



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**“EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO
CONDUCTUAL SOBRE FACTORES PSICOSOCIALES EN
PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

THELMA HERNÁNDEZ SALAZAR

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: DR. CARLOS G. FIGUEROA LÓPEZ

ASESOR: M. en C. MARIO E. ROJAS RUSSELL

COMITÉ: MTRA. BERTHA RAMOS DEL RÍO

DR. JOSÉ GABRIEL SÁNCHEZ RUÍZ

LIC. MARÍA TERESA ARVIDE VALES

PAPIIT N° IN304508



MÉXICO, D.F.

ABRIL, 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

La realización de esta tesis no hubiese sido posible sin la participación de un grupo de personas importantes en mi vida y a quienes dedico este trabajo:

A **mis Padres** les doy las gracias por haberme apoyado en todo momento dándome la oportunidad de concluir mis estudios de licenciatura, por todo esto y más les agradezco el que estén a mi lado. Este logro también es suyo.

A **mis hermanos** porque sin saberlo también forman parte de este logro.

A **mi abuelita** que aunque ya no está presente aún siento su cariño. Gracias por sus consejos, apoyo y amor.

A **Erick Ramírez** por su apoyo incondicional, confianza, paciencia, comprensión, amor y fe en mí, mostrando siempre disponibilidad para brindarme su hombro en esos momentos de debilidad. Gracias por ser parte de mi vida.

A **Berenice Gaona** por mi amiga y compartir todos esos momentos inolvidables a lo largo de la carrera.

A **Margarita Blanco** por siempre estar conmigo, por su paciencia y amistad.

A **mis Profesores** que a lo largo de la carrera me brindaron su ayuda, conocimientos, paciencia y que gracias a ellos he logrado llegar a éste momento tan importante en mi vida. En especial a mi comité de titulación por su valiosa aportación en la realización de éste trabajo.

Al **Dr. Carlos Figueroa López** quien ha confiado en mí proporcionándome su conocimiento, experiencia, disponibilidad, apoyo incondicional, paciencia, críticas y sugerencias, etc. le agradezco por todo ya que contribuyó de manera muy importante en mi formación profesional. Muchas gracias.

A la **Mtra. Bertha Ramos del Río** le agradezco por transmitirme su conocimiento, cariño y apoyo incondicional. La quiero mucho.

Al **Dr. José Gabriel Sánchez Ruíz** por el apoyo, confianza, aportaciones, disponibilidad y afecto mostrado a lo largo de la carrera, muchas gracias.

Al **M. en C. Mario Rojas Russell** le agradezco por su paciencia, conocimiento y experiencia que han sido cruciales para la realización de éste trabajo.

A la **Lic. Teresa Arvide Vales** por el apoyo, disponibilidad e interés prestado para la elaboración de éste trabajo.

A la **UNAM** y a la **FES-Z** por permitirme ser parte de su comunidad estudiantil.

Al **Programa Psicología de la Salud** por permitirme conocer un área de la psicología que enriqueció mi formación profesional.

Al **Hospital General de México** le doy gracias por el apoyo brindado en la realización de esta tesis. Al **Dr. Luis Alcocér Díaz** quien dedicó tiempo y apoyo en la realización de éste proyecto.

Al **Proyecto PAPIIT N° 304508** le agradezco el apoyo que brindo en la realización de éste trabajo.

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1. Insuficiencia Cardíaca	5
1.1 Epidemiología de los trastornos cardiovasculares.....	5
1.2 Definición de la Insuficiencia Cardíaca.....	7
1.3 Clasificación de la Insuficiencia Cardíaca	8
1.4 Diagnóstico de la Insuficiencia Cardíaca.....	9
1.5 Tratamiento Farmacológico de la Insuficiencia cardíaca..	11
Capítulo 2. Factores Psicosociales e Insuficiencia Cardíaca	13
2.1 Cardiología Conductual.....	14
2.2 Ansiedad e Insuficiencia Cardíaca.....	15
2.3 Depresión e Insuficiencia Cardíaca.....	17
2.4 Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) e Insuficiencia Cardíaca.....	20
2.5 Intervención Psicológica e Insuficiencia Cardíaca.....	22
Capítulo 3. Justificación y Planteamiento del Problema	26
Capítulo 4. Método	28
Capítulo 5. Resultados	39
Capítulo 6. Discusión	49
Capítulo 7. Conclusiones	57
Referencias	58
Anexo 1. Cuadernillo de Evaluación	64

RESUMEN

El propósito de esta investigación fue conocer el efecto de un programa intervención cognitivo conductual sobre la modificación de factores psicosociales como la ansiedad, la depresión y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC). Se utilizó un diseño experimental con prueba-posprueba y un grupo control. Participaron 28 pacientes del Servicio de Cardiología del Hospital General de México con IC. Los pacientes se asignaron al azar a dos grupos 17 al grupo experimental (G_1) y 11 al grupo control (G_2). Se realizaron evaluaciones psicológicas, para determinar los puntajes de la ansiedad, la depresión y la CVRS y una evaluación clínica. Se utilizó un cuadernillo de evaluación que contenía los siguientes instrumentos: Carta de consentimiento Informado, Ficha de Identificación, la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y el Cuestionario de Cardiomiopatía Kansas City. Se implementó un programa de intervención cognitivo conductual para el manejo de la ansiedad y la depresión dividido en tres fases: preevaluación, intervención y postevaluación. Los datos se analizaron para examinar las diferencias en las etapas del estudio. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la postevaluación de los grupos con respecto a las mediciones de las variables psicológicas.

Palabras Claves: Ansiedad, Depresión, Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), Insuficiencia Cardiaca (IC), Intervención Cognitivo Conductual.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares representan una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad general tanto en el mundo, como en México. La importancia de la epidemia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) rebasa ampliamente a la de las enfermedades infecciosas y parasitarias, y su velocidad de propagación es mayor en los países de economía emergente que en los más desarrollados. Se suele considerar que las enfermedades crónicas afectan principalmente a las personas de edad, pero actualmente sabemos que casi la mitad de las muertes por enfermedades crónicas se producen prematuramente en personas de menos de 70 años y una cuarta parte de esas defunciones se dan en personas de menos de 60 años (Velázquez, et al. 2007).

Una estimación indica que 80,000,000 adultos estadounidenses (aproximadamente 1 de 3) tiene una o más tipos de enfermedades cardiovasculares, de éstos 38,100,000 son de más de 60 años de edad. Con insuficiencia cardiaca 57,000,000 (Lloyd, et al. 2009)

Las estadísticas generales en México informan que las enfermedades del corazón figuraron en primer lugar como causa de muerte en el 2006; ocurrieron 81,252 muertes de las cuales 42,367 fueron de sexo masculino y 38,881 del sexo femenino (INEGI, 2008). La IC afecta a 750,000 personas en México y se prevé que anualmente se agregarán 75,000 nuevos casos (Skromne, et al. 2000).

La insuficiencia cardiaca (IC) permanece como un problema creciente de salud pública, quizás por la mayor supervivencia de la población al mejorar el tratamiento de la enfermedad isquémica. Los costos de atención son enormes, en especial por los frecuentes ingresos hospitalarios que generan los mayores gastos, y aunque las estrategias de tratamiento para la insuficiencia cardiaca han mejorado notablemente no parece que hayan logrado impactar de manera relevante en la comunidad (Orea, 2005).

De acuerdo con Orea (2005) si se considera que la población total estimada de mayores de 18 años de edad que se atiende en los centros de salud del Distrito Federal es de 1,063,864 pacientes, puede calcularse a través de una ecuación de regresión logística que la disfunción ventricular (sin síntomas) afecta a 310,648 sujetos de los cuales 21,277 podrían tener IC (con síntomas).

En el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares intervienen múltiples factores de riesgo. Estos se pueden clasificar en función de si son modificables o no y de la forma en que contribuyen a la aparición de la enfermedad (Yusuf et al. 2004).

Dentro de los factores modificables se encuentran los factores psicosociales, tales como el estrés, la ansiedad, la depresión, la conducta tipo A, la ira, entre otras, los cuales son determinantes para mejorar o empeorar la calidad de vida de los pacientes con este tipo de padecimientos cardíacos, influyendo tanto física como psicológicamente.

La alta mortalidad y morbilidad asociada a la IC no sorprende ya que típicamente estos pacientes reportan distrés psicológico, reducción en la interacción social y disminución en la calidad de vida; además los factores psicológicos también han sido implicados a precipitaciones hospitalarias en pacientes con IC congestiva; también se ha demostrado que las emociones negativas implican admisiones hospitalarias en pacientes con IC congestiva con un 49% comparado con un 24% de admisiones hospitalarias de otras condiciones medicas (MacMahon y Lip, 2002).

La depresión influye en el empeoramiento clínico, incrementando la mortalidad, un mal pronóstico vital, pérdida de apetito, adelgazamiento, disminuye las ganas de vivir, propicia la no adherencia terapéutica y cambios en el estilo de vida (consumo de tabaco, alcohol, etc.) (Pintor, 2006).

Por lo cual el propósito de esta investigación fue conocer qué efecto tuvo un programa intervención cognitivo conductual sobre la modificación de factores psicosociales en pacientes con IC.

Dado que esta investigación se desarrolla alrededor de los temas de IC y factores psicosociales, en el primer capítulo se presenta epidemiología de los trastornos cardiovasculares e IC tanto nacionales como internacionales además de la definición, diagnóstico y tratamiento de la IC.

En el segundo capítulo se aborda el tema de los factores psicosociales asociados a la IC tales como la depresión, la ansiedad y la CVRS además de los tratamientos psicológicos basados en técnicas cognitivo conductuales para la IC.

El tercer capítulo se refiere a la justificación y planteamiento del problema a abordar en la presente investigación. En el cuarto capítulo se describe el objetivo que dirige la investigación. El quinto capítulo se enfoca a la metodología en la que se basó esta investigación, describiendo la hipótesis, las variables de estudio, el diseño, las características de la muestra de estudio, el escenario, los instrumentos, materiales y equipo, procedimiento y las consideraciones éticas tomadas en cuenta para la presente investigación. En el sexto capítulo se describen los resultados obtenidos de los datos y se describen los procedimientos estadísticos que se llevaron a cabo.

El séptimo y octavo capítulo hace referencia a la discusión y conclusiones respectivamente de los principales hallazgos de la investigación.

En el noveno capítulo se observan las referencias utilizadas para sustentar el presente trabajo y por último en los anexos se muestra el cuadernillo de evaluación que se utilizó para los pacientes con IC.

Esta investigación formó parte del proyecto PAPIIT denominado “Factores de Riesgo Psicosociales de la Insuficiencia Cardíaca: Evaluación e Intervención Psicológicas” con N° IN304508.

Capítulo 1. Insuficiencia Cardiaca

1.1 Epidemiología de los Trastornos Cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte e incapacidad en los Estados Unidos, y en la mayoría de los países alrededor del mundo (Everson y Lewis, 2005) y encabezan la lista de los problemas de salud más graves a nivel mundial ya que son la primera causa de muerte en países en desarrollo (17 millones de muertes por año). Por ejemplo, en Estados Unidos, aproximadamente una de cada cuatro personas sufre de algún tipo de enfermedad cardiovascular como: hipertensión arterial, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, defectos cardiovasculares congénitos e Insuficiencia Cardiaca (IC) (American Heart Association, 2005).

En el 2005 se calculó que 80,700,000 personas en los Estados Unidos tenían una o más tipos de enfermedades cardiovasculares. Los gastos por enfermedad cardiovascular aumentaron a \$448.5 mil millones en 2008, \$16 mil millones más que en 2007. Existen 16,000,000 personas que tienen una historia de ataque cardíaco, angina de pecho o ambos de los cuales aproximadamente 8,700,000 son hombres y 7,300,000 mujeres (Rosamond, et al., 2008).

Por otro lado, la mortalidad general en México debida a las enfermedades no transmisibles, excede a la de las enfermedades infecciosas y parasitarias, hecho que ha incrementado del 20 al 27% la tasa de mortalidad general anual debida a enfermedades cardiovasculares. En la actualidad las enfermedades cardiovasculares imponen una enorme carga a los sistemas de salud representando casi el 50% de la mortalidad general (<http://www.entornomedico.net/noticias/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=1834>).

Las estadísticas generales en México informan que las enfermedades del corazón figuraron en primer lugar como causa de muerte en el 2006; ocurrieron 81,252 muertes de las cuales 42,367 fueron de sexo masculino y 38,881 del sexo

femenino (INEGI, 2008). La incidencia de las enfermedades crónicas, incluyendo enfermedades coronarias, la apoplejía, la hipertensión y la IC, probablemente aumentarán en las próximas décadas. (Everson y Lewis, 2005; Rosamond, et al., 2008).

La IC afecta alrededor de 5 millones de pacientes en los Estados Unidos y es una causa importante de morbilidad y mortalidad. La IC es a menudo una condición crónica y letal, representado el estadio final de diferentes enfermedades cardiacas (Durán y Encina, 2007). Por otro lado, la incidencia por IC es de 10 personas por cada 1000 en adultos mayores de 65 años, las altas en los hospitales por IC en 1971 fueron de 400,000 y en el 2005 se incrementaron a 1,084,000 lo que indica un 171% más (Rosamond, et al, 2008). La extrapolación de incidencia en USA para la IC es de 549,999 por año, 45,833 por mes, 10,576 por semana, 1,506 por día, 62 por hora y 1 por minuto; y la extrapolación de incidencia en mortalidad para USA por IC es de 54,913 por año, 4,576 por mes, 1,056 por semana, 150 por día, 6 por hora (http://www.wrongdiagnosis.com/h/heart_failure/stats.htm) y el riesgo de tiempo de vida para hombres y mujeres sobre 40 años de edad es 1 a 5 años; 1.1 millón de bajas del hospital ocurren por año con gastos aproximadamente de \$35 billones de dólares (Givertz, 2008).

La European Society Cardiology (ESC) representa a diferentes países con una población superior a los 900 millones de personas de las cuales 15 millones tienen diagnóstico de IC; y muere alrededor del 40% de las admisiones hospitalarias por IC o hay una readmisión hospitalaria al año, en general el 50% de los pacientes con IC mueren en los siguientes 4 años además existe una prevalencia del 10 al 20% de padecer IC en población entre los 70 a 80 años (Dickstein, et al. 2008).

En España la IC se presenta en el 1 al 2% de la población mayor de 40 años y en el 10% de la población por encima de los 60 años (Rodríguez, Banegas y Guallar, 2004); esto es, que 200,000 personas entre 40 y 60 años, y más de

500,000 mayores de 60 años, requieren atención sanitaria por IC, y el 16,1% de las personas de más de 74 años tienen diagnóstico de IC (McDonald, 2008). La IC es la primera causa de hospitalización en la población mayor de 65 años (Banegas, Rodríguez y Guallar, 2006); y se producen cerca de 80.000 ingresos hospitalarios por IC cada año y la supervivencia es de alrededor del 50% a los 5 años del diagnóstico (Rodríguez, Banegas y Guallar, 2004).

En México la IC afecta a 750,000 personas y se prevé que anualmente se agregarán 75,000 nuevos casos (Skromne, et al. 2000). En México el gasto destinado al tratamiento de esta enfermedad asciende a los 314 millones de dólares al año por lo que la IC representa un problema actual de salud pública (<http://www.entornomedico.net/noticias/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=1834>).

1.2 Definición de la Insuficiencia Cardiaca

Se define a la IC como la incapacidad del corazón para expulsar una cantidad suficiente de sangre que permita mantener una presión arterial adecuada para llevar oxígeno a los tejidos del organismo, que puede deberse a una ineficiente contracción miocárdica o daño intrínseco de la miofibrilla por una carga hemodinámica excesiva (Ortega y Cortés, 2002).

La función del corazón está regulada por 4 determinantes mayores que son:

- Estado de contractilidad del miocardio.
- Precarga del ventrículo (el volumen diastólico final y la longitud resultante de la fibra de los ventrículos antes del inicio de contracción).
- Postcarga aplicada a los ventrículos, impedancia a la expulsión del ventrículo izquierdo.
- Fuerza cardiaca

Estos cuatro componentes mantienen el equilibrio del corazón; cuando se altera alguno de éstos, sobreviene un desequilibrio hemodinámico que desencadena en una IC (Ortega y Cortés, 2002).

1.3 Clasificación de la Insuficiencia Cardíaca

De acuerdo con Ortega y Cortés (2002) la IC se clasifica en:

a) Insuficiencia cardíaca compensada, consiste en el desarrollo de mecanismos compensatorios que regulan un adecuado gasto cardíaco.

b) Insuficiencia cardíaca descompensada, cuando los mecanismos compensatorios antes desarrollados no son suficientes para lograr un adecuado gasto cardíaco.

Según el nivel de actividad del corazón, la New York Heart Association (NYHA) clasifica a la IC en cuatro clases de funcionalidad (ver Tabla 1) (Dickstein, et al. 2008; Patel, 2008).

Tabla 1. Clase funcional NYHA

Clase Funcional	Descripción
I	Pacientes con cardiopatía pero sin limitaciones resultantes de la actividad física. La actividad física habitual no provoca fatiga indebida, palpitaciones, disnea o dolor anginoso.
II	Pacientes con cardiopatía que produce una limitación ligera de la actividad física. La actividad física ordinaria produce fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso. Los síntomas desaparecen con el reposo.
III	Pacientes con cardiopatía que produce una importante limitación de la actividad física. La actividad física menor de la ordinaria produce fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso. Los síntomas desaparecen con el reposo.
IV	Pacientes con cardiopatía que produce incapacidad para realizar cualquier actividad física sin molestias. Aparecen los síntomas aún en reposo, si se realiza cualquier actividad física las molestias

	aumentan
--	----------

Fuente: Dickstein, et al. (2008); Patel, (2008).

