



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGÍA

**ASOCIACIÓN ENTRE LA PERSONALIDAD TIPO D, ANSIEDAD
Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA
CARDIACA (IC)**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA

MARIA EUGENIA ZUÑIGA ANGELES

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: DR. CARLOS GONZALO FIGUEROA LÓPEZ

COMITÉ: MTRA. BERTHA RAMOS DEL RÍO

LIC. MARIA TERESA ARVIDE VALES

DR. LUIS ALCOGER DÍAZ BARREIRO

LIC. ROCÍO ELIZABETH DÍAZ SANTANA



MÉXICO, D. F

PAPIIT IN304508

2010



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGÍA

**ASOCIACIÓN ENTRE LA PERSONALIDAD TIPO D, ANSIEDAD
Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA
CARDIACA (IC)**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA

MARIA EUGENIA ZUÑIGA ANGELES

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: DR. CARLOS GONZALO FIGUEROA LÓPEZ

COMITÉ: MTRA. BERTHA RAMOS DEL RÍO

LIC. MARIA TERESA ARVIDE VALES

DR. LUIS ALCOGER DÍAZ BARREIRO

LIC. ROCÍO ELIZABETH DÍAZ SANTANA



MÉXICO, D. F

PAPIIT IN304508

2010

Hay tanto que agradecer y a tantas personas que las palabras no bastan, el agradecimiento es poco para poder describir lo que siento hacia las dos personas mas importantes de mi vida; aquellos que han dado todo por mi, que me han demostrado que cualquier sacrificio vale la pena siempre y cuando se haga con el corazón, que a pesar de que la vida nos dé la espalda no debemos bajar la cabeza y rendirnos, sino hay que luchar por todo lo que se quiere ... **a mis padres** esta dedicada cada una de las letras de este trabajo, cada una las páginas que se realizaron con esfuerzo y dedicación, a ellos esta dirigido con todo mi amor y gratitud eterna...

Pero hay mas personas a las cuales agradecerles por la compañía y su apoyo que me han brindado a lo largo de estos años... a mi hermana parte fundamental en mi vida, quien me recuerda siempre que no vale lo que tenemos sino quienes somos y de donde venimos, que nuestras raíces son lo mas importante que tenemos... gracias **Kika** por estar siempre a mi lado y ser la mejor hermana del mundisisisimo...

A mi familia en la cual siempre he encontrado apoyo y cariño, que a pesar de ser tan numerosa cada uno tiene su propio lugar, a mis ti@s, prim@s y sobrinas...

A mis amigos con lo que he compartido grandes momentos de diversión además de conocimientos, cada día he aprendido algo nuevo a su lado... A mi gran amiga **llallalí** que más que una amiga se convirtió en una hermana con el paso de los años, gracias por todo, por soportarme y poyarme en los momentos de locura...

En este gran collage que es mi vida hay piezas que han sido claves en todo este camino, esos seres que me han enseñado desde leer y contar hasta poder realizar una tesis... **a mis maestros**...

... al **Dr. Carlos Figueroa López** por acompañarme en este proceso y ser mi mentor... gracias por darme un poco de su gran conocimiento, de su paciencia y de su tiempo... por ayudarme a ser mejor persona y mejor profesionalista...

A la **Mra. Bertha Ramos del Río** gracias a usted conocí una nueva área de la psicología, gracias por compartir un poco de su conocimiento a través de estos años...

A la **Lic. María Teresa Arvide Vales** aunque la conocí muy poco tiempo logre aprender tanto de usted y siempre le agradeceré por formar parte de este momento...

A la **Lic. Roció Elizabeth Díaz Santana** por su apoyo muy valioso en la realización de este trabajo...

Al **Dr. Luís Alcocer Díaz Barreiro** en gran parte este trabajo se logro con su apoyo... no solo a mí sino a todos mis compañeros...

Al Hospital General de México, a la Universidad Nacional Autónoma de México, y sobre todo la FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA que me brindaron un lugar donde poder realizar este sueño... al proyecto PAPIIT IN403508 por su apoyo y por permitirme formar parte de su equipo de trabajo...

A cada una de las personas que voluntaria e involuntariamente me apoyaron
GRACIAS POR TODO!!!!...

Con todo mi cariño y admiración...



ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1 - Insuficiencia Cardíaca	4
1.1 Definición	4
1.2 Causas	5
1.3 Síntomas	6
1.4 Factores de riesgo	6
1.5 Diagnóstico	6
1.6 Tratamiento	8
Capítulo 2 - Factores Psicosociales Asociados a la Insuficiencia Cardíaca	9
2.1 Ansiedad	11
2.2 Depresión	13
2.3 Personalidad Tipo D	15
Planteamiento del Problema	20
3.1 Pregunta de Investigación	21
3.2 Objetivo	21
3.2.1 General	21
3.2.2 Particular	21
3.4 Definiciones Operacionales y Conceptuales de las Variables	22
3.4.1 Personalidad tipo D	22
3.4.2 Depresión	22
3.4.3 Ansiedad	23
Método	24
4.1 Participantes	24
4.2 Escenario	24
4.3 Instrumentos	24
4.4 Equipo Multidisciplinario Profesional	25
4.5 Diseño	26
4.6 Procedimiento	26
4.7 Consideraciones Éticas	26
Resultados	28
5.1 Datos sociodemográficos	28

5.2 Percepción de salud y estilo de vida	29
5.3 Evaluación Psicológica	30
5.3.1 Ansiedad	30
5.3.2 Depresión	31
5.3.3 Personalidad Tipo D	32
5.3.3.1 Datos Sociodemográficos (Sub muestra N=10)	33
5.3.3.2 Percepción de salud y estilo de vida	34
5.3.3.3 Evaluación médica y antropométrica	36
5.3.3.4 Evaluación Psicológica	37
Discusión y conclusiones	42
Referencias Bibliográficas	48
Anexos	53

Asociación entre la Personalidad Tipo D, Ansiedad y Depresión en pacientes con Insuficiencia Cardíaca (IC)

Resumen

El objetivo de este trabajo fue determinar la asociación entre la Personalidad tipo D (PTD), ansiedad y depresión en pacientes con Insuficiencia Cardíaca (IC). Participaron 50 pacientes con diagnóstico de IC que se encontraban hospitalizados en el Servicio de Cardiología del Hospital General de México, a los que se les aplicó un cuadernillo de evaluación psicológica integrado por: Carta de Consentimiento Informado, Ficha de Identificación, Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y el Cuestionario de Personalidad Tipo D (DS14). Los resultados describen una muestra de pacientes con IC con una media de edad de 57.74, el 82% de los pacientes se percibe como regular o muy saludable; el 72% de los pacientes no había pensado en realizar cambios en su estilo de vida en un periodo de seis meses. La ansiedad se presentó en un 78%, la depresión en un 70% y la PTD se encontró en un 20%. Del coeficiente de correlación de Pearson se obtuvo que entre la PTD y la Ansiedad es de $p=0.491$ y PTD y Depresión es de $p=0.592$ y una significancia de $\alpha=0.00$ demostrando que altos puntajes en la PTD están asociados con altos puntajes en Ansiedad y Depresión. Los resultados de la prueba t (ansiedad $\alpha=.004$ y depresión $\alpha=.000$) indican que los pacientes con PTD presentan más síntomas de ansiedad y depresión. En conclusión los pacientes con IC presentaron una alta prevalencia de Ansiedad y Depresión y la Personalidad Tipo D se asoció con una mayor presencia de ansiedad y/o depresión.

Palabras Clave: Personalidad Tipo D, Ansiedad, Depresión, Insuficiencia Cardíaca

Introducción

La Medicina Conductual es un campo de la Psicología que se involucra en el proceso salud-enfermedad tomando en cuenta los aspectos emocionales, conductuales y sociales de las personas que padecen de alguna enfermedad, en especial las crónicas degenerativas, ya que estas provocan en las personas un deterioro progresivo en su salud, tanto física como psicológica. Matarazzo (1987) menciona que los conocimientos y las técnicas psicológicas también deberían de utilizarse en la prevención, el diagnóstico, la identificación de factores de riesgo, el tratamiento y la rehabilitación en personas enfermas; principalmente con enfermedades crónico degenerativas.

Una de las principales enfermedades crónicas, que conllevan a un decremento en la calidad de vida son las enfermedades cardíacas, éstas han ido ocupando un lugar muy importante en la mortalidad en México ya que con los años se van incrementando los casos. El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) reportó que en el año 2007 el 33.2% de la población muere a causa de enfermedades del corazón, ubicándose como la primer causa de defunciones en nuestro país.

Al volverse las enfermedades cardíacas un foco rojo de atención de los especialistas en salud, de la medicina conductual surge un nuevo campo de especialización: la Cardiología Conductual. Este nuevo campo ha logrado unir a cardiólogos y psicólogos para trabajar con un fin común: informar y promover en la población un estilo de vida más saludable que ayude a prevenir el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, optimizar los resultados médicos y psicológicos en pacientes cardíacos y estimular la formación de redes de apoyo social para los pacientes. La cardiología conductual ha hecho notar que no solo los factores de riesgo son cuestiones biológicas sino que además existen los factores psicosociales que afectan directamente al corazón tales como el estrés, depresión, ansiedad y algunos patrones de comportamiento. Este nuevo campo trata de dar

una explicación de cómo es que estos factores interactúan para inducir algún tipo de trastorno cardiovascular y la modificación del estilo de vida para un mejor tratamiento contra la enfermedad (Figuroa, Domínguez, Ramos, y Alcocer, 2009).

Por ejemplo la Insuficiencia Cardíaca (IC) es una enfermedad cardiovascular que cada año aumenta su prevalencia, en México existen alrededor de 750 mil pacientes con IC (Ramírez, s.f.) y cada año aumentan aproximadamente el 10%. Asumiendo la importancia que los trastornos cardiovasculares tienen hoy en día y el surgimiento de campos disciplinarios para su atención es como surge el interés de esta investigación la cual pretende de mostrar la asociación que tiene la Personalidad Tipo D con la presencia de ansiedad y depresión en pacientes con IC hospitalizados.

Capítulo 1 - Insuficiencia Cardíaca

1.1 Definición

Guadalajara, Martínez-Reding y Quiroz (2007) nos dicen que la IC “Es una condición en la que el daño estructural difuso de la miofibrilla (necrosis o inflamación) bien una sobrecarga hemodinámica excesiva, provoca disminución de la fuerza contráctil del corazón (inclusive la fracción de expulsión); y consecuentemente aumentan los volúmenes ventriculares con o sin disminución del gasto cardíaco”, en otras palabras, es un síndrome clínico que resulta del daño estructural o funcional al corazón, el cual impide que este logre cubrir las necesidades que el organismo requiere.

La New York Heart Association (NYHA) define cuatro clases de IC, en base a la valoración subjetiva que hace el médico durante el examen sobre la presencia y severidad de la disnea que por lo general acompaña a la IC. Esta nos proporciona una manera sencilla de clasificar al paciente con IC, que se basa en un sistema de puntuación para documentar la severidad de los síntomas, puede ser usada para evaluar la respuesta al tratamiento de la IC; en la tabla 1 se describen los 4 grados de la clasificación de la NYHA.

Tabla 1

Clasificación de la IC según la NYHA (Carrillo 2006)

Grado I:	No se experimenta limitación física al movimiento, no aparecen síntomas con la actividad física rutinaria, a pesar de haber disfunción ventricular.
Grado II:	Ligera limitación al ejercicio, aparecen los síntomas con la actividad física diaria ordinaria (por ejemplo subir escaleras) resultando en fatiga, disnea, palpitaciones. Desaparecen con el reposo o la actividad física mínima.
Grado III:	Marcada limitación al ejercicio. Aparecen los síntomas con las actividades físicas menores (como el caminar). Desaparecen con el reposo.
Grado IV:	Incapacidad para realizar cualquier actividad física. Aparecen los síntomas aún en reposo

1.2 Causas

Las principales causas de la IC, según Beepers, Gibas y Lip (2000) son las siguientes:

- 1) *Enfermedad arterial coronaria*
 - a) Infarto de miocardio
 - b) Isquemia
- 2) *Hipertensión*
- 3) *Cardiomiopatía*
 - a) Dilatación de las pupilas (congestiva)
 - b) Hipertrófica / obstructiva
 - c) Restrictivas, por ejemplo, amiloidosis, sarcoidosis.
 - d) Obliterante
- 4) *Cardiopatía congénita y valvular*
 - a) Enfermedad de la válvula mitral
 - b) Enfermedad de la válvula aórtica
 - c) Defecto del septo atrial, defecto ventricular septal
 - d) Arritmias
 - e) Taquicardia
 - f) Bradicardia
 - g) Pérdida del transporte auricular
- 5) *Alcohol y drogas*
 - a) Ingesta de alcohol
 - b) Cardíaco depresivo drogas
- 6) *Fracaso de "Alto rendimiento"*
 - a) Anemia, úlceras arteriovenosas, enfermedad de Paget
- 7) *Enfermedad del Pericárdico*
 - a) Pericarditis constrictiva
 - b) Derrame pericárdico

8) *Insuficiencia cardiaca derecha*

- a) Hipertensión pulmonar
- b) Insuficiencia tricúspide

1.3 Síntomas

Los principales síntomas que Carrillo 2006 nos menciona son la fatiga, edemas (hinchazón en pies y tobillos) y la disnea (la falta de aire), además de presentar una persistente tos, falta de apetito, náuseas, confusión, problemas de pensamiento, aumento del ritmo cardíaco.

