



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
PSICOLOGÍA**

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD
Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN
PACIENTES GERIÁTRICOS CON ARRITMIA CARDIACA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

SAMANTHA VIRIDIANA SAINZ LARA

JURADO DE EXAMEN:

TUTOR: DR. CARLOS GONZALO FIGUEROA LÓPEZ

COMITÉ: DRA. MIRNA GARCÍA MÉNDEZ

DRA. BERTHA RAMOS DEL RIO

DR. LUIS GERARDO MOLINA FERNÁNDEZ DE LARA

DRA. FABIOLA ITZEL VILLA GEORGE

PROYECTO PAPIIT IN304412



MÉXICO, D.F.

ABRIL 2013



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.

“La inteligencia consiste no sólo en el conocimiento, sino también en la destreza de aplicar los conocimientos en la práctica” Aristóteles

Agradecimientos

El presente trabajo refleja el esfuerzo guiado por mi pasión, motivación, aprendizaje y satisfacción a lo largo de mi desarrollo profesional; Representa una parte fundamental de mi vida y la culminación de mi carrera así como el inicio de los logros que me esperan en el futuro. Esta tesis también es el resultado del gran apoyo que me han aportado personas que son muy valiosas para mí, dentro de estas agradezco infinitamente a quienes amo con toda mi alma y mi corazón, mis padres. Juan Carlos Sainz M. Sin ti probablemente no habría llegado tan rápido a este momento, eres el hombre que toda la vida ha estado a mi lado y no has permitido que me falte algo para salir adelante, me has dado todo lo que necesito y te agradezco por ello pero más por tu amor, por tus sabios consejos, por no dejar que baje la guardia y por ser un claro ejemplo de esfuerzo, compromiso y sabiduría en mi vida. Carmen Lara F. Mi mejor amiga, una mujer noble y de gran corazón, has estado en cada uno de mis momentos, agradezco a Dios por ponerme a una madre tan generosa la cual siempre me motiva, tiene palabras mágicas de aliento y aún a distancia, llueva o relampaguee no importa tú estas ahí apoyándome en todo, gracias a los dos por ser excelentes padres y guías, los adoro. Dentro de estas personas importantes para mí se encuentran mis hermanos los cuales también han sido mis mejores amigos. Sandryk gracias por compartir tantas cosas conmigo, por ayudarme cuando requería utilizar la tecnología en mis trabajos, por ir cada noche a la Fes por mí, por las experiencias compartidas, por tu confianza y por tus consejos de superación te quiero mucho hermanito. Marleen mejor hermana no puedo tener eres una chica muy especial en mi vida y un gran apoyo, gracias por hacerme reír bajo estrés, por estar conmigo en mis triunfos y fracasos, por regañarme y por darme la mano cada vez que caigo, estoy muy feliz de que compartas conmigo el orgullo de ser universitarias. Los amo familia.

Existen otras personas que han estado presentes a lo largo de mi desarrollo escolar entre ellos mis mejores amig@s a quien conozco desde la secundaria: Brenda (Piña), mi colega favorita, gracias por caminar conmigo en varias etapas de mi vida, hemos vivido eventos memorables que siempre estarán en mi corazón y espero compartir mejores ahora en lo laboral. Estrella, tu sencillez y confianza le han dado a mi vida mucho sentido, eres una excelente amiga de gran corazón, gracias por sacarme sonrisas, siempre habrá algo que compartir. Yael, grandiosa amiga, llena de sabiduría, excelentes pláticas y sobre todo excelente compañía con aprendizajes, diversión y alegría. José Luis (Chino) mi mejor amigo, me has visto crecer, siempre me has escuchado y dado grandes consejos, gracias por ser parte de mi vida. Los estimo mucho amigos, estoy orgullosa de ver como todos han culminado su carrera.

En la Universidad pude conocer mucha gente pero nada hubiera sido lo mismo sin mis amigos de la tarde: Rodrigo (Rocko), Gustavo (Tata), Raúl (Rulo), Osvaldo (Bob), Miguel (Chelo) y Nina. Aprendí que puedes estudiar psicología de una forma divertida y que los grandes amigos a pesar del tiempo y la distancia por siempre permanecen, gracias por esos momentos que pasamos y que seguiremos pasando.

En el turno de la mañana conocí a gente grandiosa que a pesar de no conocerme me dio su confianza. Brenda (chabela) gracias brindarme tu amistad, por esas risas con dolor de estómago, siempre contarás conmigo. Edgardo, compartimos momentos muy especiales estoy segura de que eres y serás un gran psicólogo. Momentos inolvidables con ustedes chicos.

Sin duda alguna la mejor etapa de mi carrera fue cuando entre al programa Psicología de la salud en donde conocí gente inteligente y con grandes talentos, gracias por compartir momentos de estrés y relajación "Generación Engagement" siempre me llevaré lo bueno de ustedes. Norma a pesar de ser de otra generación doy gracias por la fortuna de conocerte y compartir grandes momentos y triunfos. Especialmente para mí representa un placer haber conocido a personas que ahora forman parte de mi vida, Alicia, sabes que te quiero mucho y estoy muy agradecida por el apoyo que me has brindado, por esas alegrías y sobre todo por dejarme entrar a tu vida y permitirme acercarme a tu gente. Andrea, tendría que hacer otra tesis para describir el agradecimiento que tengo hacia ti, inolvidables momentos a tu lado tanto en lo escolar, laboral como en lo personal, excelente compañera de trabajo y amiga, el programa nos heredó una amistad inigualable. Carlos L. Agradezco tu apoyo y paciencia en esta etapa de mi vida, te quiero mucho.

A mis profesores. Dr. Carlos Figueroa, un ejemplo a seguir, recuerdo la primera vez que tomé clases con usted y escuché del programa psicología de la salud, me enamoré de su trabajo y no dude en seguir sus pasos, estoy muy agradecida por su apoyo y confianza, excelente tutor. Dra. Bertha, agradezco su conocimiento, sus observaciones, su oportunidades y su disposición hacia mí, cada reunión pude aprender algo nuevo con usted. Dr. Molina, complacida de conocerlo y de haber tenido la oportunidad de trabajar, aprender y desarrollar habilidades dentro de la clínica de arritmias del HGM, me llevó una gran experiencia al trabajar con usted y su equipo. Dra. Mirna, agradezco su participación dentro de este proyecto y su gran atención en todo momento un honor que forme parte de mi comité, Dra. Itzel, gracias por tu tiempo, por tus observaciones y por tus recomendaciones fueron de gran relevancia para este trabajo.

Agradezco a todos los pacientes que aceptaron participar en la presente investigación ya que sin ellos esto no sería posible, así mismo a PAPIIT por brindarme el apoyo y los recursos para la realización de mi proyecto.

Por último a mi grandiosa UNAM particularmente a la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza por dejarme una de las más grandes herencias, el conocimiento y una gran motivación para seguir cumpliendo mis objetivos.

ÍNDICE

Resumen

Introducción

CAPÍTULO 1. VEJEZ

1.1. Concepto de Vejez.....	1
1.2 Teorías biológicas del envejecimiento	2
1.3 Cambios en la vejez	3
1.3.1 Cambios psicológicos	3
1.3.2 Cambios sociales	5
1.3.3 Cambios fisiológicos	6

CAPÍTULO 2. ARRITMIA CARDIACA

2.1 Definición	9
2.2 Clasificación	9
2.3 Síntomas	12
2.4 Diagnóstico	12
2.5 Tratamientos	13
2.5.1 Farmacológico	13
2.5.2 Ablación	13
2.5.3 Dispositivos para estimulación artificial	14
2.5.4 Psicológico	16

CAPÍTULO 3. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

3.1 Calidad de vida relacionada con la salud en la vejez	21
---	----

CAPÍTULO 4. AFRONTAMIENTO

4.1 Apoyo social	23
4.1.1 Apoyo social en la vejez	27

Justificación

Objetivos

METODO

RESULTADOS

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

REFERENCIAS

Anexos

Resumen

El objetivo de esta investigación fue determinar la asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud y el apoyo social percibido en pacientes geriátricos portadores de Marcapaso y Desfibrilador Automático Implantable (DAI). Participó una muestra de 22 pacientes con arritmia cardiaca de los cuales 11 portaban Marcapaso y 11 portaban DAI del Hospital General de México "Eduardo Liceaga" y del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE. Se aplicaron: Ficha de identificación, el Cuestionario de Calidad de Vida Relacionado con la Salud (CVRS) (Rincón, Figueroa, Alcocer & Ramos, 2011) y el Cuestionario MOS de apoyo social percibido (Shebourne, 1991). Se utilizó un diseño transversal de tipo exploratorio y correlacional. Los resultados mostraron que pacientes geriátricos portadores de DAI cuentan con un mayor índice global de apoyo social mientras que portadores de Marcapaso presentan mayor puntaje en las dimensiones de CVRS. De acuerdo al objetivo planteado se concluye que se encontraron correlaciones (Pearson) positivas y significativas que indican que entre mayor sean las relaciones sociales de ocio y distracción, el apoyo emocional y el apoyo material o instrumental mayor será la autoeficacia, el bienestar y la baja percepción de interferencia social en los pacientes geriátricos con arritmia cardiaca lo que podría mejorar su CVRS. Se muestra la importancia de tomar en cuenta variables psicológicas como el apoyo social en la intervención del paciente geriátrico con dispositivo eléctrico implantable así mismo tomar en cuenta el trabajo del psicólogo de la salud para participar en el tratamiento de manera que se dé un servicio integral y de calidad al paciente.

Palabras clave: *Calidad de vida relacionada con la salud, Apoyo social, Arritmia cardiaca, Pacientes geriátrico*

INTRODUCCIÓN

La esperanza de vida al nacer ha aumentado alrededor de 15 años en un período de cuatro décadas y se espera un incremento adicional cercano a siete años para 2050, hasta alcanzar 82 años. Actualmente, el segmento de personas con 60 años y más alcanza los 9.4 millones, es decir, 8.7 por ciento del total de la población mexicana, lo que implica cambios en las capacidades de trabajo y producción, así como demanda de bienes y servicios de salud, de seguridad social y de relaciones familiares (Conapo, 2011). Este tema es de interés en países desarrollados donde el envejecimiento está avanzado y continuará con resultados en cada aspecto de la vida, en México cobra importancia lo que implica esto en la población. Con personas viviendo más y procreando menos hijos se tendrá que estar más preparado para enfrentar el desafío del envejecimiento demográfico que constituye un cambio impresionante en la estructura poblacional y tendrá repercusiones sobre todos los aspectos de la vida personal, social y de salud (d`Hyver & Gutiérrez, 2009).

De las consecuencias más señaladas es el incremento en las demandas de servicio de salud y consecuentemente en el gasto público y privado destinado a este propósito además con ancianos viviendo más las enfermedades crónicas aumentarán y seguirán siendo las principales causas de defunciones ya que estos padecimientos son los responsables de más de dos terceras partes de todas las muertes. Estas enfermedades crónicas han llegado a ser problemas de salud muy importantes, dentro de las principales se encuentran las enfermedades cardiovasculares (ECV) las cuales determinan más del 65% de los fallecimientos acaecidos después de los 65 años de edad y son además la primer causa de deterioro funcional y de pérdida de dependencia, por lo tanto el número de pacientes ancianos que acuden a servicios cardiovasculares, con calidad de vida y expectativas de longevidad crecientes, es y será cada vez mayor (Rodríguez et al., 2002).

El que la esperanza de vida haya aumentado no indica que la calidad con la que vivan los años en la última etapa de la vida haya mejorado (Gonzales, 2002).

De acuerdo a lo anterior se considera la importancia de tomar en cuenta las variables que intervienen en como las personas asumen su enfermedad, principalmente la cardiovasculares y en la manera en que afectan su calidad de vida principalmente en las personas mayores de edad. Dentro de estas variables las habilidades de afrontamiento son

importantes tanto en la prevención de la enfermedad como en la adaptación a ella, ya que la enfermedad crónica y la incapacidad física constituyen una importante fuente de estrés y malestar físico y emocional, que va aunado a una pérdida en la calidad de vida de las personas. Es por esto que la calidad de vida es objeto de estudio de la psicología y es un componente central del bienestar humano, el cual está relacionado a su vez con aspectos como la salud y las estrategias de afrontamiento (Gonzales, 2006). Dentro de las estrategias de afrontamiento más eficaces que la literatura muestra, el apoyo social es un modo de afrontamiento que tiene para la vejez efectos benéficos para la salud y su bienestar. Se ha evidenciado que pacientes con enfermedades crónicas que tienen un alto nivel de satisfacción en relación con el apoyo social presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad, es más importante la percepción que tiene el paciente de lo adecuado del soporte social que el soporte que realmente recibe además si el sujeto no percibe la ayuda ofrecida o los recursos externos que están a su disposición, difícilmente influirán sobre su salud y bienestar (Vinnancia et al, 2005).

El apoyo social como estrategia de afrontamiento para el individuo se asocia con la calidad de vida en relación a su salud, es por esto que se quiere identificar la relación entre estas variables en pacientes con arritmia cardiaca portadores de marcapaso y/o desfibrilador principalmente en las personas adultas mayores quienes son la población más vulnerable a desarrollar este tipo de enfermedades.

CAPÍTULO 1. VEJEZ

La vejez afecta al individuo en todos los aspectos de la vida, inclusive en su constitución física y psíquica, con repercusión todo ello en su vida familiar, ambiental y social (Escobar, 2009).

1.1 Concepto de vejez

La vejez es un fenómeno que forma parte del ciclo vital del ser humano, como la etapa final del proceso de desarrollo donde se continúan manifestando cambios biológicos, psicológicos y sociales (Gonzales & Padilla, 2006). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) las personas de sesenta a setenta y cuatro años son considerados de edad avanzada, de setenta y cinco a noventa años viejas o ancianas y los que sobrepasan los noventa años se les denominan grandes, viejos o longevos. A todo individuo mayor de sesenta años se les llamará de forma indistinta persona de la tercera edad. Hay edades que se consideran suficientemente avanzadas que cuando se traspasan, se entra en la vejez para ya nunca salir de esta categoría. La manera estadística y demográficamente más simple y por tanto más conocida y utilizada es a través de una edad alcanzada. De esta forma, y dependiendo de circunstancias y objetivos se han utilizados grupos de 60, 65, 70 o más años, aparte de otras opciones (Conapo, 2011).

Es importante distinguir el envejecimiento como proceso, del proceso de envejecimiento. El envejecimiento como proceso (“envejecimiento normal”) representa los cambios biológicos universales que se producen con la edad y que no están afectados por la influencia de enfermedades o del entorno. No todos estos cambios relacionados con la edad tienen consecuencias clínicas negativas. Por el contrario, el proceso de envejecimiento está muy influenciado por los efectos de los estados del entorno, del estilo de vida y de las enfermedades, que a su vez están relacionados con el envejecimiento o cambian por su causa pero que no se deben al envejecimiento en sí. A menudo, lo que una vez se consideró que era una consecuencia del envejecimiento normal se atribuye ahora, más apropiadamente, a factores relacionados con el envejecimiento por lo tanto es importante identificar los factores que contribuyen a la mala salud de las poblaciones mayores (OMS, 2001).

El envejecimiento es un conjunto de modificaciones inevitables e irreversibles que se producen en un organismo con el paso del tiempo conduciéndolo finalmente a la muerte (Rios, 2007) se manifiesta desde el orden molecular hasta el nivel de órganos y sistemas, pero no se cuenta con “biomarcadores” precisos para definirlo. Estas consideraciones además de que factores socioambientales complican la elucidación de sus mecanismos, explican la falta de una teoría unificadora que describa el envejecimiento de manera cabal en los distintos organismos, tejidos y células (Rodríguez & Lazcano, 2007).

1.2 Teorías biológicas del envejecimiento

De acuerdo con Papalia (2005) la mayoría de las teorías del envejecimiento biológico cae en dos categorías: teorías de programación genética y teorías de tasa variable.

Teorías de programación genética

Sostienen que los cuerpos envejecen de acuerdo con una secuencia normal del desarrollo incorporada a los genes. Dicha secuencia implica un ciclo de vida máximo decretado genéticamente:

- *Teoría de la senectud.* El envejecimiento es el resultado del encendido y apagado secuencial de ciertos genes. La senectud es el momento en el que se hacen evidentes los déficits asociados a la edad.
- *Teoría endocrina.* El reloj biológico actúa a través de las hormonas para controlar el ritmo del envejecimiento.
- *Teoría inmunológica.* La declinación programada en las funciones del sistema inmunológico conduce a una mayor vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas y por ende al envejecimiento y la muerte.

Teorías de tasa variable

- *Teoría del desgaste.* Las células y los tejidos tienen partes vitales que se desgastan
- *Teoría del radical libre.* El daño acumulado por los radicales de oxígeno ocasiona que las células y eventualmente los órganos dejen de funcionar.

- *Teoría de la tasa de vida.* Entre mayor sea la tasa de metabolismo de un individuo más corto es el ciclo de vida.
- *Teoría autoinmune.* Los sistemas inmunológicos se confunden y atacan sus propias células corporales.

1.3 Cambios en la vejez

1.3.1 Cambios psicológicos

De acuerdo con de la Serna (2003) en las personas mayores se producen un enlentecimiento general de las funciones cognoscitivas, pero la afectación difiere según las tareas analizadas. Las funciones cognitivas que disminuyen durante el envejecimiento las cuales se viven como una gran amenaza para el bienestar e incluso para la integridad personal:

Inteligencia

La edad, por sí sola, no parece ser un factor que modifique de forma apreciable la utilización de las facultades mentales, aunque las personas mayores suelen utilizar los conocimientos adquiridos a lo largo de su vida para compensar la lentitud de respuesta a distintos estímulos. Esta situación nos permite identificar la estabilidad como una de las principales características de la inteligencia en los mayores. El enlentecimiento de las capacidades intelectuales se caracteriza por: fatiga intelectual, pérdida de interés, pérdida de atención y/o dificultad en la concentración. La forma de inteligencia que reconocemos como inteligencia fluida guarda relación con el aprendizaje y precisa una base neurofisiológica. En ella se sitúa la creatividad mientras que la inteligencia cristalizada, la relacionamos con la experiencia y la reflexión. En el envejecimiento la inteligencia fluida estará disminuida, mientras que la inteligencia cristalizada se mantendrá e incluso aumentará, al estar directamente relacionada con la experiencia. El razonamiento verbal no parece sufrir cambios, aunque sí se aprecia una ligera pérdida en la capacidad para la conceptualización y la flexibilidad mental. Se observa también un declive en la agilidad mental precisa para la coordinación de movimientos, especialmente relacionada con el funcionamiento de la vista y el oído.

Memoria

La pérdida de memoria reciente parece ser el signo general característico de los cambios psíquicos, durante el envejecimiento. A la persona le resulta difícil evocar sucesos recientes y sufre además pequeños olvidos. Las personas ancianas refieren dificultad de para retener informaciones poco significativas, especialmente si deben esforzarse mucho o si en el momento de recibir esa información tienen su foco de atención en alguna otra actividad. También expresan tener problemas en la organización secuencial de la información recién llegada, así como en la capacidad para sintetizar.