1.4 Diagnóstico de la Insuficiencia Cardiaca

Para efectuar el diagnóstico de IC son utilizados los criterios del Framingham Heart Study (Tabla 2), estos poseen sensibilidad del 100% que se refiere a la probabilidad de clasificar correctamente a un individuo enfermo, por lo tanto, la capacidad de los criterios para detectar la enfermedad y una especificidad del 78% que se refiere a la probabilidad de clasificar correctamente a un individuo sano. En el diagnóstico de IC, se requiere de la presencia simultánea de al menos dos criterios mayores ó de un criterio mayor y dos criterios menores. Los criterios menores son sólo aceptables si no pueden ser atribuidos a otras condiciones médicas como hipertensión pulmonar, enfermedad pulmonar crónica, cirrosis, ascitis o síndrome nefrótico (Anguita y Ojeda, 2006).

Tabla 2. Criterios de Framingham para el Diagnóstico Clínico de la IC

Mayores	Menores
<ul style="list-style-type: none"> • Disnea paroxística nocturna • Ortopnea • Ingurgitación yugular • Crepitantes • Cardiomegalia radiográfica • Edema agudo de pulmón • Tercer Tono 	<ul style="list-style-type: none"> • Edema bilateral de miembros inferiores • Tos nocturna • Disnea de esfuerzo • Hepatomegalia • Derrame pleural • Frecuencia >120 lat/min. • Pérdida de más de 4.5 Kg. en 5 días tras tratamiento diurético

Fuente. Anguita y Ojeda, (2006).

Las pruebas de laboratorio y gabinete para determinar la causa y la severidad de la IC incluyen:

- Evaluación clínica sistemática de la circulación periférica, el llenado venoso y la temperatura periférica.
- Pruebas de sangre en laboratorio. Se deben realizar varias pruebas de laboratorio en los pacientes con IC aguda. El análisis de la gasometría arterial (Astrup) permite evaluar la oxigenación (pO_2), la adecuación respiratoria (pCO_2), el equilibrio ácido-base (pH) y el déficit de bases, y debe realizarse en todos los pacientes con IC grave. La determinación de la saturación venosa de O_2 (en la vena yugular) puede ser útil para calcular el equilibrio total de aporte y demanda de oxígeno en el organismo. El péptido natriurético plasmático de tipo B (BNP) es liberado por los ventrículos cardíacos en respuesta a un aumento del estiramiento de la pared y de la carga de volumen y se ha utilizado para excluir y/o identificar la IC congestiva en pacientes ingresados en urgencias por disnea.
- Radiografía de tórax y otras técnicas de imagen deben ser realizadas de forma precoz en todos los pacientes con IC aguda para valorar la presencia de enfermedades preexistentes cardíacas o torácicas (tamaño y forma de las cámaras cardíacas) y para evaluar la congestión pulmonar. Se usa tanto para la confirmación del diagnóstico como para el seguimiento de la mejoría o de la respuesta insatisfactoria al tratamiento.
- Exploración ecocardiográfica con Doppler, mediante el análisis de ondas sonoras que rebotan en el corazón y que son registradas por un sensor electrónico colocado sobre el pecho, una computadora procesa la información para producir una imagen animada en una, dos o tres dimensiones que muestra cómo funcionan el corazón y las válvulas cardíacas. Es un instrumento fundamental para la evaluación de los cambios funcionales y estructurales que subyacen en la insuficiencia

cardíaca aguda o se asocian con ella, así como para la valoración de los síndromes coronarios agudos.

- Electrocardiograma (ECG) es capaz de identificar el ritmo, y puede ayudar a determinar la etiología de la insuficiencia cardíaca aguda y evaluar las condiciones de carga del corazón.
- Estudio electrofisiológico (EEF). Este se realiza mediante una cateterización cardíaca para estudiar a los pacientes con arritmias, una corriente eléctrica estimula el corazón para tratar de provocar una arritmia la cual se trata inmediatamente con medicamentos.
- Gammagrafía. Este estudio consiste en inyectar una sustancia radiactiva inofensiva en la corriente sanguínea para obtener información sobre el flujo de sangre por las arterias, es útil para identificar músculo cardíaco dañado o muerto o un estrechamiento grave en una arteria.
- Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo (FEVI), es la cantidad porcentual de sangre que se bombea del ventrículo lleno, el valor normal es del 50 por ciento o más (Nieminen et al. 2005; Dickstein, et al. 2008).

1.5 Tratamiento Farmacológico de la Insuficiencia Cardíaca

Para el manejo de la IC no solo se debe de contar con el diagnóstico sino también con un tratamiento eficaz para el control de la IC; las recomendaciones de la American College of Cardiology/American Heart Association para el tratamiento de los pacientes con IC se refieren en las Tablas 3 y 4 (Anguita y Ojeda, 2006).

Tabla 3. Principios y objetivos generales del tratamiento de la IC

Tratamiento sintomático

1. Reducir de la congestión pulmonar:
 - a. Mantenimiento de la contracción auricular
 - b. Prevención de taquicardias
 - c. Reducir el volumen plasmático
2. Mejorar la tolerancia al ejercicio
3. Tomar en cuenta medidas no farmacológicas
 - a. Restricción moderada de sodio
 - b. Restricción moderada de líquidos
 - c. Prescripción de ejercicio físico aeróbico moderado
4. Llevar a cabo tratamiento farmacológico
 - a. Utilizar con precaución los inotrópicos
 - b. Diuréticos en dosis bajas
 - c. Nitratos
 - d. Bloqueadores beta
 - e. Antagonistas del calcio
 - f. Antagonistas del sistema angiotensina-aldosterona
5. Tratamiento dirigido a la etiología específica
 - a. Isquemia miocárdica (prevención/tratamiento)
 - b. Hipertrofia ventricular izquierda (prevención/regresión)

Fuente. Anguita y Ojeda (2006).

Tabla 4. Recomendaciones para el tratamiento de los pacientes con IC

Control de la hipertensión arterial

Control de la frecuencia ventricular en pacientes con fibrilación auricular

Diuréticos para mejorar los síntomas congestivos (disnea y edemas)

Revascularización coronaria en pacientes con enfermedad coronaria en los que se crea que la isquemia influye en el desarrollo de insuficiencia cardíaca (clase II)

Restauración del ritmo sinusal en pacientes en fibrilación auricular

Uso de bloqueadores beta, antagonistas del calcio, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina o antagonistas de los receptores de la angiotensina II en pacientes con hipertensión ya controlada para minimizar los síntomas de IC

Fuente. Anguita y Ojeda (2006).

Capítulo 2. Factores Psicosociales e Insuficiencia Cardíaca

En el desarrollo de los trastornos cardiovasculares intervienen múltiples factores de riesgo. Estos se pueden clasificar en función de si son modificables o no y de la forma en que contribuyen a la aparición de la enfermedad (Yusuf, et al. 2004). Dicha clasificación de los factores de riesgo se muestran en la Tabla 5.

Tabla 5. Factores de riesgo de las Enfermedades Cardiovasculares

NO MODIFICABLES	MODIFICABLES		
	<u>Clínicos</u>	<u>Psicosociales</u>	<u>Emergentes</u>
Historia familiar	Hipertensión	Estrés psicosocial	Homocisteína
Edad	Dislipidemias	Hostilidad	Falla en la glucosa
Sexo	Diabetes	Reactividad/Recuperación	en ayunas
	Obesidad	Cardiovascular	Factores inflamatorios (PCR)
	Tabaquismo	Ansiedad	Triglicéridos séricos elevados
		Depresión	
		Personalidad A y D	
		Bajo nivel socio-económico	

Fuente. Yusuf, et al. 2004.

El estudio INTERHEART (Yusuf, et al. 2004) realizado en 52 países en el año 2004, cuyo objetivo fue investigar la relación entre los factores de riesgo y la enfermedad cardíaca coronaria, el primero que incluyó en su evaluación a los factores psicosociales (depresión, locus de control, percepción de estrés y eventos vitales), se encontró una asociación entre nueve factores de riesgo (tabaquismo, lípidos, hipertensión, diabetes, obesidad, dieta, actividad física, consumo de alcohol y factores psicosociales) y el infarto al miocardio. Los dos factores de riesgo más importantes fueron el tabaquismo y los lípidos anormales (apolipoproteínas), seguidos de los factores psicosociales y la obesidad abdominal. Los resultados sugirieron que la prevención efectiva necesita una estrategia global que reconozca la importancia de los factores de riesgos (biológicos, sociales y ambientales) de la enfermedad cardiovascular.

Como se ha visto las causas de los trastornos cardiovasculares no sólo se presentan por factores no modificables tales como la edad, la historia familiar, etc., sino también son producto del estilo de vida poco saludables de las personas, como fumar, comer demasiado, inactividad física, y por factores de riesgo psicosociales en el organismo (estrés, ansiedad, depresión, restricciones conductuales y disminución en la calidad de vida entre otros) y la forma en la que se enfrenta a ellos (Pickering, Clemow, Davidson, y Gerin, 2003; Davison, Rieckman y Rapp, 2005; Johansson, Dahlström y Broström, 2006), observado diversas consecuencias psicosociales comórbidas durante el proceso y desarrollo de la IC los cuales son determinantes para mejorar o empeorar la calidad de vida de los pacientes con este tipo de padecimientos cardíacos influyendo tanto física como psicológicamente en los pacientes.

2.1 Cardiología Conductual

Los cardiólogos no son los únicos quienes trabajan para tratar a personas con este padecimiento, un campo conocido como psicocardiología, también llamada cardiología conductual o psicología cardíaca está incitando a los psicólogos a brindar su conocimiento en este campo (Clay, 2007). La cardiología conductual es una extensión de la Medicina Conductual; que surge de la práctica clínica basada en el reconocimiento de que las conductas “patógenas” del estilo de vida, los factores emocionales y el estrés crónico pueden fomentar o agudizar la hipertensión, la aterosclerosis y los eventos cardiacos adversos (Figuroa, Domínguez, Alcocer y Ramos, 2009).

La Cardiología Conductual estudia y trata los factores psicológicos que favorecen la aparición y desarrollo de la enfermedad cardiovascular y que tiene una visión más amplia, dentro del conocimiento psicológico, acerca de la enfermedad cardíaca. Su campo de estudio es la prevención primaria, secundaria y la rehabilitación en pacientes cardiacos apoyando en el diagnóstico e intervención multidisciplinaria para la prevención y control de los trastornos cardiovasculares (Pickering, Clemow, Davidson, y Gerin, 2003).

La cardiología conductual representa un punto de vista alternativo respecto a que si bien las enfermedades cardiovasculares no son inevitables, si se puede prevenir. De acuerdo con esto, las variables que contribuyen a la aparición de la enfermedad cardíaca no se encuentran únicamente en el corazón, sino también son producto del estilo de vida y de los efectos de factores psicosociales. La cardiología conductual no sólo explica cómo actúan estos factores en la aparición de la enfermedad, sino también como se pueden modificar ya instalados (Figuroa, Domínguez, Alcocer y Ramos, 2009).

Por lo que la participación de psicólogos en esta área es de gran importancia pues son parte del apoyo multidisciplinario que requiere el tratamiento para este tipo de padecimiento (Figuroa, Domínguez, Alcocer y Ramos, 2009).

A continuación se explicará la relación de los factores psicosociales en especial de la ansiedad, la depresión y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) con la IC.

2.2 Ansiedad e Insuficiencia Cardíaca

La ansiedad se ha caracterizado como una emoción altamente negativa, con componentes de miedo la cual tiene manifestaciones conductuales, neurobiológicas y cognitivas y está presente simultáneamente junto con la depresión especialmente en población longeva enferma. Los síntomas ansiosos pueden ser asociados a un alto riesgo de tener enfermedades del corazón y también se ha asociado con al incremento de infartos al miocardio (Jiang, et al. 2004).

La ansiedad tiene diversas consecuencias médicas y/o psicológicas en pacientes con alguna enfermedad cardíaca en especial cuando es persistente o grave, incluyendo la dificultad de adherencia a los tratamientos recetados y para realizar cambios en el estilo de vida recomendados por el médico, el fracaso para realizar cambios en conductas de riesgo, incrementa el riesgo de presentar

eventos cardíacos agudos, así como incrementa el riesgo de tener complicaciones en el hospital después de un síndrome coronario agudo (Moser, 2007).

La prevalencia de síntomas ansiosos en pacientes con enfermedad cardíaca crónica es del 5% al 10%, la cual se eleva al 50% en pacientes con enfermedad cardíaca aguda en la unidad de cuidados intensivos (Sullivan, LaCroix, Speretus y Hecht, 2000). Lane, Carroll, Ring, Beevers y Lip (2001), realizaron un estudio con 288 pacientes hospitalizados por infarto al miocardio, encontrando que el 26% tenía altos niveles de síntomas ansiosos.

El Psychosocial Factors Outcome Study (PFOS) fue el primer estudio en pacientes ambulatorios con IC que examinó los factores psicosociales y la severidad de la enfermedad con la mortalidad. En este estudio se encontró que la depresión y la ansiedad fueron comunes en los pacientes (36% en el Inventario de Depresión de Beck y 45% en el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado). La depresión ($p=.04$) y el aislamiento social ($p=.04$), no siendo así para la ansiedad, predijeron mortalidad, independientemente de las características demográficas y de los predictores clínicos y de tratamiento. Se concluyó que la evaluación y el manejo de las variables psicosociales es importante en pacientes con IC (Friedmann et al. 2006).

En una investigación se evaluó la presencia de ansiedad y depresión en pacientes con IC hospitalizados utilizaron el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado y el Inventario de Depresión de Beck (IDB). La correlación entre Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado fue alta ($r=0.85$; $p<0.001$) y con el IDB fue media (Ansiedad Estado $r=0.52$; Ansiedad Rasgo $r=0.59$; $p<0.001$). Los puntajes del IDB mostraron una predicción significativa con respecto al incremento de la mortalidad en el año siguiente. Concluyeron que aunque la ansiedad y la depresión están relacionadas en pacientes con IC, la depresión predijo un peor pronóstico (Jiang et al., 2004).

Shen y Cols.(2008) investigaron si las características de ansiedad pronostican el inicio de infarto agudo al miocardio durante un promedio de 12.4 años y si esta relación era independiente de otras variables psicológicas de riesgo

en 735 hombres con una media de edad de 60 años sin una historia de enfermedad coronaria o la diabetes en el punto de partida del estudio, concluyeron que la ansiedad predispone a que aparezca un infarto agudo al miocardio pues es un factor de riesgo fuerte e independiente en hombres más viejos.

Jeffrey y Vega (2008) evaluaron a 804 pacientes con enfermedad arterial coronaria. Utilizaron el IDB para evaluar depresión y el HADS (escala de ansiedad y depresión hospitalaria) para evaluar ansiedad. De los 804 pacientes, el 7.1% cubría los criterios para trastorno depresivo mayor; 5.3% para trastorno de ansiedad generalizada, y el 1.4% tenían comorbilidad de ambas condiciones. A los 2 años un total de 220 (27.4%) pacientes habían elevado los síntomas depresivos con IDB (>14) y 333 (41.4%) había elevado puntajes de HADS (>8). El estudio reportó que la incidencia de la depresión fue más alta en personas con la enfermedad cardíaca en relación con la población en general. La incidencia de ansiedad fue casi tan alta y la incidencia de ambas condiciones (depresión y ansiedad) era más alta versus la población general. Ambas condiciones fueron relacionadas con aproximadamente el doble de riesgo de ocurrencia eventos cardíacos mayores.

2.3 Depresión e Insuficiencia Cardíaca

La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de síntomas como la tristeza, la pérdida de interés y la incapacidad para experimentar sentimientos de placer, se hace crónica en la mayor parte de los pacientes y evoluciona en episodios recurrentes (DSM-R IV, 1994).

Existen tres veces más posibilidades de sufrir una depresión mayor, en pacientes con enfermedad coronaria cuando se comparan con la población general (Penninx et al. 2001). Se ha encontrado asociación entre la depresión y la mortalidad en pacientes con IC tanto ambulatorios como hospitalizados. (Friedmann, et al. 2006). En Estados Unidos se consideró a la depresión como uno de los seis campos de mayor impacto de discapacidad generados por la enfermedad cardiovascular y que la depresión es de 4 a 5 veces más común en

pacientes con IC que en la población general (Angermann, 2007). Las tasas de prevalencia de depresión en pacientes con IC congestiva fue calculada entre el 24% y el 42% lo cual contribuyó a una alta frecuencia de readmisiones hospitalarias. Los síntomas depresivos graves se presentaron en el 85% de los pacientes hospitalizados por IC congestiva y se relacionaron con hipercortisolemia, concentraciones de sodio elevadas en suero y alto recuento de linfocitos en sangre (Téllez y Estefan, 2003).

Gottlieb y Cols. (2004) explican que la depresión se presenta con tasas de prevalencia en la población con IC del 25% en pacientes en fases avanzadas o graves, y la tasa de enfermedad depresiva o depresivo-ansiosa sobrepasa el 50%.

