV, Oakinin, Goncalves, Nabais, Figueira y da Fonseca [26], señalan la importancia de las amenazas percibidas, tanto a nivel físico como mental, en el proceso de adaptación psicológica para afrontar la enfermedad.

Otro aspecto a tener en cuenta para continuar el estudio del PC y la EC son los datos del «*Normative Aging Study*» [20, 17], el cual evidenció que tanto la preocupación excesiva como la ansiedad están prospectivamente asociadas con la EC fatal y con la muerte súbita.

Por su parte, Sulds y Bonde sugieren la existencia de un solapamiento de variables psicológicas y señalan la posible existencia de una disposición general hacia un espectro de afectividad negativa, en los pacientes con personalidad tipo D, ansiedad y depresión. Esta disposición negativa es para los autores más importante para el riesgo de la enfermedad, que cualquier emoción negativa específica [33]. Hay evidencia que sugiere que los FPSR tienden a agruparse y a cursar con los factores de riesgo tradicionales de ECV [29].

En relación a las limitaciones del estudio se señala que, conforme a la dificultad de utilizar una estrategia de muestreo probabilístico para la selección de los sujetos que conformaron la muestra, no se encuentra garantizada la representatividad con respecto a la población objetivo. Por lo tanto, las conclusiones obtenidas, se refieren al grupo de pacientes varones con SCA que participaron en este estudio. Sin embargo, respecto a la validez interna del estudio y al tratamiento metodológico seleccionado, se puede concluir, con un margen de error, que los datos recabados apoyan la hipótesis formulada.

Por último se destaca que una mayor presencia del pensamiento catastrófico, junto con factores de riesgo tradicionales, propicia un contexto peligroso para la salud coronaria.

² Cfr. 1. Assmann G. About PROCAM Study. Prospective Cardiovascular Münster Heart Study. 2007; [disponible en: <http://www.assmann-stiftung.de/wp-content/uploads/2013/05/slidekit1.pdf>].

Se señala que el pensamiento catastrófico es un constructo psicológico relativamente reciente y, como tal, requiere de una mayor investigación empírica, por lo que se recomienda continuar su estudio particularmente en relación a otras variables psicosociales relacionadas al enfermar coronario, tales como depresión, ansiedad, estrés percibido, apoyo social, entre otras. El conocimiento de variables psicosociales completa el diagnóstico global de la EC, favoreciendo tanto la recuperación como la prevención de futuros eventos. En

este sentido, el pensamiento catastrófico resulta un constructo novedoso que colabora con el diagnóstico global del paciente coronario.

Agradecimientos

Los autores agradecen la enorme colaboración brindada por el Instituto de Investigaciones Cardiológicas (ININCA, UBA, CONICET), el Hospital de Clínicas «José de San Martín» y el Hospital César Milstein (Ex – Francés) que generosamente posibilitaron el acceso a la muestra.

Referencias

1. Álvarez Cosmea A, López Fernández V, Prieto Díaz MA, Díaz González P, Herrero Puente P, Vázquez Álvarez J. et al. Procam y Framingham por categorías: ¿Miden igual riesgo? *Medifam*. 2002; 2(4):260-65.
2. Beck A. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press; 1976.
3. Beck AT, Emery G, Greenberg RL. *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Book; 1985.
4. Beck AT, Rush JA, Shaw BF, Emery G. *Terapia Cognitiva de la depresión*. Buenos Aires: Biblioteca de Psicología Descleé de Brouwer; 1983.
5. Beck J. *Terapia Cognitiva*. Barcelona: Gedisa; 2000.
6. Clark DM. A cognitive model of panic. En Rachman SJ & Maser J. (eds.). *Panic: psychological perspectives*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1988. p. 71-89.
7. Cuartas Murrillo V, Escobar Zuluaga A, Lotero García EV, Lemos Hoyos M, Arango Lasprilla JC, Rogers H. Los factores psicosociales implicados en la isquemia. *Revista CES Psicología*. 2008; 1(2):19-40.
8. Dimopoulou T. *Clinically Anxious Asthma Patients: The Role of Catastrophic Cognitions*. 2007. Coventry University Tesis Doctoral [Disponible en: <http://ethos.bl.uk/OrderDetails.do?uin=uk.bl.ethos.486904>]
9. Elosua R, Morales Salinas A. Determinación del riesgo cardiovascular total. Caracterización, modelización y objetivos de la prevención según el contexto sociogeográfico. *Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc*. 2011; 17(s1):2-15.
10. 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.
11. Fleiss JL, Levin B, Paik MC. *Statistical methods for rates and proportions*. 3 ed. New York: Wiley; 2004.
12. Forcada P. *Personality Disorders and Coronary Atherosclerotic Plaque: A New Perspective*. *Rev Argent Cardiol*. 2013; 81:4-6. doi.org/10.7775/rac.v81.i1.2154.
13. Grimson WR, De Blanco AC, Estrugamou M, Lastres E, Necchi S, Phillpott E. Investigación epidemiológica en entidades psiquiátricas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 1972; 79:572.
14. Gurney-Smith B, Cooper MJ, Wallace LM. *Anxiety and Panic in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: The Role of Catastrophic Thoughts*. *Cognitive Ther Res*. 2002; 26(1):143-55.
15. Izquierdo A, Gil-Lacruz M. Patrón de conducta tipo A, la interacción psicofisiológica que supone un reto social. *Proyecto Social. Revista de Relaciones Laborales*. 2000; 8: 47-62.
16. Kamen LP, Seligman MEP. *Explanatory style and health*. *Curr Psychol Res Rev*. 1987; 6(3):207-18.
17. Kawachi I, Sparrow D, Vokonas PS, Weiss ST. *Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease in men: The Normative Aging Study*. *Circulation*. 1994; 90: 2225-29.
18. Khawaja NG, Oei TPS, Baglioni Jr AJ. *Modification of the catastrophic cognitions questionnaire (CCQ-M) for normals and patients: Exploratory and Lisrel analyses*. *J Psychopathol Behav*. 1994;16(4):325-42. doi: 10.1007/BF02239410
19. Khawaja NG, Oei TPS. *Development of cata-*

