

Traducción del original publicado en *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 5: 491-496, 1992

## Mecanismos de negación en el infarto de miocardio: su relación con las variables psicológicas y la evolución a corto plazo <sup>(1)</sup>

L. García Esteve, M. Valdés, N. Riesco, I. Jódar y T. de Flores\*

### RESUMEN

A partir de una muestra seleccionada de 97 varones con primer infarto de miocardio, se han estudiado 67 pacientes para aclarar la influencia de los mecanismos de negación (MN) en la evolución psicológica y cardiológica. No hubo diferencias entre los negadores y los no negadores en cuanto a la evolución cardiológica, pero los negadores presentaron menos ansiedad y menos reacciones depresivas en la unidad coronaria y un mes después, así como menos psicopatología en general. En la última evaluación, un año después del alta hospitalaria (n: 52) no hubo diferencias entre los negadores y los no negadores en lo que respecta a la petición de asistencia psiquiátrica.

*Palabras clave:* Mecanismos de negación, infarto de miocardio, evolución psicológica y cardiológica.

### SUMMARY

From a selected sample of 97 males suffering from a first myocardial infarction, 67 patients were studied to ascertain the influence of denial mechanisms (DM) on their cardiological and psychological outcome. There were no differences among high deniers and low deniers with respect to the cardiological outcome, but high deniers showed less anxiety and depressive reactions both in the coronary unit and 1 month later, and also presented less psychopathology in general. In the last evaluation, one year after leaving the hospital (N=52), there was no difference among deniers and non deniers in demand for psychiatric attention.

*Key words:* Denial mechanisms, myocardial infarction, psychological and cardiological outcome.

### Introducción

Las investigaciones más actuales sobre los determinantes psicosociales de la salud y la enfermedad están prestando una particular atención a los mecanismos de afrontamiento y a los factores de riesgo psicológicos, a partir de la asunción de que las emociones y la conducta constituyen variables relevantes en la determinación del inicio y la evolución de muchos trastornos y enfermedades. El estudio de estos factores psicológicos se ha llevado a cabo desde modelos con-

ceptuales derivados de la investigación sobre el estrés y ha sido particularmente útil en la identificación de predictores psicológicos y conductuales de la enfermedad coronaria (EC) (1). Además, la enfermedad ha sido considerada como un acontecimiento vital estresante y existen diversos estudios que informan de relaciones significativas entre la evolución de la enfermedad y los mecanismos psicológicos utilizados para afrontarla (2).

En lo que hace referencia a la enfermedad coronaria, se han estudiado exhaustivamente los mecanismos psicoló-

(1) Reprinted with permission from *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 36, 5: 491-496, 1992. L. García Esteve, M. Valdés, N. Riesco, I. Jódar, T. de Flores. «Denial mechanisms in myocardial infarction: their relations with psychological variables and shortterm outcome». Pergamon Press Ltd., Oxford (England).

\* Subdivisión de Psiquiatría y Psicología Médica, Hospital Clínico y Provincial de Barcelona.

gicos de negación desde el momento en que pudo observarse su relación con una mejor recuperación tras el infarto (3-5), aunque otros estudios hayan informado de que la negación de las señales de alarma orgánica puedan dar lugar a una evolución negativa (6, 7). Esta discrepancia entre los datos disponibles nos ha empujado a investigar la influencia de los mecanismos de negación presentados por los pacientes en la unidad coronaria sobre la recuperación a corto plazo. Por otra parte, también intentamos identificar las variables psicológicas y conductuales relacionadas funcionalmente con el uso de mecanismos de negación en esta fase de la enfermedad que pone en peligro la vida.

## Métodos

### *Selección de la muestra*

En el estudio se incluyeron un total de 125 pacientes, menores de 65 años, ingresados consecutivamente en la unidad coronaria con un primer infarto de miocardio, a condición de que no fuesen analfabetos ni presentaran ninguna otra enfermedad concomitante. Como resultado de la selección preliminar a través de una entrevista, se llegó a constituir una muestra de 97 pacientes, que fueron informados de la naturaleza y condiciones del programa de investigación.

