

Análisis de las respuestas al test de Rorschach de un grupo de sujetos afectados de un primer infarto de miocardio

Ana María Tuset Bertran

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tesisenxarxa.net) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tesisenred.net) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tesisenxarxa.net) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD EVALUACION
Y TRATAMIENTOS PSICOLOGICOS

DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD DE BARCELONA

**ANALISIS DE LAS RESPUESTAS AL TEST DE RORSCHACH DE UN GRUPO DE
SUJETOS AFECTADOS DE UN PRIMER INFARTO DE MIOCARDIO**

Tesis para la obtención del grado de doctor

Presentada por: **Ana M^a Tuset Bertran**

Dirigida por: **Dra. M^a Teresa Anguera Argilaga**

AGRADECIMIENTOS

Las facilidades dadas por el Servicio de Cardiología del Hospital General del Valle Hebrón de Barcelona y la colaboración prestada por todo el personal sanitario y administrativo, han sido decisivas para la realización de este trabajo. Debo agradecer muy especialmente la ayuda prestada por el Dr. E. Domingo en el acceso a los datos médicos y la comprensión de los mismos.

Debo agradecer también la ayuda prestada por el Dr. J. Guardia en el tratamiento estadístico de los datos y los Drs. M. Timsit y J. Exner en el primer diseño del trabajo y en aspectos concretos del Rorschach.

INDICE

1. Introducción	1
2. Planteamiento metodológico	2
2.1. Objetivos	2
2.1.1. Delimitación del ámbito de la investigación	4
2.1.1.1. El infarto de miocardio: frecuencia de aparición	4
2.1.1.2. Factores de riesgo en el infarto de miocardio	7
2.1.1.3. Factores de riesgo relacionados con características psíquicas	17
2.1.1.3.1. Antecedentes históricos	17
2.1.1.3.2. Definición del tipo A	20
2.1.1.3.3. Instrumentos de medida y diagnóstico del tipo A	23
2.1.1.3.4. Principales estudios sobre tipo A	25
2.1.1.3.5. Estado actual de las investigaciones sobre el patrón de conducta tipo A ...	26
2.1.1.4. Otras líneas de investigación en el campo de la personalidad del enfermo cardiovascular	29
2.1.1.5. El Rorschach en el estudio de las enfermedades psicosomáticas	30
2.1.1.6. El test de Rorschach en el estudio de los trastornos cardiovasculares	37

2.1.2. Formulación de hipótesis	43
2.1.3. Especificación del contexto	45
2.1.4. Definición de variables	46
2.2. Selección y características de la muestra	48
2.3. Material	52
2.3.1. Pruebas médicas	52
2.3.2. Pruebas psicológicas	54
2.3.2.1. La entrevista semidirigida	55
2.3.2.2. Guión de entrevista utilizado en la primera sesión	56
2.3.2.3. Guión de entrevista utilizado en el seguimiento	56
2.3.2.4. El Psicodiagnóstico de Rorschach ...	57
2.4. Procedimiento	57
3. Análisis de datos	60
3.1. Codificación de los valores de las variables	60
3.1.1. Datos médicos durante la hospitalización. Codificación de los valores de las variables médicas utilizadas	60
3.1.2. Datos médicos del seguimiento. Codificación de los valores de las variables	61
3.1.3. Datos de la primera entrevista. Codificación de los valores de las variables	61
3.1.4. Datos de la segunda entrevista. Codificación de los valores de las variables	62
3.1.5. Los protocolos Rorschach	62

3.2. Tratamiento estadístico	63
3.3. Resultados	63
3.3.1. Análisis de los datos médicos durante la hospitalización y al año	64
3.3.2. Análisis de la información obtenida en la primera entrevista	67
3.3.3. Análisis de la información obtenida en la segunda entrevista	75
3.3.4. Análisis de los resultados del primer Rorschach	80
3.3.4.1. Estadísticos descriptivos de la primera administración de Rorschach y comparación con los datos normativos	80
3.3.4.2. Análisis de conglomerados (de individuos)	92
3.3.4.3. Análisis de componentes principales	96
3.3.5. Análisis de los resultados del segundo Rorschach	100
3.3.5.1. Estadísticos descriptivos de la segunda administración de Rorschach y comparación con los datos normativos	101
3.3.5.2. Análisis de conglomerados (de individuos)	109
3.3.5.3. Análisis de componentes principales	112
3.3.6. Comparación de los dos protocolos Rorschach	116
3.3.7. Correlación entre el diagnóstico médico, el estado físico al año y algunas variables psicológicas	118

3.3.8. Análisis discriminante de las variables del primer y segundo Rorschach	119
3.3.9. Análisis discriminante de las principales variables médicas y psicológicas	122
3.3.10. Valor predictivo de Lambda y número de respuestas	124
4. Discusión de resultados	126
BIBLIOGRAFIA	130
APENDICE A. Rorschach y psicósomática, recopilaciones	145
APENDICE B. Rorschach e hipertensión	146
APENDICE C. Rorschach e infarto de miocardio	147
APENDICE D. Guión para la primera entrevista	148
APENDICE E. Guión para la segunda entrevista	158
APENDICE F. Resumen estructural del Rorschach	160
APENDICE G. Codificación de los valores de las variables ...	161

1. Introducción

"Después de casi un siglo de especulación y tres décadas de intensa investigación, la naturaleza de la relación entre los factores psicológicos y la enfermedad coronaria es todavía poco clara" (Booth-Kewley y Friedman, 1987 p. 343). Estas palabras de una de las máximas autoridades en el tema, no muestran un panorama muy alentador. La enfermedad coronaria ha sido y sigue siendo, sin embargo, objeto central de atención de la investigación psicosomática y es una de las enfermedades psicosomáticas que podríamos considerar "clásicas". El elevado índice de mortalidad asociada a ella es posiblemente la causa principal de este interés.

Esta tesis es el resultado de 2 años de investigación con pacientes que han sufrido un primer infarto de miocardio. La elección de este tema se hizo tras varias aproximaciones que tenían en común el interés por una de las denominadas enfermedades psicosomáticas: la cardiopatía isquémica, y su estudio con un instrumento concreto: el Psicodiagnóstico de H. Rorschach. Este interés venía determinado por la importancia de la enfermedad como causa de muerte en las sociedades industrializadas y por la convicción de la importancia de los factores psicológicos en la etiología de la misma. Desde que Friedman y Rosenman en los años cincuenta describieron el tipo A de conducta como una de las causas de la cardiopatía isquémica, muchos investigadores han corroborado sus hipótesis y, con el margen de tiempo que se da siempre entre un descubrimiento de esta naturaleza y su aplicación a la práctica, un número creciente de Servicios de Cardiología se han interesado por introducir distintas modalidades de tratamientos psicológicos como parte de la rehabilitación de estos pacientes. La mayor parte de estos tratamientos se han hecho partiendo del

supuesto de que estos pacientes serían tipo A y con el propósito de introducir cambios en este patrón de conducta.

A nuestro modo de ver estas experiencias adolecen de una falta de información psicodiagnóstica profunda, como la que acostumbra a recogerse antes del inicio de un tratamiento psicológico. Quizás el hecho de que muchos de estos estudios se hayan realizado desde el campo de la cardiología y no de la psicología, sea la causa de ello. Creemos que la aplicación de instrumentos más sofisticados aumentaría la información de que disponemos sobre la personalidad del enfermo coronario y a su vez proveería de una base más sólida a la planificación de tratamientos.

Uno de los instrumentos psicodiagnósticos que actualmente puede considerarse que responde a tales propósitos, es el test de Rorschach. La información que proporciona va más allá de la que puede darnos la observación de conductas con que se acostumbra a estudiar a estos pacientes, y aunque el tiempo de aplicación y corrección no hace rentable su uso sistemático en estos casos, creemos que cumple el objetivo de ofrecer una visión en profundidad de un grupo de estudio. La información que proporciona puede ser especialmente útil en la planificación de un tratamiento.

2. Planteamiento metodológico

Expondremos en primer lugar los objetivos de esta investigación y sus antecedentes más próximos. A continuación formularemos las hipótesis concretas que pretendemos defender y presentaremos las características de la muestra y el material empleado para comprobarlas.

2.1. Objetivos

Nuestra intención es abordar el estudio de la personalidad del paciente con un infarto de miocardio desde una perspectiva distinta a la utilizada en los trabajos sobre tipo A, con la esperanza de que aporte datos nuevos, no observables con los instrumentos tradicionalmente utilizados para la clasificación de este patrón de conducta. No nos proponemos comprobar

la presencia del patrón de conducta tipo A en los sujetos de la muestra, sin que esto suponga cuestionar la relevancia del tipo A como factor de riesgo de la enfermedad coronaria, ni pretender dar una respuesta al complejo tema de la contribución de los factores psíquicos en la cardiopatía isquémica. Nuestro objetivo es menos ambicioso: tratar de verificar si existen unas características comunes en los Rorschachs de estos pacientes que han sufrido un infarto. La existencia de estas características comunes nos permitiría hacer una descripción de la personalidad de este grupo en términos Rorschach.

Al tratarse de un estudio retrospectivo, como casi todos los realizados con Rorschach, somos conscientes de que los resultados pueden considerarse en parte originados por unas características más o menos estables de la personalidad del sujeto, pero también influenciados por la crisis coronaria reciente, la hospitalización y la ansiedad que todo ello provoca en estos pacientes que acaban de ver peligrar seriamente su vida. Ciertas conclusiones sobre la personalidad del enfermo coronario sólo pueden ser estimadas en estudios prospectivos. Sin olvidar esto, creemos que la estabilidad de ciertas variables Rorschach hace posible inferir características anteriores al infarto, especialmente si disponemos de un retest.

Aunque el estudio está centrado en los resultados del Rorschach, nos proponemos también obtener información sobre datos biográficos de los pacientes, haciendo especial énfasis en aquellos que se han considerado tradicionalmente como factores de riesgo de cardiopatía isquémica. Tendríamos así una descripción más completa de la personalidad del paciente de la que proporciona aisladamente el test.

Otro objetivo es la predicción a partir del diagnóstico psicológico de la evolución del paciente. Se pretende considerar tanto la evolución desde el punto de vista médico, como los cambios que en la vida y personalidad del paciente se pudieran producir.

A partir de los resultados obtenidos trataremos de sacar algunas conclusiones sobre la posibilidad de tratamiento de estos sujetos y el tipo de tratamiento más adecuado.

2.1.1. Delimitación del ámbito de la investigación

Expondremos a continuación un resumen de los datos más relevantes sobre la frecuencia del infarto y sobre los factores de riesgo comunmente aceptados como relacionados con él. Analizaremos después los antecedentes más directos de nuestra investigación: los trabajos en los que se utilizó el Rorschach como instrumento de medida con estos pacientes o con sujetos afines.

2.1.1.1. El infarto de miocardio: frecuencia de aparición

Datos mundiales

La prevalencia mundial de la cardiopatía isquémica oscila entre el 61 por 10.000 individuos en 10 años, en zonas rurales del Japón y 681 en el este de Finlandia (Rofman ed., 1982).

La incidencia mundial del infarto varía entre 0,8 y 7,5 por 1000 habitantes y año. La mortalidad en la fase aguda se estima entre un 20 y un 50% (Rofman ed., 1982).

Datos españoles

Según Llano, Díez y Saladero (1988), en 1980 las enfermedades del aparato circulatorio fueron la causa del 45,8 % de las muertes en España, seguidas de los tumores con un 20,2% y las enfermedades del aparato respiratorio con un 9,3%. Al considerar las causas de muerte por edades, concluyen que las causas más frecuentes de muerte son: los accidentes en los menores de 14 años, las enfermedades tumorales en los adultos y las cardiovasculares en los ancianos. Estos datos se consideran poco fiables por las limitaciones en la recogida de la información.

El envejecimiento de la población sería, según estos autores, la causa del aumento en los últimos años de las enfermedades del aparato circulatorio. Quizás el envejecimiento no sea la única causa del aumento sinó que, como han demostrado estudios realizados en otros países, otros cambios psicosociales son determinantes.

La prevalencia en España según datos de un estudio realizado en Manresa con un grupo de varones entre 30 y 50 años seguidos durante 5 años, es del 3% (un 3% desarrolló algún accidente coronario). Este estudio demuestra que en un área industrial mediterránea la morbimortalidad es semejante a la del centro y oeste de Europa (Rofman ed., 1982).

Navarro et al. (1988) a partir de un estudio realizado en Barcelona, estiman la prevalencia en España en 30.000-35.000 infartos anuales.

Datos de Barcelona

Navarro et al. (1988a) realizaron un estudio que recogió información sobre los pacientes ingresados en los hospitales del núcleo urbano de Barcelona (área XII) con diagnóstico o sospecha clínica de crisis coronaria aguda. Se registró la información entre el 1 de Noviembre de 1983 y el 31 de Enero de 1984. Por la proximidad con las fechas en las que fue realizada esta investigación, creemos que es una información muy fiable de la población sobre la que recogimos la muestra (Tabla 1).

En cuanto a las características demográficas y socioeconómicas de los ingresos por enfermedad coronaria aguda, como es de esperar, la proporción de hombres es muy superior a la de mujeres (72,5 y 27,5 % respectivamente). La edad de hospitalización era sensiblemente más baja en el varón ($61,51 \pm 11,7$) que en la mujer ($68 \pm 11,5$). El 43,8% de los pacientes eran naturales de Cataluña, el 53,4% del resto del estado y el 2,7% extranjeros. En cuanto a su situación laboral el 47% eran jubilados y pensionistas, el 35% trabajadores en activo, el 12% eran amas de casa y el 3% parados. No se daban diferencias significativas en los distintos hospitales (pero probablemente sí en las clínicas incluidas en el estudio).

La mortalidad es de un 15,1% , siendo igual para el primer que para el segundo infarto y oscilando según hospitales entre el 2,4% y el 26,9%. El 43% de los fallecimientos por infarto agudo se producen en las 2 primeras horas (Navarro et al. 1988b).

Los datos para el hospital del Valle de Hebrón se exponen en la Tabla 2. Como se observa en dicha tabla la frecuencia esperada de pacientes con un

primer infarto menores de 65 años (población con la que se llevó a cabo este estudio), es de 63 en un período de tres meses.

Tabla 1

Pacientes ingresados en el núcleo urbano de Barcelona, durante tres meses, con diagnóstico o sospecha clínica de crisis coronaria aguda

Diagnóstico	N
Sospecha de accidente coronario agudo ^a	1268
Diagnóstico definitivo de infarto agudo de miocardio ^b	596
Primeros infartos	462
Varones	248
Mujeres	74
Menores de 65 años	142
Varones	127
Mujeres	15
Datos estimados para un año, infarto agudo de miocardio	2384
Datos estimados para un año, primer infarto	1978

^aMedia de sujetos ingresados por mes, 489 con un coeficiente de variación del 3,9%

^b47% de los ingresos por accidente coronario

Tabla 2

Pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio ingresados en el Hospital del Valle de Hebrón en un período de tres meses

Diagnóstico	N
Infarto agudo de miocardio	126
Primer infarto	97
Menores de 65 años	63

2.1.1.2. Factores de riesgo en el infarto de miocardio

La probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular varía enormemente en función del sexo y la edad. Estos son dos factores indiscutibles. El Framingham Study (Kannel et al., 1976), da los datos recogidos en la Tabla 3.

Tabla 3

Probabilidad de sufrir una enfermedad cardiovascular en 8 años (incidencia por 1.000)

Edad	Hombres	Mujeres
35	18	5
40	41	12
45	75	25
50	115	48
55	159	80
60	193	119
65	212	160
70	229	199

La mayor incidencia entre hombres (entre dos y cuatro veces) ha sido ampliamente demostrada. El proceso aterosclerótico parece influenciado por la acción de los andrógenos de forma positiva e inhibido por los estrógenos, lo que explicaría la mayor incidencia en mujeres de más de 50 años (Jacobs, 1951), y la baja incidencia de enfermedades coronarias en hombres castrados (White, 1951).

Por otro lado la incidencia entre mujeres tiende a aumentar, lo que se asocia con la progresiva incorporación de la mujer al mundo laboral y la consecuente exposición a los factores de riesgo ligados al mismo.

Además del sexo y la edad, los factores sobre

los que existe consenso entre los investigadores son, según Price (1982), los siguientes:

- . hipercolesterolemia
- . hipertensión arterial
- . tabaquismo
- . obesidad y diabetes
- . falta de ejercicio
- . historia familiar

Estos factores, según la misma autora, sólo explican menos de la mitad de la varianza en las enfermedades cardiovasculares. Price se refiere únicamente a la población de hombres de clase media americana, objeto de numerosos estudios de los que se han sacado conclusiones no siempre extrapolables a otros grupos.

Según Williams (1981) los factores de riesgo claramente establecidos en estudios prospectivos como el Framingham (Kannel et al., 1976) y el Western Collaborative (Rosenman et al., 1975) son tres:

- . altos niveles de colesterol, en particular el asociado con baja densidad de lipoproteínas.
- . hipertensión
- . tabaquismo

Estos factores de riesgo, coincide en señalar con Price, solamente explican el 50% de varianza de los casos de enfermedad coronaria, lo que evidenciaría la necesidad de proseguir en la búsqueda de otros factores de riesgo. En esta búsqueda parece demostrado en la actualidad el rol desempeñado por las características psicosociales del individuo. Según este autor, la mayor evidencia de relación entre factores conductuales y enfermedad coronaria es la proporcionada por el Patrón A de conducta descrito originariamente por Meyer Friedman y Ray Rosenman (1959).

Según Theorell (1979) los factores psicosociales contribuyen al desarrollo de la enfermedad coronaria de varias formas:

- 1.- Acelerando la arterioesclerosis por dos vías:
 - a) Actos voluntarios como fumar, dieta, actividad física.
 - b) Por vía neurohormonal afectando la presión sanguínea, el metabolismo de los lípidos y los mecanismos de coagulación.

2.- Influyendo de forma acusada en el equilibrio del sistema cardiovascular, precipitando a veces episodios agudos.

Los factores de riesgo acostumbran a subdividirse en bioclínicos y psicosociales (García y Wulff, 1984). Dadas las características de este estudio, nos limitaremos a considerar los segundos, que es sobre los que pretendemos investigar. Hemos agrupado las investigaciones más relevantes en cuatro grupos, según hicieran referencia a factores socioculturales, socioeconómicos, laborales o acontecimientos vitales. Mención aparte merecen los factores psicológicos que trataremos en el apartado 2.1.1.3.

A) Factores socioculturales en la cardiopatía isquémica

Numerosos estudios han demostrado que determinadas características socioculturales se asocian a la aparición de la cardiopatía isquémica. Un menor apoyo social y cambios bruscos en los patrones socioculturales parece ser la constante en los grupos que tienen una mayor incidencia de enfermedad. Citaremos a continuación algunos de los trabajos que apoyan estos datos.

Bruhn, Chandler, Miller, Wolf y Lynn (1966) compararon dos ciudades norteamericanas, muy próximas geográficamente, en las que los índices de cardiopatía isquémica eran sorprendentemente diferentes. Una de ellas, Roseto, estaba constituida mayoritariamente por emigrantes de un pueblecito del mismo nombre del sur de Italia, que conservaban las costumbres de su país de origen, entre ellas una dieta muy rica en grasas, pero que tenían una tasa muy baja de cardiopatía isquémica. Los habitantes de la segunda ciudad, Bangor, no tenían un origen común y su tasa de cardiopatía isquémica era muy elevada. Al comparar las características de las dos comunidades se llega a la conclusión de que es la pérdida de la estabilidad y seguridad de los valores tradicionales del lugar de origen lo que condiciona las diferencias.

Keys (1970) al estudiar la incidencia de cardiopatía isquémica en 7 países, halló índices más elevados en E.E.U.U. y Finlandia y más bajos en Japón, Grecia y Yugoslavia. El caso más interesante es el de Finlandia, con la mayor incidencia mundial de

cardiopatía isquémica. Esta incidencia es atribuible en parte a las tasas de colesterolemia, pero el hecho de que sea mayor en el este del país, únicamente es explicable por las condiciones sociopolíticas de la zona tras la Segunda Guerra Mundial, que ha condicionado mayor movilidad social, inestabilidad de los patrones de vida, incertidumbre etc.

Marmot y Syme (1976) estudiaron a un grupo de 3800 japoneses emigrados a E.E.U.U. que vivían en la Bahía de S. Francisco. El grupo menos americanizado presentaba una incidencia comparable a la observada en Japón (1,8 o/oo muertes por cardiopatía isquémica) y el más culturizado se aproximaba a los valores elevados observados en blancos de E.E.U.U. (8,9 o/oo), diferencias no explicables por otros factores de riesgo. Las conclusiones de este trabajo son que las diferencias en hábitos dietéticos no explican la variación de incidencia de enfermedad entre los dos países. Esta variación se explicaría por diferencias culturales, siendo la principal la de la efectividad del sistema de apoyo social. El sistema japonés estaría caracterizado por: menor competitividad individual en favor de la de grupo, carácter protector y paternalista de las empresas, estructuración jerárquica bien definida, estabilidad familiar y valoración de la ancianidad. El modelo de E.E.U.U. presentaría, en cambio, movilidad social, inestabilidad, tensión, cambio, competitividad y ruptura del modelo familiar.

Estos mismos autores, al comparar la frecuencia de cardiopatía isquémica en los años cincuenta y sesenta en Hiroshima (Japón) y Framingham (E.E.U.U.), hallan diferencias muy acusadas. En una población de 30 a 59 años de hombres y mujeres, era del 6% y 3% respectivamente en Hiroshima y del 22% y 11% en Framingham.

B) Estatus socioeconómico y cardiopatía isquémica

También el estatus socioeconómico se ha relacionado con la cardiopatía isquémica, aunque los estudios señalan un cambio en los grupos de más alto riesgo (García Sanchez, 1984). Al inicio de la industrialización eran las clases socioeconómicamente más elevadas las de mayor riesgo, mientras en los últimos tiempos se observa un aumento en los sujetos de

situación socioeconómica más baja. Varios trabajos apoyan la influencia de este factor.

Christenson y Hinkle (1961) observaron que no es tanto la clase social como el cambio de clase social lo que incide en la cardiopatía isquémica. Las personas en vías de ascenso social tienen una incidencia del doble de cardiopatía isquémica que las que permanecen en su mismo nivel.

Según Cassell, Heyden y Bartel (1971) en 1960 el grupo de mayor riesgo en E.E.U.U. eran los hombres de clase media y alta, pero a principios de los setenta pasaron a ser los de clase baja. Marmot, Adelstein, Robinson y Rose (1978), también observan que es a principios de los sesenta cuando se produce un cambio en cuanto al grupo social más afectado por la cardiopatía isquémica: entre 1930 y 1950 era más frecuente entre hombres de clase social elevada y pasó a ser más frecuente en clases sociales medias a partir de esa fecha. Estos cambios no eran explicables por variaciones en la dieta.

Martinez Pina (1983) coincide en que, al final de los años sesenta, son las clases sociales bajas las que se constituyen en la población de riesgo, porque accedían a la tensión y al cambio, mientras la clase media estaba más estabilizada.

Maschewsky (1982) señala que las causas del infarto estarían en un déficit más o menos específico de la clase social baja. Según Jenkins y Zyzanski (1980) los estudios realizados los últimos 15 años indican una estrecha relación entre bajo nivel de educación, nivel socioeconómico bajo y la enfermedad isquémica coronaria.

C) Actividad profesional y cardiopatía isquémica

Se han señalado diversas características de la actividad profesional y la forma en que la realizan estos pacientes. Quizás la más relevante sea su grado de implicación, interés y responsabilidad en el trabajo, lo que ha llevado a algunos autores a denominarlos "laboradictos" (Van der Valk y Groen 1967).

La sobrecarga cuantitativa, expresada en número de horas trabajadas, ha sido señalada

frecuentemente. Russek (1959) observó que el 91% de pacientes trabajaban más de 60 horas a la semana o desarrollaban dos o más empleos en el momento del ataque, en comparación con sólo un 20% del grupo control de sujetos sanos.

Esta sobrecarga cuantitativa no es sólo nociva por el cansancio físico que acarrea, ya que otros estudios como el de Paffenbarger y Hale (1975) con estibadores, confirman que el mayor ejercicio físico es incluso un factor de prevención de la cardiopatía isquémica. Es probablemente la tensión, asociada al trabajo realizado, el principal factor.

Además de esta sobrecarga cuantitativa se ha señalado que los trabajos realizados por estos sujetos comportan a menudo una sobrecarga cualitativa: trabajan más o mejor o con mayor tensión que otros. Syme (1964) observó que sujetos que cambiaron de un medio rural a urbano, si se incorporaban a un trabajo administrativo, presentaban una incidencia mayor de cardiopatía isquémica que los que desarrollaron un trabajo manual. Russek (1960) observa diferencias notables de cardiopatía isquémica entre médicos estadounidenses de diferentes especialidades. Los más afectados por cardiopatía isquémica son los médicos generales (11,9%) seguidos por los anestesiólogos, mientras los dermatólogos se sitúan en último lugar (3,2%).

Caffrey (citado por Henry y Stephens, 1977) estudió la incidencia de cardiopatía isquémica entre diferentes grupos de monjes: hermanos benedictinos, padres benedictinos y monjes trapenses. Los resultados muestran diferencias significativas entre los monjes socialmente activos (padres benedictinos con un 7,3% de incidencia) y los que llevan una vida de mayor aislamiento (hermanos benedictinos 5,7% y monjes trapenses 1,7%) a pesar de que los primeros comen exactamente lo mismo que sus compañeros de orden.

Alfredsson, Karasek y Theorell (1982) al estudiar las características del entorno psicosocial del trabajo en un grupo de hombres menores de 65 años del área de Estocolmo, encontraron diferencias significativas con el grupo control en cuanto a las siguientes características del trabajo: alta proporción de hombres jóvenes entre los compañeros de trabajo, monotonía y cambios de turno. Estos resultados señalan que la situación laboral que representa un alto riesgo,

es la que combina una alta demanda con un bajo control y posibilidades de desarrollo.

Theorell (1979) al estudiar las presiones psicosociales que se asocian a la cardiopatía isquémica en muestras suecas, concluye que son las presiones laborales y especialmente la responsabilidad excesiva las más significativas, siendo menos relevantes las familiares y financieras. En las muestras americanas, por el contrario, parecen ser más relevantes las presiones familiares que las laborales. Ello explicaría que parte de las discrepancias en este campo son debidas a diferencias culturales.

Casscells, Evans y Silva (1980) comprueban que las situaciones de paro laboral o jubilación son muy nocivas para las personas predispuestas a la cardiopatía isquémica.

Parece ser pues, que determinadas características de la profesión y puesto de trabajo predisponen a la cardiopatía isquémica. En este caso, como en el de otros factores de riesgo, cabe siempre preguntarse si la misma elección de la profesión y puesto de trabajo no está determinada por características personales que condicionan la elección y que serían los factores de riesgo primarios. Entre las características señaladas estarían:

- . "laboradicción"
- . mayor número de horas de trabajo
- . trabajos más estresantes
- . responsabilidad excesiva
- . control del tiempo
- . monotonía
- . cambios bruscos de tipo de actividad laboral (rural-urbano, paro, jubilación)

D) "Life events" y cardiopatía isquémica

Los acontecimientos vitales han sido otra de las variables estudiada en relación a la cardiopatía isquémica, coincidiendo con el interés por demostrar su valor en el desarrollo de síntomas psíquicos o somáticos. En un estudio de Hull (1976) que recoge 329 artículos sobre los antecedentes psicosociales y acontecimientos vitales de enfermedades físicas en la década 1965-1975, las enfermedades cardiovasculares aparecen como las más frecuentemente estudiadas. En

realidad puede considerarse que ha sido el estudio de la cardiopatía isquémica lo que ha motivado la mayor parte de la investigación sobre "life events". Se han desarrollado varios instrumentos para la recogida de datos, siendo uno de los más utilizados el de Holmes y Rahe (1967).

Al principio se prestó atención al número de acontecimientos vitales, considerando que a mayor cantidad mayor riesgo de enfermedad (entre estas enfermedades la cardiopatía isquémica). Este enfoque cuantitativo fue sustituido más adelante por otro cualitativo, entendiendo que lo importante no era el número, sino el valor que el sujeto les atribuye, su forma de percibir e interpretar la situación.

Esto llevó a considerar no sólo el número de acontecimientos vitales, sino su valor (LCU life change unit de Holmes y Rahe) para un grupo de sujetos determinado que actúan como grupo normativo. Estudios que revelaban una variabilidad significativa entre grupos en sus percepciones de acontecimientos vitales (por ejemplo el que las mujeres consideran los LE más estresantes que los hombres), lleva a otros autores a proponer que este valor sea atribuido por cada sujeto (Masuda y Holmes, 1978; Horowitz, Schaefer, Hiroto, Wilner y Levin, 1977). Se propone asimismo que se diferencie entre acontecimientos vitales positivos y negativos (Chiriboga, 1977).

Otra polémica gira en torno al período de tiempo que media entre el acontecimiento vital y la aparición de la enfermedad (Garrity, Marx y Somes, 1977; Horowitz et al., 1977). Mientras autores como Holmes afirma que generalmente los cambios de salud se producen aproximadamente al año de las crisis vitales, período necesario para que la disfunción psicológica se convierta en cambio orgánico, otros como Rahe sugieren que son los cambios recientes los que influyen en la percepción de la sintomatología física (citados por Garrity, Marx y Somes, 1977). Horowitz cree que los cuestionarios de acontecimientos vitales pueden considerarse útiles para medir el estrés vital en grupos, si se conceden distintos puntajes a los recientes y a los remotos. Una solución posible a la polémica la ofrece Holmes al señalar que los cambios de salud menores pueden darse en un período corto de tiempo tras el acontecimiento vital, mientras los problemas graves (entre los que se contaría la

cardiopatía isquémica), pueden tardar más en desarrollarse.

Frente a estos intentos de sustituir el recuento de acontecimientos por medidas más sofisticadas, estudios como el de Grant, Sweetwood, Yager y Gerst (1978), sostienen que no son mejores que el simple recuento. Algunos estudios señalan la baja fiabilidad en los retest, que puede atribuirse a la discreción, negación, olvido momentáneo o acontecimientos vitales más importantes así como a la ambigüedad de las definiciones inherente a los items y la presencia de factores circulares en las correlaciones (Horowitz, Schaefer, Hiroto, Wilner y Levin, 1977). Otros estudios muestran que la autoestima, el grado de bienestar psíquico (Payne 1975) y los estados de ánimo inducidos experimentalmente (Siegel, Johnson y Sarason, 1978), no influyen en los resultados de los cuestionarios sobre experiencias vitales.

Garrity, Marx y Somes, (1977) proponen evaluar la tensión en lugar de los acontecimientos, ya que "la tensión amalgama los efectos del acontecimiento vital, su valoración subjetiva y las capacidades del individuo para hacer frente al reto. La tensión es el síndrome que en muchos modelos psicosomáticos es un antecedente patógeno de la enfermedad" (p. 198).

Tennant y Andrews (1978) al estudiar los acontecimientos vitales en la neurosis, se plantean la pregunta, a nuestro entender crucial, del rol que juegan los sujetos en la ocurrencia del "life event" y señalan que la mayor parte de la investigación contempla a la persona como "sujeto paciente", al que le ocurren cosas, como si el acontecimiento fuese fortuito, debido al azar. Esto, que puede ser cierto para algunos "life events", como catástrofes naturales por ejemplo, no lo es para otros, como el divorcio, que puede ser activamente provocado por el sujeto. De ahí la necesidad de distinguir entre las causas del "life event".

La polémica sobre las distintas formas de considerar los "life events" se extiende también a la adecuación de utilizar los mismos sistemas para todas las enfermedades. Según algunos autores, sistemas que se muestran útiles para la predicción de trastornos físicos no lo son para los psíquicos (Chiriboga, 1977).

Según Holmes y Rahe (1967), la medida de los cambios vitales se ha probado que es ineficiente en la predicción del infarto de miocardio. Al comparar dos grupos de sujetos, uno afectado de infarto y otro remitido a una unidad coronaria por equivocación, Byrne y Whyte (1980) concluyen que no existen diferencias entre los dos grupos en el número de acontecimientos vitales, ni en su carácter más o menos estresante. La única diferencia es que los pacientes de infarto, al pedirles que juzgaran el impacto que estos acontecimientos tuvieron, declaraban estar más tristes, deprimidos e impotentes frente a ellos, que el grupo control. Lo importante sería pues la interpretación subjetiva del impacto emocional.

"Aún cuando las escalas de medición de life events pueden constituir un instrumento epidemiológico interesante, se ha podido demostrar que la mayor susceptibilidad a enfermar o el empeoramiento del pronóstico de una cardiopatía isquémica no están tan relacionados con el número o intensidad de acontecimientos ocurridos en la vida del sujeto, como con su percepción e interpretación subjetiva y las consiguientes respuestas individuales de estrés" (García Sanchez, 1984, p. 40)

E) Otros factores y cardiopatía isquémica

El estado civil se ha demostrado que se relaciona con la cardiopatía isquémica, que sería mas frecuente entre solteros y divorciados que entre casados (Weiss, 1963). La viudez se asocia a una mortalidad por cardiopatía isquémica un 67% superior a la normal (Parkes, Benjamin y Fitzgerald, 1969). Tras sufrir un infarto los pacientes casados presentan una menor mortalidad intrahospitalaria que los solteros, viudos, divorciados y separados (Chandra, Szklo, Goldberg y Tonascia, 1983).

Algunos estudios (Comstock, 1972) establecen también una relación entre la práctica religiosa y la menor incidencia de cardiopatía isquémica.

2.1.1.3. Factores de riesgo relacionados con características psíquicas.

Muchos de los factores de riesgo enumerados anteriormente están relacionados con características psíquicas. Hemos intentado, sin embargo, diferenciarlos de aquellos factores más claramente referidos a las características psicológicas y que pueden ser definidos, según las diferentes escuelas, como rasgos, estructuras de personalidad, patrones de conducta, etc. Sin duda entre todos los estudios dedicados a este tema destacan los referidos al patrón de conducta tipo A. El número y calidad de los estudios dedicados a demostrar o rechazar que este patrón de conducta es un factor de riesgo es tan importante, que han eclipsado otras aportaciones. Hablar de características psíquicas en la cardiopatía isquémica es pues, inevitablemente, hablar de tipo A.

2.1.1.3.1. Antecedentes históricos

La existencia de lo que podríamos denominar "una personalidad coronaria", se remonta a finales del siglo XVIII, pero podemos encontrar numerosos antecedentes de la misma. La consideración del corazón como centro de las emociones, compartida por muchas culturas, ha dado lugar a una creencia popular sobre el papel que estas emociones juegan en el origen de las enfermedades coronarias. El lenguaje común es un buen exponente de este criterio: "me dió un vuelco el corazón", "con el corazón en un puño", "me va a dar un infarto", son expresiones frecuentes con las que nos referimos a esta relación.

Buenos ejemplos de este papel del corazón los tenemos en el antiguo Egipto, la medicina árabe medieval o el cristianismo. En el antiguo Egipto el corazón era el único órgano interno que los embalsamadores dejaban a la momia por la creencia de que lo necesitaría en la otra vida, ya que constituía el soporte del alma, la conciencia y la memoria de los actos pasados (Skerritt, 1983, Litvinoff, 1982). En cuanto a la medicina árabe medieval Avicena, al describir los síntomas del amor, estado que clasifica entre los trastornos mentales, propone un método para identificar a la persona querida por el paciente, tomándole el pulso mientras se van dando nombres (del Valle y Aldabalde, 1923). En el cristianismo, que

proporciona numerosos ejemplos de esta asociación, quizás el hecho más interesante sea el culto al sagrado corazón, introducido en la religión católica por una enferma cardíaca, Margarite Marie Alacoque (Litvinoff, 1982).

El descubrimiento de la función del corazón por Harvey en el siglo XVII fue tan importante, que hizo olvidar esta vieja noción de que el corazón era la sede de las emociones. Algunos médicos sin embargo retomaron esta asociación, especialmente en la segunda mitad de este siglo.

Debemos a Heberden (1977) a finales del siglo XVIII la primera referencia sobre la relación entre la tensión excesiva y el trastorno cardiovascular.

Osler (1896, 1897, 1920) fue el primero en declarar abiertamente que los factores emocionales estaban relacionados con la patogénesis de la cardiopatía isquémica. Estos factores, según él, son detectables por la actividad psicomotora que exhiben, lo que permite diagnosticar a estos pacientes nada más entrar en la consulta. Definió a estos pacientes (1896) como individuos ansiosos y ambiciosos, cuya conducta se basa en la consecución de metas cada vez más altas, en número mayor y en menos tiempo. Consideró ya la influencia de las características del modelo de vida que imponía la sociedad industrial en la etiología de la cardiopatía isquémica.

"Con la preocupación y tensión de la vida moderna, la degeneración arterial es no sólo muy común, sino que a menudo se desarrolla a una edad relativamente temprana. La alta tensión nerviosa en la que viven los hombres y el hábito de forzar la máquina hasta su máxima capacidad, creo que son los responsables, más que los excesos en comer y beber". (Citado por Friedman, Thoresen y Gill, 1981, p. 81).

Pero el modelo de vida no era una explicación suficiente y sugiere que, además, hay conflictos personales que determinarían la aparición de la enfermedad.

"En un grupo de 20 hombres (con angina de pecho), a los que conozco personalmente, la característica relevante era la incesante rutina del trabajo; y si el trabajo duro -que es el distintivo de

nuestra profesión- fuera el único responsable, ¿no habrían muchos más casos?. Cada uno de e s t o s hombres tenía un factor añadido, la preocupación: en ninguno de estos casos por debajo de los 50 años estaba esta característica ausente". (Citado por Williams, 1981, p. 219)

El trabajo de Meninger, Meninger y Kan (1936) es frecuentemente citado, creemos que erróneamente, entre los pioneros en el tema. Estos autores presentan los resultados positivos de la intervención psicoterapéutica en 5 pacientes con trastornos funcionales y no orgánicos. En la línea de otros autores con orientación psicoanalítica, sugieren que los síntomas son la consecuencia de fuertes tendencias agresivas que han sido totalmente reprimidas. Creemos que este tipo de trabajos y observaciones deben distinguirse claramente de los referidos a pacientes con patología isquémica coronaria.

