



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**PERFIL PSICOLÓGICO DEL PACIENTE
HOSPITALIZADO CANDIDATO A CIRUGÍA DE
REVASCULARIZACIÓN CORONARIA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

BRENDA ESCUDERO REYES

JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR: DR. CARLOS GONZALO FIGUEROA LÓPEZ

COMITÉ: DRA. BERTHA RAMOS DEL RÍO

LIC. SANTIAGO RINCÓN SALAZAR

LIC. ENRIQUETA CECILIA RUEDA BOLAÑOS

LIC. ANA KAREN TALAVERA PEÑA



**FES
ZARAGOZA**

PROYECTO CONACYT SALUD-2013-01-201124

CIUDAD DE MÉXICO

NOVIEMBRE, 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Para ti Santi, porque los sueños son mejores cuando los conviertes en realidad... te amo

Gracias dios por la vida, el amor, la salud que tengo y la familia que me diste.

Quiero empezar agradeciendo a mis dos pilares y soportes en la vida...mis papás, gracias *Papito* por tu esfuerzo y apoyo a lo largo de todo este tiempo, no tengo con qué pagarte todo lo que haces por nosotros, gracias por tu apoyo incondicional, por desvelarte conmigo, por ser un ejemplo a seguir en todos los aspectos y por ser el mejor papá del mundo. *Mami*, a tí quiero agradecerte todo lo que me das y lo que has hecho por mí, por el apoyo que me brindas día a día y por las enseñanzas que a diario tengo de tí, gracias por ser tan mágica y hacer que lo complicado parezca sencillo, gracias por darme el ejemplo de una gran mami para ser mejor a diario con Santi; gracias por tu paciencia y por cuidar lo más precioso que tengo. Sin su apoyo en definitiva yo no habría llegado hasta donde estoy ahora, los amo mucho y les agradezco el infinito amor que diario nos muestran.

A ti *mi Chimi* quiero agradecerte haber llegado a mi vida para iluminarla y llenarme de motivación y empeño para ser mejor persona, por retarme y desafiarme a mejorar, por enseñarme que el mundo no es tan trágico como los grandes lo imaginamos y por darme tanto, pero tanto amor y cariño... eres lo mejor que pudo haber pasado en mi vida y "*te amo más allá del infinito*". Has de saber que eres parte bien importante de este trabajo y que agradezco infinitamente la paciencia que has tenido conmigo durante todo este proceso, gracias por respetar mi trabajo y lo que me gusta hacer, gracias por amar a tu mamita que no es una mamá común, pero que te ama con todo su ser. Gracias por todo mimor!! Te amo tanto tanto!!

A ti Cari, te agradezco todo el amor y apoyo que me has dado desde que nos conocemos, gracias por motivarme a ser mejor y superarme, gracias por hacerme sentir tan especial en tu vida como tu lo eres en la mía, por hacerme sentir tan amada y por sacarme una sonrisa incluso en los peores días; agradezco que respetes mi trabajo y mis decisiones, que me apoyes y que estés cuando te necesito, que me escuches y que me hagas saber lo orgulloso que estás de mí. Te amo mucho mucho y mientras la vida nos lo conseda los tres seguiremos siendo ese triángulo perfecto de unidad y amor que avanza, crece y vive en plenitud. Te amo demasiado *mi dulce amor!!*

Leo: gracias por ser mi hermano, por desvelarte conmigo, por engordar conmigo en mis ratos de ansiedad y por hacerme disfrutar aún más de la convivencia en familia...

gracias por hacerme reír tanto y por escucharme en el momento oportuno, por ser un tío peculiar y por seguir el ejemplo que tanto mis papás como yo tratamos de darte. Te amo mucho hermano: “... dicen que la felicidad también es una droga, o sea que puedo ser tu diler desde ahora”. Gracias!!!

A mi familia extendida agradezco todo lo bueno que me han dado, sus enseñanzas y los momentos de alegría que me han brindado; gracias a mis abuelas por cuidarme y por ser ambas un gran ejemplo de superación, amor y orgullo, las admiro y las amo mucho. Gracias a la familia que hace algunos años gané, gracias a mis suegros y cuñados por todo lo que comparten conmigo, por su apoyo y buenos deseos en todo momento, los quiero mucho.

Gracias a mis amigos Fer e Ivetisita por su amor y cariño, por emprender caminos diferentes pero guardar siempre la amistad y los buenos momentos en el corazón. Gracias a ti Mari, a ti Normita y a ti Sarahi, por permitirme crecer a su lado, por ser las más divertidas y por darme tanto cariño, apoyo y comprensión a lo largo de toda la carrera, las quiero mucho niñas!!

Agradezco mucho a Congénitos team y a Isquémicos team, por hacerme parte de ustedes, por ayudarme a crecer profesional y personalmente también. Especialmente a tí Soli, por dejarme conocerte y descubrir la gran persona que eres, te quiero mucho; a tí Javisito por todo tu apoyo, tu amistad y compañerismo en el grupo, por todos esos momentos de risa que hicieron más divertido el viaje; gracias a ustedes Yess y Blanca, por dejarme guiarlas y contribuir a que se enamoren poquito de más de la Psicología de la salud, gracias por la confianza y cariño que me han mostrado, las quiero mucho. Gracias a ustedes Ema, Edy, Alan, Paty y Vane por respetar mi trabajo y por llenar de alegría el cubículo en momentos de tensión, gracias por ser tan lindos compañeros y por todos los momentos divertidos que me hicieron pasar.

También agradezco a usted Dr. Carlos por hacerme partícipe de su proyecto, por confiar en mí, por su paciencia y por permitirme aprender de usted, por dejarme conocerlo como persona y por hacer tan divertida la estancia en el proyecto. Gracias por ser tan bueno y profesional en su trabajo e inspirarme a ser mejor y a trabajar duro para conseguir lo que uno se propone. Lo aprecio mucho y espero poder seguir colaborando con usted.

A usted Dra Bertha, agradezco el voto de confianza que me dió para integrarme al equipo. Por ver en mí cualidades que me hacían merecedora de un lugar dentro del equipo. Gracias por su bondad, su esfuerzo y su trabajo constante, por su ejemplo a nivel profesional y personal. La quiero mucho!

A usted Lic. Talavera, le agradezco tu profesionalismo y tu ayuda en todo momento, gracias por la paciencia y el apoyo que me brindó desde que comencé a participar en el proyecto. Gracias por permitirme conocerla y por interesarse en conocerme a mí también. Gracias por ayudarme a crecer, por ser un ejemplo de honestidad, humildad y profesionalismo. Gracias por ser tan buena y apasionada en lo que hace, irradia y contagia amor por la Psicología, la aprecio y la admiro mucho.

A usted Lic. Enriqueta le agradezco todos sus conocimientos desde que entré al equipo. Gracias por su paciencia, por su profesionalismo y por ser un gran ejemplo de vida. No sabe cuánto la admiro, no sólo a nivel profesional sino personal también. Es una gran persona, con capacidades y cualidades sorprendentes. Gracias por ayudarme a confiar en mí misma, la estimo mucho.

Lic. Santiago, agradezco todo el apoyo, respeto y apertura que mostró para la consecución de este trabajo; ha sido una parte muy importante para el desarrollo de este trabajo.

Gracias a la FES-ZARAGOZA UNAM por la formación profesional, apoyo y crecimiento que me proporcionó.

Gracias al proyecto CONACYT SALUD-201124, por su apoyo para la elaboración de este trabajo.

Índice

Resumen.....	6
Introducción	7
Capítulo 1. Cardiopatía Isquémica.....	10
Definición de Cardiopatía Isquémica.....	10
Cuadro clínico	12
Factores de riesgo coronario	14
Diagnóstico	15
Tratamiento.....	16
Medidas no Farmacológicas	17
Tratamiento Farmacológico	17
Tratamiento Quirúrgico	17
Capítulo 2. Factores psicológicos de riesgo relacionados con la cirugía cardiaca	23
Ansiedad	24
Depresión.....	27
Estrés.....	31
Percepción de enfermedad.....	34
Afrontamiento a la enfermedad	37
Capítulo 3. Factores psicológicos protectores relacionados con la cirugía cardiaca	43
Afrontamiento a la enfermedad cardiaca	43
Apoyo social	47
Optimismo disposicional.....	50
Autoeficacia	52
Resiliencia.....	55
Calidad de Vida Relacionada con la Salud	58
Planteamiento del Problema.....	64
Justificación	65
Objetivos	67
Variables	68
Diseño	71
Escenario	71

Método..... 72

Análisis de los datos 79

Resultados..... 80

Discusión..... 97

Conclusión 109

Referencias..... 110

Anexos..... 131

Resumen

Objetivo: Identificar el perfil psicológico del paciente candidato a revascularización coronaria, con base en factores psicológicos de riesgo y protección presentes en el preoperatorio. **Método:** se realizó un estudio no experimental transversal descriptivo de una muestra no probabilística de 60 pacientes candidatos a revascularización coronaria del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE. Se evaluaron variables sociodemográficas, factores psicológicos de riesgo y factores psicológicos de protección relacionados a la cirugía cardíaca, así como la CVRS. **Resultados:** Los participantes fueron 45 hombres y 15 mujeres con edad media de 63.35 años (D.E. 7.98); el 77% eran casados; el 67% tenía estudios de preparatoria, licenciatura o posgrado; el 37.9% eran jubilados y católicos en un 83.3%. Respecto a los factores psicológicos evaluados, se encontró que los participantes perciben pocos síntomas de *estrés*; 43.3% de la muestra tiene síntomas leves/moderados de ansiedad; el 48.3% tiene síntomas *depresivos* en nivel leve/moderado; el 73.3% perciben síntomas leves de *ansiedad preoperatoria*; y tienden al uso del *estilo de afrontamiento* de *Distracción*. Además se encontró que el 98.3% de los participantes percibe *Apoyo Social* alto; el 100% se perciben con alta resiliencia, son *optimistas* en algún grado y se perciben autoeficaces; y tienen una regular CVRS (M=65.88). **Conclusiones:** Se identifica la presencia de factores psicosociales de riesgo y protección en la muestra de estudio que sientan base para el estudio y actuación sobre éstos, con el fin de promover el bienestar del paciente cardíopata y contribuir en los resultados peri y postoperatorios.

Palabras clave: perfil psicológico, cirugía, revascularización coronaria, factor psicológico de riesgo, factor psicológico de protección

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son un grupo de trastornos que afectan al corazón y los vasos sanguíneos, y se les responsabiliza por causar la mayor cantidad de muertes en todo el mundo (Organización mundial de la Salud [OMS], 2015); dentro de éstas se encuentra la cardiopatía isquémica, también llamada enfermedad coronaria, que es un padecimiento en el que el corazón deja de recibir la sangre necesaria para su funcionamiento debido a la acumulación de grasas y células en las paredes de las arterias coronarias. Esta enfermedad se asocia a varios cuadros clínicos y complicaciones con consecuencias humanas y económicas de gran trascendencia (Fernández, Martín & Domínguez, 2003).

Actualmente se estima que los países en vías de desarrollo experimentan una epidemia emergente en la mortalidad por cardiopatía isquémica. En México, en la década de 1970 esta enfermedad era poco común, pero luego de treinta años las cifras se duplicaron, sobrepasando las tasas de otros países (CNN, 2014), identificando en 2013 que esta enfermedad fue responsable de 82,334 defunciones (Instituto nacional de Geografía y Estadística (INEGI), 2016); además el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ha reportado que la cardiopatía isquémica es la segunda causa más relevante de años de vida saludable perdidos, por la mortalidad prematura a la que dispone, así como por los años vividos con discapacidad (Escobedo, Rodríguez & Buitrón, 2010).

La morbilidad generada por esta cardiopatía, supone cambios importantes en el estilo de vida y actividades cotidianas, que modifican y afectan las dimensiones físicas, sociales y emocionales de la calidad de vida del paciente; así mismo, la presencia sintomatológica sea aguda o crónica, trae consigo cambios importantes en el paciente, comúnmente relacionados al deterioro de la salud y bienestar (Fernández, Morant, Catalá, Génova & Álvarez, 2014). A ello se suma el impacto que genera el diagnóstico en sí mismo, la hospitalización e inclusive los tratamientos a los que los pacientes

cardiópatas se enfrentan, que incluyen los fármacos y hasta las cirugías de revascularización coronaria.

Al respecto, éste es un tipo de tratamiento quirúrgico frecuente en pacientes con cardiopatía isquémica, que se considera una cirugía mayor por las implicaciones y riesgos que tiene, así como por la recuperación prolongada que supone, y pese a ser un procedimiento quirúrgico que ha avanzado en el desarrollo de mejoras técnicas y prácticas, es un evento que genera ambivalencia emocional en el enfermo crónico, ya que si bien la operación representa la posibilidad y esperanza de mejorar y recuperar la salud, también constituye una fuente generadora de miedo y estrés ante posibles complicaciones e incluso la muerte (Castillero, 2007; Cárdenas, González, M., González, Y., & Pérez, 2011). Dichos estados emocionales se relacionan con la presencia de aspectos psicológicos y psicosociales que pueden fungir como factores protectores o de riesgo en la evolución peri y postoperatoria por las implicaciones tanto a nivel psicológico como fisiológico que tienen (Katz & Seltzer, 2014).

Debido a la importancia que en años recientes los factores psicológicos han cobrado sobre las enfermedades cardiovasculares por la relación que guardan con su génesis y mantenimiento, se ha identificado que la presencia de los factores de riesgo pueden vulnerar la condición del cardiópata ante complicaciones e incluso la muerte súbita en el periodo preoperatorio (Castillero, 2007), pero también se ha encontrado que de presentarse los factores psicológicos de protección, pueden incluso contribuir a la mejora en el pronóstico y tratamiento del paciente (Valls & Rueda, 2013).

Cabe mencionar que ambos tipos de factores han sido estudiados por separado y con distintos grupos de poblaciones en el periodo preoperatorio; sin embargo además de que se encuentra variabilidad en algunos resultados, son pocos los estudios que confluyen en el estudio de factores psicológicos protectores y de riesgo en el periodo preoperatorio de la cirugía cardíaca, tanto en México como en el resto del mundo; menos aún aquéllos que dan una caracterización completa del estado psicológico del paciente previo a la cirugía, ya que los estudios empíricos consideran pocas variables

psicológicas y la caracterización de los aspectos psicológicos implicados en la cirugía se ve limitada en las poblaciones de estudio. Por tal motivo, la investigación que aquí se sustenta tuvo por objetivo conocer el perfil psicológico basado en factores de riesgo y protección del paciente candidato a revascularización coronaria.

Capítulo 1. Cardiopatía Isquémica

El sistema circulatorio está formado por el corazón y los vasos sanguíneos. El corazón es un órgano encargado de dos actividades: primero, enviar sangre oxigenada a todos los tejidos y demás órganos y segundo, recircular la sangre no oxigenada y con desechos por los pulmones para que ahí ocurra el intercambio gaseoso y ésta se oxigene. Mientras el corazón trabaja como una “bomba”, son las arterias las que llevan la sangre hacia fuera del corazón para nutrir a todos los órganos, y las venas las encargadas de regresarla al corazón para su oxigenación (Santos, 2006).

El corazón a su vez, tiene su propio sistema de irrigación sanguínea conformado por las arterias coronarias, que se disponen en forma circular alrededor del órgano y cumplen la función de nutrir de sangre oxigenada al músculo cardiaco para que cumpla con sus demandas (Latarjet & Ruiz, 2008). Son dos los principales vasos (arteria coronaria derecha e izquierda) que se originan de la aorta y se ramifican en arterias más pequeñas (Figura 1, Texas Heart Institute, 2015).

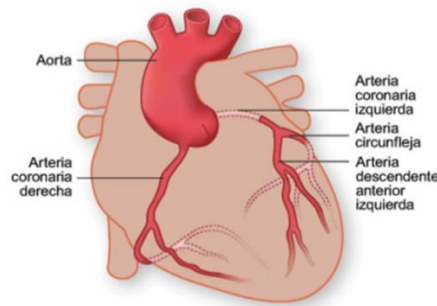


Figura 1. Arterias coronarias

Definición de Cardiopatía Isquémica

La cardiopatía isquémica es una enfermedad en la que el corazón deja de recibir la sangre oxigenada necesaria para su funcionamiento, debido al endurecimiento y engrosamiento anormal de la pared de las arterias coronarias; éste fenómeno implica el desequilibrio entre el suministro de oxígeno y la falta de nutrientes para el

abastecimiento de la demanda cardiaca (López, Rodríguez & Fernández, 2011; American Heart Association, 2015).

El estrechamiento de las arterias coronarias se debe principalmente a un proceso inflamatorio complejo y progresivo en el que intervienen mecanismos como el depósito de colágeno y la acumulación de lípidos, ésteres y cristales de colesterol, así como de células inflamatorias, que forman una capa al interior de los vasos sanguíneos del corazón denominada ateroma, de ahí que la alteración de las arterias coronarias más frecuente reciba el nombre de arteroesclerosis (Shamsuddin, 2006; IMSS, 2010).

Tal estrechamiento puede obstruir total o parcialmente la luz del vaso sanguíneo, impidiendo la circulación de la sangre y el adecuado aporte de oxígeno; la oclusión de la arteria genera la muerte celular o necrosis de los tejidos irrigados por ésta (Sans, 2007) (Figura 2, ADAM, 2016).

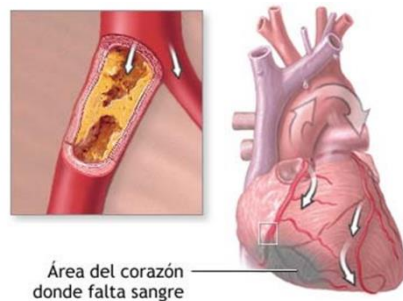


Figura 2. Bloqueo de la arteria coronaria derecha

Este tipo de cardiopatía afecta principalmente a hombres de edad mediana y avanzada, siendo los mayores de 65 años los más afectados. Se estima además que para el 2020, la Isquemia cardiaca será la causa directa de alrededor de 11.1 millones de muertes en el mundo (Cantus & Solano, 2011).

Dicha patología destaca entre las principales causas de muerte a nivel mundial y en México se le ubica como la segunda causa de mortalidad y la primera de morbilidad en la población adulta (Barriga, 2009). Es la mayor causa de muerte prematura,

generadora de discapacidad y se asocia a gastos importantes en los servicios de salud que impactan tanto en la esfera social como en lo individual.

Esta enfermedad empieza en la adultez temprana (45 años), y al seguir un proceso lento resulta ser asintomática hasta que la estenosis coronaria se agrava y causa un desequilibrio entre el aporte de oxígeno al miocardio y sus necesidades. Es así como se genera la isquemia miocárdica (angina de pecho estable) o la oclusión súbita por trombosis de la arteria, lo que provoca una falta de oxigenación del miocardio que da lugar al síndrome coronario agudo (angina inestable e infarto agudo de miocardio) (Texas Heart Institute, 2014).

Cuadro clínico

Se pueden identificar varios cuadros clínicos dentro de la cardiopatía isquémica, entre los que destacan la angina de pecho y el infarto (Acosta, Navarrete & Corsini, 2011; Antman, Selwyn & Loscalzo, 2012):

Angina de pecho

Es un síndrome clínico que se caracteriza por la presencia de dolor de corta duración (15-20 minutos) que aparece y desaparece gradualmente en el pecho, mandíbula, hombros, brazos o espalda; y suele aparecer ante estrés psicológico o cuando se realiza ejercicio. Este cuadro puede distinguirse entre Angina Estable y Angina Inestable (Mancin et al., 2009):

- La Angina Estable implica que el flujo coronario del paciente es suficiente para las demandas metabólicas miocárdicas. En ésta, la placa de ateroma ocupa menos del 50% de la luz del vaso coronario y es relativamente estable, y de lento crecimiento.

- La Angina Inestable se da cuando las demandas cardiacas superan al flujo cardiaco, por lo que ésta se presenta aún en reposo o con el esfuerzo físico mínimo, y se asocia a un mayor riesgo de infarto agudo al miocardio.

Infarto de miocardio

Es la muerte de una porción del músculo cardiaco que ocurre por la obstrucción de una arteria coronaria por un trombo; la importancia del infarto depende de la cantidad de músculo cardiaco que se pierda. Se identifica con dolor torácico más intenso y prolongado que el de la angina de pecho, que puede extenderse a los hombros, cuello, brazo izquierdo, maxilar inferior o espalda y puede acompañarse de fatiga, sudor frío, mareo y angustia (Fernández, 2009).

Martínez (2014) considera además como cuadros clínicos la Insuficiencia cardiaca y la muerte súbita:

Insuficiencia cardiaca

Entendida como el desequilibrio entre la capacidad del corazón para bombear sangre y las necesidades del organismo (Fundación Española del Corazón, 2015), se caracteriza por síntomas como la falta de aire, cansancio y dificultad para respirar.

Muerte súbita

Es el cese del funcionamiento cardiaco, en el que pueden o no presentarse síntomas; sus causas más frecuentes son la arterioesclerosis coronaria, estenosis aórtica, hipertensión sistémica, arritmias letales y el Síndrome de Romano-Ward (Martínez, 2014).

Se pueden presentar además otros síntomas como mareos, palpitaciones, náuseas, transpiración excesiva, aumento de la presión arterial, síncope y vértigo (White, Haramati, Chen & Levsky, 2014), que dependerán de la presentación clínica en cada paciente, así como de otros factores que mediatizan la presentación de la patología.

Factores de riesgo coronario

Se entiende por factor de riesgo a aquéllos rasgos, características o condiciones a las que se expone un individuo que aumentan la posibilidad de que padezca una enfermedad o empeore alguna ya existente (OMS, 2015). En el caso del riesgo cardiovascular, éste será todo aquello que aumente la probabilidad de desarrollar una enfermedad cardíaca en un periodo aproximado de 10 años (Amariles et al., 2004).

Las enfermedades cardiovasculares se caracterizan por tener una etiología multifactorial en la que intervienen varios factores de riesgo, cada uno con un peso especial, pero con la cualidad de potenciarse y asociarse entre sí (Suárez, 2004).

En el caso de la enfermedad coronaria, se han identificado algunos factores de riesgo que incrementan la posibilidad de contraerla y tener un ataque cardíaco; los factores de riesgo coronario asociados con mayor frecuencia a la arterioesclerosis coronaria son la edad avanzada, ser hombre, antecedentes familiares de cardiopatía isquémica, aumento de colesterol total (LDL), disminución de colesterol HDL, factores hormonales y metabólicos, hipertensión arterial, factores genéticos y hemodinámicos, el sedentarismo, la obesidad, Diabetes Mellitus, factores psico-emocionales e inmunológicos y el tabaquismo (Jadroque, 1999, Salmón, 2000 citados por Truit, Castro, Galindo, & Rodríguez, 2005; Fundación Española del Corazón, 2015).

Cabe mencionar que estos factores han sido clasificados de diferente manera, a continuación se muestra su clasificación desde el punto de vista clínico (Tabla 1, Yusuf, 2001, Laham, 2003 citados por Flores, 2015):

Tabla 1
Clasificación de los factores de riesgo cardiovascular

Factores de riesgo no modificables	Factores de riesgo modificables	
	<i>Biológicos</i>	<i>Psicosociales</i>
Edad	Dislipidemia	Tabaquismo
Sexo	Lipoproteínas	Sobrepeso
Historia familiar	Apolipoproteínas	Obesidad
Hipertensión	Hipertrigliceridemia	Consumo de alcohol
Diabetes mellitus		Sedentarismo
		Estrés
		Ansiedad
		Depresión
		Hostilidad
		Personalidad tipo A,D

La investigación sugiere que la presencia en conjunto de varios de los factores antes mencionados hará más probable la aparición de la enfermedad e incluso su complicación. En sentido contrario, algunos factores de riesgo pueden ser tratados y modificados, para así reducir el riesgo cardiovascular.

Diagnóstico

Existen varias pruebas diagnósticas que son empleadas para identificar esta cardiopatía y/o detectar su estado y evolución. Entre las pruebas comúnmente usadas se encuentran (The Children's Heart Foundation, 2004; Acosta et al., 2011):

- *Interrogatorio y exploración física:* permite encontrar signos y síntomas de angina de pecho, así como de aterosclerosis. Además se pueden observar signos de la enfermedad vascular y otras patologías comórbidas a la cardiopatía isquémica, así como tener evidencia de factores de riesgo en el paciente.
- *Pruebas de laboratorio:* se enfocan en la detección de las posibles causas de la isquemia, el estudio de factores de riesgo cardiovascular y la estimación de pronósticos.
- *Electrocardiograma (ECG):* es una prueba diagnóstica no invasiva que sirve para detectar cambios en la actividad eléctrica que sugieran isquemia miocárdica (zonas eléctricamente inactivas), además de dar indicios de alteraciones

comórbidas a la isquemia como el crecimiento de cavidades o alteraciones de ritmo y conducción.

- *Prueba de esfuerzo*: es un estudio accesible que permite establecer el pronóstico de pacientes con dolor torácico y sospecha de cardiopatía isquémica, ya que valora la actividad del corazón cuando se realiza esfuerzo físico; se monitorea frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria, presión arterial e índices ventilatorios.
- *Ecocardiograma*: es una prueba que permite conocer la estructura y funcionamiento del corazón en tiempo real a través de ultrasonido, en el caso de la Cardiopatía isquémica, permite detectar áreas necrosadas.
- *Cateterismo cardíaco*: es un procedimiento invasivo, en el que un catéter se introduce al sistema circulatorio del paciente para obtener imágenes de las cavidades y válvulas del corazón y los vasos sanguíneos, además de que pueden obtenerse medidas de las presiones y el contenido de oxígeno en el corazón.
- *Angiografía coronaria*: es una técnica radiográfica útil para definir las características de la anatomía coronaria y las lesiones ateroscleróticas, medir el flujo sanguíneo y la presión en las cavidades del corazón.

Tratamiento

Los objetivos del tratamiento que se buscan alcanzar en pacientes con cardiopatía isquémica son controlar los síntomas de la angina, mejorar la calidad y el pronóstico de vida, controlar el progreso de la enfermedad, evitar la presencia de eventos isquémicos coronarios agudos y disminuir la mortalidad que se asocia a la enfermedad. Para ello, se consideran diferentes tratamientos que se basan en los síntomas, características y

necesidades específicas del paciente; dentro de ellos el IMMS (2010) considera desde las medidas no farmacológicas, pasando por las farmacológicas y hasta las quirúrgicas:

Medidas no Farmacológicas

Dentro de las medidas no farmacológicas para el tratamiento de la cardiopatía isquémica destacan:

- Dieta baja en colesterol y grasas saturadas.
- Suspensión total de tabaco
- Moderación en el consumo de alcohol
- Evitar el sobrepeso
- Realizar actividad física regular basada en programas de rehabilitación cardiaca, y tomando en cuenta los síntomas que se presentan.

Tratamiento Farmacológico

Este tipo de tratamiento, tiene impacto en tres aspectos importantes:

1. Prevención secundaria de eventos isquémicos (hipolipemiantes, antiagregantes plaquetarios, terapia hormonal sustitutiva)
2. Alivio de síntomas (nitratos, calcioantagonistas, betabloqueadores)
3. Control de comorbilidades y complicaciones de esta cardiopatía (Inhibidores del Eje Renina-Angiotensina-Aldosterona, antagonistas selectivos del Receptor de Angiotensina, antagonistas de Aldosterona, Antiarrítmicos, Anticoagulantes)

Estos fármacos cuentan con indicaciones especiales para su suministro, así como con sus respectivas contraindicaciones.

Tratamiento Quirúrgico

Se consideran dos principales procedimientos quirúrgicos para esta cardiopatía (Álvarez et al. 2014; Texas Heart Institute, 2014):

Angioplastia coronaria

Es un procedimiento invasivo (no considerado como cirugía mayor) en que se abren estrecheces de las arterias coronarias usando un catéter que lleva ciertos dispositivos consigo, cuya función es dilatar la zona estrecha u obstruida que impide que la sangre fluya. Este procedimiento hace uso de un pequeño globo (balón) que es inflado en el lugar en que la arteria está obstruida, comprimiendo la placa hacia la pared arterial. Así mismo, se coloca una especie de muelle metálico (stent) para que la dilatación se mantenga (Ver figura 3, Chinchilla, 2013).

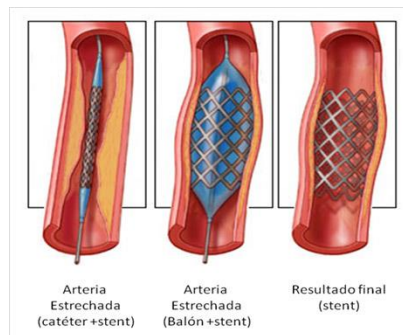


Figura 3. Angioplastia coronaria

Se considera un procedimiento con pocas probabilidades de complicación, pero el riesgo depende en gran medida de las características de la enfermedad y presentación clínica del paciente (American Heart Association, 2015).

Cirugía de revascularización coronaria (Bypass coronario)

Es un procedimiento considerado como cirugía mayor dada su complejidad, el empleo de la anestesia general y la asistencia respiratoria en él, la penetración del tórax, el grado considerable de riesgo para la vida del paciente y la grave discapacidad a la que se asocia (Saíenz, 2011).

La revascularización coronaria es una de las cirugías cardíacas más frecuentes, se estima que en Estados Unidos se practican más de 500 mil al año (Gummert et al., 2010; Roger et al. 2011; Texas Heart Institute, 2015).

Este procedimiento quirúrgico tiene lugar cuando otros tratamientos no han sido beneficiosos o el paciente no es candidato a ellos, y busca mejorar el flujo sanguíneo al corazón formando una nueva ruta alrededor de un área obstruida de la arteria.

Esta cirugía consiste en injertar arterias o venas del propio paciente sobre las arterias coronarias obstruidas para lograr llevar sangre a las partes del corazón donde el flujo es deficitario. Los injertos son tomados de las piernas, el pecho, el brazo o alguna otra parte del cuerpo, y preparados para unirlos a las arterias coronarias en forma de puente para derivar la sangre, evitar la obstrucción y garantizar el riego sanguíneo al músculo cardiaco (Silva, 2009) (Ver figura 4).

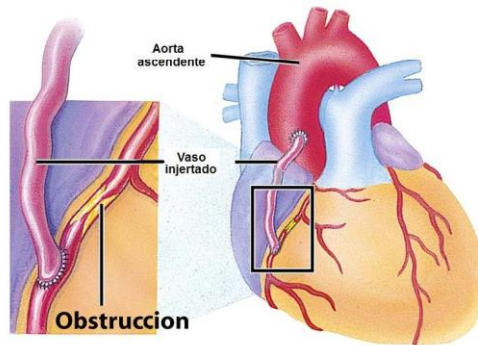


Figura 4. Derivación coronaria

Existen dos formas de llevar a cabo la cirugía: con o sin máquina (bomba) de circulación extracorpórea. Cuando ésta es usada, el corazón se mantiene estable y libre de sangre para realizar la cirugía ya que la máquina especial hace el trabajo del corazón y los pulmones. Si la bomba no es requerida, se realiza todo el procedimiento con el corazón latiendo y haciendo uso de ciertos dispositivos que permiten estabilizarlo (González et al. 2009; Fundación Española del Corazón, 2012).

Durante el procedimiento, bajo anestesia general y decidido el uso o no de la circulación extracorpórea, se hace una incisión en el tórax (esternotomía) Posteriormente, se obtiene y coloca un injerto (generalmente de las arterias mamarias y radial, o incluso segmentos de la vena safena de la pierna), que se sutura a la aorta para obtener el aporte sanguíneo, mientras que su otro extremo se sutura a la arteria

coronaria afectada saltando la obstrucción y creando una nueva ruta que aporte sangre al músculo cardíaco para que éste funcione de manera adecuada. En seguida se pasa a la desconexión de la circulación extracorpórea (si fue usada), se verifica el latido eficaz y se colocan tubos para drenar la sangre en el periodo postoperatorio. Finalmente se sutura el tórax y el pecho (National Library of Medicine [NLM], 2016).