### *Instrumentos*

a) *Mecanismos de negación.* Los MN fueron evaluados mediante una entrevista estructurada, en la que se les preguntaba a los pacientes sobre la enfermedad y su posible influencia en su vida y actividad futuras. La entrevista se basó en ocho ítems seleccionados por Havik y Maeland (8) a partir de sus investigaciones sobre los mecanismos de negación en pacientes coronarios, puntuados de acuerdo con una escala del 0 al 5, a fin de establecer categorías dicotómicas (ne-

gadores y no negadores). Los pacientes con puntuaciones en el tercio superior e inferior de la muestra fueron clasificados como negadores y no negadores, respectivamente.

b) *Variables de personalidad.* Se utilizó el *Cuestionario de Personalidad de Eysenck* (EPQ) (9), derivado de la teoría del mismo autor (10), y validado en España, que identifica el neuroticismo (N), la extroversión (E) y el psicoticismo (P) como variables independientes de la personalidad. *Cuestionario de estilos de afrontamiento* (WCQ) (11) derivado de la teoría de Lazarus sobre el estrés, que identifica pensamientos y estrategias usadas por el sujeto para afrontar los acontecimientos estresantes. El cuestionario contiene ocho subescalas (confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de responsabilidades, escape-evitación, solución de problemas y reevaluación positiva).

c) *Evaluación cardiológica.* Para determinar la calidad de la recuperación cardiológica los pacientes fueron clasificados de acuerdo con la presencia o ausencia de síntomas cardiológicos, anomalías ECG (onda QRS, arritmias ventriculares, prueba de esfuerzo) y signos de disfunción ventricular. La evolución cardiológica de los pacientes fue calificada de «negativa» cuando se presentó algún signo o síntoma, y de «positiva» cuando no los hubo.

d) *Evaluación psicopatológica.* Se utilizaron los *Cuestionarios de ansiedad rasgo-estado* (STAI) (12), el *Cuestionario para la depresión de Beck* (BDI) (13) y la *Clinical Interview Schedule* (CIS) (14), que recoge síntomas psiquiátricos y estados psicopatológicos, puntuables en una escala del cero al 4. A partir de los 22 ítems de la entrevista es posible establecer un índice de gravedad clínica. La entrevista fue administrada por el mismo evaluador, que fue específicamente entrenado en el uso del instrumento.

### Procedimiento

Los pacientes seleccionados fueron entrevistados por dos psiquiatras en la unidad coronaria 3-4 días después de la hospitalización y fueron informados de la naturaleza del estudio. En este primer contacto, tras cumplimentar el protocolo de anamnesis, fueron entrevistados para evaluar los mecanismos de negación y cumplimentaron los cuestionarios de personalidad, a excepción del WCQ. Un mes después, los pacientes fueron evaluados por dos psiquiatras con la CIS

métricas (T de Student-Fischer, U de Mann-Whitney y coeficiente de Pearson) y los datos fueron procesados por un Apple-Macintosh, usando un programa BMD.

### Resultados

De los 125 pacientes entrevistados, 3 (2,4%) murieron, 2 (1,6%) rehusaron ser incluidos en el estudio, 4 (3,5%) presentaban otra enfermedad concomitante, 10 (8%) habían presentado otro infarto pre-

**CUADRO I. Relaciones entre los mecanismos de negación y la psicopatología en la unidad coronaria un mes después del alta (n=67)**

	Negadores (N=16; 24%)	No negadores (N=26; 38, 2%)	p
Edad (años)	53,20 ± 7,43	48,89 ± 7,45	0,05
<i>Ansiedad</i>			
STAI-S unidad coronaria	11,27 ± 7,82	19,09 ± 12,78	0,01
STAI-S un mes después	13,31 ± 11,27	16,60 ± 10,29	
<i>Depresión</i>			
BDI unidad coronaria	5,91 ± 5,29	9,39 ± 7,70	0,05
BDI un mes después	6,31 ± 6,44	8,26 ± 7,39	
<i>Psicopatología</i>			
CIS total (un mes después)	13,66 ± 9,26	21,39 ± 11,48	0,01

y la entrevista estructurada para el diagnóstico del patrón A (SI), así como por los instrumentos destinados a evaluar los estados emocionales (STAI 1,2 y BDI 1,2). El cuestionario de afrontamiento (WCQ) se administró para determinar las estrategias de afrontamiento utilizadas tras el alta hospitalaria. Un año más tarde se evaluó el estado cardiológico de los pacientes, que fueron interrogados sobre su necesidad de buscar asistencia psiquiátrica o psicológica tras el infarto.