Ya en los años cuarenta, Dunbar caracteriza a los pacientes coronarios como impulsivos, inquietos y en busca del éxito (Dunbar, 1947). Kemple (1945), trabajando con Rorschach, define a estos pacientes como agresivos, ambiciosos, que luchan compulsivamente por alcanzar poder y prestigio. Arlow (1945), trabajando también con Rorschach, se pronuncia en términos semejantes; son sujetos débiles e inseguros que tratan de enmascarar estas características con logros en su vida real, estos logros sin embargo se muestran siempre insuficientes para aliviar su tensión, de manera que sus éxitos no van acompañados de una sensación de recompensa o alivio. Comentaremos más extensamente estos dos trabajos al referirnos a los trabajos con Rorschach en estos pacientes.

Las ideas de estos pioneros no llamaron la atención hasta los años 50, probablemente porque la invención del ECG por Einthoven (1900) y de instrumental diagnóstico por Mackenzie (1902) y Lewis (1911), centraron la atención en estos enfoques mecánicos de la cardiología. Estas aproximaciones junto con las biofísicas y bioestadísticas hicieron olvidar las causas emocionales detectables con instrumentos menos sofisticados "un ojo y una oreja bien entrenados" (Friedman, 1981, p. 82).

La epidemiología que se inició después de la Segunda Guerra Mundial contribuyó también al retraso del reconocimiento de los factores emocionales. La

dificultad para cuantificar los aspectos emocionales los hacía difíciles de incluir en los estudios epidemiológicos. De los datos cuantificables (dieta rica en grasas o colesterol, presión sanguínea, alta densidad de lipoproteínas, número de cigarrillos) que se ha demostrado tienen una relación con la cardiopatía isquémica, es posible que algún día se demuestre que tienen relaciones causales. Los estudios de este tipo, a pesar de su altísimo coste, a lo único que pueden llegar es a establecer **asociaciones**, no **causas** de la cardiopatía isquémica.

Friedman opina que, aunque todas estas circunstancias no se hubieran dado, el síndrome emocional que él y Rosenman denominaron tipo A, habría sido igualmente difícil de aceptar ya que "se parece a un código de conducta que amplios sectores de la sociedad occidental todavía considera, en su esencia, recomendable" (Friedman, 1981 p. 82).

2.1.1.3.2. Definición del tipo A

La primera definición del conocido patrón de conducta tipo A fue dada por Friedman y Rosenman en 1959. Basándose en su experiencia clínica y en una encuesta previa, formularon un patrón de conducta manifiesta que creyeron estaba asociado con, o inducía a, cambios en el nivel de colesterol y tiempo de coagulación de la sangre. Este "overt behavior pattern" se caracterizaría por:

- a) un intenso y continuado impulso por conseguir objetivos auto seleccionados, pero generalmente pobremente definidos
- b) una profunda inclinación y deseo de competir
- c) un deseo persistente de reconocimiento y progreso
- d) continuos compromisos en funciones múltiples y variadas, sujetas constantemente a restricciones temporales
- e) habitual propensidad a acelerar el ritmo de ejecución de muchas funciones físicas y mentales
- f) una extraordinaria alerta mental y física

Con la ayuda de contactos en varias empresas y organizaciones, se seleccionó un grupo de personas que reunieran estas características (grupo A), un segundo grupo que mostrara características opuestas (grupo B) y un tercer grupo parecido al B pero incluyendo un estado crónico de ansiedad e inseguridad (grupo C, constituido por sujetos ciegos).

La conclusión que extraen es que los sujetos del grupo A tenían:

- a) más altos niveles de colesterol
- b) un tiempo de coagulación más rápido
- c) una incidencia tres veces mayor de arcus senilis
- d) y lo que es más importante, una incidencia 7 veces mayor de enfermedad cardíaca coronaria (descubierta en la mayoría de casos en el curso de la investigación).

Estas diferencias, según demuestran los autores, no pueden atribuirse a diferencias en la alimentación, consumo de alcohol y tabaco o ejercicio físico, factores de riesgo que habían sido objeto de numerosos estudios. Concluyen por ello que es el patrón de conducta que denominaron A, el responsable de los cambios, y que no sólo existe una relación entre la conducta y la enfermedad, sino que la primera puede preceder a la segunda.

A partir de la publicación de este artículo, se han hecho innumerables investigaciones para comprobar la asociación entre tipo A y enfermedad coronaria. En la presentación del Western Collaborative Group Study (Rosenman, Friedman et al., 1964) afirman que "este complejo que hemos llamado patrón de conducta tipo A, está compuesto principalmente por competitividad, excesivo impulso y un acentuado sentido de urgencia de tiempo" (p. 103)

Posteriormente definen el patrón de conducta tipo A como un complejo acción-emoción caracterizado por una lucha crónica e incesante a la que se abandonan personas que (1) intentan conseguir más y más en menos y menos tiempo y (2) que frecuentemente esconden una hostilidad flotante, que es a menudo encubierta y generalmente bien racionalizada. El sentido de

urgencia de tiempo y hostilidad experimentados por estas personas, da salida a la "aggravation, irritation, anger, and impatience" (AIAI) que tan a menudo exhiben (Friedman, 1981, p. 81).

Lo que, según Friedman, está en la base de esta búsqueda incesante de objetos materiales y de la hostilidad del tipo A, es una inseguridad básica (observada en la mayoría de los sujetos) relacionada con un fallo reciente o pasado por experimentar afecto y amor de forma incondicional. Los sujetos tipo B, por el contrario, poseen una tranquilidad inherente a la seguridad y autoestima que no necesita de confirmaciones externas. Las personas tipo B consideran que, dadas sus características y circunstancias, están haciendo lo mejor, y esta opinión es independiente de lo que los demás piensan de ellos. Esta actitud se corresponde con personas que han recibido o reciben afecto de forma incondicional (Friedman, 1981).

Este complejo patrón "no representa necesariamente 'rasgos' de personalidad fijos" sino "patrones de hábitos bien establecidos" (Friedman, 1981, p.81) a menudo adquiridos en etapas tempranas de la vida a través de experiencias familiares y del entorno cultural. Señala los riesgos de buscar componentes emocionales más sutiles y complejos del trastorno, camino emprendido por numerosos psicólogos, ya que se corre el riesgo de olvidar los cuatro componentes básicos (AIAI), al tratar de buscar fundamentos más profundos a este síndrome.

Como apunta Williams (1981):

"Es importante señalar que el patrón de conducta tipo A es sólo eso - un patrón de conducta exhibido por individuos predispuestos cuando son expuestos a cierto tipo de situaciones ambientales que suponen un reto para ellos. Si bien esta predisposición está indudablemente basada en ciertas características más o menos estables -posiblemente rasgos de personalidad- del individuo, no son conocidas actualmente; casi todo el trabajo basado en el estatus del tipo A como un factor de riesgo coronario, se refiere solamente al patrón de conducta manifiesta" (p. 222).

El comentario de Williams es una de las respuestas a la polémica sobre si el tipo A es un

perfil psicológico, un rasgo o un patrón de respuesta, como sus creadores afirman en los últimos trabajos. Holroyd (1979) apunta que no es sorprendente que el tipo A se asocie débilmente a los resultados de tests de personalidad, ya que los instrumentos con los que fue definida son una entrevista y un cuestionario que pretenden recoger información sobre conducta manifiesta. Rime y Bonami (1979) señalaron como gran parte de las contradicciones que aparecen en la investigación sobre enfermos coronarios, son debidas a que mientras unos se centran en la conducta manifiesta, otros la interpretan como defensas de características encubiertas, por ejemplo la actividad, competitividad e hiperadulterez, como defensas de la pasividad.

El rango que se confiere a las distintas características psicológicas de estos pacientes es en ciertas investigaciones poco claro y creemos que está en la base de muchos desacuerdos y resultados contradictorios.

2.1.1.3.3. Instrumentos de medida y diagnóstico del tipo A

Los instrumentos más utilizados para la medición del tipo A han sido básicamente dos:

La Entrevista Estructurada (Structured Interview, SI) de Rosenman (1978) y el Cuestionario de Actividad de Jenkins (Jenkins Activity Survey, JAS) de Jenkins, Zyzanski y Rosenman (1971)

La Entrevista Estructurada consta de 28 preguntas con cuya información se responden los items de 2 escalas: T (urgencia de tiempo) y H (competitividad y hostilidad). Cada escala consta de tres secciones: manifestaciones psicomotoras, conducta directa, contenidos biográficos y una cuarta sección para la escala T de indicadores fisiológicos. El tiempo de aplicación es de 15 minutos. Los resultados de la SI se expresan en 5 categorías A1, A2, X, B3, B4. La SI establece dos tipos: A y B a los que posteriormente se añadió un tercero, C, definido como un A especialmente ansioso y con inseguridad crónica. Según Martínez Pina (1983) el tipo B es un A negativo o A implícito.

La JAS establece tres factores: H (hard driving), S (speed and impatience), J (job involvement). El resultado final viene dado en puntajes de +10 a -10.

Las correspondencias entre ambos resultados se establecen de la siguiente forma: ^R

SI	A1	A2	X	B3	B4
JAS	+10	+7	+5-5	-7	-10

Mucho menos utilizado que los dos anteriores es el Rating of Statements List de van Dijk con cinco factores: actividad y trabajo, responsabilidad en el trabajo, agresividad, ambición-dominancia y sociabilidad (Martinez Pina, 1983).

Según Friedman (1981) la mayoría de sujetos tipo A son detectables a los 45 segundos de conversación y se muestran muy colaboradores cuando el método utilizado es la entrevista. Se muestran en cambio reacios a responder cuestionarios de personalidad por las siguientes razones:

- a) Su impaciencia les da la sensación de estar perdiendo el tiempo al rellenarlos.
- b) La mayoría no es consciente de lo impaciente y hostil que puede ser y por esto responde infravalorando estos aspectos.
- c) Al igual que la mayoría de sujetos, los tipo A mejoran su imagen al responder a un cuestionario y tienden a no revelar lo rudos que pueden ser a causa de su impaciencia o lo desagradables que resultan en sus relaciones interpersonales debido a su hostilidad.

Actualmente el grupo de Friedman utiliza la grabación de la entrevista con video, lo que les permite observar con más detalle las características no verbales, infravaloradas en los primeros estudios (Western Collaborative Group Study iniciado en 1960), cuando únicamente se grababa en magnetofón.

"El diagnóstico del tipo A depende esencialmente no tanto de lo que las personas piensan de sí mismos (en respuesta a preguntas formuladas por el entrevistador) sino más bien de la detección objetiva o la observación de las manifestaciones psicomotrices que surgen, del sentido de la urgencia de tiempo o de la hostilidad flotante que soporta la persona" (Friedman, 1981, p. 91).

La Entrevista Estructurada se ha mostrado más fiable que el Cuestionario de Actividad en la detección del tipo A (Booth-Kewley y Friedman, 1987) lo que sugiere la necesidad de utilizar técnicas parecidas con estos pacientes.

2.1.1.3.4. Principales estudios sobre tipo A

El número de investigaciones sobre tipo A es elevadísimo, y no pretendemos hacer una enumeración de ellas, únicamente citar el estudio más concluyente a favor de su rol como factor de riesgo coronario, el Western Collaborative Group Study iniciado en 1960 por el grupo de Friedman y Rosenman.

Se trata de un estudio prospectivo con un amplio número de sujetos, características por las que ha proporcionado y todavía proporciona información muy valiosa.

Participaron sujetos de 11 empresas del área de la Bahía de S. Francisco y 2 de los Angeles. La muestra inicial fue de 3524 hombres de los cuales 113 fueron eliminados por presentar cardiopatía isquémica. Los restantes 3411, de edades comprendidas entre los 39 y los 59 años, fueron estudiados en relación a: historia personal, nivel de lípidos y lipoproteínas en suero, coagulación de la sangre, examen cardiovascular, patrón de conducta (A1, A2, B3, B4). La distribución en tipo A-B fue la siguiente: 1771 sujetos (52%) fue clasificado como tipo A y los restantes 1640 (48%) como tipo B (Rosenman et al., 1964).

Se han realizado controles anuales del grupo, publicándose un seguimiento a los 4 1/2 y a los 8 1/2. En este último estudio (Rosenman et al., 1975), 257 sujetos sufrían una enfermedad cardíaca coronaria y 50 habían muerto por esta causa. Al estudiar la relación con los factores de riesgo concluyen que el tipo A es

uno de los mayores factores de riesgo y que es independiente de los otros. Un resultado similar se había obtenido a los 4 años.

Según Friedman (1981) el Western ha demostrado que los sujetos tipo A tienen un mayor riesgo de cardiopatía isquémica. La incidencia anual de nuevos casos de cardiopatía isquémica, fue de 13,2 por 1000 en los tipo A y de 5,9 por 1000 en los tipo B. También sugiere que el tipo A no es sólo un factor independiente de riesgo, sino que muchos de los factores considerados factores de riesgo primarios (como tabaquismo, hipercolesterolemia, hipertensión), son posiblemente secundarios a, o resultados de, un factor primario que los epidemiólogos no han logrado detectar.

2.1.1.3.5. Estado actual de las investigaciones sobre el patrón de conducta tipo A.

En la Conferencia de 1978 del Instituto Nacional del Corazón, Pulmones y Sangre de E.E.U.U., se reconocía la relación del tipo A con un mayor riesgo de enfermedad coronaria, en los empleados de clase media de ese país. Su contribución sería mayor que la edad, la presión sanguínea sistólica, el nivel de colesterol en suero y el tabaquismo. Se considera como factor de riesgo independiente, sin reconocer pues su contribución a la aparición de los otros factores de riesgo (Friedman, Thoresen y Gill, 1981).

Este reconocimiento oficial, no ha ido siempre acompañado de una aceptación unánime por la comunidad científica. Las dificultades para su reconocimiento creemos que pueden resumirse en dos puntos:

- a) Insuficiencias o contradicciones en los datos empíricos
- b) Fallo en el desarrollo de un modelo conceptual coherente

Numerosas investigaciones cuestionan actualmente las contribuciones del grupo de Rosenman y Friedman. Por ejemplo Ray y Simons (1982) afirman que los fallos de la JAS para predecir la cardiopatía isquémica no son nuevos y que muchos investigadores han

señalado los resultados inconsistentes de los estudios que tratan de hallar las características de personalidad de los enfermos coronarios.

"En realidad muchos investigadores fuera del grupo Jenkins-Rosenman-Zyzanski, dan cuenta de lo que Rimé y Bonami (1979) llaman educadamente resultados 'inconsistentes' en los estudios sobre los correlatos de personalidad de la cardiopatía isquémica. Mientras el grupo americano presenta a los enfermos de cardiopatía isquémica como muy activos, los estudios europeos especialmente, muestran cierta tendencia a encontrar precisamente lo opuesto: que las víctimas de la cardiopatía isquémica son particularmente pasivas" (p. 217)

Concluyen que, en el caso del Cuestionario de Actividad de Jenkins, el constructo que mide es demasiado general y que los resultados positivos se deben a uno solo de sus componentes: el autoritarismo, entroncando con el trabajo pionero de Dunbar (1943) en el que describe la personalidad coronaria como compulsiva, dominante y agresiva.

En un trabajo reciente, Ragland y Brand (1988) afirman que el patrón de conducta no está relacionado con la mortalidad en las primeras 24 horas tras un accidente coronario, y que la mortalidad posterior fue superior en los sujetos tipo B. Este trabajo se realizó con los sujetos del Western Collaborative Group Study y lleva a los autores a cuestionar los tratamientos para modificar el patrón de conducta tipo A después de los primeros accidentes coronarios. Probablemente éste será en el futuro un tema polémico. Friedman (1988) ha replicado ya estos resultados, mientras Eaker y Castelli (1988) aportaban algunos resultados con sujetos del Framingham Study en la misma dirección que Ragland y Brand.

Otra de las dificultades con que se encuentra la investigación actual, es que la mayoría de trabajos se refieren a muestras pertenecientes a la clase media de E.E.U.U., con la consiguiente dificultad para hacerlo extensivo a otros grupos.

En cuanto al modelo conceptual, comparte las dificultades de todo estudio interdisciplinar. Muchos psicólogos creen que el tipo A es un concepto confuso debido a la falta de experiencia de los creadores del

término en las teorías y avances de la psicología contemporánea. Por su parte muchos cardiólogos consideran estos conceptos propios de la psicología e impropios de su labor, máxime en la época en que Friedman y Rosenman los formularon, en pleno apogeo de la especialización en el campo de la medicina. Quizás como concluye Price (1982) parte del rechazo sea debido a "la reticencia de la comunidad científica para abordar la relación cuerpo-mente" (p. 10). Los enfoques actuales en ambas ciencias parecen mucho más propicios al abordaje de este complejo tema.

Más allá de las reticencias profesionales o personales, los estudios sobre tipo A adolecen de una falta de modelo conceptual riguroso. La investigación ha tenido generalmente un abordaje ateorico, debido en parte a que los primeros estudios fueron epidemiológicos y estaban centrados en la búsqueda de una relación causa-efecto entre dos factores, sin preguntarse por la causa de esta relación. Estos estudios han tenido una gran utilidad en algunos campos, pero han resultado insuficientes para responder, no sólo a ciertas cuestiones teóricas que se han formulado, sino a cuestiones aplicadas, como cuál sería la mejor forma de ayudar a cambiar a las personas tipo A para reducir su riesgo de enfermedad. Se hace necesario un modelo teórico que haga posible la integración de los numerosos datos empíricos (Price 1982).

Se han publicado miles de artículos sobre características del tipo A sin que se respondieran algunas preguntas básicas, como qué se entendía por cada una de ellas y su contribución al tipo A. Como se pregunta Price (1982), el tipo A "¿es un listado de características?, ¿son unas más importantes que otras?, ¿puede considerarse tipo A una persona que exhibe una o pocas de estas características?" (pag. 13). Los esfuerzos por responder a estas preguntas se están haciendo en dos sentidos:

- a) Tratando de distinguir los componentes centrales de los periféricos.
- b) Identificando los temas subyacentes a estos componentes, buscando captar la "esencia" del tipo A.

Creemos que una buena síntesis del estado actual de la investigación en este campo lo proporciona

la revisión cuantitativa de Booth-Kewwley y Friedman (1987), realizado con 83 estudios publicados entre 1945 y 1984. Según estos autores de su estudio se deduce que:

a) Existe una relación modesta pero fiable entre tipo A y enfermedad coronaria y aterosclerosis. La correlación se situaría en torno al .15, lo cual si asumimos que la mitad de la población es tipo A y que el 20% de la población desarrolla la enfermedad, puede considerarse importante ya que significaría que hay el doble de sujetos tipo A que tipo B que enferman.

b) Algunas características no relacionadas tradicionalmente con tipo A muestran una alta significación, especialmente la depresión, cuya asociación a la misma sería semejante al tipo A, así como la ira/hostilidad/agresión.

c) Los resultados obtenidos con el Structured Interview (SI) se relacionan más con la enfermedad que los de la Jenkins Activity Survey (JAS). De las características de personalidad medidas por la JAS, la competitividad y alto grado de ejecución es la que más se asocia a la enfermedad.

2.1.1.4. Otras líneas de investigación en el campo de la personalidad del enfermo cardiovascular

Paralelamente a la investigación sobre tipo A, algunos autores siguieron investigando en las características de la personalidad del enfermo cardiovascular desde otras perspectivas teóricas y con métodos y técnicas notablemente alejadas de las que hemos comentado hasta aquí (por ejemplo: Cleveland y Johnson, 1962; Ostfeld, Lebovits, Swkelle y Paul 1964; Timsit, 1982).

A diferencia de los estudios sobre tipo A, este segundo grupo no parte de estudios epidemiológicos, está entroncado con modelos teóricos psicológicos más claramente definidos y utiliza técnicas de evaluación utilizadas comúnmente en otros contextos psicodiagnósticos. Estos estudios son menos numerosos que los de tipo A, han trabajado en general con muestras más reducidas y tampoco han llegado a

conclusiones unánimes sobre la personalidad del enfermo cardíaco. Entre estos estudios están los realizados con técnicas proyectivas y concretamente con Rorschach.

2.1.1.5. El Rorschach en el estudio de las enfermedades psicosomáticas.

Haremos una breve referencia a los estudios con tests proyectivos en el campo de la psicosomática. La mayoría de autores que han tratado este tema, coinciden en la utilidad de estos tests en el estudio de las enfermedades psicosomáticas porque ponen de manifiesto contenidos inconscientes, partiendo en todos los casos de un modelo psicodinámico de la enfermedad. Al revisar la bibliografía sobre este tema observamos que:

- a) Una gran mayoría de las investigaciones se refieren al Rorschach
- b) Ciertas sistematizaciones e interpretaciones del Rorschach tienen poco que ver con el resto de tests proyectivos, por lo que la comparación de resultados obtenidos con otros tests y los de Rorschach puede ser inadecuada.

Además de estos trabajos con Rorschach que comentaremos más adelante, otro grupo de estudios giran en torno a la imagen corporal. Entre estos estudios hay que destacar los de Cassell (1980) que presentó una prueba, "Somatic Inkblot Series", pensada específicamente para medir la conciencia del propio cuerpo, las distorsiones perceptivas corporales, las conversiones, las ilusiones somáticas en la esquizofrenia y las ansiedades en sujetos que deben enfrentar una intervención quirúrgica mayor o una enfermedad terminal. La prueba que propone Cassell es muy próxima al Rorschach, ya que se trata también de un test de "manchas", pero en este caso se han seleccionado para que sugieran alguna parte del cuerpo, con lo que la respuesta esperada es la anatómica. Ha estudiado las respuestas de pacientes con diferente patología, tratando de confirmar que el área enferma es visualizada con mayor frecuencia y también la ausencia de respuestas sobre la misma en sujetos con dolor de origen psicógeno.

Otra línea de investigación sobre imagen corporal consiste en la utilización del dibujo de la figura humana. Tait y Ascher (1955) ya habían demostrado con el dibujo del interior del cuerpo (una prueba inspirada en los trabajos de Goodenough y Machover, pero en la que se pide al sujeto que dibuje el interior del cuerpo), que entre los pacientes psicósomáticos era frecuente que enfatizaran los órganos o sistemas implicados.

Los tests proyectivos han sido utilizados también en el estudio de dos constructos: la alexitimia (Sifneos, 1973) y el pensamiento operatorio (Marty, 1963), ambos relacionados con la búsqueda de variables de personalidad que predisponen a la enfermedad psicósomática.

Los estudios sobre el Rorschach, que son los que nos interesan especialmente, creemos que pueden agruparse en tres categorías:

- A) Investigaciones que tratan de demostrar la existencia de un perfil psicósomático en el Rorschach
- B) Trabajos centrados en la presencia de una determinada variable Rorschach en grupos de enfermos psicósomáticos (respuestas An, respuestas barrera- penetración, etc.)
- C) Trabajos que pretenden encontrar un perfil Rorschach de un cuadro psicósomático concreto (asma, hipertensión, úlceras etc.).

Comentaremos brevemente alguno de los trabajos más significativos de los dos primeros grupos. En cuanto a los que se centran en una enfermedad concreta, nos limitaremos a citar los relacionados con la enfermedad cardiovascular, en el próximo apartado.

A) Investigaciones que tratan de demostrar la existencia de un perfil psicósomático en el Rorschach.

En éste, como en cualquier campo de la investigación con Rorschach, nos encontramos con la dificultad de que los estudios no son comparables, por utilizar distintos métodos de administración, clasificación e interpretación. Resulta pues difícil, y a veces inadecuado, extraer conclusiones de los

estudios previos, si no corresponden al mismo sistema Rorschach. El que muchos de estos sistemas no dispongan de datos normativos en los que basar las comparaciones, es otro problema.

Como señala Bash (1986) las contribuciones del Rorschach a la medicina psicosomática han sido desiguales a lo largo del tiempo. El nacimiento de la medicina psicosomática coincide prácticamente con la difusión del Rorschach y la época de máxima popularidad de ambos es también coincidente; de mediados de los años cuarenta a mediados de los sesenta. Es en estos años cuando se publican un mayor número de trabajos sobre el test aplicado al estudio de los trastornos psicosomáticos. Weiss y English recogen ya en 1949 un número considerable de estos estudios que consideran válidos e interesantes y entre los que destaca el de Kemple (1945) que comentaremos a propósito de la contribución del Rorschach al estudio de los trastornos cardiovasculares. En 1968 Spiegel, al revisar 82 publicaciones sobre el tema, critica a la mayoría de ellas considerándolas inválidas por distintos motivos: utilización de grupos demasiado heterogéneos; fallos en especificar y mantener constantes las condiciones experimentales; sobrevalorar las medias de las variables Rorschach, cuando en realidad no eran representativas; dejar de publicar las variables no discriminativas junto a las que sí lo son. Bash señala que, sin embargo, hay ciertas características de los protocolos de los enfermos psicosomáticos que son mencionadas por la mayoría de autores, independientemente del grupo al que pertenezcan, y que además ningún autor las contradice. Dichas características son: a) pocas respuestas al test; b) pocas respuestas de movimiento en general y pocas respuestas de contenido humano; d) incremento de las respuestas de contenido animal; e) tendencia a las respuestas **CF** y **C**; f) coartación del **EB**.

"A pesar de los numerosos esfuerzos para identificar un perfil único en el Rorschach asociado con y útil para el diagnóstico de los cuadros psicosomáticos, no se ha demostrado su existencia. Aunque se han observado ciertas constantes en los estudios con pacientes con enfermedades psicosomáticas que pueden arrojar luz sobre las características de personalidad de estos individuos, características similares se encuentran en una variedad de otros cuadros. Este estado de la cuestión no es atribuible a unos

pobres resultados en el test de Rorschach, sino a la inadecuada categorización de los trastornos psicossomáticos." (Bash, 1986, p. 350).

Timsit (1978) es aún más pesimista al considerar la existencia de un perfil psicossomático en el Rorschach. Este autor, al estudiar grupos de pacientes con diversa patología psicossomática, concluye que no hay un perfil psicossomático en el Rorschach y que no existen diferencias ni entre los diversos grupos ni entre estos grupos y algunos grupos control de sujetos normales.

Debemos recordar aquí que algunos de estos comentarios se basan en estudios con sistemas Rorschach que no son el Sistema Comprensivo.

Otros autores creen en cambio que el perfil de Rorschach del psicossomático está bien establecido. Melon (1978) por ejemplo afirma que sus características esenciales son:

- . Elevación del **F %** que traduce la incapacidad de integrar el afecto, más que ser el signo de un control eficaz.
- . Pocas respuestas, alrededor de 15, y se trata generalmente de buenas formas, fáciles de dar y que exigen muy poco esfuerzo de estructuración.
- . Extratensivo con predominio de **C** y **CF**.
- . Elevación de **P**.
- . Elevación de **A**.
- . Elevación de **An**.
- . Ausencia o baja frecuencia de **M**.
- . Ausencia o baja frecuencia de claroscuro.

Estas características del Rorschach indicarían, según Melon, que se trata de sujetos con grandes exigencias pulsionales y que reclaman una satisfacción inmediata. Incapaz de metabolizar la presión interna, el yo se salva dejando que la descarga se dé en el cuerpo. El yo busca preservarse de un descontrol pulsional que acabaría con lo que le da el semblante de fuerza: su éxito adaptativo y su estricto respeto al conformismo social (las **P** y **A** son el índice de esta adaptación). El psicossomático se siente orgulloso de su convicción de ser como todo el mundo, mostrando en el Rorschach los signos de un pensamiento estereotipado. La carencia en su capacidad de fantasear se expresa en la ausencia de **M**. El color (predominante **CF** y **C**) y la ausencia de claroscuro,

indicarían la incapacidad para sostener una relación de objeto conflictiva y deprimente (incapacidad para soportar la depresión propia o ajena, indicada por el claroscuro).

Con anterioridad Beck (1968), había señalado características semejantes: elevación del **F+** indicando un yo vigilante; presión violenta de los afectos, manifestado por las respuestas **CF, C**; no disponibilidad de la imaginación como moderador interno, que se vería en la disminución de **M**; aumento de **An**, que mostraría el recurso a la manifestación corporal de los conflictos.

Melon, al igual que otros autores (Green, 1973), apunta ciertas semejanzas entre las respuestas Rorschach de los psicósomáticos y las de los psicópatas, señalando que en ambos se da una ausencia de sintomatología psíquica. En ambos Rorschach se daría:

- . **F+%** elevado
- . **FC** menor que **CF+C**
- . **EB** extratensivo
- . **P** y **A** elevadas
- . **M** y claroscuro disminuidas
- . Las **An**, frecuentes en los psicósomáticos, no son raras en los psicópatas.

En el Apéndice A presentamos un resumen de los principales trabajos sobre la existencia de un perfil psicósomático en Rorschach y su correspondencia aproximada con el Sistema Comprensivo.

Los contradictorios resultados obtenidos en el intento de encontrar un perfil Rorschach del enfermo psicósomático, hacen aconsejable tomar ciertas precauciones. Si pensamos, como Bash (1986), que los pobres resultados son atribuibles a la inespecificidad de los trastornos y no a la inadecuación del instrumento de medida, se hace aconsejable la utilización de grupos muy homogéneos y con una definición estricta del trastorno que padecen, para poder obtener datos significativos.

B) Trabajos centrados en la presencia de una determinada variable Rorschach en grupos de enfermos psicósomáticos (respuestas An, respuestas barrera-penetración etc.)

Las respuestas anatómicas son una de las variables Rorschach más estudiadas en relación a las enfermedades psicósomáticas. Parece lógico esperar que los sujetos que sufren cualquier enfermedad (sea o no considerada psicósomática), proyecten en los estímulos Rorschach la preocupación por su estado físico. La presencia o ausencia de estas respuestas, tanto en individuos enfermos como sanos, ha sido objeto de varios estudios e interpretaciones.

No hay una opinión unánime sobre el significado de la respuesta An y algunos resultados apoyan interpretaciones contradictorias. Así, mientras Cassell (1971) cree que a mayor número de respuestas An menor conciencia de enfermedad-muerte, otros (Campo y Jachevasky, 1981) creen que su presencia (junto a la elevación de R, Dd, S, (3r+(2))/R y T) supone una mayor conciencia de conflicto.

Cassell (1964, 1965) ha estudiado este tipo de respuestas tanto en el Rorschach como en su propio test de manchas. Ha trabajado con sujetos normales y con enfermos de sintomatología diversa y llega a la conclusión de que a más respuestas An, menos conciencia de la enfermedad o peligro de muerte (Cassell, 1971)

Otros autores han tratado de mostrar una relación directa entre el órgano enfermo y la respuesta anatómica. También aquí los resultados son inconsistentes, se ha encontrado una alta incidencia de respuestas sobre el aparato digestivo en pacientes con trastornos gastrointestinales, mientras no se encuentran respuestas de pulmones en una muestra de tuberculosos (Haley, Draguns, Phillips, 1967).

En una revisión sobre el contenido de las respuestas Draguns, Haley y Phillips (1967), señalan también la inconsistencia de los resultados, al comparar las respuestas de sujetos con distinta sintomatología y grupos control. La mayoría de trabajos citados no encuentran diferencias significativas. Al comparar distintos grupos de enfermos, se han encontrado algunas diferencias, pero los resultados tampoco son homogéneos. Estos autores concluyen que la presencia de An señala el grado en que

el sujeto está centrado en sí mismo, ya sea como resultado de una retracción autista, como ocurre en la esquizofrenia, ya sea por cambios corporales, como en la enfermedad, pubertad o embarazo.

Exner, Armbruster, Walker y Cooper (1975) señalan elevaciones de **An** en pacientes quirúrgicos y en obesos que inician una dieta estricta. Galán (1988) señala también una elevación de **An** en obesos que fracasan en seguir una dieta. En este estudio, la presencia de estas respuestas va asociada a un pronóstico más favorable. Según Weiss y Winnik (1963), la respuesta **An** indicaría una preocupación por el cuerpo, pero no necesariamente la presencia de molestias o cambios físicos.

Exner (1986) concluye, al revisar la investigación sobre **An**, que el aumento de estas respuestas en un protocolo debe tomarse como un índice de preocupación por el cuerpo. Esta preocupación puede ser debida a causas médicas y cuando éstas no existan, debe pensarse en un origen psicógeno relacionado con la concepción de sí mismo.

El índice de la imagen corporal desarrollado por Fisher y Cleveland (1958) ha sido, posiblemente, junto con las respuestas **An**, el índice Rorschach más utilizado en el estudio de pacientes psicósomáticos. Remitimos a los trabajos de estos autores sobre su utilidad y resultados (Cleveland y Fisher, 1960; Fisher y Cleveland, 1958 y 1968; Fisher, 1963, 1970, 1986)

Creemos que, dada la naturaleza del Rorschach, el estudio de variables aisladas raramente puede producir resultados satisfactorios y que se hace necesario considerar siempre el Rorschach en su totalidad.

C) El perfil Rorschach de un cuadro psicósomático concreto

Son varias las enfermedades que se han estudiado mediante el Rorschach. Nos limitaremos a exponer los trabajos más significativos en el campo de los trastornos cardiovasculares en el apartado siguiente.

2.1.1.6. El test de Rorschach en el estudio de los trastornos cardiovasculares.

Agruparemos las investigaciones en las llevadas a cabo con pacientes con hipertensión arterial, por su importancia como factor de riesgo en la cardiopatía isquémica, y las realizadas directamente con sujetos que han sufrido oclusión coronaria o infarto. Un resumen de estos trabajos y su correspondencia aproximada con el Sistema Comprensivo, se da en los Apéndices B y C.

A) Estudios Rorschach con enfermos hipertensos

Booth (1946) en uno de los primeros trabajos, al comparar un grupo de 60 hipertensos con un grupo de enfermos de Parkinson y artritis crónica, caracteriza a los hipertensos por las siguientes respuestas: el eje central de la lámina es interpretado como algo (animales, libros...) abierto por la mitad; dan más contenidos de anatomía, objetos rituales, agua, fuego y determinados animales; pocas respuestas de integración; respuestas de movimiento en que las acciones son determinadas por convención y por los esfuerzos por mantener una posición determinada.

En trabajos más recientes los resultados que se aportan son: Bajo número de respuestas, elevación de **W**, **F%** bajo e índice **FC:CF+C** invertido (Rausch de Traubenberg 1963); elevación de **An+A**, sombreado y fenómenos especiales y disminución de **M** y color cromático (Vaz y otros, 1985); disminución del número de respuestas y del índice de ansiedad (**An+Hd+Sg+Sx**), (Kamieniecka, 1977).

En un estudio usando el sistema de Beck y con un planteo metodológico más adecuado que los anteriores, Safar, Kamieniecka, Levenson, Dimitriu y Pauleau (1978) encuentran las siguientes diferencias significativas entre un grupo con hipertensión esencial y un grupo control: menor número de **R**, aumento de las respuestas populares (**Ban**), más respuestas globales y menos de detalles (**G:D**), aumento de **F**, aumento de **CF**, disminución del número de **H** y aumento de **A**, y disminución del índice de ansiedad (**An+Sx+B1**). Al comparar con el mismo grupo control un grupo con hipertensión limítrofe, se dan diferencias, pero no son significativas. Las características de personalidad de los hipertensos esenciales que emergen de este estudio

serían un estilo estereotipado, posiblemente el resultado de un esfuerzo de adaptación, y la ausencia de síntomas neuróticos.

Los trabajos con hipertensos son numerosos, pero no permiten llegar a conclusiones, debido a que utilizan sistemas distintos de Rorschach y a que publican únicamente algunos de los índices. Otro inconveniente surge del hecho de que en alguno de ellos no figura el criterio utilizado para considerar la significación de las diferencias.

B) Estudios con enfermos de infarto de miocardio

Comentaremos con más detalles los resultados de todos los estudios que conocemos realizados con pacientes que han sufrido un infarto, ordenándolos por su fecha de publicación.

Las brillantes aportaciones de Friedman y Rosenman a partir de los años cincuenta, hacen olvidar con frecuencia que, algunos de los estudios pioneros en este campo, estuvieron relacionados con el test de Rorschach. Nos referimos a los trabajos de Arlow (1945) y Kemple (1945).

De estos trabajos el de Kemple nos parece más interesante y, si bien metodológicamente criticable en muchos sentidos, tuvo el mérito de tratar de demostrar empíricamente algunas de las hipótesis barajadas hasta el momento por las teorías psicodinámicas a propósito de la relación entre enfermedad orgánica y características de la personalidad. Kemple concluye que existe una relación entre enfermedad orgánica y desviación de las normas de salud mental, que el Rorschach muestra una alta incidencia de personalidades neuróticas entre los pacientes hospitalizados, y que cuanto más limitadas son las defensas, mayor es la posibilidad de enfermedad física grave. Estas conclusiones contradicen la hipótesis de que hay una relación inversa entre síntomas neuróticos y patología orgánica.

Los cuatro grupos de pacientes hospitalizados sobre los que aporta datos (hipertensión, reuma cardíaco, oclusión coronaria y fracturas) presentan características en común, pero existen amplias diferencias interindividuales dentro de cada grupo. En realidad algunos pacientes presentan más

características en común con los pacientes de los otros grupos que con los del suyo. Recuerda la necesidad de abordar el análisis del Rorschach de forma global para obtener resultados válidos.

Sus conclusiones sobre los pacientes con oclusión coronaria nos interesan especialmente. Según Kemple, el Rorschach de estos pacientes los muestra como sujetos agresivos, ambiciosos, que luchan compulsivamente por alcanzar poder y prestigio, frecuentemente son extratensivos y con limitadas experiencias introversivas y de pensamiento creativo, lo que incrementa su dependencia de los logros en el mundo externo para su satisfacción y seguridad. Propensos a la externalización de las emociones y, aunque tratan de mantener sus impulsos agresivos bajo control, logran autojustificarse un monto importante de agresividad manifiesta.

"Cuando son vistos en el hospital tras sufrir una oclusión coronaria, están normalmente en un estado de severa ansiedad, la cual está sólo parcialmente relacionada con el reciente trauma físico. Esta ansiedad está generalmente relacionada también con sentimientos de inadecuación, fracaso y culpa. La culpa puede estar asociada tanto con su estatus social como con relaciones sexuales específicas. A menudo estos sentimientos de inadecuación no son reconocidos, sino que son proyectados en el mundo externo produciendo una actitud de cinismo crítico" (Kemple, 1945, p. 87).