Es importante mencionar que cualquier tipo de intervención quirúrgica implica cierto grado de riesgo, mismo que está determinado por varios factores, cada uno de los cuales está asociado a la aparición de complicaciones específicas. Otero, E. y Otero, M. (2004) mencionan los siguientes:

- *Factores relacionados con el paciente:* incluyen características socio-demográficas (edad, sexo, educación, nivel económico, etc.), además de la situación clínica preoperatoria (grado de afectación funcional, el tipo de patología, el grado de urgencia de la cirugía, la comorbilidad con otras enfermedades además de la cardíaca). En el caso de la isquemia cardíaca, la anatomía de las lesiones coronarias (número de lesiones, ubicación, extensión del territorio isquémico), severidad de la angina, respuestas al esfuerzo, función ventricular y la viabilidad miocárdica, influyen la historia natural del proceso y la mortalidad quirúrgica. A ello se asocia el número de infartos previos y la agresividad del proceso aterosclerótico.
- *Medicación, intolerancias y alergias:* algunos medicamentos pueden tener efectos secundarios negativos que requieren su retiro en el periodo preoperatorio; también se ha encontrado la alergia a antibióticos y fármacos cuyos efectos secundarios adversos son graves en el peri y post-operatorio.
- *Características del proceso quirúrgico:* Implica el seguimiento de protocolos de manejo de los pacientes, la experiencia, conocimiento y optimización de las tácticas y técnicas empleadas. En cirugía coronaria aspectos como el grado de revascularización conseguido (completo o incompleto), los injertos usados, el

periodo de isquemia intra-operatoria, el tiempo de bypass cardiopulmonar o la protección miocárdica empleada, influyen en los resultados.

- *La estructura dedicada a la asistencia:* implica aspectos como la espera prequirúrgica, contar con los recursos mínimos para éste tipo de intervención, el control epidemiológico, la asepsia y el diseño de las salas. Son factores que no están bajo el control de médicos pero tienen un peso importante en la aparición de ciertas complicaciones.
- *El azar y factores desconocidos:* son causantes de complicaciones imprevistas e impredecibles, son menores cuando el proceso y la estructura son adecuados.

En este sentido, Silva (2009) menciona que las complicaciones que suelen aparecer luego de la revascularización coronaria son infarto al miocardio (5-8%), daño neurológico (2-3%), infección en la herida quirúrgica (1-3%), sangrado excesivo que requiere transfusión o reoperación (1-3%) y fibrilación auricular transitoria (30%). Entre otras complicaciones menos frecuentes se encuentra la neumonía, infección urinaria, derrame pleural y pericárdico, accidente cerebrovascular y necesidad de ventilación mecánica prolongada.

Dichas complicaciones atañen principalmente al uso de la bomba de circulación extracorpórea, la manipulación de la aorta y los errores en la construcción del injerto (Aranki, Aroesty & Suri, 2015).

Se ha detectado además que en el perioperatorio las complicaciones más frecuentes asociadas al infarto son: estenosis en arterias coronarias (especialmente la circunfleja); el tiempo de pinzamiento aórtico mayor a 60 min; circulación extracorpórea mayor a 105 minutos; colocación de tres o más injertos coronarios; isquemia miocárdica; uso de ciertos fármacos; así como la obstrucción de los puentes coronarios (Morlans, Saínez, González & Morlans, J., 1997).

La revascularización coronaria es un procedimiento que se ha beneficiado con el desarrollo y mejoras de las técnicas en él usadas; sin embargo, como se ha mencionado, éste continua siendo un procedimiento invasivo con varios riesgos importantes por la anestesia, la propia intervención quirúrgica y las condiciones del paciente. Por tal razón, se considera un evento potencialmente estresante para éste, con implicaciones no sólo fisiológicas sino psicológicas también, que vulneran al paciente cardíaco ante complicaciones e incluso la muerte súbita (Castillero, 2007).

El estudio de estos aspectos psicológicos ha cobrado relevancia desde ya hace varios años. Las necesidades emocionales del paciente dependerán en gran medida de la capacidad que tenga para adaptarse y afrontar situaciones que representen peligro, a la forma en que perciben las pérdidas y la capacidad de gestionar los temores y la incertidumbre.

La literatura reporta que dichas implicaciones psicológicas y psicosociales, actúan como aspectos predictivos de buen o mal pronóstico en la evolución peri y postoperatoria del paciente (Moñiz, Vázquez & Vaz, 2001; Oxlad, Stubberfield, Stuklis, Edwards & Wade, 2006; Castillero, 2007), es decir como factores de riesgo y factores de protección que predicen el curso de la recuperación (Katz & Seltzer, 2009). En los siguientes capítulos se exponen algunos de estos factores, asociados a la cirugía cardíaca de revascularización coronaria.

Capítulo 2. Factores psicológicos de riesgo relacionados con la cirugía cardíaca

La cirugía es un estresor complejo que se encuentra asociado a la hospitalización, la enfermedad, y ciertos acontecimientos y sus consecuencias. A ello se suman las particularidades del procedimiento, los temores a éste y al dolor, el miedo a revelar información personal bajo el efecto de la anestesia y la incertidumbre de los resultados de la cirugía (Barrilero et al., 1998; Bosch, López & Pérez, 2011).

Además, los candidatos a dicho procedimiento son afectados por la novedad del procedimiento y sus características, el miedo a morir, las inquietudes sobre la recuperación, sentimientos de impotencia, imposibilidad de predecir consecuencias, la pérdida de control e intimidad, la desorientación y el abandono de los roles habituales por la hospitalización (Barnason, Zimmerman & Nieveen, 1995; Bolwerk, 1990; Castellero & Valdéz, 2002; Castilero & Pérez, 2003; Bosch et. al., 2011; Sainz, 2011; Bradt, Dileo, Cheryl & Potvin, 2013).

Este conjunto de inquietudes y afecciones son aspectos psicológicos que se presentan en cualquier tipo de intervención quirúrgica, ya que los pacientes preoperatorios anticipan el dolor, la lejanía de su familia, la pérdida de independencia, el miedo a ser discapacitados, el miedo a la cirugía, la anestesia y la muerte (Baeza, Balaguer, Beler, Coronas & Gullamón, 2008). Sin embargo, en la cirugía cardíaca incrementan debido a la complejidad, al riesgo al que se asocia, al periodo prolongado de recuperación que ésta tiene, y a la asociación que ésta ha tenido por largo tiempo con la muerte.

Tales implicaciones psicológicas pueden ser consideradas como *factores de riesgo*, en el sentido que su presencia hace más probable la ocurrencia de un resultado desfavorable; alteran el estado del paciente a nivel físico, emocional, cognitivo y comportamental, vulnerando sus condiciones tanto en el periodo pre, peri y

postoperatorio (Amariles et. al., 2004; Nekouei, Yousefy, Doost, Manshaee & Sadeghei, 2014); ejemplo de éstos son la ansiedad y la depresión.

Cabe mencionar que dichos factores se encuentran mediados por el cuadro interno de la enfermedad, la personalidad y características individuales del paciente que permiten valorar y significar la cirugía, el contexto circunstancial en que aparece este evento, y las consecuencias que tendrá a corto y largo plazo (González & Casal, 2006).

A continuación se explican algunos de los factores psicológicos de riesgo relacionados con la cirugía cardiaca.

Ansiedad

La ansiedad es un estado emocional displacentero y transitorio que implica síntomas somáticos y psicológicos como tensión, aprehensión, nerviosismo, temor e hiperactividad autonómica, que pueden presentarse como reacción adaptativa o como síntoma de padecimientos médicos y psiquiátricos. Se expresa con alteraciones físicas (sudoración, falta de aire, tensión, rigidez muscular), conductuales (torpeza, inquietud, impulsividad), psicológicas (agobio, incertidumbre, despersonalización) y cognitivas (déficit de atención y concentración, pensamientos negativos intrusivos, preocupación excesiva) (Quiles, Méndez & Ortigosa, 2001; Pérez, 2007).

Este estado surge de valoraciones que la persona hace de su medio, en las que ciertas situaciones se perciben peligrosas y amenazantes. Puede ser parte de la personalidad del paciente (ansiedad-rasgo) o deberse a un evento relevante para el paciente (ansiedad-estado) (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud [CENETEC], 2010; Heinze & Camacho, 2010), como la cirugía.

En este sentido, la ansiedad preoperatoria es un estado presente desde que se informa al paciente sobre la intervención quirúrgica, se hace más aguda momentos antes del procedimiento y se extiende hasta 48 horas luego de la intervención en el posoperatorio (Cárdenas et al., 2011).

Se ha reportado que este tipo de ansiedad es un factor importante para la recuperación física y emocional de los pacientes, ya que se considera una disposición psicológica adaptativa que permite afrontar la intervención si se presenta en sintomatología leve; pero también se ha encontrado asociada a malestar psicológico y físico, que trae consigo complicaciones en la anestesia, la cirugía y la práctica médica cuando la sintomatología va de moderada a severa (Cárdenas, Quiroga, Restrepo & Cortés, 2005; De la Paz, Prego & Barzaga, 2006; Bradt et. al., 2013).

Diversos estudios han estimado la prevalencia de ansiedad preoperatoria, encontrando que ésta se presenta entre el 40% y el 70% de los pacientes estudiados (Kiyohara et al., 2004; Carrascosa, Aguilar & Carrascosa, 2011; Hernández, 2012); otros estudios la ubican entre el 80% y el 100% de los pacientes próximos a cirugía cardíaca (Cárdenas, et al., 2005; Doñate, Litago, Monge & Martínez, 2015). Mora (2015) en su estudio con pacientes diagnosticados con isquemia cardíaca tributarios a revascularización coronaria, encontró presencia de ansiedad alta en cerca del 47% de su muestra.

Respecto a la diferencia por sexo, Valenzuela Narrera y Ornelas (2010) encontraron que las mujeres estudiadas tenían un riesgo de hasta cinco veces más que los hombres de presentar mayores puntuaciones de ansiedad; mientras que Morales (2013) encontró en su estudio que ésta prevalecía más en mujeres, encontrándola en el 73.42% de las pacientes estudiadas.

Moerman y sus colaboradores (1996 citado por Hernández, López & Guzmán, 2016) mencionan que los pacientes sometidos a cirugía mayor presentan aumento en la frecuencia e intensidad de ansiedad preoperatoria, comparados con aquéllos que se someterán a cirugía menor o ambulatoria. Además autores como Castellero y Valdéz (2002), Castellero y Pérez (2003), Pérez (2007) y Navarro y colaboradores (2011) encontraron que la ansiedad disminuía en el post-operatorio, que tenía repercusiones importantes a nivel fisiológico en la cirugía, e influencias negativas en la recuperación física y psicológica de los pacientes.

Castillero (2007) identificó que los pacientes más ansiosos presentan más preocupaciones y expresaban más quejas, percibían mayor dolor, dificultades en seguir indicaciones médicas como moverse, toser, respirar profundamente y alimentarse; hecho asociado a la demora en la recuperación y peor ajuste posoperatorio, infecciones por supresión inmunológica, náuseas, cambios en la frecuencia cardiaca, la temperatura corporal e hipertensión arterial.

El estado ansioso puede exacerbar los síntomas de la enfermedad cardiovascular existente y generar respuestas físicas negativas como el aumento de la presión arterial y la frecuencia cardiaca; lo que se ha asociado a alteraciones en el proceso anestésico, cicatrización más lenta y aumento del riesgo de infección por la menor respuesta inmune, así como retraso en la recuperación posoperatoria y mayor estancia hospitalaria (Andrew, Baker, Kneebone & Knight, 2000; Pignay, Lespérance, Damaria, Freasure & Perrault, 2003; Carapia, Mejía, Nacif & Hernández, 2011; Bradt et al., 2013).

Así mismo Fernández, Jiménez, Bodi y Barrabés (2012) encontraron que la ansiedad preoperatoria se asocia con complicaciones quirúrgicas que implican inestabilidad cardio-respiratoria, y aumento en el tiempo de ventilación mecánica, la variabilidad hemodinámica y la posibilidad de sangrado; mayor dolor posoperatorio y mayor consumo de analgésicos, así como menor satisfacción final en el paciente.

Todos estos efectos adversos, hacen que se sume la probabilidad de mayor riesgo a la de por sí riesgosa cirugía mayor, es por ello que en el caso de la cirugía cardiaca la ansiedad se considera un factor de riesgo, que sin duda vulnera la condición del paciente.

Para valorar los niveles de ansiedad, se han usado varios instrumentos que destacan por su utilidad para conocer la variable aislada de otros aspectos psicológicos y somáticos. En este sentido herramientas como el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAS), la Escala Clínica de Ansiedad (CAS), el

Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI), la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), han mostrado ser herramientas bastante útiles y confiables, validadas y adaptadas en diversas poblaciones (Hernández et al. 2016).

El Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI) es una herramienta que destaca por la evaluación que hace de la ansiedad como rasgo de personalidad y como respuesta transitoria a un evento, lo que permite identificar si ésta depende de la situación estresante, en este caso la cirugía, o si bien, la ansiedad forma parte de la estructura de personalidad del paciente.

En relación a ello, la escala HADS ha mostrado gran utilidad para medir en qué grado la enfermedad afecta el estado emocional, debido a que se centra más en aspectos cognitivos que somáticos, por lo que permite detectar la presencia de síntomas ansiosos y depresivos en población medicamente enferma (Noguera et al., 2013). Es una escala empleada en diversos padecimientos crónicos como enfermedad pulmonar obstructiva crónica, VIH, fibromialgia, dolor crónico, cáncer, enfermedades cardiovasculares y en pacientes próximos a cirugía (Rico, Restrepo & Molina, 2005; Vinaccia, Quiceno, Zapata, Obesso & Quintero, 2006; Vallejo, Rivera, Esteve & Rodríguez, 2012).

Depresión

La Depresión es un trastorno del estado de ánimo que resulta de complejas interacciones entre aspectos sociales, psicológicos y biológicos. Se caracteriza por sentimientos de profunda tristeza y desesperanza que impactan de forma negativa el desempeño de las actividades diarias; implica gran sufrimiento y sentimientos de indefensión, culpa, agotamiento y retraimiento (American Psychological Association (APA), 2016). Se encuentra asociada a distintos grados de discapacidad, y puede ser comórbida a trastornos orgánicos, resultar de ellos e incluso aumentar la severidad de sus síntomas (Utrillas, 2011).

En este sentido, el National Institute of Mental Health (NIMH, 2009) y la OMS (2016) mencionan que existe evidencia que sugiere que las enfermedades cardiovasculares pueden producir depresión, y que también la depresión puede generar este tipo de enfermedades. La suma del trastorno orgánico y el depresivo, exacerba los síntomas, dificulta la adaptación a la condición médica y eleva los costos médicos.

Freasure, Lesperance y Talajic (1993) demostraron que la presencia de depresión en pacientes cardiacos durante la hospitalización, aumentaba el riesgo de muerte a los 6 meses. Thombs y sus colaboradores (2008), estimaron que en pacientes cardiopatas, la depresión cumple criterios diagnósticos en 1 de cada 5 pacientes, y es 3 veces más frecuente en aquellas personas que han sufrido infarto al miocardio (IM) agudo, que en personas sin enfermedad; resultados parecidos son los encontrados por Khan, Kulaksizoglu y Ciringiroglu (2010), quienes concluyeron que los síntomas depresivos impactan en el paciente después de una primera manifestación de la enfermedad coronaria. Así mismo, en México Sarmiento (2011) identificó la presencia importante de síntomas depresivos en pacientes con insuficiencia cardiaca y en pacientes con arritmia cardiaca potencialmente letal, identificando que los primeros tenían niveles más severos de depresión.

Otros estudios confirman que los síntomas depresivos tienen efectos adversos importantes en los pacientes que la padecen, reflejados principalmente en el mal pronóstico (Baumeister, Hutter & Bengel, 2011). Navarro y colaboradores (2011) destacan que la presencia de depresión incrementa el riesgo de morir a corto y mediano plazo luego de un evento coronario.

Se ha documentado además que la depresión influye directamente de tres formas en ciertas reacciones fisiológicas que conducen a eventos coronarios: *primero*, se le asocia con el desequilibrio autonómico y la activación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HPA); *segundo*, se le asocia a la desregulación de mecanismos inmunológicos; y *tercero*, se considera responsable de anomalías en la coagulación y disfunción

endotelial vascular (Musselman, 1998, Appels, 2000, Kiecolt, 2002, Danesh, 2000 Citados por Barth, Schumacher & Hermann, 2004).

Hecho que permite entender la relación entre la depresión y la enfermedad coronaria, ya que los síntomas depresivos están implicados también en el desarrollo de la Isquemia cardiaca y sus manifestaciones clínicas. Es así como dicha afección del estado de ánimo, queda identificada luego de un evento coronario agudo, pero se vincula a aspectos previos al mismo (Romero, 2007; Cuartas et al, 2008).

En el caso de la cardiopatía isquémica, Nicholson, Kuper y Hemingway (2006) identificaron en su meta-análisis que en estos pacientes había prevalencia de depresión entre el 14% y el 47%, siendo mayor en pacientes con angina inestable y en aquéllos que esperaban una cirugía de revascularización coronaria. Lozano (2009) encontró en su estudio con pacientes mexicanos que el 46.9% de sus participantes tenían depresión y que ésta era más prevalente en mujeres. González y Casal (2006), mencionan que este trastorno afectivo puede aparecer luego del anuncio de la intervención y asociarse a las condiciones en que la cirugía se llevará a cabo, la ausencia de familia y amigos; y la pérdida significativa por el paciente sobre alguno de sus órganos o miembros operados.

La incidencia de la depresión en el periodo preoperatorio de la cirugía cardiaca ha sido estudiada por varios autores: por ejemplo, Patron, Messerotti y Palomba (2014) encontraron niveles significativos en el 28% de los pacientes que la estudiaron; Carneiro y sus colaboradores (2009) identificaron síntomas depresivos en el 31.3% de su muestra; mientras que Pirraglia, Peterson, Williams, Gorkin y Charlson (1999) también identificaron niveles elevados en el 30% de su muestra. Específicamente en pacientes en espera de cirugía de revascularización coronaria, Langeluddecke, Fulcher, Baird, Hughes y Tennant (1989) encontraron incidencia de depresión en el 36% de los pacientes estudiados; y McKhann y colaboradores (1997) reportaron incidencia del 27% en pacientes con las mismas características.

Fraguas y colaboradores (2000) y Tully et al. (2010) identificaron que entre el 30% y el 40% de los pacientes sometidos a bypass coronario experimentan síntomas depresivos, tanto antes como luego de la cirugía.

La evidencia reciente sugiere que la depresión aumenta el riesgo de mortalidad y morbilidad después de la cirugía de revascularización coronaria, independientemente de los factores médicos (Pignay et al. 2003; Mosovich et al. 2008); sin embargo los mecanismos biológicos y de comportamiento que están implicados son poco conocidos (Ai, Pargament, Appel & Kronfol, 2010).

Burg y colaboradores (2003) demostraron que la depresión preoperatoria persiste después de la cirugía cardíaca en hasta el 20% de los pacientes, lo que se corresponde con lo reportado en diversos estudios que demuestran que la depresión es condicionante de morbilidad y mortalidad a corto y largo plazo (Baker, Andrew, Schrader & Knight, 2001; Blumenthal et al., 2003; Rafanelli, Roncuzzi & Milaneschi, 2006; Wylde, Hewlett, Learnmonth & Dieppe, 2011); y que se asocia también con aumento de los eventos cardiovasculares y los reingresos hospitalarios (Vingerhoets, 1998; Bradt et al. 2013).

Con base en lo antes mencionado se entiende que algunos pacientes con cardiopatía isquémica tienen depresión, sin embargo Edwards et al. (2009) y Hinrichs et al. (2009) identificaron que si ésta se presenta o se agudiza en el periodo preoperatorio (sea con síntomas menores o severos), pasa a ser un factor de riesgo cardíaco preoperatorio que es predictor de dolor postquirúrgico persistente.

Los eventos estresantes adversos, como se considera la cirugía y los eventos coronarios agudos, pueden generar depresión y ésta, a su vez, mayor estrés y disfunción, lo que empeora el evento vital y agudiza la misma depresión (OMS, 2016).

Dado el impacto de la depresión y el creciente interés por su estudio en población con enfermedad crónica, se han empleado instrumentos cuyas propiedades permiten la

valoración más amplia de la sintomatología depresiva. Los instrumentos más usados por sus bondades psicométricas y aplicabilidad en enfermos crónicos son: la versión corta de la Escala de Depresión de Beck, la Escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS), la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS), el Cuestionario de Evaluación del Estado de Ánimo (MEQ), entre otros (Landa, Cárdenas, Andrew, Sánchez & Riveros, 2014).

La escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión es una escala de evaluación fiable ampliamente usada por la sencillez de su aplicabilidad y la oportuna detección de morbilidad psíquica. Su subescala de depresión, cuenta con análisis de sus propiedades psicométricas que indican ser instrumentos válidos y confiables para detectar este tipo de síntomas en pacientes cardiacos recién hospitalizados (Stafford, Berk & Jackson, 2007), además de adecuarse al estudio de la depresión en pacientes con otras enfermedades crónicas como cáncer, EPOC, fibromialgia y VIH (Rico et al., 2005; Vinaccia et al., 2006; Carneiro et al., 2009; Vallejo et al., 2012; Noguera et al., 2013; Galindo et al., 2015).

Estrés

Se entiende por estrés a toda respuesta de índole fisiológica o psicológica que emite un individuo ante alguna demanda de cambio real o imaginada que genera adaptación y/o tensión (McEwen, 2005). Tal respuesta se suscita ante la presencia de factores estresores, físicos o psicosociales, que rompen el equilibrio interno activando principalmente el sistema nervioso y el neuroendócrino, generando a su vez respuestas fisiológicas y psicológicas que afectan negativamente el estado emocional y físico de las personas que lo experimentan (Rodríguez, 2012).

Es importante mencionar que la respuesta al estrés es individual y que depende de la conjugación de aspectos genéticos y sociales que disponen formas para afrontar los estresores.

Salvador y Toro (2006) identifican dos formas en que se manifiesta el estrés: de forma aguda y de forma crónica. La respuesta al estrés agudo genera hiperactividad cardiocirculatoria y cambios metabólicos que preparan al cuerpo para luchar o escapar de la amenaza, siendo una respuesta diseñada para ser usada en situaciones que requieren del combate o la huida; sin embargo, si dicha respuesta es excesiva, repetitiva y/o prolongada en el tiempo, se produce la sobrerreacción de los mecanismos adaptadores generando estrés crónico, y cuyo efecto es altamente patogénico.

Los efectos generados por el estrés a nivel fisiológico e inmunológico y la acumulación de eventos estresantes afectan el bienestar y la salud de las personas, sea de forma directa o mediante la alteración de conductas de salud y el estado emocional.

En este sentido Castellano y Moreno (2006) mencionan que esta reacción es un disparador de numerosas enfermedades cardiovasculares en individuos con cierta susceptibilidad. Se asocia a isquemia cerebral y miocárdica (angina de pecho, infarto sintomático y asintomático), hipertensión arterial y a arritmias malignas; además de potenciar otros factores de riesgo cardiovascular.

El exceso en la respuesta fisiológica a los estresores cotidianos se relaciona a la expresión clínica de la cardiopatía isquémica y de la hipertensión (Krantz, 1984, Clarkson et al., 1989, Menkes et al., 1989 citados por Fernández et al., 2003), ello se debe a los cambios en respuestas psicofisiológicas ante la respuesta a estímulos medioambientales.

Los efectos del estrés en el sistema nervioso simpático median la estimulación cardiovascular aumentando los niveles sanguíneos de catecolaminas, impacto evidente en la isquemia de miocardio y el infarto. Incluso se ha identificado que los cambios breves en estas respuestas pueden tener efectos perjudiciales sobre la circulación coronaria de pacientes de alto riesgo, incidiendo en mayores tasas de morbilidad y mortalidad (Arnau & Rodríguez, 2006; Frank, 1992, Beattie, 1993, Howie, 1996, Choyce, 2002 citados por Morin et al., 2009).

Específicamente en la cardiopatía isquémica, el efecto del estrés impacta haciendo que el corazón trabaje con mayor intensidad, por lo que las arterias coronarias requieren más aporte energético. Además la sangre se espesa y las arterias se hacen menos elásticas; se acumulan sustancias nocivas en su pared y ello dificulta la circulación sanguínea. Se reduce la capacidad del mecanismo que destruye trombos y ello vulnera ante obstrucciones y trombosis (Fernández, 2009).

Sumado a lo anterior, se ha identificado también que el estrés es una característica común en pacientes próximos a cirugía, debido a que ésta se considera un evento altamente estresante.

Durante el periodo preoperatorio se le asocia con alteraciones en los planos fisiológico, emocional, cognitivo y comportamental. En el plano fisiológico Wetsch y colaboradores (2009) y Batista, Amado y Nunes (2014) lo relacionan con taquicardia perioperatoria, hipertensión, sudoración y respiración agitada; en el plano emocional, el estrés se asocia a la presencia de más emociones y estados de ánimo negativos; en el plano cognitivo, se manifiesta en forma de bloqueo mental, confusión, pérdida de memoria y alteraciones del sueño; mientras que en el plano conductual, se encuentran problemas comportamentales, tics, falta o exceso de apetito (Fernández & López, 2006).

El estrés que se presenta en el periodo preoperatorio se relaciona con la posibilidad de experimentar mayor dolor o sufrimiento, más preocupaciones sobre la anestesia y las complicaciones que de ella puedan resultar como la invalidez o la muerte (Sobieralska et al., 2015).

Escamilla (2005) documentó también que el estrés altera la respuesta a la anestesia, retarda la cicatrización, debilita el sistema inmunológico y se asocia con estancia postoperatoria prolongada. Se relaciona también con agresividad y problemas en las relaciones con el personal sanitario, con el uso excesivo de analgésicos y con actitudes negativas en el cuidado de la propia enfermedad.

Vicencio (1995) propuso una sistematización de los factores de estrés relacionados con la intervención quirúrgica, contemplando así los factores ambientales, los asociados a la relación médico-paciente, los afectivos y los que se relacionan con la enfermedad en sí. En relación a ello Lisboa, Maimoni, Dos Santos y Llapa, (2012), identificaron en pacientes sometidos a cirugía cardíaca dos grupos de factores estresantes: los intrapersonales (dolor, sed, miedo, enfermedad) y los extrapersonales o ambientales (experiencia quirúrgica, unidad médica, relaciones con el personal médico).

Jacobsen y Holland (1989 citado por Pérez, 2007) encontraron que la cirugía generaba estrés y que éste podía extenderse al periodo postoperatorio debido al mecanismo de sobre-activación biológica, por lo que puede considerarse como un factor de riesgo adicional que afecta negativamente la recuperación post-operatoria. En relación a ello, Panagopoulou, Maes, Tyrodimos y Benos (2008) encontraron que el estrés preoperatorio en la cirugía de revascularización coronaria es un factor de riesgo para el desarrollo de estrés traumático en el postoperatorio.

Para identificar los niveles de estrés en los pacientes próximos a cirugía, se emplean algunas escalas como la Escala Abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21) (Román, 2010) y el Cuestionario de Índice de Reactividad al Estrés (IRE) (González, 1981); sin embargo, son pocos los instrumentos que se disponen para evaluar este factor, más aún si se considera la sensibilidad que debe tener en términos de estrés hospitalario y/o quirúrgico.

Percepción de enfermedad

La percepción de enfermedad se entiende como una representación cognitiva organizada sobre la enfermedad, sus síntomas y tratamiento, que influye de forma directa en la respuesta emocional del paciente para con su enfermedad y las conductas para enfrentarse a ella. Tales representaciones surgen a partir de la información previa que se tiene de la enfermedad, la que dan los médicos, otros pacientes o los medios de

comunicación; así como de la experiencia propia y de terceros, antes y durante de la enfermedad (Quiceno & Vinaccia, 2010).

Lugo, Reynoso y Fernández (2014) mencionan que la percepción de la enfermedad se compone de la percepción cognitiva (identidad, consecuencias y duración de la enfermedad, control personal y efectividad del tratamiento) que genera el desarrollo de un plan para afrontarla; y de la percepción emocional (conciencia y comprensión de la enfermedad, emociones generales), que implica la valoración del afrontamiento para manejar la emoción.

Tal representación de enfermedad se convierte en un esquema interpretativo que guía la acción para afrontar la enfermedad, y cuyo efecto depende de la severidad con que se percibe el padecimiento, las reacciones emocionales generadas por los síntomas y el significado del padecimiento en general (Kaptein, Klok, Moss & Brand, 2010; Villegas, 2012).

Este constructo ha sido ampliamente estudiado en enfermedades crónicas dada la importancia de conocer la adaptación y afrontamiento a la enfermedad (Hagger, 2003; Pacheco, 2011). Pacientes con enfermedades como Lupus Eritematoso Sistémico, SIDA, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Asma, Diabetes, Artritis, Hipertensión, Dolor crónico, Esclerosis múltiple e Infarto al miocardio, han sido considerados en estudios para valorar sus representaciones de enfermedad (Quiceno & Vinaccia, 2010; Donaire, 2012; Hernández, 2012; Valencia et al., 2014; Lugo et al., 2014), encontrando que esta tiene un fuerte influencia sobre los resultados de salud mental. Además Feltri y colaboradores (2015) mencionan que la pobre percepción de enfermedad involucra distintos aspectos que se asocian a la menor adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas, además estos autores identificaron en su estudio en pacientes con Diabetes e Hipertensión que la atención en hospitales públicos y la baja escolaridad eran marcadores de peor percepción de enfermedad.

Se ha encontrado en pacientes cardiopatas que la percepción de enfermedad y sus síntomas, afectan las conductas de salud de los pacientes, la seguridad para mantener cambios conductuales y el seguimiento de la rehabilitación cardiaca tras un infarto, y se relaciona con mayor depresión y ansiedad; mientras que la mínima percepción de síntomas se asocia con recuperación más rápida y mejor calidad de vida relacionada con la salud (Steca et al., 2013).

Morgan, Villers, Baker y MacGee (2014) en una muestra de pacientes con insuficiencia cardiaca encontraron que éstos perciben su enfermedad como crónica y que impacta de forma negativa su vida; sin embargo, perciben cierto grado de control sobre la enfermedad que se asocia negativamente con depresión y ansiedad.

Mosleh y Almalik (2014) identificaron en su muestra de pacientes con cardiopatía isquémica, que los pacientes comprendían su enfermedad y que atribuían el control de su condición a ellos mismos y al tratamiento. Así mismo, encontraron que los pacientes hombres tenían menores consecuencias debidas a la enfermedad y que la comprendían de mejor forma en comparación con las pacientes mujeres.

Aalto, Hejimens, Weinman y Aro (2005) encontraron de forma general que los hombres atribuyen su enfermedad a factores internos y conductas de riesgo, y las mujeres la atribuyen al estrés y aunque perciben más síntomas, tienen menores consecuencias negativas que los hombres.

En cuanto al estudio de la percepción de enfermedad en el periodo preoperatorio, Hermele, Olivo, Namerow y Nehmet (2007) encontraron en pacientes próximos a bypass coronario que la percepción de enfermedad y su entendimiento como crónica, se asociaron con creencias reducidas en el control personal sobre la enfermedad y la eficacia del tratamiento, así como el aumento de las consecuencias percibidas de la enfermedad en términos de funcionamiento de la vida; la reducción del entendimiento de la enfermedad también se asoció con mayor angustia psicológica.

Flores (2015) estudió una muestra de pacientes con cardiopatía isquémica candidatos a revascularización coronaria e identificó que más del 50% de ellos percibían que su enfermedad afecta bastante su vida, tenían pocos síntomas de su enfermedad, les preocupaba bastante la misma y ésta les afectaba bastante a nivel emocional; sin embargo el 46% de la muestra mencionó tener bastante control sobre su enfermedad y más del 80% consideran que su tratamiento es efectivo; esta autora identificó además que entre peor percepción de enfermedad se tenga, menor será la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) del paciente.

Los estudios antes mencionados han empleado diversos instrumentos para evaluar las cogniciones asociadas a la enfermedad y el tratamiento, dentro de los más usados destaca el Cuestionario de Percepción de la Enfermedad (Illness Perception Questionnaire-IPQ) de Weinman, Keith, Petrie, Moss y Horne (1996), el Illness Perception Questionnaire Revised (IPQ-R) de Moss, Weinman, Petrie, Horne, Cameron y Buick (2002) y el Cuestionario Breve de Percepción de Enfermedad (IPQ-B) (Broadbent, Petrie, Main & Weinman, 2006).

El IPQ-B es un instrumento desarrollado en pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal, diabetes tipo II, angina de pecho y enfermedades menores como alergias y resfriados; estudia la representación de la enfermedad en todas sus dimensiones salvo la dimensión temporal que queda evaluada parcialmente por su énfasis en la duración más no en la ciclicidad; y tiene varias versiones y adaptaciones idiomáticas (Quiceno & Vinaccia, 2010). Además ha sido usado en la evaluación de pacientes próximos a cirugía de revascularización coronaria (Flores, 2015), mostrando buenas propiedades psicométricas.