### Análisis de los datos

El análisis estadístico se realizó mediante pruebas paramétricas y no para-

vio y 9 (7,2%) eran analfabetos. La muestra final estuvo compuesta por 97 pacientes (77,6% de la población inicial), con un promedio de edad de 50,21 ± 7,61 años. Setenta y seis (84,4%) estaban casados, 44 (49,4%) procedían del medio rural y 13 (14,9%) estaban jubilados o sin actividad regular. La muestra evaluada un mes más tarde (n:67) estuvo compuesta por el 69% de los pacientes incluidos en la primera evaluación y constituyeron el 53,6% de la población entrevistada inicialmente. Los pacientes que no asistieron a esta segunda evaluación alegaron vivir demasiado lejos del hospital (60%) o no tener tiempo u oportunidad para asistir al control (10%).

Cinco pacientes (7,5%) no pudieron ser localizados y 3 (4,6%) murieron a las dos semanas de ser dados de alta. Entre los pacientes que no asistieron a este primer control hubo una alta proporción de no negadores (29 versus 12,5%), pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

de responsabilidades ( $z: -1,94; p:0,05$ ). Entre los pacientes que no acudieron al segundo control hubo una proporción semejante de negadores y no negadores (15 y 17,4%, respectivamente).

Las relaciones entre los mecanismos de negación y las variables psicológicas se resumen en el cuadro II.

**CUADRO II. Relación entre los mecanismos de negación y las variables psicológicas**

<i>N=67</i>	<i>Negadores (N=16; 24%)</i>	<i>No negadores (N=26;38,2%)</i>	<i>p</i>
Edad	53,20 ± 7,43	48,89 ± 7,45	0,05
<i>Personalidad</i>			
EPQ-N	11,90 ± 4,48	13,25 ± 5,58	
EPQ-E	11,40 ± 3,81	11,63 ± 4,00	
EPQ-P	3,27 ± 4,75	3,03 ± 3,71	
STAI-T	17,90 ± 8,50	22,18 ± 10,00	
<i>Estrategias de afrontamiento</i>			
Confrontación	11,07 ± 6,49	11,53 ± 5,22	
Distanciamiento	20,93 ± 9,63	14,32 ± 8,71	0,01
Autocontrol	9,95 ± 5,44	11,62 ± 5,23	
Búsqueda de apoyo social	11,37 ± 7,54	16,93 ± 7,68	
Aceptación de responsabilidades	10,42 ± 6,99	12,78 ± 8,71	
Escape-evitación	5,24 ± 4,72	6,52 ± 4,28	
Solución de problemas	14,61 ± 5,17	13,65 ± 4,62	
Reevaluación positiva	10,34 ± 6,24	12,60 ± 7,15	

En el cuadro I se representan las diferencias entre negadores y no negadores en cuanto a la psicopatología presentada en la unidad coronaria y un mes más tarde. En este período no hubo diferencias en la evaluación cardiológica de los pacientes pertenecientes a los dos grupos. Respecto a la última evaluación, un año más tarde (n:52) no hubo diferencias significativas entre negadores y no negadores ni en la evolución cardiológica ni en la búsqueda de atención psiquiátrica (9 en total; 17,3%). Sin embargo, los pacientes con evolución cardiológica negativa puntuaron significativamente más alto en la estrategia de aceptación

## Discusión

Sólo el 41,6% de los pacientes infartados inicialmente entrevistados completaron el protocolo, lo que plantea la cuestión de la posible generalización de los resultados a otras muestras cardiológicas no seleccionadas. A pesar de esta limitación, la prevalencia de negadores en la unidad coronaria fue similar a la comunicada en otros estudios previos (20-22%) usando otros instrumentos para evaluar los mecanismos de negación (3, 8). En su conjunto, los negadores tendieron a tener más edad, presentaron menos ansiedad y reacciones depresivas en la unidad