Como puede verse, algunas de las observaciones de Kemple sobre estos pacientes concuerdan con las que se han formulado posteriormente a propósito del patrón de conducta tipo A.

Arlow (1945) en el trabajo ya citado, al estudiar 13 casos de oclusión coronaria, los define como sujetos que evaden la neurosis con una deformación del carácter y cuyo conflicto básico sería la identificación con un padre admirado y temido. No aporta datos del resumen estructural y el lenguaje utilizado hace suponer que se basa exclusivamente en un análisis simbólico. Curiosamente prescinde de dos casos de la muestra porque no confirman su hipótesis de trabajo. Citado a menudo como uno de los pioneros en el estudio de la personalidad cardiovascular, su trabajo es menos riguroso que el de su contemporánea Kemple. Quizás esta falta de rigor le permite afirmar

en el año 1945 que "la presencia de un tipo de personalidad definida en pacientes con coronariopatía, es reconocida desde hace tiempo" (pag. 195), afirmación que 40 años después sigue pareciendo excesivamente optimista.

Miles, Waldfogels y Barrabee (1954) compararon los resultados en una batería de tests que incluía el Rorschach (sistema Klopfer) de un grupo de 46 sujetos que habían sufrido un infarto de miocardio antes de cumplir 41 años. La administración de las pruebas se llevo a cabo entre 10 meses y 23 años después del infarto, siendo esta una de las características del estudio que cuestionan su valor. Se compararon los resultados con un grupo control considerando 26 variables. Sólo una de las variables, el número de respuestas, dió diferencias significativas. Sin llegar a ser significativas se observaron otras diferencias: disminución de M, aumento de W, baja incidencia de T, pocas respuestas de color y un leve aumento de V y Y. Todo ello indicaría, según los autores, que se trata de sujetos que dependen más de la acción que del pensamiento y que son menos sofisticados y más primitivos en sus gustos e intereses que el grupo control. A pesar de estas diferencias, los autores se inclinan por negar la existencia de un perfil de personalidad específico en estos pacientes y concluyen que los factores somáticos son mucho más significativos que los psicológicos, replicando las conocidas hipótesis de Dunbar (1943) y Arlow (1945) claramente favorables a la existencia de una personalidad coronaria. Además del hecho de no tener en cuenta la influencia del período de tiempo transcurrido desde la crisis cardíaca, este trabajo tiene otros dos inconvenientes. El grupo control es significativamente menos inteligente y la muestra con que trabaja proviene de un grupo original de 100 sujetos estudiados por Sertler y White, de los que más de la mitad se negaron a colaborar o habían muerto.

Cleveland y Johnson (1962) en un estudio que no tiene los inconvenientes metodológicos de la mayoría, compararon un grupo de 25 hombres con infarto de miocardio, menores de 40 años, con dos grupos control: uno de 25 pacientes que esperaban ser intervenidos quirúrgicamente y otro de 25 sujetos que llevaban de 4 a 6 semanas internados con un diagnóstico de tuberculosis (este segundo grupo se utilizó para comparar el TAT no el Rorschach). Se administró el Rorschach, TAT, Doctor-Patient Relationship Test y

Mayman Self-Concept Test, además de una entrevista a las 4-6 semanas de la hospitalización. De las diez variables Rorschach que estudió, cinco presentaron diferencias significativas con los grupos control: respuestas de espacio blanco, penetración, fantasías de muerte, ansiedad y hostilidad.

Cuissard (1965) en un estudio realizado con 15 sujetos afectados por un infarto de miocardio, observa las siguientes características: número de respuestas inferior al término medio, escaso número de respuestas de color y claroscuro, limitado número de M, tiempos de reacción no alargados y shock a la lámina X.

Defourni, Timsit y Dongier (1972) comparan 15 sujetos con angor y 30 con infarto. La hipótesis que pretende comprobar es que, cuanto más inhibida sea la expresión de las reacciones emocionales, más grave será la enfermedad coronaria. En este sentido la ansiedad manifestada por los anginosos los protegería del infarto. Esta hipótesis se confirma cuando se consideran los datos de un análisis regresión-fijación, pero no se confirma con el análisis formal de los datos. Ambos grupos presentan signos de regresión-fijación oral y genital, pero el grupo infarto presentaría signos de regresión-fijación anal que lo distingue del otro. Según estos autores, el enfermo de infarto sería un carácter obsesivo, que se diferencia por la tríada orden-limpieza-economía a la que se uniría la rigidez y el ser sujeto de admiración social.

Exner, Thomas, Cohen, Ridgeway y Cooper (1981) han realizado el único estudio que conocemos, usando el Sistema Comprensivo, con pacientes afectados por un infarto de miocardio. Debido a la importancia de este trabajo como antecedente próximo de esta tesis, lo describiremos más en detalle. Se utilizó un grupo de 54 pacientes subdivididos en dos grupos: 27 varones, que llevaban entre 13 y 17 días de hospitalización por un infarto de miocardio y 27 varones, con una media de hospitalización de 19 días, que se recuperaban de una intervención de cirugía ortopédica, y para los que no existía ningún riesgo aparente de complicaciones en su recuperación. Se administró el Rorschach 1 ó 2 días antes del alta a ambos grupos y un retest en un intervalo de 93 a 118 días. El grupo de pacientes cardíacos dió más del doble de respuestas *m* (Total = 58, \bar{x} = 2.15, σ = 1.01) y de respuestas *Y* (Total = 26,

$\bar{x} = 2.56$, $\sigma = 0.84$) que el otro grupo en la primera administración del test. Sin embargo, en el retest no hubo diferencias significativas entre los grupos, y ambos presentaban frecuencias similares a los datos normativos para sujetos no pacientes. Estos resultados se atribuyen al hecho de que los pacientes de infarto seguían en una situación de riesgo en el momento de la primera administración. Este trabajo no ha sido publicado, por considerar el tamaño de la muestra insuficiente para extraer un perfil del paciente afectado de infarto y es citado por Exner en la revisión de 1986 únicamente para apoyar la hipótesis interpretativa sobre el significado de las variables M e Y . La imposibilidad de completar este estudio por falta de colaboración del hospital en que se realizó, impidió a este equipo abordar el tema de la existencia de un perfil Rorschach en este tipo de pacientes y es uno de los motivos por los que el Dr. Exner estuvo motivado en colaborar en esta investigación.

Los estudios enumerados tienen en común el que se trabajó con sujetos que habían sufrido ya el ataque. Únicamente tenemos datos de un estudio prospectivo con Rorschach, el de Graves y Thomas (1981), realizado con una muestra de 1337 estudiantes de medicina graduados entre 1948 y 1964, que han sido objeto de un seguimiento. En una de las publicaciones sobre este proyecto (1981) se estudian tres grupos de sujetos que habían desarrollado tres tipos de trastornos: cardiovasculares, cáncer y enfermedades mentales. Los autores estudian únicamente una variable: los patrones de interacción que aparecen en los protocolos de estos tres grupos, y los comparan con un grupo de sujetos sanos. Los resultados presentan a los sujetos con trastornos cardiovasculares (que incluyen hipertensión, infarto de miocardio y angina) con respuestas similares a los sujetos sanos, predominando en ambos las relaciones codificadas como flexibles y conformistas; mientras los que presentaban trastornos mentales daban más respuestas de relaciones ambivalentes y los enfermos de cáncer ambivalentes y evitativas.

Estos resultados sugieren, según los autores, que los antecedentes psicológicos del trastorno cardiovascular deben buscarse en factores ajenos a las relaciones interpersonales y que quizás estén más relacionados con factores psicosociales que inter o intraindividuales. Concluir algo a partir de una sola variable nos parece inadecuado, porque hay otras muchas

que aportan datos sobre relaciones inter y especialmente intraindividuales, que se desestiman.

La utilización de distintos sistemas Rorschach, el limitarse a determinadas variables que cambian de un trabajo a otro, la ausencia de datos sobre la significación estadística de las diferencias y la heterogeneidad de las muestras, no permiten llegar a ninguna conclusión sobre las investigaciones precedentes. Teniendo en cuenta estas grandes limitaciones señalaremos algunas coincidencias entre los trabajos:

Disminución del número de respuestas
 Disminución de las respuestas de movimiento humano
 Disminución de las respuestas de color cromático
 Aumento de las respuestas con contenido agresivo

Los mayores desacuerdos, pero no los únicos, parecen darse en los resultados sobre las respuestas de claroscuro, que mientras para unos autores aumentan, para otros disminuyen.

En realidad podríamos afirmar que debe empezarse casi desde cero y que esto confiere a este trabajo un carácter exploratorio.

2.1.2. Formulación de hipótesis.

GENERAL

Una parte de este trabajo es de naturaleza exploratoria por lo que no se formulan hipótesis concretas. Pretendemos estudiar las características de la personalidad de los sujetos que han sufrido un infarto de miocardio. Sin embargo podemos considerar que se halla implícita la hipótesis de que existen unas características comunes en la personalidad de los sujetos que sufren un infarto. A pesar de los datos contradictorios que existen al respecto, creemos que hay suficiente evidencia de la existencia de estas características, que se mostrarán con la presencia de rasgos comunes en los protocolos de sujetos que han sufrido un infarto y de diferencias entre estos sujetos y la población en general. Asumimos que los resultados en el Rorschach constituyen una forma adecuada y empíricamente probada de evaluación de determinadas características de personalidad. Entendemos estas

características en términos de rasgos de personalidad que diferencian a estos sujetos.

PARCIALES

1. El Rorschach de estos pacientes suponemos que presentará algunas características parecidas a las de otros pacientes psicossomáticos que resumimos en la Tabla 3.

Tabla 3

Hipótesis sobre las variables Rorschach que pueden presentar diferencias significativas con el grupo normativo

Función	Variable Rorschach
Ideación	. Pocos perceptos de movimiento humano (M)
Características del afecto	. Baja productividad (R)
	. Restricción de la respuesta afectiva (suma ponderada de color baja)
	. Poco control formal de las respuestas de color (FC:CF+C)
Procesamiento de la información	. Pocos determinantes múltiples
	. Concretismo y simplicidad (predominio de DQ o, v, v/+)
	. Evita respuestas complejas (Lambda alto)
Recursos adaptativos	. Pocos recursos ideacionales y afectivos (EA)
Percepción interpersonal	. Pocas respuestas de contenido humano (H)

2. En el Rorschach de la primera evaluación se espera que aparezcan una serie de respuestas inducidas por la situación traumática que ha vivido el paciente. Estas características serían básicamente el aumento de los determinantes relacionados con el estrés situacional (m e Y), de los contenidos sobre el interior del cuerpo ($An+Xy$) y del índice de depresión (DEPI). Estas características se espera que desaparezcan en el segundo Rorschach.

3. Por sugerencia del Dr. Exner, nos proponemos comprobar si los sujetos con un Rorschach caracterizado por un adecuado número de respuestas y un Λ alto presentan más complicaciones post-infarto.

2.1.3. Especificación del contexto

Este estudio se ha llevado a cabo en uno de los Hospitales terciarios de Barcelona. Daremos a continuación algunos datos sobre la asistencia hospitalaria en esta ciudad y sobre el Hospital del Valle de Hebrón en particular que ayuden a la comprensión del contexto en que se realizó el estudio.

La ciudad de Barcelona está dividida en cuatro zonas de urgencia que corresponden al sector del Hospital del Valle Hebrón (sector I), del Hospital Clínico (sector II), del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (sector III) y del Hospital del Mar (sector IV). La ciudad constituye el área sanitaria XII con una población de 1.752.769 habitantes (según el censo de 1981) y está rodeada por las zonas sanitarias siguientes: Barcelonés occidental y Baix Llobregat (área IX), Vallés (área X) y Maresme (área XI). Con frecuencia pacientes de estas tres áreas sanitarias son atendidos en hospitales barceloneses (31% de los ingresos por crisis coronaria aguda en el estudio de Navarro et al. 1988, procedían de la provincia de Barcelona)

El Hospital del Valle de Hebrón es un hospital de tipo terciario (más de 800-1000 camas). El Servicio de Cardiología (46 camas) tiene un equipo compuesto por 19 médicos, de los cuales 6 pertenecen a la Unidad Coronaria. Está dotado de 6 gabinetes: Pruebas de Esfuerzo, Ecocardiografía, Hemodinámica, Holter y Medicina Nuclear. Dispone también de una Consulta Externa y una Unidad Coronaria. Dicha Unidad

Coronaria (definida según los criterios de la OMS) tiene 16 camas.

La realización de este trabajo en un hospital de la Seguridad Social, supone un sesgo en cuanto a la extracción social de los enfermos. Sin embargo, y sin que esto implique que la presente muestra tenga alguna pretensión de ser una muestra significativa, las enfermedades graves y que suponen un riesgo de muerte, son las que más a menudo son atendidas en estos centros, con independencia de la clase social del enfermo. Es sabido que estos hospitales son los únicos que están equipados para aplicar ciertos tratamientos y que disponen de personal altamente cualificado, lo cual, junto con el elevado coste, disuade a muchos usuarios habituales de la medicina privada.

2.1.4. Definición de variables

La variable independiente asignada son ciertas características de la personalidad y la historia personal de los sujetos medidas a través de dos técnicas: Rorschach y entrevista semidirigida.

Rorschach. Se tendrán únicamente en cuenta los datos del Resumen Estructural, estos datos en sus dos aplicaciones constituyen la medida de la variable independiente. El Rorschach proporciona información sobre las siguientes funciones básicas de la personalidad (Exner, 1989):

- Características afectivas
- Capacidad de control y tolerancia al estrés
- Mediación cognitiva
- Ideación
- Procesamiento de la información
- Percepción interpersonal y relaciones
- Autopercepción
- Estrés situacional

Entrevista semidirigida. Se realizó para recoger información sobre aquellas áreas que la mayoría de autores coinciden en señalar como las contribuyentes a la enfermedad. Se codificó según los apartados que figuran en el Apéndice D que comprende información sobre las siguientes áreas:

Situación e historia familiar
Situación e historia laboral
Consumo de tabaco y alcohol
Ocio y tiempo libre
Datos socioculturales
Antecedentes patológicos
Circunstancias que rodearon el infarto

Cuando nos referimos a la personalidad como variable independiente lo hacemos pues en realidad a determinados aspectos de la misma: los que recoge el Rorschach. Del mismo modo la historia personal es limitada a aquellos aspectos que los estudios con enfermos cardiovasculares han demostrado que eran relevantes en la etiología de la enfermedad.

Cuando tratamos de evaluar las características de personalidad en sujetos que acaban de sufrir un infarto, surge el problema de discriminar entre la reacción esperable a esta situación traumática (preocupación corporal, tristeza, miedo a la muerte...) y las características más estables de su personalidad, que no necesariamente se han visto alteradas por ella.

Para contribuir a esta discriminación hemos recurrido a una segunda entrevista y administración del Rorschach a los tres meses de la primera. Desde un punto de vista médico, éste es el período de tiempo normalmente aceptado para la recuperación (difícil de definir en estos pacientes, puesto que el mismo diagnóstico de infarto supone que su estado físico no será nunca igual al anterior a la crisis). Suponemos que los datos del segundo Rorschach, estarán menos influenciados por la hospitalización y más próximos a los resultados que podríamos haber obtenido antes de la crisis. Tenemos en cuenta, sin embargo, que sólo un estudio prospectivo puede controlar adecuadamente este factor y que, en un sentido estricto, estamos estudiando únicamente las características de personalidad de los postinfartados y no las características que constituyen un factor de riesgo coronario.

La comparación entre los resultados del primer y segundo Rorschach y primera y segunda entrevista, nos permitirán ver la relación entre la evolución desde el punto de vista psicológico y el proceso de recuperación de la enfermedad, evaluada por el equipo médico al año. Están previstos controles médicos a los 5 y a los 10 años.

La variable dependiente asignada es el infarto, precisando su extensión y gravedad. Para la medida de esta variable se contó con los exámenes médicos rutinarios practicados al ingreso y con una serie de pruebas, cuya utilización es más infrecuente, que se utilizaron en este caso por tratarse de un grupo de estudio (se pretendía comprobar cuál de estas pruebas predecía mejor la evolución del enfermo).

2.2. Selección y características de la muestra.

Los sujetos que colaboraron en esta investigación son una parte de los que participaron en un estudio sobre factores pronósticos en un primer infarto de miocardio. Una de las ventajas de realizar la investigación en un sólo hospital es el hecho de que se trate de un solo equipo médico, lo que supone el control de una serie de variables, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.

Los criterios de inclusión en la muestra para la investigación médica fueron:

- . Diagnóstico de un primer infarto de miocardio. Este diagnóstico suponía cumplir 2 de los 3 criterios siguientes:
 - a) Dolor anginoso prolongado (más de 20 minutos).
 - b) Presencia de cambios electrocardiográficos de necrosis.
 - c) Elevación de las enzimas CK (creatin-fosfokinasa) por encima del doble de los valores normales.
- . Haber sobrevivido las primeras 48 horas sin presentar en este período ninguna complicación mecánica (por ejemplo necesitar una intervención quirúrgica).
- . Ser menor de 65 años.
- . Estar en condiciones físicas de poder realizar las pruebas.
- . Aceptar participar en la investigación. Esta aceptación suponía la firma de un documento en el que se especificaban las pruebas a realizar.

Unicamente 4 sujetos de los seleccionados se negaron a colaborar.

- . Ser uno de los tres primeros sujetos, por orden de ingreso, que cumplían estos requisitos cada semana. Este criterio se estableció para no saturar los Servicios que realizaban las pruebas, que no podían asumir más de tres casos.

La muestra para el estudio médico fue de 130 sujetos. De ellos participaron en esta investigación 68 (10 para una muestra piloto y 58 para la muestra definitiva), los ingresados durante el período comprendido entre el 26 de Febrero de 1985 y el 16 de Enero de 1986 (con dos interrupciones: del 1 al 31 de Agosto de 1985 y del 22 de Diciembre de 1985 al 9 de Enero de 1986). De los 58 sujetos de la muestra, 3 fallecieron antes de la administración de las pruebas psicológicas y 4 por diversos motivos (estar ocupados en exploraciones médicas, darles el alta antes de lo previsto o en días festivos etc.) no pudieron ser examinados. Uno de los sujetos que había dado su autorización y realizó sin problemas la exploración médica, se negó a colaborar en la administración del Rorschach. La muestra definitiva quedó reducida a 50 sujetos.

De la muestra definitiva 45 eran hombres y 5 mujeres.

La distribución por edades, estado civil, escolarización y profesión, se recogen en la Tabla 4.

Tabla 4

Caracterización de la muestra por edad, estado civil, escolarización y profesión

Variable	N	%
Edad		
30 a 35	1	2.0
35 a 40	3	6.0
40 a 45	6	12.0
45 a 50	8	16.0
50 a 55	14	28.0
55 a 60	10	20.0
60 a 65	11	22.0
Estado civil		
casados	43	86.0
solteros	3	6.0
viudos	2	4.0
segundo matrimonio	2	4.0
Escolarización		
No escolarizados	8	16.0
Elemental incompleta	25	50.0
Elemental y profesional	14	28.0
Secundaria y universitaria	3	6.0
Nivel cultural estimado		
Analfabeto o muy poco alfabetizado	16	32.0
Bajo (actual E.G.B.)	17	34.0
Medio-bajo	6	12.0
Medio (actual B.U.P.)	8	16.0
Alto (universitario)	3	6.0
Profesión		
Empresario	5	10.0
Personal intermedio		
administrativo comercial y técnico	3	6.0
Obrero industrial	14	28.0
Trabajador manual por cuenta propia	6	12.0
Ama de casa	4	8.0
Jubilados	5	10.0
Parados y trabajadores esporádicos	9	18.0
En baja por enfermedad	4	8.0

Muchos de estos sujetos presentaban una o varias características de las que tradicionalmente se han considerado como factores de riesgo. En las Tablas 5 y 6 resumimos esta información.

Tabla 5

Consumo de tabaco y alcohol de los sujetos de la muestra

	N	%
Tabaco ^a		
Fumadores	37	74.0
No fumadores	6	12.0
Ex fumadores	7	14.0
Alcohol		
Ingesta de 1 a 40 gramos diarios	7	14.0
Ingesta superior a 40 gramos diarios	26	52.0
Ex alcohólicos	2	4.0
Abstemios	15	30.0

^a Los datos concretos sobre número de años que han fumado y número de cigarrillos por día figuran en el Apéndice G items 56, 57 y 58.

Tabla 6

Número de sujetos que desempeñan o han desempeñado puestos de trabajo de alto riesgo

	Puntuaciones ^a					
	0	1	2	3	4	5
Características trabajo actual	5	10	19	11	4	1
Características trabajos anteriores	6	14	18	5	6	1

^a Las puntuaciones (0 a 5) indican el número de características negativas del puesto de trabajo. Las cinco categorías consideradas son: monotonía, esfuerzo físico, control del tiempo, falta de autonomía y número excesivo de horas de trabajo. Para los criterios de codificación de cada categoría ver Apéndice G items 25, 26, 27, 28, 29 y 30.

De estos 50 sujetos, 36 acudieron a la segunda entrevista realizada a los tres meses. La causa principal de la no comparecencia creemos que fue la falta de colaboración, pero en algunos casos nos constan otros motivos. Dos de los sujetos se supo que habían acudido pero a una hora o día equivocados. Tres estaban de nuevo hospitalizados, pendientes de ser intervenidos o en el postoperatorio. Uno había muerto. De los nueve restantes que no acudieron, tres tenían conflictos serios (homosexualidad y alcoholismo) que aparecieron más o menos explícitamente en el curso de la primera entrevista y es posible que no desearan enfrentarse de nuevo con una información que dieron en un momento de especial fragilidad.

Además de esta muestra se realizó un estudio piloto con 10 sujetos a los que únicamente se les administró la primera entrevista y Rorschach y cuyos resultados no serán utilizados.

2.3. Material.

El diagnóstico de infarto y la evolución posterior se realizó mediante una serie de pruebas médicas que describiremos brevemente a continuación. Tal como apuntábamos en el apartado 2.1.4. las variables de personalidad del sujeto han sido evaluadas a través de dos técnicas: entrevistas semidirigidas y Psicodiagnóstico de Rorschach.

2.3.1. Pruebas médicas.

Describiremos a continuación las pruebas médicas practicadas a todos los sujetos de la muestra. Esta descripción se hace pensando en un posible lector de este trabajo que no provenga del campo de la medicina.

Prueba de esfuerzo submáxima

Se realizó esta prueba a todos los pacientes que no presentaban angor en reposo u otras complicaciones. Como su nombre indica esta prueba se realiza sin dejar que el paciente llegue al máximo de su capacidad (se interrumpe al llegar al 80%), mientras

realiza un esfuerzo físico (pedaleo). Se tabularon la presencia o ausencia de anomalías antes y después de los primeros tres minutos.

Ventriculografía isotópica

Prueba que consiste en inyectar Tecnecio-99m en una vena periférica para obtener imágenes de las cavidades cardíacas mediante gammacámara, para estudiar la función ventricular y la contractibilidad del músculo cardíaco. En sujetos normales la capacidad contráctil es alta, superior al 50% y aumenta al realizar ejercicio (al menos un 5 %). Por lo tanto, son índices negativos que esté por debajo del 50% en reposo o que no aumente (en ocasiones incluso disminuye) en ejercicio, porque supone una mala tolerancia al mismo.

Gammagrafía cardíaca con talio

Se realizó esta prueba en reposo y durante la prueba de esfuerzo. Es un indicador de las zonas con dificultades de flujo en uno de los dos estados. Consiste en inyectar un isótopo (talio) que permite visualizar las zonas que reciben más o menos flujo sanguíneo (porque reciben más o menos isótopo inyectado). Denominamos zonas frías a las que no reciben talio ni en reposo ni en ejercicio; zonas isquémicas son las que captan talio en reposo pero no en esfuerzo; las zonas normales captan talio tanto en reposo como en esfuerzo. Se considera un total de 15 segmentos y los resultados se presentan en términos de segmentos normales, es decir, no afectados ni por infarto ni por isquemia.

Prueba telemétrica de Holter

Consiste en el uso de un aparato portátil conectado al pecho del paciente que registra durante un período determinado (en estos pacientes 24 horas) y de forma continuada el ritmo cardíaco, permitiendo su valoración durante las actividades rutinarias. Su utilización permite verificar la presencia de arritmias y su cualidad.

Cateterismo

Existen distintos métodos que tienen en común la introducción de un catéter hasta llegar al corazón. Difieren en cuanto al vaso por el que se introduce el catéter así como su destino (corazón derecho, corazón izquierdo, arterias coronarias) y el tipo de catéter utilizado. Difieren asimismo en cuanto a la información que proporcionan (presiones en el corazón y grandes vasos, gasto cardíaco, delinear las anomalías anatómicas previa inyección de un contraste, etc.).

En esta muestra se llevó a cabo un cateterismo izquierdo con ventriculografía y coronariografía. Se evaluó, a efectos de la investigación, la oclusión de las arterias descendente anterior, coronaria derecha, circunfleja y tronco común, la fracción de eyección (porcentaje del volumen telediastólico expulsado por latido) y la presencia de aneurisma ventricular.

Pruebas médicas utilizadas durante el seguimiento

Se realizaron revisiones médicas al mes, a los tres, seis y nueve meses y al año. Está prevista una nueva revisión a los 5 y a los 10 años. Estas revisiones eran revisiones clínicas excepto a los tres meses y a los cinco años en las que se incluyeron/incluirán pruebas.

2.3.2. Pruebas psicológicas.

Tal como apuntábamos anteriormente se han utilizado dos técnicas diagnósticas: la entrevista semidirigida y el Psicodiagnóstico de Rorschach. Ambas técnicas creemos que no precisan presentación en una investigación de estas características. Hemos recurrido a dos instrumentos "clásicos" del diagnóstico clínico, cuya fiabilidad y validez son sobradamente conocidos, así como sus limitaciones. Haremos únicamente algunas observaciones sobre su idoneidad en un diagnóstico de estas características.

2.3.2.1. La entrevista semidirigida.

Se han utilizado distintas técnicas para recoger información en los estudios con pacientes psicósomáticos. Paykel (1983) defiende la utilización de la entrevista semidirigida en lugar de los cuestionarios autoadministrados para recoger información válida y fiable sobre los acontecimientos vitales. Cita varias investigaciones que comparan ambos métodos y todos ellos concluyen que los índices de fiabilidad y validez favorecen a la entrevista y que los cuestionarios autoadministrados deben considerarse inadecuados en los años 80.

También al comparar los dos métodos clásicos de evaluar el tipo A, el S.I. y el J.A.S., la entrevista se ha mostrado más válida (Booth-Kewley y Friedman, 1987; Young, 1980). Como ya señalamos según Friedman (1981), los tipo A se muestran reacios a responder cuestionarios de personalidad, en cambio colaboran bien en una entrevista .

Estas no son las únicas razones que nos han llevado a utilizar una técnica semidirigida en lugar de un cuestionario. La razón principal es que nuestro objetivo era realizar un diagnóstico clínico y no sólo una recopilación de determinados acontecimientos de la vida del sujeto, es decir que pretendíamos utilizar la situación de entrevista para observar otros aspectos (relacionales, lenguaje no verbal por ejemplo), que nos permitieran profundizar más en la situación del sujeto.

El modelo de entrevista semidirigida que utilizamos consistía en exponer al principio el motivo del examen, dejar a continuación que el sujeto iniciara la conversación (técnica libre) que invariablemente versaba en torno de su estado físico, y frente al primer bloqueo iniciábamos el interrogatorio de los aspectos que nos interesaban, procurando seguir el curso de la conversación cuando el sujeto proponía un nuevo tema.

No se estableció un tiempo límite para la entrevista, que en la mayoría de los casos se situó alrededor de los 3/4 de hora.

Tal como se acostumbra a proceder en las entrevistas semidirigidas, disponíamos de un guión previo sobre los datos que queríamos interrogar, pero el orden en que se hacían las preguntas no estaba predeterminado.

Las entrevistas se registraron tomando notas mientras se realizaban, en el orden en que se daba la información. Esta información se pasó posteriormente a un protocolo.

2.3.2.2. Guión de entrevista utilizado en la primera sesión.

La entrevista comprende los capítulos básicos de toda entrevista clínica, pero hace especial énfasis en aquellos que la investigación sobre infarto de miocardio ha señalado como factores de riesgo. Así por ejemplo, se pide información concreta sobre el número de horas de trabajo, la monotonía, control del tiempo o esfuerzo físico, por haber sido señaladas por varios autores como posibles factores de riesgo. Se recogen estas mismas condiciones de trabajo referidas a la historia laboral del sujeto, y no sólo al trabajo actual, siguiendo las sugerencias hechas por algunos autores de que son las situaciones de estrés prolongadas las que se relacionan con el infarto (Maschewsky, 1982).

El guión confeccionado para la entrevista figura en el Apéndice D y es a su vez el protocolo al que se trasladó la información de la entrevista para su posterior evaluación.

2.3.2.3. Guión de entrevista utilizado en el seguimiento.

Figura en el Apéndice E. Este protocolo es también original para este trabajo pero sigue en parte los apartados recomendados por Mayou, Williamson y Foster (1978), quienes utilizan una entrevista semidirigida a la semana, a los dos meses y al año del infarto, realizada con el paciente y con su esposa. Los apartados que tienen en cuenta dichos autores son los siguientes: a) situación física, b) estado psíquico, c) actividad física, d) afrontar responsabilidades, e) vuelta al trabajo, f) interacción con la pareja, g) consejo médico y su cumplimiento, h) actitud hacia la enfermedad i) reacciones de la esposa.

2.3.2.4. El Psicodiagnóstico de Rorschach.

Como se ha dicho en numerosas ocasiones no hay un test de Rorschach, sino varios y algunos de ellos tienen en común poco más que las 10 famosas manchas. El test de Rorschach que utilizamos en este estudio es el Sistema Comprensivo de J. Exner. Como es sabido, desde la primera publicación del Sistema Comprensivo han ido apareciendo criterios para la administración y especialmente para la corrección, que han enriquecido y modificado el sistema original. Las normas utilizadas en este trabajo son las establecidos en el Rorschach Workbook de 1985.

Aunque no creemos necesario dar información sobre la fiabilidad y validez de la prueba que ha sido suficientemente probada (Exner, 1974, 1986), haremos una breve referencia a la comparación entre el Rorschach y los dos instrumentos más utilizados en la evaluación del tipo A: La Entrevista Estructurada de Rosenman y el Cuestionario de Actividad de Jenkins.

El acuerdo interjueces en la clasificación de la Entrevista Estructurada de Rosenman, es entre el 75% y el 90% y la estabilidad test-retest en intervalos de 12 a 20 meses, es del 80% (Williams, 1981). La fiabilidad test-retest del Cuestionario de Actividad de Jenkins-Forma T, oscila entre .66 y .85 en periodos de 7-8 semanas (Bishop, Hailey y O'Rourke, 1988). En el Sistema Comprensivo del Rorschach el acuerdo interjueces oscila entre el 99% y el 87% para la variable en la que existe menor acuerdo (Exner, 1986). La estabilidad test-retest en períodos de 3 años es superior a .70 para 20 de las variables e inferior para 5 de ellas, relacionadas con estados y no con rasgos de personalidad (Exner, Thomas y Cohen, 1983).

2.4. Procedimiento.

Las entrevistas y administración del Rorschach se llevaron a cabo en uno de los despachos de la consulta externa del Servicio de Cardiología. Se trata de un despacho amplio y con buenas condiciones de luminosidad, temperatura y aislamiento. En ningún caso se produjeron interrupciones.

Este despacho era el mismo en que algunos pacientes habían sido visitados antes del infarto y el que utilizaban los médicos que hacían el seguimiento de los enfermos después del alta hospitalaria. Se trataba pues de un espacio conocido y con determinadas connotaciones para la mayoría de examinados.

Las entrevistas fueron realizadas siempre entre las 4 y las 8 de la tarde. Se eligió este horario por sugerencia del Jefe de Servicio, ya que eran las horas en las que había despachos libres, pero fundamentalmente porque durante las tardes no estaba previsto la realización de exámenes médicos y los pacientes estaban por ello más disponibles.

Todos los pacientes habían sido informados de que realizarían estas pruebas por el equipo médico, generalmente por una enfermera y habían firmado un documento autorizando la realización de las exploraciones médicas y psicológicas de este trabajo, que eran presentadas como de libre realización para el paciente.

Los pacientes estaban hospitalizados en la misma planta o en la inmediatamente inferior y en todos los casos se desplazaron a pie hasta el despacho (utilizando el ascensor cuando estaban en la otra planta) ya que todos ellos habían sido autorizados a andar antes de las sesiones diagnósticas. Todos estaban en condiciones de desplazarse hasta el despacho por si mismos.

El tiempo de hospitalización en estos casos de primer infarto, oscila entre 15 y 20 días. Este estudio se realizó en la mayoría de los casos entre el décimo y el veinteavo día de hospitalización. En la Tabla 7 resumimos estos datos.

Tabla 7

Tiempo transcurrido entre el infarto y el estudio psicológico

Días	Nº de sujetos
4 - 9	8
10-15	32
16-21	10

Para la primera entrevista eran avisados con antelación por las enfermeras, pero en el momento de la entrevista se les iba a buscar a su habitación. Dado que en ese período todavía guardaban cama, esta primera entrevista se hizo siempre con el paciente vestido con pijama y una bata, lo que sin duda condicionó la administración (en algunos casos era evidente el esfuerzo por aparecer elegantes en la segunda entrevista, tratando de compensar una imagen que les resultaba incómoda).

En esta primera entrevista se concertaba la fecha de la segunda, a los tres meses del alta. A esta segunda acudían directamente desde su domicilio.

Una vez finalizada la segunda administración del test, se daba información sobre aquellos datos de la primera administración de Rorschach y primera entrevista que se consideró podían ser útiles para el interesado.

La recogida de datos se realizó desde Marzo de 1985 a Enero de 1986. Como ayuda para la construcción del guión de entrevista y para familiarizarse con la administración del Rorschach en este contexto, se realizó un estudio piloto con 10 sujetos. Estos sujetos no fueron citados para la segunda administración.

Todas las entrevistas y administraciones de Rorschach fueron realizadas por la autora, así como la corrección de los protocolos. Se recurrió en el caso de algunas respuestas de dudosa clasificación a la consulta con otro rorschachista.

3. Análisis de datos.

Procederemos en primer lugar a la definición de las variables en los cinco apartados siguientes, en el sexto explicaremos brevemente el tratamiento estadístico y en el octavo daremos los resultados obtenidos y su interpretación.

3.1. Codificación de los valores de las variables.

Definiremos las variables de las distintas pruebas utilizadas por el orden en que fueron aplicadas: pruebas médicas, entrevistas y Rorschach. En el caso de las pruebas médicas y entrevistas haremos referencia a las realizadas durante la hospitalización y durante el seguimiento.

3.1.1. Datos médicos durante la hospitalización. Codificación de los valores de las variables médicas utilizadas.

Los resultados del diagnóstico inicial de infarto y las pruebas practicadas posteriormente se clasificaron en 21 variables que figuran en el Apéndice G. Estas variables se resumen en un índice de 5 factores de riesgo que son:

- . Creatinkinasa mb superior a 75
- . Angor y/o insuficiencia cardíaca intrahospitalaria
- . Prueba de esfuerzo positiva precoz
- . Enfermedad coronaria de tres vasos y/o del tronco común
- . Fracción de eyección inferior a 55

La presencia/ausencia de uno o varios de estos factores de riesgo, constituyen el índice pronóstico.

3.1.2. Datos médicos del seguimiento. Codificación de los valores de las variables.

Se clasificaron las complicaciones durante el primer año en 6 variables que figuran en el Apéndice G. Estas variables se resumen en un índice de 4 categorías:

- . Ausencia de síntomas
- . Complicaciones no severas (incluyen angor e insuficiencia cardíaca no severas)
- . Complicaciones severas (incluyen angor severo, cirugía, insuficiencia cardíaca severa y reinfarto)
- . Muerte

3.1.3. Datos de la primera entrevista. Codificación de los valores de las variables.

El criterio seguido en la cuantificación de los datos de la entrevista es semejante al recomendado por algunos autores (Paykel, 1983) para la cuantificación de "acontecimientos vitales". Defienden para estudios retrospectivos la valoración del clínico, teniendo en cuenta el contexto, para establecer si un determinado acontecimiento es más o menos estresante para un determinado individuo. Trataremos de distinguir entre la ocurrencia de un hecho, la valoración hecha por el sujeto y el juicio del psicólogo sobre el mismo.

Los datos de la entrevista agrupados según el Apéndice G se procedió a clasificarlos en 98 variables, algunas de las cuales han sido ya utilizadas en la definición de la muestra. Estas variables hacen referencia a los siguientes apartados:

Historia familiar
Relaciones familiares
Historia laboral
Situación laboral actual, características del trabajo
Situación económica
Consumo de tabaco y alcohol
Utilización del tiempo libre
Escolarización
Lugar de residencia y cambios en el mismo
Circunstancias que rodearon el infarto

Relación durante la entrevista
 Clasificación por el psicólogo de la presencia/ausencia
 de conflictos
 Factores que contribuyeron al infarto según los
 entrevistados
 Comprensión de la enfermedad
 Expectativas de futuro
 Expectativas de cumplimiento del tratamiento

Los criterios de clasificación de las 98
 variables figuran en el Apéndice G.

3.1.4. Datos de la segunda entrevista. Codificación de los valores de las variables.

Siguiendo el mismo criterio que para la primera entrevista se clasificó la información en 27 variables que hacen referencia a los siguientes apartados:

Cambios producidos por la enfermedad en:
 relaciones familiares
 relaciones con amigos
 relaciones sexuales
 trabajo
 Trastornos
 fatiga
 irritabilidad
 concentración y memoria
 síntomas cardíacos
 sueño
 Cumplimiento del tratamiento médico
 Planes de futuro
 Preocupación por su estado físico
 Pérdida de responsabilidad
 Comprensión de la enfermedad
 Aspectos positivos y negativos de la hospitalización

Los criterios de clasificación de las 27
 variables figuran en el Apéndice G.