Afrontamiento a la enfermedad

De acuerdo con Folkman y Lazarus (1985), se entiende por afrontamiento a todo esfuerzo cognitivo y conductual que busca el dominio, disminución y tolerancia de las demandas que una situación estresante genera. El afrontamiento se debe a una

evaluación cognitiva del estrés y del control que se posee, lo que origina respuestas específicas a la situación que buscan resistir a las demandas ambientales desarrollando en la persona adaptación a éstas. Dichas respuestas de afrontamiento dependen de características individuales de respuestas al estrés, de las situaciones y de los cambios a lo largo del tiempo (Fabiano & Sacks, 2013).

El afrontamiento cumple dos funciones importantes, la primera de ellas es la de manejar el problema modificando la situación para evitar su amenaza, siempre y cuando ésta sea modificable y se tenga control sobre ella (afrontamiento basado en el problema); mientras que la segunda función se dirige a regular las emociones cuando la situación no se puede modificar y es incontrolable, lo que implica el uso de mecanismos patológicos (evitación, negación) o sanos (adaptación funcional) que buscan hacer frente a la amenaza y minimizar la reacción al estrés y sus efectos en el estado de salud (afrontamiento basado en la emoción) (Folkman & Lazarus, 1985).

Compas y colaboradores (2001) identificaron tres dimensiones funcionales de las estrategias de afrontamiento: la primera implica el esfuerzo activo para lograr control personal sobre el agente estresante y la emoción; la segunda dimensión incluye esfuerzo cognitivo para adaptarse a la situación; y la tercera genera respuestas de evitación del estresor o de la emoción.

El estudio del afrontamiento ha cobrado gran relevancia en distintas áreas, en lo que concierne a la salud se han identificado algunos modelos que explican cómo incide el afrontamiento en las conductas y problemas de salud: el primer modelo sugiere que las estrategias de afrontamiento y las conductas que de estas surgen tienen un efecto directo sobre las variables de salud; el segundo modelo propone que las conductas de afrontamiento tienen efecto indirecto en la salud debido a los cambios en las conductas de salud; mientras que el tercer modelo explica que dichas estrategias moderan o exacerban el estrés, generando patologías y problemas específicos (Dubey, 2012). Ello da muestra de la importancia que tienen las estrategias de afrontamiento en distintas

enfermedades y el potencial que tienen para afectar positiva o negativamente al paciente.

Dichas estrategias y dimensiones del afrontamiento impactan en la forma en que los pacientes con padecimientos crónicos afrontan su enfermedad a lo largo de toda su vida; diversos estudios han permitido ubicar que las estrategias centradas en la emoción se asocian con percepción de desadaptación a la enfermedad, con mayor deterioro psicosocial y calidad de vida pobre, con sintomatología depresiva, con adaptación negativa al dolor, con mayor estrés y con menos conductas de adherencia al tratamiento (Blake, Seamark & Halpin, 2004; Oliveros, Barrera, Martínez & Pinto, 2010; Barrera, 2013).

Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez (2007) encontraron en pacientes con insuficiencia renal, que este tipo de afrontamiento (pasivo) se relaciona con la presencia de trastornos emocionales, con pérdida de control y con la percepción de mayor deterioro funcional. Griswold y colaboradores (2005) concluyeron en su estudio en pacientes con VIH, que el tipo de afrontamiento que implica catastrofizar la situación y preocuparse excesivamente, se asocia con alteraciones en la vida cotidiana del paciente, mayores síntomas depresivos y menor funcionamiento físico, disminuyendo de forma general la calidad de vida. Woby, Watson, Roach y Urmston (2005) identificaron que las estrategias de distracción se asociaron a niveles altos de dolor y ansiedad, y menor actividad física.

En el caso de pacientes cardíopatas Chen, Gilligan, Coups y Contrada (2005) observaron síntomas de neuroticismo y poca amabilidad con el uso de estrategias de afrontamiento evitativas y pasivas (centradas en la emoción), que se relacionan con recepción baja de apoyo social; mientras que Talavera (2012) identificó en estos pacientes el uso de la evitación cognitiva como la principal estrategia de afrontamiento. En función del género, Silva y Agudelo (2011) encontraron que las pacientes mujeres empleaban estrategias pasivas, centradas en la religión y la evitación cognitiva principalmente; mientras que en los hombres la afectación emocional asociada a su

enfermedad, favorece el uso de la negación y evitación; además, identificaron que el bajo uso de la estrategia de solución de problemas predijo niveles bajos de calidad de vida relacionada con la salud.

Laham (2007) comprobó que la isquemia en situaciones demandantes, el daño debido a la perfusión y el impacto de la isquemia en las actividades cotidianas es mayor en pacientes cardíacos hostiles. Asociado a ello, Muthny (1992 citado en Dubey, 2012) identificó en pacientes con enfermedad coronaria que el uso de estrategias evitativas y centradas en la emoción se asociaban con menor calidad de vida, peor ajuste psicológico y menor adherencia a las indicaciones médicas; Martínez, Reyes, García y González (2005) encontraron que las estrategias más frecuentes en pacientes con enfermedad coronaria fueron la negación y la evitación de la enfermedad y los síntomas; mientras que Richard's y Solanas (2008) encontraron en estos pacientes que la afectividad negativa y la inhibición social implican afrontamiento represivo, y que éste se relaciona con estados displacenteros como ansiedad, depresión, distimia y hostilidad.

Debe considerarse que el afrontamiento asociado a la enfermedad coronaria y al resto de las enfermedades crónicas cambia a lo largo del tiempo y varía en función de lo demandante que se torna la misma, por lo que el impacto y afrontamiento que implica la cirugía ha sido estudiado en algunos pacientes cardiopatas sometidos a cirugía de revascularización coronaria por ser considerada un evento altamente estresante.

En tal sentido Bernal, Lemos, Medina, Ospina y Torres (2009) identificaron en pacientes próximos a cirugía cardíaca una gran variedad de mecanismos de afrontamiento, destacando el uso de la negación o represión y el afrontamiento orientado al problema, cuyos efectos se asocian a peor salud física y necesidad de mayor tiempo en rehabilitación cardíaca.

Mora (2015) identificó en una muestra de pacientes cardíacos tributarios a revascularización coronaria que el afrontamiento de preocupación emocional,

caracterizado por la focalización en las consecuencias de tipo emocional del problema de salud y autopreocupación (Endler, Parker & Summerfeldt, 1998), se asocia con mayor ansiedad preoperatoria, y ésta a su vez con efectos negativos en la recuperación postquirúrgica, estancia hospitalaria prolongada, menor adherencia al tratamiento y complicaciones en el postoperatorio.

Tung, Hunter y Wei (2008) encontraron en pacientes sometidos a bypass coronario que las mujeres utilizan más estrategias de afrontamiento relacionadas a la auto-culpa, hecho que se asocia a niveles más altos de ansiedad comparados con los hombres.

Miller y Wade (2006) explicaron que el uso de afrontamiento evitativo durante el preoperatorio de este mismo procedimiento, se relaciona con pobre autopercepción de salud y aumento de la sintomatología de trastorno de estrés postraumático, se asocia también con percepción de enfermedad más negativa y con aumento de la depresión. Vandervoort (2006) identificó además que los pacientes sometidos a bypass coronario eran más propensos a emplear estilos de afrontamiento evitativos para hacer frente a la ansiedad, la ira y la tristeza; y que el uso combinado de hostilidad y afrontamiento represivo se asociaba con resultados negativos.

Las investigaciones citadas anteriormente se han valido de distintos instrumentos que evalúan el afrontamiento. Dichos instrumentos también se han diseñado y validado en población con enfermedades crónicas. Dentro de los instrumentos más usados destacan: el cuestionario COPE (Crespo & Cruzado, 1997), la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) (Chorot & Sandín, 1993), The Ways of Coping Checklist (Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro & Becker, 1985), el Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI-A) de Moss (Kirchner & Forns, 2010) y el Inventario de Afrontamiento a las lesiones y problemas de salud (CHIP, por sus siglas en inglés) (Endler et al. 1998b).

Este último inventario ha sido validado en grupos de pacientes con enfermedades crónicas y agudas; se ha encontrado válido en pacientes con desórdenes neurológicos

(Montel & Bungener, 2010), en pacientes con dolor crónico (Endler, Corace, Summerfeldt, Johnson & Rothbart, 2003) y en pacientes con cáncer (Endler, Courbasson & Filion, 1998). Dicho instrumento permite identificar rápidamente estilos de afrontamiento que ayudan al individuo a afrontar y superar sus problemas de salud, ha sido traducido en varios idiomas y tiene buenas propiedades psicométricas.

Capítulo 3. Factores psicológicos protectores relacionados con la cirugía cardíaca

Anteriormente se ha hablado que la recuperación tras una cirugía depende principalmente de dos aspectos: primero, el estado orgánico del paciente antes de la intervención y segundo, el acto quirúrgico en sí. Sin embargo existe un tercer factor que incide en la recuperación del paciente y éste es su estado psicológico antes de la cirugía; se ha encontrado que aquéllos pacientes con mejor estado psicológico preoperatorio tienen mejor recuperación (Moix, 1994).

En tal sentido, ciertos estados emocionales, algunas características de la personalidad del paciente, el apoyo social que perciben y ciertas estrategias para afrontar la situación, son considerados *factores protectores* ya que, pertenecientes al paciente o a su contexto, disminuyen la probabilidad de tener malestar psicológico y deterioro de la salud cardiovascular (Valls & Rueda, 2013), por ejemplo la presencia de apoyo social, bajos niveles de ansiedad y depresión, y habilidades positivas de afrontamiento. Dichos factores permiten enfrentar la adversidad o el periodo de crisis, considerándolos inevitables y necesarios; lo que permite compensar y equilibrar el proceso de la enfermedad y su tratamiento (Fabiano et al., 2013).

Afrontamiento a la enfermedad cardíaca

El afrontamiento es un conjunto de estrategias cognitivas y conductuales que las personas emplean para manejar el estrés y las emociones negativas (Lazarus & Folkman, 1984). En la enfermedad éstas se hacen presentes para enfrentarse a ella y ayudar a que el paciente se adapte a esta, y se encuentran relacionadas a la hospitalización y la percepción de enfermedad (McConnell, Pfeiffer, Webster, Schmitt & Ries, 1988).

En relación a ello, Endler y colaboradores (1998b) identificaron cuatro dimensiones básicas de afrontamiento a los problemas de salud en enfermos crónicos: distracción, paliativo, instrumental y preocupación emocional. La dimensión *distracción* refiere al uso de acciones y cogniciones que buscan evitar la preocupación por el problema de salud, por ejemplo pensar en experiencias más agradables, participar en actividades no relacionadas con la enfermedad y acompañarse de otros. El afrontamiento de tipo *paliativo* se caracteriza por emitir respuestas de "autoayuda" que disminuyen el estrés de la situación, por ejemplo cambiar de entorno a otro más cómodo y el descanso. La dimensión *instrumental* se centra en estrategias orientadas a tareas que hacen frente a la enfermedad; éstas se consideran activas debido a que la persona se enfoca en el problema y busca ayuda para aprender sobre la enfermedad y adaptarse a ella. Por último, la dimensión *preocupación emocional* implica que la persona se centra en las consecuencias de tipo emocional del problema de salud, e incluye respuestas como la auto-preocupación y la fantasía.

Estas dimensiones se han identificado en diversos estudios como negativas y positivas para la experiencia y pronóstico del paciente crónico. Tal como en el capítulo anterior se dio cuenta del impacto negativo de dichas estrategias, a continuación se hace mención de las estrategias de afrontamiento que resultan benéficas para el paciente.

Se ha encontrado que el uso de estrategias positivas de afrontamiento se relacionan con mejor salud física (Bernal et al. 2009). Respecto a las enfermedades crónicas, Contreras y colaboradores (2007) identificaron que dicho tipo de estrategias también se asocia con el aumento de bienestar, con mejor adaptación a la enfermedad y al tratamiento, mejoran la función inmune y se asocian con emociones positivas.

En este sentido, se ha encontrado que el afrontamiento que implica estrategias asociadas a la reinterpretación positiva, caracterizada por el reconocimiento de la enfermedad y la focalización en aspectos positivos de la situación se asocia con mejor calidad de vida, con menos síntomas depresivos y menos estados afectivos negativos también (Carrobles, Remor & Rodríguez-Alzamora, 2003).

Las estrategias de afrontamiento centradas en el problema se relacionan con mejor adaptación y control de la enfermedad crónica, y mejor bienestar psicosocial percibido (Blake et al., 2004; Oliveros et al., 2010; Barrerra, 2013). Connor y Flachsbart (2007) las encontraron en pacientes extrovertidos y relacionadas con la búsqueda de apoyo social.

En las enfermedades cardiovasculares en 1988 Watson y colaboradores (Citado por Silva & Agudelo, 2011) afirmaron que las estrategias de afrontamiento amortiguaban el estrés y que por ello, debía considerárseles como factores protectores. En concordancia con ello, Valls y Rueda (2013) identificaron en su estudio que en pacientes cardiopatas, la estabilidad emocional y el afrontamiento dirigido a la reevaluación positiva de la situación, fungen como factores psicosociales protectores, ya que contribuyen a aumentar el nivel de calidad de vida de los pacientes.

Así mismo, se ha encontrado relación positiva entre el bienestar subjetivo de los pacientes con insuficiencia cardíaca y las estrategias de afrontamiento centradas en el problema (Pérez, Oliván & Bover, 2014). Este afrontamiento activo se ha relacionado también con mejor salud cardiovascular ya que, aunque genera reactividad fisiológica permite también regresar rápidamente al estado basal, aspecto que el afrontamiento pasivo no genera (Guerrero & Palmero, 2006).

Se considera que las personas que han sufrido un evento cardiovascular tienden a utilizar estrategias de afrontamiento saludables y adaptativas, hecho que se relaciona con resultados positivos para la salud; destacando el uso del afrontamiento activo, la solución activa del problema, la reevaluación positiva, el optimismo y la búsqueda de apoyo social (Hallman, Thomson, Burrell, Lisspers & Setterlind, 2003; Park, Malone, Suresh, Bliss & Rosen, 2008).

Sánchez y Ureña (2011) identificaron en pacientes con infarto al miocardio y con isquemia cardíaca, que éstos utilizan prácticas religiosas y espirituales en situaciones de estrés, que buscan consejo y soporte para solucionar sus problemas, y que además

emplean afrontamiento centrado en el problema, así como mecanismos dirigidos hacia su solución y el control emocional, lo que se relaciona con la recuperación de la salud.

Específicamente en pacientes con cardiopatía isquémica, Muthny (1992 citado por Dubey, 2012) encontró que empleaban estrategias de afrontamiento centradas en el problema, presentaban mayor autoestima, mayor satisfacción con su vida y mejor cumplimiento de las recomendaciones médicas. Giammanco y Gitto (2016) con su estudio pudieron encontrar que las estrategias de afrontamiento positivo como la reevaluación positiva se correlaciona negativamente con la ansiedad y la depresión, por lo que concluyen que el uso de dicho tipo de estrategia favorece la menor sintomatología depresiva y ansiosa.

Hasta el momento se ha hablado sobre el efecto beneficioso de ciertas estrategias de afrontamiento en algunas enfermedades cardíacas, pero dado el impacto que la cirugía cardíaca implica, también se ha estudiado este factor como protector en pacientes cardíacas sometidos a cirugía.

En tal sentido Esgalha, Pereira, Benzaquen y Piazzentin (2015) encontraron en su estudio con niños de entre 7 y 12 años que ante la cirugía, éstos hacían uso de estrategias de adaptación, específicamente de distracción y solución de problemas, y que éstas tenían beneficios en el periodo postoperatorio. Hernández, D. (2012) encontró en una muestra de pacientes próximos a cirugía cardíaca que el afrontamiento predominante fue el de reevaluación positiva seguido de la solución de problemas, cuya presencia se asoció con menos síntomas de ansiedad y depresión.

Del mismo modo, en pacientes sometidos a bypass coronario Tung y colaboradores (2008) encontraron que el uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema se asoció con menor ansiedad y con mejor calidad de vida. Mora (2016) identificó en pacientes mexicanos tributarios a este mismo procedimiento que las estrategias de afrontamiento más usadas eran aquéllas basadas en la aproximación, tales como la distracción, la de tipo paliativo y la instrumental; además, con su estudio

se puede inferir que dichos tipos de afrontamiento tienden a relacionarse de forma negativa con la ansiedad.

Lo anterior da cuenta de la importancia que juegan las estrategias de afrontamiento como factor protector, tanto en el proceso de salud como en la gestión de eventos altamente estresantes como lo es la cirugía cardíaca. Dichos hallazgos han sido posibles gracias al uso de distintas herramientas de evaluación como son el Cuestionario COPE y el Inventario de afrontamiento a las lesiones y problemas de salud (CHIP), entre otros.

Apoyo social

El apoyo social se refiere al proceso interactivo en que una persona obtiene ayuda emocional, instrumental o económica de la red social a la que pertenece; considera la función y calidad de las relaciones sociales, así como la percepción de apoyo recibido (Poblete et al., 2015).

Este tipo de apoyo es de suma importancia debido a que se considera un factor que interviene sobre diversos aspectos relacionados con la salud como la morbilidad psiquiátrica, los resultados obstétricos y la recuperación de enfermedades y trastornos crónicos (Costa, Ballester & Gil, 2015).

En relación a ello, el comienzo de la enfermedad crónica genera problemas físicos y conductuales que impactan en el funcionamiento físico, social, psicológico y en la calidad de vida de los pacientes; con lo que se hace necesario el apoyo social, que se convierte en un recurso personal para afrontar los efectos de la enfermedad (Vinaccia et al., 2005).

Dicho factor, supone también una percepción que promueve y beneficia la salud integral del paciente, promueve y facilita su integración social y conductas saludables, y disminuye la susceptibilidad a la enfermedad (Rosland, Heisler, Jenevic & Connell,

2013); se considera además que ayuda a la redefinición de los agentes estresantes, facilitando los procesos de afrontamiento y favoreciendo la solución de problemas (Barra, 2004).

En la enfermedad cardiaca específicamente, funciona como protector respecto a la morbilidad y mortalidad, ya que minimiza el efecto de otros factores psicosociales de riesgo cardiovascular. En pacientes con infarto al miocardio, angina de pecho e insuficiencia congestiva, el apoyo social es pronóstico de su recuperación (Kaplan et al., 1988; Rozanski, Blumenthal & Kaplan, 1999).

Varela (2011) identificó en una muestra de pacientes cardiopatas que el apoyo social de tipo emocional y material, eran con los que más contaban los pacientes y que estos eran proporcionados por la pareja, familia y amigos; mientras que el apoyo relacionado a la información que recibe el paciente es poco percibido, pero considerado más valorado si lo proporcionan los profesionales de la salud.

Barth, Schneider y Von Känel (2010) concluyeron con su meta-análisis, que la percepción del apoyo social es de suma importancia para el pronóstico de la cardiopatía isquémica, y que el bajo apoyo funcional afecta negativamente la mortalidad cardiaca. Asimismo, se ha sugerido que el bajo apoyo social implica un riesgo de 1.5 a 2 veces mayor de tener eventos cardiovasculares en pacientes con enfermedad coronaria diagnosticada, comparados con aquéllos con niveles altos de apoyo social (Lett et al., 2005).

En relación a ello, Kulik y Mahler en 1989 (Citado por Moix, 1994) evaluaron este tipo de apoyo en términos de las visitas que los pacientes recibían y encontraron reducción en la percepción de dolor y la estancia hospitalaria.

Freasure y colaboradores (2000) identificaron que el apoyo social es un factor protector en un plazo de 4 meses tras el alta por cirugía cardiaca, ya que se asoció con que los

pacientes estuvieran menos centrados en su enfermedad y se sintieran menos amenazados en comparación con un grupo de pacientes sin apoyo social.

Respecto a la influencia de este tipo de apoyo en la cirugía cardíaca, Koivula y colaboradores (2002) por su parte, encontraron que los pacientes próximos a bypass coronario con altos niveles de apoyo social, experimentaron niveles más bajos de miedo pre-operatorio y ansiedad.

Youssef, Abdelaziz, Gado y Hammed (2016) encontraron en una muestra de pacientes próximos a cirugía cardíaca, que éstos tienen una alta percepción de apoyo social que es proporcionado por su conyugue, familia y amigos, y que ésta facilitaba la adaptación y afrontamiento a síntomas como fatiga, problemas emocionales y al deterioro cognitivo.

Es importante mencionar que la gravedad de las condiciones de salud de las personas puede conducir a la recepción de mayor apoyo social, y que éste cambia a lo largo del tiempo. Así King y colaboradores en 1993 y Bennett y colaboradores en 2001, encontraron alto nivel de apoyo en pacientes cardíacos, y moderado tras su seguimiento a 4 y 12 meses (Citado por Youssef et al., 2016).

Dada la importancia de la relación entre el apoyo social y la salud, se utilizan para su análisis y medición algunos instrumentos que evalúan de diferente forma (estructura, función, percepción) el apoyo social. Algunos de éstos son la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) de Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, el método de Blake y Mckay (1986), el cuestionario Duke-Unc-11 de Broadhead, Gehlbach, De Gruy y Kaplan (1988), el Social Network Index (1979), el Inventario de Recursos Sociales (1987), la Social Relationship Scale (1981), el Cuestionario de Apoyo Social MOS (1991), por mencionar algunos (Varela, 2011; Londoño, 2012).

Este último, es un cuestionario breve que da oportunidad de identificar aspectos cuantitativos de la red social, así como cualitativos relacionados a las dimensiones de

éste (Revilla, Luna, Bailón & Medina, 2005). Se ha utilizado en la evaluación del apoyo social en pacientes con enfermedades crónicas y sus propiedades psicométricas son buenas en las dimensiones del apoyo social que evalúa (Costa, Salamero y Gil, 2007; Suarez, 2011; Londoño, 2012).

Optimismo disposicional

Siguiendo la línea de los factores de personalidad que inciden en la salud física y mental de las personas, es pertinente hablar del optimismo disposicional. Éste es un rasgo de la personalidad que refiere a un conjunto de expectativas positivas sobre el futuro, sobre el control de las acciones y sobre la eficacia personal (Carver, Scheier & Segerstrom, 2010).

Se ha encontrado que el optimismo disposicional se asocia con la generación de beneficios en el bienestar psicosocial, la actividad inmune y la salud física (Giltay, Geleijnse, Zitman, Hoekstra & Schouten, 2004; Segerstrom, 2012). Las posibles explicaciones a ello son: 1) el optimismo puede afectar directamente el sistema neuroendocrino y la respuesta inmune, y 2) puede tener un efecto indirecto en la salud con la promoción de comportamientos saludables, el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas y la mejora positiva del estado anímico (Avvenuti, Baiardini & Giardini, 2016).

Dada la importancia e impacto de este factor protector en la salud, ha sido estudiado en diversos padecimientos crónicos como cáncer, insuficiencia respiratoria y enfermedades cardiovasculares (Davidson, Mostofsky & Whang, 2010; Kim, Carver, Spillers, Crammer & Zhou, 2011; Gison, Dall'Armi, Donati, Rizza & Giaquinto, 2014). En algunos estudios, se identifica que este tipo de optimismo determina mayor nivel de salud general percibida y menor intensidad de síntomas de malestar físico (Morales et al., 2011; Ramírez, Esteve y López, 2012; Miniszewska, Chodkiewicz, Ograczyk & Zalewska, 2013). Además, Carver et al. (1993) identificaron que los pacientes optimistas participaban de forma más activa en su tratamiento y que hacían uso de estrategias que se orientaban al problema.

Se ha encontrado que el optimismo es un factor protector ya que se asocia negativamente con los accidentes cerebrovasculares (Kim, Park y Peterson, 2011) y con el aumento de la obstrucción de la arteria carótida en un lapso de tres años (Matthews, Räikkönen, Sutton y Kuller, 2004). Además se le considera como índice de buena recuperación y pronóstico en pacientes coronarios (King et al., 1998, Davidson y Prkachin, 1997 Citados por Martínez et al., 2006).

Tindle y colaboradores (2009) reportaron luego de su estudio longitudinal que las personas optimistas eran menos propensas que las pesimistas para desarrollar enfermedad cardíaca coronaria, además de tener en general menor mortalidad por enfermedades cardíacas a lo largo de los 8 años del estudio.

En estudios en los que se busca encontrar la relación del optimismo con la cirugía cardíaca, indican que los pacientes optimistas tienen menos probabilidad de re-hospitalización por 8 meses después de la cirugía de bypass coronario (Tindle et. al., 2012). Contrada, Labouvie, Spruill y Krause (2008), identifican que el optimismo disposicional se asoció con menor depresión, mayor apoyo social percibido, recuperación más rápida y menor incidencia de rehospitalización en pacientes cardíacos post-operados.

En su estudio Giltay y colaboradores (2006) identificaron que las creencias optimistas sobre el futuro implicaban menor riesgo de muerte cardiovascular, y mejor pronóstico después de la cirugía cardíaca. Scheier y colaboradores (1989) en un estudio con 51 pacientes candidatos a bypass coronario, encontraron que los hombres más optimistas, necesitaron menos días de hospitalización, menos tiempo para regresar a sus actividades y presentaron mejor calidad de vida tras la operación; además encontraron que el optimismo es un predictor importante de los esfuerzos de afrontamiento y de los resultados quirúrgicos: antes de la cirugía se relacionó positivamente con el afrontamiento centrado en el problema y negativamente con el uso de la negación.

Para valorar el optimismo se han desarrollado diversos cuestionarios entre los que destacan el Life Orientation Test–Revised (LOT-R), la Generalized Expectancy of Success Scale Revised (GESS-R), la escala de Optimismo-Pesimismo y el inventario Attributional Style (Carver y Scheier, 2014).

El LOT-R es un instrumento que evalúa el optimismo disposicional entendido como una creencia estable o la predisposición de tener una visión generalizada del futuro hacia resultados positivos. Es una herramienta breve y de fácil aplicación, que ha mostrado buenas propiedades psicométricas en población con padecimientos crónicos (Costa, Cantarell, Parramon, & Serón, 2014).

Autoeficacia

La autoeficacia es un constructo psicológico que hunde sus raíces en la teoría social-cognitiva, y describe la interacción entre los factores de comportamiento, individuales y ambientales en la salud y la enfermedad crónica (Bandura, 1977). Por autoeficacia se entiende la confianza en las propias capacidades de una persona para llevar a cabo acciones que le permitan alcanzar sus metas, y se relaciona con otros aspectos como la percepción de control y la regulación de la motivación, los estados afectivos y fisiológicos, y los procesos cognitivos (Bandura, 2001).

Desde hace ya varios años se ha encontrado que la autoeficacia está íntimamente asociada a comportamientos saludables y que tiene impacto especial sobre el estado de salud de enfermos crónicos (O’Neil, Berk, Davis & Stafford, 2013), ya que funge como factor protector en éstos.

En este sentido, la autoeficacia presente en los pacientes crónicos les proporciona control y poder que les guía a participar en su propia salud y cuidado (Delfs, 2011), afectando las conductas de salud y el control de la enfermedad crónica (Aljaseem, Peyrot, Wissow, & Rubin, 2001).

En tal sentido, se ha demostrado que este constructo se asocia con la mayor autogestión en el tratamiento de la enfermedad crónica, con lo que se ha identificado que los pacientes responsables que participan activamente con sus proveedores de salud, mejoran los resultados de su propia salud (Tan, 2016); además, desempeña un papel importante en diversas formas de comportamiento de la salud como el cese tabáquico, la experiencia y manejo del dolor, el control de la alimentación y el peso, el éxito de la recuperación del infarto de miocardio y la adhesión a los programas de salud preventivos (O'Leary, 1985).

En pacientes con enfermedades cardiovasculares se considera que la autoeficacia es un factor protector ya que influye en estas patologías de manera positiva (Nekouei et al., 2014), debido a que reduce la presencia de síntomas de ansiedad y de evaluaciones amenazantes, y ayuda a la identificación de recursos personales, la confianza y la motivación (Guerrero et al., 2006).

Dada la importancia de este factor protector, se ha creado un constructo más específico llamado autoeficacia cardíaca, que se refiere a la creencia de una persona en su capacidad para gestionar los síntomas y retos que implica la enfermedad cardiovascular (O'Neil et al. 2013; Fors, Ulin, Cliffordson, Ekman, & Brink, 2015).

Joeques y Van Elderson (2007) en su estudio de medidas repetidas en pacientes cardíacos con insuficiencia cardíaca congestiva e infarto al miocardio, encontraron que la autoeficacia se relaciona con el bienestar psicológico y con más comportamientos de autogestión en pacientes de ambos diagnósticos, y con mejor calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca.

En pacientes con cardiopatía isquémica Arrebola García y Catena (2014) identificaron en su estudio que la autoeficacia podría influir en el tamaño del infarto de miocardio debido a que afecta positivamente la respuesta inflamatoria, por lo que se le atribuye un efecto protector. Además, se ha demostrado que este constructo es un poderoso predictor de la consecución de conductas de salud benéficas para el paciente, así como

de la asistencia a rehabilitación cardíaca, futuras hospitalizaciones, la recuperación, del funcionamiento en la rehabilitación cardíaca, el mejor estado de salud, mejor funcionamiento físico y menores niveles de ansiedad y depresión (Greco et al., 2013).

Sumado a lo anterior Sarkar, Ali y Whooley (2009) identificaron en éste tipo de pacientes que la autoeficacia era predictor de hospitalizaciones por falla cardíaca, encontrando que la menor autoeficacia se relacionaba con peor función cardíaca. Sullivan, LaCroix, Russo y Katon (1998) identificaron en pacientes con el mismo diagnóstico y controlando otras variables como la ansiedad, que la autoeficacia predecía el funcionamiento físico, social y familiar del paciente.

Como se mencionó antes, dentro de los desafíos que implica la enfermedad coronaria, se encuentra el enfrentamiento a diversos tratamientos diagnósticos y de intervención que se convierten en estresantes y demandantes de manejo y afrontamiento; por lo que se ha identificado que las expectativas de autoeficacia en el paciente próximo a cirugía cardíaca se correlacionan con la actividad y el estado de ánimo, y son predictivos de la actividad y funcionamiento cardíaco posterior a la cirugía (Gortner y Jenkins, 1990).

Bekkers y colaboradores (1996) encontraron evidencia sobre la importante función de la autoeficacia en el proceso de adaptación a la cirugía, ya que la percepción fuerte de autoeficacia poco después de la operación predijo un menor número de problemas psicosociales durante el primer año postoperatorio, también se relacionó con mejor cuidado postquirúrgico luego de la cirugía; por lo que los autores concluyen que el fortalecimiento de la autoeficacia en los pacientes, favorece la adaptación al procedimiento, y reduce la carga psicológica y social a la que frecuentemente se relaciona.

Flores (2015) en su estudio con pacientes próximos a cirugía de revascularización coronaria encontró que el 47.13% de su muestra percibe alta autoeficacia respecto a la enfermedad cardíaca, y que dicho factor protector se asociaba con menos síntomas relacionados a la enfermedad, menos interferencia social y mayor calidad de vida.

Para poder identificar los niveles de autoeficacia y su expresión en estos pacientes, se han desarrollado diversos instrumentos en forma generalmente de autoinforme para identificar dicho factor, algunos de ellos son la escala de Autoeficacia para Artritis (Lorig, Chastain, Ung, Shoor, & Holman, 1989), la Escala de Autoeficacia General (GSE-10) de Schwarzer y colaboradores (1995), la Multidimensional Scale of Perceived Self-Efficacy (MSPSE; Bandura, 2001) y la escala de autoeficacia cardiaca (O'Neil et al. 2013).

Dentro de los instrumentos comúnmente empleados destaca este último debido a que se considera una medida válida y fiable en la evaluación en pacientes con síndrome coronario agudo, útil también para promover la atención centrada en la persona en la práctica clínica, ya que puede ofrecer una orientación especial en el diálogo con el paciente en la creación común de un plan de salud personal (Fors et. al., 2015).

Resiliencia

Se ha descrito a la resiliencia como un proceso dinámico mediante el cual las personas se recuperan de la crisis y la adversidad y siguen con su vida (Polk, 1997). Una persona resiliente es considerada por Kralik, Van Loon y Visentin (2007) como aquella con la capacidad de recuperarse después de experimentar eventos estresantes de la vida, y ser capaz de hacer frente a ella pese a las condiciones adversas en las que vive; éste tipo de personas se caracterizan por ser resistentes debido a que tienen sentido de ser valoradas, de estar seguras y de tener muchas conexiones con otras personas.

Greene (2002) propuso que dicho proceso y capacidad de recuperación implica el equilibrio de los niveles de estrés con el de afrontamiento; además afirmó que la resiliencia no sólo implica sobrevivir, sino que también genera crecimiento y beneficio a partir de la tensión de la experiencia; por lo que no es una característica o atributo estático en un individuo (Lee et al, 2004), sino un proceso dinámico entendido en el

contexto de experimentar estrés, que se refiere al proceso de transición de adaptarse a los acontecimientos estresantes de la vida.