La memoria a largo plazo, o memoria remota, parece estar bien conservada, los ancianos recuerdan situaciones y hechos antiguos, pero también acontecimientos nuevos almacenados en su memoria remota. Son capaces de evocar con detalle, hechos que tuvieron lugar en otra época, época por otro lado seguramente significativa en su historia de vida. La memoria remota permite recordar y conservar el vocabulario, las experiencias, los recuerdos y mucha más información útil sobre el mundo que les rodea y sobre sí mismos. La memoria visual se conserva intacta durante más tiempo que la memoria auditiva o que las relaciones temporo-espaciales.

Resolución de problemas y creatividad

La dificultad en la organización de la información, la rigidez de pensamiento y la toma de decisiones, pueden condicionar la capacidad para resolver los problemas. Si la situación es poco precisa, la decisión se hace difícil, y la capacidad para resolverla disminuye. El elemento condicionador por excelencia, capaz de limitar las respuestas del anciano, será el tiempo. Sin embargo, sus soluciones suelen ser mucho más tácticas y valiosas, cuando ponen en práctica sus experiencias de vida y su sabiduría. Las personas mayores pueden descubrir su potencial creativo a través de nuevas experiencias o nuevas actividades que, acompañadas de entusiasmo por la vida, les hacen sentirse reconocidos.

Modificaciones en la afectividad

La mayoría de personas ancianas han adquirido una madurez emocional a través de sus experiencias vitales, lo que le permite responder a situaciones de pérdidas afectivas. Sin embargo, su estado de salud física y mental, así como la calidez su hostilidad del medio en el que viven, influirán en la expresión de su emotividad. Con la edad aumentan las crisis, los

problemas, los factores estresantes cobran mayor importancia; y se agravan por las difíciles situaciones de vida que presentan muchas personas ancianas, y también a causa de la disminución de las fuerzas físicas para hacer frente a esas dificultades.

Personalidad

Los rasgos de la personalidad del individuo se remarcan con la edad. Cuando hablamos de personalidad madura, hablamos de personalidad que se mantiene estable si no aparece ningún problema de enfermedad. Ciertamente el individuo no suele presentar cambios espectaculares en su personalidad, aunque si realiza ciertos ajustes según las circunstancias vitales. Así, la personalidad puede verse afectada por diversos factores: estado de salud, entorno familiar, pérdidas afectivas, situación de vida, experiencias, entre otros. Los análisis de tipologías referidas a personas mayores hacen referencia a la adaptación al envejecimiento. Así se identifican personalidades “adaptadas” y personalidades “mal adaptadas”. Entre las primeras, estarían los ancianos realistas, contentos de vivir esta etapa de su vida de forma satisfactoria, que se mantienen activos e interesados por todo lo que les rodea. Y también, los que siendo más pasivos que los anteriores, están contentos de ser jubilados y de no tener ninguna obligación con la sociedad o los que son estrictos consigo mismos, que han antepuesto el deber al placer, y que creen que serán vulnerables en el momento en que cese su actividad. Entre las segundas, las mal adaptadas, identificaríamos a las personas coléricas, negativas y hostiles, que siempre están descontentas, que no aceptan envejecer y que tienen miedo a morir o aquellos cuyo balance de vida es negativo, se sienten culpables de todo y consideran la muerte como única salida a su situación de vida desagradable (Ballesteros, 2004).

1.3.2 Cambios sociales

El ser humano es un ser social por naturaleza, pero al ir envejeciendo las personas tienden a desprenderse poco a poco de los compromisos sociales, a desinteresarse por las relaciones con la gente y a deslindarse de asuntos y actividades que venían realizando además, esto suele ir acompañado de una disminución de sus capacidades que les induce a la soledad y al aislamiento. Los cambios que se han producido en la sociedad en los últimos años dejan a la persona mayor en una situación de inferioridad y desventaja al no poder integrarse, estos factores son: tecnología avanzada, cambios estructurales en la vida familiar, trabajo de la mujer fuera de la casa, las diferencias socioculturales, el factor económico, la

vivienda entre otros factores. Esto no es una consecuencia natural y no es voluntariamente aceptado, sino que el entorno lo impone rechazando todo aquello que supone envejecimiento y no permitiendo la integración ya que esto implica dedicación, paciencia, tiempo y ganas de ayudar a los ancianos, cualidades que en la forma de vida actual escasean basados en la creencia y justificación de que los mayores han hecho su vida y que ya no están capacitados para aprender cosas nuevas y esta creencia es errónea en la mayoría de los casos. Todas estas circunstancias hacen que el mayor se inhiba a la hora de comunicarse y relacionarse con los demás conduciéndole no solo a la automarginación, sino también a la aceleración del proceso degenerativo de sus capacidades físicas y cognitivas llevándola a una dependencia total (Rios, 2007).

1.3.3 Cambios fisiológicos

El envejecimiento se caracteriza por la pérdida progresiva con el tiempo de la capacidad de reserva del organismo y de adaptación ante los cambios. Los mecanismos homeostáticos responsables de mantener el equilibrio ante cambios internos y/o externos funcionan en el anciano con mayor lentitud, disminuyendo progresivamente su sensibilidad y amplitud, produciéndose respuestas más acertadas hasta llegar a un punto sin retorno de desestructuración completa en el que su acción es imposible, produciéndose la muerte. A continuación se describe los cambios que aparecen en el envejecimiento de acuerdo a Guillen & Pérez (2007):

Modificaciones morfológicas

Piel y faneras

Con el envejecimiento se produce una disminución de la vascularización dérmica que provoca palidez y disminución de la temperatura. Se producen sequedad y aspereza de la piel; aparecen arrugas, retraso de cicatrización, el pelo gris blanquecino, uñas frágiles y quebradizas además se reduce el número de glándulas sudoríparas.

Estatura y peso

Las variaciones en la estatura son secundarias a la disminución de la altura en los discos intervertebrales todos ellos contribuyen a la marcha característica de los ancianos. El peso aumenta al inicio de la senectud y disminuye en etapas posteriores.

Modificaciones de los sistemas de control

Sistema inmunitario

Se producen cambios en el sistema inmunitario que se asocian con menor resistencia a las infecciones, incremento de procesos autoinmunes y aumento de la susceptibilidad al cáncer.

Sistema nervioso

Aparecen diferencias específicas morfológicas bioquímicas y funcionales que afectan las células (neuronas, células gliales) a la sinapsis y los neurotransmisores, a la actividad sensorial y motora y a procesos cognitivos y afectivas.

Sistema endocrino

Los cambios sobre las glándulas endocrinas incluyen pérdidas de peso, atrofia y fibrosis muscular y cambios vasculares. Los valores basales hormonales se mantienen con la edad, dependiendo de la secreción hormonal de estímulos neurológicos y ambientales, de la retroalimentación hormonal y de la alteración en los receptores hormonales de los órganos.

Modificaciones de los sistemas efectores

Aparato respiratorio

El grado en los cambios del aparato respiratorio con la edad dependientes en su estructura y función son variables y dependen de los hábitos del individuo, del ambiente, las enfermedades previas y de la acción de los radicales libres.

Aparato digestivo

Con la edad se presentan cambios en la actividad secretora y a la motilidad de las principales estructuras que lo integran: cavidad bucal, estómago, faringe y esófago, estómago, intestino delgado e intestino grueso, hígado y páncreas.

Sistema nefrourológico

En el envejecimiento el tracto urinario se ve afectado por cambios celulares intrínsecos que afectan a la nefrona, vejiga, próstata, así como efectos secundarios o alteraciones endocrinas y vasculares que tiene repercusión en la formación de la orina.

Sistema musculoesquelético

El envejecimiento del sistema musculo esquelético (huesos, articulaciones, músculos) está influido por estilo de vida del individuo y está condicionado por el envejecimiento de otros sistemas corporales.

Órganos de los sentidos

Las alteraciones sensoriales aumentan de forma progresiva con la edad, el envejecimiento de la corteza visual provoca un aplanamiento de los potenciales evocados a estímulos luminosos en la corteza visual, aumentando el ritmo de lactancia de respuesta. Los defectos de audición aumentan con el envejecimiento, la capacidad de percepción de lenguaje esta disminuida y también disminuye la localización de la fuente del sonido (Guillen, 2006).

Aparato cardiovascular

De acuerdo con la OMS (2011) Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa. Se calcula que en 2004 murieron por esta causa 17,3 millones de personas, lo cual representa un 30% de todas las muertes registradas en el mundo; Las muertes por ECV afectan por igual a ambos sexos, y más del 80% se producen en países de ingresos bajos y medios. Se calcula que en 2030 morirán cerca de 23,6 millones de personas por ECV y se prevé que sigan siendo la principal causa de muerte. El envejecimiento es el factor de riesgo cardiovascular más importante puesto que el número de incidentes cardiovasculares atribuibles a cada uno de estos factores tiende incrementarse con la edad.

Dentro de las enfermedades Cardiovasculares la arritmia cardíaca ha representado un papel importante en la morbilidad de la población y además tiene impacto en la salud pública, ha sido generadora de innumerables investigaciones y tema de trabajos de numerosos grupos en todo el mundo, lo que ha derivado no sólo en el conocimiento mismo de la enfermedad, sino en el conocimiento más minucioso de la funcionalidad cardíaca; además de dar pie simultáneamente al desarrollo de incontables adelantos tecnológicos relacionados con dispositivos de asistencia circulatoria, implantes cardiovasculares, técnicas intervencionistas; entre otros (Bustamante & Valbuena, 2008).

CAPÍTULO 2. ARRITMIA CARDIACA

El corazón está formado por cuatro cavidades: dos aurículas y dos ventrículos. Las cavidades derechas bombean la sangre pasando desde la circulación sistémica hasta la pulmonar y las cavidades izquierdas bombean la sangre que llega desde la circulación pulmonar hasta la sistémica, con un intervalo apropiado y en una secuencia específica se producen las contracciones auricular y ventricular del corazón, para que haya un eficaz trabajo de bombeo. Toda esta coordinación es lograda por el sistema de conducción del corazón el cual es capaz de iniciar y transmitir impulsos eléctricos que controlan esta actividad, diversas anomalías de este sistema de conducción del impulso pueden provocar arritmias, lo cual implica no solos una alteración del ritmo cardiaco, sino también un cambio de lugar en la iniciación o secuencia de la actividad que se aparte de lo normal en el sistema eléctrico del corazón (De los Nietos, 2007).

2.1 Definición

La Fundación Española del Corazón (2012) menciona que una arritmia es una alteración del ritmo cardiaco. Los latidos del corazón ocurren como consecuencia de unos impulsos eléctricos que hacen que las aurículas y los ventrículos se contraigan de forma adecuada, sincrónica y rítmica. La frecuencia cardiaca oscila entre 60 y 100 latidos por minuto (lpm), y responde a la siguiente secuencia:

1. El impulso eléctrico del corazón se inicia en el nodo sinusal, emplazado en la aurícula derecha.
2. De ahí pasa por las aurículas al nodo aurículo-ventricular, situado en la unión de las aurículas con los ventrículos y llega a los ventrículos por el haz de His.
3. En los ventrículos se produce un estímulo sincrónico a través del sistema Purkinje.

2.2 Clasificación

De acuerdo con Elduayen & Muñoz (2009) la arritmia cardíaca incluye cualquier alteración en el origen, frecuencia, regularidad o conducción del impulso cardiaco. Se clasifica por la frecuencia del impulso como:

- a) Taquiarritmias: presentan una frecuencia de impulso mayor a 100 latidos por minuto (lpm).

b) Bradirritmias: presentan frecuencias menores de 60 latidos por minuto (lpm).

Taquiarritmias

De acuerdo con Matiz, Gutiérrez, Duque & Gómez (1999) las taquiarritmias tienen un efecto en el gasto cardiaco y la capacidad funcional. Se desarrolla una dilatación del ventrículo izquierdo con un deterioro de la función ventricular debido las taquiarritmias mantenidas y se clasifican de la siguiente manera:

Taquiarritmias supraventriculares.

- Latidos supraventriculares prematuros.- No representan una limitación
- Taquicardia sinusal entre 110 y 160 lpm.
- Taquicardia auricular entre 130 y 200 lpm.
- Fibrilación auricular.- De reciente comienzo, cuando lleva 6 meses y de curso prolongado fibrilación crónica.
- Flutter auricular entre 200 y 300 lpm.
- Taquicardia intranodal entre 170 lpm.
- Taquicardias en pacientes portadores de vías accesorias.
- Taquicardias ventriculares.
- Latidos ventriculares prematuros.- La mayoría con este padecimiento no presentan síntomas.

Taquicardia y fibrilación ventricular.

- A partir de la aparición de 3 o más latidos consecutivos de origen ventricular, cuando duran más de 30 segundos se consideran taquicardia ventricular sostenida (Matiz, Gutiérrez, Duque & Gómez, 1999).

Bradirritmias

El corazón no puede bombear suficiente sangre con altos niveles de oxígeno al cuerpo durante la actividad normal o el ejercicio (METRONIC, 2013).

Bradicardia sinusal

- Menor a 60 lpm. Resulta significativa cuando desciende de 40 lpm y extrema si es inferior a 20 lpm.

Paro sinusal

- Momentáneamente se produce un fallo en el estímulo sinusal.

Bloqueos sinoatriales

- Existe dificultad de conducción al nodo auriculoventricular (AV), aun cuando el estímulo es normal.

Síndrome del seno enfermo

- Suele precipitar implante de marcapaso por la disfunción del nodo sinusal el cual es incapaz de generar y/o conducir estímulos.

Ritmo de escape nodal

- Oscila entre los 35 y 60 lpm, produciéndose debido a un mecanismo de defensa ante una frecuencia sinusal baja.

Ritmo de escape ventricular

- Ante cualquier alteración de la zona que rige el ritmo cardíaco, se produce un estímulo en las zonas alternativas, en caso de alguna alteración a nivel del nodo AV salta el marcapasos ventricular (Elduayen y Muñoz, 2009).

Trastorno de la conducción auriculoventricular (AV)

- Bloqueo AV de primer grado.- Este se genera por un retraso de la conducción a nivel del nodo AV.
- Bloqueo AV de segundo grado Mobitz I.- Como el anterior no presenta síntomas.
- Bloqueo AV de segundo grado Mobitz II.- Bloqueo Avanzado, es intermitente e impredecible, elevando el riesgo de asistolia (Ausencia completa de actividad eléctrica en el miocardio).
- Bloqueo AV de tercer grado (BAV completo).- El bloqueo AV fue la primera indicación de marcapasos y continúa siendo la principal causa para el implante. Se decide implantar a medida que los síntomas estén relacionados con la bradicardia provocada por el bloqueo AV (Elduayen y Muñoz, 2009).

Causas

Las arritmias cardíacas aparecen por alguno de estos tres motivos:

1. Uno de los mecanismos eléctricos falla por falta de generación del impulso eléctrico.

2. El impulso eléctrico se origina en un sitio erróneo.
3. Los caminos para la conducción eléctrica están alterados

2.3 Síntomas

Para la American Heart Association (2013), cuando es muy breve, la arritmia puede no presentar casi síntomas, sentirse apenas como un aviso previo con un latido del corazón, sentirse como una palpitación en el pecho o en el cuello. Cuando las arritmias son severas pueden llegar a afectar el funcionamiento del corazón e incluso a no bombear suficiente sangre, así como a causar:

- Fatiga
- Cansancio
- Mareo
- Vértigo
- Sudoración
- Desmayo (Síncope)
- Dolor en el pecho
- Dificultad para respirar
- Taquicardia
- En casos extremos, el colapso y paro cardíaco repentino

2.4 Diagnóstico

Una parte importante en el diagnóstico de las arritmias son las pruebas de laboratorio y gabinete las cuales constan de:

- Electrocardiograma (ECG)
- Monitor de Holter y monitor de eventos cardíacos
- Pruebas de sangre
- Radiografía de tórax
- Ecocardiografía
- Prueba de esfuerzo
- Estudio electrofisiológico
- Prueba de la mesa basculante
- Angiografía coronaria
- Holter implantable (Brugada, Alzueta, Asso, Farré, Olalla & Tercedor, 2001).

2.5 Tratamientos

El tratamiento de las arritmias puede ser visto desde diferentes aspectos:

2.5.1 Farmacológico

De acuerdo con Navarro (2012) el efecto de los antiarrítmicos es modificar las características electro-fisiológicas (velocidad de conducción y duración de los periodos refractarios) de las estructuras involucradas en la taquicardia. Otra consecuencia de los antiarrítmicos es la que producen en el sistema nervioso autónomo sobre el corazón. Esto último como modulador, es esencial en la generación y perpetuación de una taquicardia.

Existen dos antiarrítmicos muy socorridos en México: la digital (digoxina) y la “solución polarizante” de Sodi Pallares. La primera tiene efectos antiarrítmicos indirectos extracardiacos, mientras que la solución “glucosa-insulina-potasio” ayuda a la incorporación de éste último dentro de la célula.

El uso de este grupo de medicamentos es por lo general basado en el “ensayo y error.” La clasificación que prevalece está basada en la de Vaughan Williams: Bloqueo de los canales de Na, K, Ca y de los receptores adrenérgicos β .

Los seis más utilizados en todo el mundo son: amiodarona (Cordarone^{MR}, Braxán^{MR}, Cardiorona^{MR}), propafenona (Norfenón^{MR}), dronedarona (Regivas^{MR}), verapamil (Dilacorán^{MR}). Que no están disponibles en México: flecainida (Tambocor^{MR}), disopiramida, dofetilide y sotalol (Sotaper^{MR}). La variedad de bloqueadores adrenérgicos β disponibles en México no es muy amplia. Los más utilizados como antiarrítmicos son: metoprolol, atenolol, carvedilol, pindolol y sotalol. El más potente y eficaz es la amiodarona, aunque su perfil de seguridad limita su utilidad. Los más recientes son la dronedarona y el vernakalat.

2.5.2 Ablación

La ablación como medida terapéutica cubre dos pretensiones: curar en forma definitiva, con lo que se previene cualquier reaparición de los paroxismos si la lesión fue exitosa.

La destrucción de tejido cardiaco para eliminar el sustrato anatómico, es actualmente el mejor instrumento terapéutico disponible. Se trata de lesionar de manera permanente alguna estructura o vías de conducción indispensables para la generación o propagación de una taquiarritmia. Los ejemplos más frecuentes son:

- Haces accesorios (de Kent, James o Mahaim).

- Vía nodal lenta en la reentrada nodal.
- Istmo cavo-tricuspídeo en el aleteo atrial.
- Aislamiento de las venas pulmonares en la FA.
- Zonas alrededor de una cicatriz quirúrgica (taquicardias posincisionales).
- Alrededor de una cicatriz o zona lesionada / isquémica. Éstas pueden ser tanto endocárdicas como epicárdicas.

En estos tres últimos casos, no se destruye el sustrato anatómico, sino se persigue bloquear la entrada o la salida del circuito de reentrada.