Además existen repercusiones fisiológicas, Alarcón y Ramírez (2006) explican que la depresión se asocia a factores involucrados con la fisiopatología de las enfermedades cardiacas dentro de las cuales se encuentran:

- a) La disregulación del sistema hipotálamo-hipofiso-simpatoadrenal (HHS).
- b) Los pacientes con depresión presentan alteraciones neuroendocrinas y neuroanatómicas que modifican el comportamiento de eje.
- c) La depresión está asociada con anomalías de la función plaquetaria, coagulación sanguínea, la función inmunológica, el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA), el balance autonómico, el metabolismo folato/homocisteína y la función endotelial, los cuales se encuentran involucrados en el proceso arteriosclerótico.
- d) La depresión está asociada con una respuesta inflamatoria de fase aguda y concentraciones elevadas de proteína C reactiva, citocinas inflamatorias, como interleucina-6 (IL-6), interleucina-1B (IL-1B), factor de necrosis tumoral alfa y antagonista del receptor de la interleucina-1. Estas citocinas proinflamatorias, a su vez, pueden producir síntomas de depresión, anorexia, pérdida de peso, anhedonia y alteraciones en el sueño.
- e) La persona deprimida tiene alteraciones sanguíneas que ocasionan estados protrombóticos.

- f) La función endotelial se encuentra alterada en pacientes deprimidos o estresados.
- g) Las anomalías autonómicas observadas en pacientes cardiológicos con arritmias ventriculares y muerte súbita son similares a las padecidas por pacientes con depresión. Esto explica el aumento en la mortalidad cardiovascular de pacientes con depresión.

A continuación se describirán algunos de los estudios que han demostrado la relación entre la depresión y la IC.

En una investigación realizada en el Centro Médico Universitario de Duke en Estados Unidos, se estudiaron 357 pacientes durante quince meses (35.3% con síntomas de depresión y 13.9% con depresión grave). Los pacientes con IC y sin depresión presentaron una mortalidad de 5.7% a los tres meses y 13.7% al año. Los pacientes con IC y con depresión aumentaron la mortalidad en un 13% a los tres meses y 16.1% al año. Las readmisiones hospitalarias de pacientes con enfermedad cardíaca y sin depresión fue del 36.5% a los tres meses y 52.3% al año, mientras que los pacientes con enfermedad cardíaca y con depresión grave aumentaron a 52.2% a los tres meses y a 80.4% al año (Durham, 2001).

En este sentido, Lespérance, Frasere, Talajic y Bourassa (2002) encontraron que la mejoría en los síntomas depresivos se asoció con una menor mortalidad cardíaca en pacientes con depresión leve y los pacientes con altos niveles de depresión iniciales tuvieron un peor pronóstico a lo largo del periodo de tiempo.

Havranek, Spertus, Masoudi, Jones y Rumsfeld (2004), realizaron una investigación acerca de los predictores del inicio de los síntomas de depresión en pacientes con IC. El estudio fue de cohorte prospectivo multicéntrico, se llevó a cabo en pacientes ambulatorios con IC y fracción de eyección <0.40. Los pacientes fueron evaluados en una línea base y al año al concluir el estudio, con el cuestionario Medical Outcomes Study-Depression y Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ); de 245 pacientes sin síntomas de depresión al inicio del

estudio, el 21.2% desarrolló síntomas de depresión al año. Un análisis multivariado del KCCQ mostró que vivir a solas, el abuso del alcohol, la percepción de la atención médica como una carga económica cuantiosa, y el estado de salud, eran los indicadores independientes para desarrollar síntomas depresivos. Para pacientes sin estos factores, 7.9% desarrollaron depresión antes de un año. Cuando un factor estaba presente, durante el año la incidencia de la depresión fue de 15.5%, cuando dos factores estaban presentes la incidencia era de 36.2% y cuando tres o más factores estaban presente la incidencia fue de 69.2%. Estos autores concluyeron que los factores psicosociales y estado de salud fueron predictores en el desarrollo de la depresión en pacientes ambulatorios con IC.

Guallar et al. (2006) estimaron la prevalencia de depresión e identificaron los factores biomédicos y psicosociales asociados en 433 pacientes ancianos hospitalizados con IC en España. Del total de pacientes estudiados, 48.5% presentaron depresión, 37.6% en hombres y 57% en mujeres. La depresión fue más frecuente en los pacientes con las siguientes características: a) grado funcional III-IV de la NYHA (New York Heart Association), b) peor puntuación en los aspectos físicos de la calidad vida, c) dependencia en 1 o 2 actividades básicas de la vida diaria (ABVD), d) dependencia en 3 o más ABVD, e) limitación en alguna actividad instrumental de la vida diaria, f) hospitalización previa por IC, g) estar solos en casa más de 2 horas al día, h) menor satisfacción con el médico de atención primaria. En este estudio se concluyó que la depresión era muy frecuente en los ancianos hospitalizados con IC y que se asociaba con varios factores biomédicos y psicosociales.

Por otro lado, una investigación en donde se revisaron 25 estudios relacionados con la depresión, la ansiedad y al apoyo social, se concluyó que la depresión y el apoyo social están relacionados con el pronóstico de pacientes externos con IC Congestiva, independientemente de los factores de riesgo biomédicos (Pelle, Gidron, Szabó y Denollet, 2008).

En resumen, se ha observado que la depresión se encuentra de manera más frecuente en este tipo de pacientes, asociándose a un mayor riesgo de mortalidad, situación que puede aumentar el riesgo de eventos cardiacos recurrentes y como consecuencia la muerte del paciente, dado que existe una falta de adherencia al tratamiento farmacológico y al cambio de acciones relacionadas con el estilo de vida (Lane, Chong y Lip, 2006).

También se observa que los predictores más confiables de tener depresión posterior en pacientes con IC se encuentran relacionados con factores como el aislamiento social, preocupación por los gastos de su salud, en la pérdida de la habilidad para cuidarse a sí mismos, y en general en la disminución de la calidad de vida, pero en muy pocos casos con la severidad de su enfermedad (Luskin, Reitz, Newell, Quinn y Haskell, 2002; Parajón, Lupón, González, Urrutia y Altimir, 2004; Guallar et al. 2006).

2.4 Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) e Insuficiencia Cardíaca

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) se refiere a cómo la salud de la persona afecta su habilidad para realizar actividades rutinarias tanto físicas como sociales. Coelho, Ramos, Prata, Bettencourt y Ferreira (2005) definieron a la CVRS como la forma en que el paciente percibe el efecto funcional de su enfermedad y su consecuente terapia, al igual que mide la experiencia de la enfermedad que percibe el paciente, define la realidad del paciente y su punto de vista en oposición a la realidad definida por el conocimiento del profesional de la salud.

La CVRS incluye las siguientes áreas conductuales:

- a) Funcionamiento físico (capacidad para realizar tareas físicas)
- b) Funcionamiento ocupacional (habilidad para realizar múltiples funciones esenciales y no sólo en el trabajo)

- c) Percepciones sobre el estado de salud (creencias y evaluaciones personales y del estado general de salud)
- d) Funcionamiento psicológico
- e) Funcionamiento social (¿cómo se relaciona con otras personas y cómo reaccionan otras personas ante él?)

La IC es una de las enfermedades crónicas que más afecta a la CVRS (McMurray y Stewart, 2000). La condición física de los pacientes con IC está mermada por signos y síntomas como disnea, fatiga, edemas y pérdida de masa muscular y con frecuencia también por causas subyacentes a la IC, por ejemplo, angina de pecho. Si a esto se le suman las limitaciones en la dieta, las dificultades para realizar el trabajo habitual y para tener relaciones sexuales, la progresiva falta de autonomía, los efectos secundarios de los medicamentos y los ingresos hospitalarios recurrentes es fácil darse cuenta de que la calidad de vida de las personas que la padecen se ve deteriorada. Por otro lado, la CVRS también ha demostrado ser un predictor útil de mortalidad y hospitalización lo que la convierte en un instrumento de suma importancia a la hora de tomar decisiones terapéuticas individualizadas (Alta, et al. 2002; Hulsmann, et al. 2002).

Parajón, Lupón, González, Urrutia y Altimir, 2004 evaluaron a 326 pacientes con IC, el objetivo fue conocer la calidad de vida a través del cuestionario "Minnesota Living With Heart Failure", además de diversos factores clínicos y demográficos. Encontraron una correlación ($p < 0.001$) entre la calidad de vida con la clase funcional, el sexo (puntuaciones más altas en mujeres) y la diabetes, el número de ingresos hospitalarios durante el año previo ($p < 0.001$), la anemia ($p < 0.001$) y la etiología ($p = 0.01$). Se concluyó que la valoración de la calidad de vida es muy útil en la predicción pronóstica en lo que se refiere a la mortalidad y la hospitalización.

Lee, Yu, Woo y Thompson (2005) evaluaron el estado funcional, el estado psicológico, el apoyo social y la pobre percepción de salud. En el análisis de regresión, el distrés psicológico, la pobre percepción de salud, el alto grado en la NYHA (New York Heart Association) y el bajo nivel de educación se relacionaron

con CVRS pobre, concluyendo que hay trascendencia al abordar aspectos psicológicos y de la salud funcional de pacientes de IC congestiva ya que se ayudará a los pacientes para cultivar una actitud positiva hacia su propio estado de salud y también es un objetivo de tratamiento importante.

Franzénab, Savemanb y Blomqvistc (2007) realizaron un estudio que acerca de cómo la edad, el sexo, la gravedad de enfermedad, la comorbilidad y las condiciones de vida pronostican la CVRS en personas de 65 años o más con IC crónica. En una muestra de 357 personas los autores concluyeron que la gravedad de la enfermedad autoreportada fue relacionada fuertemente con CVRS, pero también la edad, el sexo, la diabetes y las enfermedades respiratorias fueron relacionadas con algunas de las dimensiones de CVRS. Recomendaron dar apoyo psicológico para reforzar las áreas de las CVRS que todavía son viables y pueden ser importantes para mejorar CVRS en personas de edad avanzada con IC crónica.

Etxeberría, y Cols. en el 2007 evaluaron 34 pacientes con IC para examinar la calidad de vida y los factores que pueden influir en ella, utilizando el cuestionario Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MLWHFQ). Realizaron mediciones de la edad, el sexo, la comorbilidad, la función cognitiva, la depresión y la capacidad funcional en la vida diaria. La depresión fue el factor que con más claridad se asoció a la disminución de la calidad de vida de los pacientes ($p=0.0001$). Se demostró una asociación estadísticamente significativa entre la fracción de eyección del ventrículo izquierdo ($p=0.03$), la edad ($p=0.008$) y la albuminemia ($p=0.01$).

Como se ha observado a lo largo de estos tres apartados, existe evidencia que muestra la relación entre los factores psicosociales, tal es el caso de la ansiedad y la depresión en pacientes con enfermedades coronarias como la IC, mostrando los efectos negativos que producen al paciente, como las reincidencias hospitalarias, la falta de adherencia al tratamiento, muertes súbitas, entre otras, afectando y/o deteriorando así la calidad de vida de los pacientes, por lo que se

hace evidente intervenciones psicológicas para la modificación de estas conductas de riesgo.

2.5 Intervención Psicológica e Insuficiencia Cardíaca

La psicoterapia cognitivo-conductual es muy efectiva para mejorar la calidad de vida y reducir la frecuencia de subsiguientes acontecimientos coronarios (infartos, readmisiones hospitalarias, entre otras). Las intervenciones conductuales han sido benéficas en la mejora de los resultados cardíacos aumentando la adherencia al tratamiento (Graves y Miller, 2003). En estudios sobre el tratamiento psicológico de la depresión en pacientes cardiovasculares se ha observado que aunque no influya en la evolución de la enfermedad, sí mejora la calidad de vida, por lo que se le debería conceder una prioridad terapéutica alta (Berkman, et al. 2003). A continuación se mostrarán algunos ejemplos de las intervenciones que se han hecho con la psicoterapia cognitivo-conductual en pacientes con enfermedades coronarias entre ellas la IC.

En un estudio Kostis, et al. (1994) encontraron que la terapia no farmacológica basada en el entrenamiento de ejercicio clasificado, de tres a cinco veces por semana, terapia cognitiva estructurada y manejo del estrés, y la una intervención alimenticia dirigida a la reducción de sal, el peso en pacientes con sobrepeso logró mejorar la capacidad funcional, el peso corporal y el estado de humor en pacientes con IC.

Luskin, Reitz, Newell, Quinn y Haskell, (2002) realizaron un estudio para evaluar el efecto del entrenamiento en manejo de estrés, la capacidad funcional, y la variabilidad de la tasa cardíaca en pacientes adultos con IC clase I-III (NYHA). Los 14 participantes que completaron el tratamiento asistieron a 8 sesiones de entrenamiento durante 10 semanas. Se evaluó a los participantes en la línea de base inicial y final (después de la intervención). Se evaluó depresión, manejo de estrés, optimismo, ansiedad, y capacidad funcional, así como variabilidad de la tasa cardíaca. Los resultados revelaron mejorías significativas ($p < 0.05$) en manejo del estrés, capacidad funcional (prueba de caminata) y la depresión, notándose

tendencias positivas en cada una de las medidas psicosociales. Este programa de entrenamiento ofreció una forma sencilla y costo-efectiva de mejorar el tratamiento no farmacológico de la IC. Dados estos resultados significativos se recomendó realizar intervenciones psicosociales en pacientes con IC.

En investigaciones realizadas por Lett, Davidson y Blumenthal (2005) y Dekker (2008), quienes realizaron evaluaciones acerca de los tratamientos no farmacológicos para la depresión en pacientes con IC, encontraron que en términos de reducción de la depresión la terapia psicológica cognitivo conductual es la que tiene más evidencia de eficacia.

Yu (2006) determinó los efectos del entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva (RMP) sobre los síntomas de 121 pacientes con IC cónica que fueron asignados al azar en dos grupos: experimental (n=59) y control (n=62). Los pacientes del grupo experimental estuvieron en un programa de RMP, mientras que el grupo control recibió atención placebo. Se evaluaron en línea base la ansiedad, la depresión, la disnea y la fatiga, se dio seguimiento a 8 y 14 semanas post-tratamiento. Los resultados mostraron que el grupo experimental obtuvo una mayor reducción en la ansiedad y la depresión evaluado por el HADS (escala de ansiedad y depresión hospitalaria) que el grupo de control ($p=.001$), y la mejora fue mantenida en las 14 semanas siguientes ($p<.001$). Concluyendo que RMP puede mejorar el estado psicológico de pacientes con IC, y puede ser incluido en programas del manejo de la enfermedad en pacientes con IC. Recomiendan que estudios futuros indaguen el efecto de la RMP sobre el control de síntoma en pacientes con IC.

Por otra parte, Yu, Lee, Woo y Hui (2007) realizaron una investigación con el objetivo de revisar los efectos de una terapia de relajación y un entrenamiento con ejercicios sobre factores psicosociales en adultos mayores con IC. Para ello se dividió a los 153 pacientes en tres grupos, 59 pacientes recibieron terapia de relajación, 32 pacientes entrenamiento con ejercicios y 62 recibieron atención placebo durante 12 semanas. Los resultados mostraron que los grupos de terapia

en relajación y el de ejercicio obtuvieron una mejora significativa en cuanto a la calidad de vida ($p=0.002$); comparado con el grupo que recibió atención placebo. La terapia de relajación fue eficaz para reducir la depresión ($p<0.001$), la terapia de ejercicio trabajó mejor para controlar síntomas de fatiga ($p=0.03$). Se concluyó que la terapia de relajación y el entrenamiento de ejercicios fueron eficaces para mejorar la salud física y psicológica de adultos mayores con IC y se recomendó que se utilicen como componentes en un programa de atención integral para la IC.

Capítulo 3. Justificación y Planteamiento del Problema

Con base en la literatura revisada se observa que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte e incapacidad en los Estados Unidos, y en la mayoría de los países alrededor del mundo.

Si bien en México el proceso de envejecimiento tomará la mitad de tiempo que en los países desarrollados, en el año 2034 probablemente habrá la misma cantidad de niños que de adultos mayores, lo cual aunado a la transición epidemiológica y nutricional que hoy en día afecta a los mexicanos logrará una de sus más altas expresiones epidemiológicas (Velázquez, et al. 2007), con lo cual las enfermedades crónico degenerativas entre ellas la IC aumentarán y serán un grave problema de salud.

Se han observado diversas consecuencias psicosociales durante el proceso y desarrollo de la IC, tales como las restricciones conductuales, estrés, depresión, ansiedad y disminución en la calidad de vida (Davison, Rieckman y Rapp, 2005; Johansson, Dahlström y Broström, 2006). La enfermedad cardíaca conllevaría en estos pacientes a un notable desgaste emocional a lo largo de varios años, con la necesidad de adaptaciones sucesivas a situaciones físicas y psicosociales cambiantes, en general con pérdida progresiva de su autonomía (Pintor, 2006).

Es evidente la relación que existe entre las enfermedades cardíacas, los trastornos depresivos, la ansiedad, el estrés y la personalidad Tipo A, donde se manifiesta un riesgo de intensificar la patología orgánica como de la psicopatología y de muerte súbita (Alarcón y Ramírez, 2006).

Con todo lo anterior se ha considerado estudiar la relación de la ansiedad y la depresión en la CVRS e implementar un programa de intervención con técnicas cognitivo conductuales con el propósito de mejorar la CVRS de los pacientes con IC.

Con base a la justificación anterior, se plantearon las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es el grado de relación entre la depresión, la ansiedad y la CVRS en pacientes con IC?

¿Cuál es el efecto de un programa de intervención cognitivo conductual para el manejo de la ansiedad y la depresión sobre la depresión, ansiedad y la CVRS en pacientes con IC en comparación con pacientes que sólo reciben tratamiento médico?

3.1 Objetivos

3.1.1 General

El propósito de esta investigación fue conocer el efecto de un programa de intervención cognitivo conductual sobre la modificación de factores psicosociales (ansiedad, depresión y CVRS) en pacientes con IC.

3.1.2 Específicos

1. Determinar la posible relación entre la ansiedad y la depresión con la CVRS en pacientes con IC.
2. Implementar un programa de intervención cognitivo conductual para el manejo de la ansiedad y la depresión en pacientes con IC.