En tal sentido la enfermedad crónica puede ser considerada como un proceso estresante, debido a los cambios en el estilo de vida y los desafíos físicos y emocionales que trae consigo; es por ello que desde hace poco tiempo la resiliencia ha cobrado importancia en el ámbito de la salud, siendo definida como la capacidad que las personas tienen para mantener la salud y bienestar psicológico en un ambiente cambiante y demandante (Zautra, Hall & Murray, 2008). Asimismo, se ha concluido que ésta es una variable protectora de la salud física y mental en la enfermedad (Brix et al., 2008; Quiceno & Vinaccia, 2011), y que es un aspecto de suma importancia en el proceso de aprender a adaptarse a la vida con una enfermedad crónica (Kralik et al., 2007).

La evidencia sugiere que en los padecimientos analizados, la resiliencia es un factor protector que se relaciona a otras variables salutogénicas como el *apoyo social*, el *autocontrol* y los *estilos positivos de afrontamiento*; tales padecimientos son la diabetes, el cáncer, las enfermedades reumáticas, el dolor, la esclerosis múltiple, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el VIH y las enfermedades cardíacas (Quiceno & Vinaccia, 2011; Quiceno & Vinaccia, 2012).

En este último grupo de enfermedades se ha encontrado que la adversidad a la que se relacionan estas patologías, permite evocar mecanismos de resiliencia y emociones positivas para enfrentarla a lo largo del proceso de enfermedad, teniendo impacto en menores tasas de mortalidad y mejores índices de salud en los pacientes con dichas enfermedades (Sanjuan et al., 2016).

Así, en un estudio en adolescentes con arritmias cardíacas se encontró que tenían altos niveles de resiliencia, y que en los pacientes varones investigados la baja resiliencia podía ser un factor de riesgo para accidente cerebrovascular (Bergh et al., 2014).

En pacientes con cardiopatía isquémica Lemos, Moraes y Campos (2016) identificaron que de los 133 pacientes con diagnóstico de isquemia cardiaca, el 81% se clasificaban como resilientes, y que los individuos más resilientes eran los de mayor edad. Chan, Lai y Wong (2006) concluyeron que los pacientes cardiopatas con mayor resiliencia tuvieron mejores resultados de salud comparados con aquéllos poco resilientes, en términos de medidas físicas y mentales superiores, bajos niveles de colesterol y mejor rendimiento en la prueba de esfuerzo. Arrebola y colaboradores (2014) concluyeron en su estudio que la resiliencia reducía la extensión del infarto de miocardio influyendo en la respuesta inflamatoria, por lo que tenía efecto protector.

De acuerdo con Gartland y colaboradores (2011), la resiliencia depende de dos aspectos básicos: primero, de la ocurrencia de un evento adverso o estresante en el curso de la vida, y segundo, del desarrollo de mecanismos psicológicos para superar el evento potencialmente traumático. Con base en ello, se puede decir que la cirugía cardiaca es un evento altamente estresante que representa amenaza para el paciente y la movilización de recursos para enfrentarla.

Aldwin (2007, citado en Creameans, Greene y Delahanty, 2015) identificó que en los pacientes que con anterioridad habían enfrentado condiciones dolorosas y experiencias traumáticas, se desarrollaban más fácilmente los recursos de afrontamiento; en tal sentido, la enfermedad crónica puede ser considerada una posible fuente de acontecimientos estresantes durante toda la vida, lo que puede estimular el desarrollo de los procesos de resiliencia mediante el fortalecimiento de las habilidades de afrontamiento de una persona, y ello mejorar la capacidad para gestionar el factor de estrés que representa la cirugía.

En relación a ello Creameans y colaboradores (2015) encontraron en su estudio que los individuos con más experiencias traumáticas, tenían menos niveles de dolor post-operatorio y menos limitaciones funcionales, lo que sugiere una mejor recuperación física y mayor resiliencia.

Se ha encontrado además, que los pacientes psicológicamente resilientes sometidos a cirugía, tienen mejor y más rápida recuperación y cicatrización de las heridas; así como que en estos pacientes ciertos biomarcadores endógenos (neuropéptido, testosterona y deshidroepiandrosterona (DHEA)) tienen alteraciones en las personas resilientes, lo que se asocia con hospitalización más corta y menor uso de analgésicos (Graham, Becerril, Quito & Zhao, 2016).

Markovitz, Schrooten, Arntz y Peters (2015) en su estudio con mujeres con enfermedad crónica sometidas a cirugía, identificaron que los niveles más altos de resiliencia se relacionaban con mejor ajuste emocional y que dicho constructo protege al menos parcialmente, contra la angustia emocional.

El conocimiento sobre aspectos de la resiliencia ha crecido en años recientes, y con ello también la construcción y validación de instrumentos psicométricos para aproximarse a dicho constructo en personas con y sin patologías orgánicas, algunas de estas medidas son: la Escala de Resiliencia (RS), la Escala de Resiliencia para Adultos (RSA), la Escala Breve de Afrontamiento Resiliente (BRCS) (Quiceno & Vinaccia, 2011), y la Escala de Resiliencia Mexicana, que surge a partir de la escala de Resiliencia de Connor y Davidson y de la RSA (Palomar & Gómez, 2010).

Este último instrumento resulta ser de suma importancia debido a que está adaptado a la población mexicana y considera diversas dimensiones de la resiliencia que otros instrumentos no. Ha sido utilizada en personas con enfermedad crónica y pérdida de la salud, mostrando buenas propiedades psicométricas (Miaja, 2015; Miaja & Moral, 2015).

Calidad de Vida Relacionada con la Salud

El término Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es un concepto multidimensional que busca valorar el efecto que tiene la enfermedad en las esferas individual, familiar y social del paciente, así como su satisfacción (Achury, Rodríguez,

Agudelo, Hoyos & Acuña, 2011). Dicho constructo toma en cuenta los aspectos subjetivos o emocionales de la enfermedad y su tratamiento, sin privilegiar el interés por la esfera biológica.

Es importante destacar que la calidad de vida es una percepción susceptible a modificarse por la oportunidad social, la percepción del estado funcional y el deterioro que provoca la enfermedad o su tratamiento (Patrick & Erickson 1988, citado en Vinaccia, Quiceno, Medina, Castañeda & Casteblanco, 2014).

Barrantes (2010) y Achury y cols. (2011) mencionan que las enfermedades cardiovasculares afectan y deterioran las dimensiones físicas, sociales y emocionales de la calidad de vida de las personas que las padecen, debido a que deben adaptarse a cambios en su estilo de vida, la enfermedad y complicaciones.

En el caso de la cardiopatía isquémica, el impacto negativo a la salud y calidad de vida estará presente en las manifestaciones agudas, como el síndrome coronario, y también en las de tipo crónico, como la angina de pecho y la insuficiencia cardiaca (Fernández et. al., 2012). Asimismo, la disminución de la calidad de vida se ha encontrado relacionada al proceso de desarrollo de la cardiopatía isquémica, así como empobrecida comparada con población general y otras enfermedades crónicas como Artritis y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) (Trejo, 2010). Dichos puntajes en la CVRS, tienden a cambiar en el tiempo, mejorando luego del evento cardiaco (Lemos, Agudelo, Arango & Rogers, 2013; Rogers, Nicholls, Lemos, Aristizábal, & Arango, 2013).

Sumado a lo anterior, el impacto generado por los tratamientos a los que los pacientes cardíopatas se enfrentan, que van desde los medicamentos y hasta la cirugía cardiaca, también repercuten en su calidad de vida.

Fariñas y sus colaboradores (2008) encontraron en un estudio observacional con 140 pacientes en el preoperatorio del bypass coronario, afección en todas las dimensiones

que el EuroQOL considera de la calidad de vida relacionada con la salud: movilidad del paciente, autonomía, actividades cotidianas, dolor/incomodidad y ansiedad/depresión. Mientras que Pinheiro y Lopes (2007), encontraron en el 80% de su muestra con las mismas características, limitaciones físicas de severas a moderadas previo a la intervención.

De modo similar, en pacientes sometidos a angioplastia coronaria se encontró que previo a la intervención se alcanzaban puntajes máximos de 50.8% en CVRS, incrementando a cerca del 75% dos años posteriores a la cirugía, lo que se traduce en términos de CVRS baja previo a la angioplastia y media tras ésta (Castillo et al., 2010).

Hirvonen (2006) por su parte, analizó la calidad de vida en pacientes próximos a someterse a cirugía mayor y encontró peores resultados en las dimensiones movilidad, sueño, actividad sexual, vitalidad, actividades cotidianas, dolor y distrés psicológico, comparados con aquéllos sin necesidad de cirugía.

Tal empobrecimiento de la Calidad de Vida ha sido relacionado a las características de la enfermedad cardiaca; sin embargo algunos estudios muestran que la afectación de la CVRS podría deberse en mayor medida a la hospitalización (Borowial & Kostka, 2007, citado por Rogers et al. 2013).

El estudio de la CVRS resulta importante ya que ésta se considera un predictor de morbilidad y mortalidad en este tipo de pacientes (Schenkeveld et al. 2010, Kroenke et al., 2008, Adler y Kawachi, 2008 citados por Lemos et al., 2015). Además, dicho constructo funciona bien como parámetro para evaluar la efectividad e impacto de la cirugía cardiaca y la evolución de los pacientes con cardiopatía isquémica, en términos de la salud y bienestar percibido por el propio paciente.

Para conseguirlo, se han desarrollado diversos instrumentos que valoran la calidad de vida no sólo de manera general sino específicamente en el contexto de la enfermedad crónica. Dentro de las herramientas genéricas más utilizadas se encuentran el

Cuestionario de Salud SF-36, el Perfil de Salud Nottingham, el Perfil del Impacto de la Enfermedad (SIP) y el cuestionario de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-BREF); mientras que dentro de los instrumentos específicos para enfermedades cardíacas se consideran el Quality of Life After Myocardial Infarction, el Seattle Angina Questionnaire, el Quality of Life-Cardiac Version y el Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (Soto & Failde, 2004; Urzúa, 2010).

El cuestionario de cardiomiopatía de Kansas City (KCCQ) es una herramienta que recoge información directamente del paciente para valorar diversos dominios del estado de su salud atendiendo a las características específicas que la Insuficiencia Cardíaca (IC) enmarca. Implica valorar las limitaciones, síntomas, calidad de vida, interferencia social, autoeficacia y estado funcional percibidos por el paciente (Comín et al., 2011). Dado lo completo de su dominio Ramos y colaboradores en 2011, se encargaron de validar la adaptación al español del cuestionario en pacientes mexicanos con Insuficiencia Cardíaca hospitalizados, concluyendo que dicho instrumento es válido y confiable para medir la CVRS en pacientes con Insuficiencia Cardíaca, y muestra buenas propiedades psicométricas.

Tal como se ha mencionado, la calidad de vida es un indicador importante en la evaluación de la salud y bienestar; su mantenimiento incide en la rápida recuperación de los pacientes y la vuelta a su vida normal, se asocia con la reducción de complicaciones y la prevención de recurrencias en las enfermedades cardíacas (Nekouei et. al., 2014). Así mismo, este indicador se ve modificado por la enfermedad cardíaca en sí misma y por la comunicación de una próxima cirugía, ya que esta última resulta ser un evento vital que no sólo impacta en lo físico, sino en lo psicológico, lo social y la calidad de vida en general, desencadenando la presencia de diversos factores que afectan el estado del paciente y su pronóstico.

Son diversas las variables psicológicas que se suscitan ante eventos estresantes como lo son la enfermedad y la cirugía, pero todas resultan tener efectos importantes en la salud física y mental de los pacientes; por lo que el análisis de dichos aspectos ha sido

estudiado desde ya hace varios años, permitiendo identificar la manifestación de dichas variables y el efecto de riesgo y/o protección al que se asocian. La evaluación psicológica de estos aspectos así como de la calidad de vida, ha permitido poder entender la enfermedad como la conjugación de varios factores, e identificar como distintos aspectos psicosociales se manifiestan en determinados padecimientos, y cómo estos a su vez influyen en el pronóstico del mismo.

En esta línea y con el fin de identificar los aspectos psicológicos y el perfil de personalidad relacionado a determinadas enfermedades cardiacas, Ríos y colaboradores (2009) identificaron que los pacientes próximos a cirugía mayor (trasplante de corazón) compartían características con pacientes con cardiopatía congénita y con aquellos que habían experimentado Infarto Agudo al Miocardio (IAM), como ser temperamentales, inquietos, rígidos, malhumorados, hipersensibles y con tendencia a somatizar durante periodos largos de tensión; tendían a tener pocas relaciones sociales y buscan el reconocimiento de otros; eran reservados, solitarios y con tendencia a la hostilidad. Además encontraron que los pacientes candidatos a trasplante y los que tenían IAM, se preocupaban más por su salud, presentaban depresión clínicamente significativa, mayores niveles de ansiedad, pesimismo, indecisión, tensión y preocupación recurrente.

Con sus hallazgos, los autores concluyeron que tal caracterización permite tener un panorama amplio para proveerlos de un tratamiento psicológico eficaz, que incida en la modificación de su estilo de vida y en la mejora de su calidad de vida. Por tal motivo, desde hace tiempo se ha buscado desarrollar intervenciones sistemáticas para que el paciente próximo a cirugía mayor modifique sus conductas para conseguir resultados satisfactorios de manera general (Castillero, 2007).

La intervención psicológica en el ámbito de la salud, y específicamente en las enfermedades cardiovasculares, hunde sus raíces en la relación que existe entre las conductas de salud y la misma salud cardiovascular; entendiendo que estos aspectos comportamentales pueden ser modificados a través de la intervención conductual y

cognitiva (Graves & Miller, 2003), no sólo en términos preventivos, sino de tratamiento y rehabilitación también (Lane, Lip & Millane, 2002; Morales, 2013).

Esta perspectiva ha ganado importancia desde que la salud involucra además del aspecto físico, el óptimo funcionamiento psicológico y social también, por lo que se ha apostado a la aplicación del modelo biopsicosocial de intervención para confluir la esfera psíquica con la biológica, en relación a la salud y la enfermedad (Laham, 2007). Aunado a ello, se ha identificado que las intervenciones que fomentan sentido de coherencia, colaboración, competencia y confianza son importantes para desarrollar la capacidad de recuperación; por lo que los factores protectores resultan importantes en los pacientes crónicos, debido a que proporcionan información relevante para trabajar con las fortalezas de la persona para enfrentar los retos que la vida y la enfermedad presenten (Kralik et al., 2007); mientras que el abordaje de los factores psicosociales de riesgo que inciden en la enfermedad permite evitar complicaciones y riesgos que vulneran al paciente, y que asocian con la reducción de la calidad de vida y su salud general también.

Planteamiento del Problema

La cirugía cardíaca de revascularización coronaria es un tipo de tratamiento frecuente en pacientes con cardiopatía isquémica, que se ha beneficiado de los avances tecnológicos y científicos; sin embargo es un aspecto que genera ambivalencia emocional en el enfermo crónico, ya que si bien la operación representa la posibilidad de recuperar la salud, también constituye una fuente generadora de miedo y estrés ante posibles complicaciones e incluso la muerte (Cárdenas et al., 2011; Castellero, 2007). Tal ambivalencia implica la presencia de aspectos psicológicos y psicosociales que pueden actuar como factores protectores o de riesgo en la evolución peri y postoperatoria del paciente (Katz & Seltzer, 2014). Es importante señalar que ambos tipos de factores generalmente han sido estudiados por separado y con distintas poblaciones en el periodo preoperatorio; sin embargo además de que se encuentra variabilidad en algunos resultados, son pocos los estudios que coinciden en el estudio de factores psicológicos protectores y de riesgo en el periodo preoperatorio de la cirugía cardíaca, tanto en México como en el resto del mundo; menos aún aquéllos que dan una caracterización completa del estado psicológico del paciente previo a la cirugía, ya que los estudios empíricos consideran pocas variables psicológicas y la caracterización de los aspectos psicológicos implicados en la cirugía se ve limitada en las poblaciones de estudio.

Justificación

La Organización Mundial de la Salud en 2012 estimó que 17.5 millones de personas murieron a causa de alguna enfermedad cardiovascular (aproximadamente el 31% de las muertes en el mundo), y que la cardiopatía isquémica fue responsable de 7.4 millones de estas muertes (OMS, 2015); en México dicha enfermedad se considera como la segunda causa de muerte y la primera generadora de morbilidad en la población adulta (INEGI, 2016). Esta enfermedad crónica se caracteriza por diversos cuadros clínicos y por la posibilidad de diferentes tratamientos para el paciente, que en conjunto obligan a la modificación de los estilos de vida e impactan en la conservación de su estado funcional y la calidad de vida, pudiendo generar trastornos psicológicos y emociones negativas (Vinaccia & Quiceno, 2012).

Dentro de los tratamientos que se dan a estos pacientes destaca la cirugía de revascularización coronaria, cuya frecuencia se estima en Estados Unidos cerca de 500 mil intervenciones anuales (Texas Heart Institute, 2015). Esta cirugía, considerada de alto riesgo, tiene dos implicaciones principales para el paciente (Ramírez, 2014): la preocupación que genera la cirugía a corazón abierto y, por otro lado, la esperanza en que su enfermedad quede curada y mejore su estado de salud. Dichas implicaciones se traducen en términos de aspectos psicológicos presentes en el periodo preoperatorio, que pueden ser considerados factores de riesgo o de protección en la medida que afectan negativa o positivamente el estado psicológico y de salud del paciente (Valls & Rueda, 2013; Nekouei et al., 2014).

Por tal motivo la evaluación de estos aspectos permite identificar el sentido en que influyen en el paciente y en sus resultados peri y postoperatorios, su recuperación y la adherencia al tratamiento (Sogg et al., 2016). Hecho que incide en el diseño de intervenciones psicológicas para el abordaje de estos factores que promuevan estados de bienestar y disminuyan estados emocionales negativos que la cirugía pueda generar.

El poder obtener un perfil psicológico completo de estos pacientes busca de forma general analizar varios factores psicosociales para conocer si existe una caracterización parecida en ellos, que permita obtener datos en términos de pronóstico y tratamiento; por lo que, el presente estudio además de identificar este tipo de factores en población mexicana, ofrece un amplio panorama a futuras intervenciones psicológicas de corte cognitivo-conductual que emprendan psicólogos de la salud previo a éste tipo de cirugía, o, en caso de ser necesario, como Mitchell y De Zwaan (2014) lo mencionan incluso contraindicarla, para así mejorar los resultados quirúrgicos y con ello la calidad de vida del paciente.

Así mismo, la evaluación psicológica que se busca alcanzar en este trabajo también permite obtener información relevante que incide en la práctica clínica de los profesionales de la salud que atienden las necesidades de los pacientes antes y después de la cirugía, y que de forma creciente han centrado su atención en los aspectos psicológicos que intervienen en el estado de salud del paciente para reducir los factores de riesgo identificados y promover los factores protectores, con el fin de mejorar la salud y bienestar del enfermo crónico, particularmente de los pacientes con cardiopatía isquémica.

Objetivos

Objetivo general

- Identificar el perfil psicológico del paciente candidato a revascularización coronaria, con base en factores psicológicos de riesgo y protección presentes en el periodo preoperatorio.

Objetivos específicos

En pacientes tributarios a cirugía de revascularización coronaria se busca:

- Identificar y describir los factores psicológicos de riesgo asociados a la cirugía cardíaca: ansiedad, ansiedad preoperatoria, depresión, estrés, percepción de enfermedad y estilos de afrontamiento.
- Identificar y describir los factores psicológicos protectores asociados a la cirugía cardíaca: estilos de afrontamiento, apoyo social, optimismo disposicional, autoeficacia y resiliencia.
- Identificar y describir la calidad de vida relacionada con la salud.

Variables

Las variables consideradas en el presente estudio son las siguientes:

Ansiedad

Definición conceptual: estado emocional displacentero y transitorio que implica síntomas somáticos y psicológicos como tensión, aprehensión, nerviosismo, temor e hiperactividad autonómica, que pueden presentarse como reacción adaptativa o como síntoma de padecimientos médicos y psiquiátricos (Pérez, 2007).

Definición operacional: el puntaje obtenido en la subescala de Ansiedad de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) de Zigmond y Snaitth (1983), en su versión traducida al español.

Ansiedad preoperatoria

Definición conceptual: condición emocional displacentera y transitoria que implica síntomas somáticos y psicológicos como tensión, aprehensión, nerviosismo, temor e hiperactividad autonómica (Spielberger et al., 1973), que puede presentarse desde que se informa al paciente sobre la intervención quirúrgica, se agudiza momentos antes del procedimiento y se extiende hasta 48 horas luego de la intervención en el posoperatorio (Cárdenas et al., 2011).

Definición operacional: puntaje obtenido en la escala de ansiedad del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger y colaboradores (1983) en su traducción al español.

Depresión

Definición conceptual: estado de disminución de la capacidad de experimentar placer que involucra sentimientos de profunda tristeza y desesperanza que alteran el desempeño de las actividades diarias, e implican sufrimiento y sentimientos de

indefensión, culpa, agotamiento y retraimiento (Snaith, 2003; Sanz, Izquierdo & García, 2013).

Definición operacional: puntaje obtenido en la subescala de Depresión en la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) de Zigmond y Snaith (1983) en su versión al español.

Estrés

Definición conceptual: es toda aquella respuesta fisiológica o psicológica que emite un individuo ante alguna demanda de cambio real o imaginada que genera adaptación y/o tensión (McEwen, 2005).

Definición operacional: puntaje obtenido en el Cuestionario de Síntomas de Estrés, en los grados bajo, moderado o alto.

Percepción de enfermedad

Definición conceptual: representación cognitiva organizada sobre la enfermedad, sus síntomas y tratamiento, que influye de forma directa en la respuesta emocional del paciente para con su enfermedad y las conductas para enfrentarse a ella (Quiceno & Vinaccia, 2010).

Definición operacional: puntaje obtenido en el Cuestionario Breve de Percepción de Enfermedad de Broadbent et al. (2006) en su traducción al español.

Afrontamiento

Definición conceptual: es todo esfuerzo cognitivo y conductual que busca el dominio, disminución y tolerancia de las demandas que una situación estresante genera, para manejarla y reducir las emociones negativas (Lazarus & Folkman, 1984).

Definición operacional: puntaje obtenido en el Inventario de Afrontamiento a las Lesiones y Problemas de Salud (CHIP) de Endler y colaboradores (1998) en su traducción al español.

Apoyo social

Definición conceptual: proceso interactivo en que una persona obtiene ayuda emocional, instrumental o económica de la red social a la que pertenece, implica la función y calidad de las relaciones sociales, así como la percepción de apoyo recibido (Poblete et al., 2015).

Definición operacional: puntaje obtenido en la traducción al español del Cuestionario MOS de apoyo social de Sherbourne y Stewart (1991).

Optimismo disposicional

Definición conceptual: rasgo de la personalidad que refiere a un conjunto de expectativas positivas sobre el futuro, sobre el control de las acciones y sobre la eficacia personal (Carver et al., 2010).

Definición operacional: puntaje obtenido en Life Orientation Test (LOT-R) en su versión traducida al español (Otero et al., 1998).

Autoeficacia

Definición conceptual: es la confianza en las propias capacidades de una persona para llevar a cabo acciones que le permitan alcanzar sus metas (Bandura, 2001).

Definición operacional: puntaje obtenido en la versión española del Cuestionario de Autoeficacia Cardíaca de Sullivan y colaboradores (1998), en la versión validada por Fors y colaboradores (2014).

Resiliencia

Definición conceptual: proceso dinámico que implica la capacidad de las personas de recuperarse después de experimentar eventos estresantes de la vida y hacer frente a ella pese a las condiciones adversas (Polk, 1997).

Definición operacional: puntaje obtenido en la escala de Resiliencia Mexicana Mexicana (RESI-M) de Palomar y Gómez (2010).

Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Definición conceptual: percepción y valoración del efecto que tiene la enfermedad en las esferas individual, familiar y social del propio paciente, así como la satisfacción que ello le genera (Achury et al., 2011).

Definición operacional: puntaje obtenido en el Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud basado en el Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire y validado por Ramos y colaboradores (2011).

Diseño

La presente investigación se llevó a cabo con un diseño no experimental transversal descriptivo.

Escenario

- Unidad de Cardio-cirugía del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE.

Método

Participantes

Pacientes hombres y mujeres del Centro Médico Nacional 20 de noviembre del ISSSTE, con diagnóstico de cardiopatía isquémica y candidatos a cirugía de revascularización coronaria.

Criterios de inclusión

- Ser hombre o mujer
- Saber leer y escribir
- Haber leído y firmado el consentimiento informado.

Criterios de no inclusión

- Tener otra enfermedad cardiaca y/o trastornos metabólicos severos
- Tener comorbilidad psiquiátrica o neurológica
- Tener problemas de visión que impidan la lectura de documentos
- No saber leer y escribir

Criterios de eliminación

- Tener la evaluación psicológica incompleta
- Retirar el consentimiento de participación

Instrumentos

- **Ficha de identificación** (Anexo 2). Consiste en un grupo de preguntas para recopilar los datos sociodemográficos y clínicos del paciente.
- **Cuestionario de Estilo de Vida** (Anexo 3). Es un conjunto de preguntas dirigidas a conocer el estilo de vida de los pacientes y los cambios que se han realizado a partir de que se informó sobre la cirugía cardiaca.
- **Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)** (Anexo 4). El inventario de Spielberger y colaboradores (1983) consta de 40 ítems, divididos en dos escalas con 20 reactivos cada una: ansiedad estado y ansiedad rasgo; mismas que tiene una puntuación en escala tipo Likert que va

de 0 (nada) a 3 (mucho), por lo que la puntuación mínima es 0 y la máxima 60 entendiendo que a mayor puntuación, mayor es la presencia de ansiedad. En el presente estudio se utilizó únicamente la escala Ansiedad-Estado, misma que con el análisis de fiabilidad reportó coeficiente Alfa de .935

- **Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)** (Anexo 5). Es un instrumento utilizado para evaluar síntomas de ansiedad y depresión en el ámbito hospitalario; consta de 14 reactivos divididos en dos subescalas: ansiedad y depresión (Zigmond & Snaith, 1983). Su puntuación emplea escala tipo Likert de 0-3, y sus puntos de corte son:

Para la escala *Ansiedad*: 0-2 nula, 3-8 leve/moderada y 9 o más severa

Para la escala *Depresión*: 0-1 nula, 2-6 leve/moderada y 7 o más severa

El análisis de fiabilidad permitió encontrar coeficiente de consistencia interna de .832 para la escala completa, .845 para la subescala Ansiedad y .568 para la subescala Depresión.

- **Cuestionario de Síntomas de Estrés** (Anexo 6). Es un cuestionario que facilita la identificación de sintomatología asociada al estrés durante la semana previa a la cirugía; permite identificar síntomas y alteraciones a nivel emocional, físico, cognitivo y comportamental. Consta de 32 ítems con escala de evaluación tipo Likert de 0 (nunca) a 3 (siempre); el puntaje mínimo es 0 y el máximo 96 puntos.

Tabla 2
Composición del cuestionario de Síntomas de Estrés

Dimensiones de Síntomas de estrés	Ítems	Puntaje		
		Mín	μ	Máx
<i>Emoción/ Afecto</i>	1, 2, 25, 26	0	6	12
<i>Física</i>	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 23, 24	0	22	45
<i>Conductual</i>	16,17,18,19,20,21,22	0	12	24
<i>Cognitiva</i>	28,29,30,31,32	0	7	15

- **Cuestionario Breve de Percepción de Enfermedad** (Anexo 7). Es un instrumento con 9 ítems, cuya respuesta se ha adaptado en escala Likert de 0-3 puntos, excepto en el reactivo donde se le pide enuncie tres factores que causaron su enfermedad. La interpretación de los puntajes implica que el aumento en el puntaje de cada ítem representa un incremento lineal en la dimensión medida. Dicho instrumento tiene propiedades psicométricas buenas y presenta confiabilidad test-retest buena (Broadbent et. al., 2006). En el presente estudio se encontró coeficiente de consistencia interna de .624.
- **Inventario de Afrontamiento a las Lesiones y Problemas de Salud (CHIP)** (Anexo 8). Consiste en un autoinforme creado por Endler, Parker y Summerfeldt (1998) para identificar los estilos de afrontamiento típicos que un individuo usa ante problemas de salud. Se compone de 32 ítems, con escala Likert que va desde 1 (nada) hasta 5 (mucho). Cuenta con 4 subescalas que identifican los estilos de afrontamiento: *distracción*, *paliativo*, *instrumental* y *preocupación emocional*; tras el análisis correspondiente se encontró coeficiente de fiabilidad de .849 para la escala global, de .601 para la subescala Distracción, de .672 para la escala Paliativo, .718 para la escala Instrumental y .754 para la escala Emocional.

Tabla 3
Dimensiones del CHIP

Estilos de afrontamiento	Ítems	Puntaje		
		Mín	μ	Máx
Distracción	1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29	8	21	40
Paliativo	2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30	8	23	40
Instrumental	3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31	8	29	40
Emocional	4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32	8	21	40

- **Cuestionario MOS de apoyo social** (Anexo 9). Es un cuestionario de 20 ítems, que evalúa el apoyo social percibido por las personas; sus respuestas están dadas en escala tipo Likert de 1(nunca) a 5 (siempre) (Sherbourne & Stewart, 1991). Las puntuaciones altas en el instrumento implican mayor apoyo social

percibido. Así mismo, implica cuatro dimensiones del apoyo social funcional, cuyas características se indican a continuación:

Tabla 4
Dimensiones del cuestionario MOS de Apoyo Social

Dimensiones	Puntajes Mín - Máx	Media
Apoyo emocional	8 - 40	24
Ayuda instrumental o material	4 - 20	12
Interacción social positiva	4 - 20	12
Apoyo afectivo	3 - 15	9
Apoyo social total	19 - 95	57

El análisis de consistencia interna del instrumento obtuvo coeficiente Alfa de .859 para todo el cuestionario; para la dimensión Apoyo emocional se encontró Alfa de .866; en la dimensión Ayuda material coeficiente de .407; Alfa de .613 para la dimensión Relaciones sociales, y para la dimensión del Apoyo afectivo .482.

- **Life Orientation Test (LOT-R)** (Anexo 10). Es un cuestionario creado por Scheier, Carver y Bridges en 1994 y traducido al español por Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro (1998) con 10 reactivos, de los cuales 6 buscan evaluar la dimensión de optimismo disposicional y los 4 reactivos restantes sirven para hacer menos evidente el contenido del test. Se califica con escala tipo Likert de 5 puntos y las puntuaciones para valorar el grado de optimismo son las siguientes:

1. Muy pesimista (0-4)
2. Pesimista (5-8)
3. Medio (9-15)
4. Optimista (16-20)
5. Muy optimista (21-24)

El análisis de consistencia interna para el instrumento, permitió identificar coeficiente alfa de 0.614.

- **Escala de Autoeficacia en la Enfermedad Cardíaca** (Anexo 11). Creada por Sullivan et al. (1998) y validada por Fors y colaboradores (2014), es un instrumento compuesto por 13 ítems que buscan qué tan seguros están los pacientes de conocer y realizar las situaciones que se mencionan. Emplea una escala Likert de 0 (nada confiado) a 4 (completamente confiado), y considera tres dimensiones de la autoeficacia: control de los síntomas, control de la enfermedad y mantenimiento de actividad. Con el análisis de confiabilidad se encontró coeficiente Alfa de .816 para la escala total, de .851 para la dimensión Control de síntomas, .516 para Control de la enfermedad y .715 en la dimensión Mantenimiento funcional.

Tabla 5
Dimensiones de la Escala de Autoeficacia Cardíaca

Dimensiones Autoeficacia	Ítems	Puntaje		
		Mín	μ	Máx
Control de síntomas	1, 2, 3, 4	0	8	16
Control de enfermedad	5, 6, 7	0	6	12
Mantenimiento funcional	9, 10, 11, 12, 13	0	10	20

- **Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M)** (Anexo 12). Es un instrumento creado por Palomar y Gómez (2010) que permite evaluar la resiliencia en población mexicana adulta. Consta de 43 ítems divididos en los factores: Fortaleza y Confianza (19 ítems), Competencia (8 ítems), Apoyo familiar (5 ítems), Apoyo social (5 ítems) y Estructura (5 ítems); el análisis de consistencia interna permitió identificar coeficiente Alfa de .955 para la escala en su totalidad, para la dimensión Fortaleza-Confianza de .914, en Competencia social de .852, Alfa de .876 para la dimensión Apoyo familiar, de .919 para el Apoyo social y en la dimensión Estructura coeficiente Alfa de .764.