1.4 Factores de riesgo

En epidemiología un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad. En el caso de la IC, hay factores de riesgo congénitos (hereditarios); los que se derivan de una exposición o del estilo de vida, para la IC los factores de riesgo más importantes son: la obesidad, las dislipidemias, la hiperuricemia, la hiperfibrinogenemia, el consumo de algún tipo de droga (por ejemplo: cocaína, metanfetaminas, tabaquismo, alcoholismo), quimioterapias, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus (Carrillo, 2006).

1.5 Diagnóstico

Para el diagnóstico de la IC se utilizan los criterios Framingham, de los cuales se requiere que se presenten por los menos dos criterios mayores o de un criterio mayor y dos criterios menores.

Tabla 2

Criterios de Framingham para el diagnóstico de IC (Segovia, Alonso-Pulpón, Peiraira y Silva, 2004)

<i>Criterios mayores</i>	<i>Criterios menores</i>
Disnea paroxística nocturna u ortopnea	Edema de los miembros inferiores
Ingurgitación yugular	Tos nocturna
Estertores	Disnea de esfuerzo
Cardiomegalia	Hepatomegalia
Edema agudo de pulmón	Derrame pleural
Galope por tercer tono	Reducción de la capacidad vital en un tercio respecto la máxima
Reflujo hepato-yugular	Taquicardia (> 120 lat/min)
Perdida de > 4.5 Kg. de peso con el tratamiento	

Además de la presencia de los anteriores criterios y para poder asegurarse de la existencia de la IC es necesario realizar estudios de laboratorio y gabinete, los cuales ayudan a determinar la causa y la severidad de la IC, los descritos en el boletín de práctica médica (2006) son los siguientes:

- 1) Estudios de laboratorio
 - a) Biometría hemática (anemia)
 - b) Glucosa (diabetes mellitus)
 - c) Urea y creatinina con cálculo de la depuración de creatinina (afección renal)
 - d) Electrolitos séricos: Na, K, Cl, HCO₃, Ca, Mg (desequilibrio hidroelectrolítico)
 - e) Colesterol y triglicéridos séricos (dislipidemia)
 - f) Examen general de orina (proteinuria)
 - g) Pruebas de función hepática (insuficiencia hepática)
 - h) Pruebas de función tiroidea (hipertiroidismo o hipotiroidismo)
- 2) Estudios de gabinete
 - a) Electrocardiograma (ECG)
 - b) Telerradiografía de tórax
 - c) Ecocardiograma

1.6 Tratamiento

El tratamiento para la IC es dividido en dos partes: el farmacológico y el no farmacológico. Los principales medicamentos que se administran para la IC son Inhibidores de la Enzima Convertidora de la Angiotensina (IECA), Beta Bloqueadores (BB), Diuréticos de Asa, Digitálicos, Bloqueadores de los Receptores de la Angiotensina (BRA), y Bloqueadores de la Aldosterona (BA), por los beneficios que han demostrado, además de los Vasodilatadores.

Con respecto al tratamiento no farmacológico la modificación al estilo de vida de los pacientes es donde se centra y los principales puntos que se deben de considerar para la mejora del paciente son:

- Dieta: restricción del aporte de sal (sodio) a 2-3 gr/día
- Líquidos: ajustar de acuerdo al estado del paciente, en casos de edema o hiponatremia restringir a 1.5 l/día
- Alcohol: restringir su consumo a ocasiones especiales. En IC grave debe evitarse totalmente.
- Ejercicio: de acuerdo a su condición, el paciente debe incorporarse a un programa regular de ejercicios aeróbicos de baja intensidad.
- Peso: el aumento en el peso habitual debe alertar sobre la posible retención de líquidos, que se reflejaría en una sobrecarga de volumen al ventrículo y consecuentemente la descompensación del paciente.
- Tabaco: debe ser suspendido pues precipita la descompensación cardiaca.

Las enfermedades cardiacas se han asociado fuertemente con los aspectos emocionales, siendo éstos en ocasiones moderadores para el desarrollo y evolución de estas, los principales factores psicosociales que se relacionan son la ansiedad, la depresión, el estrés y algunos tipos de personalidad o patrones de conducta.

Capítulo 2 - Factores Psicosociales Asociados a la Insuficiencia Cardíaca

Existen diversos factores que ponen en riesgo al paciente cardiovascular, unos de estos son los factores psicosociales que consisten en las interacciones del individuo con su medio ambiente, las capacidades de las personas así como sus necesidades, su cultura y su situación personal, lo cual a través de las percepciones y la experiencias influyen en su salud (Comité mixto/ OMS citado en Juárez, 2007); algunos factores psicosociales son estrés psicológico, hostilidad, reactividad/recuperación cardiovascular, patrón de personalidad A y D, ansiedad, depresión y bajo nivel socioeconómico (Yusuf, Hawken, Ôunpuu, Dans, Avezum, Lanans, McQueen, Budaj, Pais, Varigos, y Lisheng, 2004).

En un estudio realizado en el 2004 (INTERHEART study, Yusuf, *et. al.*) en el cual se buscaban los principales factores de riesgo para la enfermedad coronaria, enfocándose en el Infarto Agudo de Miocardio (IAM), este se realizó en 52 países que representaron a todos los continentes con un total de 15 152 casos y 14 820 controles, evaluaron la relaciones entre el hábito de fumar, historia de hipertensión o de diabetes, relación cintura/cadera, patrones alimenticios, actividad física, consumo de alcohol, apolipoproteínas (APO) en la sangre y los factores psicosociales (depresión, locus de control, percepción de estrés y eventos vitales). Se encontró que más del 90% del riesgo global de Infarto Agudo de Miocardio puede predecirse por nueve factores de riesgo (Tabla 3).

Tabla 3

Riesgo de IAM asociado con factores de riesgo en la población general (Yusuf, et. al., 2004)

Factor	Relación de momios	Riesgo Atribuible Poblacional
Apo-B/Apo-A1	3.25(2.8-3.8)	49.2%
Tabaquismo	2.87(2.6-3.2)	35.7%
Factores Psicosociales	2.67(2.21-3.22)	32.5%
Obesidad abdominal	1.12(1.01-1.25)	20.1%
Historia de Hipertensión	1.91(1.7-2.1)	17.9%
Frutas y vegetales	0.70 (0.62–0.79)	13.7%
Ejercicio	0.86 (0.76–0.97)	12.2%
Diabetes Mellitas	2.37(2.1-2.7)	9.9%
Consumo de alcohol	0.91 (0.82–1.02)	6.7%

En una investigación que se realizó en el HGM con 11 pacientes ambulatorios con IC del servicio de cardiología a los cuales se les midió la depresión, el estrés psicológico, y la actividad autonómica ante el estrés (medida a través de la reactividad y recuperación cardiovascular), se obtuvieron los siguientes resultados: una media de 7.6 con respecto al puntaje de depresión con lo que se ubicó como depresión leve reflejándose principalmente en el elemento cognitivo; los principales síntomas de estrés que presentaron fueron el dolor de cabeza o espalda, dificultad para respirar y tristeza. Con relación a la actividad autonómica ante el estrés, los pacientes deprimidos obtuvieron una mayor reactividad cardiovascular y no logran una recuperación óptima ante el estrés (el estrés emocional es el que mas altero a los pacientes en sus registros fisiológicos). Se demostró que los factores psicosociales están presentes en pacientes con IC y que probablemente influyan en el desarrollo de la enfermedad (Rojas, 2008).

Con relación a los pacientes con IC en México un estudio realizado en el Hospital General de México con una muestra total de 28 pacientes hospitalizados con clase funcional II, a los cuales se les evaluó la ansiedad y depresión con la

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS,2005) y se encontró que el 75% de los pacientes presentaron depresión y en el mismo porcentaje ansiedad, y la calidad de vida fue medida con Cuestionario de Cardiomiopatía Kansas City (2000); el 31.1% de los pacientes tuvo una baja calidad de vida y el 35.7% un nivel medio (Hernández, 2009).

En otra investigación realizada en HGM en pacientes IC hospitalizados en la que solo se midió la depresión (Cuestionario de Yesavage, 2007) y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (Cuestionario de Cardiomiopatía Kansas City, 2000) se encontró que la depresión se represento con el 50.7% de la población total; con relación a la Calidad de Vida el nivel que predomino fue el bajo con el 33.8% de la muestra. Lo cual comprueba nuevamente la comorbilidad emocional de estos factores con la IC (Gaona, 2009).

2.1 Ansiedad

En el campo de la Salud Mental, en México los trastornos de ansiedad presentan mayor prevalencia y la cronicidad es más alta que la mayoría de los trastornos psicológicos. Alrededor de 15 millones de mexicanos padecen ansiedad y el 14.3% la han padecido alguna vez en su vida, así como este trastorno se reportó que se inició en edades tempranas (Medina-Mora, *et. al.* 2003).

La definición de la ansiedad se enfoca en los aspectos cognitivos y emocionales; particularmente evalúa sentimientos de miedo o pánico y características de ansiedad generalizada (Flint y Rifat, 2002).

La prevalencia de ansiedad en pacientes con enfermedad cardiovascular, que no han presentado un evento agudo a alguna cirugía es de aproximadamente de 20% al 25% (Januzzi, Stern, Pasternak, DeSanctis; cit. por Moser, 2007).

Rozanski, Blumenthal y Kaplan (1999) describen cual es el impacto que tiene la ansiedad en la enfermedad coronaria:

1. Menor variabilidad del ritmo cardíaco
2. Estilo de vida poco saludable
3. Aumento de la estimulación simpática
4. Alteración patológica en el tono autonómico cardíaco

La ansiedad puede tener repercusiones médicas o psicológicas, si se presenta de forma persistente o grave; estas podrían ser la dificultad para adherirse a los tratamientos, hacer cambios de estilo de vida, la adopción de conductas de riesgo, mayor riesgo de algún episodio cardíaco agudo y mayor riesgo de complicaciones después del ingreso hospitalario por un síndrome coronario agudo. La evaluación de la ansiedad y el tratamiento deben ser parte de la atención que se le brinda a cada paciente, con la finalidad de mejorar la recuperación y de disminuir el riesgo de eventos cardíacos recurrentes en los pacientes (Moser, 2007).

Fernández (2001) menciona que la ansiedad puede ser confundida con otros trastornos, como por ejemplo con los trastornos médicos que a veces sobrecargan el sistema nervioso simpático: infarto de miocardio, accidentes vasculares cerebrales, epilepsia, dolor, hipoglucemias, cuadros tóxicos, etc.; además con la ansiedad o miedo como reacción psicológica a un malestar físico o circunstancia vital significativa en la vida de la persona (como posible padecimiento de una enfermedad incurable), por el uso y abuso de drogas y sustancias tóxicas (cafeína, cocaína, cannabis) o cuadros de abstinencia a ellos (fundamentalmente al alcohol y opiáceos como la heroína). Y por último con una crisis de ansiedad como síntoma de una enfermedad psiquiátrica mayor: cuadros psicóticos o trastornos afectivos en sujetos que han sufrido maltrato.

En un estudio que se hizo con mujeres de mediana edad holandesas y con un seguimiento de 10 años, se demostró que la ansiedad puede predecir un prematuro evento cardiaco o la muerte por esta causa, los resultados muestran que la ansiedad se asocia en un 77% de aumentar el riesgo de mortalidad, pero no solo con las enfermedades del corazón, sino también con el cáncer de pulmón y con el de mama (Denollet, Maas, Knottnerus, Keyzer, y Pop, 2008).