Capítulo 4. Método

4.1 Hipótesis

Hi₁: A mayor ansiedad y depresión menor CVRS

Hi₂: El efecto en las variables de ansiedad, depresión y CVRS será diferente en el G₁ que en el G₂ después de exponer a G₁ a un programa de intervención cognitivo conductual

4.2 Variables

4.2.1 Variable Independiente

Programa de intervención cognitivo conductual para el manejo de la ansiedad y la depresión:

Incluyó las siguientes técnicas cognitivo conductuales:

- Psicoeducación, dividido en las siguientes partes:
 - a) Dirigido a la enfermedad, donde se tocaron temas acerca de la IC, definición, signos y síntomas, diagnóstico y tratamiento farmacológico.
 - b) Enfocado a conocer la relación entre la IC y la ansiedad, la depresión y repercusión en la CVRS.
- Manejo de la ansiedad y la depresión, enfocado en el Estilo de Vida (alimentación, actividad física, alcoholismo y tabaquismo), Manejo de Crisis y Planeación del Futuro.
- Entrenamiento en Respiración Diafragmática (RD), o respiración profunda, es un ejercicio de relajación en el cual se le enseña al paciente a respirar a través de su diafragma (Reynoso y Seligson, 2005).
- Entrenamiento en Relajación a través de la Imaginación Guiada, consiste en una actividad para lograr un mayor control de las emociones y de los

procesos internos a base de imágenes o escenas placenteras (Reynoso y Seligson, 2005).

4.2.2 Variables Dependientes

4.2.2.1 Ansiedad

Definición Conceptual: Es una respuesta emocional o patrón de respuestas (triple sistema de respuestas) que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto (respuestas anticipatorias), tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes (Tobal, 1990).

Definición Operacional: Evaluado a través de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) diseñado por Snaith y Zigmond (1983).

4.2.2.2 Depresión

Definición Conceptual: La depresión es un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por la presencia de síntomas como la tristeza, la pérdida de interés y la incapacidad para experimentar sentimientos de placer, se hace crónica en la mayor parte de los pacientes y evoluciona en episodios recurrentes (DSM-R IV, 1994).

Definición Operacional: Evaluado a través de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) diseñado por Snaith y Zigmond (1983).

4.2.2.3 Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)

Definición Conceptual: La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) se refiere a cómo la salud de la persona afecta su habilidad para realizar actividades

rutinarias sociales y físicas. Coelho, Ramos, Prata, Bettencourt y Ferreira (2005) la definieron como la forma en que el paciente percibe el efecto funcional de su enfermedad y su terapia consecuente. Evalúa cómo el paciente experimenta la enfermedad, define la realidad del paciente y su punto de vista en oposición a la realidad definida por el conocimiento del profesional de la salud. Incluye las siguientes áreas de la conducta:

- a) funcionamiento físico (capacidad para realizar tareas físicas);
- b) funcionamiento ocupacional (habilidad para realizar múltiples funciones esenciales y no sólo en el trabajo);
- c) percepciones sobre el estado de salud (creencias personales y evaluaciones del estado de salud general);
- d) el funcionamiento psicológico y el funcionamiento social (¿cómo se relaciona con otras personas, y cómo reaccionan otras personas ante él?).

Definición Operacional: Evaluado a través del Cuestionario de Cardiomiopatía Kansas City (Green, Porter, Bersnahan y Spertus, 2000).

4.3 Participantes

- Participó una muestra no probabilística de 28 pacientes derivada de una muestra inicial considerada de 136 pacientes con IC de los cuales se excluyeron a 31 pacientes por diferentes causas entre ellas los pacientes foráneos, defunciones y bajas quedo una muestra de 105 pacientes 50 del G_1 y 55 para el G_2 , sin embargo sólo 28 pacientes terminaron el programa de intervención 17 para el G_1 y 11 para el G_2 (Figura 1) hombres y mujeres con diagnóstico médico de IC, con clasificación funcional I, II y/o III de acuerdo con la New York Heart Association (NYHA), diagnosticada por el cardiólogo del Hospital General de México. Se dividieron dos grupos al azar por bloques aleatorizados (6 pacientes por semana) a través del siguiente sistema por mes: semana 1 y 3 al G_1 y semana 2 y 4 al G_2 de forma no equitativa:

- G_1 (n=17): pacientes con IC quienes fueron sometidos al tratamiento psicológico a través de un programa de intervención cognitivo conductual para el manejo de la ansiedad y la depresión además del tratamiento médico.
- G_2 (n=11): Pacientes con IC con tratamiento médico.

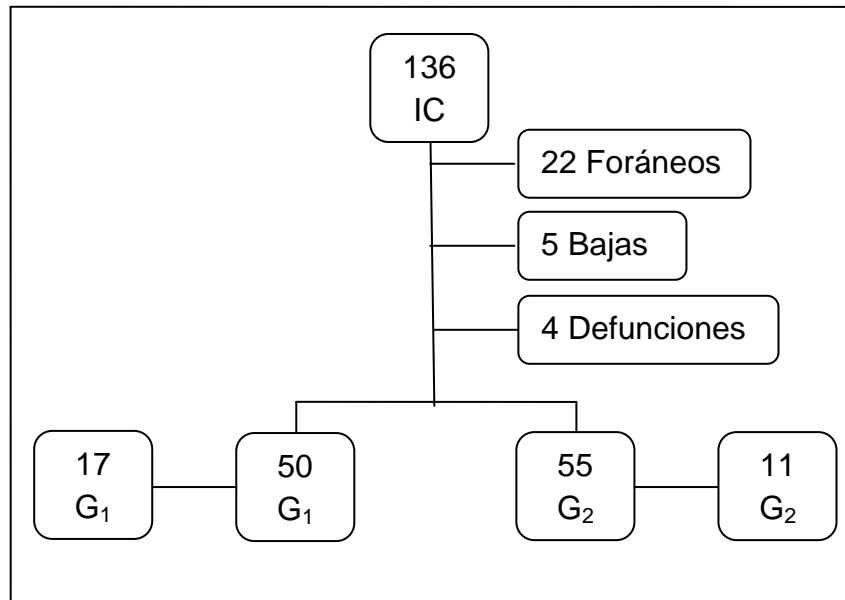


Figura 1. Esquema de la muestra de pacientes con IC

Se contó con un equipo multidisciplinario, el cual estuvo integrado por:

- Tres Psicólogos, pertenecientes al programa Psicología de la Salud de la FES Zaragoza, UNAM, con una capacitación especializada para el manejo y la aplicación del programa de intervención y de los materiales e instrumentos psicológicos. Además de Cardiólogos, los cuales hicieron las evaluaciones correspondientes a los pacientes con IC para el diagnóstico y realizaron una evaluación médica completa e indicaron el tratamiento farmacológico a los pacientes.
- Alumnos prestadores de Servicio Social de la carrera de Psicología y alumnos del 9º semestre de la carrera de psicología, todos previamente

capacitados en el manejo y la aplicación del programa de intervención y de los materiales e instrumentos psicológicos.

4.3.1 Características de los Participantes

- **Criterios de inclusión:**
 - Pacientes hospitalizados con IC del Hospital General de México.
 - Mayores de 18 años de edad.
 - Aceptar firmar la carta de consentimiento informado.
 - Pacientes alfabetizados.
- **Criterios de exclusión:**
 - Que no completaran las evaluaciones psicológicas.
 - Pacientes con clase funcional IV.

4.4 Escenario

La Fase 1 (Preevaluaciones) del estudio se realizó en la Unidad 302 de Hospitalización del Servicio de Cardiología del Hospital General de México (HGM) y la Fase 2 (tratamiento) y 3 (postevaluaciones) se realizaron en las aulas de las Unidades 301 y 503 del HGM.

4.5 Diseño

Se utilizó un diseño experimental de prueba-posprueba y un grupo control. (Hernández, Fernández y Baptista, 2003) quedando de la siguiente manera:

RG ₁	0	X	0
RG ₂	0	----	0

Donde:

R: Asignación al azar

G₁: Grupo Experimental, pacientes con IC que participarán en el programa para el manejo de la ansiedad y la depresión además del tratamiento farmacológico.

G₂: Grupo Control, pacientes con IC que sólo tendrán tratamiento farmacológico.

0: Preevaluaciones y Postevaluaciones psicológicas (Fase 1 y 3)

X: Tratamiento Psicológico (Fase 2)

---: Tratamiento Médico (Fase 2)

4.6 Instrumentos Psicológicos, Equipo y Materiales

Se utilizó un cuadernillo conformado con los siguientes instrumentos (Anexo 1):

- *Una carta de Consentimiento Informado.*
- *Ficha de Identificación*
- *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS):* Diseñado por Snaith y Zigmond (1983), formada por 14 ítems, 7 para cada trastorno, donde los ítems nones corresponden a la ansiedad y los pares corresponden a la depresión, con una escala de respuestas de 0 a 3. Validado por Herrero et al. (2003) en población española con una buena consistencia y validez. La consistencia interna calculada para este estudio mediante la prueba Alfa de Cronbach, tomando en cuenta a los 136 pacientes con IC, fue de $\alpha=0.82$ para la escala de ansiedad y de $\alpha=0.76$ para la escala de depresión. A través de los percentiles, se obtuvieron los siguientes puntajes (ver Tabla 6).

Tabla 6. Puntuaciones de Ansiedad y Depresión

Tercil	Puntuación Ansiedad	Puntuación Depresión
1	0 a 2 puntos	0 a 1 puntos
2	3 a 6 puntos	2 a 5 puntos
3	7 a 18 puntos	6 a 21 puntos

- *Cuestionario de Cardiomiopatía Kansas City.* Consta de 23 ítems auto-administrables, los cuales se responden en una escala likert. Mide dominios

de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud: 1) Limitaciones Físicas, 2) Síntomas Frecuencia, 3) Síntomas Severidad, 4) Síntomas cambios a través del tiempo, 5) Autoeficacia, 6) Calidad de Vida y 7) Interferencia Social. A mayor puntaje mejor Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Fue validado en el año 2000 en pacientes con IC congestiva por Green, Porter, Bresnaha y Spertu. Para cada dominio del cuestionario el criterio estándar fue de ($r=0.46$ a 0.74 ; $p<0.001$). Cabe mencionar que para esta investigación se realizó la traducción y adaptación de éste instrumento. La consistencia interna de este instrumento para el presente estudio realizada mediante la prueba Alfa de Cronbach, tomando en cuenta a los 136 pacientes con IC, fue de $\alpha=0.8819$ y para cada uno de los dominios que lo componen se obtuvieron los siguientes resultados (Tabla 7):

Tabla 7. Análisis de Confiabilidad para cada dominio del Cuestionario de Cardiomiopatía de Kansas City

Dominio	Ítems	Alfa de Cronbach
Limitaciones Físicas	1a, 1b, 1c, 1d, 1e, 1f	0.826
Síntomas (Frecuencia, Severidad, cambios a través del tiempo)	2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9	0.906
Autoeficacia	10,11,12	0.415
Calidad de Vida	13,14,15	0.660
Interferencia Social	16a,16b	0.839

A través de los percentiles, se obtuvieron los siguientes puntajes (Tabla 8).

Tabla 8. Terciles de Calidad de Vida

Tercil	Puntuación
1	43 a 71 puntos
2	72 a 94 puntos
3	95 a 115 puntos

Equipo y Materiales

- Baumanómetro Digital, marca Omron, modelo HEM-7471C

4.7 Procedimiento

Se llevó a cabo un programa de intervención cognitivo conductual, en 4 sesiones, 1 vez por semana, con una duración aproximada de 60 a 90 minutos cada una, dividido en tres fases (Figura 2):

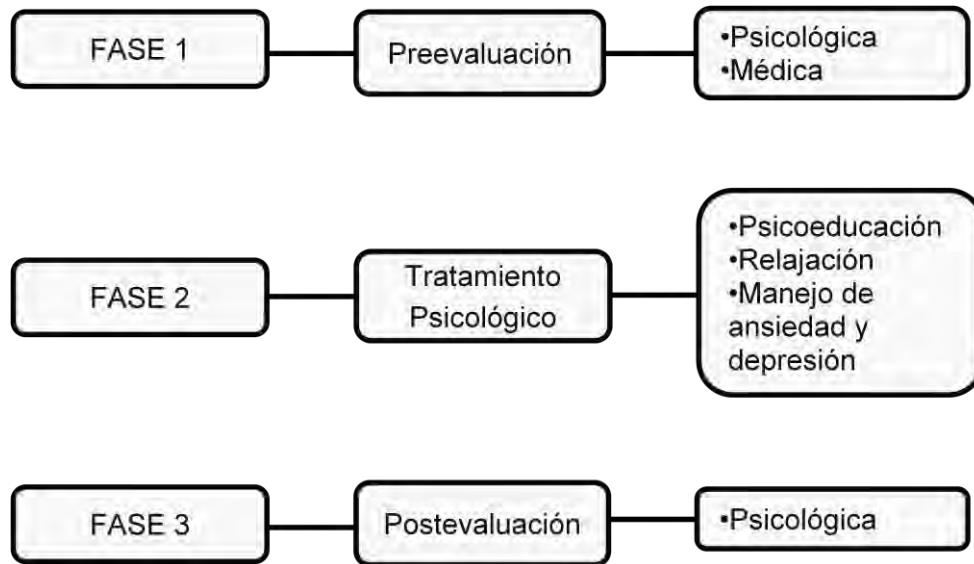


Figura 2. Algoritmo del programa de intervención cognitivo conductual.

A continuación se describen cada una de las fases:

FASE 1 (Preevaluación) y 3 (Postevaluación):

Se llevó a cabo en una sesión con una duración de 60 a 90 min, estas evaluaciones se realizaron de forma individual en la Unidad 302 de Hospitalización del Servicio de Cardiología del HGM (Figura 3) y en el caso de la postevaluación si el paciente ya había sido dado de alta se le daba una cita para llevarla a cabo en las aulas de las Unidades 301 y 503 del HGM.

Sesión 1 y 4. Se realizó la evaluación psicológica para ambos grupos a través de la aplicación del cuadernillo de evaluación y el cardiólogo llenó la Historia Clínica de la IC:

- Evaluación psicológica

- Carta de Consentimiento Informado
 - Ficha de Identificación
 - Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)
 - Cuestionario de Cardiomiopatía Kansas City
- Evaluación Médica
 - Clase Funcional
 - Tratamiento
 - Medicamentos

FASE 2 (Programa de intervención cognitivo conductual) (Figura 3):

Al G₁ (experimental), constituido por el grupo de pacientes con IC que se le aplicó el programa para el manejo de la ansiedad y la depresión. Este se llevó a cabo en dos sesiones de 60 a 90 min. cada una de forma grupal en la Unidad 302 y en el caso de la postevaluación si el paciente ya había sido dado de alta se le daba una cita para llevarla a cabo en las aulas de las Unidades 301 y 503 del HGM.

Sesión 2, los terapeutas dieron Psicoeducación, que se refiere a la provisión de información acerca de qué es la IC, sus factores de riesgo, qué es la ansiedad, la depresión y la CVRS, a través de una exposición oral además del ciclo de la respiración y un escaneo corporal a través de la imaginería.

Sesión 3, los terapeutas dieron Psicoeducación acerca del manejo de la ansiedad y la depresión revisando los siguientes temas:

- Estilo de vida (alimentación, actividad física, tabaquismo y alcoholismo),
- Manejo de crisis
- Planeación del futuro

A través de una exposición oral para promover los cambios conductuales incrementando el conocimiento del paciente, de los riesgos y beneficios de varias conductas, corrigiendo información errónea y proporcionando estrategias prácticas

que el paciente pueda aplicar para realizar cambios (Olmsted, Daneman, Rydall, Lawson, y Rodin, 2002); además, se practicó el ciclo de la respiración, un escaneo corporal e imagería guiada.

- Al G₂ (control) llevó el tratamiento médico, prescrito por el cardiólogo de la institución.