Tabla 6
Dimensiones de la escala RESI-M

Dimensiones	Ítems	Puntaje		
		Mín	μ	Máx
<i>Fortaleza-Confianza</i>	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19	0	28	57
<i>Competencia Social</i>	20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27	0	12	24
<i>Apoyo familiar</i>	28, 29, 30, 31, 32, 33	0	9	18
<i>Apoyo social</i>	34, 35, 36, 37, 38	0	7	15
<i>Estructura</i>	39, 40, 41, 42, 43	0	7	15

- **Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud** (Anexo 13). Basado en el Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire, Ramos et al. (2011) validaron su versión en población mexicana; ésta consta de 23 reactivos con escala Likert de 1 a 4, 5 o 6 puntos. El análisis de fiabilidad identificó Alfa de Cronbach de .905, y se ha modificado con base en la sintomatología de la cardiopatía isquémica, y se divide en siete factores:
 1. Limitaciones físicas ($\alpha=.91$)
 2. Síntomas ($\alpha=.81$)
 3. Calidad de vida ($\alpha=.80$)
 4. Interferencia social ($\alpha=.88$)
 5. Autoeficacia ($\alpha=.21$)
 6. Estado funcional ($\alpha=.86$)
 7. Resumen clínico ($\alpha=.89$)

Procedimiento

Los pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica fueron contactados en los servicios de Cirugía Cardiorádica o Cardiología, una vez que habían sido aceptados en la sesión médico-quirúrgica para la cirugía de revascularización coronaria.

Identificados los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, se les informaba sobre el servicio de Psicología como parte del protocolo prequirúrgico y las actividades que éste implica, entre las que se encuentra la evaluación psicológica. Específicamente se les explicaba que el objetivo de la evaluación era conocer de mejor manera cómo impacta en ellos (pacientes) su enfermedad y próximo tratamiento quirúrgico. Así mismo se les explicaba que era una evaluación sencilla que consistía en contestar una serie de preguntas sobre su enfermedad y algunos sentimientos y conductas presentadas recientemente; se garantizaba la confidencialidad de la información y se les explicaba que podían retirarse de la evaluación si ellos lo consideraban conveniente. Si los pacientes aceptaban, se les pedía leyeran y firmaran el consentimiento informado (Anexo 1) y se procedía a llenar la ficha de identificación. Posteriormente, se realizaba la evaluación psicológica con los instrumentos antes mencionados, o en su defecto se agendaba una cita previo a la intervención quirúrgica para que fueran evaluados. Dicha evaluación se realizó de forma individual en una sola sesión de aproximadamente una hora en el área de hospitalización y en la habitación correspondiente a cada paciente. Es importante mencionar que el presente trabajo se desprende del proyecto CONACYT con clave 201124.

Considaciones éticas

Las consideraciones éticas tomadas para este estudio se basan en los principios enunciados en la declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2016):

1. La investigación promueve respeto a todos los participantes y protege sus derechos individuales.
2. Se protege la vida, la privacidad y la dignidad del ser participante.
3. La investigación está sustentada bajo un marco teórico compuesto por bibliografía científica, y otras fuentes confiables.
4. La investigación se realizó bajo supervisión.
5. Los participantes fueron voluntarios e informados de los aspectos que implicaba la investigación, situación expresada a través de la firma del Consentimiento Informado.

Así mismo, en el trabajo con los participantes se garantiza la práctica de los principios de bioética expuestos en por Beauchamp y Childress (Citado en Siurana, 2010):

- *Principio de autonomía*: se reconoce y respeta el mantener puntos de vista, elegir y actuar de los pacientes con base en valores y creencias personales; además de garantizar la confidencialidad de la información, asegurar la comprensión, la voluntariedad y la potenciación del paciente para la toma de decisiones.
- *Principio de No-maleficencia*: se busca no infringir daño de manera intencional ni lesionar intereses físicos y psicológicos, y los asociados a la reputación, propiedad, privacidad y libertad.
- *Principio de Beneficiencia*: se previene y elimina el daño con base en la actuación para favorecer el bien a los involucrados, anticipando beneficios y realizando un balance entre estos y los daños.
- *Principio de justicia*: se garantiza la igualdad en los tratamientos y en la distribución equitativa de los recursos para prestar los servicios de salud e investigación; además implica que la práctica profesional no se base en juicios de valor ni en distinciones por origen racial, sociocultural o económico.

Análisis de los datos

El análisis estadístico se llevó a cabo con estadística descriptiva e incluyó para las variables continuas medidas de tendencia central (media y desviación estándar), mientras que para las variables categóricas se empleó el uso de frecuencias y porcentajes; haciendo uso del paquete estadístico SPSS versión 21.

Resultados

Se presentan los resultados obtenidos con la evaluación psicológica de la muestra de pacientes próximos a cirugía de revascularización coronaria. Inicialmente se describen los datos sociodemográficos, seguidos de los relacionados al estilo de vida, para dar paso a la descripción de cada una de las variables consideradas en este estudio: primero se presenta la caracterización de los factores psicosociales de riesgo y luego la de los de protección.

Datos sociodemográficos y clínicos

La muestra estudiada se compuso por 60 pacientes (45 hombres y 15 mujeres) con edad media de 63.35 años y desviación estándar de 7.98; el 80% de la muestra provenía de estados del interior del país diferentes al Estado y la Ciudad de México; el 77% de los participantes eran casados o vivían en unión libre; cerca del 62% de la muestra tenía estudios superiores a los básicos (preparatoria 25%, licenciatura 31.7% y posgrado 5%); en cuanto a la ocupación de los participantes el 37.9% de ellos eran jubilados o pensionados. La religión que seguían fue la católica en un 83.3%.

Tabla 7
Características sociodemográficas de la muestra de pacientes

Edad	63.35 años (D.E. 7.98)	%	N
Sexo	Hombres	75%	45
	Mujeres	25%	15
Procedencia	Local	20%	12
	Foráneo	80%	52
Estado civil	Soltero	5%	3
	Casado/Unión libre	77%	48
	Viudo	13%	8
	Divorciado	5%	3
Escolaridad	Sabe leer y escribir	1.7%	1
	Primaria	18.3%	11
	Secundaria	18.3%	11
	Preparatoria/Carrera técnica	25%	15
	Licenciatura	31.7%	19
Posgrado	5%	3	

Ocupación	Hogar	13.8%	8
	Empleado	12.1%	7
	Comerciante	8.6%	5
	Profesionista	13.8%	8
	Jubilado/Pensionado	37.9%	24
Religión	Otro	13.8%	8
	Católica	83.3%	50
	Cristiana	10%	6
	Ninguna	6.7%	4

Dentro de los datos clínicos se identificó que en promedio la muestra tiene presión sistólica de 120 (D.E. 17.51) y diastólica de 73 (D.E. 13.34), y que en el último año previo a la evaluación psicológica el 58.8% de los participantes no han tenido ningún infarto, el 37.3% tuvo uno y el 3.9% dos o más. La estatura promedio de los participantes fue de 1.66 metros (D.E. 0.07) y peso de 76.45 kilogramos (D.E. 13.03), mientras que el índice de masa corporal obtuvo media de 27.19 (D.E. 5.86), lo que en promedio ubica a la muestra con sobrepeso.

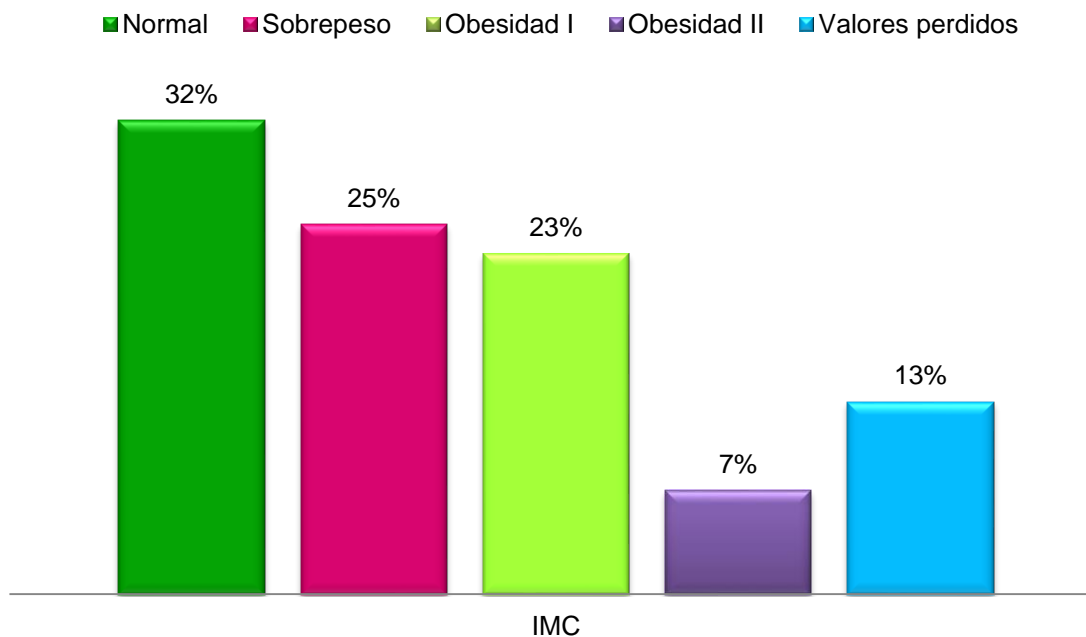


Figura 5. Clasificación del índice de masa corporal

Estilo de vida

Una cirugía cardíaca producto de la cardiopatía isquémica requiere realizar cambios en el estilo de vida para poder favorecer la salud cardiovascular y un óptimo estado orgánico prequirúrgico, por lo que en este estudio se reporta que el 1.7% mencionó no estar dispuesto a hacerlos y el 28.3% de los participantes pensó llevarlos a cabo pero no los realizó; no obstante el 70% de los pacientes reportó estar realizando estos cambios.

De estos pacientes, el 76% han realizado cambios en la alimentación, 35% en la actividad física, 20% en el hábito tabáquico, 11.7% de los participantes también han disminuido el consumo de bebidas alcohólicas y 1.7% en el consumo de drogas.

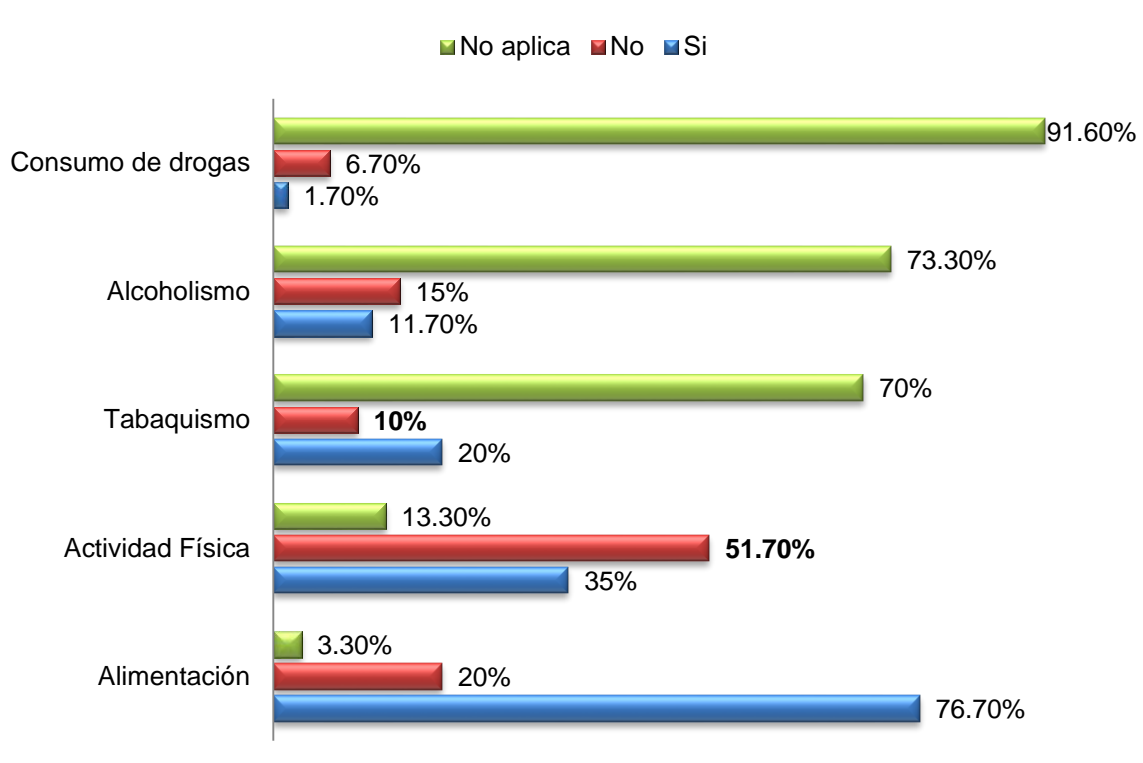


Figura 6. Cambios en el estilo de vida

Por otra parte, se identificó que el 48.3% (29) de los pacientes realiza en sus ratos libres actividades pasivas como ver televisión y leer, 31.7% (16) activas, por ejemplo caminar y hacer ejercicio, y el 20% restante lleva a cabo ambos tipos de actividades. En cuanto a la actividad física diaria llevada a cabo por lo menos durante 30 minutos, el

65% (39) de los participantes mencionan no realizarla, 16.7% (10) la practica de 1 a 2 veces por semana, 5% (3) la practica de 3 a 5 veces y el 13.3% (8) la realiza más de 5 veces a la semana.

Respecto a las preocupaciones que los pacientes tienen sobre la cirugía el 50% de ellos menciona no tener ninguna, el 15.6% se preocupa por morir, 9.4% se preocupa por su recuperación, 9.4% por las complicaciones que puedan surgir, 3.1% por el dolor, y el 12.5% restante por otros aspectos como el trabajo y alejarse de su familia. Dichas preocupaciones se han presentado en la última semana en el 20% de la muestra, durante el último mes en el 6.7%, en los últimos tres meses en el 13.3% y por más de un año en el 5% de los participantes.

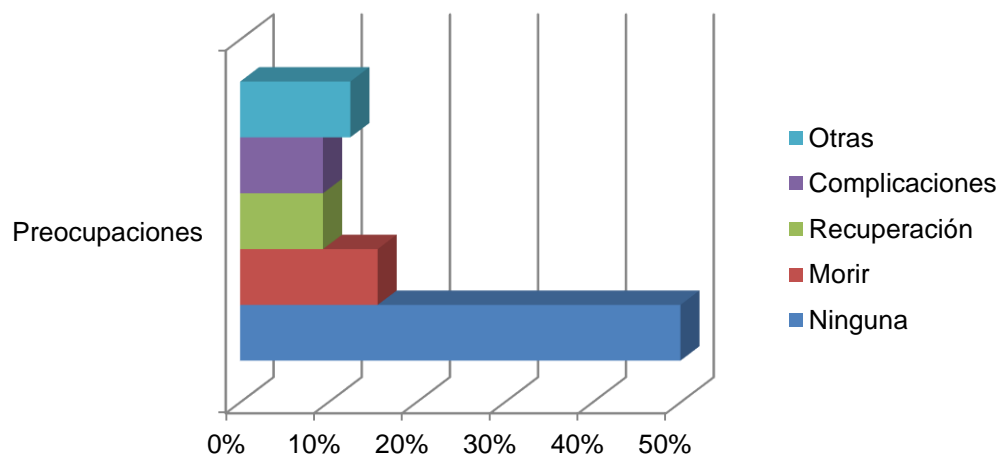


Figura 7. Preocupaciones sobre la cirugía

Estrés

Desde que los pacientes fueron programados a cirugía se identificaron las siguientes alteraciones en sus actividades diarias: el 38.3% de los pacientes disminuyeron sus actividades en las áreas laboral, 35% en la familiar, 30% en la social, 5.1% en el área académica, y el 59.5% en el ámbito sexual.

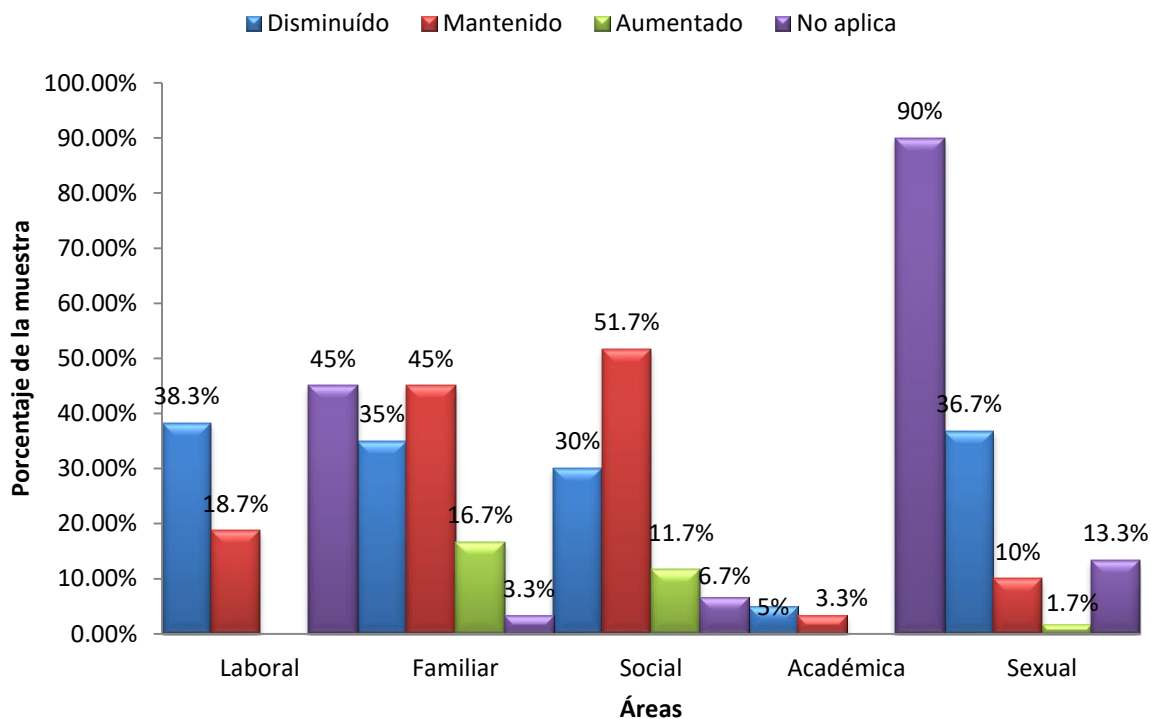


Figura 8. Afectación en el estilo de vida del paciente

Para el Cuestionario de Síntomas de Estrés se encontró puntaje de 14.17 puntos (D.E. 9.1), de 96 puntos posibles, con lo que se perciben pocos síntomas de estrés en la muestra. Además se identificó que son los síntomas físicos los más reportados por los participantes (Veáse Tabla 8).

Tabla 8
Descriptivos del Cuestionario de síntomas de Estrés

Dimensión de síntomas de estrés	Puntaje		Media	Desviación Típica
	Mín	Máx		
Emoción/ Afecto	0	9	2.52	2.39
Físico	1	20	7.15	4.85
Conductual	0	6	1.28	1.42
Cognitiva	0	12	2.38	2.76

Ansiedad

El puntaje promedio para la subescala Ansiedad del HADS fue de 4.3 puntos (D.E. 4.51), y de forma más específica se encontró que el 46.7% (28) de la muestra no tiene síntomas ansiosos, 43.3% (26) los tiene de leves a moderados y el 10% (6) de la muestra presenta síntomas severos.

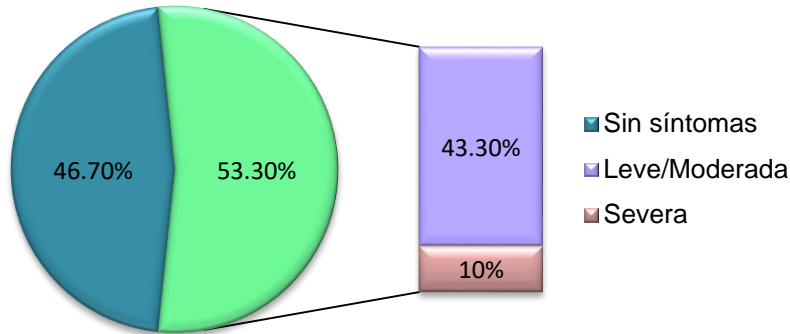


Figura 9. Síntomas de Ansiedad

Ansiedad preoperatoria

La ansiedad preoperatoria evaluada a través de la escala Ansiedad- Estado del STAI obtuvo puntaje promedio de 12.92 (D.E. 12.85) de un puntaje máximo posible de 60 puntos; además de encontrar que el 73.3% (44) de los participantes se integran dentro del nivel de ansiedad preoperatoria leve, el 21.7% (13) dentro del nivel moderado y el 5% (3) dentro del nivel severo.

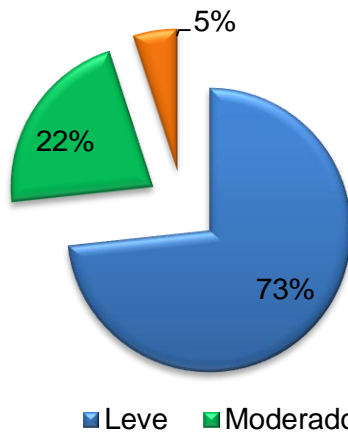


Figura 10. Porcentaje de nivel de ansiedad

Depresión

El puntaje promedio encontrado en la subescala de Depresión del HADS fue de 3.13 puntos (D.E. 3.14), identificando específicamente que el 38.3% (23) de los participantes no presentan síntomas depresivos, el 48.3% (29) los tiene en nivel leve/moderado y el 13.3% (8) en nivel severo.

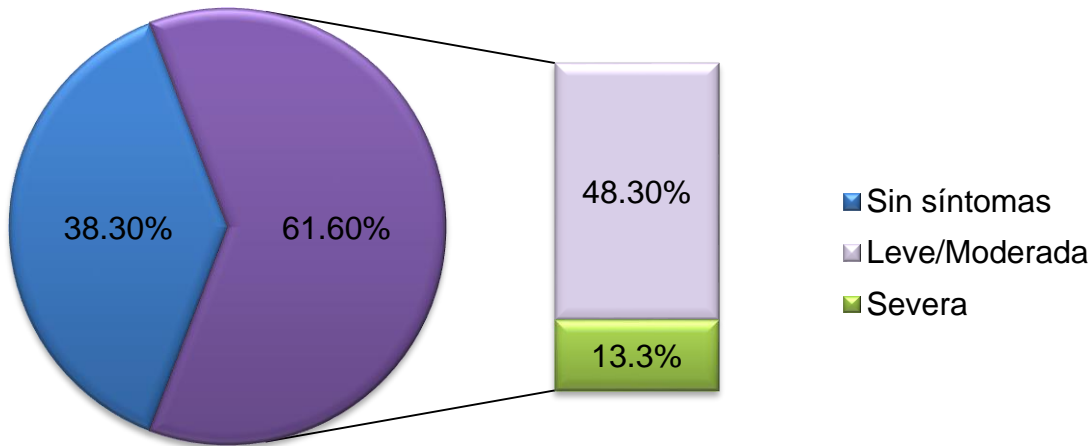


Figura 11. Porcentaje del nivel de depresión

Percepción de enfermedad

El puntaje promedio en el cuestionario breve de percepción de enfermedad fue de 9.52 puntos (D.E. 3.549), de un máximo de 24 puntos.

Respecto a cuánto ha afectado la enfermedad cardíaca su vida, el 5% (3) de los pacientes mencionaron que “nada”, 18.3% (11) “poco”, 60% (36) reportan “bastante” y 16.7% (10) mencionan verse afectados “totalmente”.

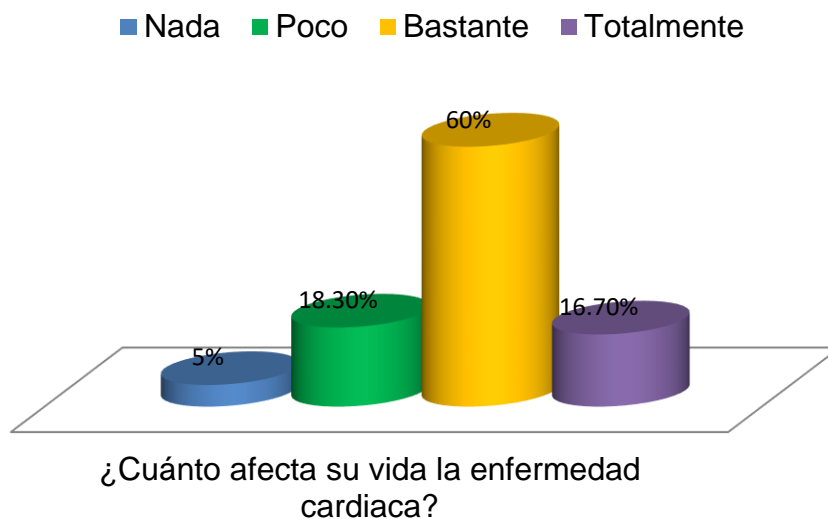


Figura 12. Afectación por la enfermedad cardiaca

El 11.7% (7) de los pacientes considera que su enfermedad cardiaca durará muy poco tiempo, el 48.3% (29) considera que durará poco, el 28.3% (17) cree durará mucho tiempo y el 11.7% (7) considera será para siempre.

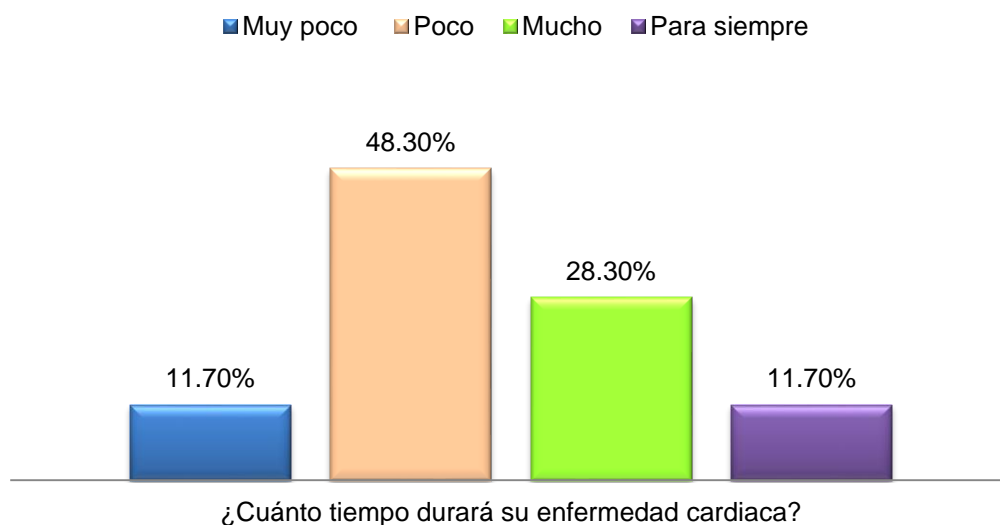


Figura 13. Percepción de duración de la enfermedad cardiaca

Además, en lo que refiere al control que los pacientes perciben tener de su enfermedad, el 28.3% (17) mencionan tener control total de esta, 45% (27) indican tener bastante control, 13.3% (8) perciben poco control y el 13.3% (8) mencionan no tener ningún control.

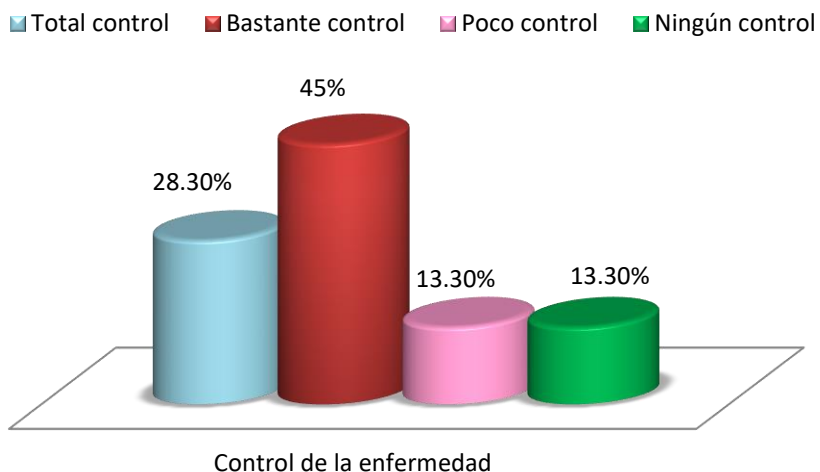


Figura 14. Porcentaje de percepción de control sobre la enfermedad

El 46.7% (28) de los pacientes indican que su tratamiento los ayuda “completamente” a mejorar en su enfermedad cardíaca, el 46.7% (28) indican que los ayuda “bastante”, mientras que el 6.7% (4) perciben “poca” ayuda del tratamiento.

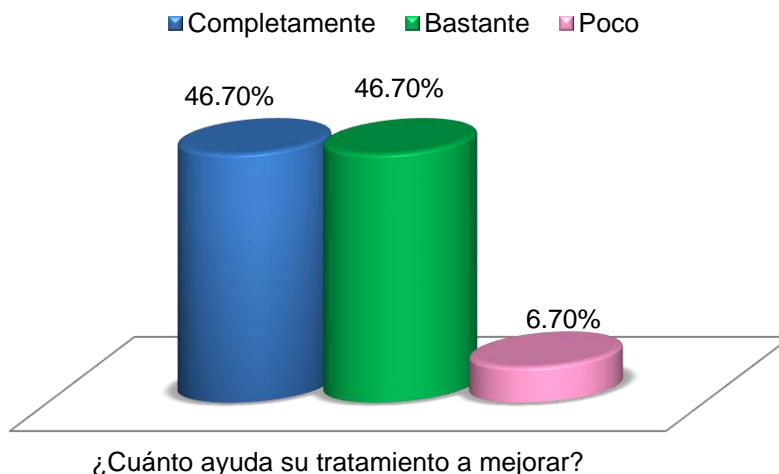


Figura 15. Porcentaje de percepción de eficacia del tratamiento

En cuanto a la cantidad de síntomas relacionados a su enfermedad el 36.7% (22) de los pacientes mencionan no tener síntomas, el 46.7% (28) presenta pocos síntomas, el 15% (9) presenta bastantes síntomas y el 1.7% (1) percibe muchos síntomas.

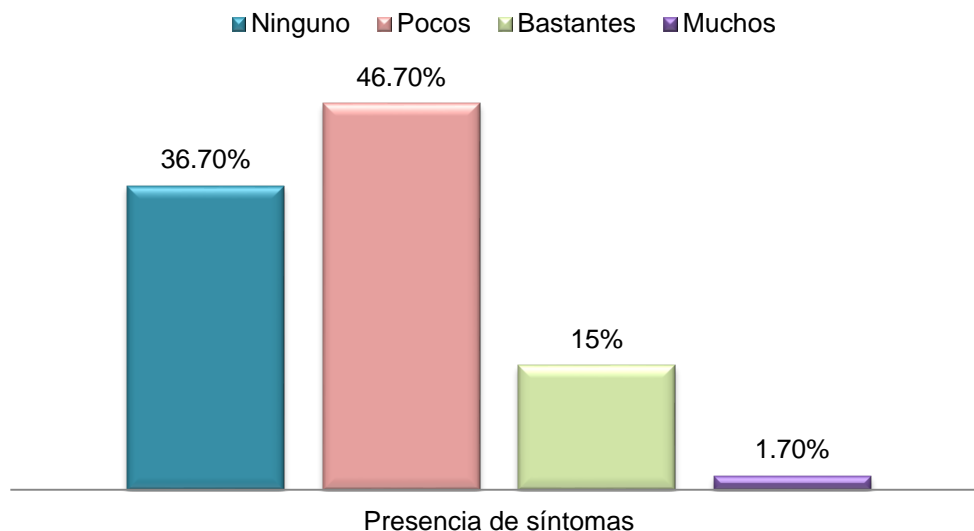


Figura 16. Porcentaje de percepción de síntomas relacionados a la enfermedad

En relación a cuán preocupados se encuentran por su enfermedad cardíaca, el 26.7% (16) expresan estar nada preocupados, el 25% (15) poco preocupados, el 41.7% (25) están bastante preocupados y el 6.7% (4) mencionan estar completamente preocupados.