La ansiedad y la depresión están estrechamente ligadas entre si como se demuestra en el estudio que realizaron Friedmann, Thomas, Liu, Morton, Chapa, y Gottlieb, (2007) investigaron la prevalencia de la depresión y la ansiedad, además de la relación de los factores psicosociales a la mortalidad en pacientes con IC y encontraron que el 36% y el 45% de la población presento depresión y ansiedad respectivamente de una muestra total de 153 pacientes, además de que la presencia de ansiedad y depresión aumenta la mortalidad, un 12% para los pacientes con depresión y un 9% para los demás, así como también tener un bajo apoyo social predice un riesgo en la mortalidad de estos pacientes.

2.2 Depresión

La depresión como trastorno del estado de ánimo aparece como la principal causa de discapacidad según un informe de la OMS (2003) y la cuarta de las 10 causas principales de la carga de morbilidad en el ámbito mundial. Se pronostica que para el año 2020 este trastorno ocupara el 2º lugar entre los trastornos mentales y físicos (OMS, 2003 citado en Atehortúa, Gaviria, Martínez, Quiceno, Trujillo y Vinaccia, 2006).

La depresión se define como la incapacidad de experimentar placer (anhedonia) acompañada de una desmoralización, por un sufrimiento prolongado, reacción a la pérdida (dolor), pérdida de la autoestima, actitud pesimista. (Snaith, 2003). Es el mas frecuente de todos los trastornos mentales, afecta a hombres y a mujeres de cualquier edad y clase social, aunque las mujeres y las personas en

ciertos periodos del ciclo vital (periodos de crisis o cambios importantes) puede aparecer este trastorno.

En México según el censo de 2005 realizado por el INEGI, viven 103.3 millones de personas en nuestro país, y alrededor de 20 millones 660 mil mexicanos padecen depresión (INEGI, 2008).

La depresión se ha llegado a considerar como un factor de riesgo en la enfermedad coronaria, la revisión literaria demuestra que esta se asocia con la morbilidad y mortalidad médica en pacientes con enfermedad cardiaca, existe un mayor riesgo ya que el sistema nervioso autónomo se altera en pacientes con depresión, en estos pacientes se ha notado un ritmo cardíaco elevado, baja variabilidad de la tasa cardiaca, respuesta exagerada de la tasa cardiaca a factores estresantes, alta variabilidad en la repolarización ventricular y baja sensibilidad de barorreceptores (Carney, Freedland, y Veith, 2005).

Rozanski, Blumenthal y Kaplan (1999) encontraron que la depresión tiene repercusiones (tanto conductuales como fisiológicas) en los pacientes con enfermedades coronarias:

1. Hábitos de vida poco saludables - tabaquismo y mala alimentación
2. Hiperkortisolemia - disminución de la respuesta de la hormona adrenocorticotropina
3. Alteraciones en la función plaquetaria – incremento de la reactividad plaquetaria y la liberación de productos plaquetarios como la el factor plaquetario 4 y b-tromboglobulina.
4. Menor variabilidad del ritmo cardíaco
5. Efecto arritmogénico - asociado a una disminución del control vagal y del gasto cardiaco

En una revisión literaria que realizaron Denollet y Pedersen (2009) llegaron

a la conclusión que la depresión podría ser considerada como un factor que podría pronosticar una cardiopatía coronaria, además encontraron que la depresión también se ha asociado con un aumento en la mortalidad de los pacientes con IC. Sherwood, *et. al.* (2007) comenta que los síntomas de la depresión se asocian con un pronostico desfavorable en pacientes con IC. Encontraron por medio del Inventario de Depresión de Beck la asociación del riesgo de muerte o de hospitalización cardiovascular; al igual que el uso de medicamentos antidepresivos se asoció con una mayor probabilidad de muerte o de hospitalización esto realizo en una muestra de 204 pacientes con IC.

La depresión está relacionada con la IC por ejemplo en un estudio se encontró que en pacientes hospitalizados por IC Congestiva el 51% de la población total presento depresión (Freedland, Rich, Skala, Carney, Dávila-Román y Jaffe, 2003), un estudio realizado en España con ancianos con IC se encontró que el 48.5% (210) presentaron depresión, dándose en mayor proporción en los pacientes con clase funcional III y IV (Guallar-Castillóna, *et. al.*, 2006).

Otro estudio realizado por Williams, Kasl, Heiat, Abramson, Krumholz, y Vaccarino (2002) en el cual participaron 2501 pacientes sanos de los que comenzaron solo 188 presentaron depresión al inicio del estudio, con esto se comprobó que la depresión esta asociada con el riesgo de padecer IC ya que al cabo de transcurridos 14 años, 313 personas desarrollaron IC.

2.3 Personalidad Tipo D

Rozanski, Blumenthal y Kaplan (1999) encontraron que algunos rasgos de la personalidad (por ejemplo hostilidad e inhibición social) tienen efectos en pacientes con enfermedades coronarias, como por ejemplo:

1. Disminución de la modulación vagal de la función cardiaca
2. Aumento de la reactividad plaquetaria

3. Aislamiento social
4. Ritmo cardíaco más alto
5. Mayores niveles de presión arterial
6. Hipercolesterolemia
7. Altos niveles de catecolaminas circulantes
8. Disminución de los leucocitos mononucleares de la función del receptor b-adrenérgicos
9. Hábitos de vida poco saludables, como el tabaquismo, la mala alimentación, la obesidad y el alcoholismo

Uno de los aspectos que ha comenzado a emerger en el estudio de las cardiopatías es el papel que juega la personalidad en estas. La Personalidad Tipo D (PTD) es un concepto emergente que comienza a tomar valor en el desarrollo de las investigaciones; siendo en el contexto de las cardiopatías donde ha surgido. Denollet es el pionero en realizar estudios que relacionen la personalidad tipo D con las enfermedades cardiovasculares, en 2005 describe a la personalidad tipo D como la presencia de dos rasgos estables en la personalidad, la efectividad negativa y la inhibición social, el primero es la tendencia a experimentar emociones negativas en cualquier momento o situación y el segundo se refiere a la tendencia a inhibir la expresión de emociones y conductas en las relaciones sociales provocando un distanciamiento social. En la tabla 4 se describen los rasgos que están presentes en la PTD además del cuadro clínico de cada uno de estos rasgos.

Tabla 4

Características de la Personalidad tipo D (Sánchez, 2005)

	<i>Afectividad negativa</i>	<i>Inhibición social</i>
Definición	Tendencia a experimentar emociones negativas en todo momento y situación	Tendencia a inhibir emociones y conductas en la interacción social
Cuadro clínico	La persona se siente infeliz a menudo, tiende a preocuparse, es pesimista, se irrita fácilmente, tiene baja autoestima y poca asertividad, tiene síntomas depresivos y de ansiedad	La persona se siente insegura en la interacción social, tiende a mantener distancia con los otros, tiende a ser cerrada y reservada, reporta bajos niveles de apoyo social percibido
Prognosis	La PTD definida por altos valores de afectividad negativa e inhibición social, resulta un predictor independiente de mortalidad a largo plazo en pacientes con trastornos cardiovasculares	

Es por eso que diversas investigaciones se han centrado en demostrar la relación de la personalidad con las cardiopatías, por ejemplo, Peñate (2003) hace referencia a los patrones de conductas que afectan al corazón, él explica dos tipos de Personalidad Tipo A (PTA) y B, la PTA se caracteriza por presentar un comportamiento de competitividad, hostilidad e impaciencia principalmente y la conducta tipo B es todo lo contrario, son personas en general tranquilas, confiadas, relajadas, abiertas a las emociones, incluidas las hostiles, siendo la PTA la que tiene más repercusiones en el organismo, es conocido que este tipo de personalidad siempre ha estado ligada a las cardiopatías, Carmona, Marin y Sanz (2002) afirman que la PTA es un factor de riesgo para presentar alguna alteración cardiovascular.

Además de estos tipos de personalidad se ha comenzado la investigación de la PTD y sus repercusiones en el organismo, por ejemplo pacientes con PTD tienen un mayor riesgo de muerte o de un infarto en comparación con pacientes que no presentaron PTD, independiente de la gravedad de la enfermedad. Además de que la asociación estrés y PTD puede ser un factor para predecir el

desarrollo de algún evento cardiaco grave. (Denollet, Pedersen, Vrints y Conraads, 2006).

En el estudio realizado por Denollet y Brutsaert (1998) encontraron que el 67% (14) personas que participaron y tuvieron un evento cardiaco, se asocio con la presencia de personalidad tipo D, lo cual incrementa el riesgo a sufrir otro evento cardiaco, en comparación con las personas que no presentan PTD.

En un estudio realizado por Pedersen, Van Domburg, Theuns, Jordaens, y Erdman, (2004) en el cual hacen una comparación entre los cuidadores y los pacientes desfibrilador cardioversor implantable y encontraron que 31% de los pacientes y el 42% de la población total presentaron síntomas de ansiedad, y con relación a la presencia de síntomas de depresión el 28% y 29% respectivamente de la población en ambos casos la presencia de la personalidad tipo D estuvo significativamente asociada.

Denollet, et.al. (2008) en una muestra de 1205 pacientes con Infarto al Miocardio, encontraron que 206 (17%) fueron diagnosticados con depresión y 224 (29%) con Personalidad Tipo D, pero solo el 7% (n=90) presento ambos trastornos y el 60% que presentaron PTD no presentaron depresión, los pacientes deprimidos con PTD no difieren del estado clínico de los pacientes que no presentan estos trastornos; aunque estos trastorno ponen en peligro a estos pacientes de presentar complicaciones medicas.

Schiffer, Smith, Pedersen, Widdershoven y Denollet (2009) investigaron si la Personalidad Tipo D predice un pronóstico adverso en pacientes con IC, además de examinar el papel de la PTD como una variable secundaria en la mortalidad cardiaca, de una muestra de 232 pacientes con Insuficiencia Cardiaca Crónica (ICC), 48 pacientes (20,7%) fueron diagnosticados con PTD, la incidencia de mortalidad cardiaca total en estos pacientes es mas alta en comparación con los que no presentaron PTD (31.3% vs. 17.4%), en conclusión los autores

sugieren que la PTD es un factor de riesgo psicológico importante en el pronóstico a largo plazo en la enfermedad cardíaca y que hay que centrar la atención en los factores de forma grupal y no individual. Hallazgos semejantes fueron encontrados por Pelle, Schiffer, Smitha, Widdershoven y Denollet, (2009) y Pelle, Pedersen, Szabó y Denollet, (2009).

Planteamiento del Problema

En el reporte que hizo el INEGI en el 2008 la principal causa de defunciones en el año anterior (2007) fueron las enfermedades cardiacas, siendo el 15.5% masculinas y 17.7% femeninas de la población total, se ha observado que es más frecuente este padecimiento en los hombres. Pero en las mujeres las repercusiones son más severas, puesto que después de la menopausia se deja de producir estrógenos, los cuales servían para proteger al corazón.

La literatura revisada demuestra que la presencia de ansiedad y depresión puede generar complicaciones tanto médicas (menor variabilidad del ritmo cardíaco, hipercortisolemia o alteraciones en la función plaquetaria) como conductuales (principalmente estilos de vida poco saludables) en pacientes con algún trastorno cardiovascular; lo cual va generando decremento en su salud. Además de estos factores se ha demostrado que ciertos patrones de personalidad influyen en la evolución y desarrollo de la enfermedad cardiaca, por ejemplo Rozanski, Blumenthal y Kaplan, (1999) encontraron que la personalidad disminuye la modulación vagal de la función cardiaca, aumenta la reactividad plaquetaria, acelera el ritmo cardiaco y la presión arterial, y si a esto se le suman los malos hábitos en salud se creará una condición en la que se precipite el mal funcionamiento del corazón generando reingresos hospitalarios y afectaciones negativas en la calidad de vida (Denollet, Brutsaert, Gillebert, Rombouts, Stroobant, y Sys, 1996; Denollet, 2000; Sher, 2005).

Esta línea de investigación ha permitido establecer que la personalidad tipo D puede ser un detonador para presentar algún evento cardiaco, y en las personas que ya presentan la enfermedad cardiaca llega a ser un factor para que las complicaciones se desarrollen con mayor rapidez (Denollet y Brutsaert, 1998 y Domburg, Erdman, Jordaens, Pedersen y Theuns, 2004; Denollet, Aben, Honig, Lousberg, Verhey, y Wojciechowski, 2002).