La ablación de la unión AV como tratamiento paliativo de la FA tiene como propósito producir un bloqueo AV (iatrogénico intencional), para controlar la frecuencia ventricular con un marcapaso. Por esta razón se le denomina “control de la frecuencia ventricular”. Existen diferentes técnicas y energías para hacer las ablaciones, desde la más conservadora transvascular venosa, arterial o ambas, hasta la quirúrgica a “cielo abierto” o “con intervención mínima”. La energía más utilizada es la calorífica generada por radiofrecuencia. Con control de la temperatura, voltaje e impedancia, se calienta la punta metálica de un catéter, que a su vez, coagula el tejido circunvecino (Navarro, 2012).

▪ **2.5.3 Dispositivos para estimulación artificial**

Los dispositivos eléctricos sirven para estimular al corazón en casos de falla de la despolarización espontánea o adecuada. Esto por supuesto incluye los bloqueos, pero también los casos de arritmias letales o potencialmente letales, y para corregir la asincronía de la contracción ventricular. Lo único que hacen estos dispositivos es estimular y detectar.

De todas estas indicaciones se deriva la variedad de dispositivos y modos de estimulación. Los hay para una, dos o tres cámaras, de frecuencia fija o variable, y de baja o alta energía de descarga. Cada uno tiene características e indicaciones específicas (Navarro, 2012).

Taquiarritmias

Desfibrilador Automático Implantable (DAI). Se convierte en la actualidad en una alternativa de tratamiento en pacientes con arritmias ventriculares responsables de muerte súbita, de manera que el número de pacientes con DAI ha aumentado considerablemente generando un proceso de adaptación del paciente a un nuevo estilo de vida (Achury & Achury, 2011).

El DAI es un dispositivo que se coloca debajo de la piel para monitorear el ritmo cardíaco. Se conecta al corazón mediante dos cables delgados, envía señales eléctricas al corazón si late demasiado lento, como un marcapasos y también envía una descarga eléctrica para ayudar a restaurar el latido normal del corazón si éste late en forma caótica o demasiado rápida. La desfibrilación cardíaca es una forma de hacer que un corazón con latidos anormalmente rápidos o desorganizados se normalice con una descarga eléctrica. El DAI se coloca debajo de la piel, generalmente debajo de la clavícula o en el abdomen debajo de las costillas. Se conecta al corazón mediante uno o más cables, llamados "electrodos". Reconoce los latidos anormales del corazón, Intenta normalizar los latidos (Cuando los latidos del corazón son muy bajos, funciona como un marcapasos y envía pequeñas señales eléctricas a su corazón o Cuando los latidos del corazón son muy rápidos o caóticos, el desfibrilador envía descargas para detener el ritmo anormal) y funciona las 24 horas del día (American Heart Association, 2013).

Bradiarritmias

Marcapaso: El sistema artificial de estimulación cardíaca, habitualmente llamado marcapaso, se compone de un aparato (generador) y uno o más cables (electrodos), dependiendo de la alteración del ritmo del corazón que padezcamos. El objetivo de esta estimulación artificial es lograr que el corazón vuelva a latir lo más parecido posible al de una persona sana. El generador es una pequeña caja metálica, del tamaño de un reloj de pulsera, que contiene unos circuitos electrónicos y una pequeña pila que suministra la energía necesaria para su funcionamiento. Esta caja es totalmente hermética. Actualmente está hecha de titanio, que es un material más resistente que el acero aunque menos pesado que éste y que no produce rechazo.

El generador se coloca debajo de la piel en una zona próxima a una de las clavículas, y dispone de un pequeño enchufe en el que se conectan unos cables que llegan hasta el corazón a través de una vena. Cuando el pulso es más lento de lo normal, el generador lo detecta y produce impulsos eléctricos que se transmiten a través de los cables al corazón, evitando esta situación anormal y recuperando una frecuencia cardiaca apropiada. El paciente no percibirá estos impulsos. Después del implante y de un corto período de recuperación, se podrá realizar una vida normal acorde con la edad y estado general de salud. El marcapaso no supondrá una limitación en las actividades diarias (Sociedad Española de Cardiología, 2013).



Figura 1. Marcapaso



Figura 2. Desfibrilador automático implantable

2.5.4 Psicológico

Si bien el entrenamiento físico se considera beneficioso para los trastornos psicológicos y las modificaciones de pautas de conductas, la educación sobre la salud, la psicoterapia, el manejo del estrés son necesarios para una rehabilitación integral de los enfermos cardíacos. Por esta razón, cada vez con más frecuencia se insiste en la importancia de programas interdisciplinarios de rehabilitación cardíaca que enfatizan no sólo las terapias con medicamentos y con ejercicios físicos controlados, o el control nutricional, sino también la inclusión de psicoterapias que reduzcan el impacto emocional negativo de la enfermedad y permitan una reintegración del paciente a una vida social óptima (Psicardiología, 2013).

La Cardiología Conductual es un campo 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. Representa un punto de vista alternativo respecto a que la enfermedad cardiaco-coronaria y el riesgo cardiovascular no son inevitables y se pueden

prevenir. De acuerdo con esto, las causas de la enfermedad cardíaca no se encuentran únicamente en el corazón, sino que también son producto del estilo de vida y de los efectos de los factores psicosociales –particularmente el estrés– y la manera en que se afrontan. La cardiología conductual explica no sólo cómo interactúan estos factores para provocar un trastorno cardiovascular, sino también cómo se pueden modificar una vez que se han establecido (Figueroa, Domínguez, Ramos & Alcocer, 2009).

La Cardiología Conductual utiliza el enfoque cognitivo conductual el cual de acuerdo con Goldman (2005) se ha visto alentado por el resultado positivo de las conclusiones de investigación cuidadosa y replicable, la cada vez mayor sofisticación del consumidor-cliente-paciente que demanda tratamiento eficaz y el aumento en énfasis sobre el control de los costos sobre la atención administrada . Este enfoque que se interesa por resaltar la independencia de los múltiples procesos que están envueltos en los pensamientos, sentimientos y conductas del individuo, así como las consecuencias ambientales (Maichembaum ,1988).

Dentro de este tratamiento psicológico que se emplea a los pacientes desde la Cardiología Conductual se encuentran:

Psicoeducación: De acuerdo con Alarcón & Ramírez (2006) es importante informar al paciente con una enfermedad cardíaca o en riesgo de padecerla todo lo relativo a la clínica de la enfermedad, sus posibles causas, las alternativas terapéuticas, lo que se espera de ellas, al igual que los riesgos y las conductas que deben asumir para favorecer el restablecimiento funcional cardíaco y mental. La psicoeducación deberá centrarse inicialmente en el reconocimiento de factores de riesgo o precipitantes de enfermedad cardíaca.

La explicación sencilla y completa del tratamiento y las posibilidades de recuperación a mediano y largo plazo, las medidas de prevención para evitar recaídas y los factores protectores de enfermedad cardíaca y de estilos de vida saludables deben estimularse, así como actividades de fomento de salud en un proceso paulatino y en la medida en que el paciente recupere el interés y el placer por su vida y el entorno en donde existe.

Biorretroalimentación Biológica: Técnica especializada del manejo de contingencias. Las conductas que se controlan o cambian son las respuestas internas y autonómicas que durante muchos años se consideraban completamente involuntarias y que por lo tanto no se podían someter a la modificación deliberada; el ritmo cardiaco, la presión sanguínea, las ondas cerebrales, las respuestas galvánicas de la piel y la distribución del flujo de la sangre constituyen algunos ejemplos primarios, la biorretroalimentación biológica requiere algún equipo especial que registre la actividad que interesa y luego la comunique o le proporcione “retroalimentación” al cliente sobre esta actividad. La retroalimentación se transmite a través de un medio visual o un estímulo auditivo (Mendoza, 2007).

Relajación: Caballo en 2008 menciona que relajación más utilizada es la relajación progresiva de Jacobson: la cual consiste en enseñar al paciente a tensar y relajar sistemáticamente varios grupos de músculos, para así aprender a discriminar la sensación resultante de la tensión y relajación, hasta que el paciente pueda eliminar las contracciones musculares y experimente una relajación profunda (León, 2011).

Reestructuración Cognitiva: Beck (1976) y Ellis (1977) explican que la mayor parte de los desórdenes psicológicos están asociados a cogniciones incorrectas y/o un procesamiento cognitivo equivoco. Coherentemente con lo anterior, proponen para tales desordenes la corrección de los pensamientos cognitivos irracionales y en el reemplazo de las ideas correctas y disfuncionales por otras más objetivas, adaptativas y funcionales (Leonor, Caballo & Ellis, 2002).

CAPÍTULO 3. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

De acuerdo a la OMS (2011) la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Berger en 1989 menciona que el concepto de “estado de salud” contiene todos aquellos elementos que forman parte de las personas y excluye lo que existe de manera independiente aunque pueda interactuar con ella (Yanguas, 2006).

La calidad de vida para Schwarzmann (2003) es una noción humana, que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, así como su vida familiar, amorosa, social el sentido que le atribuye a su vida, etc., la esencia de este concepto se fundamenta en el reconocimiento de la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual, el cual depende de su contexto cultural, sus valores y creencias, así como su historia personal (Sarmiento,2011).

De acuerdo Badia (1995) la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un concepto que abarca la salud, el estado de salud y la calidad de vida que agrupa tanto los elementos que forman parte del individuo como aquellos externos a este que interactúan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud además es un constructo latente no observable directamente que solamente puede ser deducido a través de indicadores y representa así mismo un constructo multidimensional (Yanguas, 2006). De acuerdo con Rincón (2011) la CVRS se refiere a cómo la salud de la persona afecta su habilidad para realizar actividades rutinarias sociales y físicas. Incluye áreas de la conducta como son: 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) funcionamiento psicológico y funcionamiento social.

La calidad de vida relacionada con la salud se ha medido a través de la función física, del estado psicológico, de la función e interacciones sociales y de los síntomas físicos. Esta medición se ha llevado a cabo mediante cinco dominios principales: mortalidad, morbilidad, incapacidad, incomodidad e insatisfacción. Incluye aspectos que contribuyen a que el sujeto perciba un grado de bienestar o malestar con su vida y su salud, por lo que se requieren medidas que reflejen lo que les ocurre a las personas con padecimientos específicos, en

escenarios particulares donde se desarrolla su vida. Las investigaciones enfocadas a evaluar la calidad de vida relacionada con una enfermedad específica incluyen aspectos emocionales de los pacientes derivados del mismo proceso de enfermedad y de los efectos secundarios de los tratamientos a los que son sometidos (Instituto de Geriátría [INGER], 2011).

A la CVRS en población con cardiopatía se le ha concedido por parte del paciente una mayor importancia incluso que a la duración de vida (Lewis, et al., 2001) además ha sido reconocida como un indicador de reincidencia hospitalaria al encontrar un empobrecimiento de ésta en una recaída o incluso en pacientes que murieron luego de regresar al hospital (Rodríguez-Sutil, Gil-Corbacho y Martínez, 1996).

Los pacientes con arritmia cardiaca que dependen de un dispositivo implantable se perciben con una menor calidad de vida relacionada con la salud al reportar diversas preocupaciones ante el funcionamiento del mismo encontrado constantemente comorbilidad psicológica, particularmente depresión y ansiedad referida en cuanto a la modificación de la imagen corporal, el cambio en el estilo de vida, limitaciones en la vida diaria, además de las incomodidades físicas (Duru, et al, 2001).

Un estudio realizado por León (2012) implementó un programa de preparación psicológica para procedimientos invasivos en pacientes tributarios (candidatos) a marcapaso definitivo para modificar la comorbilidad emocional. Los resultados mostraron diferencias estadísticas significativa en los dominios del CVRS: limitaciones físicas $\alpha=0.028$, autoeficacia $\alpha=0.042$, interferencia social $\alpha= 0.026$, estado funcional $\alpha=0.027$, y en el resumen clínico $\alpha=0.018$.; y en el HADS en la escala de Depresión con $\alpha=0.020$. Estos datos ponen en evidencia la presencia de Ansiedad y Depresión preoperatoria y su modificación con la preparación psicológica; así como una mejora en la Calidad de Vida después del implante del dispositivo.

Malm, Karlsson & Friedlund (2007) investigaron los efectos sobre la CVRS de un programa de 10-meses de auto-cuidado programa para pacientes con marcapaso. Los resultados mostraron ($n=97$, media 71 años) y se obtuvo una CVRS significativamente mejor en términos de experimentar los síntomas que eran el motivo del implante de marcapaso, por haber disminuido o desaparecido.

Duru & cols (2001) evaluaron las diferencias en la adaptación psicosocial, calidad de vida y la incidencia de los trastornos afectivos entre los pacientes con marcapasos y aquellos con desfibrilador automático implantable (DAI). A pesar de contar con historias clínicas y

tratamientos diferentes los pacientes con marcapaso y DAI respondieron de manera similar a las herramientas de evaluación sobre el estado de salud.

3.1 Calidad de vida relacionada con la salud y vejez

La prevalencia de enfermedades crónicas, en la mayoría de los países y en la población adulta mayor para la que el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de las personas, lleva a que las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no sean suficientes para evaluar la calidad de vida de esta población. En este contexto, la incorporación de la medida de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) como una medida necesaria ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones. El estudio de la calidad de vida aplicada a la tercera edad, debe incluir aspectos como el estado de salud, el rol, el estado funcional y la determinación de factores de riesgo. A partir de esta información, es posible planificar programas preventivos, acciones concretas de salud y organización de servicios sociales y de salud (Botero & Pico, 2007). Por lo tanto la intervención con los mayores para mejorar su calidad de vida, al igual que en los nuevos planteamientos sobre valoración geriátrica, no sólo debe centrarse en medidas de salud física ya que otro tipo de variables de orden psicológico influyen directamente, no sólo en la propia calidad de vida, sino también en la modificación de esas variables de carácter meramente físico (Sena, Moral & Pardo, 2008).

Dentro de estas variables de orden psicológico se ha encontrado evidencia de que en general, las habilidades de afrontamiento son importantes tanto en la prevención de la enfermedad como en la adaptación a ella, ya que la enfermedad crónica y la incapacidad física constituyen una importante fuente de estrés y malestar físico y emocional, que va aunado a una pérdida en la calidad de vida de las personas es por esto que la calidad de vida puede ser objeto de estudio de la psicología, ya que es un componente central del bienestar humano, el cual está relacionado a su vez con aspectos como la salud y las estrategias de afrontamiento (González & Padilla, 2006).

CAPÍTULO 4. AFRONTAMIENTO

El afrontamiento o coping, definido por Lazarus y Folkman en 1991 como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo'; para que este sea efectivo, debe haber concordancia entre las opciones de afrontamiento y variables como son los valores, objetivos, creencias y compromisos que condicionan la posición del individuo, Lazarus (1998), menciona que el adulto mayor con alguna enfermedad, especialmente si es crónica, teme a la pérdida de su buen funcionamiento mental y físico, a la presencia de dolores crónicos y penosos, así como a las condiciones progresivas de degeneración. El deterioro mental y físico puede agudizarse a causa de la depresión e impotencia, así como de los temores de la pérdida del control, pérdidas que lo llevan a utilizar diferentes estrategias de afrontamiento para adaptarse a ellas. Es de gran importancia que el individuo establezca estrategias eficaces de afrontamiento para lidiar con los cambios físicos, psicológicos, familiares, sociales y laborales, ya que la forma en que los ancianos afronten la situación dependerá de los recursos de que dispongan. En la salud, las personas que responden de forma positiva ante una situación presentan una tasa de mortalidad más baja. De esta manera, mejora la adaptación del adulto mayor a su ambiente y actividades (Gonzales & Padilla, 2006).

Hernández & Graus (2005) describen que el control o manejo del acontecimiento estresante que supone la enfermedad especialmente la crónica, se realiza mediante la emisión de afrontamiento muy variadas. No se pueden ejecutar respuestas de afrontamiento de la enfermedad que no estén en el repertorio comportamental del sujeto pero podemos distinguir las siguientes categorías comportamentales, que son frecuentes:

- Negación o minimización de la gravedad de la crisis: Negación del hecho de la enfermedad, negación del significado de la enfermedad o negación del estado emocional de la enfermedad.
- Respuesta de acción directa de escape-evitación del acontecimiento.
- Búsquedas de información pertinente sobre la enfermedad, los procedimientos alternativos y sus probables consecuencias.

- Conductas confrontativas: esfuerzos activos centrados sobre los problemas para aprender procedimientos específicos relacionados con la enfermedad.
- Planeación de actividades e introducción de cambios de vida positivos
- Manejo de la autopresentación y pedir apoyo emocional de la familia, amigos y profesionales sanitarios.
- Ensayo de consecuencias alternativas.
- Instalación o mantenimiento del sentimiento de control.
- Acciones sobre el entorno para cambiar la situación, es decir acciones de control: instrumental comportamental o decisional.
- Encontrar o dar sentido a la enfermedad.
- Reinterpretación positiva de la enfermedad.
- Búsqueda y obtención de apoyo social.
- Comparación social positiva.
- Resignación o aceptación de la enfermedad.

Actualmente se asume que la percepción de apoyo social utilizado como modo de afrontamiento es una de las variables más importantes que intervienen en la salud de los individuos (Pérez, Calvo & Montero, 2001).

4.1 Apoyo social

El apoyo social se refiere a la ayuda real o percibida por una persona por parte de sus familiares, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, entre otros. En cuanto al apoyo percibido se refiere a la percepción de que se es amado y estimado por los demás, supone una percepción que promueve la salud, alivia el impacto de las enfermedades crónicas, afecta benéficamente a la salud del paciente (Vinnancia et al, 2005).

De acuerdo con Rodríguez & Enrique (2007) según el nivel de referencia en que se puede abordar al apoyo social encontramos tres niveles de análisis:

- a) **Nivel comunitario o macro:** entendido como el sentimiento de pertenencia e integración en el entramado social que representa la comunidad en su conjunto como organización.

- b) **Nivel medio:** que comprende el apoyo recibido como consecuencia de las interacciones sociales que tienen lugar en un entorno social más próximo a la persona. Este nivel correspondería con el apoyo dispensado por las redes sociales a las que pertenece un individuo y que le daría un sentimiento de vinculación.
- c) **Nivel macro o de relaciones íntimas:** proveniente de aquellas personas con las que el individuo mantiene una vinculación natural más estrecha y que da lugar a un sentimiento de seguridad a la vez que de compromiso y responsabilidad por su bienestar.

Se distinguen dos tipos de abordaje en función de la perspectiva desde la que se la estudie:

Perspectiva estructural: hace referencia tanto a las características cuantitativas u objetivas de red de apoyo social, tales como tamaño, densidad, dispersión geográfica etc., como a las características de los contactos que tienen lugar dentro de ella.

Perspectiva funcional. Desde la que se analizan los efectos o consecuencias que le aportan al sujeto acceso y conservación de las relaciones sociales que tiene en su red. Desde esta perspectiva los tipos de apoyo social se clasifican como:

- **Emocional:** representa el entendimiento personal de ser amado, la seguridad de poder confiar en alguien y de tener intimidad con esa persona.
- **Instrumental o tangible:** Hace referencia a la posibilidad de poder disponer de ayuda directa.
- **Informacional:** Consiste en la provisión de consejo o guía para ayudar a las personas a resolver sus problemas.