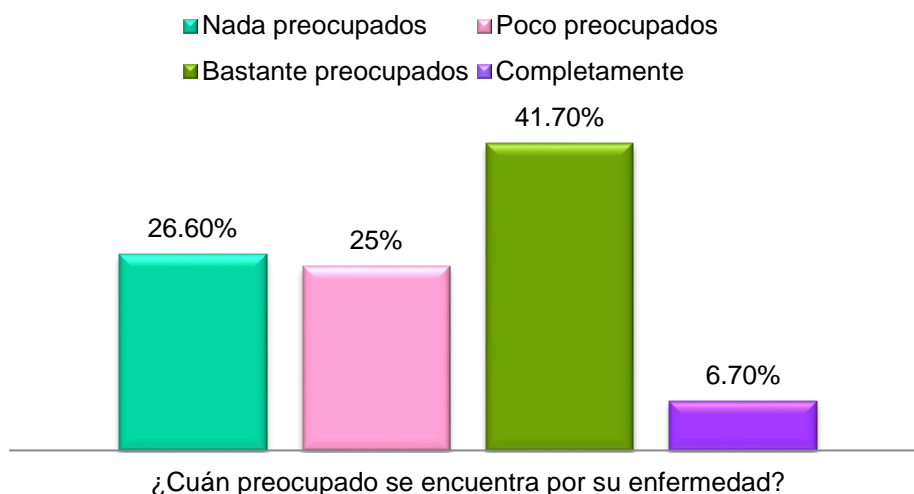


Figura 17. Porcentaje de preocupación sobre la enfermedad

Acerca del grado en que los pacientes entienden su enfermedad cardíaca, el 35% (21) menciona entenderla completamente, el 43.3% (26) menciona entenderla bastante pero conservar algunas dudas, 13.3% (8) la entienden poco, mientras que el 8.3% (5) no la entienden nada.

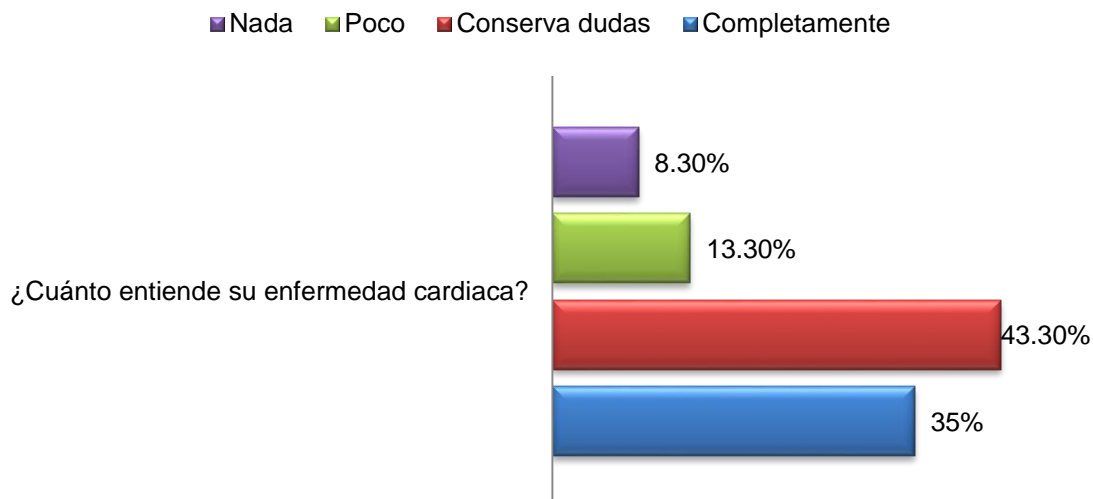


Figura 18. Porcentaje sobre el entendimiento de la enfermedad

En lo que concierne a la afectación emocional que la enfermedad genera en el paciente, el 20% (12) indican no sentirse afectados, 20% (12) se ven poco afectados, 51.7% (31) se ven afectados bastante y el 8.3% (5) indica verse afectado por completo.

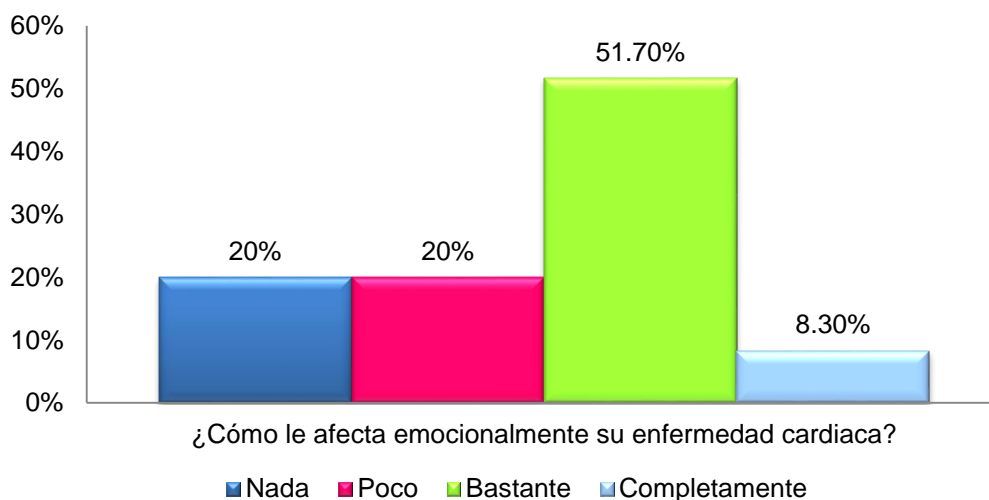


Figura 19. Afectación emocional por la enfermedad cardiaca

Con respecto a los factores que causaron la enfermedad cardiaca, los pacientes mencionan en un 77% (46) no saber a qué se debe, 17% (10) menciona deberse a factores modificables como el estrés y el tabaquismo, mientras que el 6% (4) restante menciona se debe a factores no modificables, tales como la herencia.

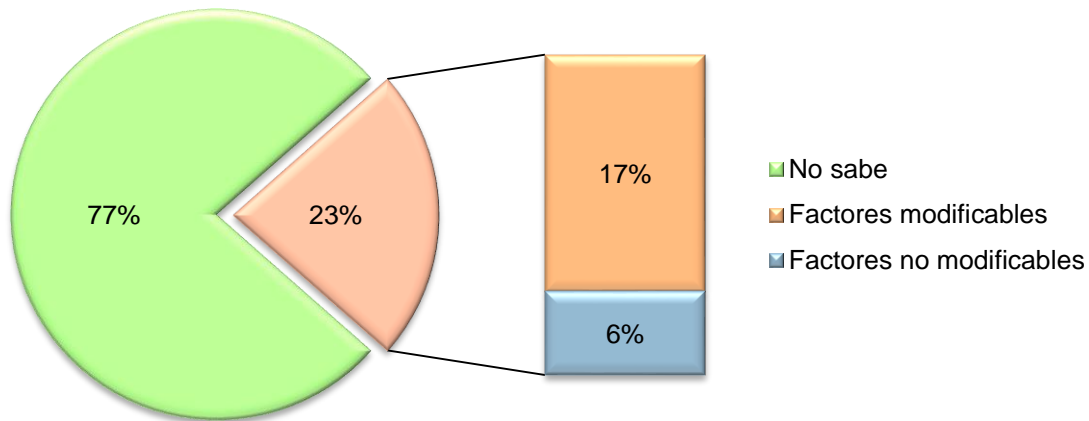


Figura 20. Factores que causaron la enfermedad cardiaca

Afrontamiento a los problemas de salud

La escala del estilo de afrontamiento *Distracción* obtuvo una media de 23.4 (D.E. 5.27), la de *Paliativo* puntuó promedio de 23.93 (D.E. 5.91), la escala de afrontamiento *Instrumental* obtuvo media de 23.13 (D.E. 6.11), mientras que en la escala de estilo de afrontamiento *Emocional* se encontró media de 17.65 (D.E. 7.08). Con lo que se identifica que los estilos más usados por la muestra son el de tipo *Distracción*, seguido del *Paliativo*; y que en menor medida se hace uso del estilo *Instrumental* y del de tipo *Emocional*.

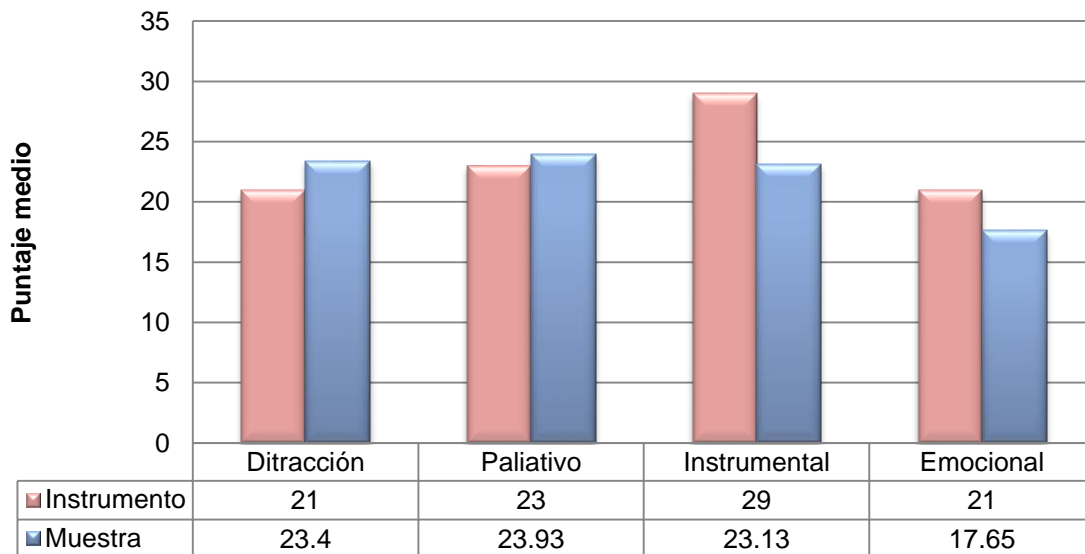


Figura 21. Medias por estilo de afrontamiento

Apoyo social percibido

Se identificó que los pacientes tienen una red de apoyo en promedio compuesta por 25 personas (D.E. 36). El puntaje promedio de la escala total fue de 88.82 puntos (D.E. 9.88), de un puntaje máximo posible de 95. Para identificar el nivel de apoyo social que los pacientes perciben se hizo uso de los puntajes medios de la escala general y de cada una de sus subescalas, por lo que se identifica que el 98.3% (59) de la muestra tiene apoyo social alto y el 1.7% (1) apoyo bajo.

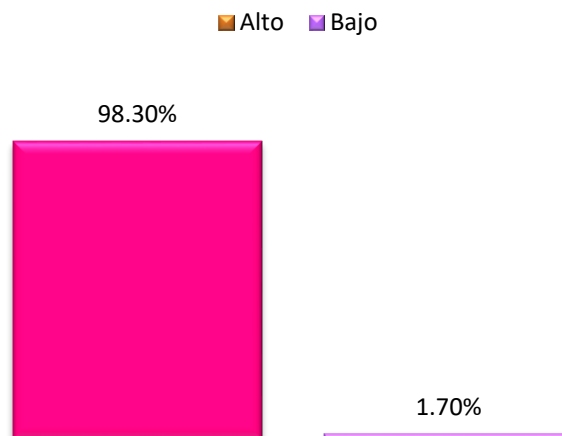


Figura 22. Nivel de apoyo social percibido

En cuanto al puntaje obtenido en la dimensión *Apoyo emocional* se obtuvo un promedio de 36.22 puntos (D.E. 6.42) de 40 posibles. Además se identificó que el 96.7% (58) de la muestra se percibe con apoyo emocional alto, mientras que el 3.3% (7) con apoyo emocional bajo.

En la dimensión *Apoyo material* se encontró media de 19.15 puntos (D.E. 1.92), de 20 posibles; identificando que el 100% de los participantes cuentan con alto apoyo de este tipo.

En la dimensión *Interacciones sociales positivas*, se encontró media de 18.5 (D.E. 2.68) de 20 puntos posibles. En cuanto al nivel en que se ubican los pacientes en esta dimensión, el 100% se identifica en alto grado de interacciones positivas.

En cuanto a la dimensión *Apoyo afectivo*, se encontró puntaje promedio de 14.68 (D.E. 0.96) de 15 puntos posibles. En cuanto al nivel de esta dimensión se encontró que el 100% se entiende con alto apoyo de este tipo.

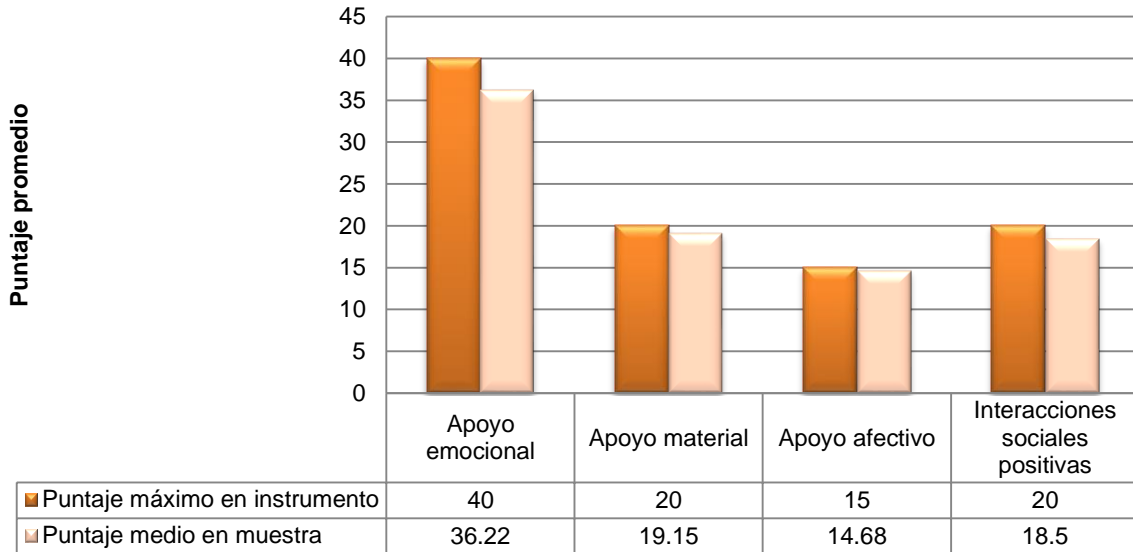


Figura 23. Puntaje medio en dimensiones de apoyo social

Resiliencia

El puntaje promedio en la escala de Resiliencia Mexicana fue de 117.17 puntos (D.E. 11.96) de un máximo de 129 puntos, lo que permite identificar a la muestra con buenos puntajes en resiliencia, y que todos los participantes se ubican con nivel elevado de Resiliencia; así mismo, se encontraron puntajes promedios elevados para cada una de los factores del instrumento (Ver tabla 9).

Tabla 9
Puntajes en dimensiones de Resiliencia

Dimensión	Puntaje		Media	Desviación Típica
	Mín	Máx		
Resiliencia total	83	129	117.17	11.96
Fortaleza-Confianza	6	57	51.03	8.40
Competencia social	0	24	21.17	4.54
Apoyo familiar	2	18	17.10	2.44
Apoyo social	4	15	14.48	1.74
Estructura	2	15	12.12	3.42

Autoeficacia

Se encontró que el puntaje medio de la escala fue de 38.18 (D.E. 9.26), de un máximo posible de 48 puntos. Para la dimensión control de síntomas se obtuvo media de 13.7 (D.E. 3.74) de 16 puntos máximos; en la dimensión control de la enfermedad se encontró puntaje medio de 10.27 (D.E. 2.51) de 12 puntos; mientras que en la dimensión mantenimiento funcional se encontró media de 14.22 (D.E. 5.25) de 20 puntos posibles. Con lo que se encuentra que son las dimensiones *control de síntomas* y *control de la enfermedad* en las que se encuentra mayor autoeficacia en el paciente, menor es el grado en la dimensión *mantenimiento funcional*, y finalmente existe una percepción buena de autoeficacia cardiaca total.

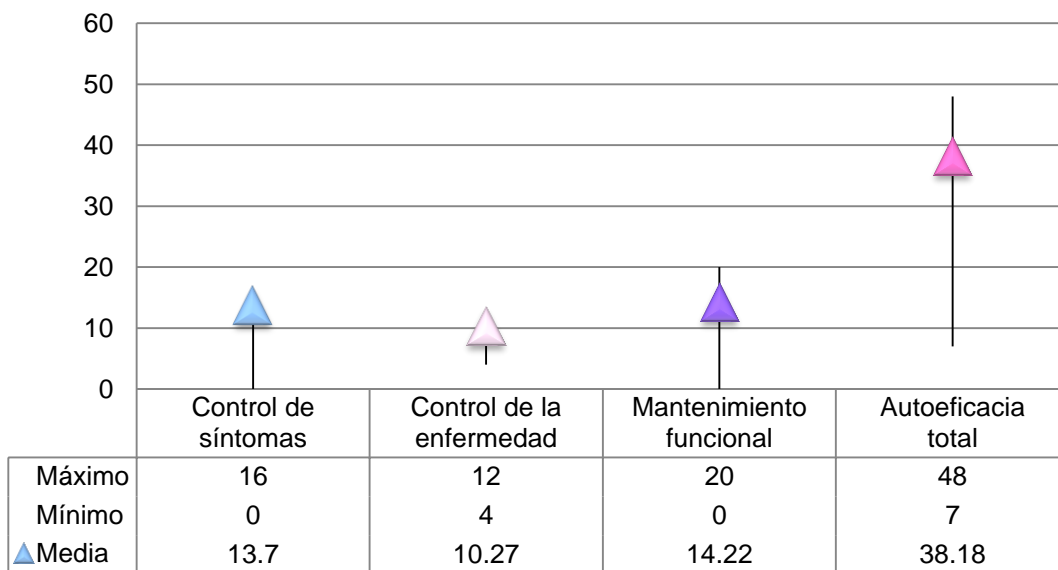


Figura 24. Puntajes en la escala de autoeficacia cardiaca

Optimismo disposicional

Se encontró puntaje promedio de 19.3 puntos (DE 4.3), lo que ubica a la muestra como optimistas con base en los puntos de corte de la prueba. El 46.7% (28) de la muestra se

pueden catalogar dentro del nivel “muy optimistas”, 35% (21) como “optimistas” y el 18.3% (11) se entiende como “medianamente optimistas”.

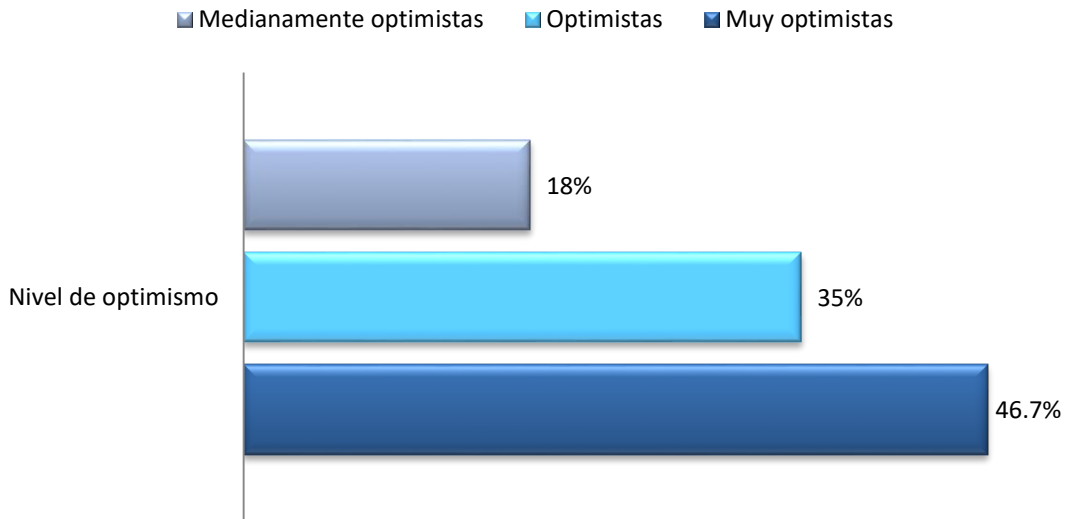


Figura 25. Nivel de percepción de optimismo

Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Partiendo de que en el instrumento de Calidad de Vida Relacionada con la Salud empleado, se entiende que la puntuación mínima de cada dimensión es 0 y la máxima 100, dónde 100 representa la mejor calidad de vida posible, se encontró que el puntaje promedio encontrado en el *Resumen Clínico* para calidad de vida fue de 65.65 (D.E. 19.31); y en *Estado funcional* se identificó media de 68.72 (D.E. 19.65).

En la dimensión de *Limitaciones físicas* se encontró puntaje medio de 55.5 (D.E. 24.69); en cuanto a la dimensión *Síntomas* se obtuvo puntaje medio de 78.57 (D.E. 19.15), para el apartado “Frecuencia de síntomas” se encontró media de 81.82 (D.E. 19.65), 79.99 (D.E. 20.13) para “Severidad de síntomas”, y media de 68 (32,77) para “Cambios a través del tiempo”. Para la dimensión *Autoeficacia* se encontró puntaje promedio de 62.55 con desviación típica de 22.2. En la dimensión del instrumento *Calidad de Vida* se encontró media de 53.52 puntos (D.E. 22.16). En *Interferencia social* se identificó media de 63.16 puntos y desviación de 28.9.

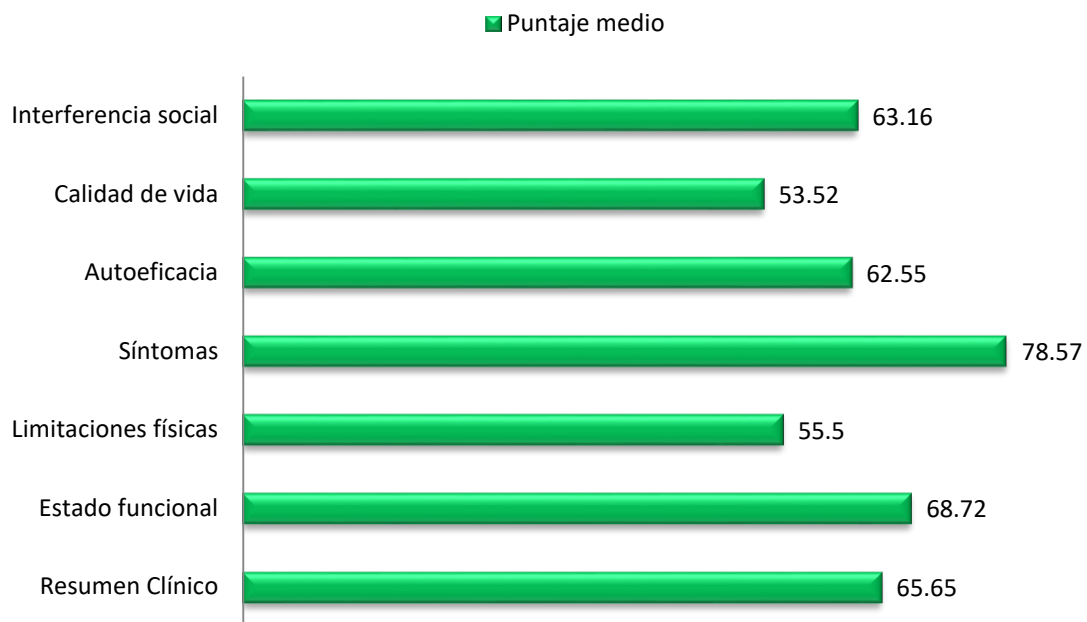


Figura 26. Puntaje medio en las dimensiones del cuestionario de CVRS

Discusión

El objetivo de este estudio fue identificar el perfil psicológico basado en factores psicológicos de riesgo y protección, mismo con el que se encontraron datos importantes que permiten dar una caracterización general de estos pacientes.

Se identificó que la mayoría de los participantes son hombres con edad media de 63 años, con lo que se evidencia la mayor prevalencia de la enfermedad en las personas de este sexo y edad avanzada tal como Cantus et al. (2011) lo menciona. Además se encontró que el 61.7% de los participantes tiene estudios más que básicos (preparatoria, licenciatura o posgrado) lo que se ha considerado como un importante factor que media la interacción del paciente con su entorno y enfermedad, y la adaptación a ella, por lo que es importante destacar que en la muestra estudiada los participantes cuentan con esta característica.

También se encontró que más de la mitad de los participantes presentan sobrepeso, obesidad grado I y obesidad grado II, con lo que se hace presente un factor de riesgo que no sólo se asocia a la génesis de la enfermedad, sino también a su mantenimiento y al agravamiento en términos de pronóstico y tratamiento; esta condición cobra mayor relevancia al identificar que el 45% de la muestra es sedentaria, y que al tener en general una edad avanzada, se predice cierta ganancia de peso conforme incrementa la edad (Texas Heart Institute, 2016) lo que en sí mismo representa un riesgo latente, considerando además de que cerca del 40% de los participantes son jubilados.

Así mismo, se encontró que más del 80% de la muestra no tiene síntomas relacionados con la enfermedad o tiene muy pocos, con lo que se da cuenta del carácter silente de la enfermedad (Texas Heart Institute, 2014) incluso en las personas que están próximas a una cirugía de revascularización coronaria. Tal percepción de pocos síntomas se ha asociado con la consecución de hábitos nocivos para la salud dado que no se percibe la

enfermedad como grave, lo que a su vez acentúa otros factores de riesgo como la hipertensión y el colesterol (Fundación Española del Corazón, 2015).

Se encontró también que gran parte de los pacientes entienden poco su enfermedad y que conservan varias dudas al respecto (80% de la muestra), lo que se refleja con el desconocimiento del carácter crónico de la misma en el 88.3% de la muestra y con que cerca del 80% de los pacientes no saben a qué se debe su enfermedad ni la importancia e implicaciones de los cambios en el estilo de vida; hecho que concuerda con los hallazgos reportados por Hermele et al. (2007) en pacientes con insuficiencia cardiaca. Estos hallazgos pueden considerarse un factor de riesgo al que debe prestarse atención ya que como Castellero (2007) y Miguel (2016) lo mencionan, la desinformación sobre la hospitalización, la enfermedad y el acto quirúrgico, además de favorecer una pobre percepción de control se asocia con mayor ansiedad y estrés, preocupaciones frecuentes y con formas no adaptativas para afrontar la situación.

Se identificó que cerca del 80% de la muestra percibe que la enfermedad cardiaca los ha afectado bastante y/o totalmente, pero pese a ello se entiende que existe cierta percepción de control sobre el padecimiento y la percepción de pocos síntomas, hecho que concuerda con lo expuesto por Morgan y colaboradores (2014) quienes comprobaron que si bien las alteraciones generadas por la enfermedad impactan en la vida de los pacientes, percibir control sobre el padecimiento se asocia de forma negativa con depresión y ansiedad. Además se encontró que más del 90% de los participantes confían en los beneficios que traerá la cirugía en términos de mejoría, resultados parecidos a los expuestos por Flores (2015) quien identificó que cerca del 80% de su muestra confiaba en la efectividad de su tratamiento.

En esta línea se puede observar que si bien la muestra estudiada percibe alteraciones en varios aspectos de su vida a raíz de la Isquemia cardiaca, la confianza en el tratamiento y la percepción de pocos síntomas pueden impactar, como Steca y colaboradores (2013) lo mencionan, en la recuperación más rápida y mejor calidad de vida relacionada con la salud.

Por otra parte, se identificó también la presencia de preocupaciones relacionadas a la cirugía (muerte, anestesia, dolor) en la mitad de los participantes, hecho comúnmente encontrado en pacientes próximos a este tipo de intervención (González et al., 2006) que se asocia con malestar físico y psicológico (De la Paz et al., 2006); además estas preocupaciones son entendidas como el principal componente cognitivo de la ansiedad (Quiles et al. 2001), que en la muestra han estado presentes desde la semana previa a la evaluación y hasta por un año antes de ésta, lo que da indicios de que el evento quirúrgico no sólo tiene efectos poco tiempo atrás sino que remite a un periodo mucho más prolongado que sin duda impacta de forma negativa en el bienestar del paciente.

Se ha hablado que la preocupación es tan sólo una parte de la ansiedad, por lo que al valorar la ansiedad de forma más global, se identificó la presencia de síntomas ansiosos por lo menos leves en más de la mitad de la muestra lo que se corresponde con lo reportado por Castellano y Nasarre (2006), quienes enfatizan que al ser un estado afectivo negativo se encuentra asociado íntimamente con las enfermedades cardiovasculares y que tanto los síntomas ansiosos como la ansiedad clínica (presente en el 10% de la muestra) son aspectos de riesgo de orden psicológico en la enfermedad.

Se identificaron también síntomas leves de ansiedad preoperatoria en la mayoría de los participantes (73%), hecho que corresponde con los resultados de Kiyohara et al. (2004), Carrascosa et al. (2011), Mora (2015) y Doñate et al. (2015) quienes estimaron la prevalencia de este estado entre el 40% y el 100% de sus muestras. Además este nivel de ansiedad ha sido considerado una disposición psicológica adaptativa para afrontar la intervención quirúrgica (De la Paz et al. 2006; Bradt et al., 2013); sin embargo, es importante considerar que la ansiedad que va de moderada a severa es un factor de riesgo cardiovascular que se ha asociado a malestar psicológico y físico, y que puede conducir a complicaciones en el peri y postoperatorio en relación a la anestesia, la cirugía y la práctica médica (Fernández et al., 2012). En este sentido, el 27% de la muestra puede considerarse en riesgo ya que sus niveles de ansiedad en el

preoperatorio van de síntomas moderados a severos, pudiendo generar respuestas físicas negativas como el aumento de la presión arterial y la frecuencia cardiaca, cicatrización más lenta y aumento del riesgo de infección por la menor respuesta inmune, así como el retraso en la recuperación posoperatoria (Pignay et al., 2003; Castillero, 2007).

Por otra parte y respecto a la presencia de síntomas depresivos, se identificó que el 48.3% de la muestra tiene síntomas leves a moderados y que 13.3% los tiene en nivel severo, hecho que en términos de prevalencia coincide con lo reportado por Thombs et al. (2008) y supera las estimaciones de Nicholson et al. (2006), Tully et. al. (2010) y Patron et. al. (2014); además es importante recordar que este estado de ánimo negativo puede ser parte de la génesis de la enfermedad cardiaca o consecuencia de ella (Alegría, 2006; OMS, 2016), teniendo efectos adversos en el mal pronóstico y el riesgo a morir (Baumeister et al., 2011; Navarro et al., 2011), por lo que el que más de la mitad de los pacientes evaluados tengan síntomas depresivos justo en el preoperatorio, los coloca con un factor psicosocial importante de riesgo cardiaco que es predictor de dolor postquirúrgico persistente (Edwards et al., 2009; Hinrichs et al., 2009) y del aumento del riesgo de mortalidad y morbilidad luego de la cirugía (Pignay et al., 2003; Mosovich et al., 2008).

Se ha identificado que estos síntomas pueden surgir luego del anuncio de la cirugía y del conocimiento de las condiciones en que se llevará a cabo, así como de la lejanía del entorno familiar (González et al., 2006), además de presentarse frecuentemente, después de un evento coronario agudo (Cuartas et al., 2008); en este sentido se identificó que el 40% de la muestra ha tenido por lo menos un infarto en el último año, lo que puede estar relacionado con la alta prevalencia de síntomas depresivos en la muestra.

Por otra parte, se encontró que en promedio la muestra tiene síntomas leves de estrés y que éstos están presentes en los planos fisiológico, emocional, cognitivo y comportamental; siendo el plano fisiológico el que reporta más síntomas de estrés, lo

que coincide con lo estudiado por Batista et al. (2014) y Wetsch et al. (2009) y su identificación de taquicardia, hipertensión, sudoración y respiración agitada como síntomas comunes en el preoperatorio de la cirugía cardíaca. La presencia de este tipo de síntomas se reconoce en la literatura con implicaciones de riesgo en la inducción a la anestesia, el retardo de la cicatrización y recuperación (Escamilla, 2005; Pérez, 2010), así como en el debilitamiento del sistema inmune (Fernández et. al., 2006; Panagopoulou et. al., 2010). Además se ha identificado que el mayor grado de estrés dificulta la adaptación a la hospitalización y las relaciones con el personal médico (Almaráz, 2015), a lo que se suma la importante carga cognitiva en los pacientes a la que se asocia, y la interferencia que ello puede generar en la adherencia al tratamiento y la comprensión de las indicaciones médicas; sin embargo, el estrés pareciera no ser un factor de riesgo presente en la muestra de estudio.