El desarrollo de esta línea de investigación en México es escasa, por lo que es necesario desarrollar programas de evaluación e intervención psicológicas, para poder contar con datos que puedan ayudar a identificar las relaciones emocionales y conductuales en estos pacientes. Igualmente es necesario promover la creación de programas multidisciplinarios en el tratamiento de las enfermedades cardíacas, brindando al paciente cardiovascular una atención integral.

3.1 Pregunta de Investigación

¿Cuál es la asociación entre la personalidad tipo D y la presencia de ansiedad y depresión en pacientes con IC hospitalizados?

3.2 Objetivo

3.2.1 General:

- Determinar la presencia de Personalidad tipo D y su asociación con la presencia de ansiedad y depresión en pacientes con IC hospitalizados.

3.2.2 Particular:

- Medir la presencia de Personalidad Tipo D en pacientes con IC hospitalizados
- Medir la presencia de ansiedad y depresión en pacientes con IC hospitalizados
- Evaluar la asociación entre la Personalidad Tipo D, ansiedad y depresión en pacientes con IC hospitalizados

3.4 Definiciones Operacionales y Conceptuales de las Variables

3.4.1 Personalidad tipo D

Definición Conceptual:

Se caracteriza por la presencia de dos rasgos estables en la personalidad, la afectividad negativa y la inhibición social, el primero es la tendencia a experimentar emociones negativas en cualquier momento o situación y el segundo se refiere a la tendencia a inhibir la expresión de emociones y conductas en las relaciones sociales provocando un distanciamiento social (Denollet, Brutsaert, Rombouts, Stroobant, Sys, y Gillebert, 1996 y Sánchez, 2005).

Definición Operacional:

Se evaluó a través del Cuestionario DS14 (Denollet, 2005). Para determinar la presencia de la personalidad tipo D se debía de obtener una puntuación total mayor o igual a 20 (Afectividad Negativa e inhibición social mayor o igual a 10 cada una).

3.4.2 Depresión

Definición Conceptual:

La depresión se define como la incapacidad de experimentar placer (anhedonia) acompañada de una desmoralización, por un sufrimiento prolongado, reacción a la pérdida (dolor), pérdida de la autoestima, actitud pesimista. (Snaith, 2003).

Definición Operacional:

Puntuación obtenida en la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) con la subescala de depresión que son los reactivos 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 con una puntuación igual o mayor a dos puntos que indica la presencia de depresión.(0-1 Normal, 2-6 Leve/Moderada y > 7 Severa Ansiedad y/o Depresión).

3.4.3 Ansiedad

Definición Conceptual:

Se enfoca en los aspectos cognitivos y emocionales de la ansiedad, particularmente evalúa sentimientos de miedo o pánico y características de ansiedad generalizada (Flint y Rifat, 2002).

Definición Operacional:

Puntuación obtenida en la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) con la subescala de ansiedad que son los reactivos 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 con una puntuación igual o mayor a tres puntos que indica la presencia de ansiedad. (0-2 Normal, 3-8 Leve/Moderada y > 9 Severa Ansiedad y/o Depresión).

Método

4.1 Participantes

Se seleccionaron 50 pacientes que se encontraban hospitalizados en el Servicio de Cardiología del Hospital General de México diagnosticados con Insuficiencia Cardíaca.

Criterios de inclusión

- Mayores de 18 años
- Alfabetizados
- Carta de consentimiento informado firmada

Criterios de exclusión

- Características de algún trastorno psiquiátrico
- Evaluación psicológica incompleta

4.2 Escenario

Unidad de Cardiología Conductual (pabellón 302) del Servicio de Cardiología del Hospital General de México (HGM).

4.3 Instrumentos

Cuadernillo de evaluación psicológica conformado con los siguientes instrumentos:

- Carta de Consentimiento Informado (ver anexo 1).
- Ficha de Identificación (ver anexo 2).
- Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) la cual fue desarrollada por Zigmond y Snaith en 1983, consta de 14 reactivos,

divididos en dos subescalas de 7 reactivos cada una, su puntuación es de 0 a 3 en escala de tipo Likert, Las propiedades psicométricas que se encontraron en un grupo de 89 pacientes de consulta externa del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia (INC); mostró buena consistencia interna y validez. El coeficiente alfa de Cronbach fue de $\alpha=0.85$ y la confiabilidad por mitades de 0.8. Un punto de corte de 8 para la subescala de ansiedad y de 9 para la subescala de depresión mostraron una mayor sensibilidad y correlación (Rico, Restrepo, y Molina, 2005) (ver anexo 3).

- Cuestionario de Personalidad Tipo D (DS14) que mide la Afectividad Negativa (AN) y la inhibición social (IS), el cual consiste de 14 reactivos los cuales puntúan en un rango de 0 a 4 puntos en una escala tipo Likert. En una población de 3813 participantes en total (2508 población general, 573 pacientes cardiacos, 732 pacientes con hipertensión) las escalas Afectividad Negativa e Inhibición Social alfa de Cronbach $\alpha=0.88 / 0.86$; respectivamente. El análisis factorial de los 7 reactivos de Afectividad Negativa muestra que se compone de tres factores: disforia (4, 7 y 13), preocupación (2 y 12) e irritabilidad (5 y 9); al igual que la escala de Inhibición Social: interacciones sociales (6, 8 y 14), retraimiento (10 y 11) y respuesta social (1 y 3). AN se correlacionó positivamente con la neurosis ($r= 0,68$); IS se correlacionó negativamente con la extraversión ($r=- 0.59/- 0.65$). El punto de corte de 10 ($AN \geq 10$ y $\geq IS 10$), 1027 sujetos (28%) fueron clasificados como Tipo D ($p \leq .001$) (Denollet, 2005) (ver anexo 4).

4.4 Equipo Multidisciplinario Profesional

- Psicólogos y alumnos de 9° semestre pertenecientes al programa Psicología de la Salud de la FES Zaragoza, UNAM: capacitados y con formación en el área, los cuales realizaron la evaluación psicológica.
- Cardiólogo: encargado de realizar la evaluación médica y el tratamiento farmacológico rutinario para los pacientes.

4.5 Diseño

Diseño del estudio: Transversal.

Tipo de estudio: Exploratorio y correlacional.

4.6 Procedimiento

El cardiólogo encargado seleccionó a los pacientes diagnosticados con IC que se encontraban hospitalizados en el pabellón 302 del Servicio de Cardiología del HGM; un psicólogo se acercó a cada paciente para invitarles a participar y a explicarles de manera general en que consistía el proyecto y su colaboración (aclarándoles que su participación consistiría en el llenado de los cuestionarios: carta de consentimiento informado, ficha de identificación, HADS y cuestionario DS14, y que solo sería por una única ocasión); si los pacientes accedían a participar se procedía a leer y firmar la carta de consentimiento informado y con el llenado del cuadernillo de evaluación psicológica. Si los pacientes se negaban a participar se agradecía su atención y se le informaba que no tendría ninguna represalia por parte de la institución.

4.7 Consideraciones Éticas

Este rubro se cubrió con la carta de consentimiento informado, el cual es un documento en el que se describen los aspectos en los que consistió la participación de los pacientes en el proyecto.

En este documento se exponen los lineamientos éticos que el Hospital General de México establece, como son los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios a los que será sometido durante el desarrollo de la investigación. Así como la capacidad que tiene de elegir libremente, sin coacción alguna, su participación o permanencia, la confidencialidad de la información obtenida y la disponibilidad de tratamiento médico. Toda la información que el paciente

proporcionó fue totalmente confidencial, única y utilizada exclusivamente con fines de investigación.

Fue necesario que el paciente, su cuidador y dos testigos firmaran la carta de consentimiento para que estuvieran enterados de las actividades a las cuales accedían participar.

Resultados

El siguiente apartado describe los resultados que se obtuvieron de las evaluaciones médicas y psicológicas de los pacientes, así como las correlaciones entre las variables psicológicas. En primer lugar se presentan los datos sociodemográficos y psicológicos de la muestra total (N=50); la descripción de los datos sociodemográficos, clínicos y psicológicos de la submuestra que presentó PTD (N=10), y al final, las correlaciones que se realizaron entre las variables psicológicas (ansiedad, depresión y PTD). Los resultados se muestran separados en género y total para poder proporcionar una descripción más detallada de los pacientes con IC hospitalizados que fueron evaluados.

5.1 Datos sociodemográficos

En total se obtuvo una muestra de 50 pacientes donde la media de edad fue de 57.74 con una Desviación Estándar de 14.8; una edad mínima de 18 y una máxima de 89. El estado civil que predominó fue el de casado o unión libre con un 70% de la muestra total; todos los pacientes fueron alfabetizados, el 34% presentó el nivel mas bajo de estudios (sabe leer y escribir, pero sin educación formal) y la principal ocupación en las mujeres es ama de casa (30%) y en los hombres el dedicarse a algún tipo de oficio (32%). En la tabla 5 se pueden observar los principales datos separados por género.

Tabla 5
Datos socio-demográficos

Sexo	Masculino 64% (32)	Femenino 32% (18)	Total	χ^2	p
	\bar{x} (D.E.)*	\bar{x} (D.E.)	\bar{x} (D.E.)		
Edad	55.3 (2.82)	62.0 (2.82)	57.7 (14.8)	37.19	0.28
	% (n)	% (n)	% (n)		
Estado Civil				0.15	5.21
Soltero/a	10% (5)	6% (3)	16% (8)		
Casado/a o Unión libre	50% (25)	20% (10)	70% (35)		
Viudo/a	2% (1)	8% (4)	10% (5)		
Divorciado/a o Separado/a	2% (1)	2% (1)	4% (2)		
Escolaridad				0.28	5.02
Sabe leer y escribir	20% (10)	14% (7)	34% (17)		
Primaria	14% (7)	12% (6)	26% (13)		
Secundaria	12% (6)	4% (2)	16% (8)		
Bachillerato o CT **	12% (6)	0% (0)	12% (6)		
Profesionista	4% (2)	4% (2)	8% (4)		
Ocupación				36.14	0.00
Estudiante	2% (1)	0% (0)	2% (1)		
Empleado	14% (7)	0% (0)	14% (7)		
Profesionista	0% (0)	2% (1)	2% (1)		
Comerciante	10% (5)	4% (2)	14% (7)		
Ama de casa	4% (2)	30% (15)	34% (17)		
Oficios	34% (17)	0% (0)	34% (17)		

* D.E. Desviación Estándar, ** CT Carrera Técnica

5.2 Percepción de salud y estilo de vida

El 82% de los pacientes se percibe como regular o muy saludable, el 24% de los pacientes se siente muy presionado con el estilo de vida que lleva. El 48% no hace ninguna actividad para cuidar su salud; el 72% de los pacientes ha pensando en realizar algún cambio en su estilo de vida aunque no lo ha llevado a cabo o no lo piensa realizar en un periodo de 6 meses. La principal actividad que realizan en su tiempo libre los pacientes son las actividades recreativas activas (50%), que se define como cualquier actividad que involucre algún tipo de desplazamiento, por ejemplo labores del hogar, visitar familiares, actividad física, cuidar animales, etc (ver Tabla 6).

Tabla 6
 Datos de percepción de salud y estilo de vida

	Masculino \bar{x} (D.E.*)	Femenino \bar{x} (D.E.)	Total \bar{x} (D.E.)	χ^2	p
¿Qué tan saludable se considera?				6.88	0.07
Nada saludable	2% (1)	2% (1)	4% (2)		
Poco saludable	6% (3)	8% (4)	14% (7)		
Regularmente saludable	38% (19)	26% (13)	64% (32)		
Muy saludable	18% (9)	0% (0)	18% (9)		
¿Qué tan presionado se siente con el estilo de vida que lleva?				1.56	0.66
Nada presionado	16% (8)	14% (7)	30% (15)		
Poco presionado	14% (7)	6% (3)	20% (10)		
Regularmente presionado	16% (8)	10% (5)	26% (13)		
Muy presionado	18% (9)	6% (3)	24% (12)		
¿Qué hace para cuidar su salud?				0.95	0.62
Nada	28% (14)	20% (10)	48% (24)		
Tx. médico	8% (4)	2% (1)	10% (5)		
Mod. en el estilo de vida	28% (14)	14% (7)	42% (21)		
¿Qué tanto está dispuesto a hacer estos cambios en su estilo de vida?				1.26	0.73
Precontemplación	4% (2)	0% (0)	4% (2)		
Contemplación	42% (21)	26% (13)	68% (34)		
Acción	12% (6)	6% (3)	18% (9)		
Mantenimiento	6% (3)	4% (2)	10% (5)		
¿Qué hace en su tiempo libre?				3.13	0.20
Nada	4% (2)	4% (2)	8% (4)		
Recreativas Activas	38% (19)	12% (6)	50% (25)		
Recreativas Pasivas	22% (11)	20% (10)	42% (21)		

5.3 Evaluación Psicológica

5.3.1 Ansiedad

De la aplicación de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en la subescala de Ansiedad se obtuvieron los siguientes puntajes, la presencia de ansiedad fue la que más predominó en la muestra con un 78%, con una media del puntaje de 6.40, una desviación estándar 4.71; un valor mínimo de 0 y un máximo de 18 (Tabla 7).