- strophic cognitions questionnaire. *J Anxiety Disord.* 1992; 3:33-43.
20. Kubzansky LD, Kawachi I, Spiro A, Weiss ST, Vokonas PS & Sparrow D. Is Worrying Bad for Your Heart? A Prospective Study of Worry and Coronary Heart Disease in the Normative Aging Study. *Circulation.* 1997; 95:818-24.
 21. Kubzansky L, Sparrow D, Vokonas PS, Kawachi I. Is the glass half empty or half full? A prospective study of optimism and Coronary Heart Disease in the Normative Anging Study. *Psychosom Med.* 2001; 63:910-16.
 22. Laham MA. Escuchar al corazón. *Psicología Cardíaca. Actualización en Psicocardiología.* Buenos Aires: Lumiere; 2006.
 23. Laham MA. Psicocardiología: su importancia en la prevención y rehabilitación coronarias. *Suma Psicológica.* 2008; 15(1):1-19.
 24. Navas J. Proceso e Innovaciones de la Terapia Racional-Emotiva Conductual (TREC). Santurce: PSYPRO; 1998.
 25. O'Donnell CJ, Elosua R. Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. *Rev Esp Cardiol.* 2008; 61(3):299-310.
 26. Ouakinin S, Goncalves G, Nabais I, Figueira ML, Da Fonseca JLS. Emotional distress and catastrophic cognitions in HIV infection. *Eur Psychiat.* 1998; 13(4):242s-243s. doi: 10.1016/S0924-9338(99)80396-4
 27. Oblitas L. *Psicología de la salud y calidad de vida.* 2ª ed.. México: Internacional Thompson Editores; 2006.
 28. Pereyra Girardi CI, Ofman SD, Cófreces P, Stefani D. Traducción y Validación del Cuestionario de Cogniciones Catastróficas Modificado (CCQ-M): un estudio preliminar en sujetos varones argentinos. *Rev Arg de Ciencias del Comportamiento.* 2014; 6(1):6-14.
 29. Pogosova N, Saner H, Pedersen SS, Cupples ME, McGee H, Hofer S, et al. Psychosocial aspects in cardiac rehabilitation: From theory to practice. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation of the European Society of Cardiology. *Eur J Prev Cardiol.* 2015; 22(10):1290-306. doi:10.1177/2047487314543075.
 30. 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 Publica.* 2010; 27(4):237-45.
 31. Salkovskis PM. Phenomenology, assessment and cognitive model of panic. En Rachman S & Maser JD, (eds). *Panic: Psychological perspectives* Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1988 p.111-35.
 32. Soares-Filho GL, Arias-Carrión O, Santulli G, Silva AC, Machado S, Valença AM & Nardi AE. Chest Pain, Panic Disorder and Coronary Artery Disease: A Systematic Review. *CNS & Neurological Disorders - Drug Targets.* 2014; 3(6):992-1001. doi: 10.2174/1871527313666140612141500
 33. Suls J, Bunde J. Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: The problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychol Bull.* 2005; 131: 260-300.
 34. Tajer C. Alegría del corazón. Emociones positivas y salud cardiovascular. *Rev Argent Cardiol.* 2012; 80(4):325-3.
 35. Tajer C. El corazón enfermo. Puentes entre las emociones y el infarto. Buenos Aires. Libros del Zorzal; 2008.
 36. Watkins LL, Koch G, Sherwood A, Blumenthal JA, Davidson JRT, O'Connor C & Sketch MH. Association of Anxiety and Depression With All-Cause Mortality in Individuals With Coronary Heart Disease. *J Am Heart Assoc.* 2013; 2(2) e000068. doi: 10.1161/JAHA.112.000068
 37. Williams RB. Psychosocial and biobehavioral factors and their interplay in coronary heart disease. *Annu Rev Clin Psychol.* 2008; 4:349-65.
 38. Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet.* 2004; 324: 937-52.