Las redes sociales tienen un efecto directo sobre la salud mediante la interacción con los demás, proporcionando un sentido de identidad social, de pertenencia, de participación, fomentando conductas saludables, incrementando la autoestima y optimizando las creencias de competencia y control personal sobre el ambiente.

Barra (2004) considera que el apoyo social actúa bajo el mecanismo de redefinición del daño potencial del estresor disminuyendo las reacciones del sistema neuroendocrino o facilitando los procesos de afrontamiento, es decir la puesta en marcha de estrategias de

resolución de problemas. No obstante, la complejidad de las variables implicadas en el constructos de apoyo social y las dificultades para su evaluación han llevado a plantear que quizá las relaciones entre el apoyo social y la salud establecidas hasta el momento sean demasiado restrictivas, incluso hay autores que consideran que el apoyo social actúa como relación a la presencia de acontecimientos estresantes; en ausencia de ellos, apoyo social no tendría efectos sobre la salud (Sandin, 2003).

Toro y varas (2003) han encontrado que el apoyo social ayuda a las personas con enfermedades crónicas a reducir el estrés, provee un espacio para relajarse y desarrollar un compartir positivo, esto a su vez reduce los efectos negativos de las condiciones de salud. Así mismo Martos, Pozo y Alonso en el 2008 encontraron que una amplia red mejora el estado de los enfermos por encima de aquellos que poseen una red más limitada.

Un estudio examinó si los patrones de tamaño de la red social, el apoyo social funcional, y la soledad son diferentes para las personas mayores con diferentes tipos de enfermedades crónicas en una muestra comunitaria de hombres y mujeres en Amsterdam, se obtuvo que el tamaño de la red social y los intercambios de apoyo emocional no se asociaron con el estado de la enfermedad. Las únicas diferencias entre personas sanas y los enfermos crónicos se encontraron para la recepción de apoyo instrumental y la soledad. La enfermedad tuvo un papel diferencial: una mayor sensación de soledad se encuentra sobre todo para las personas con enfermedades pulmonares o la artritis, y recibir más apoyo instrumental se encuentra sobre todo para las personas con artritis o un derrame cerebral ante esto se concluyó que las características específicas de una enfermedad parecen jugar un papel (pequeño) en la percepción de apoyo instrumental y los sentimientos de soledad de las personas mayores con enfermedades crónicas (Penninx,1999).

Dimatteo en 2004 realizó una revisión de la literatura desde 1948 hasta 2001, en 122 estudios, se encontró correlación entre el apoyo social estructural o funcional con la adherencia del paciente a los regímenes médicos. Se realizó una meta-análisis entre la adhesión y el apoyo social práctico, emocional y unidimensional, la cohesión familiar y el conflicto, estado civil y situación de convivencia de los adultos. Se encontró que el apoyo práctico tiene la correlación más alta con la adherencia. La adherencia es 1,74 veces mayor en los pacientes procedentes de familias cohesionadas y 1,53 veces menor en los pacientes

precedentes de familias en conflicto. Estado civil y convivencia con otra persona (para adultos) podría aumentar la adherencia (APA, 2012).

El apoyo social es un concepto que reconoce los pacientes existir en diversos grados en las redes a través del cual pueden recibir y dar ayuda, y en el que se involucran en interacciones. Puede ser obtenido de la familia, amigos, compañeros de trabajo, consejeros espirituales, el personal sanitario o los miembros de su comunidad o barrio. Varios estudios han demostrado que el apoyo social se asocia con mejores resultados y una mayor supervivencia en varias enfermedades crónicas, incluyendo el cáncer y la etapa final de enfermedad renal terminal. El mecanismo por el cual el apoyo social ejerce sus efectos saludables son desconocidos, pero ayuda práctica para lograr el cumplimiento, un mejor acceso a la atención sanitaria, mejora de la situación psicosocial y nutricional y la función inmune, y la disminución de los niveles de estrés también pueden jugar un papel clave (Patel, Peterson & Kimmel, 2005)

A pesar de los bajos niveles de apoyo se asocian con un mayor riesgo de eventos cardiovasculares, no está claro qué tipo de apoyo se asocian más con los resultados clínicos en personas sanas y en pacientes coronarios. El desarrollo de un consenso en la conceptualización y medición del apoyo social es necesaria para examinar qué tipos de apoyo tienen más probabilidades de estar asociado con resultados adversos. También hay poca evidencia de que la mejora de bajo apoyo social reduce los eventos coronarios (Kara & Mirici, 2004).

El apoyo social en el paciente con cardiodesfibrilador como segundo mecanismo proveedor de estructura, se define como la percepción que un sujeto tiene ante situaciones difíciles o problemáticas, en donde puede contar con alguna persona o institución que lo auxilie. El apoyo social incrementa los recursos de afrontamiento, amortigua los efectos desencadenados ante la nueva situación como portador del dispositivo, por lo que debe ser de tipo afectivo e informativo. El afectivo hace referencia al reconocimiento y la aceptación que se tiene en la familia y el informativo proviene de dos fuentes: el núcleo familiar y los profesionales de la salud, lo que permite capacitar al paciente a reevaluar la situación y adaptarse mejor a ella (Achury & Achury, 2011).

En los pacientes con desfibrilador automático implantable (DAI) se investigó el impacto de las emociones y el apoyo social en la recuperación cardiovascular del estrés mental el cual parece desencadenar arritmias ventriculares malignas e infarto de miocardio en pacientes cardíacos, se encontró que pacientes portadores de DAI con mayor apoyo social percibido se asocia con una recuperación hemodinámica más pronunciada después del estrés mental (Lache, Meyer & Herrmann-Linger, 2007).

4.1.1 Apoyo social y vejez

El aumento de la población vieja a escala mundial se acompaña de la necesidad de ayuda. Debido a varias circunstancias, los adultos mayores sufren algún grado de incapacidad por lo cual requieren la ayuda de su familia para enfrentar su situación. La necesidad de recibir apoyo se da a partir de sus redes sociales. Los estudios reportan cómo las redes sociales están compuestas principalmente por los cónyuges y los hijos, y, en menor medida, por otros parientes consanguíneos y políticos; dichas redes proveen de una gran cantidad de apoyo social en forma cotidiana, ya sea instrumental, emocional, de compañía, de cuidados personales, de consejo ó defensa. Pero también se documentan variaciones; entre los hallazgos más sobresalientes está que los solteros, los hombres, y quienes viven solos tienen redes más pequeñas y reciben menos apoyo social (Robles et al, 2000).

Entre las investigaciones que apuntan la relación entre salud de los mayores y relaciones sociales, la mayoría de los autores resalta que relaciones sociales satisfactorias parecen promover mejores condiciones de salud, pero los mecanismos por los cuales estos efectos son ejercidos aun no son totalmente conocidos. El apoyo social podría tanto proteger los individuos de los efectos patógenos de eventos estresantes, cuanto afectar positivamente la salud de las personas al suministrar recursos (ayuda económica, material, informaciones), mejor acceso al cuidado de salud y regulación de hábitos de vida. El apoyo social satisfactorio es factor de protección para incapacidad funcional y comprometimiento cognoscitivo en los mayores además ayuda a mantener los mayores autónomos e independientes dentro de su contexto familiar y sociocultural, lo que es fundamental para sus funciones cognoscitivas y para su bienestar psicológico (Pereira de Brito & Iost, 2012).

De acuerdo con Huenchuan & Sosa (2001) la relación entre envejecimiento y apoyo social se estudia según el concepto de calidad de vida, en el sentido de que la falta o tenencia de apoyo social positivo o negativo repercute directa o indirectamente en aspectos personales, tales como la salud, actividades de ocio, habilidades funcionales, relaciones

sociales, satisfacción, etc., de las personas mayores. La consecuencia del apoyo social en la calidad de vida de las personas mayores, sobre todo en lo referido al bienestar psicosocial, se da, de acuerdo con Barros (1994), en dos sentidos:

- Efecto directo-. Al permitir que el individuo se sienta parte de un conjunto de personas unidas por lazos de solidaridad y responsabilidad mutua, con las que se puede contar en caso de necesidad,
- Efecto indirecto.-, Al atenuar o neutralizar las secuelas que dan lugar a condiciones generadoras de tensiones, como el mejorar la capacidad de respuesta frente a las situaciones cotidianas.

Asimismo, las investigaciones han demostrado la repercusión positiva del apoyo social en la salud de las personas en la seguridad económica en las relaciones interpersonales y en el nivel de satisfacción con la vida familiar. La familia cumple un papel importante en el apoyo social que reciben las personas mayores. En el apoyo instrumental de las personas mayores: “El cónyuge y los hijos o hijas son los principales proveedores de ayuda económica y cuidados. Es el cónyuge con quien los adultos mayores cuentan incondicionalmente, ya que con los hijos pueden hacerlo sólo en un plazo breve o frente a situaciones específicas” (Barros, 2001).

Lo que se busca es que las personas mayores desarrollen su potencial de bienestar físico, mental y social a medida que van envejeciendo, de acuerdo a sus necesidades, deseos y capacidades mientras que se le proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia. Por lo que se pretende promover el envejecimiento activo, conceptualizando como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas que envejecen. Es importante que se desarrollen programas para los adultos mayores con la finalidad de promover el autocuidado, la autoayuda y la autogestión, privilegiar la salud sobre la enfermedad, promover su desarrollo en la comunidad, fomentar el uso óptimo de redes sociales y mantener, prolongar y/o recuperar su funcionalidad física mental y social (Hernández, 2011).

JUSTIFICACION

De acuerdo con la OMS en el 2050, cerca del 80% de las muertes corresponderán a personas mayores de 60 años. Este cambio demográfico tendrá varias repercusiones en la salud pública. La buena salud es esencial para que las personas mayores mantengan su independencia y participen en la vida de la familia y de la comunidad por lo cual las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades a lo largo de toda la vida pueden evitar o retrasar la aparición de enfermedades no transmisibles y crónicas, como lo son las cardiomiopatías. El gasto sanitario aumenta con la edad y se concentra en el último año de vida, pero cuanto más tarde muera una persona menores serán los costos concentrados en ese periodo. El aplazamiento de la muerte gracias a un envejecimiento saludable y a políticas apropiadas para el final de la vida podría proporcionar grandes ahorros en materia de atención sanitaria. Los servicios de atención primaria deben proporcionar una atención accesible, integrada y regular a las personas mayores que padecen enfermedades crónicas y requieren un seguimiento para reducir al mínimo las discapacidades asociadas y sus efectos negativos sobre la calidad de vida.

Respecto a lo anterior es indispensable que profesionales de la salud trabajen de manera multidisciplinaria e interdisciplinaria ante el mejoramiento de la calidad de vida, dentro de estos profesionales el psicólogo tiene un papel muy importante para llevar a cabo estrategias de intervención que tienen como finalidad de esta. Los estudios sobre la calidad de vida surgen para conocer y dar mejor atención a las necesidades de la persona –en este caso específicamente del adulto mayor–, ya que por los cambios físicos, psicológicos y sociales asociados al proceso del envejecimiento constituyen una población particularmente vulnerable que requiere de estrategias de atención que les garanticen una calidad de vida digna. Así, para mantener un buen nivel de bienestar, la persona necesita reestructurar su vida en torno a sus capacidades y limitaciones, organizar su jerarquía de metas y cambiar sus estrategias para llegar a ellas, aceptando que la vejez es una etapa más de la vida con características propias; y aprendiendo a disfrutar de ella y a vivirla con dignidad.

Actualmente se asume que la percepción de apoyo social es una de las variables más importantes que intervienen en la salud de los individuos. Por lo tanto es importante realizar una investigación acerca de la relación que existe en la calidad de vida relacionada con la salud y el apoyo social percibido específicamente en pacientes geriátricos con arritmia

cardiaca los cuales son más vulnerables de padecerla debido a que no se encontrado muchos datos en la literatura en la población mexicana (específicamente en pacientes con un dispositivo eléctrico implantable como Marcapaso y Desfibrilador Automático Implantable) lo cual nos puede servir para plantear diversas intervenciones a pacientes que se encuentren dentro de este rango de edad.

Planteamiento del problema

¿Qué asociación existe entre la calidad de vida relacionada con la salud y el apoyo social percibido en pacientes geriátricos con arritmia cardiaca?

OBJETIVOS

General

- Determinar la asociación que existe entre la calidad de vida relacionada con la salud y el apoyo social percibido en pacientes geriátricos con arritmia cardiaca portadores de Marcapaso y Desfibrilador Automático Implantable

Específicos

- Evaluar el nivel de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes geriátricos con arritmia cardiaca portadores de marcapaso y desfibrilador automático implantable.
- Evaluar la percepción de apoyo social en pacientes geriátricos con arritmia cardiaca portadores de marcapaso y desfibrilador automático implantable.
- Evaluar la asociación que existe entre la calidad de vida relacionada con la salud y el apoyo social percibido en pacientes geriátricos con arritmia cardiaca portadores de marcapaso y desfibrilador automático implantable.

Definiciones conceptuales y operacionales de las variables

Percepción de apoyo social

- **Definición conceptual:** Dimensión evaluativa que lleva acabo la persona acerca de la ayuda con la que cree contar (Rodríguez, 2007).

- **Definición operacional:** Se medirá la variable por medio del instrumento MOS de apoyo social percibido el cual recoge información del apoyo social percibido en tres áreas: emocional, social y afectivo.

Calidad de vida relacionada con la salud

- **Definición conceptual:** Se refiere a como la salud de la persona afecta su habilidad para realizar actividades rutinarias sociales y físicas. Incluye áreas de la conducta como son: a) funcionamiento físico (capacidad para realizar tareas físicas), b) funcionamiento ocupacional (habilidad para hacer múltiples funciones esenciales y no solo de trabajo), c) percepciones sobre el estado de salud (creencias personales y evaluación del estado de salud en general), d) funcionamiento psicológico y funcionamiento social (como se relaciona con otras personas y cómo reaccionan otras personas ante él) (Rincón, Figueroa, Alcocer & Ramos, 2011).
- **Definición operacional:** Se medirá la variable por medio del instrumento Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) el cual hace referencia a la enfermedad y como ha afectado su vida.

MÉTODO

Participantes

Participó una muestra no probabilística de 22 pacientes geriátricos con arritmia cardiaca no dependientes portadores de Marcapaso y Desfibrilador Automático Implantable, ambos sexos, los cuales provenían del Hospital general de México “Eduardo Liceaga” y del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE. Los siguientes criterios fueron los mismos para ambos grupos (Marcapaso y DAI).

Inclusión:

- Pacientes portadores de dispositivo eléctrico implantable.
- Pacientes ambulatorios
- Pacientes mayores a 60 años de edad
- Alfabetizados
- Sin ningún deterioro cognitivo

Exclusión:

- Pacientes que no terminaron su evaluación

Escenarios

- Laboratorio de electrofisiología clínica y experimental del Hospital General de México “Eduardo Liceaga”.
- Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE.

Instrumentos

Cuadernillo de evaluación psicológica integrado por los siguientes documentos:

- Carta de consentimiento informado. (ver, Anexos 1, 2)
- Ficha de identificación (ver, Anexos 1, 2)
- Cuestionario de Calidad de Vida Relacionado con la Salud (CVRS) (Rincón, Figueroa, Alcocer & Ramos, 2011). (ver, Anexos 1, 2).Consta de 23 ítems los cuales se responden en una escala tipo Likert de 1 a 4, 5 o 6 puntos, los dominios que mide son:
 - 1) Limitaciones físicas
 - 2) Síntomas (frecuencia, severidad y cambios recientes con el tiempo)
 - 3) Calidad de vida
 - 4) Interferencia social
 - 5) Autoeficacia
 - 6) Estado Funcional
 - 7) Resumen clínico

Entre más se acerque el puntaje a 100 mejor CVRS y el instrumento cuenta con un alfa de Cronbach de 0.8819

- Cuestionario MOS de apoyo social percibido (Shebourne, 1991). (ver, Anexos 1, 2)

Consta de 20 ítems. El ítem número 1 hace referencia al tamaño de la red social y los 19 ítems restantes están referidos a las 4 dimensiones del apoyo social funcional: emocional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo. La distribución original de los ítems

se presenta de la siguiente manera: Apoyo emocional/informacional: ítems 3,4,8, 9, 13, 16,17 y 19 (Puntuación máxima: 40, media: 24 y mínima: 8), Apoyo instrumental : ítems 2, 3, 12,15 (Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4), Relaciones sociales de ocio y distracción : ítems 7, 11, 14,18 (Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4) , Apoyo afectivo : ítems 6,10, 20. (Puntuación máxima: 15, media: 9 y mínima: 3) y El índice global de apoyo social (máximo 94, medio 57 y mínimo de 19). Se pregunta, mediante una escala de 5 puntos, con qué frecuencia está disponible para el entrevistado cada tipo de apoyo. También se puede obtener una puntuación total en donde a mayor puntuación mayor apoyo percibido. Tiene un índice de confiabilidad de alfa de Cronbach de .919 para la totalidad de la prueba mientras que por cada factor presenta los siguientes alfas: Apoyo emocional: .876; apoyo efectivo: 843 y para apoyo instrumental: 802.

Diseño

No experimental, transversal, exploratorio y correlacional (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

Procedimiento

Las evaluaciones se realizaron a pacientes geriátricos con arritmia cardiaca portadores de Marcapaso y Desfibrilador Automático Implantable. Estas evaluaciones se llevaron a cabo en la clínica de arritmias del Hospital General de México y en el Hospital Centro Médico “20 de Noviembre” del ISSSTE.

Al llegar a los escenarios correspondientes se obtuvo la lista de los pacientes a los que le tocaba ir a revisión de su dispositivo eléctrico implantable según fuera el caso y se les llamó por su nombre, si cumplían con los criterios de inclusión antes mencionados se les explicaba sobre el objetivo del estudio y se solicitaba su participación de forma voluntaria a través de una firma en la carta del consentimiento informado.

Posteriormente una vez que los pacientes geriátricos con arritmia cardiaca (portadores de Marcapaso o DAI) seleccionados firmaron la carta de consentimiento informado, se les presentó los instrumentos de evaluación (MOS, CVRS) necesarios para cumplir con el fin de la investigación y se les pidió que contestaran las preguntas que se les fuera realizando, la

evaluación para cada paciente duró aproximadamente 20 minutos, posteriormente a esta se agradeció su participación.

Al término de todas las evaluaciones necesarias para cumplir con el fin de la investigación, los datos obtenidos se sometieron al análisis estadístico correspondiente, se observaron los resultados y se procedió a realizar el informe final de la investigación.

Consideraciones éticas

Se tomaron en cuenta los lineamientos del Hospital General de México “Eduardo Liceaga” y del Hospital Centro Medico “20 de Noviembre” del ISSSTE, los cuales constan de informar al paciente de los riesgos, procedimientos, objetivos 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 los datos obtenidos y la disponibilidad del tratamiento médico. Toda la información proporcionada por el paciente, fue utilizada solo con fines de la investigación de manera confidencial y única. Para cubrir este rubro, se utilizó una carta de consentimiento informado, donde, se describen los aspectos en los que se consintió la participación de los pacientes en el proyecto, fue necesario que tanto el paciente como su cuidador firmaran la carta de consentimiento, para de esta forma estar enterados de las actividades a las cuales accedían participar.