coronaria y mostraron menos psicopatología que los no negadores un mes más tarde. Estos resultados confirman previos hallazgos sobre la menor tendencia de los negadores a presentar trastornos emocionales en la fase aguda del infarto (15) y en la convalecencia posterior (16, 17). No obstante, aunque también hay estudios que reflejan una mortalidad menor y mejor evolución médica (20) y cardiológica (18, 19) entre los negadores, no hubo diferencias significativas en el estado de salud entre los dos tipos de pacientes. Tal parece que los mecanismos de negación protegen al paciente infartado de los trastornos emocionales que frecuentemente se asocian a la crisis coronaria, más que influir en la evaluación cardiológica en sí misma. De hecho, son escasos y contradictorios los datos sobre el papel de los MN en la función cardíaca, aunque parece bien establecido que contribuyen a una mejor evolución cardiológica a corto plazo (18, 21) y a una menor prevalencia de síntomas y disfunciones (20). Si bien hay autores que sostienen que los negadores son malos cumplidores de las prescripciones médicas y tienden a abandonar antes los tratamientos farmacológicos (22), los negadores de nuestra muestra asistieron en mayor proporción al primer control y no difirieron de los no negadores en la segunda evaluación. Estos hallazgos confirman resultados previos, sugerentes de que los negadores y los no negadores no difieren en el mantenimiento de la adherencia a largo plazo y en el cumplimiento de prescripciones (17).

Aunque no hubo diferencia entre los negadores y los no negadores en cuanto a la recuperación cardiológica, los pacientes con peor evolución de su estado físico usaron con más frecuencia la estrategia de aceptación de responsabilidades, lo que concuerda con el estudio de Affleck y cols. (23), que observaron que la morbilidad cardiológica es mayor en los pacientes que vinculan su enfermedad a sus emociones y su estilo de vida.

No obstante, estos datos contradicen los de Bar-On (24) sobre la relación negativa entre la aceptación de responsabilidades y distintos índices de recuperación coronaria.

El uso de mecanismos de negación no se relacionó con las características psicológicas ni con los patrones de conducta, pero los negadores tendieron a usar más frecuentemente la estrategia de distanciamiento, que se relaciona conceptualmente con la negación como mecanismo de defensa. La falta de relación entre los aspectos estructurales de la personalidad y el uso de MN puede ser una consecuencia de que estas variables psicológicas estén relacionadas con distintos marcos conceptuales (los rasgos de personalidad derivan de las teorías factoriales y los mecanismos de negación se conceptualizan a partir del psicoanálisis y los modelos cognitivos). Además, de acuerdo con las evidencias epidemiológicas, algunos autores han sugerido que los MN pueden depender de factores religiosos, culturales y étnicos más que de determinantes psicológicos (22).

Tomados en conjunto, nuestros resultados permiten la conclusión de que los MN no influyen en la evolución cardiológica, pero atenúan la respuesta emocional inicial de los infartados a la situación de amenaza para la vida y a las especiales condiciones de la unidad coronaria. Sin embargo, a medida que pasa el tiempo, los negadores experimentan más ansiedad y depresión que los no negadores (que, a su vez, tienden a atenuar su respuesta emocional), aunque continúan presentando menos psicopatología un mes después del alta. En la última evaluación, un año más tarde, no hubo diferencias significativas entre negadores y no negadores en la frecuencia de petición de ayuda psiquiátrica, lo que sugiere que los MN no influyen en la presencia de psicopatología en ese momento evolutivo.

Hay que señalar dos posibles objeciones a esta interpretación de los resul-

tados: la naturaleza conductual de la última evaluación, que puede infraestimar la presencia de psicopatología entre los negadores, y la posibilidad de que los MN constituyan una defensa perceptiva transitoria, utilizada durante la fase más amenazadora de la enfermedad. La primera objeción se justifica por los estudios que sugieren que los negadores tienden a demorar la búsqueda de ayuda médica (22), y la segunda es refutable por la demostración de que los negadores tienden a mantener MN a lo largo del tiempo, al menos tres meses y un año después de su hospitalización (19). En cualquier caso, esta interpretación longitudinal confirma el estudio de Havik (25), que propone diferentes patrones de respuesta emocional tras el infarto, siendo la reacción emocional demorada uno de los que con más frecuencia se encuentran entre los pacientes con el menor grado de información sobre su estado cardíaco.