En la figura 1 se muestra la distribución porcentual de la presencia de ansiedad por géneros y en la muestra total, como se puede observar al comparar por grupos se nota que los hombres presentan más ansiedad que las mujeres.

Tabla 7
 Datos descriptivos de las variables psicológicas

	\bar{x}	D. E.	Valor mínimo	Valor máximo
Ansiedad	6.40	4.71	0	18
Depresión	5.20	4.64	0	16
PTD	13.80	4.72	0	21

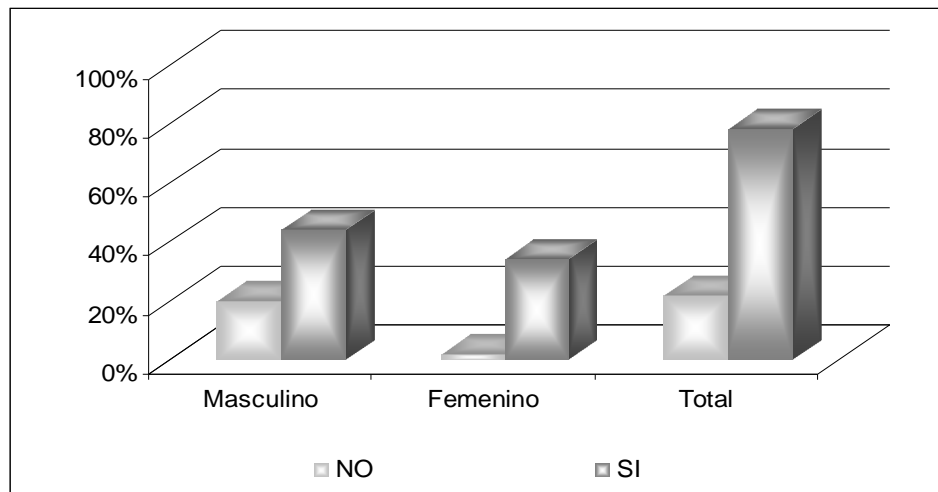


Figura 1.- Distribución porcentual de la Ansiedad

5.3.2 Depresión

De la subescala de depresión del HADS se encontró que un 70% de la muestra presento depresión, se obtuvo una media en el puntaje de 5.20, una desviación estándar 4.64; un valor mínimo de 0 y un máximo de 16 (ver tabla 3).

En la figura 2 se muestra como se distribuyo de forma porcentual la depresión por géneros y en la muestra total, como se puede observar al comparar por grupos la mayor presencia de depresión se encuentra en los hombres.

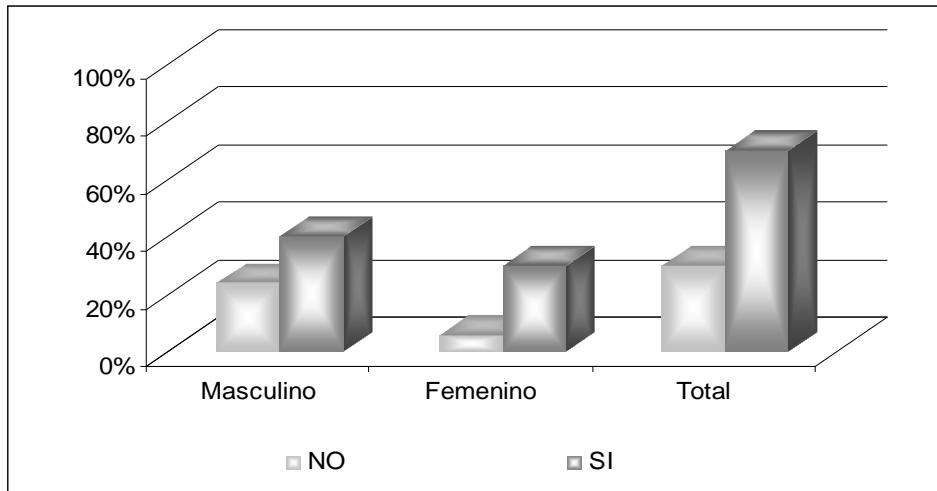


Figura 2.- Distribución porcentual de la Depresión por género

5.3.3 Personalidad Tipo D

Los resultados que a continuación se describen son de una muestra de 50 pacientes. Con relación a la PTD (DS14) se presentó en un 20%, con una media en el puntaje de 13.80, una desviación estándar 4.72; un valor mínimo de 0 y un máximo de 21 (Tabla 3). En la figura 3 se muestra como fue que se distribuyó la PTD en la muestra, como se observa se presentó en la misma cantidad en hombres y en mujeres.

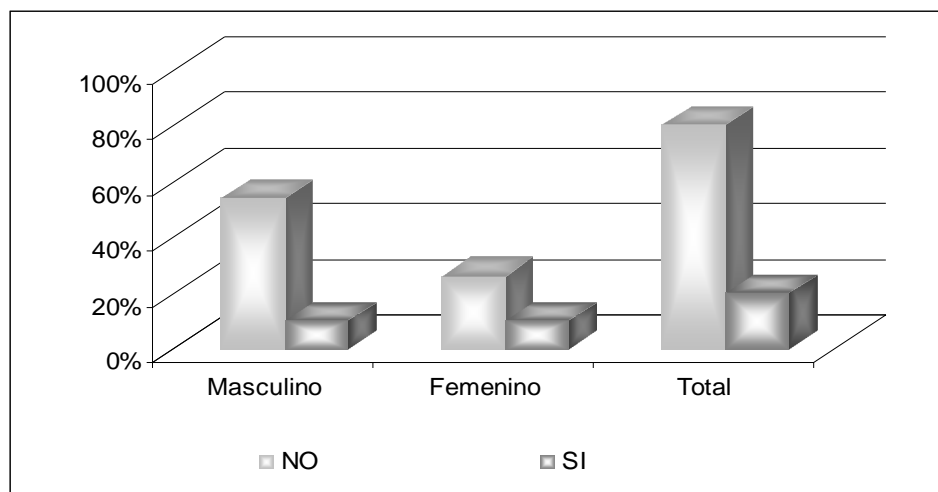


Figura 3.- Distribución porcentual de la PTD por género

De los rasgos que mide el DS14 se obtuvo que la Afectividad Negativa se mostró en el 32%, una media del puntaje de 6.98, una desviación estándar 5.26; un valor mínimo de 0 y un máximo de 23; y la Inhibición Social se presentó en el 30% de la muestra, teniendo una media del puntaje de 6.82, una desviación estándar 4.72; un valor mínimo de 0 y un máximo de 21. En la tabla 8 se encuentran los datos que se obtuvieron de las subescalas del DS14, como se observa la Afectividad Negativa y la Inhibición Social predominó en las mujeres en comparación con los hombres. Esto nos indica que de la muestra total las mujeres experimentan más frecuentemente emociones negativas y retraimiento social.

Tabla 8
Datos Afectividad negativa e Inhibición social

		Masculino	Femenino	Total
Afectividad Negativa	NO	52% (26)	16% (8)	68% (34)
	SI	12% (6)	20% (10)	32% (16)
Inhibición Social	NO	52% (26)	18% (9)	70% (35)
	SI	12% (6)	18% (9)	30% (15)

5.3.3.1 Datos Sociodemográficos (Sub muestra N=10)

A continuación se describe a los 10 casos que presentaron PTD de los 50 evaluados. La media de edad de estos pacientes fue de 59.70 años con una D.E. 15.64; la distribución por género es equitativa (5 mujeres, 5 hombres), el 80% tuvo un nivel de escolaridad bajo (solo sabe leer y escribir sin educación formal o solo curso la primaria); 80% está casado o en unión libre; la principal ocupación en las mujeres es ama de casa (50%) y en los hombres el dedicarse a algún tipo de oficio (30%) (Ver tabla 9).

Tabla 9

Datos sociodemográficos de la muestra que presentaron PTD (N=10)

	Masculino 50% (5) \bar{x} (D.E.)	Femenino 50% (5) \bar{x} (D.E.)	Total \bar{x} (D.E.)	χ^2	p
Edad	57.2 (15.27)	62.20(17.37)	59.7(15.6)		
	% (n)	% (n)	% (n)		
Estado Civil				2.5	0.11
Casado/a o Unión libre	50% (5)	30% (3)	80% (8)		
Viudo/a	0% (0)	20% (2)	20% (2)		
Escolaridad				2.53	0.46
Sabe leer y escribir	20% (2)	30% (3)	50% (5)		
Primaria	10% (1)	20% (2)	30% (3)		
Secundaria	10% (1)	0% (0)	10% (1)		
Bachillerato o CT	10% (1)	0% (0)	10% (1)		
Ocupación				10	0.00
Comerciante	20% (2)	0% (0)	20% (2)		
Ama de casa	0% (0)	50% (5)	50% (5)		
Oficios	30% (3)	0% (0)	30% (3)		

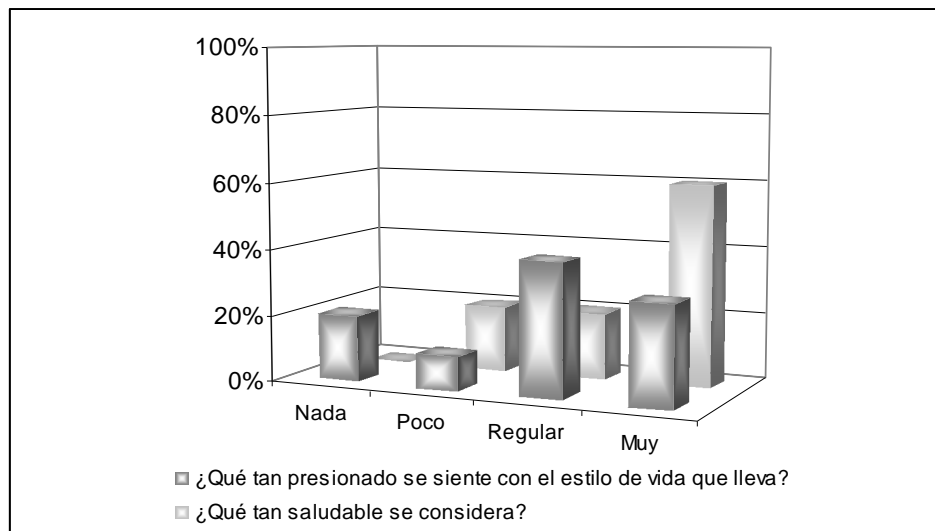
5.3.3.2 Percepción de salud y estilo de vida

El 70% no hace nada para cuidar su salud, la principal actividad en su tiempo libre es recreativas activas (50%). En la figura 4 se muestran los datos relacionados con la percepción de salud, mostrando que el 40% se considera nada o poco saludable y el 30% no se siente presionado por su estilo de vida que ha llevado. Con relación a la variable de disposición al cambio el 90% los pacientes ha pensando en realizar algún cambio en su estilo de vida aunque no lo ha llevado a cabo o no lo piensa realizar en un periodo corto de tiempo (ver Tabla 10).

Tabla 10

Datos de percepción de salud de la muestra que presentaron PTD (N=10)

	Masculino	Femenino	Total	χ^2	p
	\bar{x} (D.E.)	\bar{x} (D.E.)	\bar{x} (D.E.)		
¿Qué tan saludable se considera?				0.00	1.00
Nada saludable	10% (1)	10% (1)	20% (2)		
Poco saludable	10% (1)	10% (1)	20% (2)		
Regularmente saludable	30% (3)	30% (3)	60% (6)		
¿Qué tan presionado se siente con el estilo de vida que lleva?				6.00	0.11
Nada presionado	0% (0)	20% (2)	20% (2)		
Poco presionado	0% (0)	10% (1)	10% (1)		
Regularmente presionado	20% (2)	20% (2)	40% (4)		
Muy presionado	30% (3)	0% (0)	30% (3)		
¿Qué hace para cuidar su salud?				1.14	0.56
Nada	30% (3)	40% (4)	70% (7)		
Tx. Médico	10% (1)	0% (0)	10% (1)		
Mod. en el estilo de vida	10% (1)	10% (1)	20% (2)		
¿Qué tanto está dispuesto a hacer estos cambios en su estilo de vida?				2.00	0.36
Precontemplación	10% (1)	40% (4)	10% (1)		
Contemplación	40% (4)	0% (0)	80% (8)		
Acción	0% (0)	10% (1)	10% (1)		
¿Qué hace en su tiempo libre?				1.20	0.54
Nada	0% (0)	10% (1)	10% (1)		
Recreativas Activas	30% (3)	20% (2)	50% (5)		
Recreativas Pasivas	20% (2)	20% (2)	40% (4)		

**Figura 4.-** Datos de percepción de salud y estilo de vida

5.3.3.3 Evaluación médica y antropométrica

Los siguientes datos fueron tomados de la historia médica que a cada paciente se le realizó. De la cual se pudieron obtener datos como el diagnóstico médico, el tipo de tratamiento, el periodo de evolución, la clase funcional, etc.