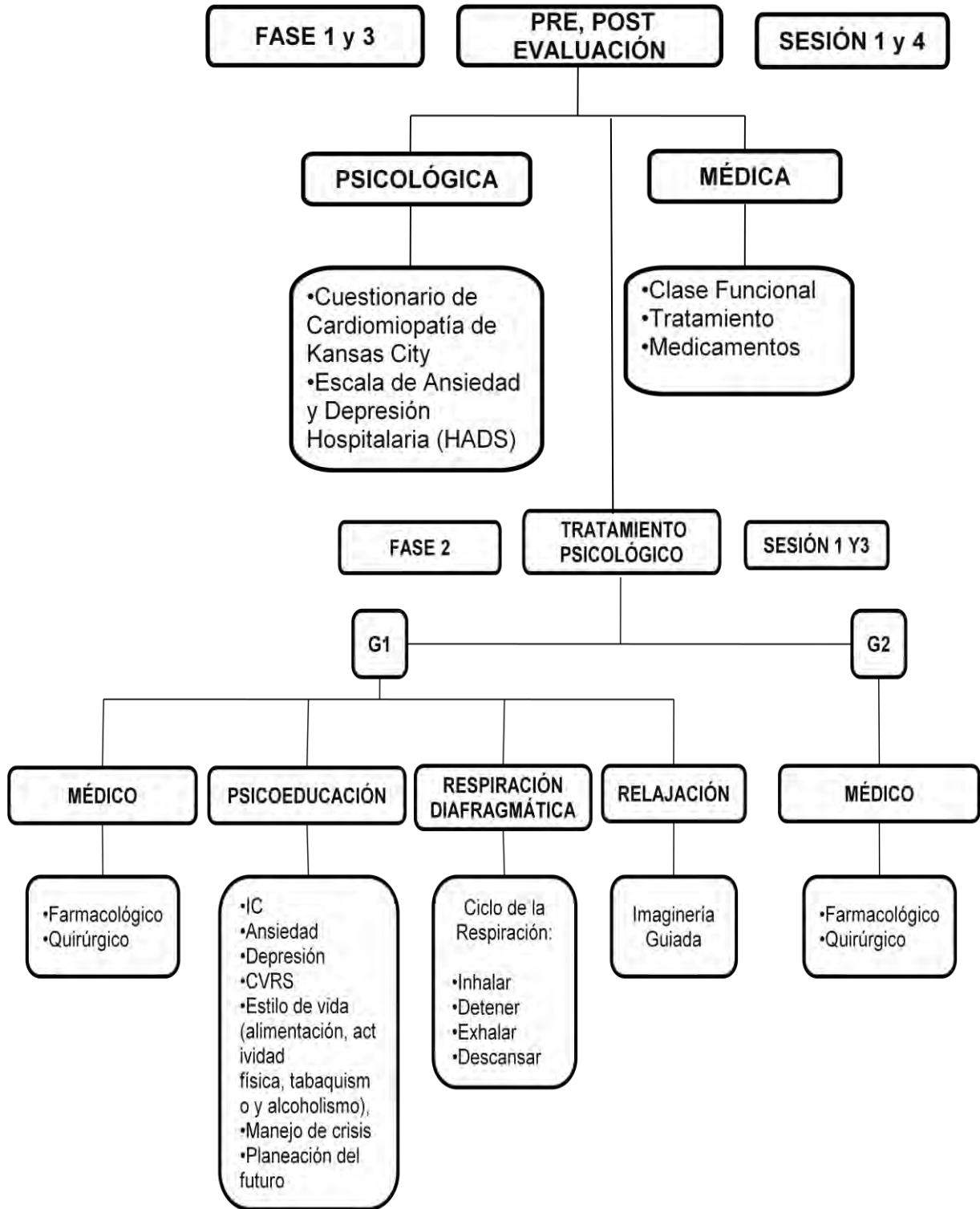


Figura 3. Algoritmo del programa de intervención cognitivo conductual

4.8 Consideraciones Éticas

Para esta investigación se tomaron en cuenta los siguientes lineamientos éticos establecidos por el Hospital General de México:

Describir los aspectos que involucran la participación del paciente en el estudio, la necesidad de participación en éste, los riesgos a los que serían sometidos y los beneficios que obtendría.

Este rubro se controló a través de una Carta de Consentimiento Informado, que es un documento que informa al paciente de estudio los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios a los que fue sometido durante el desarrollo de la investigación; así como, la capacidad que tiene de elegir libremente, sin coacción alguna, su participación o permanencia y la confidencialidad de la información obtenida. La cual era necesario que los pacientes firmaran, al igual que su cuidador y dos testigos.

Al realizar esta investigación se también se tomaron en cuenta los principios básicos de la bioética como el de no maleficencia asegurándose que los procedimientos empleados no le provocarían daño a los pacientes; de justicia, al no realizar ninguna distinción entre los pacientes por lo que todos recibieron los mismos procedimientos y tratos por parte de los psicólogos y médicos; de beneficencia, al asegurarse que el personal de salud que trabajó con los pacientes tuvo un trato de amabilidad y respeto tanto para los pacientes como para los familiares de los mismos; y el de autonomía tomando en cuenta la opinión de cada uno de los pacientes con respecto a la decisión de participar o no en la investigación.

Capítulo 5. Resultados

De los 105 pacientes con IC que fueron asignados a los grupos, sólo 28 ($G_1=17$ y $G_2=11$) concluyeron las evaluaciones y el tratamiento cognitivo conductual. De tal manera que se realizó una comparación en la preevaluación de los 28 que terminaron cada una de las fases del programa contra los 77 que sólo tenían la fase 1 para analizar las semejanzas entre las muestras. Se encontró que en las variables numéricas (edad, presión arterial sistólica y diastólica, puntaje total de CVRS y puntaje total de depresión) y en las variables categóricas (sexo, ocupación, estado civil y tipo de tratamiento) no se hallaron diferencias. Sin embargo para la variable de escolaridad (categórica) y de ansiedad (numérica) se encontró diferencias entre las muestras. Lo que indica que la muestra de los 28 pacientes presentaban menor escolaridad y menor puntaje de ansiedad que la muestra de los 77 pacientes.

Los resultados de la presente investigación se describen en el siguiente orden. Primero se describen los datos sociodemográficos, clínicos y las evaluaciones psicológicas de la población general y por grupos; segundo se analizaron las diferencias entre los grupos; tercero se establecen correlaciones entre variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas de los pacientes con IC.

5.1 Características sociodemográficas de pacientes con IC

En la Tabla 9 se observan los datos sociodemográficos, tanto de la muestra total ($n=28$) como del G_1 ($n=17$) y del G_2 ($n=11$). Se puede observar una media de edad para G_1 $\bar{x}=61.94$ y para G_2 $\bar{x}=65.18$; el grupo etario predominante entre los grupos fue al de mayor a 70 años; en su mayoría fueron de sexo masculino, la ocupación que predominó entre los grupo indica que trabajan en oficios tales como carpintería, mecánica, voceador, entre otras; con respecto al estado civil, en su mayoría son casados o viven en unión libre, la ocupación de los pacientes con IC indica que trabajan en oficios tales como carpintería, mecánica, voceador, entre otras, acerca de la escolaridad, se distingue que en ambos grupos sólo saben leer y escribir pero sin una educación formal.

Se realizó la comparación por grupos (G_1 y G_2) con respecto a las variables sociodemográficas mediante la Chi-cuadrada (χ^2) para identificar diferencias. No se encontraron diferencias significativas en las características sociodemográficas de los pacientes (Tabla 9) lo que indica que ambos grupos son iguales con respecto a las características sociodemográficas.

Tabla 9. Características sociodemográficas de pacientes con IC general y por grupos.

	Total n=28		G ₁ n=17		G ₂ n=11		χ^2	<i>p</i>
Edad	\bar{x} =63.21		\bar{x} =61.94		\bar{x} =65.18		25.90	.210
	n	%	n	%	n	%		
<u>Grupo Etario (años)</u>							5.440	.245
De 20 a 39	1	3.6	1	5.9	0	0		
De 40 a 59	10	35.7	5	29.4	5	45.5		
>60	17	60.8	11	67.4	6	54.5		
<u>Sexo</u>							.562	.453
Masculino	18	64.3	10	58.8	8	72.7		
Femenino:	10	35.7	7	42.1	3	27.3		
<u>Ocupación</u>							1.05	.902
Oficios	11	39.3	6	35.3	5	45.5		
Ama de casa	9	32.1	6	35.3	3	27.3		
Empleado	5	17.9	3	17.6	2	18.2		
Comerciante	2	7.1	1	5.9	1	9.1		
Profesionista	1	3.6	1	5.9	0	0		
<u>Estado Civil</u>							.060	.970
Casado ó U.L.	16	57.1	10	58.8	6	54.5		
Viudo	7	25	4	23.5	3	27.3		
Soltero	5	17.9	3	17.6	2	18.2		
<u>Escolaridad</u>							7.07	.215
Saber leer y escribir	17	60.7	13	75.5	4	36.4		
Primaria	5	17.9	1	5.9	4	36.4		
Secundaria	3	10.7	1	5.9	2	18.2		
Bachillerato/ Profesionista	3	10.7	2	11.8	1	9.1		

Nota. U.L.: Unión Libre

5.2 Evaluación Clínica Médica

En la Tabla 10 se presentan los datos de la evaluación clínica, los cuales fueron tomados de la Historia Clínica de la Insuficiencia Cardiaca. La clase funcional que impera en los grupos es la II, lo que indica, de acuerdo con la NYHA, que existe una ligera limitación de la actividad física en cuanto al tipo de tratamiento. El tratamiento farmacológico fue el más frecuente entre los pacientes; con respecto a los medicamentos se observó que los IECA y la aspirina son los más recetados a los pacientes con IC. En cuanto a las cifras de presión arterial se encontró que para la sistólica la media del G₁ fue de \bar{x} =112.41 y para G₂ fue de \bar{x} =112.18 y con respecto a la diastólica para el G₁ \bar{x} =68.65 y en el G₂ \bar{x} =70; en ambos grupos se obtuvieron niveles de normotensión (Tabla 11). No se encontraron diferencias entre los grupos en cuanto a las características clínicas de los pacientes (Tabla 10 y 11).

Tabla 10. Evaluación Clínica Médica general y por grupos.

	Total n=27		G ₁ n=17		G ₂ n=10		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
<u>Clase Funcional</u>							2.33	.312
I	1	3.6	0	0	1	10		
II	21	75	13	76.5	8	80		
III	5	17.9	4	23.5	1	10		
<u>Tipo de Tx.</u>							.699	.705
Farmacológico	20	71.4	12	70.6	8	80		
Quirúrgico	1	3.6	1	5.9	0	0		
Farmacológico/Quirúrgico	6	21.4	4	23.5	2	20		
<u>Medicamentos</u>								
IECA	23	82.1	13	76.5	10	90.9	.949	.330
Beta Bloqueadores	12	42.9	7	41.2	5	45.5	.050	.823
Espironolactona	2	7.1	2	11.8	0	0	1.39	.238
Diuréticos	6	21.4	5	29.4	1	9.1	1.63	.201
Digital	2	7.1	1	5.9	1	9.1	.104	.747
Aspirina	22	78.6	13	76.5	9	81.8	.113	.736
Anticoagulantes	4	14.3	3	17.6	1	9.1	.399	.527
Otros	19	67.9	11	64.7	8	72.7	.197	.567

Nota. IECA: Inhibidores de Enzima de Conversión de Angiotensina.

Tabla 11. Presión Arterial Sistólica y Diastólica general y por grupos.

	Total n=28	G₁ n=17	G₂ n=11	χ^2	p
<u>PAS</u>	\bar{x} =112.32 DE=21.4	\bar{x} =112.41 DE=19.1	\bar{x} =112.18 DE=25.6	16.82	.330
<u>PAD</u>	\bar{x} =69.18 DE=10.4	\bar{x} =68.7 DE=8	\bar{x} =70 DE=13.8	16.77	.401

Nota. PAS: Presión Arterial Sistólica, PAD: Presión Arterial Diastólica, DE: Desviación Estándar

5.3 Evaluación Psicológica

Se presentan los resultados de las variables psicológicas analizadas:

a) Ansiedad

Con respecto a la variable de ansiedad se realizó una comparación de los puntajes entre ambos grupos. En la Tabla 12 se observa que en la preevaluación los dos grupos fueron diferentes en cuanto a sus medias (G₁, \bar{x} =5; G₂, \bar{x} =3.45) y en la postevaluación se observa que los grupos obtuvieron medias similares (G₁, \bar{x} =5.24; G₂, \bar{x} =5.45). También se observa que en la postevaluación G₁ mantuvo sus puntajes de la preevaluación y G₂ incremento.

Tabla 12. Comparación de la ansiedad por grupos en pre-postevaluación

	Grupo	\bar{x}	DE	n
Pre Ansiedad	G ₁	5.0	3.1	17
	G ₂	3.5	2.6	11
Post Ansiedad	G ₁	5.2	4.3	17
	G ₂	5.5	4	11

En la Tabla 13 se pueden observar las diferencias de la variable ansiedad con respecto a los porcentajes de la pree y la postevaluación en ambos grupos, se observa que el G₁ disminuyó su puntaje en la postevaluación en un 53% y el G₂ un 36%. En cuanto a igual o aumento de puntaje se muestra que el G₂ obtuvo un 64%

contra un 47% del G₁. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($\chi^2=0.738$, $g=1$, $p=0.390$).

Tabla 13. Diferencias de ansiedad por grupos en pre-post

		Igual o aumentó	Disminuyó
G₁	Recuento	8 (47%)	9 (53%)
	Frecuencia esperada	9,1	7,9
G₂	Recuento	7 (64%)	4 (36%)
	Frecuencia esperada	5,9	5,1

En la Figura 4 se muestran los porcentajes pre-postevaluación de la variable ansiedad con respecto a los terciles y a los grupos estudiados, se puede observar que en la postevaluación el G₁ aumenta en el primer tercil (menor ansiedad), disminuyó el segundo y tercer tercil. En cuanto al G₂ se observa disminución en primer y segundo tercil y un aumento en tercer tercil. En general se puede observar que el G1 en la preevaluación presentaba mayor ansiedad que G2 (tercer tercil) y en la postevaluación se observa menor ansiedad (primer tercil).

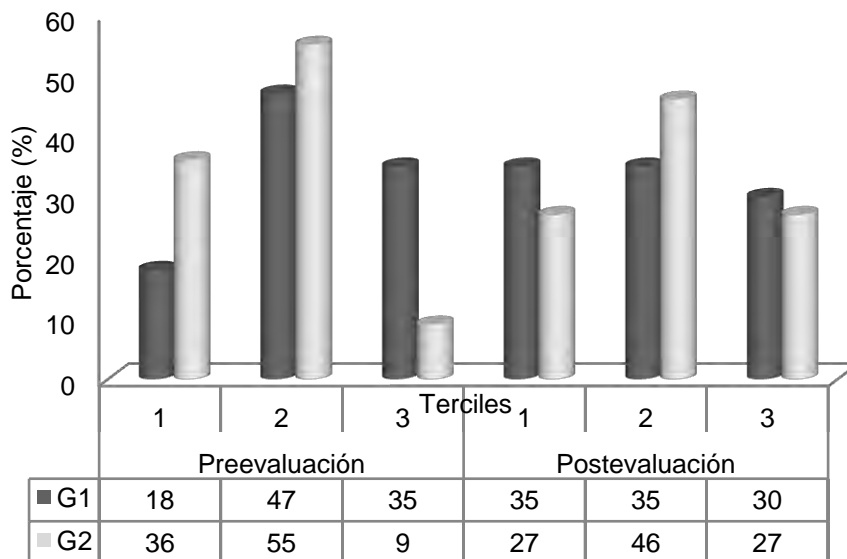


Figura 4. Porcentajes de ansiedad en los terciles pre-postevaluación por grupos.

b) Depresión

En cuanto a la variable depresión se realizó una comparación de los puntajes entre ambos grupos. En la Tabla 14 se observa que en la preevaluación los dos grupos fueron similares en cuanto a sus medias (G_1 , $\bar{x}=4.35$; G_2 , $\bar{x}=4.27$) y en la postevaluación se observa un incremento en las medias en ambos grupos y son similares (G_1 , $\bar{x}=5.2$; G_2 , $\bar{x}=5.00$). En la Tabla 15 se muestran las diferencias en porcentajes de la preevaluación y la postevaluación en ambos grupos y se observa que en la postevaluación el G_1 disminuyó su puntaje en un 35% y el G_2 en un 27%. En cuanto a igual o aumento de puntaje se muestra que el G_2 obtuvo un 73% contra un 65% del G_1 . Las diferencias no fueron significativas ($\chi^2=0.197$, $g=1$, $p=0.657$).

Tabla 14. Comparación de la depresión por grupos en la pre-postevaluación

	Grupo	\bar{x}	DE	n
Pre Depresión	G_1	4.4	3	17
	G_2	4.3	4.8	11
Post Depresión	G_1	5.2	4.1	17
	G_2	5	5.1	11

Tabla 15. Diferencias de la depresión por grupos en la pre-postevaluación

		Igual o aumentó	Disminuyó
G_1	Recuento	11 (65%)	6 (35%)
	Frecuencia esperada	11,5	5,5
G_2	Recuento	8 (73%)	3 (27%)
	Frecuencia esperada	7,5	3,5

La Figura 5 muestra los terciles de la pre-postevaluación de la variable depresión por grupos, se observa en G_1 un ligero aumento en el primer tercil (disminución de depresión), disminución en el segundo tercil y un aumento en el tercer tercil. En cuanto a G_2 se aprecia una disminución en primer tercil (aumento de depresión) aumento en el segundo tercil y disminución del tercer tercil.

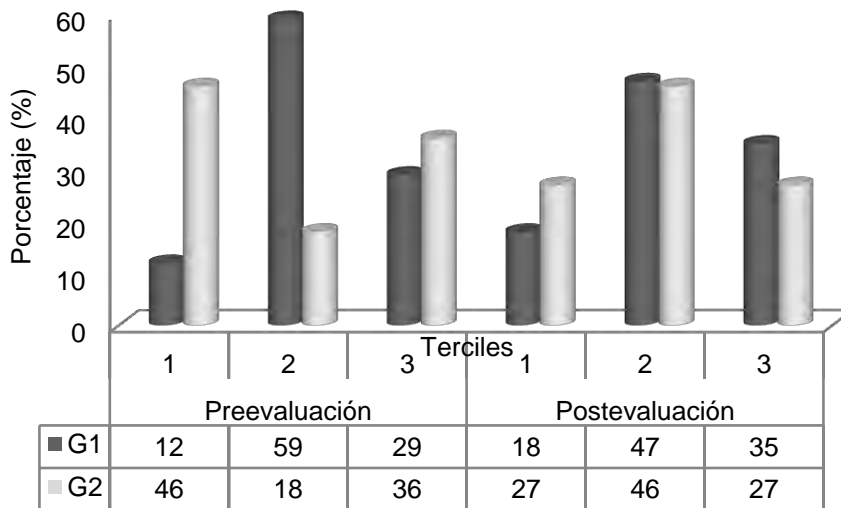


Figura 5. Porcentajes de la depresión en los terciles pre-postevaluación por grupos.

c) CVRS

Para la variable CVRS se realizó una comparación de los puntajes de la variable CVRS entre ambos grupos, se puede apreciar que en la preevaluación la media para el G₁ fue de $\bar{x}=79.47$ y para el G₂ de $\bar{x}=82.82$. Se observa en la Tabla 16 que en la postevaluación ambos grupos incrementaron sus puntajes (G₁, $\bar{x}=87.59$; G₂, $\bar{x}=88.91$). En la Tabla 17 se pueden observar las diferencias en porcentajes de la preevaluación y la postevaluación en ambos grupos. En la postevaluación el G₁ aumento su puntaje en un 82% y el G₂ un 64%. En cuanto al decremento o igual puntaje se muestra que el G₂ disminuyó un 34.4% contra un 17.6% del G₁.