### Bibliografía:

1. Jenkins, C. D.: «Psychosocial risk factors for coronary heart disease». *Acta Med. Scand.* (suppl.), 660, 123-136, 1982.
2. Feifel, H.; Strack, S. y Nagy, T.: «Coping strategies and differential use of coping modes». *Psychosom. Med.*, 49, 616-625, 1987.
3. Hackett, T. P.; Cassem, N. H. y Wishnie, H. A.: «The coronary-care unit: an appraisal of its psychological hazards». *N. Engl. J. Med.*, 25, 1365-1370, 1968.
4. Stern, M. J.; Pascale, L. y McLoone, J. B.: «Psychosocial adaptation following an acute myocardial infarction». *J. Chron. Dis.*, 29, 513-526, 1976.
5. Cromwell, R. L.; Butterfield, E. C.; Brayfield, F. M. y Curry, J. J. (Eds.). *Acute Myocardial Infarction: Reaction and Recovery*. St. Louis: Mosby, 1977.
6. Gentry, W. D.: «Prehospital behavior after a heart attack». *Psychiat. Ann.*, 8, 2-30, 1977.
7. Krantz, D.: «Cognitive processes and recovery from heart attack: a review and theoretical analysis». *J. Human Stress*, 18, 93-100, 1980.
8. Havik, O. E. y Maeland, J. G.: «Dimensions of verbal denial in myocardial infarction». *Scand. J. Psychol.*, 227, 326-339, 1986.
9. Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B.: *Manual of Eysenck Personality Questionnaire*. London: Hodder and Stroughton, 1975.
10. Eysenck, H. J.: *A Model for Personality*. New York: Springer, 1981.
11. Folkman, S. y Lazarus, R. S.: *Manual of The Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, Ca: Consulting Psychologists. Press, 1988.
12. Spielberger, C. D.; Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E.: *Manual of The State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, Ca: Consulting Psychologists Press, 1970.
13. Beck, A. T.; Ward, C. H.; Mendelson, M.; Mock, J. y Erbaugh J.: «An inventory for measurement of depression». *Arch. Gen. Psychiat.*, 4, 561-571, 1961.
14. Goldberg, D. P.; Cooper, B.; Eastwood, M. R.; Kedward, H. B. y Shepherd, M.: «A standardized interview suitable for use in community surveys». *Br. J. Prev. Soc. Med.*, 24, 18-23, 1970.
15. Stern, M. J.; Pascale, L. y Ackerman, A.: «Life adjustment postmyocardial infarction». *J. Chron. Dis.*, 137, 1680-1685, 1977.
16. Stern, M. J.: «Psychiatric management of acute myocardial infarction in the coronary care unit. *Am. J. Cardiol.*, 60, 59J-67J, 1987.
17. Soloff, P. H.: «Effects of denial on mood, compliance and quality of functioning after cardiovascular rehabilitation». *Gen. Hos. Psychiat.*, 2, 134-140, 1980.
18. Gentry, W. D. y Haney, T.: «Emotional and behavioral reaction to acute myocardial infarction». *Heart Lung*, 4, 738-745, 1975.
19. Levenson, J. L.; Kay, R.; Monteferrante, J. y Herman, M.: «Denial predicts favorable outcome in unstable angina pectoris». *Psychosom. Med.*, 64, 25-32, 1984.
20. Shaw, R. E.; Cohen, F.; Doyle, B. y Palesky, J.: «The impact of denial and repressive style on information gain and rehabilitation outcome in myocardial infarction patients». *Psychosom. Med.*, 47, 262-272, 1985.
21. Levenson, J. L. y Friedel, R. O.: «Major

- depression in patients with cardiac disease: Diagnosis and somatic treatment». *Psychosomatics*, 26, 91-102, 1985.
22. Croog, S. H.; Saphiro, D. S. y Levine, S.: «Denial among male heart patients». *Psychosom. Med.*, 33, 385-397, 1971.
  23. Affleck, G.; Tennen, H. y Croog, S.: «Causal attribution, perceived benefits and morbidity after a heart attack: an 8 year study». *J. Consult. Clin. Psychol.*, 55, 29-35, 1987.
  24. Baron, D.: «Different types of denial account for short and long term recovery of coronary patients». *Isr. J. Psychiat. Relat. Sci.*, 22, 155-172, 1985.
  25. Havik, O. E.: «Patterns of emotional reactions after a myocardial infarction». *J. Psychosom. Res.*, 34, 271-285, 1990.