3.1.5. Los protocolos Rorschach.

De la información que proporciona el Rorschach, nos hemos limitado a los datos del Resumen

Estructural, cuyo modelo presentamos en el Apéndice F (Exner, 1985).

3.2. Tratamiento estadístico.

Se procedió al siguiente tratamiento estadístico de los datos:

- a) Datos médicos
Estudio descriptivo: cálculo de frecuencias, porcentajes y porcentajes acumulados.
- b) Entrevistas
Estudio descriptivo: cálculo de frecuencias, porcentajes y porcentajes acumulados.
- c) Protocolos Rorschach
Cálculo de estadísticos descriptivos básicos. Análisis de componentes principales. Cluster de individuos y cálculo de estadísticos descriptivos básicos para el grupo más homogéneo.
- d) Evolución postinfarto y resultados en el Rorschach
Correlación de Pearson entre el diagnóstico médico, la evolución al año y algunas variables psicológicas. Análisis discriminante. ANOVA. Prueba de χ^2 .

El tratamiento estadístico de los datos se ha realizado básicamente utilizando el paquete informático SPSS. Para la obtención del Resumen Estructural del Rorschach se utilizó el programa RIAP y para la comparación entre nuestra muestra y los baremos el programa Ajust base.

3.3. Resultados.

Dada la diversidad de las pruebas utilizadas creemos conveniente agrupar los datos en función de ellas.

Presentaremos los resultados divididos en tres bloques y por este orden: datos médicos, entrevistas y Rorschach. Para cada uno de los bloques

distinguiremos entre los resultados obtenidos durante la hospitalización y los de seguimiento.

3.3.1. Análisis de los datos médicos durante la hospitalización, y al año.

En la Tabla 8 recogemos las frecuencias y porcentajes de las variables médicas consideradas durante la hospitalización, y en la Tabla 9 las del seguimiento al año.

Dados los objetivos de esta investigación estos datos no serán interpretados. Nos hemos limitado a utilizar la variable "factores de riesgo" y la variable "complicaciones durante el primer año" como índices del estado físico del paciente después de sufrir el infarto y a los cinco años. Queríamos señalar, sin embargo, que la mortalidad en esta muestra es muy baja, el 2%, mientras es del 10% en otras muestras con sujetos de cualquier edad, (Rozman, ed. 1982).

Tabla 8

Datos médicos durante la hospitalización

Variable	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
127 Infarto agudo de miocardio			
Sin datos	1	2.0	2.0
Anterior	22	44.0	46.0
Inferior	26	52.0	98.0
No transmural	1	2.0	100.0
128 Creatinquinasa m b			
Sin datos	1	2.0	2.0
< 75	21	42.0	44.0
> 75	28	56.0	100.0
129 Estreptoquinasa			
Sin datos	1	2.0	2.0
No administrada	40	80.0	82.0
Administrada	9	18.0	100.0
130 Insuficiencia cardíaca izquierda			
Sin datos	1	2.0	2.0
Ausencia	44	88.0	90.0
Presencia	5	10.0	100.0
131 Arritmias eléctricas iniciales			
Sin datos	1	2.0	2.0
Ausencia	46	92.0	46.0
Presencia	3	6.0	100.0
132 Arritmias iniciales			
Sin datos	1	2.0	2.0
Ausencia	22	44.0	46.0
Presencia	27	54.0	100.0
133 Angor inicial			
Sin datos	1	2.0	2.0
Ausencia	36	72.0	74.0
Presencia	13	26.0	100.0
134 Pericarditis			
Sin datos	1	2.0	2.0
Ausencia	39	78.0	80.0
Presencia	10	20.0	100.0
=====			
135 Prueba de esfuerzo subm.			
Sin datos	1	2.0	2.0
Negativa	13	26.0	28.0
Positiva	26	52.0	80.0
Positiva precoz	8	16.0	96.0
No realizada	2	4.0	100.0
136 Ventriculografía isotópica			
Sin datos	1	2.0	2.0
Normal	7	14.0	16.0
Anormal	42	84.0	100.0
137 Gammagrafía cardíaca con Talio 201. Nº de segmentos no afectados:			
Sin datos	1	2.0	2.0
0	5	10.0	12.0
5	1	2.0	14.0
6	1	2.0	16.0
7	5	10.0	26.0
8	2	4.0	30.0
9	8	16.0	46.0
10	4	8.0	54.0
11	8	16.0	70.0
12	3	6.0	76.0
13	3	6.0	82.0
14	6	12.0	94.0
15	3	6.0	100.0
139 Holter			
Sin datos	3	6.0	6.0
Ausencia aritmias	40	80.0	86.0
Presencia aritmias	6	12.0	98.0
Arritmias severas	1	2.0	100.0
140 Hemodinámica (Enfermedad coronaria)			
Sin datos	2	4.0	4.0
Ausencia	9	18.0	22.0
1 vaso	27	54.0	76.0
2 vasos	8	16.0	92.0
Tronco común	2	4.0	96.0
3 vasos	2	4.0	100.0
141 Fracción de eyección			
Sin datos	2	4.0	4.0
Normal	23	46.0	50.0
Inferior normal	25	50.0	100.0
142 Aneurisma			
Sin datos	2	4.0	4.0
Ausencia	34	68.0	72.0
Presencia	14	28.0	100.0
=====			
143 Factores de riesgo			
Sin datos	1	2.0	2.0
Ausencia	5	10.0	12.0
1 factor	19	38.0	50.0
2 factores	13	26.0	76.0
3 factores	10	20.0	96.0
4 factores	2	4.0	100.0

Nota: Se incluyen los porcentajes acumulados de todas las variables, aunque no todos hayan sido sometidos a análisis posterior.

Tabla 9

Datos médicos al año del infarto

Variable	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
144 Infarto agudo de miocardio			
No	49	98.0	98.0
Reinfarto	1	2.0	100.0
145 Angor			
Ausencia	28	56.0	56.0
Presencia	16	32.0	88.0
Severo	6	12.0	100.0
146 Tratamiento antianginoso			
No	30	60.0	60.0
Si	20	40.0	100.0
147 Muerte			
No	49	98.0	98.0
Si	1	2.0	100.0
148 Cirugía o angioplastia			
No	45	90.0	90.0
Angioplastia	2	4.0	94.0
Cirugía	3	6.0	100.0
149 Insuficiencia cardíaca			
Ausencia	36	72.0	72.0
Presencia	13	26.0	98.0
Severa	1	2.0	100.0
=====			
150 Complicaciones durante el primer año			
Asintomáticos	17	34.0	34.0
Compli. no severas	26	52.0	86.0
Compli. severas	6	12.0	98.0
Muerte	1	2.0	100.0

3.3.2. Análisis de la información obtenida en la primera entrevista.

Se calcularon las frecuencias, porcentajes y porcentajes acumulados de las 98 variables (Tabla 10). Algunos de estos datos han sido parcialmente utilizados en la definición de la muestra.

Tabla 10

Frecuencias y porcentajes de las variables de la primera entrevista

Variable	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
9 Estado civil			
Casado	43	86.0	86.0
Soltero	3	6.0	92.0
Viudo	2	4.0	96.0
Segundo m.	2	4.0	100.0
=====			
10 Personas con las que convive			
Pareja	4	8.0	8.0
Con hijos	42	84.0	92.0
Hijos, otros fami.	4	8.0	100.0
=====			
11 Muerte hijo o pareja			
No	45	90.0	90.0
Sí	5	10.0	100.0
=====			
Pareja			
12 Relación			
No se relacionan	4	8.0	8.0
Muy conflictiva	3	6.0	14.0
Conflictiva	5	10.0	24.0
Algo conflictiva	7	14.0	38.0
Normal	11	22.0	60.0
Buena	5	10.0	70.0
Muy buena	6	12.0	82.0
Excelente	9	18.0	100.0
13 Enfermedades			
Físicas	40	80.0	80.0
Psíquicas	7	14.0	94.0
Físicas y psiqui.	3	6.0	100.0
=====			
Hijos			
14 Número			
0	2	4.0	4.0
1	7	14.0	18.0
2	15	30.0	48.0
3	11	22.0	70.0
4	6	12.0	82.0
5	3	6.0	88.0
6	2	4.0	92.0
7	1	2.0	94.0
12	1	2.0	96.0
13	1	2.0	98.0
15	1	2.0	100.0
16 Relación			
No relación	2	4.0	4.0
Muy conflictiva	3	6.0	10.0
Conflictiva	3	6.0	16.0
Algo conflictiva	6	12.0	28.0
Normal	8	16.0	44.0
Buena	11	22.0	66.0
Muy buena	12	24.0	90.0
Excelente	5	10.0	100.0
17 Enfermedades			
No	41	82.0	82.0
Sí	9	18.0	100.0
=====			
18 Transtornos psíquicos padres			
No	46	92.0	92.0
Sí	4	8.0	100.0
=====			
Hermanos			
19 Vivos			
0	1	2.0	2.0
1	6	12.0	14.0
2	13	26.0	40.0
3	10	20.0	60.0
4	7	14.0	74.0
5	4	8.0	82.0
6	6	12.0	94.0
7	1	2.0	96.0
8	2	4.0	100.0
20 Muertos			
0	29	58.0	58.0
1	11	22.0	80.0
2	6	12.0	92.0
3	3	6.0	98.0
9	1	2.0	100.0
21 Posición entre hermanos			
1	9	18.0	18.0
2	13	26.0	44.0
3	11	22.0	66.0
4	8	16.0	82.0
5	6	12.0	94.0
6	1	2.0	96.0
8	1	2.0	98.0
9	1	2.0	100.0
=====			
22 Familiares fallecidos en los 2 últimos años			
2	11	22.0	100.0
=====			

23 Conflictos familiares graves			
No	43	86.0	86.0
Sí	7	14.0	100.0

24 Trabajo actual			
Empresario	5	10.0	10.0
Personal intermedio	3	6.0	16.0
Obrero industrial	14	28.0	44.0
Independiente	6	12.0	56.0
Sus labores	4	8.0	64.0
Jubilados	5	10.0	74.0
Paro, eco. sumergi.	9	18.0	92.0
Baja por enfermedad	4	8.0	100.0
Características			
25 Monotonía			
Mucho	6	12.0	12.0
Moderado	13	26.0	38.0
Alguno	14	28.0	66.0
Poco	12	24.0	90.0
Nada	5	10.0	100.0
26 Esfuerzo físico			
Mucho	3	6.0	6.0
Moderado	14	28.0	34.0
Alguno	9	18.0	52.0
Poco	17	34.0	86.0
Nada	7	14.0	100.0
27 Control tiempo			
Mucho	10	20.0	20.0
Moderado	10	20.0	40.0
Alguno	11	22.0	62.0
Poco	15	30.0	92.0
Nada	4	8.0	100.0
28 Autonomía			
Mucha	11	22.0	22.0
Moderada	8	16.0	38.0
Alguna	6	12.0	50.0
Poca	15	30.0	80.0
Nada	10	20.0	100.0
29 Horas de trabajo			
6	1	2.0	2.0
8	35	70.0	72.0
9	2	4.0	76.0
10	4	8.0	84.0
12	4	8.0	92.0
13	1	2.0	94.0
14	2	4.0	98.0
15	1	2.0	100.0
31 N° de años en este trabajo			
0	4	8.0	8.0
1	7	14.0	22.0
2	2	4.0	26.0
3	2	4.0	30.0
5	2	4.0	34.0
6	2	4.0	38.0
7	2	4.0	42.0
8	4	8.0	50.0
9	1	2.0	52.0
10	1	2.0	54.0
11	1	2.0	56.0
12	2	4.0	60.0
13	2	4.0	64.0
15	4	8.0	72.0
17	3	6.0	78.0
18	1	2.0	80.0
19	1	2.0	82.0
21	1	2.0	84.0
Gratificaciones			
33 Económicas			
No	32	64.0	64.0
Sí	18	36.0	100.0
34 Prestigio			
No	41	82.0	82.0
Sí	9	18.0	100.0
35 Interés profesional			
No	38	76.0	76.0
Sí	12	24.0	100.0
36 Seguridad			
No	40	80.0	80.0
Sí	10	20.0	100.0
37 Relación compañeros			
No	40	80.0	80.0
Sí	10	20.0	100.0
38 Relación superiores			
No	44	88.0	88.0
Sí	6	12.0	100.0
39 Relación subordinados			
No	46	92.0	92.0
Sí	4	8.0	100.0
40 "Trabajo adicción"			
No	45	90.0	90.0
Sí	5	10.0	100.0
Aspectos negativos			
41 Cansancio			
No	31	62.0	62.0
Sí	19	38.0	100.0
42 Tensión			
No	31	62.0	62.0
Sí	19	38.0	100.0

43 Falta de interés			
No	39	78.0	78.0
Sí	11	22.0	100.0
44 Falta de valoración			
No	46	92.0	92.0
Sí	4	8.0	100.0
45 Inseguridad			
No	35	70.0	70.0
Sí	15	30.0	100.0
46 Desacuerdo			
No	42	84.0	84.0
Sí	8	16.0	100.0
47 Edad del primer trabajo			
0	3	6.0	6.0
6	2	4.0	10.0
7	1	2.0	12.0
8	1	2.0	14.0
9	3	6.0	20.0
10	4	8.0	28.0
11	3	6.0	34.0
12	9	18.0	52.0
13	5	10.0	62.0
14	9	18.0	80.0
15	4	8.0	88.0
16	3	6.0	94.0
20	2	4.0	98.0
21	1	2.0	100.0
49 N° de puestos de trabajo ocupados			
0	3	6.0	6.0
2	4	8.0	14.0
3	7	14.0	28.0
4	14	28.0	56.0
5	10	20.0	76.0
6	5	10.0	86.0
7	4	8.0	94.0
8	1	2.0	96.0
10	2	4.0	100.0
51 Han supuesto			
Ascenso	20	40.0	40.0
Igual	10	20.0	60.0
Ascensos/descensos	13	26.0	86.0
Descenso	7	14.0	100.0
52 Esfuerzo físico			
No	21	42.0	42.0
Sí (de 5 a 10 años)	4	8.0	50.0
Sí (más de 10 años)	25	50.0	100.0
53 Control del tiempo			
No	35	70.0	70.0
Sí (de 1 a 10 años)	4	8.0	78.0
Sí (más de 10 años)	11	22.0	100.0
54 Crisis laboral			
No	32	64.0	64.0
Sí (últimos 2 años)	4	8.0	72.0
Sí (hace más de 2 años)	14	28.8	100.0
=====			
55 Situación económica a juicio del sujeto			
Muy buena	3	6.0	6.0
Buena	5	10.0	16.0
Normal	30	60.0	76.0
Algunas dificul.	9	18.0	94.0
Muchas dificultades	3	6.0	100.0
=====			
Consumo de tabaco			
56 N° de años que ha fumado			
0	6	12.0	12.0
5 - 10	3	6.0	18.0
20 - 25	5	10.0	28.0
26 - 30	5	10.0	38.0
31 - 35	9	18.0	56.0
36 - 40	8	16.0	72.0
41 - 45	8	16.0	88.0
+ 45	6	12.0	100.0
57 N° de cigarrillos al día			
0	7	14.0	14.0
1 - 5	1	2.0	16.0
6 - 10	4	8.0	24.0
11 - 20	13	26.0	50.0
21 - 30	6	12.0	62.0
31 - 40	10	20.0	82.0
41 - 50	4	8.0	90.0
51 - 60	3	6.0	96.0
+ 61	2	4.0	100.0
58 Fuma actualmente			
No	13	26.0	26.0
Sí	37	74.0	100.0
=====			
Consumo de alcohol			
59 Gramos de alcohol por día			
0	15	30.0	30.0
1 - 19	3	6.0	36.0
20 - 39	4	8.0	44.0
40 - 79	9	18.0	62.0
80 - 119	6	12.0	74.0
120 - 159	6	12.0	86.0
160 - 200	4	8.0	94.0
+ 200	1	2.0	96.0
Ex-alcohólico	2	4.0	100.0
=====			

Ocio y tiempo libre			
60 Televisión			
No	37	74.0	74.0
Sí	13	26.0	100.0
61 Lectura			
No	38	76.0	76.0
Sí	12	24.0	100.0
62 Pasear			
No	37	74.0	74.0
Sí	13	26.0	100.0
63 Reuniones amigos			
No	37	74.0	74.0
Sí	13	26.0	100.0
64 Reuniones familiares			
No	37	74.0	74.0
Sí	13	26.0	100.0
65 Bares			
No	39	78.0	78.0
Sí	11	22.0	100.0
66 Viajar			
No	47	94.0	94.0
Sí	3	6.0	100.0
67 Práctica de deportes			
No	38	76.0	76.0
Sí	9	18.0	94.0
Antes sí, ahora no	3	6.0	100.0
68 Espectador de deportes			
No	45	90.0	90.0
Sí	5	10.0	100.0
69 Huerto			
No	38	76.0	76.0
Sí	12	24.0	100.0
70 Casa			
No	45	90.0	90.0
Sí	5	10.0	100.0
=====			
71 Estudios realizados			
Sin escolarizar	5	10.0	10.0
Leer y escribir	3	6.0	16.0
Enseñanza 1ª incomp.	25	50.0	66.0
F. Profesional	14	28.0	94.0
Media y superior	3	6.0	100.0
72 Nivel cultural estimado			
Analfabeto	16	32.0	32.0
Bajo	17	34.0	66.0
Medio-bajo	6	12.0	78.0
Medio	8	16.0	94.0
Medio-alto	3	6.0	100.0
=====			
Residencia			
73 Lugar de nacimiento y cambios			
Rural siempre	6	12.0	12.0
Urbano siempre	13	26.0	38.0
Cambio (a urbano)	31	62.0	100.0
74 Nº de cambios de domicilio			
0	3	6.0	6.0
2	15	30.0	36.0
3	16	32.0	68.0
4	5	10.0	78.0
5	7	14.0	92.0
6	2	4.0	96.0
7	1	2.0	98.0
8	1	2.0	100.0
75 Cambio de región o país			
No cambio	8	16.0	16.0
Cambio región	38	76.0	88.0
Cambio país	4	8.0	100.0
=====			
76 Tratamientos psicológicos o psiquiátricos antes del infarto			
No	41	82.0	82.0
Tratado	3	6.0	88.0
Evidencia	6	12.0	100.0
=====			
Circunstancias que rodearon el infarto			
77 Lugar donde ocurrió el infarto			
Por la calle	6	12.0	12.0
En casa despierto	16	32.0	44.0
En casa (cama)	9	18.0	62.0
En el trabajo	3	6.0	68.0
En consulta médica	3	6.0	74.0
Después de esfuerzo	5	10.0	84.0
Después de discusión	8	16.0	100.0
78 Intensidad del dolor			
Casi inexistente	17	34.0	34.0
Ligero malestar	17	34.0	68.0
Fuerte	16	32.0	100.0
79 Tipo de dolor			
Opresión pectoral	42	84.0	84.0
Otros	8	16.0	100.0
80 Localización del dolor			
Pecho	46	92.0	92.0
Otros	4	8.0	100.0
81 Sentimiento de gravedad y/o muerte			
No gravedad	7	14.0	14.0
Grave	18	36.0	50.0
Experiencia muerte	19	38.0	88.0
Gravedad inducida	6	12.0	100.0
=====			

82 Descriptores relacionales durante el diagnóstico			
Desconfianza	5	10.0	10.0
Agresividad	4	8.0	18.0
Involucración adecuada	19	38.0	56.0
Depresión	9	18.0	74.0
Seducción	5	10.0	84.0
Confusión	4	8.0	92.0
Superficial, detallis.	4	8.0	100.0
=====			
Situaciones conflictivas a juicio del psicólogo			
83 Graves privaciones materiales (infancia)			
No	36	72.0	72.0
Sí	14	28.0	100.0
84 Graves privaciones afectivas (infancia)			
No	32	64.0	64.0
Sí	18	36.0	100.0
85 Guerras, prisiones			
No	47	94.0	94.0
Sí	3	6.0	100.0
86 Problemas de pareja			
No	43	86.0	86.0
Sí	7	14.0	100.0
87 Problemas con otros familiares			
No	31	62.0	62.0
Sí	19	38.0	100.0
88 Muerte reciente de algún familiar (Padre, madre, pareja, hijos)			
No	37	74.0	74.0
0 - 2 años	5	10.0	84.0
2 - 5 años	8	16.0	100.0
89 Conflictos laborales			
No	19	38.0	38.0
Ultimos 2 años	7	14.0	52.0
Ultimos 5 años	6	12.0	64.0
Ultimos 10 años	7	14.0	78.0
Sí	11	22.0	100.0
=====			
90 Conciencia de conflicto			
No	21	42.0	42.0
Sí	29	58.0	100.0
=====			
Factores valorados por el paciente como causantes o contribuyentes al infarto			
91 Tabaquismo			
No	38	76.0	76.0
Sí	12	24.0	100.0
92 Conflictos familiares			
No	44	88.0	88.0
Sí	6	12.0	100.0
93 Crisis laborales y económicas			
No	31	62.0	62.0
Sí	19	38.0	100.0
94 Muerte de familiares y amigos			
No	45	90.0	90.0
Sí	5	10.0	100.0
95 Características de personalidad			
No	44	88.0	88.0
Sí	6	12.0	100.0
=====			
96 Comprensión de la enfermedad			
No	12	24.0	24.0
Sí	38	76.0	100.0
=====			
97 Expectativas de futuro			
Temor a la muerte	8	16.0	16.0
Incap. física	4	8.0	24.0
Incap. laboral	4	8.0	32.0
Temor enfermedad	6	12.0	44.0
Recuperación total	9	18.0	62.0
Adaptativo	7	14.0	76.0
Beneficios 2º	9	18.0	94.0
Depresión	3	6.0	100.0
=====			
98 Expectativas de cumplir tratamiento			
Buenas	39	78.0	78.0
Costará esfuerzo	4	8.0	86.0
No seguirá trat.	4	8.0	94.0
Auto prescripción	3	6.0	100.0

Nota: Se incluyen los porcentajes acumulados de todas las variables, aunque no todos hayan sido sometidos a análisis posterior.

La mayoría de sujetos se mostró muy colaborador durante la entrevista y gratamente sorprendido de que en un hospital público dedicaran tanta atención a su pasado personal. Hemos descrito el tipo de vínculo que trataron de establecer, que en ningún caso creemos afectara la objetividad de la información, más allá de lo esperable en cualquier entrevista clínica.

La situación familiar de estos sujetos no es muy satisfactoria. Un 38% tiene conflictos más o menos graves de relación con su pareja y un 28% con los hijos. Un 20% de las parejas y un 18% de los hijos tienen graves problemas de salud. Un 22% ha sufrido la muerte de un familiar próximo en los últimos 2 años.

Las características del puesto de trabajo fueron ya comentadas en la descripción de la muestra. En cuanto a las gratificaciones, si exceptuamos las económicas, no parecen obtener grandes satisfacciones de su trabajo. Sólo alrededor de un 20% reconoce estar interesado, obtener reconocimiento, seguridad o mantener buenas relaciones laborales. El número de "laboradictos" es más bajo que el descrito en otros trabajos (10%) y corresponde a las personas de más alto nivel socio-cultural.

Los aspectos problemáticos del trabajo más frecuentemente nombrados son el cansancio y la tensión (38%), seguido por inseguridad (30%) y falta de interés (22%). Quizás uno de los aspectos más problemáticos es la temprana edad a la que comenzaron a trabajar la mayoría (un 80% antes de los 14 años), hecho por otra parte común en la España de la postguerra.

A pesar de que muchos han sufrido crisis laborales importantes, un 76% considera que su situación económica es buena o normal.

El consumo de tabaco es muy frecuente en esta muestra, confirmando uno de los factores de riesgo clásicos. También lo es el consumo de alcohol, un elevado porcentaje tiene problemas de alcoholismo.

En cuanto al uso del tiempo libre un 24% practican o han practicado deportes y un porcentaje semejante acostumbra a pasear o cuidar un huerto o jardín. El resto de aficiones son sedentarias: leer, ver la TV, reunirse con amigos o familiares, ir de bares, en un porcentaje próximo al 25%.

Los cambios de residencia son muy frecuentes: un 84% cambió de región o país y un 62% pasó de un medio rural a uno urbano.

En cuanto a los antecedentes patológicos un 18% habían recibido tratamiento o presentaban claras evidencias de haber sufrido trastornos psíquicos importantes. Un 8% de los padres de estos pacientes sufrieron trastornos psicóticos.

Un tercio de los sujetos no experimentaron apenas dolor durante el ataque, otro tercio tuvo un dolor poco intenso y el tercero experimentó un dolor agudo. En su mayoría describen el dolor como opresión pectoral. Como se ha observado en muchos trabajos, el ataque se presenta a menudo sin señales previas y ésta es una de las causas de mortalidad (Price, 1982).

En la mayoría de los casos no hubo un desencadenante inmediato, pero un 16% sufrió el ataque después de una discusión y un 10% tras un esfuerzo físico.

Sobre las posibles causas del ataque, 48 sujetos reconocen alguna, siendo las más frecuentemente nombradas distintas formas de conflicto o preocupación (36 sujetos, 60%), seguidas por el tabaco (12 sujetos, 24%) y su personalidad (6 sujetos, 12%). Estos datos, confirman estudios anteriores con sujetos sanos (Price, 1982) o que han sufrido un ataque (Byrne y White, 1978; Rahe, Ward y Hayes, 1979) mostrando que, a pesar de la propaganda hecha en los últimos años sobre la importancia de factores como la dieta, el tabaquismo o la vida sedentaria, y del escaso eco que tiene para el gran público los factores psicógenos, estos son considerados como el primer factor de riesgo. Probablemente habría que considerar aquí una larga tradición popular que localiza las emociones en el corazón y que tiene poco que ver con el conocimiento de la investigación en este campo.

Un número considerable de pacientes (24%) tienen ideas muy alejadas de la realidad sobre la enfermedad, a pesar de las explicaciones dadas por el personal médico. Algunos pacientes consideran el infarto como una infección ("bichitos que te comen por dentro") o como un proceso cancerígeno. La mala comprensión acostumbra a ir asociada a un bajo nivel cultural.

Pocos pacientes tienen unas expectativas de futuro adecuadas a la gravedad de la situación (14%). La mayoría ve su futuro con pesimismo, aduciendo diferentes motivos (50%), una minoría cree en una imposible recuperación total (18%) y algunos piensan obtener beneficios secundarios de la enfermedad como jubilaciones anticipadas, mejor atención familiar etc. (18%).

Las expectativas de cumplir el tratamiento son elevadas durante la hospitalización, pero lo sorprendente es que algunos pacientes (6%) piensen directamente en no cumplirlo o en autoprescribirse.

Según la apreciación del diagnosticador, un tercio de la muestra ha vivido situaciones altamente conflictivas durante su infancia. Un 62% ha tenido conflictos laborales graves. El número de conflictos de pareja o con otros familiares es también elevado, 52%. Un 26% han sufrido la pérdida de un familiar próximo en los últimos 5 años. No disponemos de datos con los que comparar estos porcentajes, pero parecen superiores a los esperables en la población general.

3.3.3. Análisis de la información obtenida en la segunda entrevista.

Presentamos en la Tabla 11 las frecuencias porcentajes y porcentajes acumulados de las 28 variables analizadas en la segunda entrevista.

Tabla 11

Frecuencias y porcentajes de las variables de la segunda entrevista

Variable	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Cambios			
99 Pareja			
Sin cambios	11	22.0	22.0
Más cuidados	13	26.0	48.0
Más peleas	2	4.0	52.0
Cuida. excesivos	5	10.0	62.0
Más reproches	3	6.0	68.0
Sin pareja	2	4.0	72.0
No asisten ^a	14	28.0	100.0
100 Hijos			
Sin cambios	13	26.0	26.0
Más cuidados	13	26.0	52.0
Cuida. excesivos	6	12.0	64.0
Más reproches	4	8.0	72.0
No asisten	14	28.0	100.0
101 Amigos			
Sin cambios	30	60.0	60.0
Lo visitan	2	4.0	64.0
Más cuidados	4	8.0	72.0
No asisten	14	28.0	100.0
102 Relaciones sexuales			
No reanudada	7	14.0	14.0
Reanuda. desp. plazo	15	30.0	44.0
Reanuda. antes plazo	12	24.0	68.0
Sin pareja	2	4.0	72.0
No asisten	14	28.0	100.0
103 Miedo en las relaciones sexuales			
No	26	52.0	52.0
Repetir ataque	6	12.0	64.0
Opinión pareja	4	8.0	72.0
No asisten	14	28.0	100.0
104 Transtornos en la relación sexual			
Ninguna	27	54.0	54.0
Impotencia	2	4.0	58.0
Falta interés	3	6.0	64.0
Cansancio	4	8.0	72.0
No asisten	14	28.0	100.0
=====			
Cumplimiento del consejo médico			
105 Tabaquismo			
No fumaba	12	24.0	24.0
Fuma algo	1	2.0	26.0
No fuma con esfuer.	17	34.0	60.0
No fuma sin esfuer.	6	12.0	72.0
No asisten	14	28.0	100.0
106 Alcohol			
No bebía	15	30.0	30.0
Disminución consumo	9	18.0	48.0
No dismi. tolerado	12	24.0	72.0
No asisten	14	28.0	100.0
107 Andar			
No recomendaron	4	8.0	8.0
Anda lo recomen.	21	42.0	52.0
Anda menos de lo reco.	8	16.0	68.0
No cumple	3	6.0	72.0
No asisten	14	28.0	100.0
108 Tratamiento farmacológico			
No recomendaron	15	30.0	30.0
Cumple	18	36.0	66.0
No cumple	3	6.0	72.0
No asisten	14	28.0	100.0
109 Evitar tensiones			
No recomendaron	30	60.0	60.0
Evita situa. tensas	3	6.0	66.0
No control sit. tensas	3	6.0	72.0
No asisten	14	28.0	100.0
110 Dieta			
Ya lo hacía	5	10.0	10.0
Lo cumple	28	56.0	66.0
Lo cumple a medias	3	6.0	72.0
No asisten	14	28.0	100.0
111 Descanso			
No lo recomendaron	32	64.0	64.0
Descansa	2	4.0	68.0
No descansa	2	4.0	72.0
No asisten	14	28.0	100.0
112 Evitar esfuerzo físico			
No lo recomendaron	22	44.0	44.0
Evita esfuerzos	14	28.0	72.0
No asisten	14	28.0	100.0
=====			
113 Reinicio del trabajo			
Sí, a los 3 meses	6	12.0	12.0
Sí, forzo el alta	8	16.0	28.0
No piensa trabajar	6	12.0	40.0
No trabajaba antes	4	8.0	48.0
Sigue de baja	12	24.0	72.0
No asisten	14	28.0	100.0

114	Cambios en el trabajo			
	Sin cambios	23	46.0	46.0
	Mismo trabajo	8	16.0	62.0
	Cambio actividad	5	10.0	72.0
	No asisten	14	28.0	100.0
=====				
115	Planes de futuro			
	Los mismos	12	24.0	24.0
	Jubilarse antes	8	16.0	40.0
	Vida más sosegada	4	8.0	48.0
	Querer cambiar	2	4.0	52.0
	Miedo al despido	5	10.0	62.0
	Cambio de trabajo	5	10.0	72.0
	No asisten	14	28.0	100.0
=====				
116	Fatiga			
	No, igual que antes	5	10.0	10.0
	Sí, igual que antes	2	4.0	14.0
	Sí, más que antes	24	48.0	62.0
	Menos que antes	5	10.0	72.0
	No asisten	14	28.0	100.0
117	Irritabilidad			
	No	11	22.0	22.0
	Igual que antes	5	10.0	32.0
	Más que antes (él)	13	26.0	58.0
	Más que antes (ellos)	3	6.0	64.0
	Mejor que antes	4	8.0	72.0
	No asisten	14	28.0	100.0
118	Concentración y memoria			
	No problemas	19	38.0	38.0
	Igual que antes	12	24.0	62.0
	Más que antes	5	10.0	72.0
	No asisten	14	28.0	100.0
119	Síntomas (pinchazos, opresión)			
	Asintomático	17	34.0	34.0
	Algunos síntomas	11	22.0	56.0
	Frecuen. molestias	4	8.0	64.0
	Reingreso	4	8.0	72.0
	No asisten	14	28.0	100.0
120	Sueño			
	Sin problemas	29	58.0	58.0
	Insomnio	5	10.0	68.0
	Preocupaciones	2	4.0	72.0
	No asisten	14	28.0	100.0
121	Preocupación por su salud			
	No	10	20.0	20.0
	Sí	26	52.0	72.0
	No asisten	14	28.0	100.0
122	Pérdida de responsabilidad			
	No	23	46.0	46.0
	Sí, en familia	7	14.0	60.0
	Sí, en el trabajo	3	6.0	66.0
	Sí, fami. trabajo	3	6.0	72.0
	No asisten	14	28.0	100.0
=====				
123	Conflictos/reacciones negativas a los tres meses			
	0	3	6.0	6.0
	1	5	10.0	16.0
	2	11	22.0	38.0
	3	5	10.0	48.0
	4	5	10.0	58.0
	5	4	8.0	66.0
	6	2	4.0	70.0
	7	1	2.0	72.0
	No asisten	14	28.0	100.0
=====				
Como recuerda la hospitalización				
124	Aspectos positivos			
	Excelente	8	16.0	16.0
	Bueno	6	12.0	28.0
	Buen trato	17	34.0	62.0
	Buena profesion.	5	10.0	72.0
	No asisten	14	28.0	100.0
125	Aspectos negativos			
	Ninguno	22	44.0	44.0
	Comida	4	8.0	52.0
	Fallo personal aux.	4	8.0	60.0
	Condiciones físicas	3	6.0	66.0
	Miedo pruebas	3	6.0	72.0
	No asisten	14	28.0	100.0
=====				
126	Cómo entiende la enfermedad			
	Lo comprende	24	48.0	48.0
	No lo comprende	12	24.0	72.0
	No asisten	14	28.0	100.0

Nota: Se incluyen los porcentajes acumulados de todas las variables, aunque no todos hayan sido sometidos a análisis posterior.

ª Corresponde a los 14 sujetos que por diversos motivos no acudieron a la segunda entrevista.

Se han producido cambios importantes en las relaciones familiares a consecuencia del ataque. Aproximadamente un tercio de los sujetos que acuden a la segunda entrevista afirman recibir más cuidados de su familia, cuidados que consideran adecuados a su estado físico. Otro tercio se queja, en cambio, de no ser atendido adecuadamente o de ser sobreprotegido y tratado como un inválido cuando el/ella no se considera como tal.

Un 54% ha reanudado las relaciones sexuales (de ellos un 30% no respetaron el plazo recomendado por el médico). De los 36 sujetos entrevistados, 15 presentan algún problema sexual desarrollado a raíz del infarto: miedo a repetir el infarto durante el coito, falta de interés, cansancio o impotencia.

Un alto porcentaje dice cumplir las recomendaciones del médico. Todos los fumadores menos uno dejaron de fumar y el consumo de alcohol fue el recomendado. Solamente 3 sujetos admiten no seguir la dieta, el tratamiento farmacológico o evitar la tensión. Un número más elevado no cumple con las recomendaciones de ejercicio y descanso; 11 sujetos no andan los kilómetros prescritos al día y 2 no descansan las horas recomendadas. Creemos que algunos datos pueden estar falseados, especialmente los referentes al consumo de alcohol y tabaco. Un paciente admitió que incluso durante la hospitalización, algunos pacientes recogían colillas de los ceniceros y se encerraban en los lavabos para fumar, rehuyendo la estricta vigilancia del personal médico y de los familiares.

Los datos sobre la reincorporación al trabajo están sesgados por el hecho de que, en contra de lo previsto, 12 sujetos seguían de baja a los tres meses. Únicamente 14 sujetos habían vuelto a trabajar, algunos forzando el alta. Algunos pensaban aprovechar la enfermedad para jubilarse, aunque el médico no les hubiese recomendado dejar de trabajar y creemos que alguno de los que seguían de baja estaban programando la jubilación. Solamente 12 sujetos piensan seguir con su trabajo anterior, para el resto el infarto ha supuesto un cambio en sus futuros planes laborales (jubilación anticipada, cambio de puesto de trabajo, miedo al despido como consecuencia de la enfermedad etc.). Creen haber perdido responsabilidades en la familia y/o trabajo 13 casos.

Además de los 19 casos que sufren angor o insuficiencia cardíaca, muchos sujetos sufren molestias físicas como consecuencia del ataque, siendo las más frecuentes fatiga (24 casos), irritabilidad (14 casos), trastornos del sueño (7 casos) y pérdida de capacidad de concentración y memoria (5 casos). La preocupación acusada por su salud es frecuente (26 casos).

Mayou, Williamson y Foster (1978) afirman que a los dos meses del infarto hay un considerable monto de incapacidades que afectan a diferentes áreas, y no sólo a la laboral, como parecen presuponer muchos estudios que se limitan a observar este dato como indicativo de readaptación social general. Aproximadamente un tercio están innecesariamente angustiados o incapacitados. Curiosamente la reincorporación al trabajo no correlaciona con las otras variables analizadas por los autores, de ahí la necesidad de evaluar las otras áreas del comportamiento no relacionadas con la función cardíaca ni con el cumplimiento del tratamiento médico. Esta evaluación contrasta con ciertas apreciaciones médicas, más optimistas sobre la recuperación de estos pacientes. Nuestros datos confirmarían los de estos autores, pero además en este grupo el número de sujetos que probablemente no volverán a trabajar es muy elevado comparado con otros estudios (el 50% en el estudio de Nagle, Gangola y Picton-Robinson, 1971).

La mayoría de sujetos tiene un excelente recuerdo de la hospitalización, tanto de la atención médica como personal. A menudo describen con frases elogiosas a los profesionales que los cuidaron, hacia las que muestran un gran agradecimiento. Nuestros datos confirman los de otros autores (Byrne y Whyte, 1978) sobre la confianza en los médicos de estos pacientes. Cleveland y Johnson, (1962) afirman que los pacientes coronarios "interpretan la conducta del médico de la forma más favorable posible, lo eximen de críticas y despliegan una gran fe en sus conocimientos, sabiduría e infalibilidad" (p. 608). Creemos, sin embargo, que en nuestro caso hay un factor añadido. Los pacientes parecen percatarse de que la atención prestada por este Servicio es superior a la de otros centros, tal como lo confirma la baja tasa de mortalidad (2% durante el primer año).