RESULTADOS

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 19 para Windows, se obtuvieron medidas de tendencia central y se usó la prueba de correlación de Pearson. Las correlaciones de Pearson se interpretaron por su magnitud, signo y por su significancia.

A continuación se describen los resultados obtenidos en la evaluación psicológica de los pacientes geriátricos con arritmia cardíaca, portadores de Marcapaso y Desfibrilador Automático Implantable (DAI). En primer lugar se muestran los datos sociodemográficos y psicológicos (Apoyo Social y CVRS) de la muestra total y los resultados de correlación de dichas variables, posteriormente se realiza lo mismo para cada tipo de muestra por separado.

- **Datos sociodemográficos: pacientes geriátricos con arritmia cardíaca (n=22)**

En la tabla 1 se observan los resultados sociodemográficos obtenidos de la muestra total de 22 pacientes geriátricos con arritmia cardíaca, 11 con Marcapaso y 11 con DAI. Se encontró que la edad promedio de estos pacientes fue de 67 años con un rango de 60 a 89 años, respecto al género la mayoría fueron hombres con un 63.6%, el 31.8% menciono realizar algún oficio relacionado con carpintería, agricultura, fotografía, comercio, enseñanza, entre otros, el 45.5% reportó ser profesionista sin embargo otro porcentaje importante tuvo con un 40.9% escolaridad básica (primaria o secundaria). En relación al estado civil la mayoría fue casado o vivía en unión libre con 68.2% y predominó la religión católica con un 81.8%.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de pacientes geriátricos con arritmia cardíaca portadores de Marcapaso y DAI

		Porcentaje	Frecuencia n=22
Edad	\bar{x} 67 años (60-89)		
Género	Masculino	63.6%	(14)
	Femenino	36.4%	(8)
Ocupación	Empleado	4.5%	(1)
	Profesionista	22.7%	(5)
	Comerciante	13.6%	(3)
	Hogar	27.3%	(6)
	Oficios	31.8%	(7)
Escolaridad	Alfabetizados	4.5%	(1)
	Primaria	27.3 %	(6)
	Secundaria	13.6 %	(3)
	Bachillerato o Carrera técnica	9.1%	(2)
	Profesionista	45.5%	(10)
Estado Civil	Soltero/a	9.1%	(2)
	Casado/unión libre	68.2%	(15)
	Viudo/a	22.7%	(5)
Religión	Católica	81.8%	(18)
	Cristiana	4.5 %	(1)
	Ninguna	4.5%	(1)
	Otra	9.1%	(2)

- **Evaluación Psicológica**

Percepción de salud y estilo de vida

En la tabla 2 se observa la percepción de salud de la muestra general de los pacientes geriátricos con arritmia cardíaca en donde se indica que el 31.8% se considera muy saludable mientras que el otro 68.2% no se considera saludable (poco o regularmente saludable). Respecto a la presión que sienten con el estilo de vida que llevan el 40.9% menciona sentirse presionado (poco, regularmente o muy presionado) y en relación a lo que

hacen en su tiempo libre el 63.6% de la muestra reporta realizar principalmente actividades pasivas como barrer, ver la tele, cocer, cocinar, leer entre otras.

Al preguntar a los pacientes acerca de su disposición para realizar cambios en su estilo de vida respecto a su enfermedad cardiaca el 77.3% mencionó tener algún tipo de disposición (ya los está haciendo desde hace un mes o lleva más de 6 meses haciéndolos) y el otro 22.7% lo ha pensado pero no lo ha llevado acabo o no está dispuesto en estos momentos a realizar cambios en su estilo de vida.

Tabla 2. Percepción de salud en pacientes geriátricos con arritmia cardiaca

		Porcentaje	Frecuencia
¿Qué tan saludable se considera?	Poco saludable.	18.2%	(4)
	Regularmente saludable.	50.0%	(11)
	Muy saludable.	31.8%	(7)
¿Qué tan presionado se siente con el estilo de vida que lleva?	Nada presionado.	59.1%	(13)
	Poco presionado.	18.2%	(4)
	Regularmente presionado.	9.1%	(2)
	Muy presionado.	13.6%	(3)
¿Qué hace en su tiempo libre?	Actividades recreativas activas.	9.1%	(2)
	Actividades recreativas pasivas.	63.6%	(14)
	Ambas.	27.3%	(6)
¿Qué tanto esta dispuesto a hacer cambios en su estilo de vida?	No estoy dispuesto en este momento.	4.5%	(1)
	Lo he pensado pero no lo he llevado acabo.	18.2%	(4)
	Ya los estoy haciendo desde hace un mes.	4.5%	(1)
	Llevo más de 6 meses haciéndolo.	72.7%	(16)

- **Apoyo social y calidad de vida relacionada con la salud**

En la tabla 3 se observa el promedio del tamaño de la red social de los pacientes geriátricos con arritmia cardíaca y de las 4 dimensiones evaluadas con el instrumento MOS de percepción de Apoyo Social. El tamaño de la red social se refiere a los amigos íntimos y familiares con los que cuenta el paciente el cual indica (\bar{x} =15.59) mientras que las 4 dimensiones evaluadas muestran los puntajes presentados en el siguiente orden:

Apoyo Emocional (\bar{x} =34.36/40) el cual se refiere a la disponibilidad que tiene el paciente de contar con alguien que le brinde consejos, comprensión, confianza, bienestar y autoestima, Ayuda material o Instrumental (\bar{x} =18.55/20) este facilita el acceso a objetos o servicios que ayudan a resolver problemas prácticos, Relaciones sociales de ocio y distracción (\bar{x} =18.14/20) implica el tiempo utilizado con otros en actividades de tiempo libre y recreativas y Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño (\bar{x} =14.77/15) anima a los pacientes a que manifiesten sus preocupaciones, miedos y dificultades en su vida familiar y relaciones sociales . Respecto a la evaluación del índice global de percepción de apoyo social, el cual reúne todas las dimensiones anteriores se observa una puntaje alto (\bar{x} =85.91/95) en la muestra de pacientes geriátricos con arritmia cardíaca.

Tabla 3. Promedio de tamaño de red social, dimensiones del instrumento MOS de Apoyo social e índice global de apoyo social percibido en pacientes geriátricos con arritmia cardíaca.

	\bar{x}
Tamaño de la red social	15.59
Apoyo emocional	34.36
Ayuda material o instrumental	18.55
Relaciones sociales de ocio y distracción	18.14
Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño	14.77
Índice global de apoyo social	85.91

En la figura 3 se describen los promedios de las dimensiones que conforman el instrumento Calidad de vida Relacionado con la Salud (CVRS) el cual se califica tomando en cuenta que entre más se acerque el puntaje a 100 mejor será calidad de vida en el paciente. Dentro de las dimensiones que mostraron mayor puntaje se encuentran: Síntomas ($\bar{x}=82.21$) la cual muestra con qué frecuencia, severidad y cambios han aparecido estos, Autoeficacia ($\bar{x}=80.3$) referido la percepción que tiene el paciente de que hacer o a quien llamar si su enfermedad cardiaca empeora, Estado Funcional ($\bar{x}=77.11$) resume las dimensión de limitaciones físicas contemplado la frecuencia y severidad de los síntomas y Calidad de Vida ($\bar{x}=76.73$) la cual se refiere a la percepción de bienestar y satisfacción del paciente respecto a su dispositivo eléctrico implantable.

Las dimensiones que resultaron con menor puntaje fueron: Limitaciones Físicas ($\bar{x}=68.63$) la cual se refiere a la limitación que tienen los pacientes para realizar actividades diarias como vestirse, bañarse, caminar una cuadra, realizar quehaceres, subir escalones y alcanzar un camión además de la dimensión de Interferencia social ($\bar{x}=70.90$) que se relaciona con la limitación que refieren los pacientes para poder visitar o relacionarse con sus familiares o amistades cercanas. Finalmente la dimensión de Resumen Clínico ($\bar{x}=77.99$) nos da un puntaje general considerando todas las dimensiones del instrumento CVRS dando como resultado global una calidad de vida regular en estos pacientes

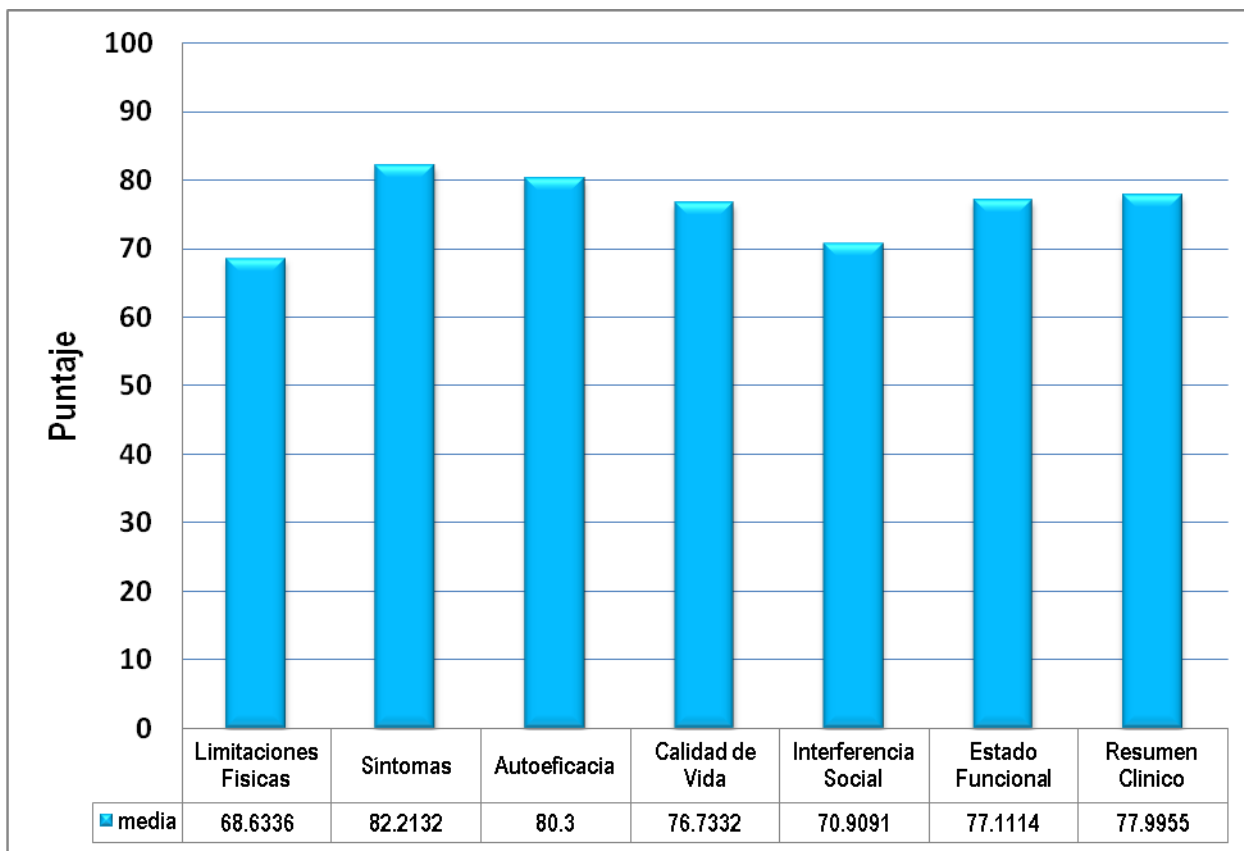


Figura 3. Promedio de dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes geriátricos con arritmia cardíaca portadores de Marcapaso y DAI.

- **Correlación percepción apoyo social y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes geriátricos con arritmia cardíaca**

En la tabla 4 se observan correlaciones positivas medias y significativas que indican que a mayor Relaciones sociales de ocio y distracción ($r=.531^*$) o Apoyo Emocional ($r=.440^*$) mayor Autoeficacia. A mayor Relaciones de ocio y distracción ($r=.514^*$), Apoyo Material o Instrumental ($r=.442^*$) y/o Apoyo Emocional ($r=.459^*$) mayor percepción de Bienestar. A mayor relaciones sociales de ocio y distracción ($r=.514^*$) o Apoyo Material o Instrumental ($r=.439^*$) mayor disminución en la percepción de Interferencia social.

Tabla 4. Correlación CVRS y apoyo social en pacientes geriátricos con arritmia cardíaca

	TR	AE	AM	RS	AA	IAS
LF	-.296	.100	.019	.171	.119	.120
S	-.332	-.049	-.052	.152	-.038	.025
A	.344	.440*	.252	.531*	.292	.494*
CV	-.050	.459*	.442*	.514*	.462*	.515*
IS	.222	.318	.439*	.514*	.417	.455*
EF	-.359	.019	.000	.172	.010	.076
RC	-.391	-.098	-.114	.003	.207	-.056

LF: Limitaciones Físicas, **S:** Síntomas, **A:** Autoeficacia, **CV:** Calidad de Vida, **IS:** Interferencia Social, **EF:** Estado Funcional, **RC:** Resumen Clínico, **TR:** Tamaño de la red social, **AE:** Apoyo Emocional, **AM:** Ayuda material o instrumental **RS:** Relaciones sociales de ocio y distracción, **AA:** Apoyo Afectivo, **IAS:** Índice Global de Apoyo Social.

**P ≤0,01 (bilateral).

*P≤0,05 (bilateral).

▪ **Datos sociodemográficos pacientes geriátricos con arritmia cardíaca portadores de Marcapaso (n=11).**

En tabla 5 se muestra que la edad promedio de estos pacientes fue de 75 años con un rango de 60 a 89 años, respecto al género la mayoría fueron hombres con un 54.5%, el 36.4% se dedicó principalmente a realizar actividades dentro del hogar, el 54.5% reportó ser profesionalista sin embargo otro porcentaje importante tuvo escolaridad básica con un 45.5% (primaria o secundaria). En relación al estado civil la mayoría fue casado o vivía en unión libre con 54.5% y la religión predominante fue la católica con un 72.7%.

Tabla 5. Datos sociodemográficos de pacientes geriátricos portadores de Marcapaso

		Porcentaje	Frecuencia n=11
Edad	\bar{x} 75 años (60-89)		
Género	Masculino	54.5%	(6)
	Femenino	45.5%	(5)
Ocupación	Empleado	9.1%	(1)
	Profesionista	27.3%	(3)
	Comerciante	9.1%	(1)
	Hogar	36.4%	(4)
	Oficios	18.2%	(2)
Escolaridad	Primaria	27.3%	(3)
	Secundaria	18.2%	(2)
	Profesionista	54.5%	(6)
Estado Civil	Soltero/a	9.1%	(1)
	Casado/unión	54.5%	(6)
	Libre		
	Viudo/a	36.4%	(4)
Religión	Católica	72.7%	(8)
	Cristiana	9.1%	(1)
	Ninguna	9.1%	(1)
	Otra	9.1%	(1)

▪ **Apoyo social y calidad de vida relacionada con la salud**

En la Tabla 6 se observa el promedio del tamaño de la red social de los pacientes geriátricos con arritmia cardiaca portadores de Marcapaso y las 4 dimensiones evaluadas con el instrumento MOS de percepción de Apoyo Social. El tamaño de la red social muestra (\bar{x} =14.27) mientras que las 4 dimensiones evaluadas indican los siguientes puntajes presentados en el siguiente orden: Apoyo Emocional (\bar{x} =31.36/40), Ayuda material o Instrumental (\bar{x} =17.64/20), Relaciones sociales de ocio y distracción (\bar{x} =17.00/20) y Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño (\bar{x} =14.55/15). Respecto a la evaluación global de percepción de apoyo social se obtuvo como resultado una puntaje alto (\bar{x} =88.55/95) en la muestra de pacientes geriátricos con marcapaso.

Tabla 6. Promedio de tamaño de red social y dimensiones del instrumento MOS de Apoyo social percibido en pacientes geriátricos con Marcapaso.

	\bar{x}
Tamaño de la red social	14.27
Apoyo emocional	31.36
Ayuda material o instrumental	17.64
Relaciones sociales de ocio y distracción	17.00
Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño	14.55
Índice global de apoyo social	88.55

En la figura 4 se observan los resultados de la muestra de pacientes geriátricos portadores de marcapaso respecto a los puntajes promedio de las dimensiones que conforman el instrumento Calidad de vida Relacionado con la Salud (CVRS). Dentro de las dimensiones que muestran mayor puntaje se encuentran: Síntomas ($\bar{x}=89.25$), Autoeficacia ($\bar{x}=81.81$), Estado Funcional ($\bar{x}=81.81$) y Calidad de Vida ($\bar{x}=72.72$). Las dimensiones que resultaron con menor puntaje fueron: Interferencia social ($\bar{x}=69.09$) y Limitaciones Físicas ($\bar{x}=72.12$). Considerando todas las dimensiones anteriormente descritas se observa un puntaje general medio en la dimensión de Resumen Clínico ($\bar{x}=81.77$).