Siguiendo esta línea se ha identificado que la percepción de estrés evoca la utilización de estilos y estrategias para afrontar la situación quirúrgica (Tung et al., 2008), con lo que se pudo identificar que los estilos de afrontamiento empleados por los pacientes, destaca el de tipo *Distracción*, hecho que concuerda con lo reportado por Silva et al. (2011) y Talavera (2012), y que se asocia a que el paciente hace frente al acto quirúrgico tratando de evitar la preocupación, por ejemplo pensando en otras situaciones o en experiencias más agradables que les eviten malestar emocional; con ello se entiende que si bien la distracción es una forma inicial de encarar el acto quirúrgico, su uso extendido se asocia con estados como ansiedad, depresión y hostilidad (Richard's et al., 2008), peor salud física y mayor tiempo en rehabilitación cardíaca (Bernal et al., 2009).

Asimismo, se encontró que seguido del uso de la distracción-evitación se encuentra el empleo del afrontamiento de tipo *Paliativo*, con lo que se entiende que además de que los pacientes buscan realizar actividades no relacionadas con la enfermedad como cambiar de entorno, descansar y acompañarse de otros para disminuir el estrés de la situación (Endler et al. 1988), también suelen realizar actividades reductoras de tensión que en muchos casos son conductas riesgosas como fumar, beber alcohol y comer en

exceso, lo que en conjunto genera malestar emocional, menor calidad de vida, menos ajuste psicológico y menor adherencia al tratamiento (Muthny, 1992 citado en Dubey, 2012), y se relaciona con la falta de adherencia al tratamiento previo a la cirugía en algunos de los pacientes estudiados.

Por otra parte, los estilos de afrontamiento menos usados por los pacientes resultan ser el de tipo *Instrumental* y el de *Preocupación Emocional*, es decir que en general es menos frecuente que, primero, los participantes se orienten a tareas para hacer frente a la enfermedad y adaptarse a ella, y con ello ven limitada su adaptación a la enfermedad y empeora su percepción de enfermedad (Dubey, 2012); y segundo, que se centren en las consecuencias emocionales del problema de salud, incluyendo respuestas como la auto-preocupación y la fantasía, que como Mora (2015) menciona, se asocia con menor ansiedad preoperatoria y menos efectos negativos en la recuperación posoperatoria. Con lo anterior se entiende que dada la magnitud del acto quirúrgico, los pacientes van afrontando la situación con base en los recursos que perciben; si bien ellos no pueden modificar la situación, es entonces dirigen sus recursos a la regulación de sus emociones.

Dentro de las labores empleadas para llevar a cabo esta última función, se hace relevante la búsqueda de compañía y apoyo social, donde se encontró que la percepción de éste era alta en casi el total de la muestra (98% de los pacientes), y que las dimensiones del apoyo material, afectivo e interacción social positiva se encuentran en nivel alto en todos los pacientes; hecho que se corresponde con lo reportado por Varela (2011) y Youssef et al. (2016), quienes mencionan que la alta percepción de apoyo social en el preoperatorio se relaciona con la mejor adaptación y afrontamiento a los síntomas y a las emociones negativas. Lo que posiciona a la muestra con un importante factor protector en cuanto a morbilidad y mortalidad de acuerdo con Kaplan et al. (1988) y Rozanski et al. (1999).

Respecto al factor Resiliencia se encontraron puntajes elevados del mismo, con lo que se identificó que todos los participantes tienen alta resiliencia, lo que coincide con lo

reportado por Lemos et al. (2016) quienes además de ubicar alta resiliencia en gran parte de su muestra, identificaron que los puntajes más altos de ésta se presentaban en los participantes de mayor edad, aspecto que podría explicar el que el 100% de los pacientes estudiados puntúe alto en dicho factor. Además autores como Sanjuan y colaboradores (2016) mencionan que la enfermedad cardíaca evoca mecanismos de resiliencia para poder enfrentarla, hecho que impacta en menos índices de mortalidad y mejores índices de salud; además de que los pacientes resilientes presentan mejor recuperación y cicatrización por el efecto de ciertos biomarcadores asociados a dicho factor, lo que se hace evidente en la hospitalización más corta y el menor uso de analgésicos en el postoperatorio (Graham et al., 2016).

En cuanto a las dimensiones del cuestionario de resiliencia, la dimensión *fortaleza-confianza* referida al conjunto de expectativas positivas sobre sí mismo y sus acciones, así como la capacidad para sobrellevar acontecimientos estresantes, se vio en promedio menos puntuada con respecto a las otras dimensiones, seguida de la dimensión *competencia social*, cuyas implicaciones se relacionan con la capacidad de las personas para interactuar con su ambiente y satisfacer sus necesidades. Mientras que las dimensiones *estructura* (referida a las reglas y actividades que realizan las personas para organizar su vida), *apoyo familiar* (basada en los lazos familiares y el tiempo compartido en familia), así como la de *apoyo social* (referida a los vínculos entre el paciente y cierto número de personas) puntuaron muy alto, lo que converge con los resultados antes mencionados de apoyo social percibido y enfatiza la importancia de los grupos más cercanos para la gestión de la enfermedad y sus demandas.

En el factor *Autoeficacia* se identificó que en general los pacientes son moderadamente autoeficaces, hecho que concuerda con los hallazgos de Flores (2015); y que los pacientes perciben mayor autoeficacia tanto en el control de los síntomas como en el control de la enfermedad, hecho que demuestra que los pacientes se sienten capaces para detectar y mantener cierto control sobre sus síntomas y la enfermedad cardíaca en general, y que como Bekkers y colaboradores (1996) mencionan funciona como protector porque favorece la adaptación al procedimiento quirúrgico y minimiza la carga

psicológica a la que está asociada, además de que se ha reportado que es predictor de la consecución de conductas de salud y de adherencia a las recomendaciones médicas (Greco et al., 2013), lo que se asocia a los hallazgos encontrados respecto a los cambios adoptados por los pacientes para ser sometidos a la cirugía cardíaca. Sin embargo, también se ha identificado que en general los pacientes tienen menor percepción de autoeficacia en relación al mantenimiento funcional, es decir que se perciben menos capaces de mantener sus actividades cotidianas en su entorno socio-familiar; hecho que en la literatura se asocia a peor función cardíaca (Sullivan et al., 2013), y que en conjugación con otros factores de riesgo, confluyen en mayor tasa de mortalidad postquirúrgica (Fors et al, 2015).

Aunado a ello pudo observarse que los pacientes analizados en el presente trabajo son *optimistas* en algún grado (moderadamente optimistas, optimistas o muy optimistas); siendo la mayoría quienes presentan niveles altos de optimismo, lo que puede guardar relación con menor tasa de re-hospitalización tras la cirugía de revascularización coronaria, con base en lo propuesto por Tindle y sus colaboradores (2011), y de acuerdo con Contrada et al. (2008) tiene relación con mayor apoyo social percibido, recuperación más rápida y menor depresión, lo que coincide con hallazgos en la muestra antes mencionados. Así mismo, se ha identificado por Scheier et al. (1989) que este factor se relaciona con recuperación física más rápida y de forma positiva con la calidad de vida postquirúrgica.

En relación a ello, la Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes estudiados se pudo identificar con varias afectaciones negativas en la evaluación global de la misma (Resumen clínico media= 65.65 puntos), de todas las dimensiones del instrumento de CVRS la de *Síntomas* fue la menos afectada ($x = 78.57$ puntos), lo que converge con los resultados antes expuestos sobre la poca percepción de síntomas relacionados con la enfermedad tanto en frecuencia como en intensidad y el carácter silente de la Isquemia cardíaca, lo que se corresponde con los hallazgos de Saínz (2013) en pacientes cardiopatas geriátricos y los obtenidos por Flores (2015) en pacientes próximos a bypass cardíaco.

Por otra parte, las dimensiones de la CVRS en que los pacientes mostraron mayor afectación fueron *Limitaciones físicas* y *Calidad de vida*, lo que implica que los pacientes se sienten con limitaciones importantes para desempeñar sus actividades cotidianas debido a su enfermedad, y ello afecta su estado de bienestar. Resultados muy parecidos se identificaron en la investigación de Flores (2015) quien encontró bajas puntuaciones de forma general en la calidad de vida relacionada de pacientes antes de cirugía cardíaca; Castillo y colaboradores (2010) identificaron en el preoperatorio que pacientes con características similares tenían niveles de 55 puntos en CVRS, además estimaron que la CVRS aumentaba a 75 dos años después de la cirugía.

Estos hallazgos se asocian con lo expuesto por Trejo (2010) quien afirmó que este tipo de afectaciones se debían al desarrollo de la enfermedad coronaria y que eran más en personas con este padecimiento que en población general; además los resultados aquí encontrados coinciden también con Fariñas y colaboradores (2008) ya que ellos identificaron que en pacientes próximos a bypass coronario había afecciones en todas las dimensiones de CV evaluadas, tales como movilidad, autonomía, actividades y ansiedad y depresión.

En este sentido es importante considerar que tanto el proceso de la enfermedad cardíaca como el procedimiento quirúrgico inciden en el estado de salud y bienestar del paciente, generando así afectaciones evidentes en la calidad de vida de los participantes estudiados. Así mismo se debe entender que este concepto retoma aspectos de índole emocional susceptibles de cambiar por el contexto en que el paciente se encuentra, por tal motivo que la CVRS se vea disminuida en los pacientes bien puede deberse a la presencia de múltiples factores de riesgo que se han mencionado y que están presentes específicamente en el preoperatorio, sumado a las características estresantes del evento y a la propia Isquemia cardíaca.

Es necesario tener presente que la CVRS engloba el estado general de salud que percibe el propio paciente y que está mediada por muchos de los factores psicosociales de riesgo y protección antes descritos, por lo que el control y supervisión de los factores riesgosos, así como la potenciación de los protectores influirán en la percepción de Calidad de Vida y salud general, así como en los resultados en el peri y posoperatorio.

En esta línea, los resultados aquí expuestos ofrecen una caracterización del paciente cardiópata mexicano que sin duda involucra aspectos parecidos y también diferentes a los identificados en grupos de pacientes de otras culturas, lo que pone de manifiesto la importancia de la evaluación psicosocial integral para ofrecer programas de intervención adaptados a las necesidades de éstos. La reducción de los factores psicosociales de riesgo y la potenciación y/o mantenimiento de los factores protectores, no sólo tiene ventajas para el paciente y su entorno familiar, sino que su impacto recae incluso en el sistema salud y el menor coste económico de la enfermedad (Ríos et. al., 2009).

Dichas implicaciones son reconocidas cada vez con más frecuencia por médicos cardiólogos; sin embargo esta perspectiva aún no alcanza la importancia que merece dado el grado de vulnerabilidad en que se encuentra el paciente si no se interviene en el plano psicológico de la enfermedad (Figuroa, Domínguez, Ramos y Alcocer, 2009). Al respecto, son los programas de preparación psicológica los que han mostrado mayores beneficios para los pacientes (Castillero, 2007), e incluyen estrategias de intervención de corte cognitivo-conductual como la psicoeducación (Almaráz, 2015; Miguel, 2016), el entrenamiento en solución de problemas (López, 2016) y el entrenamiento en técnicas de relajación (Lim et al., 2014); cuyas bondades trascienden el plano emocional de la enfermedad y logran impactar en el estado físico de los pacientes, desarrollar conductas de salud en ellos, reforzar habilidades positivas y mejorar su calidad de vida (Peláez, 2010).

Con base en los resultados aquí encontrados es necesario hacer referencia al abordaje psicosocial del evento quirúrgico que, como Roca (2000, citado en Castillero, 2007) menciona, puede dirigirse hacia objetivos como:

- Favorecer la toma de conciencia sobre la situación y las respuestas a ésta.
- Reducir las reacciones emocionales negativas.
- Estimular la expresión de emociones y normalizarlas.
- Dar información nueva y relevante, que permita reestructurar ideas erróneas sobre el evento.
- Asignar al paciente tareas que le permitan gestionar sus recursos y potencialidades en pro de su bienestar.
- Generar seguridad y expectativas de que se puede responder de forma más efectiva a la situación estresante.

Las aportaciones de la presente investigación residen en el análisis pionero del perfil psicológico de los pacientes tributarios a cirugía cardíaca, anteriormente se habían estudiado por separado estos factores, pero pocos son los estudios que abordan factores protectores como la resiliencia, el optimismo y la autoeficacia justo en este periodo de vulnerabilidad para el paciente cardíopata.

Además se ofrece una caracterización útil como referente para posteriores investigaciones en el área y contexto hospitalario, que sirvan para comparar sus propios resultados con los aquí expuestos, y se pongan en marcha intervenciones que garanticen los máximos beneficios y menores riesgos para los involucrados.

Así mismo, se ofrecen análisis básicos de confiabilidad de los instrumentos que permiten identificar el grado de consistencia de estos y las bondades que muestran en una muestra mexicana, para su posterior revisión y análisis pertinente.

Las limitaciones de este trabajo son por una parte, el tamaño muestral reducido con el que se contó, por lo que se sugiere incrementar la muestra en futuras revisiones con el fin de tener datos más representativos de la temática abordada y tal vez encontrar

caracterizaciones con poder de ser generales. Así mismo, el carácter descriptivo de esta investigación da pie a que otros estudios se centren en el análisis de la relación entre los factores psicosociales aquí estudiados con el fin de conocer la relación entre variables y compararlos con los que la literatura reporta. Además el carácter transversal de este trabajo impide conocer que pasa con los factores analizados tras la cirugía cardíaca, por lo que se sugiere realizar la evaluación de seguimiento para conocer el grado en que los factores psicosociales se ven modificados en el periodo posoperatorio y el grado en que la literatura se corresponde en el contexto hospitalario del país. Del mismo modo, se hace necesaria la validación de los instrumentos empleados en población mexicana, e incluso la creación de nuevas herramientas que evalúen los constructos a partir de la experiencia y visión del paciente mexicano.

Por tanto, se sugiere el estudio de los factores aquí estudiados, la réplica de este trabajo, la evaluación en otros escenarios hospitalarios y sobre todo la creación de programas de intervención dirigidos a este tipo de población y sus necesidades, con el acompañamiento de su propia valoración de efectividad.

Conclusión

Las características más representativas de la muestra de pacientes cardiopatas candidatos a cirugía de revascularización coronaria permiten definir su perfil de la siguiente manera: se entiende que el paciente con cardiopatía isquémica candidato a cirugía cardiaca es generalmente hombre adulto mayor, casado, con estudios medios y superiores, y de religión católica. Se identifican con severos síntomas de estrés, moderados síntomas de ansiedad y depresión, así como leve ansiedad preoperatoria; perciben su enfermedad como generadora de limitaciones, y hacen uso preferente del estilo de afrontamiento de tipo distracción para gestionar sus problemas de salud. Perciben alto apoyo social y apoyo completo en sentido de afecto, interacciones sociales positivas y apoyo material. Tienen alta resiliencia, buena autoeficacia y son pacientes optimistas, con afectaciones importantes en la calidad de vida.

Tal caracterización y el sustento teórico en que se basa, permiten observar que si bien la muestra tiene buenos índices en los factores psicosociales de protección, también se presentan en niveles considerables los factores psicosociales de riesgo, por lo que se hace necesario identificar la relación que estos factores guardan y cómo afectan al paciente, además de que se evidencia la necesidad de intervención psicosocial en el entorno hospitalario y las enfermedades cardiovasculares para mantener en los niveles reportados los factores protectores y reducir la presencia de los factores de riesgo.

Asimismo es importante considerar que los factores protectores se encuentran en muy buenos índices en la muestra estudiada, sin embargo es importante que éstos sean positivos para la experiencia del paciente, realistas y no intercedan en la consecución de conductas de salud y estilos de vida saludables, convirtiéndose entonces en factores que vulneran la condición del paciente.

Referencias

- Aalto, M., Heijmans, M., Weinman, J. & Aro, R. (2005). Illness Perception in coronary heart disease. *Psychosomatic Research*, 58 (5): 393-402.
- Acosta, P., Navarrete, C. & Corsini, M. (2011). Protocolo de cardiopatía coronaria. Servicio de Salud Araucanía Sur. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. DOI 10.1177/14745151114563885
- Achury, D., Rodríguez, S., Agudelo, L., Hoyos, J., & Acuña, J. (2011). Calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asiste al programa de rehabilitación cardiaca. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 13 (2): 49-74.
- ADAM (2016). *Angioplastia coronaria con balón- Serie*. Recuperado de <http://www.ehealthconnection.com/regions/mhp/healthimages.asp?src=100160&typeid=7>
- Ai, A., Pargament, K., Appel, H., & Kronfol, Z. (2010). Depression following open-heart surgery: A path model involving interleukin-6, spiritual struggle, and hope under preoperative distress. *Journal of Clinical Psychology*, 66 (10): 1057-1075.
- Aljaseem L, Peyrot M, Wissow L, & Rubin R. (2001). The impact of barriers and self-efficacy on self-care behaviors in type 2 diabetes. *Diabetes Educator*; 27: 393–404.
- Álvarez, N., García, B., González, A., González, L., Martínez, A., Rodríguez, M., et. al. (2014). *Educación en el Autocuidado de la Cardiopatía Isquémica*. Asturias: Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias (SEAPA).
- Amariles, P., Machuca, M., Jiménez, F., Silva, C, Sabater, D., Baena, M., Jiménez, M., & Faus, M. (2004). Riesgo cardiovascular: componentes, valoración e intervenciones preventivas. *Ars Pharmaceutica*; 45(3): 187:210.
- American Heart Association (2015). *¿Qué es la angioplastia coronaria?* Recuperado de http://es.heart.org/dheart/HEARTORG/Conditions/What-Is-Coronary-Angioplasty_UCM_309001_Article.jsp#.Vw2hRzDhDIU
- American Heart Association (2015). *Ischemic cardiomyopathy*. Recuperado de http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/More/Cardiomyopathy/Dilated-Cardiomyopathy_UCM_444187_Article.jsp#.VsU-TfLhDIU
- Andrew M., Baker R., Kneebone, A., & Knight, J. (2000). Mood state as a predictor of neuropsychological deficits following cardiac surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 48: 537–546.
- Antman, E., Selwyn, A. & Loscalzo, J. (2012). Cardiopatía Isquémica. En Longo, D., Kasper, D., Jameson, J., Fauci, A., Hauser, S. y Lozcalzo, J. *Harrison Principios de medicina interna Tomo II* (pp. 1998-2014). Barcelona: Pirámide.
- APA (2016). *¿Cómo ayuda la psicoterapia a las personas a recuperarse de la depresión?* Recuperado de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/depresion.aspx>

- Aranki, S., Aroesty, J. & Suri, R. (2015). *Early noncardiac complications of coronary artery bypass graft surgery*. Recuperado de <http://www.uptodate.com/contents/early-noncardiac-complications-of-coronary-artery-bypass-graft-surgery>
- Arnau, A., & Rodríguez, M. (2006). Estrés y enfermedad cardiovascular. En Plá, J. y Salvador, J. (coords) *Aspectos psicológicos en las enfermedades cardiovasculares* (pp. 23-34). España: Sociedad Española de Cardiología.
- Arrebola, A., Garcia, R. & Catena, A. (2014). On the protective effect of resilience in patients with acute coronary síndrome. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14 (2): 111-119
- Asociación Médica Mundial (2016). *Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Recuperado de <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
- Avvenuti, G., Baiardini, I., & Giardini, A. (2016). Optimism's Explicative Role for Chronic Diseases. *Frontiers in Psychology*, 7 (295). doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00295
- Baeza, J., Balaguer, G., Beler, I., Coronas, M. & Gullamón, N. (2008). Higiene y prevención de la ansiedad. *Revista Española*, 13(3): 256-272.
- Baker, R., Andrew, M., Schrader, G. & Knight, J. (2001). Preoperative depression and mortality in coronary artery bypass surgery: preliminar findings. *ANZ Journal of Surgery*, 71(3): 139-42.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2): 1991-215.
- Bandura, A. (2001). Guide for constructing self-efficacy scales (revised). En Pajares, F. & Urdan, T. (2005). *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents* (pp. 307-337). EUA: Stanford University.
- Barnason, S., Zimmerman, L. & Nieveen, J. (1995). The effects of music interventions on anxiety in the patient after coronary artery bypass grafting. *Heart & Lung*, 24(2):124-32.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2): 237-243.
- Barrantes, M. (2010). Factores asociados a la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cardiopatía coronaria y diabetes mellitus. *Revista Médica Herediana*, 21(3), 118-127.
- Barrera, M. (2013). Estrategias de afrontamiento y actitudes ante la enfermedad crónica. *Revista Médica Electrónica PortalesMédicos.com*. ISSN 1886-8924. Recuperado de <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/estrategias-de-afrontamiento-actitudes-enfermedad-cronica/>
- Barriga, J. (2009). Comportamiento de la mortalidad por cardiopatía isquémica en México en el período 2000-2007. *Gaceta Médica de México*, 145(5).
- Barrilero, J., Casero, J., Cebrián, F., Córdoba, C., García, F., Gregorio, E., et al. (1998). Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada. *Revista de Enfermería*, 208(8).

- Barth, J., Schneider, S. & Von Känel, R. (2010). Lack of Social Support in the Etiology and the Prognosis of Coronary Heart Disease: A Systematic Review and Meta Analysis. *Psychosomatic Medicine*, 72(3): 229-238.
- Barth, J., Schumaner, M. & Herrmann, C. (2004). Depression as a Risk Factor for Mortality in Patients With Coronary Heart Disease: A Meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 66: 802-813.
- Batista, M., Amado, J. & Nunes, L. (2014). Anxiety, depression and stress in the preoperative surgical patient. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 4(3):7-15.
- Baumeister H, Hutter N, & Bengel J. (2011). Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with coronary artery disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9 (CD008012). DOI: 10.1002/14651858.CD008012
- Bekkers, M., Van Knippenberg, F., Van Den Borne, H. & Van Berge-Henegouwen, G. (1996). Prospective Evaluation of Psychosocial Adaptation to Stoma Surgery: The role of Self-Efficacy. *Psychosomatic Medicine*, 58(2): 183-191.
- Bergh C, Udumyan R, Fall K, Nilsagard Y, Appelros P, & Montgomery S. (2014). Stress resilience in male adolescents and subsequent stroke risk: cohort study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*; 85(12):1331-6.
- Bernal, T., Lemos, H., Medina, D., Ospina, J. & Torres, Y.(2009) Estrategias de afrontamiento y presión arterial. *Revista CES Psicología* 2(2): 49-59.
- Blake, D., Seamark, A. y Halpin, D. (2004). Living with several chronic obstructive pulmonary disease (COPD): perceptions of patients and their cares. *Palliative Medicine*, 18: 619-625.
- Blumenthal, J., Lett, H., Babyank, M., White, W., Smith, P., & Mark, D. (2003). Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery. *Lancet*, 362(9384): 604-609.
- Bolwerk, C. (1990). Effects of relaxing music on state anxiety in myocardial infarction patients. *Critical Care Nursing Quarterly* ; 13(2): 63-72.
- Bosch, O., López, L. & Pérez, C. (2011). *Efecto del uso de dispositivos multimedia en relación a la ansiedad preoperatoria en enfermos intervenidos de colecistectomía laparoscópica programada en el Hospital del Mar durante el año 2012* (Trabajo de grado. Universidad de Valladolid). Recuperado de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/11791/1/TFG-H221.pdf>
- Bradt, J., Dileo, C. & Shim, M. (2013). Intervenciones con música para la ansiedad preoperatoria. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 6(CD006908). DOI: 10.1002/14651858.CD006908
- Brix, C., Schleußner, C., Füller, J., Röhrig, B., Wendt, T. G., & Strauß, B. (2008). The need for psychosocial support and its determinants in a sample of patients undergoing radiooncological treatment of cáncer. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(6): 541-548.
- Broadbent, E., Petrie, k., Main, J. & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60: 631-637.

- Burg, M., Benedetto, M., Rosenberg, R. y Soufer, R. (2003). Presurgical depression predicts medical morbidity 6 months after coronary artery bypass graft surgery. *Psychosomatic Medicine*, 65: 111–118.
- Cantus, D. & Solano, M. (2011). Cardiopatía isquémica en la Mujer. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(5).
- Carapia, A., Mejía, G., Nacif, L. & Hernández, N. (2011). Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 34(4): 260-263.
- Cárdenas, A., Quiroga, C., Restrepo, M. y Cortés, D. (2005). Histerectomía y ansiedad: Estudio comparativo entre dos tipos de preparación psicológica prequirúrgica. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 56(3) 209-215.
- Cárdenas, D., González, M., González, Y., Pérez, Y., & Maradona, J. (2011). Propuesta de un programa de atención psicológica a pacientes tributarios a cirugía y trasplante. *Revista Psicología Científica.com*. 17. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/pacientes-tributarios-trasplante-atencion-psicologica/>
- Carneiro, A., Telles, L., Rassi, A., Siqueira, N., et. al. (2009). Evaluation of preoperative anxiety and depression in patients undergoing invasive cardiac procedures. *Rev.Bras. Anestesiol.*, 59(4): 431-438.
- Carrascosa, M., Aguilar, R. & Carrascosa, C. (2011). Disminución de ansiedad en paciente quirúrgico mediante una intervención de enseñanza. *Asociación Española de Enfermería en Urología*, 118: 13-17.
- Carrolles, J., Remor, E. & Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*; 15: 420-426.
- Carver, C., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D., Ketcham, A., Moffat, E., & Clark, K. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65: 375-390.
- Carver, C., & Scheier, M. (2014). *Dispositional optimism. Trends in cognitive sciences*, 18(6), 293-299.
- Carver, C., Scheier, M. & Segerstrom, S. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30: 879-889.
- Castellano, J. & Moreno, J. (2006). Comportamientos patológicos y cardiopatías. En Plá, J. & Salvador, J. (Coords) *Aspectos psicológicos en las enfermedades cardiovasculares* (pp. 35-44). España: Sociedad Española de Cardiología.
- Castillero, Y. (2007). Intervención psicológica en cirugía cardíaca. *Avances en Psicología Latinoamericana* 25(1): 52-63. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v25n1/v25n1a6>
- Castillero, Y. & Pérez, L. (2003). Estudio e intervención psicológica a pacientes sometidos a estudios invasivos y/o cirugía mayor. *Revista Electrónica Enfoque Cognitivo* 2: 45-78.
- Castillero Y. & Valdéz, L. (2002). Valoración y tratamiento de los trastornos del sueño en pacientes sometidos a estudios invasivos y/o cirugía mayor. *Revista Cubana de Psicología*; 19(3): 345-372.

- Castillo. A., Arocha, C., Castillo, I., Cueto, M., Armas, N. & Hernández, E. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud en enfermos con cardiopatía isquémica, revascularizados por vía percutánea. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, 16(2): 171-176. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/car/vol16_2_10/car07210.htm
- CENETEC (2010). *Guía Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto*. México: Secretaría de Salud.
- Chan, I., Lai, J., y Wong, K. (2006). Resilience is associated with better recovery in Chinese people diagnosed with coronary heart disease. *Psychology and Health*; 21, 335-349.
- Chen, Y., Gilligan, S., Coups, E. & Contrada, R. (2005). Hostility and perceived social support: Interactive effects on cardiovascular reactivity to laboratory stressors. *Annals of Behavioural Medicine*; 29, 37-43.
- Chinchilla, H. (2013, agosto 26). *Enfermedad Vascular Periférica- Segunda Parte*. Recuperado de <http://blogs.elheraldo.hn/cardiologia/2013/08/26/enfermedad-vascular-periferica-segunda-parte/>
- Chorot, P. & Sandín, B. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 8 (1): 39-54.
- CNN (2014, diciembre 18). *¿Cuál es la causa que más muertes provoca en México y el mundo?* Recuperado de <http://mexico.cnn.com/salud/2014/12/18/cual-es-la-causa-que-mas-muertes-provoca-en-mexico-y-el-mundo>
- Comín, J., Garin, O., Lupón, J., Manito, N., et. al. (2011). Validación de la versión española del Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire. *Revista Española de Cardiología*, 64(1): 51-58.
- Compas, B., Connor-Smith, K., Saltzman, H., Harding, A. & Wadsworth, M. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential inn theory and research. *Psychological Bulletin*, 127 (1): 87-127.
- Connor, J. & Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*; 93: 1080-1107.
- Contrada, R., Labouvie, E., Spruill, T. & Krause, T. (2008). Psychological Factors in Heart Surgery: Presurgical Vulnerability and Postsurgical Recovery. *Health Psychology*, 27(3): 309-319.
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J. & Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (2): 169-179.
- Costa, G., Ballester, R. & Gil, F. (2015). The influence of demographic and clinical variables on perceived social support in cáncer patients. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, (20): 25-32.
- Costa, G., Cantarell, M., Parramon, G. & Serón, D. (2014). Optimismo disposicional y estrategias de afrontamiento en pacientes con trasplante renal. *Nefrología*, 34: 605-610.
- Costa, G., Salamero, M., & Gil, F. (2007). Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*, 128(18).

- Creameans, K., Greene, K., & Delahanty, D. (2015). Trauma history as a resilience factor for patients recovering from total knee replacement surgery. *Psychology & Health, 30* (9): 1005-1016.
- Crespo, M. & Cruzado, J. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta, 23*(92), 797-830.
- Cuartas, V., Escobar, A., Lotero, E., Lemos, M., Arango, J. & Rogers, H. (2008). Los factores psicosociales implicados en la cardiopatía isquémica. *Revista CES Psicología, 1*(2).
- Davidson K. W., Mostofsky E., & Whang W. (2010). Don't worry, be happy: positive affect and reduced 10-year incident coronary heart disease: the Canadian Nova Scotia Health Survey. *European Heart Journal*. doi: 311065–1070. 10.1093/eurheartj/ehp603
- De la Paz, C., Prego, C. & Barzaga, E. (2006). Miedo y ansiedad a la anestesia en pacientes sometidos a cirugía. *Revista Mexicana de Anestesiología, 29*(3): 159-162.
- Delfs, J. (2011). *Self-Efficacy and Patient Engagement and Empowerment: Imperative to Improving Health Outcomes*. The Foundation For HealthSMART Consumers
- Donaire, P. (2012, enero 28). *La propia percepción del paciente sobre su enfermedad marca la diferencia*. Recuperado de <http://bitnavegante.blogspot.mx/2012/01/la-propia-percepcion-del-paciente-sobre.html>
- Doñate, M., Litago, A., Monge, Y. & Martínez, R. (2015). Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enfermería Global, 14*(37): 170-180.
- Dubey, S. (2012). Psychological immunity and coping strategies: A study on medical professionals. *Indian Journal of Social Scientific Research, 8*:36–47.
- Edwards, R., Haythornthwaite, J., Smith, M., Klick, B., & Katz, J. (2009). Catastrophizing and depressive symptoms as prospective predictors of outcomes following total knee replacement. *Pain Research & Management, 14*: 307–11.
- Endler, N., Corace, K., Summerfeldt, L., Johnson, J. & Rothbart, P. (2003). Coping with chronic pain. *Personality and Individual Differences, 34*: 323-346.
- Endler, N., Courbasson, C. & Fillion, L. (1998a). Coping with cáncer: The evidence for the temporal stability of the French Canadian version of the Coping with Health, Injuries and Problems (CHIP). *Personality and Individual Differences, 25*: 711-717.
- Endler, N., Parker, D., & Summerfeldt, J. (1998b). Coping with health problems: Developing a reliable and valid multidimensional measure. *Psychological Assessment, 10*(3): 195-205.
- Escamilla, M. (2005). *El estrés preoperatorio y la ansiedad pueden demorar la recuperación*. Recuperado de http://www.susmedicos.com/art_estres_preoperatorio.htm
- Escobedo, J., Rodríguez, G. & Buitrón, L. (2010). Morbilidad y mortalidad por cardiopatía isquémica en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Estudio ecológico de tendencias en población amparada por el Instituto Mexicano del Seguro Social entre 1990 y 2008. *Archivos de cardiología de México, 80*(4): 242-248.