3.3.4. Análisis de los resultados del primer Rorschach.

No hemos creído necesario incluir los datos del resumen estructural de cada sujeto, limitándonos a presentar los valores de cada variable para todo el grupo.

3.3.4.1. Estadísticos descriptivos de la primera administración de Rorschach y comparación con los datos normativos.

Presentamos en la Tabla 12 los datos básicos de las variables del resumen estructural de la primera administración Rorschach y en la Tabla 13 las frecuencias y porcentajes referentes a la direccionalidad de 31 variables críticas en el primer Rorschach, siguiendo el mismo formato utilizado por Exner (1985) para los datos normativos.

Tabla 12

Estadísticos descriptivos para la muestra de 50 sujetos de la primera administración del Rorschach

Variable	Min	Max	Fre	\bar{x}	σ	Md	Moda	Skew	Kurt
R	10.00	42.00	50	15.60	5.89	14.00	11.00	13.57	6.75
W	0.00	12.00	49	5.54	2.80	5.00	3.00	1.32	-0.64
Wv	0.00	7.00	26	1.04	1.41	1.00	0.00	2.66	4.48
D	0.00	29.00	49	5.82	5.28	4.00	3.00	10.71	5.49
Dd	0.00	14.00	45	4.24	3.19	3.00	3.00	2.91	0.61
S	0.00	7.00	40	1.68	1.49	1.00	1.00	1.78	1.62
DQ+	0.00	12.00	45	3.12	2.36	3.00	2.00	2.87	2.32
DQv/+	0.00	3.00	18	0.56	0.88	0.00	0.00	1.30	1.16
DQo	0.00	32.00	49	9.46	5.27	8.50	7.00	8.52	4.93
DQv	0.00	10.00	42	2.46	2.20	2.00	1.00	2.60	1.24
FQx+	0.00	4.00	3	0.12	0.59	0.00	0.00	3.39	33.64
FQxo	0.00	19.00	49	7.46	4.14	6.50	6.00	3.62	0.64
FQxu	0.00	13.00	45	2.98	2.76	2.00	2.00	5.53	4.64
FQx-	0.00	10.00	46	4.44	2.64	4.00	3.00	0.75	-0.56
FQx (ausente)	0.00	6.00	18	0.60	1.09	0.00	0.00	3.02	9.95
FQ+	0.00	1.00	1	0.02	0.14	0.00	0.00	0.94	43.12
FQo	0.00	13.00	48	3.94	2.85	3.00	3.00	3.60	1.39
FQu	0.00	13.00	34	1.58	2.27	1.00	0.00	7.00	11.53
FQ-	0.00	10.00	39	2.90	2.64	2.00	0.00	2.17	-0.14
MQ+	0.00	3.00	3	0.10	0.46	0.00	0.00	2.41	28.38
MQo	0.00	5.00	29	0.98	1.12	1.00	0.00	1.39	1.59
MQu	0.00	2.00	8	0.18	0.44	0.00	0.00	1.10	4.74
MQ-	0.00	2.00	11	0.24	0.48	0.00	0.00	0.82	2.07
MQ (ausente)	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
M	0.00	10.00	34	1.50	1.74	1.00	0.00	4.24	9.04
FM	0.00	7.00	43	2.02	1.72	2.00	1.00	2.10	1.14
mv	0.00	4.00	27	0.94	1.15	1.00	0.00	1.31	0.30
FC	0.00	4.00	24	0.74	0.99	0.00	0.00	1.38	1.43
CF	0.00	3.00	22	0.64	0.88	0.00	0.00	1.12	0.81
C + Cn	0.00	5.00	17	0.54	0.97	0.00	0.00	2.36	7.11
Sum C	0.00	7.00	37	1.92	1.74	2.00	0.00	1.40	0.10
WGTD Sum C	0.00	7.50	37	1.73	1.68	1.50	0.00	1.76	1.03
Sum C'	0.00	5.00	21	0.88	1.29	0.00	0.00	1.80	1.12
Sum T	0.00	3.00	12	0.36	0.75	0.00	0.00	1.64	4.20
Sum V	0.00	4.00	19	0.56	0.88	0.00	0.00	1.61	3.42
Sum Y	0.00	4.00	21	0.74	1.08	0.00	0.00	1.58	1.37
Sum SHAD	0.00	12.00	37	2.54	2.51	2.00	0.00	3.58	2.66
Fr + rF	0.00	1.00	3	0.06	0.24	0.00	0.00	0.86	11.15
FD	0.00	2.00	11	0.24	0.48	0.00	0.00	0.82	2.07
F	0.00	30.00	49	8.44	5.03	7.50	6.00	8.44	4.94
(2)	0.00	17.00	48	4.80	3.31	4.00	2.00	4.37	2.28
H (primarios)	0.00	7.00	35	1.02	1.19	1.00	1.00	3.37	11.07
H (prim. y sec.)	0.00	7.00	35	1.06	1.25	1.00	1.00	3.23	8.64
H)	0.00	3.00	15	0.40	0.70	0.00	0.00	1.22	2.64
Hd	0.00	6.00	28	0.96	1.23	1.00	0.00	2.32	4.43
(Hd)	0.00	2.00	4	0.10	0.36	0.00	0.00	1.36	14.05
A	0.00	13.00	49	5.20	2.99	4.50	3.00	2.35	-0.09
(A)	0.00	2.00	7	0.16	0.42	0.00	0.00	1.08	6.14
Ad	0.00	5.00	33	1.42	1.42	1.00	0.00	1.03	-0.57
(Ad)	0.00	1.00	3	0.06	0.24	0.00	0.00	0.86	11.15
Ab	0.00	2.00	3	0.08	0.34	0.00	0.00	1.49	19.36
Al	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
An	0.00	10.00	33	2.08	2.32	1.00	0.00	2.88	1.22

Art	0.00	6.00	28	1.28	1.59	1.00	0.00	2.03	0.81
Ay	0.00	1.00	6	0.12	0.33	0.00	0.00	0.74	3.21
Bl	0.00	2.00	13	0.34	0.63	0.00	0.00	0.99	1.23
Bt	0.00	9.00	33	1.36	1.56	1.00	0.00	3.65	8.87
Cg	0.00	4.00	16	0.52	0.91	0.00	0.00	1.69	3.20
Cl	0.00	2.00	16	0.34	0.52	0.00	0.00	0.56	-0.01
Ex	0.00	1.00	2	0.04	0.20	0.00	0.00	0.90	19.13
Fi	0.00	2.00	9	0.20	0.45	0.00	0.00	0.94	3.65
Fd	0.00	3.00	9	0.26	0.63	0.00	0.00	1.64	6.57
Ge	0.00	1.00	1	0.02	0.14	0.00	0.00	0.94	43.12
Hh	0.00	4.00	16	0.48	0.91	0.00	0.00	2.23	6.39
Ls	0.00	7.00	24	0.82	1.27	0.00	0.00	3.31	8.94
Na	0.00	1.00	4	0.08	0.27	0.00	0.00	0.82	7.17
Sc	0.00	10.00	14	0.50	1.47	0.00	0.00	7.92	31.54
Sx	0.00	4.00	7	0.20	0.64	0.00	0.00	2.82	22.34
Xy	0.00	4.00	11	0.36	0.83	0.00	0.00	2.21	7.28
Id	0.00	3.00	16	0.46	0.79	0.00	0.00	1.36	2.32
P	0.00	9.00	48	3.26	2.08	3.00	2.00	1.40	0.15
Zf	0.00	16.00	49	7.14	2.95	7.00	7.00	0.29	0.47
Z sum	0.00	55.00	49	22.07	11.30	22.00	21.50	3.47	-0.02
Zd	-5.40	9.00	48	1.06	3.68	0.75	0.50	0.81	-0.70
EA (M+WSumC)	0.00	12.50	42	3.23	2.45	3.00	0.00	2.37	2.13
es	0.00	18.00	48	5.50	3.86	5.00	4.00	4.63	2.03
D Sc	-6.00	1.00	20	-0.60	1.20	0.00	0.00	-2.79	7.04
D Adj	-5.00	2.00	22	-0.34	1.08	0.00	0.00	-1.83	5.59
Sum a	0.00	8.00	41	2.22	1.94	2.00	1.00	1.77	0.29
Sum p	0.00	8.00	41	2.24	1.90	2.00	1.00	2.05	1.03
Sum Ma	0.00	6.00	26	0.90	1.23	1.00	0.00	2.36	4.36
Sum Mp	0.00	4.00	21	0.60	0.86	0.00	0.00	1.37	2.96
S-CON	3.00	10.00	50	5.72	1.68	6.00	6.00	0.73	0.02
SCHZI	0.00	5.00	45	2.18	1.19	2.00	2.00	0.02	-0.40
DEPI	0.00	4.00	40	1.38	1.09	1.00	1.00	0.79	-0.02
Afr	0.00	0.91	50	0.48	0.15	0.42	0.38	0.15	0.55
3r+(2)/R	0.00	0.70	48	0.30	0.15	0.30	0.36	0.02	-0.49
Lambda	0.00	14.00	49	2.49	3.45	1.20	1.20	7.23	3.35
Blends	0.00	7.00	35	1.64	1.52	1.50	0.00	1.39	1.06
Col-Shd Blend	0.00	3.00	19	0.48	0.71	0.00	0.00	1.01	1.73
X+%	0.00	0.83	49	0.48	0.20	0.45	0.38	-0.03	-0.73
X-%	0.00	1.00	46	0.30	0.20	0.28	0.00	0.20	1.62
F+%	0.00	1.00	49	0.51	0.26	0.50	0.50	0.08	-0.83
A%	0.00	0.98	49	0.41	0.19	0.36	0.36	0.08	-0.12
Total Conts	1.00	13.00	50	5.66	2.20	5.00	5.00	1.93	1.60
Aislam	0.00	9.00	43	2.62	1.86	3.00	3.00	1.85	1.98
H+(H)+Hd+(Hd)	0.00	13.00	41	2.24	2.32	2.00	2.00	5.35	7.39
A+(A)+Ad+(Ad)	0.00	16.00	49	6.48	3.85	5.50	4.00	2.49	-0.54
(H)+(Hd)	0.00	4.00	14	0.40	0.78	0.00	0.00	1.92	7.13
(A)+(Ad)	0.00	1.00	9	0.18	0.39	0.00	0.00	0.63	0.63
H+(H)+A+(A)	0.00	16.00	49	6.38	3.54	5.00	4.00	2.58	-0.11
Hd+(Hd)+Ad+(Ad)	0.00	8.00	41	2.34	1.87	2.00	2.00	1.39	0.19
DV	0.00	5.00	17	0.58	1.05	0.00	0.00	2.33	5.13
DR	0.00	5.00	5	0.20	0.78	0.00	0.00	3.84	25.95
INCOM	0.00	5.00	25	0.92	1.19	0.50	0.00	1.61	1.47
FABCOM	0.00	3.00	16	0.44	0.76	0.00	0.00	1.40	3.00
ALOG	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
CONTAM	0.00	1.00	1	0.02	0.14	0.00	0.00	0.94	43.12
Sum6 SP SC	0.00	7.00	38	2.16	1.99	2.00	0.00	1.56	-0.37
WSum6 SP SC	0.00	18.00	38	4.92	4.91	4.00	0.00	4.53	-0.10
AG	0.00	2.00	9	0.22	0.51	0.00	0.00	1.10	3.91
CONFAB	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
CP	0.00	1.00	2	0.04	0.20	0.00	0.00	0.90	19.13
MOR	0.00	3.00	21	0.70	0.97	0.00	0.00	1.10	0.02
PER	0.00	5.00	17	0.74	1.31	0.00	0.00	2.45	2.81
PSV	0.00	9.00	10	0.36	1.31	0.00	0.00	7.57	35.38

Tabla 13

Frecuencias y porcentajes referentes a la direccionalidad de 31 variables críticas en el primer Rorschach

Muestra de sujetos infartados			
Variable	Frecuencia	%	% datos normativos
EB			
Introversivo	9	18.0	40.1
Ambigual	31	62.0	23.8
Extratensivo	10	20.0	36.0
FC:CF+C			
FC-(CF+C) \geq 2	5	10.0	
FC=CF+C \pm 1	35	70.0	
(CF+C)-FC \geq 2	10	20.0	
Diferencias EA-es			
D total $<$ 0	18	36.0	21.0
D Adj $<$ 0	16	32.0	16.2
Zd			
Hiperincorporador	15	30.0	17.8
Normal	27	54.0	75.2
Hipoincorporador	8	16.0	7.0
Nivel Formal			
X+% $<$.70	39	78.0	10.0
F+% $<$.70	36	72.0	26.1
X-% $>$.15	40	80.0	3.3
Potencial de Suicidio			
S-CON = 8	6	12.0	1.8
Resultados negativos	44	88.0	98.2
Indice de esquizofrenia			
SCZI = 5	1	2.0	0.0
SCZI = 4	6	12.0	1.0
SCZI $<$ 4	43	86.0	99.0
Indice de depresión			
DEPI = 5	0	0.0	0.0
DEPI = 4	3	6.0	2.3
DEPI $<$ 4	47	94.0	97.7
Variables diversas			
FM+m $<$ SUM SHD	18	36.0	19.5
p $>$ a	16	32.0	2.8
Mp $>$ Ma	11	22.0	11.8
3r+(2)/R $<$.30	25	50.0	9.3
Afr $<$.60	39	78.0	26.1
L \geq 1.5	22	44.0	1.3
H pura $<$ 2	42	84.0	19.7
I. Aislamiento $>$ 1/4 R	12	24.0	14.2

Una primera valoración de estos datos pasaría por la comparación con los baremos. Hemos usado para ello una prueba de conformidad entre una media observada y una teórica, que presentamos en la Tabla 14.

Tradicionalmente se han utilizado los grupos normativos americanos, que hasta hace poco eran los únicos disponibles. En la actualidad (Sendín, 1986) poseemos datos normativos españoles para un grupo de 200 sujetos. Los resultados españoles difieren poco de los americanos, únicamente 4 variables presentan diferencias estadísticamente significativas con los datos americanos: disminución de P , $X+\%$, Afr y aumento de Λ . Los datos de los que disponemos para la muestra española están reducidos a las 43 variables básicas (125 en el americano), además no se dan ciertas informaciones importantes como el número de protocolos que tienen esa variable y la asimetría y kurtosis de la distribución. Por esta razón decidimos utilizar los datos de Exner (1985) y únicamente en el caso de las cuatro variables mencionadas utilizar también los de Sendín. Para las variables de contenido hemos utilizado los datos recientemente publicados por Exner (1989) ya que en las tablas de 1985 no figuraban más que los resultados de H .

Tabla 14

Comparación de los resultados de la primera administración del Rorschach con los datos normativos

Variable Rorschach	Puntuación z		Superior/ Inferior a los datos normativos
	Comparación muestra infartados y datos normativos Exner 1985	Comparación muestra infartados y datos normativos Sendin 1986	
R	8.89 *		Inferior
W	8.08 *		Inferior
D	10.09 *		Inferior
Dd	6.47 *		Superior
S	0.68		
DQ+	11.87 *		Inferior
DQv/+	2.62 *		Superior
DQo	6.07 *		Inferior
DQv	4.65 *		Superior
FQx+	6.23 *		Inferior
FQxo	16.30 *		Inferior
FQxu	0.13		
FQx-	20.18 *		Superior
MQ-	2.35 *		Superior
M	9.32 *		Inferior
FM	6.97 *		Inferior
m	2.06 *		Inferior
FC	10.74 *		Inferior
CF	8.35 *		Inferior
C+Cn	5.42 *		Superior
WGTD SUM C	9.71 *		Inferior
FC'+C'F+C'	2.37 *		Inferior
FT+TF+T	7.07 *		Inferior
FV+VF+V	0.60		
FY+YF+Y	1.06		
SUM SHAD	2.67 *		Inferior
Fr+rF	0.92		
FD	5.90 *		Inferior
F	0.58		
(2)	9.71 *		Inferior
P	14.48 *	8.55 *	Inferior
Zf	9.02 *		Inferior
Zd	0.50		
EA (M+WGTD SUM C)	13.94 *		Inferior
es	4.85 *		Inferior
D	2.39 *		Inferior
D Adj	3.35 *		Inferior
Sum a	12.38 *		Inferior
Sum p	1.92		
Sum Ma	8.48 *		Inferior
Sum Mp	5.35 *		Inferior
S-CON	12.23 *		Superior
SCHZI	14.46 *		Superior

DEPI TOTAL	2.81 *		Superior
Afr	6.69 *	3.21 *	Inferior
(3r+(2))/R	5.78 *		Inferior
LAMBDA	47.98 *	6.09 *	Superior
BLENDS	10.81 *		Inferior
COL-SHD BLEND	0.30		
X+%	25.14 *	22.85 *	Inferior
X-%	33.94 *		Superior
F+%	10.39 *		Inferior
A%	0.28		
DV	1.29		
DR	1.67		
INCOM	3.40 *		Superior
FABCOM	3.28 *		Superior
ALOG	1.81		
CONTAM	1.01		
SUM 6 SP. SC.	1.75		
WSUM 6 SP. SC.	3.85 *		Superior
AG	4.20 *		Inferior
CONFAB	1.70		
CP	1.92		
MOR	0.00		
PER	2.24 *		Inferior
PSV	9.96 *		Superior
H	15.43 *		Inferior
H+(H)+Hd+(Hd)			
A	10.25 *		Superior
(A)	0.16		
Ad	4.73 *		Inferior
(Ad)	0.27		
An	18.05 *		Superior
Art	3.15 *		Superior
Ay	3.24 *		Inferior
Ab	1.23		
B1	3.35 *		Superior
Bt	6.09 *		Inferior
Cg	5.85 *		Inferior
Cl	3.53 *		Superior
Ex	1.87		
Fi	2.32 *		Inferior
Fd	0.42		
Ge	0.67		
Hh	3.74 *		Inferior
Ls	0.63		
Na	3.53 *		Inferior
Sc	2.98 *		Inferior
Sx	2.35 *		Superior
Xy	12.96 *		Superior
Idiograficos	7.61 *		Inferior

* Diferencia significativa $p < .05$

Observamos (Tabla 14) que la mayoría de variables difieren de los datos normativos. Se trata pues de una muestra que presenta un perfil claramente alejado de lo que podríamos considerar la normalidad. En el caso de las cuatro variables para las que utilizamos los datos españoles se mantienen las mismas diferencias.

Comentaremos los resultados de la Tabla 12 haciendo referencia, cuando sea necesario, a los porcentajes de ciertas variables críticas presentados en la Tabla 13.

El primer dato que distingue a la muestra, básico para la interpretación de otras variables, es el bajo número de respuestas que dan la mayoría de sujetos. Si bien las puntuaciones máxima y mínima son próximas a las de los datos normativos, la media es significativamente más baja y un alto porcentaje de la muestra se sitúa por debajo de 15 respuestas. Gran parte de las variables que dan resultados inferiores a los datos normativos, deben interpretarse a la luz de este dato.

Los puntajes sobre las localizaciones muestran en términos absolutos una disminución de respuestas **W** y **D** y un aumento de **Dd**. Sin embargo, si consideramos que el número de respuestas es bajo, será más adecuado comparar la relación **W:D:Dd**, que es 5:5:4, con la de los datos normativos, que es 8:12:1 ó 2. En realidad pues, están aumentadas las **W** en relación a las **D**, como es de esperar en protocolos cortos, y muy aumentadas las **Dd**. La distribución de las respuestas **D** es muy asimétrica ($skew = 10.71$) por lo que la afirmación anterior es especialmente cierta en un elevado número de protocolos que tienen muy pocas respuestas **D**. Las respuestas **S** no presentan diferencias significativas con los datos normativos.

Los puntajes **DQ** muestran en términos absolutos un aumento de las respuestas **v** y **v/+** y una disminución de **o** y **+**. Al considerar las proporciones de los datos normativos, **+:v/+:o:v** que es aproximadamente 7:0:13:1, cabría esperar para 15 respuestas 5:0:9:1, según lo cual podemos concluir que hay un aumento de respuestas vagas (**v** y **v/+**) a costa de una disminución de respuestas **+**, mientras las respuestas **o** son las esperables.

En cuanto al **FQ** hay un claro descenso de respuestas + y o a costa de un aumento de respuestas -. Al considerar los datos agregados en los porcentajes **X+%**, **F+%** y **X-%**, los sujetos de la muestra tienden a dar respuestas de mal nivel formal, tanto en las respuestas **F** como en el resto, con una frecuencia mayor que los sujetos de las muestras de referencia. La Tabla 13 nos muestra el alto porcentaje que se sitúa por debajo del punto crítico .70. (debe tenerse en cuenta que la \bar{x} para la muestra española es .73 y la σ de .07 y que por lo tanto este punto crítico debería situarse en .64).

Los tres determinantes de movimiento están disminuidos. Sólo 34 de los 50 protocolos tienen alguna respuesta **M**, cuando lo esperable es la presencia de esta respuesta en todo protocolo (597 de los 600 protocolos de la muestra americana). También la presencia de una respuesta **m** es esperable (451 de los protocolos de la muestra americana) y en este grupo se da únicamente en 24 de los 50 protocolos, dato sorprendente si se tiene en cuenta que es un determinante relacionado con el estrés situacional.

Las respuestas de color cromático presentan todas diferencias significativas con los datos normativos. Hay una disminución de las respuestas **FC** y **CF** y un aumento de las respuestas **C+Cn**, siendo la suma ponderada inferior a la esperable. Tanto para **FC** como para **CF** el valor más frecuente es 0 (aproximadamente la mitad de la muestra), algo muy infrecuente en la muestra americana (566 de los 600 sujetos dan por lo menos una **FC** y 537 una **CF**). Observamos lo contrario en las respuestas **C+Cn**, muy infrecuentes en protocolos de adultos (53 de los 600 protocolos) y que en nuestro grupo dan 17 sujetos. La Tabla 13 nos muestra que únicamente 5 sujetos (10%), dan una relación **FC:CF+C** como la esperable an los adultos.

También las respuestas de claroscuro, globalmente consideradas, están disminuidas. No se da una respuesta **T** por protocolo, como sería de esperar, ni una **C'**. Las respuestas **Y** y **V**, en cambio, se dan con la frecuencia esperada. Lo esperable es que la **SUM SHAD** sea inferior a **FM+m** y en nuestro caso se cumple esta condición, pero en una proporción menor de protocolos que en la muestra normativa (Tabla 13).

Igual que en la población normal, las respuestas **Fr** y **rF** son infrecuentes.

Las respuestas **FD** son también muy infrecuentes, únicamente las dan 11 sujetos, cuando se espera aproximadamente una por protocolo.

La disminución apuntada en la mayoría de determinantes significa que las respuestas de **F** pura son más frecuentes que en los grupos normativos. Esto no se evidencia por la media de **F**, una vez más por tratarse de protocolos cortos, sino por el índice **Lambda** (por este motivo hemos analizado el resto de determinantes, para los que no existe un índice parecido, no sólo a partir de las medias, sino del porcentaje de protocolos que acostumbra a presentar esa respuesta). **Lambda** es muy elevado y presenta valores máximos que no se dan en las muestras de referencia. La distribución es muy asimétrica ($skew = 7.23$) cuando lo esperable es una curva casi normal, lo que señalaría que un grupo considerable de sujetos presentan puntuaciones inferiores a la media y por lo tanto más próximas a lo esperable. El número de sujetos que tienen puntajes superiores al punto crítico 1.5 es muy elevado (Tabla 13).

El número de respuestas **(2)** es inferior al esperado, pero también en este caso es más relevante el índice $3r+(2)/R$ que la frecuencia de **(2)**. El índice sigue siendo significativamente inferior y la mitad de la muestra presenta puntajes inferiores al punto crítico .30 (Tabla 13).

El número de respuestas **P** es muy bajo, y no puede atribuirse al bajo número de respuestas, ya que ésta no es una variable afectada por ello.

La frecuencia de **Z** es también baja en términos absolutos pero, si consideramos que lo esperable es que reciban puntuación **Z** la mitad de las respuestas, el resultado es el esperable. Los valores medios de **Zd** son también aparentemente adecuados, pero si observamos el porcentaje de sujetos hiperincorporadores e hipoincorporadores (Tabla 13) es superior a lo esperado.

EA y **es** muestran la disminución de la mayoría de determinantes ya comentados. Esta disminución afecta más al **EA** que al **es**, tal como muestran los resultados de **D** y **D Adj**. El porcentaje de casos con valores negativos **D** y **D Adj** es elevado (Tabla 13) pero dadas las características de la muestra no parece

excesivo. El estilo vivencial predominante es el ambivalente, a diferencia de lo que se espera en una muestra de adultos (Tabla 13).

La disminución de las respuestas de movimiento va obviamente ligada a la disminución de las variables **Sum a**, **Ma** y **Mp**. Esta disminución no se da para **Sum p**, lo que indica una relación **a:p** a favor de **p** para un número elevado de casos (Tabla 13).

Los índices de depresión, suicidio y esquizofrenia presentan aumentos significativos. Conviene analizar cuántos protocolos tienen los índices positivos. Hay 6 sujetos con 8 ó más índices en la **S-CON** (12%) un aumento considerable frente a los 11 de la muestra de referencia (1.8%). Uno de los protocolos (2%) tiene los 5 indicadores de esquizofrenia (se trataba de un caso de psicosis reactiva) y 6 casos (12%) tienen 4 indicadores. En la muestra de referencia hay únicamente un 1% con 4 indicadores y ningún protocolo con 5. Ningún protocolo tiene 5 indicadores de depresión y 3 protocolos tienen 4 indicadores (6%). En la muestra de referencia 2.3% tienen 4 indicadores y ningún protocolo tiene 5. En realidad, a pesar de que el aumento es significativo, parecería esperable un aumento mayor en una muestra de estas características.

La proporción afectiva **Afr** es significativamente baja. A diferencia del grupo normativo en el que un elevado número de sujetos tienen resultados inferiores a la media, las puntuaciones se distribuyen según una curva normal, con un elevado porcentaje con puntajes inferiores al punto crítico .60 (Tabla 13).

También el número de determinantes múltiples es bajo. Se espera que una de cada cuatro respuestas tenga un determinante múltiple, es decir la media esperable sería 3 ó 4. Además 15 de los 50 sujetos no dan ninguna de estas respuestas, cuando dan por lo menos una todos los sujetos de la muestra americana. Si consideramos la baja frecuencia de determinantes múltiples, la proporción de ellos que tiene mezcla de color y clarooscuro es elevada, a pesar de que en términos absolutos la diferencia con la muestra normativa no es significativa (x **Blends** = 1.64 y x **Col-Shd Blends** = 0.48 cuando en la muestra americana x **Blends** = 5.02 y x **Col-Shd Blends** = 0.51).

En cuanto a los fenómenos especiales relacionados con los trastornos de pensamiento hay un aumento de **INCOM** y **FABCOM**, pero la frecuencia de **ALOG**, **CONTAM**, **DV** y **DR** es tan baja como en la muestra de referencia. Aunque el número total de fenómenos especiales no está aumentado (**SUM6 SP SC**), sí lo está la suma ponderada (**WSUM6 SP SC**). En realidad si de nuevo consideramos que se trata de protocolos cortos, la media de 2 fenómenos especiales por protocolo puede considerarse excesiva. La distribución de estos fenómenos especiales sigue una curva próxima a la normal, mientras en la muestra americana tiene un alto valor positivo en asimetría y kurtosis, es decir que los fenómenos especiales se concentran en determinados protocolos

El resto de fenómenos especiales presentan descensos en **AG** (sólo en 9 de los 50 protocolos, mientras aparece en la mitad de la muestra normativa) y **PER** (17 de los 50 protocolos frente a dos terceras partes de la muestra normativa) y aumento de **PSV** (debido casi exclusivamente a la **PSV** mecánica de un protocolo).

Los contenidos muestran cambios notables respecto a los datos normativos. Quizás lo más significativo es el descenso de los contenidos humanos y animales. **H** presenta un descenso, siendo lo más sorprendente el elevado número de sujetos (15 de los 50) que no dan respuestas de contenido humano frente a 22 de los 600 protocolos de la muestra americana. Están aumentados los contenidos directamente relacionados con su situación: **An**, **Xy**, **Sx**, **Bl**. También las respuestas **Art** y **Cl** están aumentadas, ambas relacionadas con las frecuentes respuestas **v**. Si consideramos que los contenidos vienen dados en frecuencias y no en porcentajes, estos aumentos son más relevantes, puesto que significa que estos sujetos dan más respuestas de estas categorías en 15 respuestas que los sujetos normales en 22.

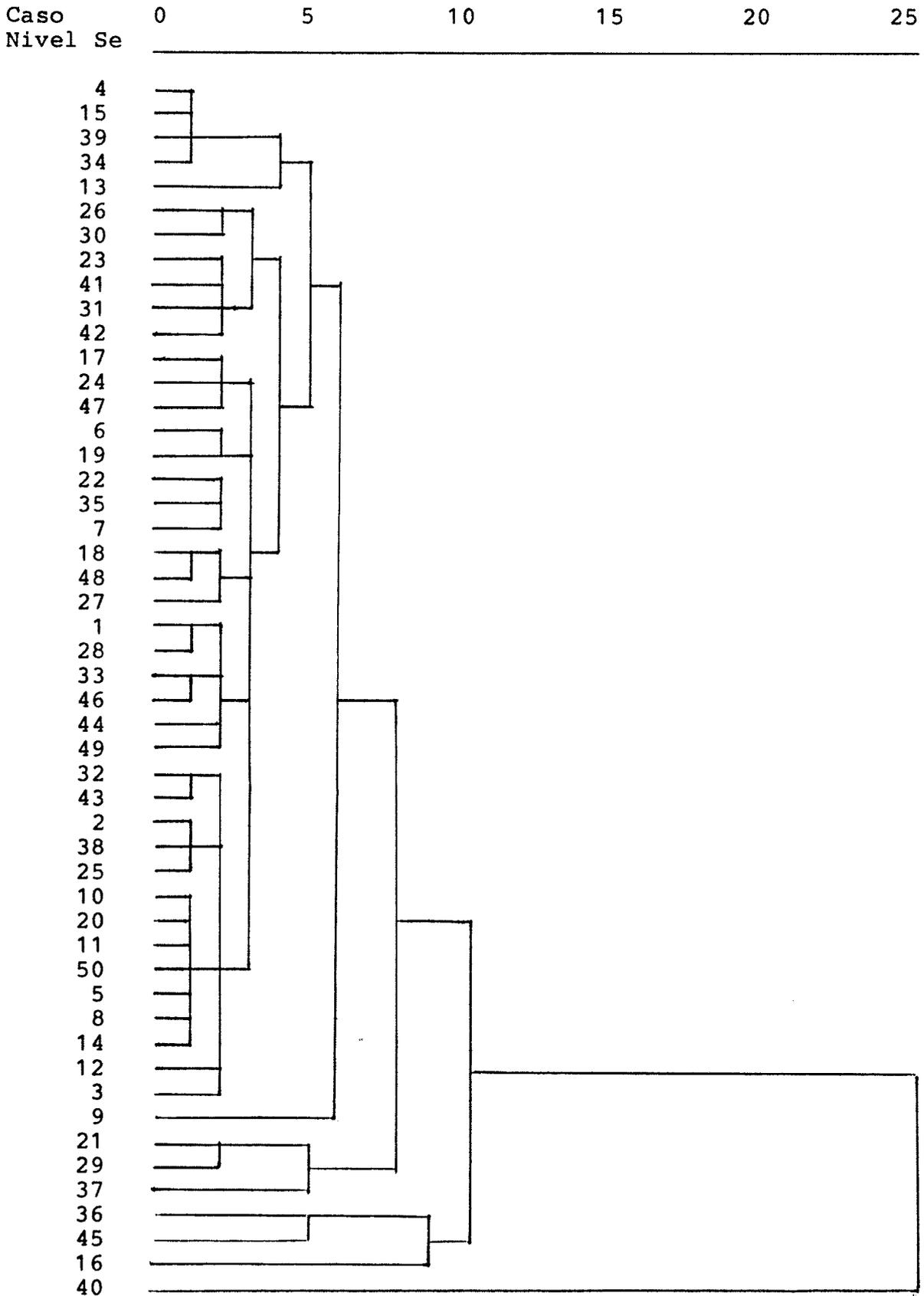
Hemos realizado un análisis de conglomerados para verificar hasta que punto los protocolos eran semejantes y con la intención de obtener un nuevo perfil eliminando aquellos casos que diferían mucho de la mayoría.

3.3.4.2. Análisis de conglomerados (de individuos).

Hemos llevado a cabo un análisis de conglomerados de casos con 40 variables básicas que presentamos en el dendograma de la Figura 1.

Figura 1

Resultados del análisis de conglomerados de casos. Dendograma de la primera administración del Rorschach



Tomando como criterio convencional la distancia de 5 puntos, aparecen dos grupos claramente diferenciados: uno de ellos muy heterogéneo, constituido por los sujetos 9, 21, 29, 37, 36, 45, 16 y 40 y otro bastante homogéneo constituido por el resto de individuos. El perfil Rorschach de este segundo grupo podría considerarse como el más representativo, ya que reúne a la mayoría de sujetos, mientras los individuos del primer grupo podrían considerarse como "excepciones" de la norma. Hemos calculado los estadísticos descriptivos de cuarenta variables básicas para el grupo homogéneo. En la Tabla 15 presentamos estos resultados que podrían considerarse como el perfil tipo de estos enfermos.

Tabla 15

Estadísticos descriptivos para la muestra de 42 sujetos de la primera administración del Rorschach que presentan resultados homogéneos en el dendograma

Variable	Min	Max	\bar{x}	σ	Md	Moda	Skew	Kurt
Total R	10.00	42.00	14.76	5.39	14.00	11.00	3.39	15.65
W	0.00	12.00	5.83	2.92	6.00	4.00	.28	-.71
D	0.00	29.00	5.09	5.11	3.00	3.00	2.92	11.36
Dd	0.00	12.00	3.83	3.02	3.00	3.00	.90	.41
S	0.00	5.00	1.47	1.36	1.00	1.00	.86	-.05
DQ+	0.00	12.00	3.09	2.51	3.00	2.00	1.32	2.62
DQo	0.00	32.00	8.85	5.11	8.00	7.00	2.25	9.46
DQv	0.00	10.00	2.28	2.21	2.00	2.00	1.42	2.46
DQv/+	0.00	3.00	.52	.83	0.00	0.00	1.64	2.15
M	0.00	10.00	1.45	1.82	1.00	0.00	2.72	11.05
FM	0.00	7.00	1.92	1.56	2.00	1.00	1.04	1.41
m	0.00	4.00	.90	1.18	.50	0.00	1.29	.75
H	0.00	7.00	1.07	1.33	1.00	1.00	2.72	9.44
P	0.00	9.00	3.26	2.18	3.00	2.00	.74	.32
ZF	0.00	16.00	7.16	3.13	7.00	6.00	.07	.57
FC-(CF+C)	-5.00	2.00	-.47	1.40	0.00	0.00	-.80	1.64
FC+CF+C+Cn	0.00	6.00	1.71	1.70	1.00	0.00	.75	-.39
FC'+C'F+C'	0.00	5.00	.73	1.28	0.00	0.00	1.88	2.94
FT+TF+T	0.00	3.00	.33	.75	0.00	0.00	2.57	6.39
FV+VF+V	0.00	3.00	.47	.74	0.00	0.00	1.60	2.30
FY+YF+Y	0.00	4.00	.66	1.02	0.00	0.00	1.57	1.91
SUM SHAD	0.00	12.00	2.21	2.39	2.00	0.00	1.93	5.74
An+Xy	0.00	10.00	2.33	2.38	2.00	0.00	1.03	1.05
SUM6 SP SC	0.00	7.00	2.23	2.02	2.00	0.00	.73	-.30
Intelectualización	0.00	6.00	1.42	1.85	1.00	0.00	1.34	.67
Zd	-5.50	9.00	.86	3.78	.50	.50	.36	-.39
EA	0.00	12.50	3.04	2.67	3.00	0.00	1.10	2.22
Es	0.00	18.00	5.04	3.49	4.00	4.00	1.28	3.12
D Sc	-4.00	1.00	-.45	.91	0.00	0.00	-1.74	4.47
D Adj	-3.00	2.00	-.19	.86	0.00	0.00	-.57	2.41
Afr	.20	.80	.46	.12	.43	.38	.56	.05
(3r+ (2))/R	0.00	.55	.29	.14	.30	.36	-.19	-.94
Lambda	0.00	14.00	2.72	3.69	1.26	.40	1.99	2.97
X+%	0.00	.80	.48	.19	.48	.43	-.35	-.43
X-%	0.00	1.00	.29	.20	.29	0.00	1.02	2.22
F+%	0.00	1.00	.48	.25	.50	0.50	.23	-.43
Aislamiento	0.00	.40	.17	.10	.18	0.00	-.07	-.51
S-CON	3.00	10.00	5.71	1.68	6.00	6.00	.47	-.35
SCHZI	0.00	5.00	2.14	1.13	2.00	2.00	.12	-.32
DEPI	0.00	4.00	1.31	1.09	1.00	1.00	.75	.11

El perfil Rorschach que emerge de estos datos es el de un grupo de sujetos que tienden a simplificar excesivamente los estímulos, con el consiguiente descuido de las demandas de su entorno. La actividad cognitiva es menos sofisticada y madura de lo esperado en un grupo de adultos. También la modulación de los afectos es más próxima a la que se da en grupos de niños que de adultos. Tienden a procesar y/o responder a las situaciones emocionales menos que la mayoría, esta característica puede estar relacionada con la conciencia de que tienen problemas en el control emocional. Como grupo muestran poco interés en los demás y pocas necesidades de proximidad afectiva. Como era de esperar, sus intereses están centrados en su estado físico. Hay una clara evidencia de que distorsionan los inputs perceptuales y de que dan menos respuestas convencionales de las esperadas. Se plantean objetivos que están por encima de sus posibilidades. A pesar de todo ello la mayoría dispone de recursos suficientes para tolerar situaciones de estrés que no sean excesivas, y esto sigue siendo cierto tras una experiencia como el infarto, que han podido afrontar sin sentirse excesivamente inundados por el conflicto. Su autoestima, aunque algo baja, tampoco parece excesivamente afectada por el daño físico sufrido.