La principal etiología por el cual a los pacientes se les desarrolló la IC fue el de Enfermedad Arterial Coronaria; así como la clase funcional que predominó fue III (40%). El principal antecedente personal patológico fue el tabaquismo presentándose en un 50% seguido de la Diabetes Mellitus y de la Hipertensión Arterial Sistémica (20%). La Presión Arterial promedio de los pacientes fue 121/78 en general, siendo un factor de riesgo al estar tan cerca de los parámetros de la Hipertensión. Los principales medicamentos que consumen para el control de la IC son Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (60%), beta bloqueadores (50%), anticoagulantes (50%) y otros tipos de medicamentos (70%).

Los principales síntomas que los pacientes mostraron fueron: disnea de esfuerzo (60%), disnea paroxística nocturna (30%), distensión venosa yugular (30%), cardiomegalia (30%), aumento de la presión venosa (30%) y taquicardia (30%). Las mujeres fueron las que más síntomas presentaron como se puede observar en la figura 5.

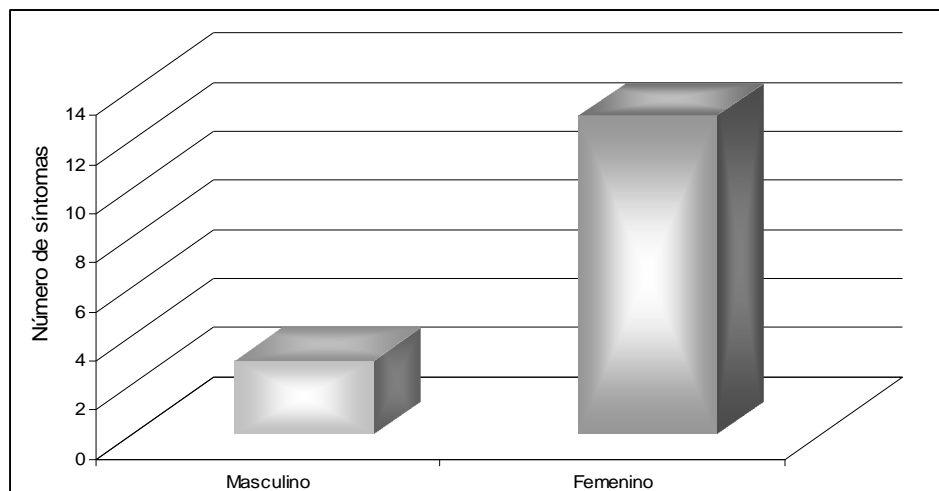


Figura 5.- Número de síntomas comparado por género

Las medidas antropométricas se obtuvieron durante la evaluación se muestran de forma resumida en la Tabla 11. Los datos del Índice de Masa Corporal (IMC) demuestran que los hombres presentan sobrepeso y esto los pone en riesgo considerable pues sus valores sobre pasaron la media, para las mujeres no representa ningún riesgo esta medida pues su media cae en la clasificación de normal (Secretaría de Salud Pública, 2009), la circunferencia abdominal en ambos géneros representa un riesgo pues sobre pasan los estándares establecidos para no ser considerados como un riesgo para la salud (mujeres 80 cm. y hombres 90 cm. máximo).

Tabla 11
Evaluación Antropométrica

	Peso		Talla		IMC		Circunferencia Abdominal	
	\bar{x}	D. E.	\bar{x}	D. E.	\bar{x}	D. E.	\bar{x}	D. E.
Masculino	79	9.71	1.70	0.02	27.34	3.39	99	17.22
Femenino	52	11.01	1.56	0.04	21.09	1.22	85	21.21
Total	65.50	21.85	1.63	0.09	24.21	6.34	94.33	17.89

5.3.3.4 Evaluación Psicológica

Ansiedad y Depresión

El 90% presentó ansiedad con una media del puntaje de 10.10, una D.E. 5.30; un valor mínimo de 0 y un máximo de 18. La depresión se presentó en un 90%, obtuvo una media del puntaje de 10.20, una D.E. 4.87; un valor mínimo de 1 y un máximo de 16 (ver tabla 12). En la figura 6 se muestra la distribución de la presencia de ansiedad y depresión por género y se puede notar que en las mujeres existe más la presencia de estos factores.

Tabla 12
Datos descriptivos de las variables psicológicas

	\bar{x}	D.E.	Valor mínimo	Valor máximo
Ansiedad	10.10	5.30	0	18
Depresión	10.20	4.87	1	16

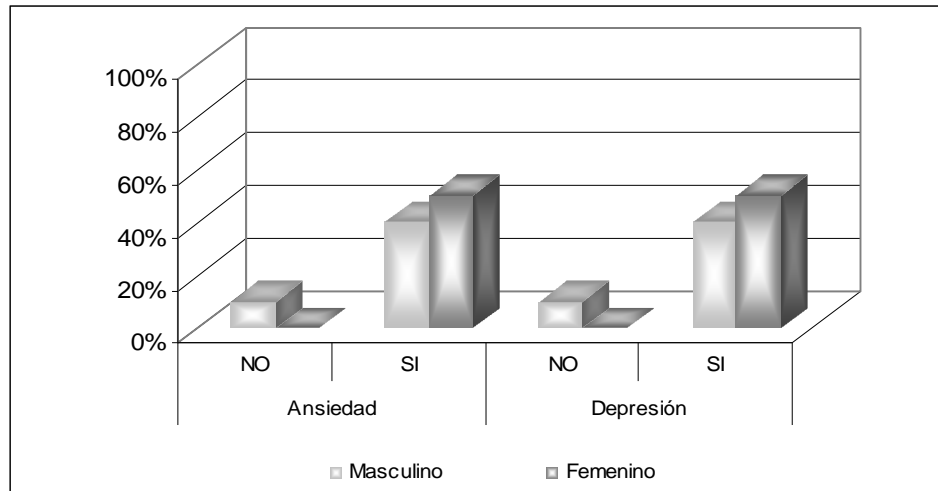


Figura 6.- Distribución porcentual de la Ansiiedad y la Depresión por género

Personalidad Tipo D

Con relación a la PTD (DS14) obtuvo una media del puntaje de 26.10, una D.E. 4.72; un valor mínimo de 0 y un máximo de 21. La Afectividad Negativa se presentó en el 60%, una media del puntaje de 12.90, una desviación estándar 7.09; un valor mínimo de 1 y un máximo de 23; y la Inhibición Social se presentó en el 90% de la muestra, teniendo una media del puntaje de 13.20, una desviación estándar 3.73; un valor mínimo de 8 y un máximo de 21. En la siguiente tabla se muestra la distribución de la presencia de los rasgos que componen a la PTD por género.

Tabla 13

Datos Afectividad negativa e Inhibición social por género

		Masculino	Femenino
Afectividad Negativa	NO	40%	0%
	SI	10%	50%
Inhibición Social	NO	10%	0%
	SI	40%	50%

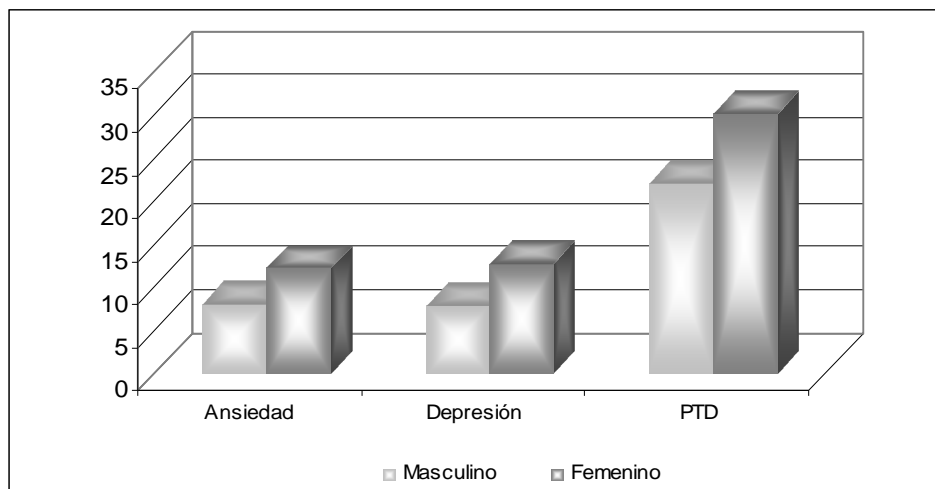
En tabla 14 se observan los puntajes que cada paciente obtuvo en las evaluaciones de Ansiiedad, Depresión y PTD. En la figura 7 se puede observar que las mujeres puntuaron más alto en los instrumentos.

Tabla 14

Datos de las evaluaciones de cada paciente

	Ansiedad	Depresión	PTD
1	12	8	23
2	5	5	22
3	6	10	24
4	18	10	32
5	15	14	35
6	11	15	20
7	14	9	21
8***	0	1	21
9	9	16	23
10	11	15	40

***No presento ansiedad y depresión

**Figura 7.-** Comparación de las medias de cada instrumento por género

En la tabla 15 se muestran los datos que se obtuvieron del Coeficiente de correlación de Pearson de las variables psicológicas (ansiedad, depresión y PTD). El coeficiente de correlación entre la PTD y la Ansiedad es de 0.491 lo que nos indica una correlación débil entre estas variables, se obtuvo una correlación positiva y significativa en el nivel de 0.00 (menor del 0.01). El coeficiente que se obtiene de la correlación PTD y Depresión es de 0.592 indicando una correlación media, se obtuvo una correlación positiva y significativa en el nivel de 0.00 (menor del 0.01). El coeficiente más alto que se obtuvo fue de 0.686 de la correlación de las variables Ansiedad y Depresión mostrando una correlación media, se obtuvo una correlación positiva y significativa en el nivel de 0.00 (menor del 0.01).

Demostrando que altos puntajes en la PTD están asociados con altos puntajes en Ansiedad y Depresión

Tabla 15.- Correlación de Pearson

		PTD	Ansiedad	Depresión
PTD	Correlación de Pearson	1		
	Sig. (bilateral)			
Ansiedad	Correlación de Pearson	0.491	1	
	Sig. (bilateral)	0.000		
Depresión	Correlación de Pearson	0.592	0.686	1
	Sig. (bilateral)	0.000	0.000	

Para determinar si la PTD se asocia con la ansiedad y la depresión se realizó una prueba t; en la tabla 16 se muestran los resultados que se obtuvieron del análisis, confirmando la asociación que existe entre estas variables (ansiedad $\alpha=.004$ y depresión $\alpha=.000$) y PTD. En la tabla 17 se muestran las diferencias en la ansiedad y depresión entre los pacientes que tiene PTD y los que no, observándose una mayor prevalencia entre los pacientes que tienen este patrón de personalidad.