Las diferencias no fueron significativas ($\chi^2=1.248$, $gl=1$, $p=0.264$), es decir no existen cambios significativos de la variable CVRS.

Tabla 16. Comparación de CVRS por grupos en pre-post

	Grupo	\bar{x}	DE	n
Pre CVRS	G ₁	79.5	19.7	17
	G ₂	82.8	20.4	11
Post CVRS	G ₁	87.6	17.3	17
	G ₂	88.9	16.4	11

Tabla 17. Diferencias de CVRS por grupos en pre-post

		Igual o disminuyó	Aumentó
G ₁	Recuento	3 (18%)	14 (82%)
	Frecuencia esperada	4,3	12,8
G ₂	Recuento	4 (36%)	7 (64%)
	Frecuencia esperada	2,8	8,3

En la Figura 6 se puede apreciar que en la preevaluación G₂ presentaba mayor CVRS y en postevaluación en el G₁ existió un aumento en el tercer tercil en la CVRS.

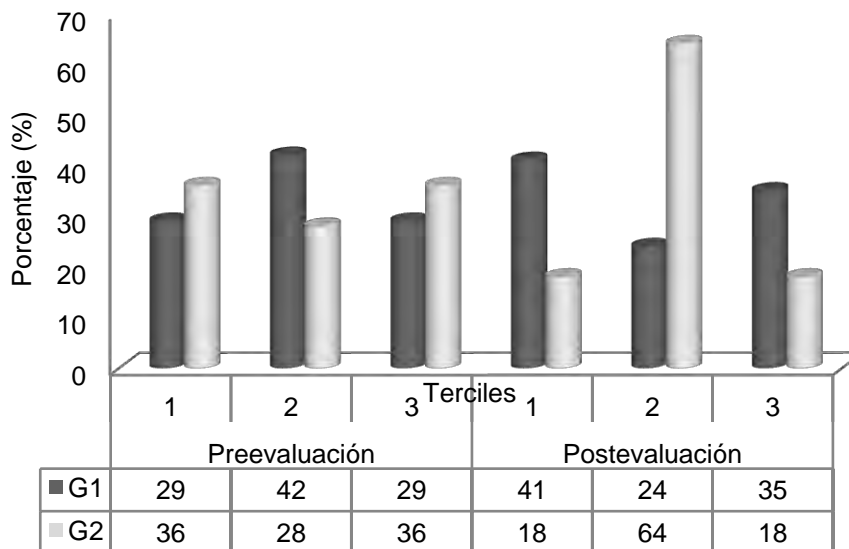


Figura 6. Porcentajes de CVRS en los terciles pre-postevaluación por grupos

En lo que respecta a las preguntas realizadas en la preevaluación de la ficha de identificación la Tabla 18 muestra la autopercepción de salud de los participantes. En ambos grupos predomina una autopercepción de regularmente saludable (35.3% en el G₁ y 45.5% en el G₂), cabe resaltar que el G₂ reporta con 36.4% sentirse muy saludable estando hospitalizado. Con respecto a la presión por el Estilo de Vida (EV) que llevan los pacientes en el G₁ reportaron sentirse nada presionados con un 47.1% y sucedió lo mismo con G₂ con 54.5%. Por último en cuanto a las actividades que los pacientes realizan para el cuidado de su salud, sólo el 11.8% de los pacientes de G₁ y 9.1% de G₂ mencionaron seguir tratamiento médico aunado a cambios en el EV.

Tabla 18. Evaluación Psicológica general y por grupos.

	Total n=28		G ₁ n=17		G ₂ n=11		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
<u>Percepción de Salud</u>							6.22	.101
Nada Saludable	6	21.4	5	29.4	1	9.1		
Poco Saludable	6	21.4	5	29.4	1	9.1		
Regularmente Saludable	11	39.3	6	35.3	5	45.5		
Muy Saludable	5	17.9	1	5.9	4	36.4		
<u>Presionado Estilo de Vida</u>							1.74	.627
Nada Presionado	14	50	8	47.1	6	54.5		
Poco Presionado	6	21.4	4	23.5	2	18.2		
Regularmente Presionado	6	21.4	3	17.6	3	27.3		
Muy Presionado	2	7.2	2	11.8	0	0		
<u>Cuidado de la Salud</u>							1.79	.617
Nada	7	25	5	29.4	2	18.2		
Seguir Tx. Médico	7	25	5	29.4	2	18.2		
Modificaciones en EV	11	39.3	5	29.4	6	54.5		
Tx. Med y Mod EV	3	10.7	2	11.8	1	9.1		

Nota. Tx.: Tratamiento; EV: Estilo de Vida

5.4 Correlaciones

Se realizaron correlaciones bivariadas con la prueba Rho de Spearman a cada uno de los instrumentos con sus respectivos dominios de la muestra de los 28 pacientes con IC. Los resultados obtenidos fueron que los instrumentos correlacionan significativamente entre ellos y con los dominios. Así la ansiedad correlacionó negativamente con el puntaje total del cuestionario que mide CVRS ($r_s = -.376$; $p < .05$) y con respecto a la depresión, también existe una correlación negativa con respecto a la CVRS ($r_s = -.482$; $p < .01$).

Esto es, a medida que aumenta la ansiedad y la depresión la CVRS disminuye; se tiene en cuenta que la presencia de ansiedad explica el 14% de la disminución en la CVRS. Y la presencia de depresión explica el 23% de la disminución de la CVRS.

Con respecto a las correlaciones entre los dominios se encontró que a mayores limitaciones físicas mayores síntomas ($r_s = .589$; $p < .01$); a mayores limitaciones físicas más interferencia social ($r_s = .455$; $p < .05$); a mayor calidad de vida mayor autoeficacia ($r_s = .456$; $p < .05$).

Por otro lado, se llevaron a cabo correlaciones entre algunas variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas de pacientes con IC, encontrándose una correlación negativa entre la clase funcional y CVRS ($r_s = -.431$; $p < .05$).

Capítulo 6. Discusión

El objetivo principal de esta investigación fue conocer qué efecto tuvo un programa de intervención cognitivo conductual sobre la modificación de factores psicosociales en pacientes con IC. Dentro de los principales hallazgos encontrados, están los que se describen a continuación:

Con respecto a la preevaluación se encontró que los 28 pacientes en la variable de ansiedad, tomando como referencia el segundo y tercer tercil, que el 75% de los pacientes presentan ansiedad. En estudios con pacientes con IC se ha encontrado presencia de ansiedad en un 45% (Friedmann, et al. 2006). En lo que se refiere a la depresión en éste estudio se encontró presencia del 75% y en otros estudios donde evalúan la presencia de depresión se ha encontrado 36% (Friedmann, et al. 2006); entre el 24 y 42% (Téllez y Estefan, 2003); mayor al 50% (Gottlieb y Cols., 2004); 45.8% (Guallar, et al. 2004). Se puede observar que es frecuente encontrar ansiedad y depresión en éste tipo de pacientes.

Considerando que la hipótesis de investigación fueron: que mayor ansiedad y depresión menor CVRS; y que el efecto en las variables de ansiedad, depresión y CVRS será diferente en el G_1 que en el G_2 después de exponer a G_1 a un programa de intervención cognitivo conductual.

Se concluye que la primera hipótesis se cumple al encontrar correlaciones negativas entre la ansiedad y la depresión con relación a la CVRS de los pacientes lo cual es consistente con lo encontrado por Etxeberría, et al. (2007) y confirma la hipótesis planteada en esta investigación que a mayor ansiedad y depresión menor CVRS.

Con respecto a la segunda hipótesis aunque se encontró que el G_1 disminuyó sus niveles de ansiedad y depresión y aumento su CVRS, no se encontraron diferencias significativas en la postevaluación entre los grupos. Lo cual confirma lo reportado por Horlick, Cameron, Firor, Bhalerao y Baltzan (1984) y Maeland y Havik (1987), quienes implementaron una intervención psicológica para

la reducción de la ansiedad y la depresión y tampoco encontraron diferencias significativas; en contraste a lo reportado por Luskin, Reitz, Newell, Quinn y Haskell (2002); Lett, Davidson y Blumenthal (2005); Yu, (2006); Dekker (2008) quienes realizaron intervenciones psicológicas a pacientes con IC y al término del tratamiento encontraron una reducción en estrés, ansiedad y depresión.

Una de las razones por la cual se podrían explicar las diferencias en cuanto a las intervenciones cognitivo conductuales para la reducción de ansiedad y depresión puede ser el uso de terapias cognitivo conductuales ineficientes ya sea por el tamaño de la muestra o bien por el número de sesiones aplicadas a la intervención (Rozanski, Blumenthal y Kaplan, 1999). Por lo que una de las razones que podría explicar el no haber encontrado diferencias en la presente investigación es el número de sesiones empleadas ya que en estudios como el de Luskin, Reitz, Newell, Quinn, y Haskell, (2002) se realizó un entrenamiento para el manejo del estrés, la depresión y la ansiedad, entre otras, en 8 sesiones reportando una reducción de las variables al término de la intervención. Por otro lado Yu (2006) aplicó un programa para la reducción de de la ansiedad, la depresión, la disnea y la fatiga con 59 pacientes del grupo experimental, encontrando que al término del programa se observó una reducción importante sobre los factores psicosociales.

Otra razón que pudo haber intervenido al no observar cambios significativos fue que la postevaluación se realizó en un periodo corto de tiempo con respecto al termino del programa de intervención por lo que pudo haber poco tiempo para poder llevar a practica lo aprendido en la intervención.

En las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con IC se encontró que estadísticamente los grupos fueron homogéneos, sin embargo existe diferencia en variables psicológicas como la ansiedad, por lo que habrá que tomar con cautela los datos presentados debido a factores como el número de pacientes entre uno y otro grupo y en general los 28 pacientes que no permiten una generalización de éstos datos en este tipo de pacientes.

La información reportada en esta investigación es de suma importancia para los profesionales de la salud para poder identificar factores psicosociales presentes en pacientes con IC para realizar intervenciones oportunas y prevenir complicaciones. Como ya se mencionó la depresión y la ansiedad son predictores de infartos agudos al miocardio, aumenta el riesgo de tener complicaciones mayores de la enfermedad, hipercortisolemia, concentraciones elevadas de sodio y mortalidad. La depresión también influye en el empeoramiento clínico, incrementando la mortalidad, un mal pronóstico vital, pérdida de apetito, adelgazamiento, disminuye las ganas de vivir, propicia la no adherencia terapéutica y cambios en el estilo de vida (consumo de tabaco, alcohol, etc.) (Pintor, 2006). Además de considerar que éste tipo de pacientes presentan síntomas propios de la enfermedad, limitaciones y restricciones conductuales, bajos recursos económicos y considerando que esta población en particular no posee ninguna afiliación a instituciones de salud y esto aunado a factores psicosociales va mermando la calidad de vida de los pacientes.

Cabe resaltar que existen aspectos a favor de la presente investigación los cuales se citan a continuación:

1. El haber diseñado e implementado una evaluación en el paciente con IC que permitió conocer sus características sociodemográficas, clínicas y psicológicas.
 - a. El diseño de un cuadernillo de evaluación que constó de una carta de Consentimiento Informado, una Ficha de Identificación, una Historia Clínica de Insuficiencia Cardíaca, un instrumento para evaluar ansiedad y depresión: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria; un instrumento para evaluar CVRS: Cuestionario de Cardiomiopatía de Kansas City y una Hoja de Concentrado de Datos.
 - b. La adaptación de instrumentos de evaluación con características propias del contexto. El HADS, una escala para evaluar ansiedad y depresión en

ambiente hospitalario y Cuestionario de Cardiomiopatía de Kansas City un cuestionario para evaluar CVRS en pacientes con cardiopatías.

c. Observar las propiedades psicométricas de los instrumentos a través del Alfa de Cronbach para obtener la confiabilidad de los instrumentos, obteniendo índices aceptables, indicando que los instrumentos son fiables y los datos que proporcionan los instrumentos son estables y consistentes.

2. Diseñar e implementar un programa de intervención en el paciente con IC desde una perspectiva cognitivo conductual
3. Al realizar esta investigación se tomaron en cuenta tanto lineamientos éticos como principios básicos de la bioética

Por otra parte se ofrecen alcances importantes en esta línea de investigación, como fue el implementar evaluaciones e intervenciones psicológicas no invasivas para pacientes con IC con la finalidad de que disminuyera la ansiedad y la depresión en este tipo de pacientes mejorando su calidad de vida relacionada con la salud.

En este sentido, esta investigación servirá para poder rediseñar programas de intervención para prevenir complicaciones psicológicas que afectan la salud integral de los pacientes con una enfermedad crónico degenerativa como es el caso de los pacientes con IC, ayudando a mejorar la CVRS e insertarlos de nuevo en la sociedad ya que el deterioro en su calidad de vida se ve afectado por la depresión y la ansiedad que hacen que el paciente permanezca inactivo e improductivo en su hogar. Asimismo, los resultados de la presente investigación proporcionan información que será útil para profesionales de la salud como cardiólogos, enfermeros, psicólogos, entre otros, para anticipar y detectar problemas psicológicos (depresión y ansiedad) en los pacientes para poder hacer intervenciones oportunas.

Este trabajo muestra que a pesar de que se ha hecho investigación en el área de las enfermedades cardiovasculares aún falta investigación por realizar, por lo que se hace evidente la realización de estudios relacionados con ésta temática y diferentes variables como por ejemplo la conducta tipo A y D, tipos de afrontamiento, disposición al cambio, entre otras.

Cabe mencionar que en nuestro país no se cuenta con ningún tipo de estudio sobre las consecuencias psicológicas en pacientes con IC, caso contrario a lo que se reporta, por ejemplo, en investigaciones realizadas en Estados Unidos y en diferentes países de Europa, pues en estos países se realizan diversas investigaciones para detectar desde factores de riesgo, consecuencias psicológicas, programas de intervención, etc. con el objetivo de ofrecer mejores servicios de salud que brinden una mejor atención para este tipo de pacientes.

En este ámbito la Cardiología Conductual es una alternativa adecuada para enfrentarse a este tipo de enfermedades cardiovasculares ya que es una disciplina que tiene una visión más amplia, dentro del conocimiento psicológico, acerca de la enfermedad cardíaca y explica no sólo cómo interactúan estos factores para provocar un trastorno cardiovascular sino también cómo se pueden modificar una vez instalados. Este tipo de padecimientos son prevenibles y modificables, ya que se desarrollan, en gran parte, por los estilos de vida poco saludables de las personas (fumar, comer demasiado, inactividad física, y por los factores de riesgo psicosocial) los cuales son determinantes para mejorar o empeorar la calidad de vida de los pacientes. El psicólogo especializado en esta área puede llegar a realizar trabajo interdisciplinario con los profesionales de la salud para el beneficio del paciente.

Por otro lado se hacen presentes ciertas limitaciones metodológicas que implican posibles sesgos en esta investigación los cuales pudieron atentar tanto a la validez interna como externa:

- La muestra fue pequeña y fue asignada al azar por bloques por lo que cabe la posibilidad de que existan sesgos de asignación y la muestra

presente tenga ciertas características que la hagan diferente y esto pudo reflejarse en que los grupos no fueron homogéneos en variables como la ansiedad.

- El número reducido de sesiones en el programa de intervención ya que cabe la posibilidad de que los pacientes no hayan logrado un aprendizaje y por lo tanto no ver efectos en las variables estudiadas.
- La falta de validez de los instrumentos en población mexicana, puede ser que culturalmente no apliquen los instrumentos de una población a otra y no evaluar la variable que se pretende evaluar.
- La deseabilidad social también pudo estar presente en las respuestas de los pacientes en los instrumentos de evaluación esto lleva a hipotétizar que algunos pacientes pudieron contestar teniendo en cuenta lo que es deseable socialmente.
- Las diferencias individuales de los pacientes también se pudieron hacer presentes, por ejemplo el estar sometidos a procedimientos médicos invasivos provocando una exacerbación de síntomas.

Para futuros estudios donde se pretenda llevar a cabo un programa para la reducción de la ansiedad y la depresión en pacientes con IC se sugiere que se tomen en cuenta los siguientes aspectos:

Los factores psicosociales individuales de los pacientes, para poder formar grupos con características lo más similares posibles y adaptar un programa de intervención para sus necesidades, considerando que intervienen diferentes factores psicosociales en el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares la intervención específica puede ser apropiada. Para poder llevar a cabo esta propuesta se requiere identificar las diferentes características individuales de los pacientes, por ejemplo: la depresión clínica, el estrés en el trabajo, aislamiento social, etc. Al identificar estas características individuales por ejemplo personas con poco apoyo social y en base a esta característica se podría implementar estrategias de intervención para desarrollar habilidades sociales.

Además de tomar en cuenta un número más amplio de sesiones para lograr un mejor aprendizaje de las estrategias cognitivo conductuales. Contar con una muestra más amplia para poder establecer resultados más confiables. Realizar evaluaciones de seguimiento (1, 3 y 6 meses) que permitan conocer el impacto del programa después de haber recibido el tratamiento psicológico, para examinar si los beneficios obtenidos se mantienen a mediano y largo plazo. Llevar a cabo la postevaluación con un periodo de tiempo más amplio para que los pacientes puedan poner en práctica lo aprendido en la intervención. Realizar comparaciones con un grupo de personas sanas con el objetivo de conocer las diferencia de las variables psicosociales de un grupo enfermo y un grupo sano; otra opción es comparar a los pacientes hospitalizados con pacientes ambulatorios.