Quizás sea esta "ausencia de conflicto", en términos de no sentirse desbordados, lo que más llame la atención, ausencia que estaría en la línea frecuentemente señalada en estos pacientes de negación de la gravedad de la situación. Logran mantener fuera de la conciencia las demandas internas y externas, a costa de un empobrecimiento afectivo e imaginativo. La distorsión de la realidad contribuye a esta situación de no tomar conciencia.

3.3.4.3. Análisis de componentes principales.

Se ha realizado un primer análisis de componentes principales del Rorschach con 40 variables básicas. Este número resultó excesivo dado el tamaño de la muestra, pero permitió seleccionar las 34 variables más significativas para un segundo análisis.

El criterio seguido para esta selección, ha sido eliminar las variables que presentaban bajas correlaciones con cualquier factor, siempre y cuando no fueran variables básicas.

Hemos considerado los 4 primeros factores que explican el 61.6% de la varianza. Para la interpretación hemos tenido en cuenta las variables que presentan una ponderación superior a .30. En la Tabla 16 presentamos las 34 variables utilizadas y los resultados de los 4 primeros factores.

Tabla 16

Resultados del análisis de componentes principales del primer protocolo Rorschach

Variable	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4
M	.90	.24		
DQ+	.84			
H	.84			-.24
EA	.77			.43
Zf	.73	.20		
m	.61	.25		.33
P	.52		.39	
D-TOTAL		-.87		
D Adj	.28	-.84		
Sum V		.78		
es	.33	.74		.42
SUM SHAD		.68		.52
Sum T	.38	.63		
X+%			.89	
F+%			.85	
X-%			-.84	
3r	.39		.68	
SCZI	.27		-.61	.38
An+Xy	-.20		-.58	
S	.40	.32	-.41	-.23
Sum C'		.34		.80
Sum C	.22			.79
DEPI		.42		.56
S-CON		.29	-.42	.49
Lambda	-.43	-.20	-.31	-.44
Afr				
FM		.49		
W	.31			.24
Dd		.22	-.33	
D				
DQv			-.22	
Intelec.	.21	.20		.41
Zd	.27	.25	-.23	
Sum Y			.34	

Factor 1

Las variables observadas con mayor ponderación positiva (.30 y superiores) son las siguientes:

M: Ideación
DQ+: Capacidad para organizar
H: Interés humano
EA: Recursos disponibles, accesibles
Zf: Interés por organizar
m: Vivencias estrés/falta control
P: Adaptación a pautas socialmente aceptables, convencionalidad
3r: Autoestima
Sum T: Contacto humano
es: Presiones internas

La variable observada con mayor ponderación negativa (.30 y superior) es la siguiente:

Lambda: Barrera de contención y distanciamiento intelectual

Podemos inferir que el Factor 1 constituye una variable de "riqueza/pobreza de recursos". La presencia de **m** y **es** en este factor, parece indicar que es la presencia de estos recursos la que permite registrar el estrés y experimentar presiones internas. Cuando el resto de variables están muy disminuidas, no existiría esta posibilidad.

Este factor contribuye a explicar el 23.9% de la variabilidad interindividual.

Factor 2

Las variables con mayor ponderación positiva son las siguientes:

Sum V: Introspección dolorosa
es: Presiones internas
Sum Shd: Afectos angustiosos
Sum T: Contacto humano
FM: Estados de necesidad
DEPI: Índice de depresión
Sum C': Retención del afecto
S: Oposicionismo, rabia

Las variables observadas con mayor ponderación negativa son las siguientes:

- D: Ajuste y tolerancia al estrés básico
- D Adj: Ajuste y tolerancia al estrés actual

Podemos inferir que el Factor 2 constituye una variable de "depresión y angustia". Estas variables son las relacionadas con una situación de emociones dolorosas, presión interna y rabia. En la medida que aumentan estos componentes, disminuye el ajuste y la disponibilidad de recursos.

Este factor contribuye a explicar el 17.2% de la variabilidad interindividual.

Factor 3

- X+ $\%$: Percepción realista con integración afectiva e imaginativa
- F+ $\%$: Percepción realista y formal
- 3r: Autoestima
- Sum Y: Indefensión
- Dd: Parcialización
- D: Percepción concreta y práctica

Las variables observadas con mayor ponderación negativa son las siguientes:

- X- $\%$: Distorsión perceptual
- SCZI: Índice de esquizofrenia
- An+Xy: Preocupación por el cuerpo
- S: Oposicionismo y rabia
- S-CON: Constelación de suicidio
- Lambda: Barrera de contención y distanciamiento intelectual

Podemos inferir que el Factor 3 constituye una variable de "contacto con la realidad y su alteración". Reconocer la realidad aumenta los sentimientos de indefensión y disminuye el negativismo y el distanciamiento.

Este factor contribuye a explicar el 11.6% de la variabilidad interindividual.

Factor 4

Sum C': Retención del afecto
Sum C: Afectos expresados
DEPI: Índice de depresión
S-CON: Índice de suicidio
Sum Shd: Afectos angustiosos
EA: Recursos disponibles
es: Presiones internas
Intelec.: Uso de la intelectualización como defensa
SCZI: Índice de esquizofrenia
m: Vivencias estrés/falta control

La variable observada con mayor ponderación negativa es la siguiente:

-Lambda: Barrera de contención y distanciamiento intelectual

Podemos inferir que el Factor 4 constituye una variable de "manifestación externa de afectos y trastornos". La disminución de **Lambda** se asocia a la manifestación abierta del afecto y de los conflictos expresados en las tres constelaciones (**DEPI**, **S-CON** y **SCZI**).

Este factor contribuye a explicar únicamente el 9.0% de la variabilidad interindividual.

3.3.5. Análisis de los resultados del segundo Rorschach.

Los resultados de este segundo test tomado a los tres meses del alta, tal como apuntábamos en las hipótesis, podemos pensar que está más próximo al anterior al infarto. Presumiblemente con el paso del tiempo la ansiedad debe disminuir y aparecer componentes más adaptativos. En los siguientes apartados presentamos los resultados de esta segunda prueba con la que hemos repetido los análisis de la primera administración.

3.3.5.1. Estadísticos descriptivos de la segunda administración de Rorschach y comparación con los datos normativos.

Presentamos en la Tabla 17 los datos básicos de las variables del resumen estructural de esta segunda administración y en la Tabla 18 las frecuencias y porcentajes referentes a la direccionalidad de 31 variables críticas.

Tabla 17

Estadísticos descriptivos para la muestra de 36 sujetos de la segunda administración del Rorschach

Variable	Min	Max	Fre	x	σ	Md	Moda	Skew	Kurt
R	10.00	41.00	36	17.08	7.06	15.50	11.00	11.61	2.80
W	0.00	10.00	34	4.31	2.47	4.00	3.00	0.38	-0.81
Wv	0.00	6.00	16	0.72	1.19	0.00	0.00	3.12	8.46
D	0.00	30.00	35	8.69	6.25	8.00	5.00	8.65	2.50
Dd	0.00	14.00	30	4.08	3.16	3.00	3.00	2.96	1.02
S	0.00	7.00	24	1.33	1.41	1.00	0.00	2.43	4.65
DQ+	0.00	8.00	30	2.97	2.29	3.00	1.00	0.55	-1.18
DQv/+	0.00	7.00	14	0.69	1.35	0.00	0.00	4.13	10.83
DQo	2.00	33.00	36	10.69	5.83	11.00	12.00	8.43	3.73
DQv	0.00	12.00	31	2.72	2.53	2.00	1.00	3.83	2.89
FQx+	0.00	2.00	2	0.11	0.46	0.00	0.00	1.73	12.18
FQxo	2.00	18.00	36	8.89	4.16	8.00	6.00	2.72	-0.46
FQxu	0.00	12.00	33	3.22	2.77	2.50	2.00	4.12	2.12
FQx-	0.00	11.00	34	4.17	2.76	4.00	2.00	1.65	-0.34
FQx (ausente)	0.00	4.00	13	0.69	1.17	0.00	0.00	1.91	1.60
FQ+	0.00	1.00	1	0.03	0.17	0.00	0.00	0.92	29.16
FQo	1.00	12.00	36	4.83	2.99	4.00	3.00	2.48	-0.42
FQu	0.00	8.00	22	1.75	2.09	1.00	0.00	2.58	0.74
FQ-	0.00	10.00	30	2.69	2.45	2.00	1.00	2.68	0.71
MQ+	0.00	2.00	2	0.08	0.37	0.00	0.00	1.59	18.42
MQo	0.00	4.00	20	0.75	0.91	1.00	0.00	1.46	3.06
MQu	0.00	1.00	2	0.06	0.23	0.00	0.00	0.86	12.18
MQ-	0.00	2.00	3	0.11	0.40	0.00	0.00	1.42	12.42
MQ (ausente)	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
M	0.00	5.00	23	1.00	1.10	1.00	1.00	1.67	2.90
FM	0.00	9.00	30	2.75	2.08	2.50	2.00	1.64	0.63
m	0.00	5.00	18	1.11	1.43	0.50	0.00	1.52	-0.02
FC	0.00	5.00	17	0.94	1.35	0.00	0.00	1.96	1.16
CF	0.00	4.00	15	0.61	0.90	0.00	0.00	1.55	3.26
C + Cn	0.00	4.00	12	0.67	1.15	0.00	0.00	1.76	1.02
Sum C	0.00	7.00	26	2.22	2.07	1.50	0.00	1.11	-0.93
WGTD Sum C	0.00	7.00	26	2.08	2.12	1.00	0.00	1.31	-0.99
Sum C'	0.00	3.00	13	0.56	0.84	0.00	0.00	1.03	0.29
Sum T	0.00	3.00	11	0.44	0.77	0.00	0.00	1.26	1.82
Sum V	0.00	7.00	11	0.53	1.25	0.00	0.00	4.86	16.89
Sum Y	0.00	5.00	20	0.92	1.13	1.00	0.00	1.47	2.67
Sum SHAD	0.00	12.00	27	2.44	2.48	2.00	0.00	4.08	3.82
Fr + rF	0.00	3.00	1	0.08	0.50	0.00	0.00	2.75	29.16
FD	0.00	2.00	7	0.22	0.48	0.00	0.00	0.96	3.17
F	2.00	25.00	36	9.36	5.07	9.00	6.00	4.23	0.81
(2)	0.00	14.00	35	6.50	3.64	6.00	4.00	1.05	-0.87
H (primarios)	0.00	3.00	20	0.75	0.81	1.00	0.00	0.62	-0.18
H (prim. y sec.)	0.00	4.00	20	0.81	0.95	1.00	0.00	1.28	1.83
(H)	0.00	4.00	11	0.42	0.81	0.00	0.00	2.13	8.37
Hd	0.00	5.00	16	0.75	1.08	0.00	0.00	1.96	4.17
(Hd)	0.00	2.00	6	0.19	0.47	0.00	0.00	1.05	4.45
A	1.00	11.00	36	6.17	2.48	6.00	6.00	-0.41	-0.51
(A)	0.00	1.00	4	0.11	0.32	0.00	0.00	0.76	3.73
Ad	0.00	6.00	31	2.33	1.62	2.00	2.00	0.66	-0.50
(Ad)	0.00	1.00	1	0.03	0.17	0.00	0.00	0.92	29.16
Ab	0.00	1.00	2	0.06	0.23	0.00	0.00	0.86	12.18
Al	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
An	0.00	7.00	18	1.33	1.88	0.50	0.00	2.78	1.31

Art	0.00	5.00	11	0.78	1.42	0.00	0.00	2.29	1.26
Ay	0.00	2.00	2	0.08	0.37	0.00	0.00	1.59	18.42
Bl	0.00	2.00	6	0.22	0.54	0.00	0.00	1.22	4.01
Bt	0.00	5.00	21	1.31	1.41	1.00	0.00	1.01	-0.61
Cg	0.00	4.00	12	0.58	1.08	0.00	0.00	2.21	3.43
Cl	0.00	4.00	13	0.56	0.94	0.00	0.00	1.84	3.69
Ex	0.00	1.00	1	0.03	0.17	0.00	0.00	0.92	29.16
Fi	0.00	3.00	9	0.33	0.68	0.00	0.00	1.50	4.98
Fd	0.00	4.00	7	0.31	0.79	0.00	0.00	2.52	11.24
Ge	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Hh	0.00	4.00	12	0.58	1.02	0.00	0.00	1.84	2.43
Ls	0.00	13.00	19	1.39	2.38	1.00	0.00	7.77	12.88
Na	0.00	3.00	4	0.17	0.56	0.00	0.00	2.15	15.54
Sc	0.00	2.00	7	0.22	0.48	0.00	0.00	0.96	3.17
Sx	0.00	1.00	1	0.03	0.17	0.00	0.00	0.92	29.16
Xy	0.00	2.00	6	0.22	0.54	0.00	0.00	1.22	4.01
Id	0.00	4.00	10	0.42	0.84	0.00	0.00	2.10	6.95
P	1.00	9.00	36	3.39	2.02	3.00	2.00	1.57	0.13
Zf	0.00	14.00	34	6.28	3.27	7.00	8.00	-0.07	-0.49
Zsum	0.00	43.50	34	18.89	10.97	20.00	29.00	-0.20	-0.87
Zd	-5.40	8.50	31	0.79	2.84	0.00	-1.90	2.03	-0.08
EA (M+WSumC)	0.00	9.00	30	3.08	2.49	3.25	1.00	1.06	-0.92
es	0.00	22.00	33	6.31	4.60	6.00	7.00	5.19	1.92
D Sc	-6.00	0.00	19	-0.94	1.29	-1.00	0.00	-2.45	4.36
D Adj	-4.00	0.00	13	-0.58	0.97	0.00	0.00	-1.74	2.88
Sum a	0.00	9.00	25	2.14	2.09	2.00	0.00	2.19	1.20
Sum p	0.00	7.00	31	2.72	1.98	2.00	1.00	0.57	-1.09
Sum Ma	0.00	4.00	10	0.47	0.91	0.00	0.00	1.88	4.23
Sum Mp	0.00	2.00	17	0.53	0.61	0.00	0.00	0.39	-0.65
S-CON	2.00	8.00	36	5.08	1.61	5.00	4.00	0.17	-0.78
SCHZI	0.00	4.00	32	1.92	1.00	2.00	2.00	-0.01	0.31
DEPI	0.00	3.00	20	0.94	0.98	1.00	0.00	0.45	-1.20
Afr	0.22	1.00	36	0.48	0.18	0.43	0.38	0.15	0.14
3r+(2)/R	0.00	0.92	35	0.39	0.18	0.36	0.27	0.07	0.68
Lambda	0.15	17.00	36	2.46	3.51	1.20	0.57	8.99	6.60
Blends	0.00	7.00	25	1.72	1.83	1.00	0.00	2.13	0.66
Col-Shd Blend	0.00	4.00	12	0.50	0.91	0.00	0.00	2.10	4.94
X+%	0.20	0.93	36	0.53	0.17	0.52	0.67	0.03	-0.63
X-%	0.00	0.80	34	0.26	0.17	0.25	0.27	0.16	0.81
F+%	0.11	1.00	36	0.56	0.23	0.55	0.75	0.07	-0.90
Aislam	0.00	15.00	33	3.42	3.12	3.00	1.00	5.33	3.41
H+(H)+Hd+(Hd)	0.00	8.00	30	2.06	1.93	1.00	1.00	2.41	1.25
A+(A)+Ad+(Ad)	1.00	14.00	36	8.50	3.40	9.00	10.00	-1.48	-0.76
(H)+(Hd)	0.00	4.00	15	0.58	0.91	0.00	0.00	1.81	4.30
(A)+(Ad)	0.00	1.00	4	0.11	0.32	0.00	0.00	0.76	3.73
H+(H)+A+(A)	2.00	14.00	36	7.31	3.15	7.00	7.00	0.70	-0.87
Hd+(Hd)+Ad+(Ad)	0.00	9.00	33	3.25	2.26	3.00	1.00	1.44	-0.23
DV	0.00	2.00	9	0.31	0.58	0.00	0.00	0.94	1.61
DR	0.00	3.00	5	0.19	0.58	0.00	0.00	2.00	13.00
INCOM	0.00	6.00	19	1.00	1.33	1.00	0.00	2.35	3.60
FABCOM	0.00	1.00	8	0.22	0.42	0.00	0.00	0.54	-0.37
ALOG	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
CONTAM	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Sum6 SP SC	0.00	6.00	26	1.72	1.52	2.00	0.00	1.06	0.04
WSum6 SP SC	0.00	12.00	26	3.78	3.39	4.00	0.00	2.25	-0.25
AG	0.00	2.00	5	0.17	0.45	0.00	0.00	1.16	6.20
CONFAB	0.00	1.00	1	0.03	0.17	0.00	0.00	0.92	29.16
CP	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
MOR	0.00	2.00	12	0.42	0.65	0.00	0.00	0.79	0.23
PER	0.00	7.00	13	0.67	1.33	0.00	0.00	4.19	11.63
PSV	0.00	1.00	5	0.14	0.35	0.00	0.00	0.70	2.07

Tabla 18

Frecuencias y porcentajes referentes a la direccionalidad de 31 variables críticas del segundo Rorschach

Muestra de sujetos infartados			
Variable	Frecuencia	%	% datos normativos
EB			
Introversivo	3	8.0	40.0
Ambigual	23	63.0	23.0
Extratensivo	10	27.8	36.0
FC:CF+C			
FC-(CF+C) \geq 2	4	11.1	
FC=CF+C \pm 1	25	69.4	
(CF+C)-FC \geq 2	7	19.4	
Diferencias EA-es			
D total \leq 0	19	52.8	21.0
D Adj $<$ 0	13	36.1	16.0
Zd			
Hiperincorporador	6	16.7	17.0
Normal	28	77.8	76.0
Hipoincorporador	2	5.6	7.0
Nivel Formal			
X+% $<$.70	32	88.9	10.0
F+% $<$.70	25	69.4	26.0
X-% $>$.15	25	69.4	3.9
Potencial de Suicidio			
S-CON = 8	3	8.3	1.8
Resultados negativos	33	91.7	98.8
Indice de esquizofrenia			
SCZI = 5	0	0.0	0.0
SCZI = 4	3	8.3	1.0
SCZI $<$ 4	33	91.7	99.0
Indice de depresión			
DEPI = 5	0	0.0	0.0
DEPI = 4	0	0.0	2.3
DEPI $<$ 4	36	100.0	97.7
Variables diversas			
FM+m $<$ SUM SHD	8	22.2	19.5
p $>$ a	21	58.3	2.8
Mp $>$ Ma	14	38.9	11.8
3r+(2)/R $<$.30	10	27.8	9.3
Afr $<$.60	27	75.0	26.1
L \geq 1.5	14	38.9	1.3
H pura $<$ 2	30	83.3	19.7
I. Aislamiento $>$ 1/4 R	12	33.3	14.2

Igual que en el caso de la primera administración hemos comparado estos resultados con los datos normativos utilizando una prueba de conformidad entre una media observada y una teórica (Tabla 19).

Tabla 19

Comparación de los resultados de la segunda administración del Rorschach con los datos normativos

Variable Rorschach	Puntuación z		Superior/ Inferior a los datos normativos
	Comparación muestra infartados y datos normativos Exner 1985	Comparación muestra infartados y datos normativos Sendin 1986	
R	5.94 *		Inferior
W	9.63 *		Inferior
D	5.23 *		Inferior
Dd	5.14 *		Superior
S	1.84		
DQ+	10.48 *		Inferior
DQv/+	3.48 *		Superior
DQo	3.64 *		Inferior
DQv	4.26 *		Superior
FQx+	5.36 *		Inferior
FQxo	11.80 *		Inferior
FQxu	0.79		
FQx-	15.65 *		Superior
MQ-	0.26		
M	9.38 *		Inferior
FM	3.01 *		Inferior
FC	8.53 *		Inferior
CF	7.23 *		Inferior
C+Cn	7.67 *		Superior
WGTD SUM C	7.08 *		Inferior
FC'+C'F+C'	3.51 *		Inferior
FT+TF+T	5.40 *		Inferior
FV+VF+V	0.32		
FY+YF+Y	0.22		
SUM SHAD	2.44 *		Inferior
Fr+rF	0.52		
FD	5.11 *		Inferior
F	2.18 *		Superior
(2)	4.39 *		Inferior
P	11.81 *	6.74 *	Inferior
Zf	10.01 *		Inferior
Zd	9.64		
EA (M+WGTD SUM C)	12.18 *		Inferior
es	3.07 *		Inferior
D	3.14 *		Inferior
D Adj	3.89 *		Inferior
Sum a	10.72 *		Inferior
Sum p	7.10		
Sum Ma	8.81 *		Inferior
Sum Mp	4.49 *		Inferior
S-CON	8.55 *		Superior
SCHZI	10.48 *		Superior

DEPI	0.05		
Afr	5.68 *	2.72 *	Inferior
(3r+(2))/R	0.00		
LAMBDA	40.07 *	4.99 *	Superior
BLENDS	8.95 *		Inferior
COL-SHD BLEND	8.69		
X+%	18.00 *	15.53 *	Inferior
X-%	24.00 *		Inferior
F+%	7.05 *		Inferior
A%	4.20 *		Superior
DV	0.25		
DR	1.46		
INCOM	3.49 *		Superior
FABCOM	0.42		
ALOG	1.54		
CONTAM	0.85		
SUM6 SP. SC.	0.22		
WSUM6 SP. SC.	0.61		
AG	3.92 *		Inferior
CONFAB	1.70 x		
CP	0.54		
MOR	1.78		
PER	2.31 *		Inferior
PSV	2.45 *		Superior
H	13.90 *		Inferior
A	5.85 *		Inferior
(A)	5.85 *		Inferior
Ad	0.61		
(Ad)	0.54		
An	8.40 *		Superior
Art	0.93		
Ay	3.25 *		Inferior
Ab	1.35		
Bl	1.05		
Bt	5.40 *		Inferior
Cg	4.58 *		Inferior
Cl	6.47 *		Superior
Ex	1.76		
Fi	0.80		
Fd	0.96		
Ge	1.14		
Hh	2.47 *		Inferior
Ls	3.84 *		Superior
Na	2.10 *		Inferior
Sc	4.26 *		Inferior
Sx	0.61		
Xy	6.33 *		Superior
Idiograficos	6.64 *		Inferior

* Diferencia significativa p < .05

La mayoría de datos presentan las mismas diferencias respecto a las muestras normativas que el primer test. Por ello nos limitaremos a comentar las variables que difieren del primero y que son las siguientes:

MQ-
 F
 DEPI
 $(3r+(2))/R$
 A%
 FABCOM
 WSUM6 SP SC
 (A)
 Ad
 Art
 Bl
 Fi
 Sx

La frecuencia de MQ- ha disminuido siendo ahora semejante a la del grupo normativo.

Las respuestas F presentan una diferencia significativa con los datos normativos pero Lambda en realidad es casi el mismo. El cambio es debido al aumento del número de respuestas por protocolo.

La constelación de depresión presenta resultados semejantes a los normativos, mientras en el primer Rorschach estaba aumentada.

El $(3r+(2))/R$ ha aumentado y la \bar{x} no presenta diferencias significativas con los datos normativos, pero un porcentaje mayor del esperado sigue teniendo valores inferiores a .30 (Tabla 18)

Tanto FABCOM como WSUM SP SC han disminuido hasta presentar resultados semejantes a los de la población normal.

Han disminuido los contenidos Art, Bl y Sx y han aumentado Ad y Fi, hasta presentar resultados semejantes a los de la población normal. (A) y Ls, en cambio, han pasado a tener diferencias significativas respecto a los datos normativos. El A% en el primer protocolo era el esperable y en cambio en este segundo momento es significativamente superior a los datos normativos.

Las variables críticas de la Tabla 18 presentan la misma dirección que en el primer Rorschach, pero a excepción de la relación **a:p**, se produce en todos ellos una aproximación a los porcentajes esperados.

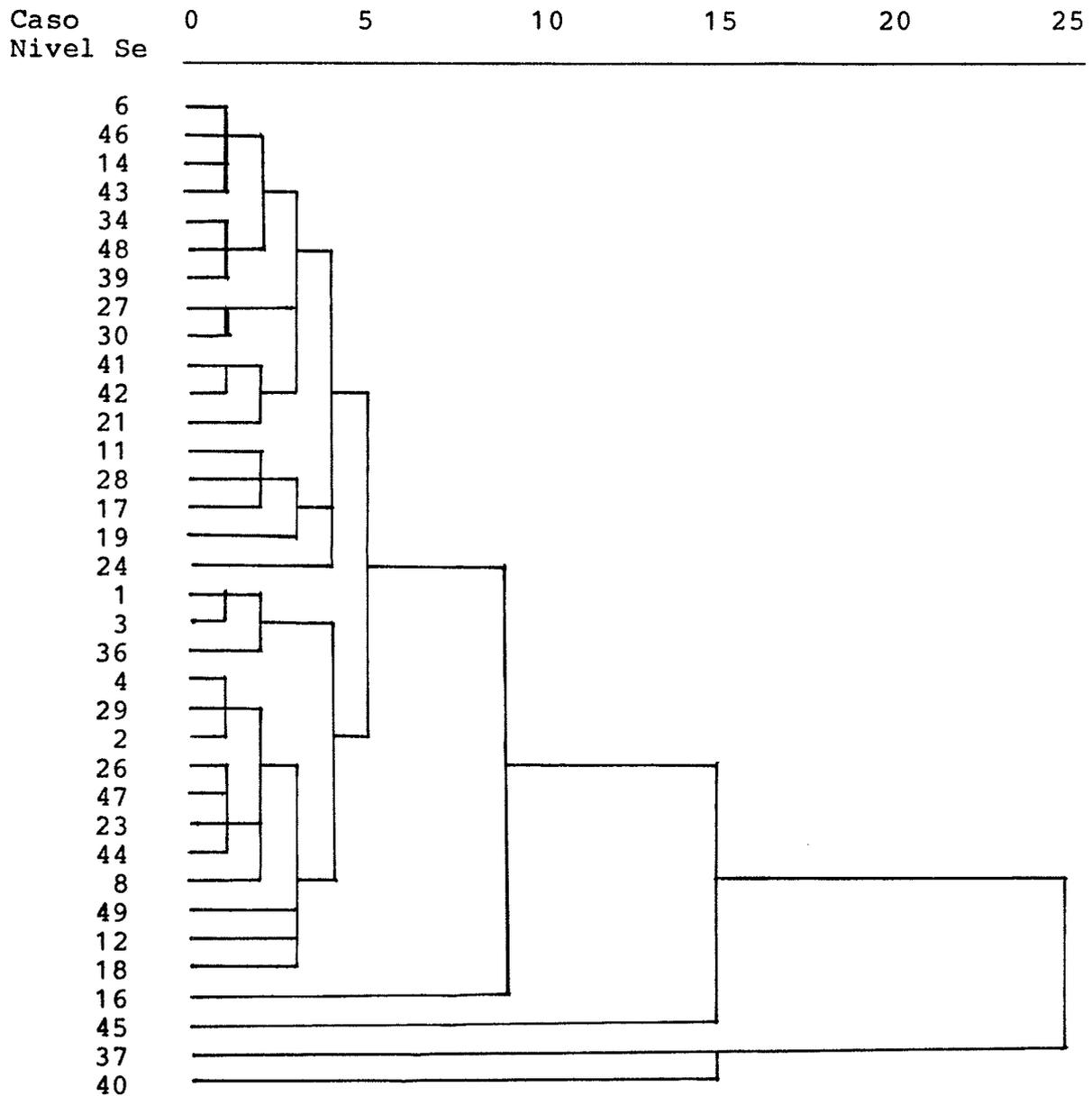
En general puede considerarse que estos resultados son "mejores" que los del primer test porque disminuyen aspectos que a grandes rasgos se consideran negativos (disminución de los trastornos de pensamiento, **MQ-**, **FABCOM**, **WSUM SP SC**, o de componentes depresivos) y aumento de características positivas (aumento de la autoestima en el caso del **3r+(2)/R**). También es un signo positivo el que hayan aumentado las respuestas, aunque siguen siendo inferiores a las de la muestra normativa. De todas formas la comparación entre los dos Rorschachs debería hacerse viendo si existe correlación entre ambos y si las diferencias entre las medias son significativas, como haremos más adelante.

3.3.5.2. Análisis de conglomerados (de individuos).

En el dendograma del segundo Rorschach, Figura 2, observamos la misma tendencia que en el primero: 4 sujetos (nº 16, 45, 37 y 40) se destacan claramente del resto, constituido por un grupo homogéneo. Estos 4 sujetos aparecían ya en el primer cluster distanciados del resto. De los 4 restantes que en el primer dendograma diferían de la mayoría, uno (nº 9) no acudió a la segunda entrevista y 3 (nº 14, 20 y 23) en el segundo dendograma presentan resultados semejantes al grupo.

Figura 2

Resultados del análisis de conglomerados de casos. Dendograma de la segunda administración del Rorschach



También en este caso hemos procedido a calcular los estadísticos descriptivos básicos para el grupo más homogéneo (Tabla 20).

Tabla 20

Estadísticos descriptivos para la muestra de 31 sujetos de la segunda administración del Rorschach que presentan resultados homogéneos en el dendograma

Variable	Min	Max	\bar{x}	σ	Md	Moda	Skew	Kurt
Total R	10.00	41.00	16.77	7.26	15.00	11.00	2.00	4.48
W	0.00	10.00	4.54	2.35	4.00	3.00	.28	-.42
D	0.00	30.00	8.25	6.49	7.00	5.00	1.75	4.02
Dd	0.00	14.00	3.96	3.22	3.00	3.00	1.24	2.11
S	0.00	3.00	1.25	1.06	1.00	0.00	1.15	-1.25
DQ+	0.00	8.00	2.87	2.26	3.00	1.00	.37	-.86
DQo	2.00	33.00	10.51	6.09	10.00	12.00	1.71	5.08
DQv	0.00	12.00	2.67	2.67	2.00	1.00	1.66	3.62
DQv/+	0.00	7.00	.71	1.37	0.00	0.00	3.55	15.12
M	0.00	5.00	1.00	1.12	1.00	1.00	1.80	4.34
FM	0.00	9.00	2.77	2.12	3.00	2.00	.94	1.30
m	0.00	4.00	1.09	1.32	1.00	0.00	.91	-.43
H	0.00	4.00	.83	1.00	1.00	0.00	1.40	2.13
P	1.00	9.00	3.45	2.04	3.00	4.00	.86	.68
ZF	0.00	12.00	6.32	2.96	7.00	8.00	-.32	-.61
FC-(CF+C)	-6.00	3.00	-.54	1.91	0.00	0.00	-.97	1.21
FC+CF+C+Cn	0.00	7.00	2.16	2.01	1.00	0.00	.67	-.51
FC'+C'F+C'	0.00	3.00	.48	.85	0.00	0.00	1.61	1.53
FT+TF+T	0.00	3.00	.38	.76	0.00	0.00	2.10	4.14
FV+VF+V	0.00	2.00	.35	.60	0.00	0.00	1.55	1.50
FY+YF+Y	0.00	5.00	.80	1.07	1.00	0.00	2.12	6.51
SUM SHAD	0.00	6.00	2.03	1.83	2.00	0.00	.85	.16
An+Xy	0.00	7.00	1.74	2.12	1.00	0.00	1.02	-.11
SUM6 SP SC	0.00	6.00	1.90	1.55	2.00	0.00	.56	.22
Intelectualización	0.00	5.00	1.00	1.63	0.00	0.00	1.47	.84
Zd	-3.50	8.50	.77	3.03	0.00	-2.00	.74	.03
EA	0.00	9.00	3.12	2.48	3.00	1.00	.53	-.63
Es	0.00	15.00	5.90	3.90	6.00	4.00	.47	-.08
D Sc	-3.00	0.00	-.80	.98	-1.00	0.00	-1.09	.28
D Adj	-3.00	0.00	-.48	.81	0.00	0.00	-1.65	2.08
Afr	.22	1.00	.48	.18	.43	.38	.89	.47
(3r+ (2))/R	0.00	.92	.39	.18	.36	.27	.41	1.15
Lambda	.15	17.00	2.52	3.65	1.22	.83	2.81	8.41
X+%	.20	.93	.51	.16	.50	.67	.30	-.04
X-%	0.00	.80	.27	.18	.25	.45	.87	1.05
F+%	.11	1.00	.53	.24	.50	.33	.51	-.61
Aislamiento	0.00	.50	.19	.14	.18	0.00	.67	-.19
S-CON	2.00	8.00	4.96	1.72	5.00	4.00	.22	-.78
SCHZI	0.00	4.00	2.00	.93	2.00	2.00	.26	1.33
DEPI	0.00	3.00	.90	.94	1.00	0.00	.45	-1.18

El perfil Rorschach que emerge de estos datos no difiere demasiado del primer protocolo. Ya Kemple (1945) señalaba que las características que mostraban durante la hospitalización no eran a consecuencia del ataque, sino que obedecían a rasgos más estables de su personalidad.

Si pensamos que este perfil puede estar cercano al anterior al infarto, la descripción de la personalidad realizada en el apartado 3.3.4.2. correspondería a grandes rasgos a sus características habituales. Deberíamos añadir a esa descripción alguno de los datos que se han modificado. Ahora se muestran, como grupo, algo más conservadores, menos preocupados por su estado físico, con una mejor autoestima y algo más conscientes de sus necesidades. Tanto la preocupación por su estado físico como la autoestima parece lógico pensar que estaban afectados en el momento de la hospitalización y que ahora se han modificado volviendo a su estado habitual. Creemos en cambio que el mostrarse más conservadores y conscientes de sus necesidades puede ser un cambio desencadenado por la enfermedad y no obedecer a características anteriores al ataque.

3.3.5.3. Análisis de componentes principales.

Al igual que para el primer protocolo, hemos considerado los 4 primeros factores, que en este caso explican el 59.6% de la varianza. Para la interpretación hemos tenido en cuenta las variables que presentan una ponderación superior a .30. En la Tabla 21 presentamos las 34 variables utilizadas y los resultados de los 4 primeros factores.

Tabla 21

Resultados del análisis de componentes principales del segundo protocolo Rorschach

Variable	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4
D Sc	-.91			
D Ad	-.88			
SUM SHAD	.79	.41		
es	.79	.53		
SUM V	.70		.33	
S	.66		.24	-.21
SUM C'	.58			-.23
m	.54	.42		.31
FM	.45	.40	.41	
DQv		.82		
SUM C	.31	.76		
EA		.73	.45	
D		.63		
SUM Y	.28	.61	-.25	
M			.92	
H			.85	
DQ +	.30		.79	
Zf	.55		.61	
POP			.52	.36
X+%			.21	.82
F+%				.80
SCZI				-.80
X-%		-.36		-.72
S-CON	.30		-.21	
Zd				-.27
Afr	.23			
DEP	.47		.23	
Intelec.				
Dd		.33		-.36
W			.33	
Lambda	-.27	-.49	-.28	
3r				.28
An+Xy		.20	-.20	-.39
SUM T	.34	.31		

Factor 1

Las variables observadas con mayor ponderación positiva son las siguientes:

Sum Sha: Afectos angustiosos
es: Presiones internas
FV: Introspección dolorosa
S: Oposicionismo y rabia
Sum C': Retención del afecto
m: Vivencias de estrés/falta de control
FM: Estados de necesidad
Zf: Interés por organizar
DEPI: Índice de depresión
Sum T: Contacto humano
Sum C: Afectos expresados
DQ+: Capacidad para organizar
S-CON: Índice de suicidio

Las variables observadas con mayor ponderación negativa son las siguientes:

D Total: Ajuste y tolerancia al estrés básico
D Adj: Ajuste y tolerancia al estrés actual

Podemos inferir que el Factor 1 constituye una variable de "depresión y angustia e intentos de control". Parece apuntar a una manifestación de los afectos positivos y negativos acompañados de un esfuerzo por mantener el control. Este factor es parecido al Factor 2 de la primera administración.

Este factor contribuye a explicar el 26.5% de la variabilidad interindividual.

Factor 2

Las variables observadas con mayor ponderación positiva son las siguientes:

DQv: Falta de compromiso cognitivo
Sum C: Afectos expresados
EA: Recursos disponibles, accesibles
D: Percepción concreta y práctica
Sum Y: Indefensión
es: Presiones internas
m: Vivencias de estrés /falta de control
Sum Shd: Afectos angustiosos
FM: Estados de necesidad
Dd: Parcialización
Sum T: Contacto humano

Las variables observadas con mayor ponderación negativa son las siguientes:

Lambda: Barrera de contención y distanciamiento intelectual
X-8: Distorsión perceptual

Podemos inferir que el Factor 2 constituye una variable de "contacto con las experiencias". Cuando baja **Lambda** se muestra más consciencia de las experiencias vividas, con sus aspectos organizados y desorganizados. Algunos componentes de este factor son difícilmente relacionables con el resto.

Este factor contribuye a explicar el 14.7% de la variabilidad interindividual.

Factor 3

Las variables observadas con mayor ponderación positiva son las siguientes:

M: Ideación
H: Interés humano
DQ+: Capacidad por organizar
Zf: Interés por organizar
P: Adaptación a pautas socialmente esperables
EA: Recursos disponibles, accesibles
FM: Estados de necesidad
Sum V: Introspección dolorosa
W: Percepción global

Podemos inferir que el Factor 3 constituye una variable de "recursos y reconocimiento de necesidades y conflictos". Con la capacidad de sintetizar y abarcar aumenta también el reconocimiento de los aspectos negativos y de las necesidades. Este factor es parecido al Factor 1 del primer protocolo.

Este factor contribuye a explicar el 10.2% de la variabilidad interindividual.

Factor 4

Las variables observadas con mayor ponderación positiva (.30 y superiores) son las siguientes:

X+%: Percepción realista con integración afectiva e imaginativa
F+%: Percepción realista y formal
An+Xy: Preocupación por el cuerpo
P: Adaptación a pautas socialmente esperables
m: Vivencias de estrés /falta de control

Las variables observadas con mayor ponderación negativa son las siguientes:

SCZI: Índice de esquizofrenia
X-%: Distorsión perceptual
Dd: Parcialización

Podemos inferir que el Factor 4 constituye una variable de "contacto con la realidad y reconocimiento de la situación". Cuando disminuye la distorsión y la visión parcial, aumenta también la preocupación por el cuerpo y la tensión. Este factor es parecido al Factor 3 de la primera administración.