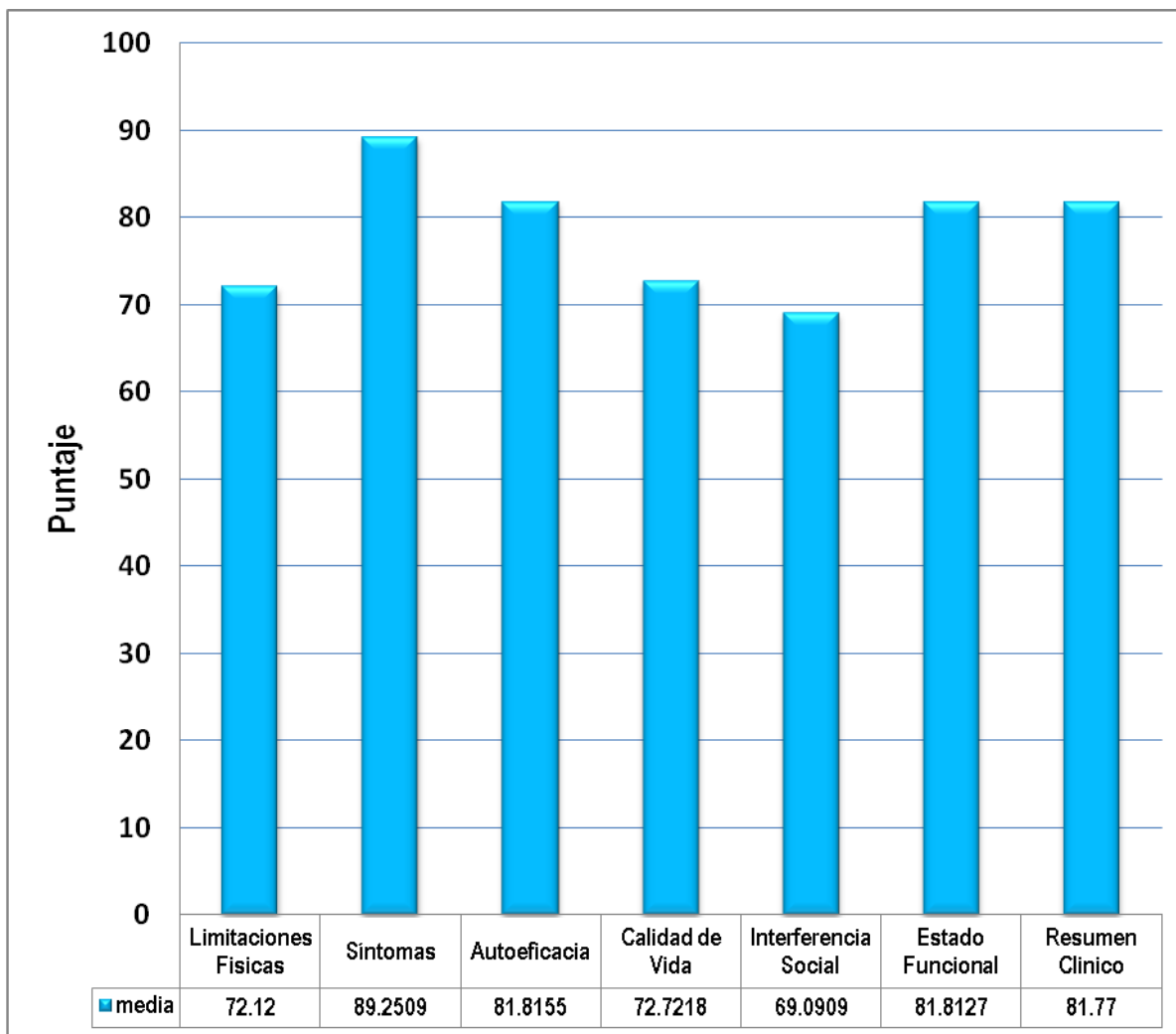


Figura 4. Promedio de dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes geriátricos con arritmia cardíaca portadores de Marcapaso

- **Correlación percepción apoyo social y calidad de vida relacionada con la salud pacientes geriátricos con arritmia cardíaca portadores de Marcapaso**

En la tabla 7 se observan correlaciones positivas altas y significativas que indican que a mayor Relaciones de ocio y distracción ($r=.896^{**}$), Ayuda Material o Instrumental ($r=.786^{**}$) o Apoyo Emocional ($r=.739^*$) mayor disminución en la percepción de Interferencia social. A mayor Relaciones de ocio y distracción ($r=.731^*$), Apoyo Material o Instrumental ($r=.738^{**}$) y/o Apoyo Emocional ($r=.727^{**}$) mayor Autoeficacia. A mayor Relaciones sociales de ocio y distracción mayor percepción de Bienestar ($r=.606^*$).

Tabla 7. Correlación CVRS y Apoyo social en muestra de pacientes geriátricos portadores de marcapaso

	TR	AE	AM	RS	AA	IAS
LF	.378	.454	.479	.523	.489	.521
S	.265	.302	.429	.518	.165	.421
A	.563	.727*	.738**	.731*	.566	.776**
CV	.342	.536	.563	.606*	.537	.609*
IS	.337	.739*	.786**	.896**	.585	.854**
EF	.486	.318	.434	.528	.606	.255
RC	.199	.058	.093	.127	.609*	.127

LF: Limitaciones Físicas, **S:** Síntomas, **A:** Autoeficacia, **CV:** Calidad de Vida, **IS:** Interferencia Social, **EF:** Estado Funcional, **RC:** Resumen Clínico, **TR:** Tamaño de la red social, **AE:** Apoyo Emocional, **AM:** Ayuda material o instrumental **RS:** Relaciones sociales de ocio y distracción, **AA:** Apoyo Afectivo, **IAS:** Índice Global de Apoyo Social.

**P ≤0,01 (bilateral).

*P≤0,05 (bilateral).

▪ **Datos sociodemográficos pacientes geriátricos con arritmia cardíaca portadores de DAI (n=11).**

En la tabla 8 se observan los resultados obtenidos de los pacientes geriátricos con arritmia cardíaca portadores de DAI. Se encontró que la edad promedio de estos pacientes fue de 65 años con un rango de 62 a 66 años, respecto al género la mayoría fueron hombres con un 72.7%, el 45.5% se dedicó principalmente a algún oficio, el 36.4% reportó ser profesionalista sin embargo otro 36.4% mencionó tener escolaridad básica (primaria o secundaria). En relación al estado civil la mayoría fue casado o vivía en unión libre con 81.8% y la religión predominante fue la católica con un 91%.

Tabla 8. Datos sociodemográficos de pacientes geriátricos con arritmia cardíaca portadores de DAI

		Porcentaje	Frecuencia n=11
Edad \bar{x} 65 años (62-76)			
Género	Masculino	72.7%	(8)
	Femenino	27.3%	(3)
Ocupación	Profesionista	18.2%	(2)
	Comerciante	18.2%	(2)
	Hogar	18.2%	(2)
	Oficios	45.5%	(5)
Escolaridad	Alfabetizados	9.1%	(1)
	Primaria	27.3%	(3)
	Secundaria	9.1%	(1)
	Bachillerato	18.2%	(2)
	Carrera Técnica		
	Profesionista	36.4%	(4)
Estado Civil	Soltero/a	9.1%	(1)
	Casado/unión	81.8%	(9)
	Libre		
	Viudo/a	9.1%	(1)
Religión	Católica	91%	(10)
	Otra	9.1%	(1)

▪ **Apoyo social y calidad de vida relacionada con la salud**

En la tabla 9 se observa el promedio del tamaño de la red social de los pacientes geriátricos con arritmia cardíaca portadores de DAI y el de las 4 dimensiones evaluadas con el instrumento MOS de percepción de Apoyo Social. El tamaño de la red social muestra (\bar{x} =16.91) mientras que las 4 dimensiones evaluadas indican los siguientes puntajes presentados en el siguiente orden: Apoyo Emocional (\bar{x} =37.36/40), Ayuda material o Instrumental (\bar{x} =19.45/20), Relaciones sociales de ocio y distracción (\bar{x} =19.27/20) y Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño (\bar{x} =15/15). Respecto a la evaluación del índice global de percepción de apoyo social se obtuvo como resultado una puntaje alto en

los pacientes geriátricos portadores de DAI ($\bar{x}=91.27/95$) cabe resaltar que los puntaje fueron superiores en comparación con la muestra de pacientes geriátricos con marcapaso.

Tabla 9. Promedio de tamaño de red social y dimensiones del instrumento MOS de Apoyo social Percibido en pacientes geriátricos con DAI.

	\bar{x}
Tamaño de la red social	16.91
Apoyo emocional	37.36
Ayuda material o instrumental	19.45
Relaciones sociales de ocio y distracción	19.27
Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño	15.00
Índice global de apoyo social	91.27

En la figura 5 se observan los resultados de la muestra de pacientes geriátricos portadores de DAI respecto al promedio de las dimensiones que conforman el instrumento Calidad de vida Relacionado con la Salud (CVRS). Dentro de las dimensiones que mostraron mayor puntaje se encuentran: Calidad de Vida ($\bar{x}=80.74$), Autoeficacia ($\bar{x}=78.78$) y Síntomas ($\bar{x}=75.17$). Las dimensiones que resultaron con menor puntaje fueron: Limitaciones Físicas ($\bar{x}=65.14$), Estado Funcional ($\bar{x}=72.41$) e Interferencia social ($\bar{x}=72.72$). Considerando todas las dimensiones anteriores se observa un puntaje general medio en la dimensión de Resumen Clínico ($\bar{x}=74.22$).

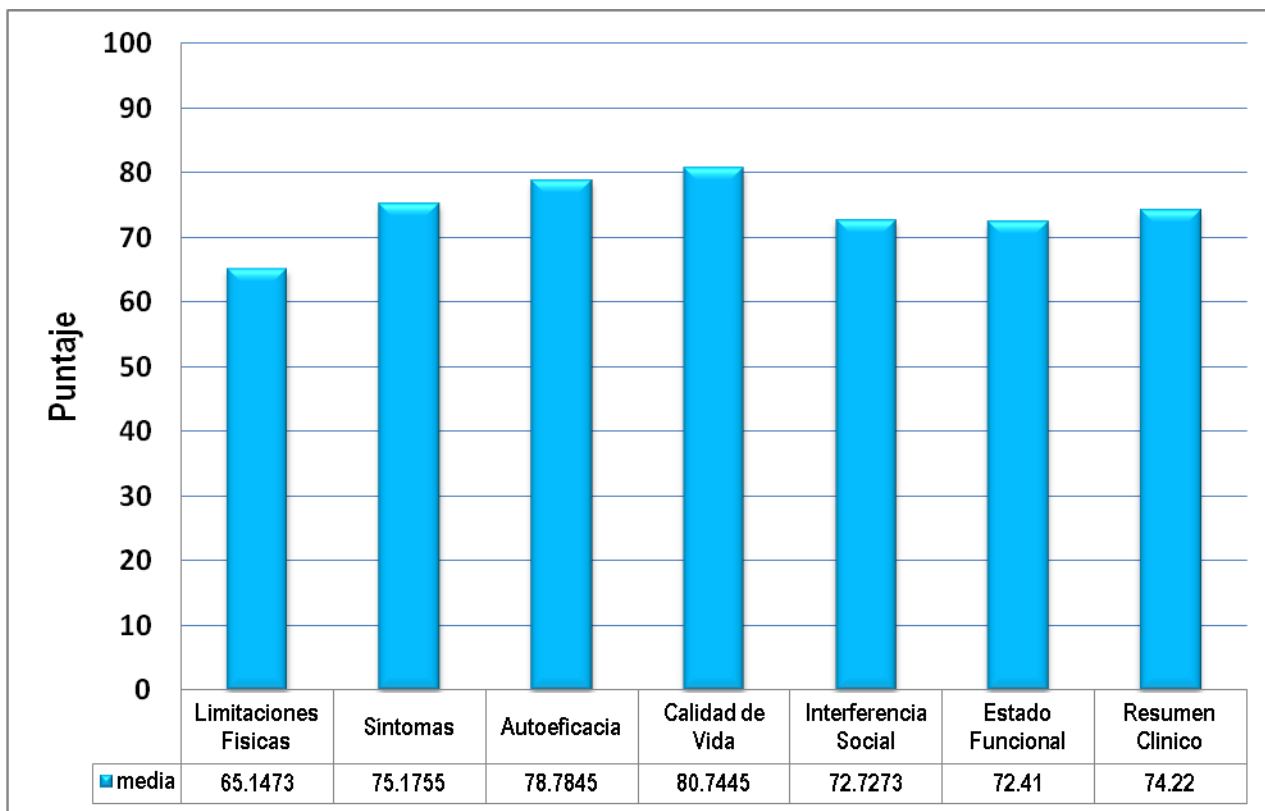


Figura 5. Promedio de dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes geriátricos con arritmia cardíaca portadores de DAI

- **Correlación percepción apoyo social y calidad de vida relacionada con la salud pacientes geriátricos con arritmia cardíaca portadores de DAI**

En la tabla 10 se observa una correlación positiva media y significativa que indica a mayor Relaciones sociales de ocio y distracción mayor Autoeficacia ($r=.698^*$).

Tabla 10. Correlación CVRS y Apoyo social en pacientes geriátricos portadores de DAI

	T	AE	AM	RS	AA	IAS
LF	.150	.151	-.182	.109	.^a	.102
S	.264	-.008	-.236	.151	.^a	.024
A	.233	.429	-.268	.698[*]	.^a	.621[*]
CV	.372	.101	-.016	.160	.^a	.076
IS	.066	-.530	-.201	-.510	.^a	-.632[*]
EF	.191	.006	-.217	.059	.^a	-.010
RC	.214	-.042	-.194	.009	.^a	-.072

LF: Limitaciones Físicas, **S:** Síntomas, **A:** Autoeficacia, **CV:** Calidad de Vida, **IS:** Interferencia Social, **EF:** Estado Funcional, **RC:** Resumen Clínico, **TR:** Tamaño de la red social, **AE:** Apoyo Emocional, **AM** Ayuda material o instrumental **RS:** Relaciones sociales de ocio y distracción, **AA:** Apoyo Afectivo, **IAS:** Índice Global de Apoyo Social.

**P ≤0,01 (bilateral).

*P≤0,05 (bilateral).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Uno de los objetivos planteados en la presente investigación fue determinar el apoyo social percibido en pacientes geriátricos diagnosticados con arritmia cardiaca portadores de Marcapaso y Desfibrilador Automático Implantable (DAI). Primero se analizó la muestra general de pacientes con arritmia cardiaca y posteriormente se analizó la muestra de pacientes geriátricos portadores de marcapaso y DAI por separado.

Los resultados obtenidos respecto al tamaño de red social, las 4 dimensiones del instrumento MOS de percepción de apoyo social y el índice global de apoyo social indican altos puntajes en la muestra general de pacientes geriátricos con arritmia cardiaca.

Los pacientes geriátricos portadores de DAI refieren contar con una mayor red social (\bar{X} 16.91), Apoyo emocional (\bar{X} 37.36), Ayuda material o instrumental (\bar{X} 19.45), Relaciones sociales de ocio y distracción (\bar{X} 19.27), Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño (\bar{X} 15.00) y mayor índice global de apoyo social (\bar{X} 91.27) en comparación con la muestra de pacientes geriátricos portadores de marcapaso.

Los resultados antes mencionados se relacionan con lo que se ha encontrado en el estudio realizado por Peinado et al (2008) el cual refiere que tanto la excesiva participación de la familia en la enfermedad del paciente como el inadecuado apoyo social se correlacionan independientemente con el desarrollo de psicopatología en los pacientes portadores de DAI. Después de las descargas del DAI, los familiares de algunos pacientes manifiestan inquietud, hipervigilancia, incertidumbre y sobreprotección al paciente. Es importante identificar el tipo de apoyo social que se le está brindando al paciente ya que una red mayor en el paciente no siempre significa que sea de calidad.

El apoyo social se asocia con mejores resultados y una mayor supervivencia en enfermedades crónicas ya que reduce el estrés, la ansiedad, provee un espacio para relajarse y ayuda a desarrollar un compartir positivo disminuyendo los efectos negativos de las condiciones de salud en el paciente. Respecto a lo anterior se puede decir que el apoyo social tiene un papel relevante dentro de las enfermedades crónicas como las cardiovasculares, particularmente las arritmias cardiacas por lo que es de suma importancia en la intervención de pacientes con dispositivo electrónico implantable (Patel, Peterson & Kimmel, 2005).

Lo anterior lo demuestran estudios en los pacientes con DAI, como el ya reportado dentro del marco teórico de la presente investigación en donde se evaluó el impacto de las emociones y el apoyo social en la recuperación cardiovascular del estrés mental el cual parece desencadenar arritmias ventriculares malignas e infarto de miocardio en pacientes cardíacos encontrando que pacientes portadores de DAI con mayor apoyo social percibido tienen una recuperación hemodinámica más pronunciada después del estrés mental (Lache, Meyer & Hermann-Lingen, 2007). Así mismo, Duru et al (2001) en pacientes con arritmia cardíaca portadores de Marcapaso y DAI muestran que los sujetos con una elevada carga de ansiedad y poco apoyo social son particularmente propensos a una mala adaptación psicológica al dispositivo esto coincide con Peinado et al (2008) en donde refieren que los déficits reales o percibidos de apoyo social se asocian con una menor tolerancia al dispositivo.

Otro de los objetivos planteados en la presente investigación fue determinar la Calidad de Vida relacionada con la salud en pacientes geriátricos con arritmia cardíaca portadores de marcapaso y desfibrilador automático implantable (DAI). Primero se analizó la muestra general de pacientes con arritmia cardíaca y posteriormente se analizó la muestra de pacientes geriátricos portadores de marcapaso y DAI por separado.

Los resultados obtenidos reportan en la muestra general de pacientes geriátricos con arritmia cardíaca portadores de Marcapaso y DAI las dimensiones con mayor puntaje las cuales son: Síntomas ($\bar{x}=82.21$) se refiere a la frecuencia, severidad y cambios de estos que se presentan en la enfermedad cardíaca, Autoeficacia ($\bar{x}=80.3$) referida a la seguridad que tiene el paciente sobre qué hacer, o a quién acudir si su enfermedad cardíaca empeora además de saber las cosas que tienen que hacer para cuidar su enfermedad, Estado Funcional ($\bar{x}=77.11$) toma en cuenta las limitaciones físicas del paciente y la frecuencia y severidad de sus síntomas, Calidad de Vida ($\bar{x}=76.73$) evalúa el bienestar y satisfacción respecto al dispositivo. Las dimensiones que resultaron con menor puntaje son: Limitaciones Físicas ($\bar{x}=68.63$) indica que tan limitado se ha sentido el paciente respecto a su enfermedad cardíaca para realizar sus actividades cotidianas, Interferencia social ($\bar{x}=70.90$) se refiere a la limitación que percibe el paciente para visitar a familia o amigos fuera de su casa o relacionarse con ellos. En la dimensión Resumen Clínico ($\bar{x}=77.99$) la cual engloba todas las dimensiones del instrumento CVRS a excepción de la autoeficacia se reporta una percepción regular de calidad de vida relacionada con la salud en este tipo de pacientes.

En relación a la comparación de las muestras de pacientes geriátricos portadores de marcapaso y DAI se observa que los pacientes geriátricos portadores de marcapaso obtuvieron puntajes más altos en las dimensiones de síntomas ($\bar{x}=89.25$), Autoeficacia ($\bar{x}=81.81$), Estado Funcional ($\bar{x}=81.81$), Limitaciones Físicas ($\bar{x}=72.12$) y Resumen Clínico ($\bar{x}=81.77$) sin embargo los pacientes geriátricos portadores de DAI obtuvieron puntajes más altos en Interferencia social ($\bar{x}=72.72$) y Calidad de Vida ($\bar{x}=80.74$).

Ante los resultados se observa que la muestra general de pacientes geriátricos con arritmia cardíaca posee una calidad de vida relacionada con la salud regular lo cual se asocia con el estudio realizado por Leosdottir et al (2006) en donde se hace una comparación de pacientes de Islandia portadores de DAI y marcapaso en donde reportando que la calidad de vida relacionada con la salud fue similar en ambos grupos, sin embargo se muestra en este estudio que los pacientes geriátricos portadores de marcapaso tienen una mejor calidad de vida relacionada con la salud que los pacientes con DAI. Esto también coincide con el estudio antes mencionado de Malm, Karlsson & Friedlund (1998; 2007) respecto a los efectos sobre la CVRS para pacientes con marcapaso en donde se obtuvo una CVRS significativamente mejor en términos de experimentar los síntomas que eran el motivo del implante de marcapaso, por haber disminuido o desaparecido.

Cabe mencionar que a pesar de que el DAI puede producir descargas desagradables e impredecibles, los pacientes tienen una actitud relativamente positiva hacia sus dispositivos, debido a que este puede salvar su vida alimentando el optimismo, a pesar de la gravedad subyacente de la enfermedad ayudando a una mejor percepción de calidad de vida (Leosdottir et. al , 2006) .