Tabla 16
Prueba T para la igualdad de medias

		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Ansiedad	Se han asumido varianzas iguales	-2.990	48	.004	-4.625	-7.735	-1.515
	No se han asumido varianzas iguales	-2.571	11.879	.025	-4.625	-8.549	-.701
Depresión	Se han asumido varianzas iguales	-4.621	48	.000	-6.375	-9.149	-3.601
	No se han asumido varianzas iguales	-3.887	11.666	.002	-6.375	-9.959	-2.791

Tabla 17
Estadísticos de grupo

	PTD	N	Media	D.E.
Ansiedad	no	40	5.48	4.132
	si	10	10.10	5.301
Depresión	no	40	3.93	3.647
	si	10	10.30	4.855

Las siguientes figuras se muestran la distribución de los niveles de ansiedad y depresión comparando los grupos que presentaron o no PTD. Se observo mayor severidad en la ansiedad y depresión en el grupo con PTD

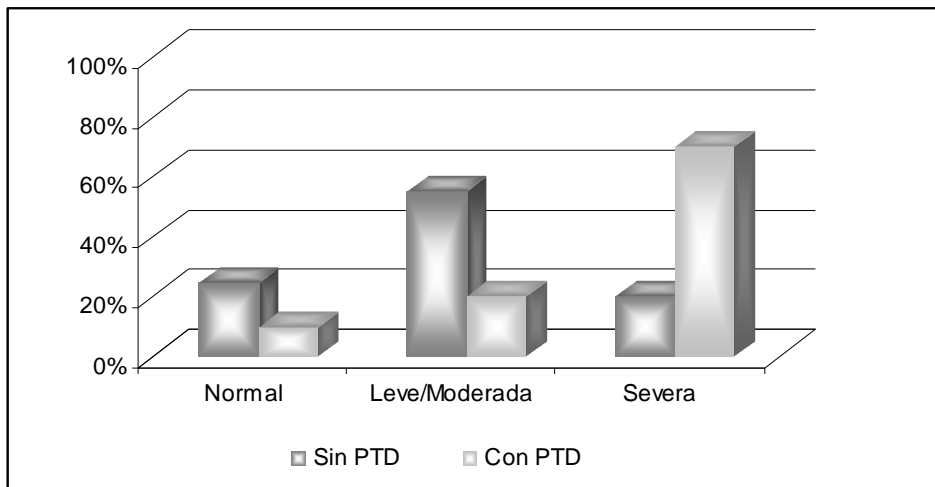


Figura 8.- Datos niveles de ansiedad

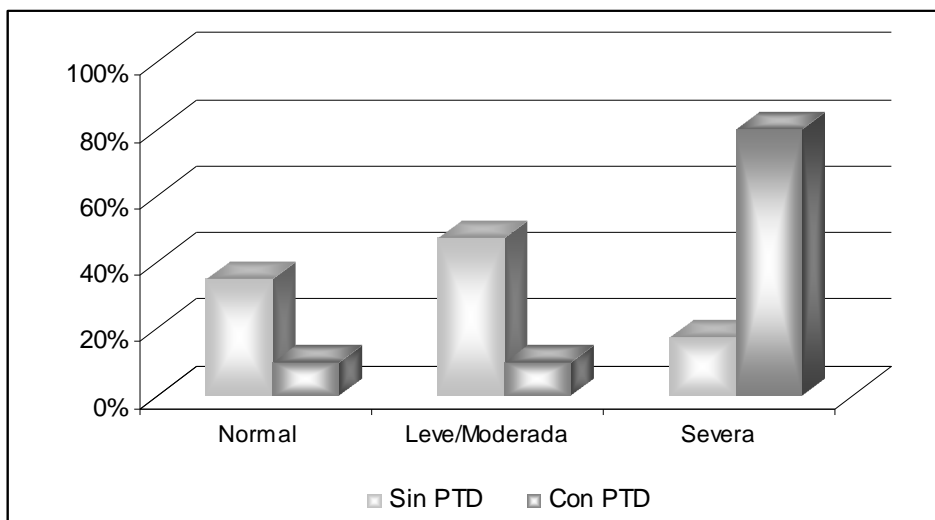


Figura 9.- Datos niveles de depresión

Discusión y conclusiones

El objetivo de esta investigación fue determinar si la Personalidad Tipo D (PTD) se asociaba con la ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con IC. Los principales hallazgos se describen a continuación.

La de PTD se encontró en un 20% de la población total, lo que puede compararse a lo encontrado por Schiffer, Smith, Pedersen, Widdershoven, y Denollet (2009) en pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica donde el porcentaje de pacientes que presentaron este patrón de personalidad fue de 20.7%. La PTD es un factor de riesgo en el pronóstico a largo plazo en la enfermedad cardíaca y además de que no se puede determinar como único factor sino hay que tomar en cuenta los demás factores psicosociales. Igualmente, se ha sugerido que se añada la evaluación de la PTD en los demás factores psicosociales asociados a la IC, como son la depresión, ansiedad, aislamiento social, modos de afrontamiento y estrés crónico.

Respecto al planteamiento de si existiría una relación entre la presencia de PTD y la presencia de ansiedad y depresión en pacientes con IC, se encontró que si existe esta relación, ya que los pacientes que presentaron PTD presentaron mas síntomas de ansiedad y depresión; la PTD puede ser un atenuante para un incremento en la severidad de la ansiedad y/o depresión, los hallazgos de esta investigación corroboran lo encontrado por Denollet *et.al.* (2008) en pacientes con infarto de miocardio se obtuvo que 29% fue diagnosticado con PTD pero solo el 7% de población total presento depresión y PTD, lo que nos indica que en los estudios que se han realizado la PTD está fuertemente relacionada con la depresión. En otros estudios como el realizado por Pedersen, Van Domburg, Theuns, Jordaens y Erdman (2004) se encontró que la PTD se asociaba con la ansiedad y depresión en pacientes portadores de un cardioverter (Ansiedad OR: 7,03, IC 95%: 2.32-21.32; depresión OR: 7,40, IC 95%: 2,49 -21,94), la Depresión se presentó en un 28% y la ansiedad en un 42%. Además se ha encontró que la

PTD se asocia con alguna complicación médica en un plazo largo, cabe mencionar que en esa investigación los instrumentos que se utilizaron fueron los mismos que en este trabajo: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y la Cuestionario de Personalidad Tipo D (DS14); y la situación en la que se encontraban los pacientes era ambulatoria.

Por otro lado, en esta investigación se encontró que la presencia de Ansiedad fue de 78% en la muestra, esta es una cifra muy alta en comparación con el estudio de Moser y Dracup (1996) en el cual el 30% de su muestra presento ansiedad, además ellos concluyeron que la presencia de ansiedad después de un Infarto de Miocardio se asocia con un mayor riesgo de complicaciones isquémicas y arritmias. Este alto porcentaje nos indica que los pacientes con IC requieren de mayor atención por parte de los especialistas en salud para poder aminorar las consecuencias negativas que la presencia de ansiedad pueda provocar en el curso, tratamiento y pronóstico de la enfermedad.

La presencia de depresión se encontró en un alto porcentaje de la muestra (70%). Se ha demostrado que los pacientes que presentan depresión tienen mayores reingresos hospitalarios y una rápida evolución de la enfermedad lo cual aumenta los costos en salud. En este sentido, se ha considerado a la depresión como un factor de riesgo para los pacientes con IC; un ejemplo de esto se puede observar en un estudio realizado por Denollet y Pedersen (2009) donde encontraron que la depresión se asoció con un aumento en la mortalidad de los pacientes con IC, Sherwood, *et al.* (2007) encontraron que la depresión se presento en un 46% y que se asoció con el riesgo de muerte o de hospitalización cardiovascular en pacientes con IC.

La asociación entre ansiedad y depresión es una de las más comunes en los pacientes, Friedmann, Thomas, Liu, Morton, Chapa y Gottlieb, (2007) hallaron que el 36% presentó depresión y el 45% ansiedad además de que aumenta la mortalidad, un 12% para los pacientes con depresión y un 9%; la mortalidad fue

mas alta en los pacientes que presentaron ambos factores (14%), por lo cual se debe de comenzar a tomar en cuenta los factores psicosociales en el momento de que el paciente con IC ingresen al hospital ya que una oportuna intervención psicológica disminuiría los riesgos que estos factores representan en la evolución de la enfermedad, así como aminorar los costos de salud publica. Una posible explicación a el porque en esta investigación la presencia de ansiedad y depresión fue mucho mas alta que en los demás estudios expuestos en este trabajo, podría ser la condición de estar no hospitalizados, en la mayoría de los estudios se ha contado con la participación de pacientes ambulatorios, y esta investigación se contó con pacientes hospitalizados, lo cual pudo haber generado estos cambios en los porcentajes.

Un hecho considerable que se mostró en los pacientes de este estudio, fue que, a pesar de tener IC, el 72% no había considerado en realizar algún tipo de cambio en su estilo de vida respecto a su enfermedad en los siguientes 6 meses. En este sentido, la probabilidad de reingresos hospitalarios aumenta generalmente por falta de cuidado a su salud o no tener una adherencia terapéutica adecuada, aumentando los costos en salud. Además el 16% presentó ansiedad, depresión y PTD lo cual representa un factor de riesgo adicional para su salud cardiovascular.

Esta investigación aporta a la literatura una visión más integral del paciente con Insuficiencia Cardíaca, abordándolo desde perspectivas diferentes, como lo son la médica y la psicológica, esto demuestra la importancia que tiene el lograr establecer en instituciones de salud un programa integral de evaluación al paciente cardiovascular, además de centralizar la atención en los principales factores psicosociales que presentan los pacientes con IC para poder reducir sus efectos negativos en estos.

Un aspecto favorable de esta investigación fue el contar con instrumentos especializados para medir los factores psicosociales en los pacientes con trastornos cardiovasculares, como fue la Escala de Ansiedad y Depresión

Hospitalaria (HADS, validado en una muestra colombiana por Rico, Restrepo, y Molina en 2005 con un alfa de Cronbach de $\alpha=0.85$), además del Cuestionario DS14 (validado en una muestra holandesa y belga por Denollet, 2005, alfa de Cronbach para la AN de 0.88 y para la IS de 0.86) incluidos estos en un cuadernillo que se nos pudo proporcionar tanto datos clínicos, antropométricos como sociodemográficos y poder establecer cuales son las necesidades que requieren mayor atención en cada uno de los pacientes.

Otro aspecto que se cuidó en esta investigación son los lineamientos éticos que establecieron en la carta de consentimiento, en la cual se hace mención de cuál sería la participación que los pacientes tendrían, así como el cuidado que se tuvo de los datos recabados (por ejemplo la confidencialidad y el respeto) el Hospital General de México establece para el trato con los pacientes.

La metodología aplicada en este estudio podrá permitir la replicación de esta investigación ya sea en la misma línea o con poblaciones similares (como por ejemplo pacientes con arritmias, desfibriladores o marcapasos) para comprobar que no solo los pacientes con IC presentan problemas psicológicos (principalmente ansiedad y depresión); y así poder establecer intervenciones oportunas que mejoren la situación del paciente, logrando crear programas de intervención que centralicen la detección y tratamiento de los trastornos psicológicos.

Cabe mencionar que en la realización de esta investigación surgieron algunas limitantes que a continuación se especifican:

- a) El tamaño de la muestra fue pequeño, en comparación otros estudios.
- b) No se tomaron en consideración el periodo de evolución y la clase funcional de la IC, lo cual puede influir en el modo de afrontamiento ante la enfermedad.

En general en los trastornos cardiovasculares la literatura que se revisó demostró que la PTD se asocia con un pronóstico médico adverso, aunando una comorbilidad emocional logra presentarse una mayor tasa de la mortalidad en pacientes que han presentado este trastorno (Denollet y Pedersen, 2009; Friedmann, Thomas, Liu, Morton, Chapa, y Gottlieb, 2007) pero estos hallazgos han sido demostrados en estudios longitudinales, por lo que una sugerencia es que se realicen estudios de este tipo en la población mexicana para poder establecer si la PTD esta vinculada con algún tipo de pronóstico en la salud. Ya que si se logra detectar a tiempo esta problemática psicosocial en pacientes con IC se podrá atender de forma adecuada y así poder aminorar las complicaciones que la PTD pueda generar en los pacientes.

Todas las complicaciones médicas que acarrea la presencia de estos factores psicosociales se podría evitar si se toma a tiempo precaución en poder demostrarle al paciente los beneficios que atraería a su salud cambios en el estilo de vida, que necesitan a causa de su enfermedad. Se ha demostrado que una intervención psicológica puede ayudar a que los pacientes con IC logren disminuir los niveles de ansiedad y depresión y con esto mejorar su calidad de vida (Hernández, 2009 y Gaona, 2009),

Los hallazgos obtenidos por esta investigación indican que hace falta poner atención en estos factores psicosociales, y no solo en detectar la presencia de ellos en los pacientes con IC, sino además poder establecer un programa de intervención psicológica, que ayude a que los trastornos psicológicos no causen un impacto negativo en la salud de los pacientes. Logrando así la creación del área de cardiología conductual dentro de instituciones de salud mexicanas. Es por esto que la presencia de un programa que evalúe tanto la condición clínica como la psicosocial se cree en las instituciones de salud para poder brindarle al paciente una amplia gama de opciones para su cuidado. La presencia del psicólogo es de suma importancia ya que los médicos no pueden encargarse de los problemas psicológicos que aquejan a los pacientes, la creación de un equipo

multidisciplinario que esté conformado por psicólogos, cardiólogos y enfermeras; podrá mejorar las condiciones de salud en los pacientes con IC con el principal propósito de mejorar su calidad de vida.