A partir de la información recabada en esta investigación se propone:

- Realizar evaluaciones psicológicas en las instituciones de salud con el objetivo de identificar pacientes con ansiedad, depresión, estrés, entre otras variables psicológicas que pudieran estar afectando la evolución de la enfermedad.
- Crear, planear e implementar programas de atención e intervención psicológica cognitivo conductual donde se empleen técnicas como psicoeducación, para que los pacientes conozcan qué es su enfermedad, implicaciones, factores de riesgo, consecuencias físicas y la relación de éstos con factores psicosociales además de crear manuales y trípticos donde se condense información de utilidad para pacientes con IC y para sus cuidadores; reestructuración cognitiva, para modificar aquellos patrones de pensamiento que producen estrés, ansiedad y depresión en éste tipo de pacientes; relajación para la reducción de ansiedad y estrés, todo esto para poderles ofrecer una atención integral y una mejor CVRS.
- Incluir al cuidador de los pacientes proporcionándoles información acerca de lo que es la enfermedad, implicaciones, factores de riesgo, consecuencias físicas y la relación de éstos con factores psicosociales, a través de cursos y/o talleres para que se complemente el aprendizaje con la

del pacientes, de esta forma también se previenen futuras complicaciones en ellos, ya que hay evidencia del papel genético en las enfermedades cardiacas.

En México este tipo de evaluaciones e intervención no invasiva aún no sean llevado a cabo en ninguna institución de salud con este tipo de pacientes y que nos ofrecen una descripción general de la condiciones en las que se encuentra un paciente con esta enfermedad crónico-degenerativa como es el caso de la IC. Con lo que se pretende que a través de esta investigación que es un primer acercamiento a esta problemática de salud se hagan ajustes y modificaciones, con el objetivo de mejorarla para que sea parte del protocolo de atención a los pacientes con IC en el Hospital General de México en el Servicio de Cardiología, en especial en el área de Rehabilitación Cardiológica además de basarse en esta propuesta metodológica para poder ajustarla a diferentes cardiopatías como las arritmias.

Capítulo 7. Conclusiones

Al realizar la comparación de las evaluaciones pre-post con respecto a las variables de ansiedad, depresión y CVRS no existieron diferencias significativas entre estas.

Se encontraron correlaciones negativas entre las variables, al confirmar la hipótesis planteada en esta investigación que a mayor ansiedad y depresión menor CVRS.

Al finalizar esta investigación se tiene la sensación de haber penetrado en un área poco estudiada, ya que los pacientes con IC no han sido tomados en cuenta desde la perspectiva psicológica; por lo que la presente investigación representa un primer acercamiento para que se promuevan acciones para fortalecer la atención integral en cuanto a la salud de pacientes con IC y se puedan atender las necesidades que surgen durante la evolución de la enfermedad, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de esta población.

Referencias

- Alarcón, R. & Ramírez, V.E. (2006). Medicina psicosomática en enfermedad cardiovascular: consideraciones clínicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35, 112-124.
- Alta, F., Briancon, S., Guillemin, F., Jullière, Y., Mertès, P.M., Villemot, J.P., et al. (2002). Self-rating of quality of live provides additional prognostic information in heart failure. Insights into the EPICAL study. *European Journal of Heart Failure*, 4, 337-343.
- American Heart Association (AHA), (2005). Statement: New heart failure guidelines stress early diagnosis and treatment. Disponible en: www.americanheartassociation.com
- Angerman, C.E. (2007). Detection and treatment of depression in routine care of patients with heart failure. Disponible en: www.escardio.org/bodies/assosiations/HFA/reports/HF07Reports/Angerman_HF07_070611.htm
- Anguita, S.M. & Ojeda, P.S. (2006). Tratamiento médico de la insuficiencia cardiaca por disfunción diastólica. *Revista Española de Cardiología, Supl. 6*, 53F-58F.
- Banegas, R.J., Rodriguez, A.F. & Guallar, C.P. (2006). Situación epidemiológica de la insuficiencia cardiaca en España. *Revista Española de Cardiología. Supl.06* (6), 4C-9C.
- Berkman, L.F., Blumenthal, J., Burg, M., Carney, R.M., Catellier, D., Cowan, M.J., et al. (2003). Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients Investigators (ENRICHD). Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) Randomized Trial. *Journal of Applied Medical Association*, 289, 3106-3116.
- Clay, A. (2007). One heart-many threats psychologists take on heart disease: the nation's number one killer. *Monitor on Psychology*. 38 (1). Disponible en: <http://www.apa.org/monitor/jan07/threats.html>
- Coelho, R., Ramos, S., Prata, J., Bettencourt, P. & Ferreira, A. (2005). Heart failure and health related quality of life. *Clinical Practice of Epidemiology Mental Health*, 1 (19), 1-7.
- Davidson, K., Rieckman, N. & Rapp, M. (2005). Definitions and distinctions among depressive syndromes and symptoms: implications for a better understanding of the depression cardiovascular disease association. *Psychosomatic Medicine*, 67 (1), 6-9.
- Dekker, R.L. (2008). Cognitive behavioral therapy for depression in patients with heart failure: a critical review. *The Nursing Clinics of North America*, 43 (1), 155-70, VIII.
- Dickstein, K., Cohen, S., A., Filippatos, G., McMurray, J., Ponikowski, P., Poole-Wilson, A.P. et al. (2008). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart

- failure 2008. *European Journal of Heart Failure*, 29, 2388-2442.
- DSM-R IV. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV. USA: American Psychiatry Association.
- Durán S.A.M. & Encina J.J. (2007). Prevalencia de Fibrilación Auricular en pacientes con Insuficiencia Cardíaca Congestiva en la Unidad Cardiológica de un Hospital General. *Federación Argentina de Cardiología*, 1-5.
- Durham, N.C. (2001). Depression and FCC. Review of Archives of Internal Medicine. Disponible en: <http://www.news.mc.duke.edu>.
- Etxeberria, L.D., Sánchez, A.J., Alonso, G.A., Campos, R.R. & Jarne, B.V. (2007). Estudio de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia cardíaca en un Servicio de Medicina Interna. *Anales de Medicina Interna*, 24 (2), 57-60.
- Everson, R.S.A. & Lewis, T.T. (2005). Psychosocial factors and cardiovascular diseases. *Annual Review Public Health*, 26, 469-500.
- Figueroa, L.C., Domínguez, B., Alcocer, L. & Ramos, R. B. (2009). Emergencia de la cardiología conductual en la práctica clínica. *Psicología y Salud*, 19 (001), 10-19.
- Franzénab, K., Savemanb, B. & Blomqvistc, K. (2007). Predictors for health related quality of life in persons 65 years or older with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6 (2), 112-120.
- Friedmann, E., Thomas, S., Liu, F., Morton, P., Chapa, D. & Gottlieb, S. (2006). Relationship of Depression, Anxiety, and Social Isolation to Chronic Heart Failure Outpatient Mortality. *American Heart Journal*, 152 (5), 940-948.
- Givertz, M.M. (2008). Therapeutic Strategies in Heart Failure. *Circulation*, 118, e76-e77.
- Gottlieb, S.S., Khatta, M., Friedmann, E., Einbinder, L., Katzen, S., Baker, B., et al. (2004). The influence of age, gender and race on the prevalence of depression in heart failure patients. *Journal of American College of Cardiology*, 43, 1542-1549.
- Graves, D.K. & Miller, M.P. (2003). Behavioral Medicine in the Prevention and Treatment of Cardiovascular Disease. *Behavior Modification*, 27 (1), 3-25.
- Green, P., Porter, C., Bresnahan, D. & Spertus, J. (2000). Development and evaluation of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire: a new health status measure for heart failure. *Journal of American College of Cardiology*, 35, 1245-1255.
- Guallar, C.P., Magariños, L.M., Montoto, O.C., Tabuenca, C., Rodríguez, P.C. & Olcoz, C.M. (2006). Prevalencia de depresión y factores biomédicos y psicosociales asociados en ancianos hospitalizados con insuficiencia cardíaca en España. *Insuficiencia cardíaca*, 59 (08), 770-778.

- Havranek, E., Spertus, J. & Masoudi, F. (2004). Predictors of the onset of depressive symptoms in patients with heart failure. *Journal of American College of Cardiology*, 44, 2333-2338.
- Haynes, S., Gannon, L., Orimoto, L., O'Brien, W., & Brandt, M. (1991). Psychophysiological assessment of poststress recovery. *Psychological Assessment*, 3 (3), 356-365.
- Hernández, S.R., Fernández, C.C. & Baptista, L.P., (2003). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill.
- Herrero, M.J., Blanch, J., Peri, J.M., De Pablo, J., Pintor, L., Bulbena, A. (2003). A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry*, 25, 277-283.
- Horlick, L., Cameron, H.R., Firor, W., Bhalerao, U. & Baltzan, R. (1984). The effects of education and group discussion in the post myocardial infarction patients. *Journal Psychosomatic Res.* 28, 485-492.
- <http://www.entornomedico.net/noticias/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=1834>
- http://www.wrongdiagnosis.com/h/heart_failure/stats.htm
- Hulsmann, M., Berger, R., Sturm, B., Bojic, A., Woloszczuk, W., Bergler-Klein, J., et al. (2002). Prediction of outcome by neurohumoral activation, the six-minute walk test and the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire in an outpatient cohort with congestive heart failure. *European Heart Journal*, 23, 886-891.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI] (2008). Estadísticas Demográficas 2006. Extraído el 13 de enero del 2009. www.inegi.gob.mx
- Jeffrey, S. & Vega, C. (2008). Depression, Anxiety Predict Events in Patients With Stable. *Archives of General Psychiatry*, 65, 62-71.
- Jiang, W., Kuchibhatla, M., Cuffe, M.S., Christopher, E.J., Alexander, J.D., Clary, G.L., et al. (2004), Prognostic Value of Anxiety and Depression in Patients With Chronic Heart Failure. *Circulation*, 110, 3452-3456.
- Johansson, P., Dahlström, U. & Broström, A. (2006). Factors and interventions influencing health-related quality of life in patients with heart failure: A review of the literature. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5 (1), 5-15.
- Kostis, J.B., Rosen, R.C., Cosgrove, N.M., Shindler, D.M., & Wilson, A.C. (1994), Nonpharmacologic Therapy Improves Functional and Emotional Status in Congestive Heart Failure. *American College of Chest Physicians*, 106, 996-1001.
- Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, D.G., & Lip, G.Y. (2001). Mortality and quality of life

- 12 months after myocardial infarction: effects of depression and anxiety. *Psychosomatic Medicine*, 63, 221–230.
- Lane, D.A., Chong, A.Y. & Lip, G.Y.H. (2006). Intervenciones psicológicas para la depresión en la insuficiencia cardiaca (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley y Sons, Ltd).
- Lee, D., Yu, D., Woo, J. & Thompson, D. (2005). Health-related quality of life in patients with congestive heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 7 (3), 419-422.
- Lespérance, F., Frasere, S.N., Talajic, M. & Bourassa, M. (2002). Five-year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction. *Circulation*, 105, 1049-1053.
- Lett, H.S., Davidson, J. & Blumenthal, J. (2005). Nonpharmacological treatment for depression in patients with coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 67, 58-62.
- Lloyd, J., Adams, R., Carnethon, M., De Simone, G., Ferguson, B., Flegal, K, et al. (2009). Heart Disease and Stroke Statistics-2009 Update. *Circulation*. 119, e1-e161.
- Luskin, F., Reitz, M., Newell, K., Quinn, T. & Haskell, W. (2002). A controlled pilot study of stress management training of elderly patients with congestive heart failure. *Preventive Cardiology*, 5 (4), 168-172.
- MacMahon, M.A.K. & Lip, Y.H.G. (2002). Psychological Factors in Heart Failure. *Archives Internal Medicine*. 162, 509-516.
- Maeland, J.G. & Havik, O.E. (1987). The effects of in-hospital educational program for myocardial infarction patients. *Scandinavia Journal Rehabilitation Medicine*, 19, 57-65.
- McDonald, K. (2008). Prevalencia de la insuficiencia cardiaca: un reflejo de lo bueno y lo malo de la asistencia cardiovascular moderna. *Revista Española de Cardiología*, 61 (10), 1010-1012.
- McMurray, J.J. & Stewart, S. (2000). Epidemiology, aetiology, and prognosis of heart failure. *Heart*, 83, 596-602.
- Moser, D.K., (2007). "The Rust of Life": Impact of Anxiety on Cardiac Patients. *American Journal of Critical Care*, 16, 361-369.
- Nieminen M. S., Böhm, M., Cowie, M. R., Drexler, H., Filippatos, G. S., Jondeau, G., et al. (2005). Guías de Práctica Clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda. Versión resumida. *Revista Española de Cardiología*, 58 (4), 389-429.
- Olmsted, M.P, Daneman, D., Rydall, A.C., Lawson, M.L. & Rodin, G. (2002). The effects of

- psychoeducation on disturbed Eating attitudes and behavior in young women with type 1 diabetes mellitus. *The International journal of eating disorders*, 32 (2), 230-239.
- Orea, T.A., Castillo, M. L., Ortega, S.A., González, T.R. Morales, O.J. & Barrera, P.F. (2005). Prevalencia de factores de riesgo de insuficiencia cardiaca en la Ciudad de México. *Medicina Interna de México*, 21,18-24.
- Ortega, V.C. & Cortés G.P. (2002). Proceso enfermero en insuficiencia cardiaca. *Archivos de Cardiología de México*. 72 (1), 261-266.
- Parajón, T., Lupón, J., González, B., Urrutia, A. & Altimir, S. (2004). Aplicación en España del cuestionario sobre calidad de vida «Minnesota Living With Heart Failure» para la insuficiencia cardíaca. *Revista Española de Cardiología*, 57, 155-160.
- Patel, H. (2008). Patients with worsening chronic heart failure-symptoms and aspects of care. A Descriptive and Interventional study. Västra Frölunda.
- Pelle, A.J., Gidron, Y.Y., Szabó, B.M., & Denollet, J. (2008). Psychological predictors of prognosis in chronic heart failure. *Journal Cardiac Failure*, 14 (4), 341-350.
- Penninx, B.W., Beekman, A.T., Honig, A., Deeg, D.J., Schoevers, R.A., Van Eijk, J.T., et al. (2001). Depression and cardiac mortality results from a community-based longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 58 (3), 221-227.
- Pickering, T., Phil, D., Clemow, L., Davidosn, K. & Gerin, W. (2003). Behavioral cardiology – has its time finally arrived? The Mount Sinai. *Journal of Medicine*, 70 (2), 101-112.
- Pintor, L. (2006). Insuficiencia cardiaca y enfermedad depresiva, una frecuente combinación tantas veces olvidada. *Revista Española de Cardiología*, 59 (8), 761-765.
- Reynoso, E.L. & Seligson, N.I. (2005). Psicología clínica de la salud, un enfoque conductual. México: Manual Moderno.
- Rodríguez, A.F., Banegas B.J.R. & Guallar, C.P. (2004). Epidemiología de la insuficiencia cardíaca. *Revista Española de Cardiología*, 57 (2), 163-170.
- Rosamond, W., Flegal, K., Furie, K.G.A., Greenlund, K., Haase, N., Hailpern, S.N., et al. (2008). Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart Disease and Stroke Statistics_2008 Update: A Report From the American. *Circulation*. 117, e25-e146.
- Rozanski, A., Blumenthal, J.A. & Kaplan, J. (1999). Impact of Psychological Factors on the Pathogenesis of Cardiovascular Disease and Implications for Therapy. *Circulation*, 99, 2192-2217.
- Shen, B.J., Avivi, Y.E., Todaro, J.F., Spiro, A., Laurenceau, J.P., Ward, K.D. & Niaura, R. (2008). Anxiety Characteristics Independently and Prospectively Predict Myocardial

- Infarction in Men. The Unique Contribution of Anxiety Among Psychologic Factors. *Journal of American College of Cardiology*, 51, 113-119.
- Skromne, K.D., Aguilar, R.R., Chávez, D.R., Enciso, M.J.M., Hernández, G.H., Meaney, M.E., et al. (2000). Insuficiencia cardiaca. *Revista Mexicana de Cardiología*, 11, (2), 224-234.
- Snaith, R.P. & Zigmond, A.S. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinava*. 67 (6), 361-370.
- Sullivan, M., LaCroix, A.Z., Speretus, J.A. & Hecht, J. (2000). Five-year prospective study of the effects of anxiety and depression on symptoms and function in patients with coronary heart disease, *American Journal Cardiology*, 86, 1135-1138.
- Téllez, V.J. & Estefan C.R. (2003). Depresión y enfermedad cardiovascular. *Cuadernos Psiquiatría de Enlace*, (19), 8-11.
- Tobal, M.J.J. (1990). La ansiedad. En Mayor, J. & Pinillos, L. (eds.): Tratado de Psicología General: *Motivación y Emoción* (3), 309-344. Madrid: Alhambra.
- Velázquez, M.O., Barinagarrementería, F., Rubio, A., Verdejo, J., Méndez, M., Pavía, A. & Lara, A. (2007). Morbilidad y mortalidad de la enfermedad isquémica del corazón y cerebrovascular en México. *Archivos de Cardiología de México*, 77 (1), 31-39.
- Yu, D. (2006). Relaxation Therapy in Patients with Chronic Heart Failure: A Randomized Controlled Trial. *Circulation*, 114, II, 517.
- Yu, D.S., Lee, D.T., Woo, J., & Hui, E. (2007). Non-pharmacological interventions in older people with heart failure: effects of exercise training and relaxation therapy. *Gerontology*, 53 (2), 74-81.
- Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., et al. (2004). Effect of potentially risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*, 364, 937-952.