Este factor contribuye a explicar el 8.3% de la variabilidad interindividual.

3.3.6. Comparación de los dos protocolos Rorschach.

Los cambios que se han producido entre el primer y segundo test los evaluamos a través de correlacionar las 40 variables principales y comparar las medias mediante T-test. Presentamos estos resultados en la Tabla 22.

Tabla 22

Comparación de 40 variables principales de las dos administraciones de Rorschach

Variable	Correlación	T-test
R	.80 *	-1.66
W	.80 *	3.90 *
D	.75 *	-3.35 *
Dd	.79 *	.16
S	.46 *	1.34
DQ+	.70 *	1.09
DQo	.72 *	-1.87
DQv	.18	.11
DQv/+	.55 *	-1.19
M	.84 *	2.17 *
FM	.56 *	-2.20 *
m	.39 *	-.34
H Total	.85 *	1.76
P	.71 *	-1.01
Zf	.71 *	1.85
FC-(CF+C+Cn)	.34 *	-.40
FC+CF+C+Cn	.61 *	-.10
Sum C'	.59 *	2.19 *
Sum T	.10	-.52
Sum V	.73 *	.78
Sum Y	.32	-.80
SUM SHD	.78 *	.87
An+Xy	.72 *	2.36 *
SUM6 SP SC	.36 *	1.54
Intelectualización	.80 *	3.67 *
Zd	.31	1.24
EA	.70 *	.81
es	.82 *	-1.22
D Sc	.70 *	1.77
D Adj	.55 *	1.51
Afr	.00	.08
(3r+(2))/R	.53 *	-2.53 *
Lambda	.80 *	-.86
X+%	.60 *	-1.77
X-%	.64 *	.98
F+%	.39 *	-1.01
Aislamiento	.66 *	-1.13
S-CON	.31	2.15 *
SCZI	.14	.62
DEPI	.35 *	2.83 *

* Nivel de significación $p < .05$

La mayoría de estos datos siguen la tendencia señalada por Exner (1986) en las situaciones de retest. Cuatro de las variables presentan resultados diferentes: **3r, es, T** y **Afr**. Llama especialmente la atención la baja correlación de **Afr** = .00 y de **T** = .10, cuando se trata de dos variables muy estables. No tenemos una explicación para estos cambios y queremos realizar un análisis posterior de cada protocolo para tratar de encontrar una explicación a estas fluctuaciones.

Hay 10 variables cuyas medias presentan diferencias significativas entre el primer y segundo Rorschach, 9 de estas variables están correlacionadas. Tres de ellas (**D, FM, 3r**) aumentan y siete disminuyen (**W, M, C', An+Xy, Intelectualización, S-CON, DEPI**). En este segundo momento habría aumentado la autoestima y disminuido los componentes depresivos, así como la preocupación corporal, serían más cautelosos y conservadores en términos cognitivos y están más entregados a una ideación originada por estados de necesidad y menos autodirigida.

No se produce una disminución significativa de las variables **m** e **Y** tal como habíamos hipotetizado. Recordemos que estas variables presentaban ya unos resultados inferiores a la población normal (**m**) o iguales a ella (**Y**) en la primera administración del test. Si observamos, en cambio, una disminución de **An+Xy** y del **DEPI**, confirmando en parte nuestra hipótesis.

3.3.7. Correlación entre el diagnóstico médico, el estado físico al año y algunas variables psicológicas.

Se obtuvieron correlaciones de Pearson para todas las variables utilizadas. En la Tabla 23 damos los resultados que creemos relevantes por expresar la relación entre el estado físico del paciente durante la hospitalización y al año y variables de la primera entrevista que se consideran como factores de riesgo. Como vemos no existe relación entre estos factores y la gravedad del infarto o la evolución posterior. Hemos relacionado también la percepción de la gravedad (en términos de intensidad del dolor), con el diagnóstico médico y la evolución al año. La intensidad del dolor no correlaciona con la gravedad del infarto, según las

conclusiones del diagnóstico médico, sin embargo sí correlaciona significativamente con la evolución durante el primer año, siendo esta correlación algo superior a la existente entre el diagnóstico médico y la evolución.

Si bien se confirma que la ausencia o poca intensidad del dolor no es sinónimo de poca gravedad, en esta muestra la opinión de los pacientes se muestra eficaz para predecir la evolución.

Tabla 23

Correlaciones de algunas variables con el diagnóstico médico y la evolución al año

VARIABLES	Nº de factores de riesgo	Evolución al año
Nº de horas de trabajo	.04	.11
Tabaquismo	-.26	.13
Alcohol	-.27	-.16
Intensidad del dolor	.17	.37*
Nº de factores de riesgo		.35

* Nivel de significación p .01

3.3.8. Análisis discriminante de las variables del primer y segundo Rorschach.

Se ha utilizado el método "stepwise" para analizar qué variables Rorschach discriminan entre tres grupos de evolución de los pacientes al año del alta hospitalaria. Las funciones canónicas están efectuadas mediante las siguientes variables discriminativas:

D, Dd, S, DQ+, DQv/+, M, H, Zf, FC+CF+C, SUM V, SUM SHAD, Intelec., EA, D Adj, Afr, X+%, X-%, P, Aislam., S-Con.

Con este análisis se obtuvo un porcentaje de clasificación correcta del 93.88%, lo cual asegura la adecuada discriminación de las variables seleccionadas.

Se efectuó un estudio de comparación entre grupos mediante ANOVA, obteniéndose diferencias significativas en las siguientes cinco variables del primer Rorschach: **DQv/+, M, H, P, X+%** y en dos del segundo: **M y X+%**. En la Tabla 24 damos los valores de estas variables discriminativas para tres grupos de sujetos: los que permanecieron asintomáticos durante el primer año (17 sujetos), los que presentaron complicaciones no severas, como angor o insuficiencia cardíaca no severos (25 sujetos) y los que murieron o presentaron complicaciones severas, como cirugía, angor severo, insuficiencia cardíaca severa o reinfarto, (7 sujetos).

Tabla 24

Selección de variables del Rorschach que discriminan entre tres grupos de pacientes con distinta evolución:
Estadísticos descriptivos para los tres grupos

Variable		Min	Max	\bar{x}	σ	Md	Moda	Skew	Kurt
Primer Rorschach									
DQv/+	grupo 1	0.00	1.00	0.17	0.39	0.00	0.00	1.86	1.66
	grupo 2	0.00	3.00	0.80	1.00	0.00	0.00	0.97	-.17
	grupo 3	0.00	1.00	0.14	0.37	0.00	0.00	2.64	7.00
M	grupo 1	0.00	4.00	1.41	1.12	1.00	2.00	0.55	2.60
	grupo 2	0.00	5.00	1.08	1.35	1.00	0.00	1.27	1.33
	grupo 3	0.00	10.00	2.87	3.33	2.00	1.00	2.05	4.72
H	grupo 1	0.00	2.00	0.82	0.63	1.00	1.00	0.14	-.23
	grupo 2	0.00	4.00	0.84	0.98	1.00	1.00	1.76	3.83
	grupo 3	1.00	7.00	2.00	2.23	1.00	1.00	2.50	6.36
P	grupo 1	1.00	6.00	3.52	1.84	5.00	5.00	-.35	-1.68
	grupo 2	0.00	6.00	2.60	1.65	2.00	2.00	0.34	-.77
	grupo 3	2.00	9.00	4.71	3.03	4.00	2.00	0.92	-1.06
X+%	grupo 1	0.21	0.83	0.51	0.16	0.50	0.40	0.23	-.33
	grupo 2	0.00	0.73	0.39	0.18	0.38	0.38	0.00	-.35
	grupo 3	0.36	0.75	0.63	0.14	0.70	0.75	-1.18	0.79
Segundo Rorschach									
M	grupo 1	0.00	3.00	1.21	0.89	1.00	1.00	0.27	-.32
	grupo 2	0.00	3.00	0.56	0.81	0.00	0.00	1.89	4.55
	grupo 3	1.00	5.00	2.25	1.89	1.50	1.00	1.65	2.61
X+%	grupo 1	0.27	0.78	0.52	0.15	0.52	0.50	-.17	-.92
	grupo 2	0.20	0.75	0.47	0.14	0.43	0.41	0.31	-.43
	grupo 3	0.54	0.93	0.72	0.16	0.72	0.54	0.23	-.18

Nota. Los sujetos están agrupados en tres categorías: asintomáticos=1 complicaciones no severas=2, complicaciones severas y muerte=3.

Algunos de los resultados son sorprendentes ya que los sujetos que evolucionan peor tienen características que podríamos considerar como más adaptativas: más recursos ideacionales (M), más interés por los demás (H), una percepción más adecuada del estímulo (X+8 y número de P). Estos resultados sugerían una relación con el estilo vivencial. Hay que recordar que el grupo con complicaciones severas y/o muerte está constituido únicamente por 7 sujetos lo que puede distorsionar los resultados, pero podría ser interesante comprobar en un grupo más amplio la tendencia que se observa aquí: una peor evolución de los introversivos que representan el 57% del grupo con mala evolución (4 sujetos), mientras en el grupo total son únicamente el 18% (9 sujetos).

Según Blatt y Feirstein (1977) los introversivos muestran una mayor variabilidad cardíaca durante la resolución de problemas. Exner, Thomas y Martin (1980) comprueban lo mismo, con una tendencia a la reducción del porcentaje con el paso del tiempo. Quizás estos datos podrían apuntar en la misma dirección que nuestros resultados.

Observamos que ni el número de respuestas ni el **Lambda** resultan discriminativas, lo que parece contradecir la hipótesis sugerida por Exner sobre una peor evolución de estos pacientes.

3.3.9. Análisis dicriminante de las principales variables médicas y psicológicas.

Hemos repetido el análisis discriminante tomando tres grupos de variables:

- a) Las variables del Rorschach que discriminaban en el primer test.
- b) Un resumen de la información de la primera entrevista en términos de mayor/menor número de situaciones conflictivas/traumatizantes vividas por el sujeto a lo largo de su vida, y que denominaremos factores de riesgo psicológicos". Se ha considerado la presencia de las situaciones evaluadas en las variables 83 (graves privaciones materiales), 84 graves privaciones afectivas), 85 (guerras prisiones, campos de concentración), 86 (problemas en la relación de pareja), 87 (problemas con los hijos u otros

familiares), 88 (muerte en los dos últimos años de padres, hijos o pareja) y 89 (conflictos laborales importantes).

c) La variable 143 (Apéndice G) que resume los factores de riesgo desde un punto de vista médico y que se ha mostrado discriminativa a tal efecto (Domingo, Figueras, Lupón, Permanyer y Soler, 1987).

En la Tabla 25 presentamos las correlaciones entre las funciones canónicas y las variables discriminantes. Como se observa son las variables Rorschach, especialmente el X+%, las que mejor discriminan.

Tabla 25

Correlaciones entre las funciones canónicas discriminantes y las variables discriminativas

Variables discriminativas	Función 1	Función 2
X+%	.62	- .39
H	.58	.27
M	.56	.06
P	.39	- .08
F. de R. médicos	.29	.33
F. de R. psíquicos	- .20	.56

El porcentaje de casos correctamente clasificados es del 55.10%, menor que el que conseguíamos utilizando las variables Rorschach. Estos resultados, que deberían ser confirmados con estudios más amplios, sugieren en todo caso que el Rorschach es muy sensible a las características de personalidad que se asocian a una buena/mala evolución del paciente, y confirmaría las hipótesis a favor del carácter determinante de los factores psíquicos en esta evolución.

3.3.10. Valor predictivo de Lambda y número de respuestas.

Aunque los resultados anteriores hacían poco probable el carácter predictivo del **Lambda** y número de respuestas, para comprobar la tercera hipótesis dividimos los protocolos en dos grupos:

- a) Protocolos con un **Lambda** superior a 1.2 y con más de 13 respuestas
- b) Resto de protocolos

A partir de las variables de la segunda entrevista dividimos la muestra en sujetos con evolución positiva y sujetos con evolución negativa. Consideramos como evolución positiva a los que presentan de 0 a 3 complicaciones y como evolución negativa a los que presentan de 4 a 7 (ver variable 123). El número de sujetos para cada categoría se presentan en la Tabla 26.

Tabla 26

Diferencias en la presencia de conflictos durante los tres meses posteriores al infarto de dos grupos de sujetos con diferente R y Lambda

	Evolución positiva a los 3 meses	Evolución negativa a los 3 meses	No acuden a la segunda entrevista
R>13 L>1.2	7	2	7
Resto protocolos	17	10	7

Hemos calculado χ^2 que tiene un valor = 3.46. Tomando niveles de confianza tanto del 1% (9.21) como del 5% (5.99), debemos aceptar la hipótesis de independencia. Por lo tanto rechazamos la hipótesis de que exista una relación entre un número de respuestas adecuado y un **Lambda** alto y la presencia de un mayor número de trastornos en la evolución de estos

pacientes. Este resultado, sin embargo, no ofrece garantías, porque no se cumple el requisito de que las frecuencias teóricas sean superiores a 5.

Hemos considerado en segundo lugar la evolución desde el punto de vista médico, tratando de verificar si los sujetos del grupo a) tienen más complicaciones. Presentamos el número de sujetos para cada categoría en la Tabla 27. Teniendo en cuenta que tampoco en este caso se cumple el requisito de que las frecuencias teóricas sean superiores a 5, no se confirma nuestra hipótesis. En este caso $\chi^2 = 1.96$, menor a los valores apuntados anteriormente y por lo tanto concluimos que los sujetos del grupo a) no presentan más complicaciones que el resto.

Tabla 27

Diferencias en la evolución del estado físico al año del infarto de dos grupos de sujetos con diferente R y Lambda

	Asintomático	Complicaciones leves	Complicaciones graves y muerte
R>13 L>1.2	7	6	3
Resto protocolos	10	20	4

4. Discusión de resultados.

A partir del análisis de los datos aportamos algunos resultados a los objetivos propuestos. Trataremos de exponer las conclusiones refiriéndolas a las hipótesis formuladas y haremos a continuación referencia a las consecuencias terapéuticas que se derivan de estos datos.

Se confirma la hipótesis de que estos sujetos presentan un perfil distinto de la población general, diferencia que se aprecia tanto en el momento del ataque como a los tres meses, cuando el efecto de la hospitalización sobre los resultados debería haber desaparecido. El perfil en este segundo momento difiere poco del primero.

Se confirman todas las características que hipotetizamos sobre ideación, características del afecto, procesamiento de la información, recursos adaptativos y percepción interpersonal, en ambas pruebas. Son poco productivos y con escasa capacidad ideacional. Su respuesta afectiva está restringida y cuando se produce es impulsiva y poco controlada por procesos cognitivos. Son simples y concretos en el procesamiento de la información, evitan respuestas complejas y niegan la existencia de demandas internas o externas. Sus recursos adaptativos son limitados y muestran poco interés en las relaciones interpersonales.

Además de estas características observamos otra de especial importancia: tienen evidentes problemas en percibir de forma precisa y convencional los estímulos. Su percepción de la realidad es excesivamente personal y/o distorsionada para ser adaptativa.

Los resultados son parecidos a los observados por autores que defienden la existencia de un perfil psicossomático en el Rorschach (expuesto en el apartado 2.1.1.6.) excepto en las variables de convencionalidad y precisión perceptiva. Quizás esto sea debido a que los estudios de la mayoría de estos autores se hicieron con sistemas distintos del Sistema Comprensivo y creemos que todos ellos tienen formas más subjetivas de evaluar el nivel formal de las respuestas. Nuestros resultados coinciden, en cambio, con los hallados por Acklin (1988) usando el sistema Comprensivo en cuatro muestras de enfermos psicossomáticos. Coincide también

con este trabajo el alto porcentaje de ambientes en nuestra muestra.

En contra de nuestra hipótesis no existen diferencias entre el primer y segundo Rorschach en cuanto al estrés situacional. La preocupación por la enfermedad parece tomar más la forma de una disminución de la autoestima y la restricción del campo de sus intereses a su estado físico, pero no aparecen signos claros ni de depresión ni de estrés.

Estos resultados contrastan con las observaciones hechas durante la entrevista con alguno de los sujetos. Creemos que en parte esto es debido a que ciertos signos de depresión no son adecuadamente recogidos por el DEPI del Sistema Comprensivo. Quizás son formas que responderían más al CDI recientemente introducido por Exner (1989) y que no hemos utilizado en esta muestra. Llama la atención, sin embargo, que dada la gravedad de la situación y el evidente riesgo de muerte, estos sujetos logran mantenerse poco conscientes de la situación. Esta falta de autoconsciencia puede actuar por un lado como una defensa adecuada dado su estado físico, ya que una mayor preocupación aumentaría el riesgo de complicaciones; pero por otra parte representa un peligro, ya que negar la gravedad de la situación les hace ser menos respetuosos con el seguimiento del tratamiento. Nuestra impresión al respecto, es que muchos de ellos siguen el tratamiento en la medida que se adecúa a sus intereses. Esto es especialmente cierto en cuanto a la reanudación del trabajo y de las relaciones sexuales; parecen tener poco en cuenta el consejo médico en ambas recomendaciones.

El perfil anterior al infarto inferimos que puede ser parecido al de este segundo Rorschach en el que se mantendrían las características apuntadas sobre ideación, afecto, procesamiento de la información, recursos adaptativos, percepción interpersonal y contacto con la realidad, pero en el que ha desaparecido la preocupación corporal y se ha recuperado la autoestima, siendo ahora similar a la de los grupos normativos. Cleveland y Johnson (1962) obtienen resultados semejantes a los nuestros al analizar la autoestima.

No se confirma la hipótesis de que un adecuado número de respuestas y un Lambda alto predigan más complicaciones físicas ni psíquicas. Hay dos variables

que predicen, en cambio, la evolución post-infarto tanto en el primer como en el segundo test: M y X+%. Los sujetos con más recursos ideacionales y con un mejor contacto con la realidad son los que evolucionan peor. Podríamos deducir que los sujetos que son capaces de percibir su situación adecuadamente y de reflexionar sobre ella son los que tienen un peor pronóstico. Otros autores han señalado la necesidad de la negación para la supervivencia en enfermos graves (Levine y Zigler, 1975).

Estos resultados pueden ir en la misma dirección que el polémico artículo de Ragland y Brand (1988) al observar que tras un primer ataque los sujetos B mueren más que los A. Aunque resulta difícil establecer un paralelismo entre las categorías diagnósticos del Rorschach y las del tipo A-B, probablemente los tipo B responden más a estas características. Este resultado sugiere proseguir esta investigación en dos sentidos. En primer lugar seguir la evolución de estos sujetos a los 5 y a los 10 años; en segundo lugar iniciar un nuevo trabajo con una muestra a la que aplicáramos tanto la Entrevista Estructurada, como el Rorschach.

De los resultados anteriores pueden deducirse algunas orientaciones terapéuticas para estos pacientes.

La primera de ellas es que se trata de un grupo difícilmente tratable. El Rorschach revela la ausencia de los indicadores que consideramos positivos para ser "un buen paciente", mientras constata la presencia de varios indicadores negativos. Otros autores han señalado como frustran al psicoterapeuta por su falta de exploración de los sentimientos y la conveniencia de ser tratados en grupos de apoyo o educativos (Blanchard y Miller, 1977).

La segunda sería que parece importante no emplear técnicas terapéuticas de "descubrimiento". Hay indicios de que la mayor conciencia de su situación no los ayuda, sino que agrava su estado físico. Dado que la supervivencia es el objetivo principal, no parece adecuado forzar un mejor conocimiento de sí mismos. Hemos observado en muchos de los pacientes una actitud de revisión y balance de su vida, a la que quizás se entregan por primera vez, que les predispone al tratamiento (hecho observado por varios autores entre ellos Friedman, Thoresen y Gill, 1981). En

sujetos sin patología orgánica consideraríamos que, dadas sus características habituales, están en un buen momento para iniciar un tratamiento, pero en este caso no parece adecuado aprovechar esta predisposición. Parece más adecuado la utilización de técnicas de apoyo o directivas con dos objetivos:

A) Modificar los factores de riesgo como el tabaquismo, sedentarismo etc., tarea en la que algunos autores encuentran pocas posibilidades de éxito (Rahe, Ward y Hayes, 1979).

B) Mejorar su calidad de vida al ayudarles a resolver los numerosos trastornos desencadenados por la enfermedad, pero no causados por ella, y que conducen en muchos casos a una invalidez injustificada desde el punto de vista de su estado físico.

Nuestros datos sugieren que las variables psicológicas son determinantes en la evolución de estos pacientes. De estas variables psicológicas, son las relacionadas con características estables de la personalidad (evaluadas a través del Rorschach) y no la historia personal del sujeto (que correspondería a la tradicional evaluación de acontecimientos vitales) las más discriminativas. Si bien suscribimos la afirmación de Booth-Kewley y Friedman (1987) con que iniciábamos este trabajo, nuestros resultados son claramente confirmatorios de la importancia de los componentes psicológicos, si no en la etiología, por lo menos en la evolución de estos pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- Acklin, M. W., & Alexander, G. (1988). Alexitymia and somatization. A Rorschach study of four psychosomatic groups. The Journal of Nervous and Mental Disease, 179 (6), 343-350.
- Alfredson, L., Karasek, R., & Theorell, T. (1982). Myocardial infarction risk and psychosocial work environment: an analysis of the male swedish working force. Social Science Medicine, 16 (4), 463-467.
- Arlow, J. A. (1945). Identification mechanisms in coronary occlusion. Psychosomatic Medicine, 7, (4), 195-209.
- Bash, K. W. (1986). Psychosomatic Diseases and the Rorschach test. Journal of Personality Assessment, 50 (3), 350-357.
- Beck, S. J. (1967). Le test de Rorschach. Paris: PUF.
- *Bisquerra, R. (1989). Introducción conceptual al análisis multivariable. Un enfoque informático con los paquetes SPSS-X, BMDP, LISREL y SPAD. Barcelona: PPU.
- Blanchard, E. B., & Miller, S. T. (1977). Psychological treatment of cardiovascular disease. Archives General Psychiatry, 34 (12), 1402-1413.
- Blatt, S. J., & Feirstein, A. (1977). Cardiac response and personality organization. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 111-123.
- *Bohm, E. (1968). Manual del psicodiagnóstico de Rorschach. Madrid: Morata.
- Booth, G. (1946). Organ function and form perception. Use of the Rorschach method with cases of chronic arthritis, parkinsonism and arterial hypertension. Psychosomatic Medicine, 8 (6), 367- 385).
- Booth-Kewley, S., & Friedman, H.S. (1987). Psychological predictors of heart disease: A quantitative review. Psychological Bulletin, 101 (3), 343-362.

- Boss, M. (1961). Psychosomatics and existentialism. Proceedings, Toronto: University of Toronto Press, 1964. Reprinted from: 3th World Congress of Psychiatry Montreal, 1961
- Bruhn, J. G., Chandler, B., Miller, M. C., Wolf, J., & Lynn, T. N. (1966). Social aspects of coronary heart disease in two adjacent ethnically different communities. American Journal of Public Health, 56 (1), 1493-1506.
- *Burde, L. y Sorribas, E. (1987). El aparato psíquico en los enfermos psicossomáticos. Rorschachiana, 16, 259-260.
- Byrne, D.G., & Whyte, H.M. (1980). Life events and myocardial infarction revisited: the role of measures of individual impact. Psychosomatic medicine, 42 (1), 1-10.
- *Campo, V. (1988). Los niños y el Rorschach: Aspectos clínicos. Investigación y aplicación. Valencia: Promolibro.
- Campo, V., & Jachevasky, L. (1981). Children's bodies: on the meaning of the absence of anatomy responses in children with bodily manifestations. Rorschachiana, 16, 78.
- Casscells, W., Evans, D. De Silva, R., & Davies, J. E. (1980). Retirement and coronary mortality. Lancet, 14, 1980.
- Cassell, W.A. (1964). A projective index of body-interior awareness. Psychosomatic medicine, 26 (2), 172-177.
- Cassell, W.A. (1965). Body perception and symptom localization. Psychosomatic medicine, 27 (2), 171-176.
- Cassell, W. A. (1971). Anatomical Rorschach responses and death symbolism. British Journal of Projective Psychology, 24 (1), 7-16.
- Cassell, J. C., Heyden, S., & Bartel, A. G. (1971). Incidence of coronary heart disease by ethnic groups, social class and sex. Asch. Intern Medicine, 128, 901-906.

- *Cay, E. L., Vetter, N., Philip, A., & Dugard, P. (1973). Return to work after a heart attack Journal of Psychosomatic Research, 17, 231-243.
- Cleveland, S. E., & Fisher, S. (1960). A comparison of psychological reactivity in ulcer and rheumatoid arthritic groups: Psychological measures. Psychosomatic Medicine, 22, 283-289.
- Cleveland, S. E., & Johnson, D. L. (1962). Personality patterns in young males with coronary disease. Psychosomatic Medicine, 24 (6), 600-610.
- *Collet, L., & Lester, D. (1969). The fear of death and the fear of dying. The Journal of Psychology, 72, 179-181.
- Comstock, G.W., & Partridge K.B. (1972). Church attendance and health. Journal of Chronic Disease, 25, 665-672.
- Crisp, A. H. Queenan, M. y D'Souza, M. F. (1984). Infarto de miocardio y estado emocional. Lancet, 5 (91), 65-68.
- Cuissard, A. (1965). El test de Rorschach e imagen corpórea en el infarto de miocardio. Comunicación presentada a las Primeras Jornadas de Psicodiagnóstico de Rorschach, Buenos Aires.
- Chandra, V., Szklo, M., Goldberg R., & Tonascia J. (1983). The impact of marital status after an acute myocardial infarction: a population-based study. American Journal of Epidemiology, 117, 320-325.
- Chiriboga, D.A. (1977). Life event weighting systems: a comparative analysis. Journal of Psychosomatic Research, 21, 415-422.
- Christenson, W. N., & Hinkle, L. E. (1961). Difference in illness and prognostic signs in two groups of young men. Journal of the American Medical Association, 177-247.
- Cureton, E., & D'Agostino, R. (1983). Factor analysis. An applied approach. Hillsdale, N.J.: LEA.

- Defourny, M., Timsit, M., & Dongier, M. (1972). Comparative study of 15 patients with coronary angina and 30 patients with myocardial infarction through the Rorschach test. Revue de Medicine Psychosomatique et de Psychologie Medicale, 14 (2), 157-169.
- Del Valle y Aldabalde, R. (1923). Address before the National Academy of Medicine of Spain in 1923 (abstrac) Journal of the American Medical Association, 81, 57
- Domingo, E., Figueras, J., Lupon, J., Permanyer, G. y Soler, J. (1987). In-hospital identification of low risk patients after first miocardial infarction. European Heart Journal. 8, 188
- Dunbar, H. F. (1943). Psychosomatic Diagnosis. New York: Hoeber.
- Dunbar, (1947). Emotions and bodily changes. New York: Columbia.
- Eaker, E. D., & Castelli, W. P. (1988). Type A behavior and mortality from coronary disease in the Framingham study. The New England Journal of Medicine, 319 (22), 1480-C
- Eithoven, W. (1903). Ein Neues Galvanometer. Ann. Physik, 12, 1059.
- Exner, J. E. (1974-1978). The Rorschach: A Comprehensive System. Volume 1 and 2. New York: Wiley.
- *Exner, J. E. (1978). Sistema Comprensivo del Rorschach (3 vols.). Madrid: Pablo del Río.
- Exner, J. E. (1985). A Rorschach workbook for the Comprehensive System. Bayville. New York: Rorschach Workshops.
- Exner, J. E. (1986). The Rorschach: A Comprehensive System. Volume I, Basic Foundations. (2^o ed.). New York: JohnWiley & Sons.
- Exner, J. E. (1989). 1989 Alumni Newsletter. Ashenville, NC: Rorschach Workshops.

- Exner, J. E., Armbruster, G. L., Walker, E. J., & Cooper, W. H. (1975). Anticipation of elective surgery as manifest in Rorschach records. Workshops Study N^o 213 (unpublished), Rorschach Workshops.
- Exner, J. E., Thomas, E. A., Cohen, J. B., Ridgeway, E. M., & Cooper, W. H. (1981). Stress indices in the Rorschachs of patients recovering from myocardial infarctions. Workshops Study N^o 286 (unpublished), Rorschach Workshops.
- Exner, J. E., Thomas, E. A., & Cohen, J. B. (1983). The temporal consistency of test variables for 50 nonpatient adults after 12 to 14 months. Workshops Study, N^o 281, (unpublished). Rorschach Workshops.
- Exner, J. E., Thomas, E. A., & Martin, L. S. (1980). Alterations in G. S. R. and cardiac and respiratory rates in introvertives and extratensives during problem solving. Workshops Study N^o 272. (unpublished), Rorschach Workshops.
- *Feifel, H., Freilich, J., & Hermann, L. J. (1973). Death fear in dying heart and cancer patients. Journal of Psychosomatic Research, 17, 161-166.
- Fisher, S. (1963). A further appraisal of the body concept. Journal of Consulting Psychology, 27, 62-74.
- Fisher, S. (1970). Body experience in fantasy and behaviors. New York: Appleton Century.
- Fisher, S. (1986). Development and structure of the body image. New Jersey: LEA. Hillsdale.
- Fisher, S., & Cleveland, S.E. (1958). Body image and personality. Princeton: Van Nostrand.
- Friedman, N. (1988). Type A behavior and mortality from coronary heart disease. The New England Journal of Medicine, 319 (2), 114-C.
- Friedman, M., & Rosenman, R. M. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. Journal of the American Medical Association, 169, 1286-1296

- Friedman, M., Thoresen, C. E., & Gill, J.J. (1981). Type A Behavior; Its possible role, detection and alteration in patients with ischemic heart disease. Update V The Heart. J. Willis Hurst Editor. N.Y. Toronto: Mc Graw-Hill. Book Company.
- Galán, F. (1988). Estudio de un grupo de obesos mediante el test de Rorschach. Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos, 1, 39-46
- García, S. y Wulff, J. (1984). Psicobiología de la cardiopatía isquémica. (I). Jano, 603, 35-48.
- Garrity, T.F., Marx, M.B., & Somes, G.W. (1977). The influence of illness severity and time since life change on the size of the life change-health change relationship. Journal of Psychosomatic Research, 21, 377-388.
- Grant, I., Sweetwood, H., Gerst, M.S., & Yager, J. (1978). Scaling procedures in life events research. Journal of Psychosomatic Research, 22, 525-530.
- *Grant, I., Sweetwood, H., & Yager, J. (1978). Patterns in the relationship of life events and psychiatric symptoms over time. Journal of Psychosomatic Research, 22, 183-191.
- Graves, P. L., & Thomas, C. B. (1981). Themes of interaction in medical students' Rorschach responses as predictors of midlife health or disease. Psychosomatic Medicine, 43 (3), 215-225.
- Haley, E. M., Draguns, J. G., & Phillips, L. (1967). Studies of Rorschach content: a review of research literature. Part II: Non-traditional use of content indicators. Journal of Projective Techniques & Personality Assessment, 31 (2), 3-38.
- Heberden, W. (1772) Some account of a disorder of the breast Medical Transactions of the College of Physicians (London), 2, 59-67
- Henry, J. P., & Stephens, P. M. (1977). Stress, health and the social environment. A sociobiologic approach to medicine. New York: Springer-Verlag.

- Holmes, TH., & Rahe, RH. (1967). The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Research, 11, 213-218.
- Holroyd, K. A. (1979). Stress, coping, and the treatment of stress-related illness: in J. R. McNamara (Ed.). Behavioral Approaches to Medicine. Application and Analysis. New York: Plenum Press.
- Horowitz, M., Schaefer, C. Hiroto, D., Wilner, N., & Levin, B. (1977). Life event questionnaires for measuring presumptive stress. Psychosomatic Medicine, 39 (6), 413-431.
- Hull, D. (1977). Life circumstances and physical illness: a cross disciplinary survey of research content and method for the decade 1965-1975. Journal of Psychosomatic Research, 21, 115-139.
- *Hurst, M. W., Jenkins, C. D., & Rose, R. M. (1978). The assessment of life change stress: A comparative and methodological inquiry. Psychosomatic Medicine, 40 (2), 126-141.
- Jacobs, T. P. (1951). The initial attack of acute myocardial infarction. Ann. Inn. Med. 34, 114.
- Kamieniecki, H. (1977). Utilisation du test de Rorschach dans une étude portant sur la personnalité des hypertendus. Rorschachiana, 15, 17-18.
- Kannel, W. B., McGee, D., & Gordon, T. (1976). A general cardiovascular risk profile: The Framingham study. American Journal of Cardiology, 38 (1), 46-51.
- Kemple, C. (1945). Rorschach method and psychosomatic diagnosis. Psychosomatic Medicine, 7 (1), 85-89.
- Keys, A. (1970). Coronary heart disease in seven countries. Circulation 1970, 41 (supl. 1), 1-12.
- *Kerlinger, R. N. (1979). Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento. México D.F.: Interamericana.
- *Kertész, R., & Mannini, D. O. (1968). Projective techniques in Psychopharmacology and Psychosomatics. Rorschachiana, 9, 210-215.

- *Klopfer, B. (1974). Técnica del psicodiagnóstico de Rorschach (3ª ed.). Buenos Aires: Paidós.
- *Laguesse-Leluron, J. et Timsit, M. (1979). Contribution à l'étude de la personnalité de patients atteints de maladie de Crohn à l'aide du test de Rorschach. Revue de Médecine Psychosomatique et de Psychologie Médicale, 21 (3), 277-298.
- *Lee, Ch. Innes, J.M. (1983). Type A behavior pattern, time urgency and arrival time: a replication. Perceptual and Motor Skills, 56 (1), 177-178.
- Levine, J. & Zigler, E. (1975). Denial and self-image in stroke, lung cancer, and heart disease patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43 (6), 751-757.
- Lewis, T. (1911) The mechanism of the heart beat. London: Shaw & Sons.
- Litvinoff, N. (1982). Psicoanálisis del enfermo cardíaco. Buenos Aires: Homo Sapiens.
- Llano, J. del, Díez, M. y Saladero, M. T. (1988). Aproximación a la salud en España. Medicina Clínica, 91 (3), 101-104.
- *Lloyd, G. (1981). A personal reading list in Psychosomatic Medicine. Journal of Psychosomatic Research, 25 (40), 247-253.
- Marmot, M. G., Adelstein, A. M., Robinson, N., & Rose, G. A. (1978). Changing social class distribution of heart disease. British Medical Journal, 2, 1109-1112.
- Marmot, M. G., & Syme, S. L. (1976). Acculturation and coronary heart disease in japanese americans. American Journal of Epidemiology, 104, 225-247.
- Martinez, A., García, S., Fuste, R., Fábregas, M. E. y Menchón, J. M. (1983). Aspectos psicosociales de la cardiopatía isquémica. Medicine, 52, 3432-3438. Madrid.
- Marty, P. David, C. et de M'Uzan, M. (1963). L'investigation psychosomatique. Paris: P.U.F.

- Marty, P., et De M'Uzan, M. (1963). La pensée opératoire. Revue Française de Psychoanalysis, 27, 345-356.
- Mackenzie, J. (1902) The study of the pulses. London: Young J. Pentland.
- Maschewsky, W. (1982). The relation between stress and myocardial infarction: a general analysis. Social Science Medicine, 16 (4), 455-462.
- Masuda, M., & Holmes, T.H. (1978). Life events: perceptions and frequencies. Psychosomatic Medicine, 40 (3), 236-261.
- *Max, G. (1985). Rorschach e psicomatica: un approccio epistemologico. Symposium Personalità e psicomatica. Torino.
- Mayou, R.A., Foster, A., & Williamson, B. (1978). Psychological and social effects of myocardial infarction on wives. British Medical Journal, 1, 669.
- *Mayou, R., Williamson, B., & Foster, A. (1978). Outcome two months after myocardial infarction. Journal of Psychosomatic Research, 22 (5), 439- 455.
- *Mayou, R. (1979). The course and determinants of reactions to myocardial infarction. British Journal of Psychiatry, 134, 588-594.
- *McCrea, C. W., Summerfield, A.B., & Rosen, B. (1982). Body image: A selective review of existing measurement techniques. British Journal of medical Psychology, 55, 225-233.
- *McDougall, J. (1974). The psychosoma and the psychoanalytic process. International Review of Psychoanalysis. 1, 437-459.
- Melon, J. (1978). Réflexions sur la structure psychosomatique et son approche a partir des tests de Rorschach et de Szondi. Bulletin de la Société Française du Rorschach et des Méthodes Projactives, (31), 41-51.
- Menninger, K. A., & Menninger, W. C. (1936). Psychoanalytic observations in cardiac disorders. American Heart Journal, 11, 10-21

- Miles, H. W., Waldfogel, S., Barrabee, E., & Cobb, S. (1954). Psychosomatic study of 46 young men with coronary artery disease. Psychosomatic Medicine, 16 (6), 455-477.
- *Miller, P., Ingham, J., & Davinson, S. (1976). Life events symptoms and social support. Journal of Psychosomatic Research, 20, 515-522.
- *Morali-Daninos, (1978). Médecine psychosomatique et méthodes projectives. Bulletin de la Société Française du Rorschach et Méthodes Projectives, 31, 7-9.
- *Nagle, R. Gangola, R. & Picton-Robinson, I. (1971). Factors influencing return to work after myocardial infarction. Lancet, 2, (7722), 454-456.
- Navarro, F., Caminal, J., Oriol, A., Soler, J., Esplugas, E., Masiá, R., Roca, J., Corrons, J., Caralps, J. M. y Balaguer, I. (1988). Registro de pacientes con infartos de miocardio y anginas inestables hospitalizados en Barcelona (I). La demanda asistencial. Revista Española de Cardiología. 41 (1), 3-10.
- Navarro, F., Caminal, J., Oriol, A., Soler, J., Esplugas, E., Masiá, R., Roca, J., Corrons, J., Caralps, J. M. y Balaguer, I. (1988). Registros de infartos de miocardio y anginas inestables hospitalizadas en Barcelona (II). La calidad de la asistencia comunitaria. Revista Española de Cardiología, 41 (2), 70-77.
- *Norusis, M. (1985). SPSS-x. Advanced statistics guide. Chicago: McGraw-Hill.
- Osler, W. (1910) The limlein lectures on angina pectoris. Lancet, 1, 839.
- Osler, W. (1896) Lectures on angina pectoris and allied states. New York Medical Journal. 4, 224.
- Osler, W. (1897) Lectures on angina pectoris and allied states. New York: Appleton.
- Ostfeld, A.M., Lebovits, B., Shekelle, R.B. & Paul, O. (1964). A prospective study of the relationship between personality and coronary heart disease. Journal of Chronic Disease. 17, 268.