Como tercer objetivo se planteó determinar la asociación que existe entre la calidad de vida relacionada con la salud y el apoyo o social percibido en pacientes geriátricos portadores de marcapaso y desfibrilador automático implantable (DAI) además de la comparación que existe en la muestra de pacientes geriátricos portadores de marcapaso y DAI por separado, los resultados obtenidos fueron:

En la muestra general de pacientes geriátricos con arritmia cardíaca se observaron correlaciones positivas medias y significativas que indican que entre más Relaciones sociales de ocio y distracción tengan los pacientes mayor será su Autoeficacia ($r=.531^*$), Bienestar ($r=.514^*$), y baja percepción de Interferencia social ($r=.514^*$). Así mismo se observaron correlaciones significativas similares pero de mayor magnitud en los pacientes geriátricos

portadores de marcapaso entre las Relaciones sociales de ocio y distracción y baja percepción de Interferencia social ($r=.896^{**}$), Autoeficacia ($r=.731^*$) y Bienestar ($r=.606^*$) sin embargo en los pacientes geriátricos portadores de DAI solo se encontró una correlación positiva media y significativa entre Relaciones Sociales de ocio y distracción y Autoeficacia ($r=.698^*$).

Se indicó en la muestra general de pacientes geriátricos con arritmia cardiaca que entre más cuente el paciente con Apoyo Emocional mayor será su Autoeficacia ($r=.440^*$), Bienestar ($r=.459^*$) y baja percepción de Interferencia social ($r=.439^*$). Respecto a los Pacientes portadores de marcapaso se observa correlaciones significativas similares pero de mayor magnitud entre la dimensión de Apoyo Emocional con una baja percepción de Interferencia social ($r=.739^*$) y mayor Autoeficacia ($r=.727^{**}$). En pacientes geriátricos Portadores de DAI no se encontró ninguna asociación .

En la muestra de pacientes geriátricos con arritmia cardiaca se halló una correlación positiva media y significativa que indica que entre más Apoyo Material o instrumental le sea proporcionado al paciente mayor será su Bienestar ($r=.442^*$). En los pacientes geriátricos portadores de marcapaso se encontraron correlaciones positivas de mayor magnitud entre Apoyo Material o instrumental y baja percepción de Interferencia social ($r=.786^{**}$) y mayor Autoeficacia ($r=.738^{**}$). No se encontró asociación en pacientes geriátricos portadores de DAI.

Lo anterior muestra que las relaciones de ocio y distracción, apoyo emocional o ayuda instrumental se correlacionan con autoestima, bienestar y una baja percepción de interferencia social en los pacientes geriátricos con arritmia cardiaca, sin embargo estas correlaciones son de mayor magnitud en pacientes portadores de marcapaso y solo las relaciones de ocio y distracción tienen un efecto positivo en la autoeficacia de pacientes con DAI.

Estos resultados son diferentes a otro estudio el cual evaluó dimensiones de apoyo social percibido del instrumento MOS en pacientes con enfermedades crónicas y se indicó que solo en la dimensión de apoyo emocional e interacción se destacaron con puntajes más altos los pacientes hipertensos indicando que para ellos fue importante recibir ayuda en el cuidado de su salud, como encontrar a alguien que les ayudara cuando tenían que estar en la cama, le llevara al médico cuando lo necesitaron y les preparara la comida si no podían hacerlo

(Vinnacia et al 2006). Otro estudio indicó que el apoyo social incrementa los recursos de afrontamiento, amortigua los efectos desencadenados por el dispositivo por lo que debe ser de tipo afectivo e informativo. El informativo proviene de dos fuentes: el núcleo familiar y los profesionales de la salud, lo que permite capacitar al paciente a reevaluar la situación y adaptarse mejor a ella (Achury & Achury, 2011).

Dentro las evaluaciones realizadas también se obtuvieron datos adicionales interesantes con la finalidad de tener información más completa de los pacientes aunque esta no tuviera que ver con los objetivos del estudio. Los datos encontrados fueron los siguientes:

La edad promedio de pacientes geriátricos con arritmia cardiaca portadores Marcapaso y DAI fue de 67años, esto se relaciona con lo reportado en la literatura respecto a que las personas que se ubican dentro del rango de edad que corresponde a los adultos mayores son más propensos a desarrollar enfermedades crónicas como en este caso las arritmias cardiacas. El 45.5% reportó ser profesionista sin embargo otro porcentaje importante tuvo con un 40.9% escolaridad básica (primaria o secundaria) esto es relevante ya que la educación resulta un elemento vital para que el individuo alcance una vida con calidad, es una herramienta que además de ayudar en el acceso a un trabajo bien remunerado, le brindará al individuo la capacidad de analizar y comprender su realidad para vivirla más plenamente influyendo sobre la integración en la sociedad del adulto mayor (Garmendia, 2011).

El 31.8% de la muestra menciona realizar algún oficio relacionado con carpintería, agricultura, fotografía, comercio, enseñanza, entre otros esto indica que la mayoría de pacientes tiene un empleo informal por lo tanto al trabajar por cuenta propia existe una limitada cobertura de seguridad social y de jubilaciones de retiro lo que obliga a la continuidad en el trabajo en la forma de autoempleo mientras se tenga la necesidad de hacerlo (Ham, 2003). El 63.6% de la muestra total reporta realizar principalmente actividades pasivas como barrer, ver la tele, cocer, cocinar, leer entre otras lo cual representa un problema de salud ya que el sedentarismo es un factor de riesgo para la enfermedad cardiaca. La actividad aeróbica juega un rol significativo en la prevención, niveles moderados de actividad benefician a largo plazo si se realizan regularmente (Secretaria de Salud, 2001).

Se realizaron preguntas en relación a la percepción de salud de la muestra general en donde solo 31.8% se consideró muy saludable, cabe mencionar que algunos pacientes a pesar de su enfermedad cardiaca eran asintomáticos es decir no presentaban síntomas lo

cual se podría relacionar con esta percepción. La creencia de “no tener síntomas es estar bien y para estar así no se realiza actividad física” es un círculo vicioso que el paciente no puede identificar por sí mismo; esto le produce un alto riesgo de mortalidad, por lo que es importante recordar el propósito de mejorar la calidad de los años por vivir (Rincón et al, 2011)

El 40.9% de pacientes indicaron sentirse presionados con su estilo de vida y el 22.7% lo ha pensado pero no lo ha llevado a cabo o no está dispuesto en estos momentos a realizar un cambio en su estilo de vida. Es importante identificar que los pacientes que no muestran disposición para realizar cambios probablemente encuentren difícil adherirse al tratamiento. Dimatteo en 2004 realizó un meta-análisis respecto a una revisión de literatura desde 1948 hasta 2001 y dentro de 122 estudios encontró que existía una correlación de apoyo social estructural o funcional con la adherencia del paciente a los regímenes médicos (APA, 2012). Cuando un paciente con enfermedad crónica tiene Apoyo social los mismos se adhieren al tratamiento y cumplimiento de la terapia integral general (Herrera, Quintero & Hernández, 2008).

A continuación se describen algunas de las ventajas y alcances del estudio:

- Se logró una investigación con variables psicológicas que no han sido estudiadas en México la cual nos aporta herramientas para la intervención en este tipo de pacientes.
- A partir de este estudio se pueden abrir nuevas líneas de investigación que tomen en cuenta variables como la autoestima, el afrontamiento, autoeficacia, entre otros que ayuden a mejorar la calidad de vida en estos pacientes.
- Se trabajó con una muestra específica de pacientes geriátricos con arritmia cardiaca.
- Se evidencia el papel del psicólogo de la salud en enfermedades crónicas principalmente las cardiovasculares como las arritmias cardiacas.
- Se promueve el trabajo multi e interdisciplinar con otros profesionales de la salud (médicos, enfermeras, anestesiólogos, etc.) con la finalidad de brindar una atención integral y de calidad al paciente.

Respecto a las desventajas se describen:

- No se tomaron en cuenta características de la enfermedad como tiempo de evolución, y en los pacientes con DAI no se consideró si los pacientes presentaban o no descargas.

Recomendaciones:

- Se sugiere desarrollar más líneas de investigación partiendo de estas u otras variables psicológicas con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- Realizar una comparación de la población geriátrica con la población normal o más joven.
- Crear un plan de intervención con los datos obtenidos en el presente estudio y realizar una post evaluación.
- Crear un instrumento en México de apoyo social de acuerdo a las características de la muestra.

La muestra general de pacientes geriátricos con arritmia cardiaca presenta altos niveles de apoyo social y una percepción de calidad de vida regular sin embargo los pacientes portadores de DAI son los que cuentan con un mayor índice global de apoyo social mientras que los pacientes portadores de marcapaso presentan mayor puntaje en las dimensiones de calidad de vida.

Se concluye que entre mayor sean las relaciones sociales de ocio y distracción, el apoyo emocional y el apoyo material o instrumental mayor será la autoeficacia, el bienestar y la baja percepción de interferencia social en los pacientes geriátricos con arritmia cardiaca lo que podría mejorar su CVRS. Se muestra la importancia de tomar en cuenta variables psicológicas como el apoyo social en la intervención del paciente geriátrico con dispositivo eléctrico implantable así mismo tomar en cuenta el trabajo del psicólogo de la salud para participar en el tratamiento de manera de que se dé un servicio integral y de calidad al paciente.

REFERENCIAS

- Achury, D. & Achury, B.(2011). Aplicación de la teoría de la incertidumbre en el cuidado de la persona con cardiodesfibrilador implantable. *Revista Mexicana de enfermería cardiológica*, 19 (2) ,62-66.
- Alarcón, R. & Ramírez, E. (2006). Medicina psicosomática en Enfermedad Cardiovascular II. Consideraciones sobre el tratamiento. *Revista Colombiana de Psiquiatría.*, 15(3), 362-379.
- American Heart Association, (2013). Recuperado de www.AmericanHeartAssociation.com.
- Ávila, F. (2010). Definición y objetivos de la geriatría. *El Residente*, 5 (2) ,49-54.
- Barra, E. (2004). Apoyo social estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14, 237-243.
- Barros, C (2001). “Relaciones e intercambios familiares del adulto mayor”, documento presentado en el simposio “Antropología de la vejez, cuarto congreso chileno de antropología”, Santiago de Chile, Universidad de Chile.
- Botero & Pico, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12 (1) ,11 – 24.
- Brugada, J., Alzueta, F., Asso, A., Farré, J., Olalla, J. & Tercedor, L. (2001). Guías de prácticas clínicas de la Sociedad Española de Cardiología sobre requerimientos y equipamiento en electrofisiología. *Revista Española de Cardiología*; 54, 887-891.
- Bustamante, J. & Valbuena, J. (2008). Biomecánica de la falla cardíaca. *Revista Insuficiencia Cardíaca.*, 3(4), 173-83.
- Caballo, V. (2008). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo XXI de España Editores.
- Casado, J., González, N., Moraleda, S., Orueta, R., Carmona, J. & Gómez, .R. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. *Atención Primaria* .28 (3) ,167-73.
- Consejo Nacional de Población (2010). Población adulta mayor de México se mantiene activa. Recuperado de: http://www.conapo.gob.mx/prensa/2010/bol023_2010.pdf.

- Consejo Nacional de Población. (2011). Diagnostico socio-demográfico del envejecimiento en México. México: Serie documentos técnicos.
- D'Hyver, W & Gutiérrez, L. (2009). *Geriatría*. México: El Manual Moderno.
- De la serna, P. (2003). *La Vejez desconocida: una mirada desde la biología hasta la cultura*. España: Díaz de santos.
- De los Nietos, M. (2007). Nociones Básicas de Anatomía, Fisiología y Patología Cardíaca: Bradirritmias y Taquiarritmias. *Enfermería en Cardiología.*, 40, 20.
- Díaz, C & García, S. (2006). *Actualización en geriatría y gerontología*. México: Formación Alcalá.
- Dimatteo, R. (2004). Apoyo social y adhesión del paciente al tratamiento médico: A Meta-Analysis. *Psicología de la Salud*, 23 (2), 207-218.
- Duru, F., Buchi, S., Klaghofer, R., Mattmann, H., Sensky, T. & Buddeberg, C. (2001). How different from pacemaker patients are recipients of implantable cardioverter defibrillators with respect to psychosocial adaptation, affective disorders and quality of life. *Heart*. 85(4) ,375-378.
- Elduayen, J. & Muñoz, L. (2009). *Arritmias*. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Servicio de Cardiología.
- Escobar, A. (2009). Las calamidades de la vejez. *Revista de la Facultad de Medicina, UNAM*, 52(1), 30-33.
- Fajuri, A. (2009). *Manual de Arritmias*. Recuperado el 28 de Octubre de 2011 en <http://cardiologia.com.ar>
- Fernández Ballesteros, R., (2004). *La psicología de la vejez*, 6, (16). Recuperado de <http://www.encuentros-multidisciplinarios.org>.
- Figueroa, C., Domínguez, B., Ramos, B., & Alcocer, L. (2009). Emergencia de la Cardiología Conductual en la práctica clínica. *Psicología y Salud*, 19(1), 151-155.
- Garmendia, B. (2011). Redes sociales y vejez: Estudio de dos albergues en el Distrito federal. Tesis de licenciatura, UNAM. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.
- Goldman, H. (2001). *Psiquiatría general*. México: Manual Moderno.

- Gonzales, A & Padilla, A. (2007). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México. *Univerasitas Phsycologicas*, 5(3) ,501-509.
- Gonzales, A (2002). CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR, Recuperado de <http://www.geriatria.salud.gob.mx>.
- Guillen, L. & Pérez, J. (2007). *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico* (2da.Ed).Barcelona: Masson.
- Gutiérrez, L, Ávila, F & Montaña, M. (2010). La Geriatria en México. *El Residente*, 5 (2) ,43-48.
- Gutiérrez, L., Gutiérrez, H. & Ávila, F. 2010). El Instituto de Geriatria: hacia un envejecimiento sano y activo. *Revista de investigación clínica*, 62 (4) ,287-288.
- Hernández & Graus. (2005). *Psicología de la salud: fundamentos y aplicaciones*. México: Universidad de Guadalajara.
- Hernández, R., Fernández, C & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ª ed).México: McGraw-Hill.
- Herrera, D., Quintero, O & Hernández, M. (2008). Funcionalidad y red de apoyo familiar en pacientes diabéticos tipo 2. *Academia*, 6(12) ,62-72.
- Huenchuan, S & Sosa Z. (2013). Redes de apoyo y calidad de vida de personas mayores en chile. Recuperado de http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/14200/lclg2213_p4.pdf.
- Instituto de Geriatria (2011). Seminarios interdisciplinarios de investigación. Recuperado de http://www.geriatria.salud.gob.mx/interior/sesion_22febrero_2011.html.
- Instituto de Psicocardiología. La intervención psicocardiológica en el paciente cardiaco. (2011). Recuperado de: www.psicocardiologia.com.ar/prensa/297-la-intervención-psicocardiologica-en-el-paciente-cardiaco.html.
- Kara, M. & Mirici, A. (2004). Loneliness, Depression and Social Support of Turkish Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Their Spouses. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(4), 331–336.

- Lache, B., Meyer, T & Hermann-Lingen, C. (2007). Social support predicts hemodynamic recovery from mental stress in patients with implanted defibrillators. *Journal of Psychosomatic Research*. 63(5). 515- 523.
- León, N. (2012). Programa de Intervención Psicológica para Modificar la Comorbilidad Emocional Preoperatoria del Paciente Tributario a Marcapaso en el Hospital General de México. Tesis de licenciatura, UNAM, FES-Z.
- Leonor, L., Caballo, V. & Ellis, A. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotiva conductual*. España: Siglo XXI.
- Leosdottir, M., Sigurdsson, E., Reimarsdottir, G., Gottskalksson, G., Torfason, B., Vigfusdottir, M., Eggertsson, S & Arnar, D. (2006). Health-related quality of life of patients with implantable cardioverter defibrillators compared with that of pacemaker recipients. *European society of Cardiology*. 8. 168–174.
- Malm, D , Karlsson, J, Fridlund, B. (2007). Effects of a self-care program on the health-related quality of life of pacemaker patients: a nursing intervention study. ,17(1), 15-26.
- Martínez, I., Nellen, H., Hamui-sutton, A., Castañón, J., Ibarra, E & Halabe, J. (2006). *Valoración perioperatoria en el anciano*. Cirugía y cirujanos. 74(1) ,59-68.
- Martos, M., Pozo, M & Alonso, M. (2008). Influencia de las relaciones interpersonales sobre la salud y la conducta de adherencia en una muestra de pacientes crónicos”. *Boletín de Psicología*, 9(3), 59-77.
- Matiz, H., Gutiérrez, O., Duque, M., & Gómez, A. (1999). Guías de Prácticas Clínicas Basadas en la Evidencia. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Seguro Social. pp. 51.
- Medtronic. (2011). Marcapasos. Recuperado de <http://www.medtronic.com.mx/acerca-medtronic/medtronicmexico/index.htm>.
- Meichembaum, D. (1988). Manual de inoculación de estrés. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Mendoza, L. (2007). *La terapia cognitivo-conductual como propuesta de intervención a las mujeres víctimas de violencia conyugal: investigación conyugal*. Tesis de licenciatura en psicología, UNAM, Fes Zaragoza.

- Mendoza, L. (2007). *La terapia cognitivo-conductual como propuesta de intervención a las mujeres víctimas de violencia conyugal: investigación conyugal*. Tesis de licenciatura en psicología, UNAM, Fes Zaragoza.
- Molina, C., Meléndez, J & Navarro, P. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de psicología*, 24(2), 312-319.
- Navarro, J. (2012). *Medicina Cardiovascular*. México: Elsevier
- Organización Mundial de la Salud (2002). Programa envejecimiento y ciclo vital. Envejecimiento activo: un marco político. *Revista especial. Geriátrica de gerontología*; 37(2) ,74-105.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 57ª asamblea mundial de la salud. wha57.17. ginebra: OMS; 2004.
- Papalia, D, Wendkos S, Duskin , R & Gross,D. (2005). *Desarrollo Humano*: México: McGraw-Hill.
- Patel S., Peterson, R & Kimmel,P.(2005). Psychosocial factors in patients with chronic kidney disease: the impact of social support on end-stage renal disease .*Seminars in dialysis*, 8(2), 98–102.
- Penninx,B.,Tilburg,T., Kriegsman, D.,Boeke,A., Deeg,D & van Eijk, J.(1999).Social Network, Social Support, and Loneliness in Older Persons with Different Chronic Diseases. *Journal Aging and Health*, 11 (2), 151-168.
- Pereira de Brito,T & Iost ,S.(2012). Relación entre apoyo social y capacidad funcional de los mayores con los cambios cognitivos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 20(4).677-684.
- Pérez, O, Ramal, J.; Francés, C.; & Montero, R. (2001).Psiquis. *Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicósomática*, 22(3) ,49-62.
- Rincón, S. Figueroa, C., Ramos Del Río, B., & Alcocer L. (2011). Validación del Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud en pacientes con Insuficiencia Cardíaca. *En Claves del Pensamiento*, 10.
- Ríos, S. (2007). *Psicopatologías asociadas a la vejez*. España: Altabán Ediciones.