ANEXO 1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA



PSICOLOGÍA DE LA SALUD

**Cuadernillo de Evaluación para
Pacientes con Insuficiencia Cardíaca**

Diseñado por:

Dr. Carlos Figueroa López

Psic. Berenice Gaona Badillo

Psic. Thelma Hernández Salazar

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ otorgo mi consentimiento para participar como voluntario(a) en un taller para disminuir el estrés, la ansiedad y la depresión, que pudieran surgir como consecuencia de mi enfermedad cardiaca. Este taller tendrá una duración de 4 sesiones, de 60 minutos cada una.

Como parte del taller, contestaré cuestionarios, participaré en actividades, y haré tareas relacionadas con los objetivos del mismo.

Mi nombre y alguna otra información que puedan identificarme tendrán un carácter confidencial y estarán legalmente asegurados.

Estoy de acuerdo en que los terapeutas se pongan en contacto conmigo al término del taller, para realizar 2 entrevistas al transcurrir 3 y 6 meses, con el propósito de evaluar mi condición cardiovascular. La información que se reúna durante estas entrevistas será similar a la recolectada en la entrevista inicial.

Estoy de acuerdo en proporcionar el nombre, dirección y número telefónico de una persona (familiar o cuidador) para ser entrevistada por el terapeuta y proporcione información sobre mi salud cardiovascular. Tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento sin que cambie mi relación con los investigadores y/o las instituciones.

NOMBRE (CUIDADOR): _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____ PARENTESCO: _____

FECHA: _____ FIRMA: _____

TESTIGO 1

NOMBRE: _____ FIRMA: _____

TESTIGO 2

NOMBRE: _____ FIRMA: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

No. Exp.: _____ Fecha: _____

1. Nombre: _____

2. Edad: _____ 3. Sexo: 1(M) 2(F) 4. Fecha de nacimiento: _____

5. Domicilio: _____

6. Teléfono: _____ 7. Ocupación: _____

8. Estado Civil: _____ 9. Número de hijos: _____

10. Escolaridad: _____ 11. Dx.: _____

12. Periodo de Evolución: _____ 13. Tipo de Tx.: _____

13.1 Fecha de ingreso: _____ 13.2 Fecha de probable alta: _____

14. ¿Qué religión tiene?

15. Con relación a su religión, usted es:

1) Creyente y practicante

2) Creyente

16. ¿Con quién vive?

17. ¿Qué tan saludable se considera?

1) Nada saludable

2) Poco saludable

3) Regularmente saludable

4) Muy saludable

18. ¿Qué tan presionado se siente con el estilo de vida que lleva?

1) Nada presionado

2) Poco presionado

3) Regularmente presionado

4) Muy presionado

19. ¿Qué hace en su tiempo libre?

20. ¿Qué hace para cuidar su salud?

HISTORIA CLÍNICA DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA

Fecha:	Nº de expediente:
Nombre:	
Dx:	
Periodo de evolución:	

1. Antecedentes Heredo Familiares

	Si	No	Parentesco
DM			
HAS			
IAM			
CÁNCER			
OTROS			

2. Antecedentes Personales Patológicos

	Si	No	Tiempo del dx.	Tiempo de inicio de tx.
DM				
HAS				
IAM				
TABACO				
LIPIDEMIA				
OTROS				

3. Historia Cardiovascular

CIRUGÍAS	Si	No	Fecha de Qx
MITRAL			
AÓRTICO			
PULMONAR			
TRICUSPIDEA			
CIA			
CIV			
PCA			
MARCAPASO			
RESINCRONIZADOR			
OTROS			
Hospitalizaciones por descompensación de la ICCV			

4. Etiología de la Insuficiencia Cardiaca

5. Clase Funcional Actual de la NYHA

CLASE I	La actividad física habitual no causa fatiga, disnea, palpitaciones o dolor anginoso	
CLASE II	La actividad física ordinaria le causa fatiga, disnea, palpitaciones o dolor anginoso	
CLASE III	Una actividad física menor a la ordinaria le causa fatiga, disnea, palpitaciones o dolor anginoso	
CLASE IV	Presenta síntomas fatiga, disnea, palpitaciones o dolor anginoso aún estando en reposo	

6. Medicamentos que Consume Actualmente

	Si	No	Nombre	Dosis
IECA				
Beta bloqueadores				
Espironolactona				
Diuréticos de techo alto				
Digital				
Aspirina				
Anticoagulantes				
Otros				

7. Criterios de Framingham para el Diagnóstico de la Insuficiencia Cardiaca

Mayores		
	Si	No
Disnea paroxística nocturna		
Distensión venosa yugular		
Crepitantes		
Cardiomegalia		
Edema agudo de pulmón		
Ritmo de galope por tercer ruido		
Aumento de la presión venosa		
Reflujo hepatoyugular positivo		

Menores		
	Si	No
Edema en miembros		
Tos nocturna		
Disnea de esfuerzo		
Hepatomegalia		
Derrame pleural		
Capacidad vital disminuida un tercio		
Taquicardia		
Adelgazamiento 4,5 Kg. después de 5 días de tx		

8. Exploración Física Actual

Variable	Valor	Unidad de medida
Peso		Kg.
Talla		cm.
IMC		
Perímetro abdominal		cm.
TA Sistólica		mmHg
TA Diastólica		mmHg
FC		
FR		
Temperatura		°C

9. Inspección General

	Normal	Anormal	Especifique
Piel			
Cabeza y Cuello			
Ojos			
Agudeza visual			
Permeabilidad nasal			
Faringe			
Amígdalas			
Aparato respiratorio			
Aparato circulatorio			
Aparato digestivo			
Aparato urinario			
Aparato genital			
Aparato locomotor			
Aparato nervioso			
Sangre			
Sistema endocrino			

PROCOLO INCAR304508

FOLIO: _____

10. Estudios Realizados y Resultados

Radiografía de Tórax	No	Si	Fecha
Índice cardiotorácico			
Congestión pulmonar			
Derrame pleural			
Otros datos			

Electrocardiograma	Fecha	Valor
Ritmo		
PR		seg.
Frecuencia		Por minuto
QRS		seg.
AQRS		°
QT		seg.
QTC		seg.
ST		mm

Ecocardiograma	No	Si	Fecha	Valor
AAo				mm
AI				mm
VD				mm
dDFVI				mm
dSFVI				mm
FEVI				%
FAC				%
VSF				%
Septum				mm
Pared Posterior				mm
Insuficiencia				
Estenosis				
Patrón de llenado				
Dx :				

Gammagrama cardiaco	Si	No	Resultados:
Cateterismo cardiaco	Si	No	Resultados:

CCV

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas hacen referencia a su enfermedad cardiaca y a cómo podría afectar aspectos de su vida. Por favor lea y complete las siguientes oraciones marcando con una X la respuesta que mejor se aplique a usted.

La **enfermedad cardiaca** afecta a las personas en diferentes formas. Algunas presentan respiraciones entrecortadas, mientras otras sienten fatiga, etc.

1. Por favor marque con una X cuánto le ha limitado su enfermedad cardiaca (por respiraciones entrecortadas o fatiga) en su habilidad para hacer las siguientes actividades en las últimas 2 semanas.

Actividades	1 Totalmente limitado	2 Muy limitado	3 Moderadamente limitado	4 Ligeramente limitado	5 Nada limitado	0 Limitado por otras razones o no hago esa actividad
a) Vestirse usted mismo						
b) Bañarse						
c) Caminar una cuadra						
d) Realizar quehaceres domésticos o cargar su mandado						
e) Subir varios escalones sin detenerse						
f) Caminar rápido (como para alcanzar el camión)						

2. ¿Comparado con hace 2 semanas, han cambiado sus síntomas de su enfermedad cardiaca (respiración entrecortada, fatiga o hinchazón en los tobillos)?	3. ¿En las últimas 2 semanas, cuando usted se levantó por la mañana, cuántas veces tuvo hinchados sus pies, tobillos o piernas?
1) Empeorado Mucho 2) Empeorado Ligeramente 3) No han cambiado 4) Mejorado Ligeramente 5) Mejorado Mucho 6) No he tenido ningún síntoma en las últimas 2 Semanas	1) Todas las mañanas 2) 3 o más veces por semana pero no todos los días 3) 1 a 2 veces a la semana 4) Nunca en las dos semanas

PROTOCOLO INCAR304508

FOLIO: _____

4. ¿En las últimas 2 semanas, cuánto le ha molestado la hinchazón en sus pies, tobillos o piernas? Ha sido fastidioso...	5. ¿En las últimas 2 semanas, cuántas veces la fatiga lo ha limitado para hacer lo que usted quiere?
1) Totalmente 2) Mucho 3) Moderadamente 4) Ligeramente 5) No he tenido ninguna hinchazón	1) Todo el tiempo 2) Varias veces al día 3) Por lo menos una vez al día 4) 3 o más veces por semana pero no todos los días 5) 1 a 2 veces por semana 6) Nunca durante las últimas 2 semanas
6. ¿En las últimas 2 semanas, cuánto le ha molestado la fatiga? Ha sido fastidioso...	7. ¿En las últimas 2 semanas, en promedio, cuántas veces se ha sentido limitado en su forma de hacer lo que usted quería a causa de la respiración entrecortada?
1) Totalmente 2) Mucho 3) Moderadamente 4) Ligeramente 5) No he estado fatigado	1) Todo el tiempo 2) Varias veces al día 3) Por lo menos una vez al día 4) 3 o más veces por semana pero no todos los días 5) 1 a 2 veces por semana 6) Nunca durante las últimas 2 semanas
8. ¿En las últimas 2 semanas, cuánto le ha molestado la respiración entrecortada? Ha sido fastidioso...	9. En las últimas 2 semanas, en promedio, ¿Cuántas veces se ha visto forzado a dormir sentado en una silla, o con al menos 3 almohadas para apoyarse, debido a la respiración entrecortada?
1) Totalmente 2) Mucho 3) Moderadamente 4) Ligeramente 5) No he tenido respiración entrecortada	1) Todas las noches 2) 3 o más veces por semana pero no todos los días 3) 1 a 2 veces por semana 4) Nunca en las dos semanas

PROTOCOLO INCAR304508

FOLIO: _____

<p>10. Los síntomas de la enfermedad cardiaca pueden empeorar por varias razones, ¿Qué tan seguro está de saber qué hacer, o a quién llamar, si su enfermedad cardiaca empeorara?</p>	<p>11. ¿Qué tanto sabe sobre las cosas que tiene que hacer para evitar que empeoren los síntomas de su enfermedad cardiaca? (Ejemplo, pesarse usted mismo, comer una dieta baja en sal, etc.)</p>
<p>1) Totalmente Inseguro 2) Muy Inseguro 3) Algo Seguro 4) Muy Seguro 5) Totalmente Seguro</p>	<p>1) No sé nada en absoluto 2) No sé mucho 3) Sé algo 4) Conozco varias cosas 5) Lo sé todo</p>
<p>12. ¿En las últimas 2 semanas, qué tanto se ha sentido limitado para disfrutar la vida debido a su enfermedad cardiaca?</p>	<p>13. ¿Si tuviera que pasar el resto de su vida con su enfermedad cardiaca, como la tiene ahora, cómo se sentiría por esto?</p>
<p>1) Totalmente 2) Mucho 3) Moderadamente 4) Ligeramente 5) No me ha limitado disfrutar de la vida</p>	<p>1) Insatisfecho 2) De algún modo satisfecho 3) Moderadamente satisfecho 4) La mayor parte del tiempo satisfecho 5) Completamente satisfecho</p>
<p>14. ¿En las últimas 2 semanas, con qué frecuencia se ha sentido desalentado o deprimido debido a su enfermedad cardiaca?</p>	
<p>1) Todo el Tiempo 2) La mayor parte del tiempo 3) Ocasionalmente 4) Nunca</p>	

PROTOCOLO INCAR304508

FOLIO: _____

15. Indique cómo su enfermedad cardíaca lo limitó para realizar las siguientes actividades en las últimas 2 semanas. Por favor marque con una X.

Actividades	1 Totalmente limitado	2 Muy limitado	3 Moderada mente limitado	4 Ligeramente limitado	5 Nada limitado	0 No aplica o no lo hice
a) Los pasatiempos y actividades recreativas						
b) Trabajar o realizar quehaceres domésticos						

16. Indique como su enfermedad cardíaca lo limitó en sus relaciones sociales en las últimas 2 semanas. Por favor marque con una X.

Actividades	1 Totalmente limitado	2 Muy limitado	3 Moderada mente limitado	4 Ligeramente limitado	5 Nada limitado	0 No aplica o no lo hice
a) Visitar a familia o amigos fuera de su casa						
b) Relaciones cercanas con sus amigos						

Resultado		
Dominios	Max.	Puntaje
1. Limitaciones Físicas (1)	30	
2. Síntomas frecuencia (3,5,7,9)	20	
3. Síntomas Severidad (4,6,8)	15	
4. Síntomas Cambios a través del tiempo (2)	6	
5. Autoeficacia (10,11,12)	15	
6. Calidad de Vida (13,14,15)	19	
7. Interferencia Social (16)	10	
Total	115	
Nivel		
Bajo (43-71)		
Medio (72-90)		
Alto (31-115)		

HADS

INSTRUCCIONES: Este cuestionario está diseñado para ayudarnos a saber cómo se siente usted. Lea cada oración y subraye la respuesta que más describa cómo se sintió la semana pasada. No se demore en contestar las oraciones.

1. Me siento tenso(a) o nervioso(a):*	2. Aún disfruto de las cosas que solía disfrutar:**
3) Siempre. 2) Frecuentemente. 1) Ocasionalmente / algunas veces. 0) Nunca.	0) Definitivamente sí. 1) No tanto. 2) Sólo un poco. 3) Difícilmente.
3. Tengo una sensación de temor como si algo horrible fuera a pasar:*	4. Me puedo reír y ver el lado positivo de las cosas:**
3) Definitivamente sí. 2) Frecuentemente. 1) A veces / ocasionalmente. 0) Nunca.	0) Como siempre lo he hecho. 1) No mucho últimamente. 2) Ocasionalmente / algunas veces. 3) Nunca.
5. Tengo muchos pensamientos preocupantes:*	6. Me siento alegre:**
3) Todo el tiempo. 2) Frecuentemente. 1) A veces, pero no muy seguido. 0) Nunca.	3) No, nunca. 2) Algunas veces. 1) Frecuentemente. 0) Todo el tiempo.
7. Fácilmente me puedo sentir relajado:*	8. Me siento deprimido:**
0) Siempre. 1) Frecuentemente. 2) Algunas veces. 3) Nunca.	3) Siempre. 2) Frecuentemente. 1) Algunas veces. 0) Nunca.
9. Llego a sentirme asustado y como si tuviera mariposas en el estómago:*	10. He perdido interés en mi apariencia:**
0) No, nunca. 1) Ocasionalmente. 2) Frecuentemente. 3) Siempre.	3) Definitivamente sí. 2) No me importa tanto como antes. 1) Probablemente, no le tomo mucha importancia. 0) Le doy la misma y/o más importancia.

PROTOCOLO INCAR304508

FOLIO: _____

11. Me siento intranquilo, como si tuviera que estar en movimiento constantemente.*	12. Veo el futuro disfrutando de las cosas:**
3) Siempre. 2) Frecuentemente. 1) No mucho. 0) Nunca.	0) Más que nunca. 1) Un poco menos de lo que acostumbro. 2) Definitivamente menos de lo que acostumbro. 3) No lo hago.
13. Tengo repentinos sentimientos de pánico:.*	14. Puedo disfrutar de una buena revista o programa de radio o televisión:**
3) Siempre. 2) Frecuentemente. 1) No muy seguido. 0) Nunca.	0) Siempre. 1) Frecuentemente. 2) Algunas veces. 3) Nunca.

Resultado			
Reactivos	*Ansiedad (1,3,5,7,9,11,13)	Reactivos	**Depresión (2,4,6,8,10,12,14)
Total		Total	
0-2 Normal		0-1 Normal	
3-8 Leve/ Moderada		2-6 Leve/ Moderada	
> 9 Severa Ansiedad y/o Depresión		> 7 Severa Ansiedad y/o Depresión	

HOJA DE CONCENTRACIÓN DE DATOS

PABD:		
EV. ANTROPOMÉTRICA		
SI	NO	FECHA:
PESO:		TALLA:
IMC:		
ABDOMEN:		

Historia Clínica		
SI	NO	FECHA:

FECHA	
Nº EXP.	

EV. PSICOFISIOLÓGICA			PRUEBA DE LA CAMINATA				EV. PSICOLÓGICA					
SI	NO	FECHA:	SI	NO	FECHA:		SI	NO	FECHA:			
PA			DISTANCIA:		TIEMPO:		CI	Presenta				
1.			PA	PP	FR			SI	NO			
2.			INICIO:	INICIO:	INICIO:		DG	Presenta				
3.			FINAL:	FINAL:	FINAL:			SI	NO			
4.			REC. 1:	REC. 1:	REC. 1:		CD	Total		Depresión		
5.			REC. 2:	REC. 2:	REC. 2:			SI	NO			
OBSERVACIONES			NSCF		EB		CVRS	Total		Nivel		
			INICIO:		FINAL:							
			FINAL:				HADS	A		D		
			Observaciones:									
								Presenta		Presenta		
							SI	NO		SI	NO	