6.1 Conclusión

1. Los pacientes con Insuficiencia Cardíaca presentaron una alta prevalencia de Ansiedad y Depresión.

2. La Personalidad Tipo D se asoció con altos puntajes en los cuestionarios Ansiedad y Depresión.

3. La PTD se asoció con más síntomas de ansiedad y/o depresión en comparación con los pacientes sin PTD.

Referencias Bibliográficas

- Atehortúa, L., Gaviria, A., Martínez, P., Quiceno, J., Trujillo, C. y Vinaccia, S. (2006). Prevalencia de Depresión en Niños Escolarizados Entre 8 y 12 Años del Oriente Antioqueño a Partir Del “Child Depression Inventory” –CDI. *Revista Diversitas – Perspectivas En Psicología*, 2 (1).
- Beepers, D., Gibas, C. y Lip, G. (2000). ABC of Heart Failure: Aetiology. *BMJ*, 320, 104-107.
- Cabrera, G. (2000), El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Publica*, 18 (002), 129-138.
- Carmona, F., Marin, D. y Sanz, L. (2002). Patrón de conducta Tipo A y Patología Coronaria. *Psiquis*, 23 (1), 18-26.
- Carney, R., Freedland, K., y Veith, R., (2005). Depression, the Autonomic Nervous System, and Coronary Heart Disease. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), S29–S33.
- Carrillo, C. (2006). Boletín de Practicas Médicas Efectivas, Instituto Nacional de Salud Pública. 1-6.
- Denollet, J. (2000). Type D Personality a Potential Risk Factor Refined. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 255-266.
- Denollet, J. (2005). DS14: Standard Assessment of Negative Affectivity, Social Inhibition, and Type D Personality, *Psychosomatic Medicine*, 67, 89-97.
- Denollet, J. y Brutsaert, D. (1998). Personality, Disease Severity, and the Risk of Long-term Cardiac Events in Patients with a Decreased Ejection Fraction after Myocardial Infarction. *Circulation*, 97, 167-173.
- Denollet, J. y Pedersen, S. (2009). Anger, Depression, and Anxiety in Cardiac Patients the Complexity of Individual Differences in Psychological Risk. *Journal of the American College of Cardiology*, 53 (11), 947-949.
- Denollet, J., Aben, I., Honig, A., Lousberg, R., Verhey, F. y Wojciechowski, F. (2002). Personality and Vulnerability to Depression in Stroke Patients: A 1-Year Prospective Follow-Up Study. *Stroke*, 33, 2391-2395.
- Denollet, J., Brutsaert, D., Gillebert, T., Rombouts, H. Stroobant, N. y Sys, S.

- (1996). This is a Postprint of: Personality as Independent Predictor of Long Term Mortality in Patients with Coronary Heart Disease. *Lancet*, 347 (8999), 417-421.
- Denollet, J., Brutsaert, D., Rombouts, H., Stroobant, N., Sys, S. & Gillebert, T. (1996). Personality as Independent Predictor of Long Term Mortality: In Patients with Coronary Heart Disease, *Lancet*, 347 (8999), 417-421.
- Denollet, J., De Jonge, P., Kuyper, A., Schene, A., Van Melle, J., Ormel, J. y Honig, A. (2008). Depression and Type D personality represent different forms of distress in the Myocardial Infarction and Depression–Intervention Trial (MIND-IT). *Psychological Medicine*, 1-8.
- Denollet, J., Maas, K., Knottnerus, A., Keyzer, J. y Pop, V. (2008). Anxiety predicted premature all-cause and cardiovascular death in a 10-year follow-up of middle-aged women. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1-5.
- Denollet, J., Pedersen, S., Vrints, C. y Conraads, V. (2006) Usefulness of Type D Personality in Predicting Five-Year Cardiac Events Above and Beyond Concurrent Symptoms of Stress in Patients With Coronary Heart Disease. *The American journal of cardiology*, 97 (7), 970-973.
- Fernández, J. (2001, Febrero). *Trastorno de ansiedad*, Recuperado el día 16 de Noviembre de 2008, de http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/urgencias/doc/documentos/doc/ansiedad.htm.
- Figueroa, C., Domínguez, B., Ramos, B., y Alcocer, L. (2009). Emergencia de la Cardiología Conductual en la práctica clínica. *Psicología y Salud*, 19(1), 151-155.
- Freedland, K., Rich, M., Skala, J., Carney, R., Dávila-Román, V., y Jaffe, A. (2003). Prevalence of Depression in Hospitalized Patients with Congestive Heart Failure. *Psychosomatic Medicine*, 65, 119-128.
- Friedmann, E., Thomas, S., Liu, F., Morton, P., Chapa, D. y Gottlieb, S. (2007). Relationship of Depression, Anxiety, and Social Isolation to Chronic Heart Failure Outpatient Mortality. Recuperado el día 25 de Abril de 2009, de <http://www.medscape.com/viewarticle/550366>.

- Gaona, B. (2009). Efectos de un tratamiento cognitivo-conductual en los índices de depresión y calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca. Tesis de Licenciatura, UNAM, FES-Z, México.
- Guadalajara, J., Martínez-Reding, J. y Quiroz, V. (2007). Definición, fisiopatología y clasificación. *Archivos de cardiología de México*, 77 (1), 18-26.
- Guallar-Castillóna, P., Magariños-Losadac, M., Montoto-Oterod, C., Tabuencaa, A., Rodríguez-Pascualc, C., Olcoz-Chivac, M., Conde-Herrerae, M., Carreñof, C., Conthed, P., Martínez-Morentíng, E., Banegasa, J. y Rodríguez-Artalejoa, F. (2006). Prevalencia de depresión, y factores biomédicos y psicosociales asociados, en ancianos hospitalizados con insuficiencia cardiaca en España. *Revista Española de Cardiología*, 59 (8), 770-778.
- Hernández, T. (2009). Efecto de una intervención cognitivo conductual sobre factores psicosociales en pacientes con insuficiencia cardiaca. Tesis de Licenciatura, UNAM, FES-Z, México.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, (2008). *Mujeres y Hombres en México*, INEGI. México.
- Juárez, A. (2007). Factores psicosociales, estrés y salud en distintas ocupaciones: un estudio exploratorio. *Investigación en salud*, 9(1), 57-64
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., y Aguilar, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26 (4), 1-16.
- Moser, D. (2007). "The Rust of Life": Impact of Anxiety on Cardiac Patients. *American Journal of Critical Care*, 16, 361-369.
- Moser, D. y Dracup, K., (1996). Is Anxiety Early After Myocardial Infarction Associated With Subsequent Ischemic and Arrhythmic Events?. *Psychosomatic Medicine*, 58, 395-401.
- Pedersen, S., Van Domburg, R., Theuns, D., Jordaens, L., y Erdman, R. (2004). Type D Personality is Associated With Increased Anxiety and Depressive

- Symptoms in Patients with an Implantable Cardioverter Defibrillator and Their Partners. *Psychosomatic Medicine*, 66, 714-719.
- Pelle, A., Pedersen, S., Szabó, B. y Denollet, J. (2009). Beyond Type D personality: reduced positive affect (anhedonia) predicts impaired health status in chronic heart failure. *Quality of Life Research Journal*, 18, 689-698.
- Pelle, A., Schiffer, A., Smith, O., Widdershoven, J. y Denollet, J. (2009). Inadequate consultation behavior modulates the relationship between Type D personality and impaired health status in chronic heart failure. *International Journal of Cardiology*, 22, 1-7.
- Peñate, M. (2003). Patrones de Conducta y Sistema Cardiovascular. *Hojas Informativas*, 52.
- Ramírez, A. (s.f.). Avances en tratamiento contra IC, Recuperado el día 4 de Abril de 2009, de <http://www.terra.com.mx/articulo.aspx?articuloid=160332&paginaid=1>.
- Rico, J., Restrepo, M. y Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del instituto nacional de cancerológica de Colombia. *Avances en Medición*, 3, 73-86.
- Rojas, M. (2008). Factores de riesgo psicosociales Efecto de una intervención cognitivo conductual sobre factores asociados a la Insuficiencia cardiaca. Tesis de Licenciatura, UNAM, FES-Z, México.
- Rozanski, A., Blumenthal, J. y Kaplan, J. (1999). Impact of Psychological Factors on the Pathogenesis of Cardiovascular Disease and Implications for Therapy. *Circulation*, 99, 2192-2217.
- Sánchez, R. (2005). Personalidad tipo D y riesgo cardiovascular, *Nexos*, 20, 22-25.
- Schiffer, A., Smith, O., Pedersen, S., Widdershoven, J., y Denollet, J. (2009). Type D personality and cardiac mortality in patients with chronic heart failure. *International Journal of Cardiology*, 1-6.
- Secretaria de Salud (2009). Clasificación del Índice de Masa Corporal. Recuperado el día 15 de Diciembre de 2009 de

http://www.todoensobrepeso-y-obesidad.org/besi2/general_jsp/secrCalculadoralMC.jsp.

- Segovia, J., Alonso-Pulpón, L., Peraira, P. y Silva, L. (2004). Etiología y evaluación diagnóstica en la insuficiencia cardiaca. *Revista Española de Cardiología*, 57(3), 250-259
- Sher, L. (2005). Type D personality: the heart, stress, and cortisol. *Q J Med*, 98, 323-329.
- Sherwood, A., Blumenthal, J., Trivedi, R., Johnson, K., O'Connor, C., Adams, K., Dupree, C., Waugh, R., Bensimhon, D., Gaulden, L., Christenson, R., Koch, G. y Hinderliter, A. (2007). Relationship of Depression to Death or Hospitalization in Patients with Heart Failure. *Archivos Internos de Medicina*, 167, 367-373.
- Williams, S., Kasl, S., Heiat, A., Abramson, J., Krumholz, H., y Vaccarino, V. (2002). Depression and Risk of Heart Failure Among the Elderly: A Prospective Community-Based Study. *Psychosomatic Medicine*, 6, 6-12.
- Yusuf, S., Hawken, S., Ôunpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., McQueen, M., Budaj, A., Pais, P., Varigos, J. y Lisheng, L., (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364, 937-952.
- Zigmond, A. y Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67, 361-370.

ANEXOS

ANEXO 1

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: _____

ANEXO 2

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?

21. Al tener una enfermedad Cardíaca hay que hacer cambios en el estilo de vida. ¿Que tanto esta dispuesto a hacer estos cambios?

1) No estoy dispuesto a hacerlos en este momento

2) Lo he pensado pero no lo he llevado a cabo

3) Ya los estoy haciendo desde hace un mes

4) Llevo más de 6 meses haciéndolos

ANEXO 3

INSTRUCCIONES: Este cuestionario está diseñado para ayudarnos a saber como 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 y sentirme 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.

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)	**Depresión (2,4,6,8,10,12,14)
Total		
0-7 Normal		
8-10 Leve/ Moderada		
> 11 Severa Ansiedad y/o Depresión		

ANEXO 4

Instrucciones: Lea cada planteamiento y tache el número apropiado para indicar su respuesta. No hay respuestas correctas o equivocadas, su propia impresión es lo único que importa.

	Nunca	Ocasional mente	Neutro	Frecuente mente	Siempre
1. Hago fácilmente contacto cuando conozco personas	4	3	2	1	0
2. Hago mucho escándalo por cosas sin importancia	0	1	2	3	4
3. Hablo con extraños	4	3	2	1	0
4. Me siento infeliz	0	1	2	3	4
5. Estoy irritado	0	1	2	3	4
6. Me siento inhibido en interacciones sociales	0	1	2	3	4
7. Veo las cosas con pesimismo	0	1	2	3	4
8. Se me dificulta iniciar una conversación	0	1	2	3	4
9. Estoy de mal humor	0	1	2	3	4
10. Soy una persona que tiende a cerrarse	0	1	2	3	4
11. Preferiría mantener a la gente alejada	0	1	2	3	4
12. Me preocupo por algo	0	1	2	3	4
13. Estoy "en la calle de la amargura"	0	1	2	3	4
14. Al interactuar con la gente, no encuentra tema de conversación	0	1	2	3	4

RESULTADOS		
Reactivos	Afectividad negativa (2, 4, 5, 7, 9, 12, 13)	Inhibición social (1, 3, 6, 8, 10, 11, 14)
Total		
≥10 con		
<10 sin		