- Robles., Rizo, G., Camarena, L., Cervantes, L., Gómez, M & Siordia, M. (2000). Redes y apoyo social en ancianos enfermos de escasos recursos en Guadalajara, México. *Cad. Saúde Pública*, 16(2) ,557-560.
- Rodríguez, G & Lazcano, B. (2007). *Práctica de la geriatría*. México: Mcgraw-Hill.
- Rodríguez, R., Torrents, A., García, P., Ribera, A., Permanyerd, G., Moradi, M., Dousset, P., Igual, A. & Murtra, M. (2002). Cirugía cardíaca en el anciano. *Revista Española de Cardiología*, 55 (11) ,59-68.
- Rodríguez, S. & Enrique H. (2007).Validación Argentina del Cuestionario MOS de apoyo social percibido. *Psicodebate* 7, 155-168.
- Rodríguez, S., Gil, P. & Martínez, R. (1996). Presentación de la escala retiro de patrón de conducta tipo A. *Psicothema*, 8(1), 207-213.
- Salgado & Wong, R. (2007). Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Revista de salud pública en México*, 44(4) ,15-2.
- Sandín, F. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 3, 144-157.
- Sarmiento, I. (2011). *Calidad de vida, ansiedad y depresión: comparación entre pacientes con insuficiencia cardíaca y pacientes con arritmia cardíaca potencialmente letal*. Tesis licenciatura, Facultad de Estudios Superiores, UNAM.
- Sena, C., Meléndez, J & Navarro, E. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología* ,24 (2),312-319.
- Sierra, T., Castro, J., Jiménez, M., & Recena, J. (2007). Paciente anciano portador de marcapasos: Características y evolución en función del tipo de dispositivo empleado. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 42 (3), 149-157.
- Sociedad Española de Cardiología. (2012).Arritmias. Recuperado de <http://www.fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades/cardiovasculares/arritmias.html>.
- Toro, A & Varas, D. (2003). Desarrollo de implementación de un programa de fortalecimiento de redes de apoyo para personas con VIH/SIDA en la Republica Dominicana: Un trabajo de colaboración .*Revista perspectivas psicológicas*, 3 (4), 173-185.

Vinaccia, S. & Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1, 125-137.

Vinaccia, S., Quiceno, J., Fernández, H., Gaviria, A., Chavarria, F & Orozco, O. (2006). Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. *Informes psicológicos*, 8, 89-106.

Yanguas, J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. España: Ministerio de trabajo y asuntos sociales.

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ otorgo mi consentimiento para participar como voluntario(a) en una investigación para identificar el apoyo social y los pensamientos que se presentan a raíz del implante de un marcapaso.

Como parte de esta investigación, contestaré algunos cuestionarios relacionados con el objetivo 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 que realizan este protocolo en el hospital, se pongan en contacto conmigo, cada vez que tenga cita para revisión de mi marcapaso

Tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento sin que cambie mi relación con los investigadores y/o las instituciones.

NOMBRE DEL FAMILIAR: _____

DIRECCIÓN: _____

PARENTESCO: _____ TELÉFONO: _____ 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 Tratamiento: 1(Farmacológico) 2 (Quirúrgico) 3 (Ambos)

13.1 Fecha última hospitalización: del ____ de ____ de ____ Al ____ de ____ de ____
Día Mes Año Día Mes Año

13.2 Desde hace cuánto tiempo le colocaron su marcapaso _____

14. ¿Le molesta que alguien o algo toque o roce su marcapaso?

1) Nada 2) Poco 3) Regular 4) Mucho

15. ¿Tiene miedo a que su marcapaso le provoque una infección?

1) Siempre 2) Frecuentemente 3) Algunas veces 4) Nunca

16. ¿Ha cambiado su actividad sexual debido a su marcapaso?

1) No 2) Ha aumentado 3) Ha disminuido

17. ¿Qué religión tiene?:

a) Católica b) Cristiano c) Judío d) Ninguna e) Otra: _____

17.1 Con relación a su religión, usted es:

1) Creyente y practicante 2) Creyente

18. ¿Con quién vive?

a) Padres b) Hijos c) Hermanos d) Pareja e) Solo f) Otros

19. ¿Qué tan saludable se considera?

1) Nada saludable 2) Poco saludable 3) Regularmente saludable 4) Muy saludable

20. ¿Qué tan presionado se ha sentido con los cambios en su estilo de vida a partir del implante de su marcapaso?

1) Nada presionado 2) Poco presionado 3) Regularmente presionado 4) Muy presionado

21. ¿Qué hace en su tiempo libre?

1 (Actividades recreativas ACTIVAS) 2 (Actividades recreativas PASIVAS) 3 (Ambas)

22. ¿Considerando su enfermedad cardiaca actual, qué hace para cuidar su salud?

1 (Tratamiento farmacológico) 2 (Cambios en el estilo de vida) 3 (Ambas)

23. Al tener una enfermedad cardiaca hay que hacer cambios en el estilo de vida ¿Que tanto está 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.

CVRS

Paciente: _____ Fecha de aplicación: _____

Las siguientes preguntas hacen referencia a su enfermedad cardiaca y a cómo podría afectar aspectos de su vida. Por favor complete las siguientes oraciones indicando la respuesta que mejor se aplique a usted.

Debido a su enfermedad cardiaca, se pueden experimentar diversos síntomas, como; dificultad para respirar (disnea), dolor en el pecho, desmayos (sincope), latidos rápidos o lentos (palpitaciones), mareo, vértigo, fatiga, etc.

1. Por favor indique cuánto le ha limitado su enfermedad cardiaca (dificultad para respirar [disnea], dolor en el pecho, desmayos [sincope], latidos rápidos o lentos [palpitaciones], mareo, vértigo, 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	6 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)						

<p>2. ¿Han cambiado sus síntomas de enfermedad cardiaca (dificultad para respirar, dolor en el pecho, desmayos, latidos rápidos o lentos, mareo, vértigo, fatiga)?</p>	<p>3. ¿En las últimas 2 semanas, con qué frecuencia ha tenido; dificultad para respirar (disnea), dolor en el pecho, desmayos (sincope), latidos rápidos o lentos (palpitaciones), mareo, vértigo, fatiga, etc.?</p>
<p>1) Empeorado Mucho 2) Empeorado Ligeramente 3) No han cambiado 4) Mejorado Ligeramente 5) Mejorado Mucho 6) No he tenido ningún síntoma</p>	<p>1) Todos los días. 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</p>

4. ¿En las últimas 2 semanas, cuánto le ha molestado esta sensación de mareos y/o vértigo? Ha sido fastidioso...	5. ¿En las últimas 2 semanas, cuántas veces ha presentado; dolor en el pecho, mareo, vértigo, fatiga y este hecho lo ha limitado para hacer lo que usted quiere?
<ul style="list-style-type: none"> 1) Totalmente 2) Mucho 3) Moderadamente 4) Ligeramente 5) No he tenido ningún síntoma. 	<ul style="list-style-type: none"> 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 el dolor en el pecho y/o la dificultad para respirar (disnea)? 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 desmayos (síncope)?
<ul style="list-style-type: none"> 1) Totalmente 2) Mucho 3) Moderadamente 4) Ligeramente 5) No he tenido síntomas. 	<ul style="list-style-type: none"> 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 han molestado los latidos rápidos o lentos (palpitaciones)? Ha sido fastidioso...	9. En las últimas 2 semanas, en promedio, ¿Cuántas veces se ha visto forzado a modificar su estilo de vida, debido a los síntomas de su enfermedad?
<ul style="list-style-type: none"> 1) Totalmente 2) Mucho 3) Moderadamente 4) Ligeramente 5) No he tenido síntoma 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Todos los días 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

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?	11. ¿Qué tanto sabe sobre las cosas que tiene que hacer para cuidarse de su enfermedad cardiaca?
1) Totalmente Inseguro 2) Muy Inseguro 3) Algo Seguro 4) Muy Seguro 5) Totalmente Seguro	1) No sé nada en absoluto 2) No sé mucho 3) Sé algo 4) Conozco varias cosas 5) Lo sé todo
12. ¿En las últimas 2 semanas, qué tanto se ha sentido limitado para disfrutar la vida debido a su enfermedad cardiaca?	13. ¿Cómo le hace sentir el hecho de tener que pasar el resto de su vida con un DAI?
1) Totalmente 2) Mucho 3) Moderadamente 4) Ligeramente 5) No me ha limitado disfrutar de la vida	1) Insatisfecho 2) De algún modo satisfecho 3) Moderadamente satisfecho 4) La mayor parte del tiempo satisfecho 5) Completamente satisfecho
14. ¿En las últimas 2 semanas, con qué frecuencia se ha sentido desalentado o deprimido debido a su enfermedad cardiaca?	
1) Todo el Tiempo 2) La mayor parte del tiempo 3) Ocasionalmente 4) Nunca	

15. Indique cómo su enfermedad cardiaca 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 Moderadamente limitado	4 Ligeramente limitado	5 Nada limitado	6 No aplica o no lo hice
a) Los pasatiempos y actividades recreativas						
b) Trabajar o realizar quehaceres domésticos						

16. Indique cómo su enfermedad cardiaca 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	6 No aplica o no lo hice
a) Visitar a familia o amigos fuera de su casa						
b) Relaciones cercanas con sus amigos						

Dominios	Puntajes Min, Máx.	Rango	Puntaje Crudo	PECV
a) Limitaciones Físicas (1)	6,36	30		
b) Síntomas (2,3,4,5,6,7,8,9)	8,41	33		
I Síntomas Frecuencia (3,5,7,9)	4,20	16		
II Síntomas Severidad (4,6,8)	3,15	12		
III Síntomas Cambios a través del tiempo (2)	1,6	5		
c) Autoeficacia (10,11,12)	3,15	12		
d) Calidad de vida (13,14,15)	4,21	17		
e) Interferencia Social (16)	2,12	10		
Puntajes Globales				
Estado funcional (a+I+II)	13,71	58		
Resumen Clínico (a+I+II+d+e)	19,104	85		

CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda que usted dispone a partir del implante de su marcapaso.

1.- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre) Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos: _____; _____

Todos buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿a partir del implante de su marcapaso con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES	SIEMPRE
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5

9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5

20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Ítems	Puntuación
Tamaño de la red social: ítem 1	
Apoyo emocional: ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16,17, 19. (Puntuación máxima: 40, media: 24 y mínima: 8)	
Ayuda material o instrumental: ítems 2, 3, 12,15. (Puntuación máxima: 20,media: 12 y mínima: 4)	
Relaciones sociales de ocio y distracción: ítems 7, 11, 14, 18. (Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima 4)	
Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño: ítems 6, 10, 2. (Puntuación máxima: 15, media: 9 y mínima:3)	
El índice global de apoyo social : (máximo 94, medio 57 y mínimo de 19)	

ANEXO 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ otorgo mi consentimiento para participar como voluntario(a) en una investigación para identificar el apoyo social y los pensamientos que se presentan a raíz del implante de mi Desfibrilador Automático Implantable (DAI).

Como parte de esta investigación, contestaré algunos cuestionarios relacionados con el objetivo 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 que realizan este protocolo en el hospital, se pongan en contacto conmigo, cada vez que tenga cita para revisión de mi DAI.

Tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento sin que cambie mi relación con los investigadores y/o las instituciones.

NOMBRE DEL FAMILIAR: _____

DIRECCIÓN: _____

PARENTESCO: _____ TELÉFONO: _____ 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 Tratamiento: 1(Farmacológico) 2 (Quirúrgico) 3 (Ambos)

13.1 Fecha última hospitalización: del ____ de ____ de ____ Al ____ de ____ de ____
Día Mes Año Día Mes Año

13.2 Desde hace cuánto tiempo le colocaron su DAI: _____

13.3 Cuantas descargas ha tenido en los últimos 6 meses: _____ (Solo si aplica)

13.4 ¿Qué tan dolorosas son las descargas eléctricas causadas por su DAI? (solo si aplica)

1) Nada 2) Poco 3) Regular 4) Mucho

14. ¿Le molesta que alguien o algo toque o roce su DAI?

1) Nada 2) Poco 3) Regular 4) Mucho

15. ¿Tiene miedo a que su DAI le provoque una infección?

1) Siempre 2) Frecuentemente 3) Algunas veces 4) Nunca

16. ¿Ha cambiado su actividad sexual debido a su desfibrilador?

1) No 2) Ha aumentado 3) Ha disminuido

17. ¿Qué religión tiene?:

a) Católica b) Cristiano c) Judío d) Ninguna e) Otra: _____

17.1 Con relación a su religión, usted es:

1) Creyente y practicante

2) Creyente

18. ¿Con quién vive?

a) Padres

b) Hijos

c) Hermanos

d) Pareja

e) Solo

f) Otros

19. ¿Qué tan saludable se considera?

1) Nada saludable

2) Poco saludable

3) Regularmente saludable

4) Muy saludable

20. ¿Qué tan presionado se ha sentido con los cambios en su estilo de vida a partir del implante de su DAI?

1) Nada presionado

2) Poco presionado

3) Regularmente presionado

4) Muy presionado

21. ¿Qué hace en su tiempo libre?

1 (Actividades recreativas ACTIVAS)

2 (Actividades recreativas PASIVAS)

3 (Ambas)

22. ¿Considerando su enfermedad cardiaca actual, qué hace para cuidar su salud?

1 (Tratamiento farmacológico)

2 (Cambios en el estilo de vida)

3 (Ambas)

23. Al tener una enfermedad cardiaca hay que hacer cambios en el estilo de vida ¿Que tanto está 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.

CVRS

Paciente: _____ Fecha de aplicación: _____

Las siguientes preguntas hacen referencia a su enfermedad cardiaca y a cómo podría afectar aspectos de su vida. Por favor complete las siguientes oraciones indicando la respuesta que mejor se aplique a usted.

Debido a su enfermedad cardiaca, se pueden experimentar diversos síntomas, como; dificultad para respirar (disnea), dolor en el pecho, desmayos (sincope), latidos rápidos o lentos (palpitaciones), mareo, vértigo, fatiga, etc.

1. Por favor indique cuánto le ha limitado su enfermedad cardiaca (dificultad para respirar [disnea], dolor en el pecho, desmayos [sincope], latidos rápidos o lentos [palpitaciones], mareo, vértigo, 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	6 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)						

<p>2. ¿Han cambiado sus síntomas de enfermedad cardiaca (dificultad para respirar, dolor en el pecho, desmayos, latidos rápidos o lentos, mareo, vértigo, fatiga)?</p>	<p>3. ¿En las últimas 2 semanas, con qué frecuencia ha tenido; dificultad para respirar (disnea), dolor en el pecho, desmayos (sincope), latidos rápidos o lentos (palpitaciones), mareo, vértigo, fatiga, etc.?</p>
<p>1) Empeorado Mucho 2) Empeorado Ligeramente 3) No han cambiado 4) Mejorado Ligeramente 5) Mejorado Mucho 6) No he tenido ningún síntoma</p>	<p>1) Todos los días. 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</p>

4. ¿En las últimas 2 semanas, cuánto le ha molestado esta sensación de mareos y/o vértigo? Ha sido fastidioso...	5. ¿En las últimas 2 semanas, cuántas veces ha presentado; dolor en el pecho, mareo, vértigo, fatiga y este hecho lo ha limitado para hacer lo que usted quiere?
1) Totalmente 2) Mucho 3) Moderadamente 4) Ligeramente 5) No he tenido ningún síntoma.	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 el dolor en el pecho y/o la dificultad para respirar (disnea)? 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 desmayos (sincope)?
1) Totalmente 2) Mucho 3) Moderadamente 4) Ligeramente 5) No he tenido síntomas.	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 han molestado los latidos rápidos o lentos (palpitaciones)? Ha sido fastidioso...	9. En las últimas 2 semanas, en promedio, ¿Cuántas veces se ha visto forzado a modificar su estilo de vida, debido a los síntomas de su enfermedad?
1) Totalmente 2) Mucho 3) Moderadamente 4) Ligeramente 5) No he tenido síntomas.	1) Todos los días 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

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?	11. ¿Qué tanto sabe sobre las cosas que tiene que hacer para cuidarse de su enfermedad cardiaca?
1) Totalmente Inseguro 2) Muy Inseguro 3) Algo Seguro 4) Muy Seguro 5) Totalmente Seguro	1) No sé nada en absoluto 2) No sé mucho 3) Sé algo 4) Conozco varias cosas 5) Lo sé todo
12. ¿En las últimas 2 semanas, qué tanto se ha sentido limitado para disfrutar la vida debido a su enfermedad cardiaca?	13. ¿Cómo le hace sentir el hecho de tener que pasar el resto de su vida con un DAI?
1) Totalmente 2) Mucho 3) Moderadamente 4) Ligeramente 5) No me ha limitado disfrutar de la vida	1) Insatisfecho 2) De algún modo satisfecho 3) Moderadamente satisfecho 4) La mayor parte del tiempo satisfecho 5) Completamente satisfecho
14. ¿En las últimas 2 semanas, con qué frecuencia se ha sentido desalentado o deprimido debido a su enfermedad cardiaca?	
1) Todo el Tiempo 2) La mayor parte del tiempo 3) Ocasionalmente 4) Nunca	

15. Indique cómo su enfermedad cardiaca 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	6 No aplica o no lo hice
a) Los pasatiempos y actividades recreativas						
b) Trabajar o realizar quehaceres domésticos						

16. Indique como su enfermedad cardiaca 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	6 No aplica o no lo hice
a) Visitar a familia o amigos fuera de su casa						
b) Relaciones cercanas con sus amigos						

Dominios	Puntajes Min, Máx.	Rango	Puntaje Crudo	PECV
a) Limitaciones Físicas (1)	6,36	30		
b) Síntomas (2,3,4,5,6,7,8,9)	8,41	33		
I Síntomas Frecuencia (3,5,7,9)	4,20	16		
II Síntomas Severidad (4,6,8)	3,15	12		
III Síntomas Cambios a través del tiempo (2)	1,6	5		
c) Autoeficacia (10,11,12)	3,15	12		
d) Calidad de vida (13,14,15)	4,21	17		
e) Interferencia Social (16)	2,12	10		
Puntajes Globales				
Estado funcional (a+I+II)	13,71	58		
Resumen Clínico (a+I+II+d+e)	19,104	85		

CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda que usted dispone a partir del implante de su Desfibrilador Automático Implantable (DAI)

1.- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre) Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos: _____; _____

Todos buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿a partir del implante de su DAI con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES	SIEMPRE
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5

8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5

18. Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

Ítems	Puntuación
Tamaño de la red social: ítem 1	
Apoyo emocional: ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16,17, 19. (Puntuación máxima: 40, media: 24 y mínima: 8)	
Ayuda material o instrumental: ítems 2, 3, 12,15. (Puntuación máxima: 20,media: 12 y mínima: 4)	
Relaciones sociales de ocio y distracción: ítems 7, 11, 14, 18. (Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima 4)	
Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño: ítems 6, 10, 2. (Puntuación máxima: 15, media: 9 y mínima:3)	
El índice global de apoyo social : (máximo 94, medio 57 y mínimo de 19)	