- Paffenbarger, R. S., & Hale, W. E. (1975). Actividad laboral y mortalidad por enfermedades cardiocoronarias. New England Journal of Medicine, 9 (102), 9-17.
- Papageorgiou, C. Anthopoulos, L. Mitsimbounas, D., Kontou, E., Urouchos, G., benrubi, M., & Moulopoulos, S. (1981). Relation of personality and emotional factors to myocardial ischemia, methodology and firts observations. Psychoterapy and Psychosomatics. 36 (2), 92-97.
- Parkes, C.M., Benjamin, B., & Fitzgerald R. (1969). Broken heart: a statistical study of increase of mortality among widows. British Medical Journal, 1, 740.
- Paykel, E.S. (1983). Methodological aspects of life events research. Journal of Psychosomatic Research, 27 (5), 341-352.
- Payne, R.L. (1975). Recent life changes and the reporting of psychological states. Journal of Psychosomatic Research, 19, 99-103.
- Price, V. (1982). The type A behavior pattern: A model for research and practice. New York: Academic Press.
- Ragland, D. R., & Brand, R. J. (1988). Type A behavior and mortality from coronary heart disease. The New England Journal of Medicine, 318 (2), 65-69.
- Rahe, R.H., Ward, H.W., & Hayes, V. (1979). Brief group therapy in myocardial infarction rehabilitation: three-to-four-year follow-up of a controlled trial. Psychosomatic Medicine, 41 (3), 229-242.
- Rausch de Traubenberg, N., Javal, I. et Rivenq, F. (1963). Les techniques projectives en médecine psychosomatique: étude psychologique d'un groupe de sujets atteints d'hypertension essentielle. Rorschachiana, 8, 218-232.
- Ray, J. J., & Simons, L. A. (1982). Is authoritarianism the main element of the coronary-prone personality?. British Journal of Medical Psychology, 55, 215-218.

- Rime, B., & Bonami, M. (1979). Overt and covert personality trait associated with coronary heart disease. British Journal of Medical Psychology, 52 (1), 77-84.
- Rofman, C. (Ed.) (1982). Tratado de medicina interna. (10 ed. rev.). Barcelona: Marin S.A.
- Rosenman, R. H., Brand, R. J., Jenkins, C. D., Friedman, M., Straus, R., & Wurm, M. (1975). Coronary heart disease in the western collaborative group study: Final follow-up experience of 8 1/2 years. Journal of the American Medical Association, 233 (8), 872-877.
- Rosenman, R. H., Friedman, M., Straus, R., Wurm, M., Kositchek, R., Calif, B., Hahn, W., & Werthessen, N. T. (1964). A predictive study of coronary heart disease. Journal of the American Medical Association, 189 (1), 15-22.
- *Ross, W. D. (1945). The Rorschach performance with neurocirculatory asthenia. Psychosomatic Medicine, 7, 81-84.
- Russek, H. L. (1959). Role of heredity, diet and emotional stress in coronary heart disease. Journal of the American Medical Association, 171, 503-508.
- Russek, H. L. (1960). Emotional stress and coronary heart disease in american physicians. American Journal of Medical Sciences, 240, 711-721.
- Safar, M. E., Kamienecka, H. A., Levenson, J. A., Dimitriu, V. M., & Pauleau, N. F. (1978). Hemodynamic factors and Rorschach testing in borderline and sustained hypertension. Psychosomatic Medicine, 40 (8), 620-630.
- *Sanchez Carrión, J.J. (ed.) (1984). Introducción a las técnicas de análisis multivariable aplicadas a las ciencias sociales. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- *Sattler, J. M. (1968). An existential-phenomenological approach to projective techniques. Rorschachiana, 9, 971-975.
- *Schafer, R. (1954). Psychoanalytic interpretation in Rorschach testing. New York: Grune & Stratton.

- Sendin, C. (1986). Datos normativos para el test de Rorschach en sujetos españoles. Tesis Doctoral no publicada, Universidad Complutense de Madrid.
- *Serrate, A. (1965). Les réponses anatomiques et la situation d'examen aux tests d'interprétation des formes. VI Congrès International du Rorschach et des Méthodes Projectives, Paris.
- Siegel, J.M., Johnson, J.H., & Sarason, I.G. (1978). Mood states and the reporting of life changes. Journal of Psychosomatic Research, 23, 103-108.
- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. Psychoterapy and Psychosomatics, 22, 255-262
- Skerritt, P.W. (1983). Anxiety and the heart - a historical review. Psychological Medicine, 13 (1), 17-25.
- Syme, S. L. (1964). Some social and cultural factors associated with the occurrence of coronary heart disease. Journal of Chronic Diseases, 17, 277-280.
- Tait, C.D., & Ascher, C. (1955). Inside of the body test: A preliminary report. Psychosomatic Medicine, 17 (2), 139-148.
- *Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. The Journal of General Psychology, 82, 165-177.
- Tennant, CH., & Andrews, G. (1978). The cause of life events in neurosis. Journal of Psychosomatic Research, 22, 41-45.
- Theorell, T. (1979). Life events and disease: psychosocial precipitation of episodes of clinical coronary heart disease. Journal of Psychosomatic Research, 23 (6), 403-404.
- Timsit, M. (1978). Test de Rorschach et pathologie psychosomatique. Bulletin de la Société Française du Rorschach et des Méthodes Projectives, 31, 11- 31.
- Timsit, M. (1982). Stress et pathologie psychosomatique. Acta Psychiatrique Belge. 82, 565-588.

- *Totman, R. (1978) What makes 'life events' stressful? a retrospective study of patients who have suffered a first myocardial infarction. Journal of Psychosomatic Research, 23, 193-201.
- *Valdés, M. y de Flores, T. (1985). Psicobiología del estrés. Barcelona Martinez Roca.
- *Valdés, M., de Flores, T. y García, S. (Comp.) (1988). Estrés y cardiopatía coronaria. Barcelona: Alamex.
- *Valbuena, A., Perez de los Cobos, J., Sopelana, P., Carcedo, M. C. y Lozano, M. (1985). Factores psicosociales, acontecimientos vitales y personalidad en 128 enfermos de cardiopatía isquémica en proceso de rehabilitación. Psiquis, 6 (5), 178-184.
- Van der Valk, J. M., & Groen, J. J. (1967). Personality structure and conflict situation in patients with myocardial infarction. Journal of Psychosomatic Research, 11, 41.
- Vaz, C. E., Barros, G. P. e Conte, M. P. (1985). O Rorschach em hipertensao arterial. Boletim de Psiquiatria, 18 (1,2), 46-47.
- *Viglione, D. J., & Exner, J. E. (1983). The effects of state anxiety and limited social-evaluative stress on the Rorschach. Journal of Personality Assessment, 47 (2), 150-154.
- Weiss, E., & English, O. S. (1949). Psychosomatic Medicine (2nd ed.) Philadelphia: Saunders.
- Weiss, A. A., & Winnik, H. Z. (1963). A contribution to the meaning of anatomy responses on the Rorschach. Israel Annual of Psychiatry, 1, 265-267.
- White, P. D. (1951). Heart Disease. (ed. 4) New York, Macmillan.
- *Whitehead, W. E., Fedoraviciu, A. S., Blackwell, B., & Wooley, S. (1979). A behavioral conceptualization of psychosomatic illness: Psychosomatic symptoms as named responses. In McNamara, J. R. (ed.) Behavioral approaches to Medicine: Application and analysis. New York: Plenum Press.

Williams, R.B. Jr. (1981). Behavioral factors in cardiovascular disease: an Update. In Update V the Heart. J. Willis Hunst editor. New York: McGraw-Hill.

*Wright, L. (1977). Conceptualizing and defining psychosomatic disorders. American Psychologist, 32 (8), 625-628.

Young, L.D., Barboriak, J.J., Anderson, A.A., & Hoffman, R.G. (1980). Attitudinal and behavioral correlates of coronary heart disease. Journal of Psychosomatic Research, 24 (6), 311-318.

Nota Las referencias marcadas con * han sido consultadas aunque no están citadas en el texto.

APENDICE A

RORSCHACH Y PSICOSOMATICA, RECOPIILACIONES

<u>Autor</u>	<u>Conclusiones</u>	Correspondencia aproximada con el S. Comprensivo
Bash, K.W. (1986)	Coartación del EB Disminución de respuestas de movimiento Disminución de respuestas de color adaptativas Poca originalidad y espontaneidad Rígido control formal	EB M+FM+m FC CF+C X+%; F+%
Beck, S.J. (1967)	Yo vigilante (F+ elevado) Afectos violentos (C y CF) Limitación de la imaginación como moderador interno (disminución de M) Manifestación del conflicto en la somatización (aumento de anatómicas)	X+%; F+% FC CF+C M An
Melon, J. (1978)	Desconocimiento de la realidad psíquica (ausencia de kinestesias y respuestas complejas) Aferrado a la realidad externa (aumento de F+ y Ban) Ausencia de compromiso entre las exigencias pulsionales y las del yo (oposición F+ & elevado / CF+C FC) Falta de límites del yo y de la imagen corporal (ausencia de kinestesias y de contenido humano, presencia de anatómicas)	M+FM+m; DQ+; Blends X+%; F+%; P X+%; F+% / CF+C FC M+FM+m; H+(H)+Hd+(Hd) An
Timsit, (1978)	Ausencia de un perfil específico	

APENDICE B

RORSCHACH E HIPERTENSION

Autor	Muestra	Sistema	Conclusiones	Correspondencia aproximada con el S. Comprensivo
Booth, G. (1946)	60 hipertensos 60 controles	Rorschach y categorías propias	Limitadas al análisis simbólico	
Kamieniecka, H. (1977)	54 hipertensos 18 normotensos	Escuela francesa	Disminución del índice de ansiedad An+Hd+Sg+Sx	An+Hd+Bl+Sx
Kemple, K. (1945)	sin datos	Rorschach	Intratensivos Conflicto tendencias opuestas Competitivos y ambiciosos Autoconfiados Control emocional Defensas obsesivo-compulsivas	EB 3r+(2)/R FC CF+C OBS
Rausch de T., N. Javal, I. et Riveng, F. (1963)	25 hipertensos neuróticos 25 hipertensos no neuróticos 25 psicósomáticos diversos 25 psiconeuróticos diversos	Escuela francesa	Pocas respuestas F% bajo Menos Db1	R Lambda S
Safar, M., Kamieniecka, H., Levenson, J., Dimitriu, V. and Pauleau, N. (1978)	18 hipertensos borderline 36 hipertensión esencial 18 normales	Beck	Los hipertensos esenciales: Aumento de populares Aumento de globales y disminución de detalles Aumento de formas puras Disminución contenido humano Aumento de contenido animal Aumento del índice ansiedad	P W:D F H+Hd+(H)+(Hd) A+Ad+(A)+(Ad) An+Sx+Bl
Vaz, C.E., Barros, G.P.de, Conte, M.P. (1985)	22 hipertensos 22 controles	Sin datos	Aumento contenido animal Aumento anatómicas Aumento de sombreado Aumento de fenómenos específicos (mutilación y sentimientos incapacidad) Disminución movimiento humano Disminución color cromático	A+(A)+Ad+(Ad) An T,Y,V MOR (ampliado) M FC+CF+C

RORSCHACH E INFARTO DE MIOCARDIO

<u>Autor</u>	<u>Muestra</u>	<u>Sistema</u>	<u>Conclusiones</u>	<u>Correspondencia aproximada con el S. Comprensivo</u>
Arlow, J. (1945)	13 casos de oclusión coronaria	Análisis simbólico	Deformación del carácter Identificación con una figura paterna admirada y temida	
Cleveland y Johnson (1962)	25 sujetos con IM 50 controles	8 variables de diversos sistemas	Espacio en blanco Respuestas de penetración Fantasías de muerte Ansiedad Hostilidad	S MOR (más amplia) AG (más amplia)
Cuissard, A. (1965)	15 sujetos con IM	Escuela brasileña (orientación psicodinámica)	Poco productivos, pocas respuestas Tiempo de reacción no alargado Disminución de color y claroscuro Disminución de respuestas de movimiento Shock a la X Angustia reprimida Afectividad egocéntrica	R C, C', V, T, Y M, FM, m
Kemple, K. (1945)	sin datos	Rorschach	Extratensivos Limitadas experiencias introversivas Fuertes impulsos agresivos, posibilidad de agresión manifiesta	EB M AG
Defourni, M., Timsit, M., et Dongier, M. (1972)	15 sujetos angor 30 sujetos IM	Escuela francesa	Análisis formal sin diferencias entre los grupos. Análisis simbólico: más signos de regresión-fijación anal en el grupo con IM	
Exner, J. E., Thomas, E. A., Cohen, J. B., Ridgway, E. M. and Cooper, W. H. (1981)	27 sujetos con IM 27 grupo control, 78 con trastorno cardiocirugía ortopédica	Sistema Comprensivo	Patrones de interacción flexibles y conformistas al igual que los sanos (es la única variable estudiada)	Calidad M Y FM Cierta relación con COP Y AG
Graves, P. L. and Thomas, C. B. (1981)	319 estudiantes de medicina (prospectivo) 78 con trastorno cardiovascular (53 hipertensión, 16 IM y 9 angina)		Disminución de: nº respuestas movimiento humano color cromático aumento de: globales vista y difuso Sólo la diferencia en el nº de respuestas es significativo.	R M C T W V, Y
Miles, H., Waldfogel, S., Barrabee, E. L. and Cobb, S. (1954)	46 sujetos con IM 49 grupo control	Klopfer		

APENDICE DGUIÓN PARA LA PRIMERA ENTREVISTA

Nº Protocolo.....	F. Examen.....	Hora....
Nº Historia Clínica.....	F. Infarto.....	Hora....
Apellidos.....	F. Ingreso.....	Hora....
Nombre.....	F. Alta.....	
Habitación.....	F. 2º Examen...	Hora....
Dirección.....		
Teléfono.....		
F. Nacimiento.....		
Edad.....		
Médico encargado del caso.....		
Otros datos.....		
.....		

1. Situación familiar

- 1.1. Diagrama familiar (3 generaciones ó 4 si son abuelos).
Rodear con un círculo los que conviven habitualmente con el paciente.

- 1.2. Resumen de los datos sobre la familia.

2.4. Gratificaciones proporcionadas por el trabajo (puntuar una, varias o ninguna):

2.4.1. Económicas

2.4.2. Reconocimiento social, prestigio

2.4.3. Interés profesional

2.4.4. Seguridad

2.4.5. Relación con los compañeros de trabajo

2.4.6. Relación con los superiores

2.4.7. Relación con los subordinados

2.4.8. Otras (especificar)

2.5. Aspectos del trabajo valorados como negativos (valorar como 2.4.):

2.5.1. Cansancio

2.5.2. Tensión

2.5.3. Falta de interés

2.5.4. Falta de valoración por parte de los superiores

2.5.5. Falta de valoración por parte de los iguales

2.5.6. Falta de valoración por parte de familiares y/o amigos

2.5.7. Inseguridad laboral (miedo al despido, degradación etc.)

2.5.8. Riesgo de accidentes

2.5.9. Falta de autonomía

2.5.10. Desacuerdos con los superiores

2.5.11. Desacuerdos con los iguales

2.5.12. Desacuerdos con los subordinados

2.5.13. Otros

2.6. Historia laboral.

	Puesto de trabajo	edad	nº de años	supuso a (ascenso) = (igual categoría) d (descenso)
1
2
3
4
5
6
7
8
9

2.7. Situación económica descrita por el paciente como:

2.7.1. Muy buena

2.7.2. Buena

2.7.3. Normal

2.7.4. Algunas dificultades económicas

2.7.5. Muchas dificultades económicas

2.7.6. Situaciones límite (paro sin subsidio, quiebra, etc.)

3. Consumo de tabaco.

3.1. Comenzó a fumar a los años

3.2. Total de años que ha sido fumador

3.3.		cantidad al día	marca
	cigarrillos
	puros
	pipa

4. Consumo de alcohol.

	Cantidad diaria (copas/vasos/litros)	nº de años
vino		
cerveza		
otros	
	
	

5. Ocio y tiempo libre.

	<u>Frecuencia</u>	<u>Grado en que se sienta involucrado</u>
Aficiones favoritas	media h. semana fin semana vacaciones	mucho bastante poco
T.V.		
Lectura		
Pasear		
Reunirse con los amigos		
Reunirse con familiares		
Bares		
Viajar		
Práctica de deportes	Caza Pesca Fútbol Natación Excursionismo	
Espectador de competiciones deportivas	Fútbol Baloncesto Carreras Otros (especificar)	

6.5. Los datos anteriores han supuesto un cambio de:
Medio rural a urbano
Región
País
.....

7. Antecedentes patológicos.

7.1. Enfermedades importantes.

7.2. Tratamientos psicológicos o psiquiátricos.

7.3. Circunstancias que rodearon el infarto:

Lugar

Dolor

Sentimientos de gravedad y/o muerte

Otros datos

A completar después de la entrevista

Relación durante la entrevista: transferencia y contratransferencia.

Enumeración de situaciones que en el pasado pudieron ser conflictivas a juicio del psicólogo:

Idem en los dos últimos años.

APENDICE EGUION PARA LA SEGUNDA ENTREVISTA

Apellidos:

Nombre:

1. Cambios producidos a raíz del infarto.

1.1. En las relaciones familiares:

Pareja

Hijos

Otros

1.2. Vida sexual:

Reanudada Si a los dias

No

Miedos

Molestias físicas

1.3. Amistades.

1.4. Hábitos.

1.5. Otros.

2. Consejo médico (Anotar en primer lugar los que recuerde espontáneamente y separar con un trazo lo interrogado)

Consejo médicoCumplimiento

2.1.

2.2.

2.3.

2.4.

2.5.

2.6.

2.7.

3. Situación laboral:

3.1. Reinicio Si No

3.2. Fecha.

3.3. Cambios en la vida laboral (enumerar los de toda índole):

- 3.3.1.
- 3.3.2.
- 3.3.3.
4. Planes de futuro (expectativas en el ámbito familiar laboral y otros; grado de viabilidad de las mismas):
 - 4.1.
 - 4.2.
 - 4.3.
5. Molestias (interrogar siempre la enumeradas):
 - 5.1. Fatiga
 - 5.2. Irritabilidad
 - 5.3. Falta de concentración y/o pérdida de memoria
 - 5.4. Otras
6. Pérdida de responsabilidades (especificar en que ámbito y a favor de quién):
 - 6.1.
 - 6.2.
 - 6.3.
7. Como se sintió tratado durante la hospitalización:
 - 7.1. Aspectos positivos (enumerar)
 - 7.2. Aspectos negativos (enumerar)
8. Que le explicaron que le había pasado (como es entendida la enfermedad).
9. Impresión general comparada con la primera entrevista (estado de ánimo, expectativas, aspectos transferenciales).

APENDICE F

RESUMEN ESTRUCTURAL DEL RORSCHACH

R =		Zf =	ZSum =	P =	(2) =	Fr+rF =
LOCATION FEATURES	DETERMINANTS BLENDS		SINGLE	CONTENTS	S-CONSTELLATION (ADULT)	
W =		M =	H =	..FV+VF+V+FD > 2		
(Wv =)		FM =	(H) =	..Col-Shd Bl > 0		
D =		m =	Hd =	..Ego < .31, > .44		
Dd =		C =	(Hd) =	..MOR > 3		
S =		Cn =	A =	..Zd > +- 3.5		
		CF =	(A) =	..es > EA		
DQ		FC =	Ad =	..CF+C+Cn > FC		
.....(FQ-)		C' =	(Ad) =	..X+ < .70		
		C'F =	Ab =	..S > 3		
+ = ()		FC' =	Al =	..P < 3 or > 8		
v/+ = ()		T =	An =	..Pure H < 2		
o = ()		TF =	Art =	..R < 17		
v = ()		FT =	Ay =TOTAL		
		V =	Bl =			
		VF =	Bt =		SPECIAL SCORINGS	
		FV =	Cg =	DV =		
		Y =	Cl =	INCOM =		
		YF =	Ex =	DR =		
		FY =	Fi =	FABCOM =		
		rF =	Fd =	ALOG =		
		Fr =	Ge =	CONTAM =		
		FD =	Hh =	-- WSUM6 =		
		F =	Ls =	AG =		
			Na =	CONFAB =		
			Sc =	CP =		
			Sx =	MOR =		
			Xy =	PER =		
			Idio =	PSV =		

FORM QUALITY

FQx	FQf	M Qual.
+ =	+ =	+ =
o =	o =	o =
u =	u =	u =
- =	- =	- =
none =		none =

RATIOS, PERCENTAGES, AND DERIVATIONS

ZSum-Zest =	FC:CF+C =	W:M =
	(Pure C =)	
Zd =	Afr =	W:D =
		Isolate:R =
-----	3r+(2)/R =	Ab+Art =
:EB = : EA = :	L =	An+Xy =
: : D=		
:eb = : es = :	Blends:R =	H(H):Hd(Hd) =
(FM= C'= T=) (Adj D=)	X+% =	(Pure H =)
(m = V = Y=)	(F+% =)	(HHd):(AAd) =
a:p =	X-% =	
Ma:Mp =		H+A:Hd+Ad =

SCZI =

DEPI =

S-CON =

APENDICE GCODIFICACION DE LOS VALORES DE LAS VARIABLES**PRIMERA ENTREVISTA**

	Nº de entrevista	1
	Nº de sujeto	2 3
Mujer = 1; hombre = 2	Sexo	4
	Edad	5 6
	Días transcurridos desde el infarto	7 8
Casado = 1; soltero = 2; viudo = 3; 2º matrimonio = 4	Estado civil	9
Pareja sin hijos = 1; pareja con hijos = 2; hijos, padres u otros familiares = 3	Personas con las que convive	10

No = 1; sí = 2	Muerte hijo o pareja	11
No se relacionan = 1; altamente conflictiva = 2; conflictiva = 3; algo conflictiva = 4; normal = 5; buena = 6; muy buena = 7; excelente = 8	Relación (pareja)	12
No = 1; físicas = 2; psíquicas = 3 (incluye físicas y psíquicas)	Enfermedades (pareja)	13
	Nº de hijos	14 15
No se relacionan = 1; altamente conflictiva = 2; conflictiva = 3; algo conflictiva = 4; normal = 5; buena = 6; muy buena = 7; excelente = 8	Relación hijos	16
No = 1; sí = 2 (incluye físicas, psíquicas y muerte)	Enfermedades hijos	17
No = 1; sí = 2	Trastornos psíquicos padres	18
	Nº hermanos vivos	19
	Nº hermanos muertos	20
	Lugar que ocupa entre los hermanos	21

No = 1; sí = 2	Familiares fallecidos en los últimos 2 años	22
No = 1; sí = 2	Conflictos familiares graves	23
Empresario pequeña y mediana empresa = 1; personal intermedio administrativo comercial y técnico = 2; obrero industrial = 3; trabajadores independientes (trabajador manual por cuenta pro- pia) = 4; sus labores = 5; jubilados = 6; paro y economía sumer- gida (trabajo esporádico) = 7; baja por enfermedad = 8	Trabajo actual	24
Puntuación de 1 a 5 (1 = máximo; 5 = mínimo)	Características del trabajo: Monotonía Esfuerzo físico Control tiempo Autonomía	25 26 27 28
	Nº de horas de trabajo diarias	29 30
	Nº de años en el trabajo actual	31 32

No = 1; sí = 2

G R A T I F I C A C I O N E S	Económicas	33
	Prestigio, reconocimiento social	34
	Interés profesional	35
	Seguridad	36
	Relación compañeros de trabajo	37
	Relación superiores	38
	Relación subordinados	39
T R A B A J O	"Adicción al trabajo"	40

	A	Cansancio	41
	S		
	P	Tensión	42
	E		
	C		
	T	Falta de interés	43
	O		
	S		
	T		
	R	Falta de valoración por com-	44
	A	pañeros, iguales o superiores	
	N		
	E		
	A		
	G		
	J	Inseguridad, miedo al despido,	45
	O	regulación, degradación	
	A		
	T		
	I		
	V		
	O	Desacuerdo con subordinados	46
	S	iguales o superiores	
		Edad primer	47
		trabajo	48
		Nº de puestos de trabajo	49
		ocupados	50
Ascenso siempre = 1; igual siempre = 2; ascensos y descensos combinados = 3; descenso en el último trabajo (incluye paso a jubilación o paro) = 4		Qué han supuesto los cambios	51
Algunos trabajos han supuesto esfuerzo físico (grados 1 y 2) durante 5 a 10 años = 2; más de 10 años = 3; No = 1		Esfuerzo físico	52

No = 1; sí = 2

Algunos trabajos han supuesto control de tiempo (grados 1 y 2) de 1 a 10 años = 2; más de 10 años = 3; no = 1	Control tiempo	53
Quiebra, despido, liquidación o cierre empresa, jubilación anticipada o por enfermedad, paro últimos 2 años = 2; hace más de 2 años = 3; no = 1	Crisis laboral	54
Muy buena = 1; buena = 2; normal = 3; algunas dificultades = 4; muchas dificultades = 5	Situación económica a juicio del interesado	55
0 años = 1; de 5 a 10 años = 2; de 20 a 25 años = 3; de 26 a 30 años = 4; de 31 a 35 años = 5; de 36 a 40 = 6; de 41 a 45 años = 7; más de 45 años = 8	Nº de años que ha fumado	56
No fuma = 1; de 1 a 5 = 2; de 6 a 10 = 3; de 11 a 20 = 4; de 21 a 30 = 5; de 31 a 40 = 6; de 41 a 50 = 7; de 51 a 60 = 8; más de 60 = 9	Nº de cigarrillos al día	57
No = 1; sí = 2	Fuma actualmente	58
0 = 1; de 1 a 19 gramos = 2; de 20 a 39 g = 3; de 40 a 79 g = 4; de 80 a 119 g = 5; de 120 a 159 = 6; de 160 a 200 g = 7; más de 200 = 8; ex-alcohólico = 9	Gramos de alcohol por día	59

		TV	60
		Lectura	61
	O	Pasear	62
	C	Reuniones amigos	63
No = 1; sí = 2	I	Reuniones familiares	64
	O	Bares	65
	Y	Viajar	66
	T	Práctica de deportes	67
	I	Espectador de deportes	68
	E	Cuidar jardín o huerto	69
	M	Estar en casa	70
	P	Estudios realizados	71
	O		
No = 1; sí = 2; antes sí ahora no = 3	L		
	I		
	B		
	R		
	E		
No = 1; sí = 2			
Sin escolarizar = 1; sin escolarizar en la infancia, aprendió a leer y escribir después = 2; enseñanza primaria incompleta = 3; primaria completa y profesional = 4; enseñanza media y superior = 5			

Muy bajo (analfabeto o muy poco alfabetizado) = 1; bajo (equivalente a la actual EGB) = 2; medio-bajo = 3; medio (equivalente al actual BUP) = 4; alto = 5 (universitario)	Nivel cultural estimado	72
Rural siempre = 1; urbano siempre = 2; cambio rural a urbano = 3	Lugar de nacimiento y cambios	73
No cambios = 1; de 2 a 9 = 2	Número de domicilios	74
No cambio = 1; cambio región = 2; cambio país = 3	Cambio región/país	75
No = 1; tratado o diagnosticado = 2; evidencia de trastornos anteriores al infarto aunque no fuera tratado = 3	Tratamientos psicológicos o psiquiátricos	76
Por la calle = 1; en casa despierto = 2; en casa en la cama = 3; en el trabajo = 4; en consulta médica = 5; después de esfuerzo físico = 6; después de discusión, disgusto, excitación = 7	Donde sufrió el infarto	77
Casi inexistente = 1; ligero malestar = 2; fuerte = 3; agudo, insoportable = 4	Dolor intensidad	78
Opresión pectoral, asfixia = 1; otros (pinchazos, quemor, rompimiento, sudor) = 2	Dolor tipo	79
Pecho = 1; otros = 2	Dolor localización	80
No le pareció grave = 1; creyó que era grave = 2; experiencia de muerte = 3; gravedad inducida por los médicos = 4	Sentimientos gravedad y/o muerte	81

No = 1; últimos 2 años = 2; últimos 5 años = 3; últimos 10 años = 4; sí, anteriormente en la edad adulta = 5	Conflictos laborales (miedo al despido, degradación, quiebras, paro ...)	89
No = 1; sí = 2	Conciencia de conflicto	90
No = 1; sí = 2	F S A E C G T U O N R E S L C P A A U C S I A E L N E T S E	Tabaquismo 91 <hr/> Peleas conflictos familiares 92 <hr/> Crisis laborales y económicas (paro, quiebra, degradación, jubilación, estrés laboral) 93 <hr/> Muerte de familiares y amigos 94 <hr/> Características de personalidad 95
No es bien comprendida = 1; es bien comprendida = 2	Cómo es comprendida la enfermedad	96
Temor a la muerte = 1; temor a la incapacidad física = 2; temor a la incapacidad laboral (pérdida del puesto de trabajo) = 3; miedo a estar enfermo = 4; espera recuperarse bien (quedar como antes) = 5; espera recuperarse, pero con limitaciones (adaptativo) = 6; beneficios secundarios a la enfermedad (subsidio, jubilación) = 7; desesperanza, depresión = 8	Expectativas de futuro	97

Buenas = 1; piensa cumplirlo pero cree que le costará = 2;
no piensa cumplirlo o cree que no podrá = 3; autoprescrip-
ción = 4

Expectativas de cumplir
tratamiento 98

=====

SEGUNDA ENTREVISTA

=====

Sin cambios = 1; lo cuidan más = 2; se pelean más porque
está en casa = 3; lo cuidan excesivamente, no le dejan
hacer nada = 4; reproches porque no lo atienden como él
quisiera = 5; sin pareja = 6

Pareja 99

C
A
M
B
I
O
S

Sin cambios = 1; lo cuidan más = 2; lo cuidan excesivamente,
no le dejan hacer nada = 3; reproches porque no lo cuidan
como él quisiera = 4; sin hijos = 5

Hijos 100

Sin cambios = 1; lo visitan = 2; le ha permitido comprobar
que tiene auténticos amigos (lo tratan mejor) = 3

Amigos 101

No reanuda = 1; reanuda respetando el plazo = 2; reanuda
antes del plazo = 3; sin pareja = 4

Relaciones sexuales 102

No = 1; a repetir el ataque = 2; la pareja lo considera
algo perjudicial = 3

Miedos a la relación
relación sexual 103

Ninguna = 1; impotencia = 2; disminución del deseo
(falta de interés) = 3; cansancio = 4

Molestias físicas
en la relación sexual 104

No fumaba = 1; sigue fumando algo = 2; lo ha dejado totalmente con gran esfuerzo (desea fumar) = 3; lo ha dejado totalmente y no le costó mucho = 4

Tabaquismo

105

No bebía nada = 1; ha disminuido el consumo = 2; no ha disminuido el consumo, tolerado por el médico = 3

Alcohol

106

No le recomendaron = 1; anda lo recomendado = 2; anda menos de lo recomendado = 3; no cumple = 4

C
O
N
S
E
J
O
M
E
E
N
D
O
C
O

Andar

107

No le recomendaron nada = 1; le recomendaron y cumple = 2; le recomendaron y no cumple = 3

Tratamiento
medicamentoso

108

No le hablaron de ello = 1; le recomendaron y cree que logra rehuir situaciones que implican tensión = 2; se lo recomendaron pero cree que no puede hacer nada para controlarlo = 3

Evitar tensión

109

Ya lo hacía = 1; lo cumple = 2; lo cumple a medias = 3

Dieta

110

No le recomendaron más descanso = 1; le recomendaron y lo hace = 2; le recomendaron y no lo hace del todo = 3

Descanso

111

No le recomendaron cambios (o ya lo hacía) = 1; le recomendaron y lo hace = 2

Evitar esfuerzo físico

112

Sí en el plazo (3 meses) = 1; sí antes, forzó el alta = 2; no piensa volver a trabajar aunque el médico le deje = 3; no trabajaba antes y seguirá así = 4; sigue de baja = 5

Reinicio del trabajo

113

Sin cambios = 1; el mismo trabajo con menos exigencias = 2; cambio de actividad = 3	Cambios en el trabajo	114
Ninguno que no tuviera antes = 1; adelantar jubilación = 2; hacer una vida más sosegada, "tomárselo con calma" = 3; quisiera cambiar cosas, pero las circunstancias no se lo permiten = 4; miedo al despido, jubilación como consecuencia del ataque, degradación = 5; cambiar actividad laboral = 6	Planes de futuro	115
No, igual que antes = 1; sí, igual que antes = 2; sí, más que antes = 3; menos que antes = 4	Fatiga	116
No (ni lo era ni lo es) = 1; igual que antes (ya lo era) = 2; más que antes según él = 3; más que antes según los otros = 4; mejor que antes = 5	Irritabilidad	117
No tiene problemas ni los tuvo = 1; igual que antes (ya los tenía) = 2; más que antes (deterioro) = 3	Concentración memoria	118
Asintomático = 1; algunos síntomas = 2; frecuentes molestias, ha debido tratarse = 3; síntomas que han supuesto su reingreso = 4	Síntomas	119
No tenía ni tiene problemas = 1; insomnio a raíz del infarto = 2; preocupaciones al acostarse = 3	Sueño	120
No = 1; sí = 2	Preocupación por su salud	121
No = 1; sí en el ámbito familiar = 2; sí en el ámbito laboral = 3; en ambos ámbitos = 4	Pérdida de responsabilidad	122

Nº de reacciones negativas al infarto recogidas en las variables 99 (no = 1, 2 y 6; sí = 3, 4 y 5); 100 (no = 1 y 2; sí = 3 y 4); 104 (no = 1; sí = 2, 3 y 4); 113 (no = 1, 2 y 4; sí = 3 y 4); 104 (no = 1; sí = 2, 3 y 4); 113 (no = 1, 2 y 4; sí = 3 y 5); 117 (no = 1, 2 y 5; sí = 3 y 4); 118 (no = 1 y 2; sí = 3); 120 (no = 1; sí = 2 y 3); 121 (no = 1; sí = 2).	Reacciones negativas al infarto a los tres meses del ataque	123
--	---	-----

Trato y profesionalidad excelentes = 1; trato y profesionalidad buenos = 2; trato bueno o excelente = 3; profesionalidad buena o excelente = 4	Aspectos positivos de la hospitalización	124
--	--	-----

Ninguno = 1; comida = 2; fallos personal auxiliar = 3; condiciones físicas = 4; miedo a las pruebas y exploraciones = 5	Aspectos negativos de la hospitalización	125
---	--	-----

La comprende = 1; no la comprende = 2	Cómo entiende la enfermedad	126
---------------------------------------	-----------------------------	-----

=====

DATOS MEDICOS

=====

Anterior = 1; inferior = 2; lateral = 3; no transmural = 4	Infarto agudo de miocardio	127
--	----------------------------	-----

Menor o igual a 75 = 1; mayor de 75 = 2	Creatinkinasa m b	128
---	-------------------	-----

No administrada = 1; administrada = 2	Estreptokinasa	129
---------------------------------------	----------------	-----

Ausencia = 1; presencia = 2	Insuficiencia cardíaca izquierda	130
-----------------------------	----------------------------------	-----

Ausencia = 1; presencia = 2	Arritmias eléctricas iniciales	131
-----------------------------	--------------------------------	-----

Ausencia = 1; presencia = 2	Arritmias iniciales	132
Ausencia = 1; presencia = 2	Angor inicial (durante hospitalización)	133
Ausencia = 1; presencia = 2	Pericarditis	134
Negativa = 1; positiva = 2; positiva precoz = 3; no realizada por angor en reposo u otras complicaciones = 4	Prueba de esfuerzo submáxima	135
Normal (50% o superior y/o más de 5 puntos de diferencia) = 1; anormal (inferior a 50% y/o menos de 5 puntos de diferencia y/o disminución en ejercicio) = 2	Ventriculografía isotópica	136
Número de segmentos no afectados ni por isquemia ni por infarto	Gammagrafía cardíaca con talio 201	137 138
Ausencia de arritmias = 1; presencia de arritmias = 2; arritmias severas = 3	Holter	139
Ausencia de enfermedad coronaria = 1; enfermedad coronaria de 1 vaso = 2; enfermedad coronaria de 2 vasos = 3; enfermedad coronaria del tronco común = 4; enfermedad coronaria de 3 vasos = 5	Hemodinámica	140
Normal (55% o superior) = 1; inferior a la normal = 2	Fracción de eyección	141
Ausencia = 1; presencia = 2	Aneurisma	142

Ausencia de factores de alto riesgo = 1; 1 factor de alto riesgo = 2; 2 factores de alto riesgo = 3; 3 factores de alto riesgo = 4; 4 factores de alto riesgo = 5; 5 factores de alto riesgo = 6 (los 5 factores de alto riesgo son: CK mb superior a 75. Angor y/o insuficiencia cardíaca intrahospitalaria. Prueba de esfuerzo positiva precoz. Enfermedad coronaria de 3 vasos y/o del tronco común. Fracción de eyección inferior a 55)	Factores de riesgo	143
No = 1; reinfarto = 2	Infarto agudo de miocardio	144
Ausencia = 1; presencia = 2; severo = 3	Angor	145
No = 1; sí = 2	Tratamiento antianginoso	146
No = 1; sí = 2	Muerte	147
No = 1; angioplastia = 2; cirugía = 3	Cirugía o angioplastia	148
Ausencia = 1; presencia = 2; severa = 3	Insuficiencia cardíaca	149
Asintomáticos = 1; complicaciones no severas (angor o insuficiencia cardíaca no severas) = 2; complicaciones severas (cirugía, angor severo, insuficiencia cardíaca severa o reinfarto) = 3; muerte = 4	Complicaciones durante el primer año posterior al infarto	150