- Esgalha, L., Pereira, F., Benzaquen, G. & Piazzentin, O. (2015). Coping strategies among children in a pre-surgical situation: Relationship with age, gender, experience with surgery and stress. *Estudios de Psicología Campinas*, 32(2): 319-330.
- Fabiano, A. & Sacks, M. (2013). Comparación del bienestar psicológico y estilos de afrontamiento en pacientes intervenidos por cirugía bariátrica y personas con obesidad mórbida (Tesis de licenciatura. Universidad Metropolitana de Venezuela).
- Fariñas, M., García, E., García, N., Gutiérrez, M., Rivada, B., Alonso, M., et. al. (2008). Estudio observacional de calidad de vida en cirugía cardíaca. *Enfermería en Cardiología* 43: 19-24.
- Feltri, A., Ventura, C., Gallucci, E., Quiroga, J., Allevato, J., Bavio, E., Mansilla, F. & Olavegogeochea, P. (2015). Percepción de enfermedad en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial. Estudio piloto. *Revista Federación Argentina de Cardiología*, 44(3):154-169.
- Fernández, A. (2009). El estrés en las enfermedades cardiovasculares. En López, A. & Macaya, C. Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y de la Fundación BBVA (pp. 583-590). Bilbao: Fundación BBVA.
- Fernández, A., Jiménez, J., Bodi, V., & Barrabés, J. (2012). Actualización en cardiopatía isquémica. *Revista Española de Cardiología*, 65: 42-49.
- Fernández, A. & López, I. (2006). Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3:631-645.
- Fernández, N., Morant, C., Catalá, F., Génova, R., & Álvarez, E. (2015). Disability-adjusted Life Years Lost to Ischemic Heart Disease in Spain. *Revista Española de Cardiología*, 68(11).
- Fernández, E., Martín, M., & Dominguez, F. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*. 15(4): 615-630.
- Flores, A. (2015). *Autoeficacia, percepción de enfermedad y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cardiopatía isquémica* (Tesis de Licenciatura. FES Zaragoza-UNAM).
- Folkman, S., y Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48: 150-170.
- Fors, A., Ulin, K., Cliffordson, C., Ekman, I. & Brink, E. (2014). The Cardic Self-Efficacy Scale, a useful tool with potential to evaluate person-centred care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(6): 536-543.
- Fráguas, J., Ramadan, Z., Pereira, A. & Wajngarten, M. (2000). Depression with irritability in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: the cardiologist's role. *General Hospital Psychiatry*, 22(5): 365-374.
- Frasure, N., Lespérance, F., Gravel, G., Masson, A., Juneau, M., Talajic, M. et al. (2000). Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation*. 101(16):1919-24.
- Frasure, N., Lesperance, F. & Talajic, M. (1993). Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. *Journal of the American Medical Association*; 270:1819-25.

- Fundación Española del Corazón (2012, agosto). *Cirugía de Revascularización coronaria*. Recuperado de <http://www.fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/tratamientos/cirugia-de-revascularizacion-coronaria.html>
- Fundación Española del Corazón (2015, febrero). *Cardiopatía isquémica*. Disponible en <http://www.fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/cardiopatia->
- Galindo, O., Benjet, C., Juárez, F., Rojas, E., et. al. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 38(4): 253-258.
- Gartland, D., Bond, L., Olsson, C., Buzwell, S., & Sawyer, S. (2011). Development of a multi-dimensional measure of resilience in adolescents: the Adolescent Resilience Questionnaire. *BMC Medical Research Methodology*; 11.
- Giammanco, M. & Gitto, L. (2016). Coping, uncertainty and health-related quality of life as determinants of anxiety and depression on a sample of hospitalized cardiac patients in Southern Italy. *Quality of Life Research*, 1-16.
- Giltay J., Geleijnse M., Zitman, G., Hoekstra, T., & Schouten, G. (2004) Dispositional Optimism and All-Cause and Cardiovascular Mortality in a Prospective Cohort of Elderly Dutch Men and Women. *Arch Gen Psychiatry*, 61(11): 1126-1135. doi:10.1001/archpsyc.61.11.1126.
- Giltay, E. J., Kamphuis, M. H., Kalmijn, S., Zitman, F. G., & Kromhout, D. (2006). Dispositional optimism and the risk of cardiovascular death: The Zutphen Elderly Study. *Archives of Internal Medicine*, 166, 431-436.
- Gison A., Dall'Armi V., Donati V., Rizza F., & Giaquinto S. (2014). Dispositional optimism, depression, disability and quality of life in Parkinson's disease. *Functional Neurology*; 29: 113–119.
- González, J. (1981). *Stress Reactivity Patterns*. VI World Congress of the International College of Psychosomatic Medicine, Canadá.
- González, T. & Casal, A. (2006). Aspectos psicológicos en el paciente quirúrgico. En García, A. & Pardo, G. *Cirugía Tomo I*. La Habana: Ecimed.
- González, R., Seguel, E., Stockins, A., Campos, R., Neira, L. & Alarcón, E. (2009). Cirugía Coronaria: Revascularización miocárdica sin circulación extracorpórea. *Revista Chilena de Cirugía*; 61(6): 578-581.
- Gortner, S. & Jenkins, L. (1990). Self-efficacy and activity level following cardiac surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 15(10).
- Graham, D., Becerril, G., Quinto, L., & Zhao, D. (2016). Can we measure surgical resilience? *Medical Hypotheses*, 86: 76-79.
- Graves, K. & Miller, P. (2003). Behavioral medicine in the prevention and treatment of cardiovascular disease. *Behavior modification*, 27(1): 3-25.
- Greco, A., Steca, P., Pozzi, R., Monzani, D., D'Addario, M., Villani, A., Rella, V., Gilio, A. & Mafalitto, G. (2013). Predicting Depression from Illness Severity in Cardiovascular Disease Patients: Self-

- efficacy Beliefs, Illness Perception, and Perceived Social Support as Mediators. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(2): 221-229.
- Greene, R. (2002). *Resilience: an integrated approach to practice, policy, and research*. Washington: NASW Press.
- Griswold, G., Evans, S., Spielman, L., & Fishman, B. (2005). Coping strategies of HIV patients with peripheral neuropathy. *AIDS Care*; 17(6): 711-720.
- Guerrero, C. & Palmero, F. (2006). Percepción de control y respuestas cardiovasculares. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1):145-168.
- Gummert, J., Funkat, A., Beckmann, A., Ernst, M., Hekmat, K., Beyersdorf, F., et al. (2010). Cardiac Surgery in Germany during 2010: A Report on Behalf of the German Society for Thoracic and Cardiovascular Surgery. *Thoracic cardiovascular Surgery*; 59(5): 259-267.
- Hagger, M. (2003) A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology & Health*;18:141-84.
- Hallman T, Thomson H, Burrell G, Lisspers J, & Setterlind S. (2003). Stress, burnout and coping: Differences between women with coronary heart disease and healthy matched women. *Journal of Health Psychology*, 8, 443-445.
- Heinze, G. & Camacho, P. (2010). *Guía Clínica para el Manejo de la Ansiedad*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Hermele, S., Olivo, E., Namerow, P. & Mehmet, C. (2007). Illness representations and psychological distress in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Psychology, Health & Medicine*, 12(5): 580-591.
- Hernández, A., López, A. & Guzmán, J. (2016). Nivel de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía. Un estudio transversal descriptivo. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 14(1): 6-11.
- Hernández, D. (2012). Salud mental y diabetes mellitus tipo 1: la percepción de la enfermedad y el afrontamiento en el adolescente (Tesis Doctoral. UNAM)
- Hernández, M. (2012). Relación entre Ansiedad y Depresión con los estilos de afrontamiento en paciente candidato a dispositivo electrónico implantable (Tesis de Licenciatura. FES Zaragoza UNAM).
- Hinrichs-Rocker A, Schulz K, Jarvinen I, Lefering R, Simanski C, & Neugebauer EA. Psychosocial predictors and correlates for chronic postsurgical pain (CPSP) a systematic review. *European Journal of Pain*; 13:719–30.
- Hirvonen, J., Blom, M., Touminen, U., Seitsalo, S., Lehto, M., Paavolainen, P. et al. (2006). Health-related quality of life in patients waiting for major joint replacement. A comparison between patients and population controls. *Health Qual Life Outcomes*, 19 (4): 3.
- IMSS (2010). *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Cardiopatía Isquémica Crónica*, México: Instituto Mexicano del Seguro Social.

- IMSS (2010). *Guía de Referencia Rápida Diagnóstico y Tratamiento de la Cardiopatía Isquémica Crónica*, México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- INEGI (2016). *Estadísticas por tema*. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo107&s=est&c>
- Joeke, K. & Van Elderson, T. (2007). Self-efficacy and Overprotection Are Related to Quality of Life, Psychological Well-being and Self-management in Cardiac Patients. *Journal of Health Psychology*, 12(1): 4-16.
- Kaplan G, Salonen J, Cohen R, Brand R, Syme L, & Puska P. (1988). Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular diseases: prospective evidence from eastern Finland. *American Journal of Epidemiology*;128:370-80.
- Kaptein, A., Lok, T., Moss, R. & Brand, P. (2010). Illness perceptions: impact on self-management and control in asthma. *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology*, 10(3): 194-199.
- Katz, J. & Seltzer, Z. (2014). Transition from acute to chronic postsurgical pain: risk factors and protective factors. *Expert Review Neurotherapeutics*, 9(5): 723-744.
- Khan, F., Kulankisizoglu, B. & Cilingiroglu, M. (2010). Depression and Coronary Heart Disease. *Current Atherosclerosis Reports*, 12(2): 105-109.
- Kim Y., Carver C. S., Spillers R. L., Cramer C., & Zhou E. S. (2011). Individual and dyadic relations between spiritual well-being and quality of life among cancer survivors and their spousal caregivers. *Psychooncology*; 20: 762–770. Doi: 10.1002/pon.1778
- Kim, E., Park, N., & Peterson, C. (2011). Dispositional optimism protects older adults from stroke: the Health and Retirement Study. *Stroke*, (42): 2855–2859. doi: 10.1161/STROKEAHA.111.613448.
- Kirchner, T. & Forns, M. (2010). *Inventario de Respuestas de Afrontamiento cri-a. Adaptación española del Coping Responses Inventory*. Madrid: tea Ediciones.
- Kiyohara, L., Kayano, L., Oliveira, L., Yamamoto, M., Inagaki, M., Ogawa, N. et. al. (2004). Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Revista do hospital das Clínicas*, 59(2): 51-56.
- Koivula, M., Tarkka, M.P., Tarkka, M., Laippala, P. & Paunonen, M. (2002). Fear and in-hospital social support form coronary artery bypass grafting patients on the day before surgery. *International Journal of Nursing Studies*, 39(4): 415-427.
- Kralik, D., Van Loon, A. & Visentin, K. (2007). Resilience in the chronic illness experience. *Educational Action Research*, 14(2): 187-201.
- Laham, M. (2007). *La Psicocardiología en el tratamiento de la persona coronaria*. Instituto de Psicocardiología: Argentina.
- Latarjet, M. & Ruiz, A. (2008). Corazón. En *Anatomía Humana Tomo II* (Pp. 916-943). China: Médica Panamericana.

- Landa, E., Cárdenas, G., Andrew, J., Sánchez, S. & Riveros, A. (2014). Evaluación de la depresión en pacientes con cáncer terminal y su aplicación en el contexto mexicano: Una revisión. *Salud Mental*, 37(5): 415-422.
- Lane, D., Lip, G. y Millane, T. (2002). Quality of life in adults with congenital heart disease. *Heart*, 88:71 – 75.
- Langeluddecke, P., Fulcher, G., Baird, D., Hughes, C. y Tennant, C. (1989). A prospective evaluation of the psychosocial effects of coronary artery bypass surgery. *Journal of psychosomatic research*, 33 (1989): 37–45.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). The Concept of Coping. En *Stress, Appraisal and Coping* (Pp. 116-139). New York: Springer.
- Lee, I., Lee, E., Kim, H., Park, Y., Song, M. & Park, Y. 2004. Concept development of family resilience: a study of Korean families with a chronically ill child. *Journal of Clinical Nursing*, 13(5): 636–645.
- Lemos, C., Moraes, D. & Campos, L. (2016). Resilience in Patients with Ischemic Heart Disease. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 12 (3).
- Lemos, M., Acosta, D. & Agudelo, D. (2015). Calidad de vida en pacientes con cardiopatía isquémica. *Kénois*, 3(5): 28-57. Recuperado de <http://app.uco.edu.co/index.php/kenosis/article/viewFile/72/101>
- Lemos M., Agudelo, D., Arango, J. & Rogers, H. (2013). Calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular: análisis de trayectorias por sexo y síntomas depresivos. *Revista Nacional de Salud Pública*, 31(10): 110-116.
- Lett, H., Blumenthal, J., Babyak, M., Strauman, T., Robins, C., & Scherwood, A. (2005). Social Support and Coronary Heart Disease: Epidemiologic Evidence and Implications for Treatment. *Psychosomatic Medicine*, 67(6): 869-878.
- Lisboa, C., Maimoni, O., Dos Santos, V. & Llapa, E. (2012). Stress factors for patients undergoing cardiac surgery. *Investigación y educación en enfermería*, 30(3): 312-319.
- Londoño, N. (2012). Validation of the Colombian MOS social support survey. *International Journal of Psychological Research*, 5(1).
- Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D. & Aguirre, D. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5: 327-349.
- López, J., Rodríguez, A. y Fernández, S. (2011). Los principales problemas de Salud: Cardiopatía Isquémica. *AMF*. 7(6): 304-315.
- Lorig, K., Chastain, R.L., Ung, E., Shoor, S. y Holman, H.R. (1989). Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 32: 37-44.
- Lozano, E. (2009). *Frecuencia de depresión en pacientes cn cardiopatía isquémica ingresados al servicio de cardiología del Hospital General de México* (Tesis de posgrado. UNAM).

- Lugo, I., Reynoso, L. & Fernández, M. (2014). Percepción de enfermedad, depresión, ansiedad y control del asma: Una primera aproximación. *Neumología y cirugía de tórax*, 73(2): 114-121.
- Mancin, S., Bono, J., Ramos, H., Rengel, E., Suasnabar, R., Zapata, G., et. al. (2009). *Guías de manejo de cardiopatía isquémica crónica: angina crónica estable*. Federación Argentina de Cardiología.
- Markovitz, S., Schrooten, W., Arntz, A., & Peters, M. (2015). Resilience as a predictor for emotional response to the diagnosis and surgery in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 24(12): 1639-1645
- Martínez, M. (2014). Factores de riesgo cardiovascular. *Revista de Ciencias de la Universidad Pablo Olavide*, 16. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4905634>
- Martínez, A., Reyes, G., García, A., & González, M. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18(1): 66-72.
- Matthews, K., Räikkönen, K., Sutton, K. & Kuller, L. (2004). Optimistic attitudes protect against progression of carotid atherosclerosis in healthy middle-aged women. *Psychosomatic Medicine*, 66(6): 640–644. doi: 10.1097/01.psy.0000139999.99756.a5.
- McConnell, E. A., Pfeiffer, C., Webster, K. K., Schmitt, M., & Ries, J. (1988). Uncertainty, coping, and distress following myocardial infarction: Transition from hospital to home. *Research in Nursing & Health*, 11(2), 71–82.
- McEwen, B.S.. (2005). Stressed or stress out: what is the difference? *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 30: 315- 318.
- McKhann, M., Borowicz, L., Goldsborough, M., Enger, C. & Selnes, O. (1997). Depression and cognitive decline after coronary artery bypass grafting. *Lancet*, 349: 1282–1284
- Miaja, M. (2014). *El impacto de la alexitimia y la resiliencia en las fases del proceso del duelo en pacientes con cáncer* (Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Nuevo León). México.
- Miaja, M., & Moral, J. (2015). Predictores de respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud. *Revista Internacional de Psicología*, 14(2): 1-38.
- Palomar, J. & Gómez, N. (2010). Desarrollo de una Escala de Medición de la Resiliencia con Mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*, 27(1): 7-22.
- Miller, O. & Wade, T. (2006). Application of a chronic illness model as a means of understanding pre-operative psychological adjustment in coronary artery bypass graft patients. *British Journal of Health Psychology*, 11(3): 401-419.
- Miniszewska J, Chodkiewicz J, Ograczyk A, & Zalewska-Janowska A. (2013). Optimism as a predictor of health related quality of life in psoriatics. *Postepy Dermatol Alergol*; 30(2):91-5.
- Mitchell, J., & De Zwaan, M. (2014). Psychopathology and bariatric surgery. En Still, C., Sarwer D, Blankenship J. (Eds). *The ASMBS textbook of bariatric surgery* (Pp. 11-17). New York: Springer.
- Moix, J. (1994). Emoción y cirugía. *Anales de Psicología*, 10(2):167-175.

- Montel, S. & Bungener, C. (2010). Validation of CHIP (a coping questionnaire) in French patients with neurological disorders. *Revue neurologique*, 166(1): 54-60.
- Moñiz, M., Vázquez, F. & Vaz, F. (2001). Identificación preoperatoria de factores psicológicos predictivos de riesgo en el paciente pediátrico. *Revista de Cirugía Infantil*; 11(1): 43-48.
- Mora, R. (2015). Ansiedad preoperatoria y su relación con las estrategias de afrontamiento en pacientes sometidos a revascularización cardiaca (Tesis de licenciatura. FES Zaragoza-UNAM) México.
- Morales A., Arenas M., Reig. A., Álvarez, F., Malek T, Moledous A, et al. (2011). Optimismo disposicional en pacientes en hemodiálisis y su influencia en el curso de la enfermedad. *Nefrología*, 31(2):199-205.
- Morales, H. (2013). Ansiedad preoperatoria en pacientes sometidos a cirugía programada (Tesis de especialidad. UNAM). México.
- Morgan, K., Villers, A., Barker, M. & McGee, H. (2014). The contribution of illness perception to psychological distress in heart failure patients. *BMC psychology*.
- Morin, A., Geldner, G., Schwarz, U., Kahl, M., Adams, H., Wulf, H. & Eberhart, L. (2009). Factors influencing preoperative stress response in coronary artery bypass graft patients. *BMC Anesthesiology*. DOI: 10.1186/1471-2253-4-7
- Morlans, K., Sainz, H., González, C. & Morlans, J. (1997). Infarto agudo del miocardio en la revascularización coronaria. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, 11(1): 5-11.
- Mosleh, S. & Almalik, M. (2014). Illness perception and adherence to healthy behaviour in Jordanian coronary heart disease patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(4): 223-230.
- Mosovich, S., Boone, R., Reichenberg, A., Bansilal, S., Shaffer, J., Dahlman, K. et al. (2008). New insights into the link between cardiovascular disease and depression. *International Journal of Clinical Practice*, 62: 423-432.
- Moss, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L. & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17 (1), 1-16.
- National Library of Medicine (2016). *Cirugía de derivación cardiaca*. Recuperado de <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/anatomyvideos/000065.htm> el 15 de abril de 2016.
- Navarro, M., Marín, B., De Carlos, V., Martínez, A., Martonell, A., Ordoñez, E. (2011). Trastornos del ánimo preoperatorios en cirugía cardiaca: factores de riesgo y morbilidad postoperatoria en la unidad de cuidados intensivos. *Revista Española de Cardiología*, 64(11).
- Nekouei, Z., Yousefy, A., Doost, H., Manshaee, G. & Sadeghei, M. (2014). Structural Model of psychological risk and protective factors affecting on quality of life in patients with coronary heart disease: A psychological model. *Journal of Research in medical Sciences: The Official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 19(2): 90-98.

- Nicholson, N., Kuper, H. & Hemingway, H. (2006). Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6.362 events among 146.538 participants in 54 observational studies. *European Heart Journal*; 27: 2763.
- NIMH (2009). *Depresión*. EUA: NIH. En http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_38791.pdf
- Noguera, M., Pérez, B., Barrientos, V., Robles R., et al. (2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*, 21(2): 29-37.
- O'Leary, A. (1985). Self-efficacy and health. *Behaviour Research and Therapy*, 23(4): 437-451.
- Oliveros, E., Barrera, M., Martínez, S. & Pinto, T. (2010). Afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer. *Revista de Psicología GEPU*, 1(2): 25-26.
- OMS (2015). *Factores de riesgo*. Recuperado de <http://www.who.int/es/>
- OMS (2015). *Enfermedades Cardiovasculares*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
- OMS (2016, abril). *La depresión*. Nota descriptiva No. 369. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- O'Neil, A., Berk, M., Davis, J., & Stafford, L. (2013). Cardiac-self efficacy predicts adverse outcomes in coronary artery (CAD) patients. *Health*, 5: 6-14. DOI: 10.4236/health.2013.57A3002.
- Otero, J., Luengo, A., Romero, E., Gómez, J. & Castro, C. (1998). *Psicología de la personalidad. Manual de prácticas*. Barcelona: Ariel Practicum.
- Otero, E. & Otero, M. (2004). Fundamentos del riesgo quirúrgico. En Otero, E., Rupilanchas, J. & Belda, F. (eds.). *Riesgo y complicaciones en cirugía cardíaca (Pp. 3-14)*. Madrid: Médica Panamericana.
- Oxlad, M., Stubberfield, J., Stuklis, R., Edwards, J., & Wade, T. (2006). Psychological risk factors for cardiac-related hospital readmission within 6 months of coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(6): 775-781.
- Pacheco, V. (2011). *Medida de Percepción de Enfermedades Crónicas: Adaptación Cultural de los cuestionarios Illness Perception Questionnaire Revised (IPQ-R) y Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ) para población española* (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona: España.
- Palomar, J. & Gómez, N. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplina*, 27 (1): 7-22.
- Panagopoulou, E., Maes, S., Tyrodimos, E. & Benos, A. (2008). Symptoms of Traumatic Stress after Coronary Artery Bypass Grafting. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15: 227-231.
- Park, C., Malone, M., Suresh, D., Bliss, D., & Rosen, R. (2008). Coping, meaning in life, and quality of life in congestive heart failure patients. *Quality of Life Research*, 17(1): 21-26.

- Patron, E., Messerotti, S. & Palomba, D. (2014). Persistent Depression After Cardiac Surgery: A Three-Month Follow-up Study. *Psychosomatics*, 55(3): 261-271.
- Pérez, H. (2007). Ansiedad y preocupaciones del niño y el adolescente ante la cirugía. (Tesis de Especialidad.UNAM), México.
- Pérez, A. M., Oliván, S., & Bover, R. (2014). Subjective well-being in heart failure patients: Influence of coping and depressive symptoms. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(2), 258–265.
- Pignay, V., Lesperance, F., Demaria, R., Frasure, N., & Perrault, L. (2003). Depression and anxiety and outcomes of coronary artery bypass surgery. *Annals of Thoracic Surgery*, 75: 314–321.
- Pinheiro, E. & Lopes, P. (2007). Calidad de vida 2 años después de la revascularización coronaria. *Enfermería Clínica*, 17(6): 309-317. Recuperado de <http://www.uc.pt/feuc/pedrof/docs/Publicacoes/AI200701.pdf>
- Pirraglia, P., Peterson, J., Williams, P., Gorkin, L. & Charlson, M. (1999). Depressive symptomatology in coronary artery bypass graft surgery patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14: 668–680.
- Poblete, F., Glasinovic, A., Sapag, J., Barticevic, N., Arenas, A. & Padilla, O. (2015). Social support and cardiovascular health: Adaptation of a social support scale for hypertensive and diabetic patients in primary care, Chile. *Atención primaria*, 47(8): 523-531.
- Polk, L. (1997). Toward a middle-range theory of resilience. *Advances in Nursing Science*, 19(3): 1–13.
- Quiceno, J. & Vinaccia, S. (2010). Percepción de enfermedad: una aproximación a partir del Illness Perception Questionnaire. *Psicología desde el Caribe*, 26: 56-83.
- Quiceno, J. & Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*, 9(17): 69-82.
- Quiceno, J. & Vinaccia, S. (2012). Resiliencia y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psicología desde el Caribe*, 29(1): 87-104.
- Quiles, M., Méndez, F. y Ortigosa, J. (2001). Preocupaciones prequirúrgicas: estudio empírico con población infantil y adolescente. *Anales de Pediatría*, 55(2): 129-134.
- Rafanelli, C., Roncuzzi, R. & Milaneschi, Y. (2006). Minor depression as a cardiac risk factor after coronary bypass surgery. *Psychosomatics*, 47(4): 289-95.
- Ramírez, A. (2014, junio 16). *Implicaciones de la cirugía cardiovascular para el paciente y su familia* [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=hCMrA1I3wN0>
- Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., & López, A. (2012). The role of optimism and pessimism in chronic pain patients adjustment. *Spanish Journal of Psychology*, 15(1): 286-94.
- Ramos, B., Figueroa, C., Alcocer, L. & Rincón, S. (2011). Validación del cuestionario de Calidad de vida relacionada con la Salud en pacientes con insuficiencia cardiaca. *EN-CLAVES del pensamiento*
- Revilla, L., Luna, J., Bailón, E., & Medina, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia*, 6(1): 10-18.

- Richard's, M. & Solanas, A. (2008). Millon's personality model and ischemic cardiovascular acute episodes: profiles of risk in a decision tree. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8: 437-450.
- Rico, J., Restrepo, M. & Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Avances en Medición*, 3: 73-83.
- Ríos, B., Huitrón, G., & Rangel, G. (2009). Psicopatología y personalidad de pacientes cardiopatas. *Archivos de Cardiología de México*, 79(4): 257-262.
- Rodríguez, T. (2012). Factores emocionales en el abordaje de las enfermedades cardiovasculares. Valoración actualizada desde la Psicocardiología. *Revista Finlay*. 2(3).
- Roger, V., Go, A., Donald, L., Adams, R., Berry, J., Brown, T., et. al. (2011). Heart disease and stroke statistics-2011 Update. A report from the American Heart Association. *Circulation*; 123: e18-e209. Recuperado de <http://circ.ahajournals.org/content/123/4/e18>.
- Rogers, H., Nicholls, E., Lemos, M., Aristizábal, N. & Arango, J. (2013). Quality of life after a myocardial infarction: A one year follow-up of Colombian coronary disease patients. *Psychology and Health*, 28 (Sup. 1). doi: 10.1080/08870446.2013.810851.
- Román, M. (2010). *Validación de la versión abreviada de las escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS — 21) en adolescentes estudiantes de enseñanza media de la comuna de Temuco* (Tesis de Maestría. Universidad de La Frontera, Temuco). Chile.
- Romero, C. (2007). Depresión y enfermedad cardiovascular. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 22(2): 92-109.
- Rosland, A., Heisler, M., Jenevic, M. & Connell, M. (2013). Current and potential support for chronic disease management in the United States: The perspective of family and Friends of chronically ill adults. *Families, Systems, & Health*, 31(2): 119-131.
- Rozanski A, Blumenthal J, & Kaplan J. (1999). Impact of psychosocial factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*; 99: 2192-217.
- Sáinz, B. (2011). *Definiciones de Cirugía Mayor y Menor. Cirugía Mayor Ambulatoria*. Recuperado el 16 de febrero de 2016 de http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/cirured/cirugias_mayor_y__menor.pdf
- Salvador, J. & Toro, M. (2006). Factores neuroendocrinos y psicopatológicos en las enfermedades cardiovasculares. En Plá, J. y Salvador, J. (Coord) *Aspectos psicológicos en las enfermedades cardiovasculares* (pp 1-14). España: Sociedad Española de Cardiología.
- Sánchez, B. & Ureña, P. (2011). Complejo ira-hostilidad y mecanismos de afrontamiento en pacientes que han sufrido un evento cardiovascular. *Revista Costarricense de Cardiología*, 13(1): 13-18.
- Sanjuan, P., Montalbetti, t., Pérez, A., Bermúdez, J., Arranz, H., & Castro, A. (2016). A randomised trial of Positive Intervention to Promote Well-Being in Cardiac Patients. Applied psychology. *Health and well-being*. Doi: 10.1111/aphw.12062
- Santos, I. (Ed.) (2006). *Manual para padres de niños con cardiopatía congénita*. España: Ibáñez & Plaza.

- Sans, S. (2007). *Enfermedades cardiovasculares*. Institut d' Estudis de la Salut: Barcelona.
- Sanz, J., Izquierdo, A., & García-Vera, M. (2013). Una revisión desde la perspectiva de la validez de contenido de los cuestionarios, escalas e inventarios autoaplicados más utilizados en España para evaluar la depresión clínica en adultos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 13: 139-175.
- Sarkar, U., Ali, S., & Whooley, M. (2009). Self-Efficacy as a Marker of Cardiac Function and Predictor of Heart Failure Hospitalization and Mortality in Patients With Stable Coronary Heart Disease: Findings From the Heart and Soul Study. *Health and Psychology*, 28(2): 166-173.
- Sarmiento, J. (2011). Calidad de vida, ansiedad y depresión: comparación entre pacientes con insuficiencia cardíaca y pacientes con arritmia potencialmente letal (Tesis de licenciatura). México: FES Zaragoza UNAM
- Scheier, M., Matthews, K., Owens, J., Magovern, G., Lefebvre, R., Abbott, R., & Carver, C. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: the beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*; 57(6): 1024-40.
- Scheier, M., Carver, C. & Bridges, M. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self mastery and self esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67: 1063-1078.
- Schwarzer R, Jerusalem M., Wright S, Johnston M, & Weinman J. (Eds) (1995). Generalized self-efficacy scale. *Measures in Health Psychology: A User's Portfolio*, 35-7.
- Seegerstrom, S. (2012, septiembre 18). Dispositional Optimism, Psychophysiology, and Health. Dispositional Optimism, Psychophysiology, and Health. *Oxford Handbooks Online*. Recuperado de <http://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780195342819.001.0001/oxfordhb-9780195342819-e-030>.
- Shamsuddin, A. (2006). *Cardiopatía Isquémica*. Clínicas Anestesiológicas de Norteamérica. 24: 461-485.
- Sherbourne, C. & Stewart, A. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science and Medicine*, 32(6): 705-14.
- Silva, J. (2009). Revascularización quirúrgica de las arterias coronarias: el baipás. En López, A. & Macaya, C. *Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA* (Pp. 315-320). España: Fundación BBVA.
- Silva, C. & Agudelo, D. (2011). Creencias sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento como predictores de la calidad de vida en pacientes en rehabilitación cardiovascular. *Acta Colombiana de Psicología*, 14(1): 47-60.
- Siurana, J. (2010). Los principios de bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*, 22: 121-157.
- Smith, P. & Blumenthal, J. (2011). Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular; epidemiología, mecanismos y tratamiento. *Revista Española de Cardiología*, 64(10): 924-33.

- Snaith, R. (2003). The hospital anxiety and depression scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(29).
- Sobieralska, K., Rydygier, L., Copernicus, P., Copernicus, N., Michalak, M., Wielki, K., et. al. (2015). Chapter 16. Stress Associated with Orthopedic Surgery and Feeling Pain. En Rosiek, A. Y Leksowski, K. *Organizational, Culture and Ethics in Modern Medicine* (Pp. 372-394). Poland: Medical Information Science.
- Sogg, S, Lauretti, J., & West, L. (2016). Recommendations for the presurgical psychosocial evaluation of bariatric surgery patients. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 12: 731-740. Recuperado de <https://asmb.org/wp/uploads/2016/06/2016-Psych-Guidelines-published.pdf>
- Sokulski, G. (Trad) (2004). *Así es mi corazón*. The Children's Heart Foundation: EUA.
- Soto, M. & Failde, I. (2004). La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2 (8): 505-514.
- Spielberger, C., Auerbach, S., Wadsworth, A., Dunn, R., & Taulbee, E. (1973). Emotional reactions to surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40: 33-38.
- Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P. & Jacobs, G. (1983). *Manual para el inventario de Ansiedad Estado-Rasgo*. California: Asesoría Psicólogos Press
- Stafford, L., Berk, M. & Jackson, H. (2007). Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale and Patient Health Questionnaire-9 to screen for depression in patients with coronary artery disease. *General hospital psychiatry*, (5): 417-424.
- Steca, P., Greco, A., Monzani, D., Politi, A., Gestra, R., Ferrari, G., Malfatto, G. & Parati, G. (2013). How does illness severity influence depression, health satisfaction and life satisfaction in patients with cardiovascular disease? The mediating role of illness perception and self-efficacy beliefs. *Psychology & Health*, 28(7): 765-783.
- Suarez, M. (2011). Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. *Rev. Méd.La Paz*, 17(1): 60-67.
- Suárez, F. (Coord.) (2004). *Protocolos de riesgo cardiovascular*. Sociedad Española de Medicina.
- Sullivan, M., LaCroix, A., Russo, J. & Katon, W. (1998). Self-Efficacy and Self-Reported Functional Status in coronary Heart Disease: A Six-Month Prospective Study. *Psychosomatic Medicine*, 60(4): 473-478.
- Talavera, A. (2012). Calidad de vida y afrontamiento a la descarga eléctrica en pacientes con desfibrilador automático implantable. (Tesis de licenciatura. FES Zaragoza-UNAM)
- Tan, N. (2016). Self-efficacy assessment: A step towards personalized management of chronic diseases. *Proceedings of Singapore Healthcare*, 25(2): 71.
- Texas Heart Institute (2014, diciembre). *Enfermedad Arterial Coronaria*. Disponible en http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/Cond/cad_span.cfm
- Texas Heart Institute (2015). *Las arterias coronarias*. Recuperado de http://www.texasheart.org/HIC/Anatomy_Esp/coroea_sp.cfm

- Texas Heart Institute (2015, octubre). *Bypass coronario*. Recuperado de http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/Proced/cab_span.cfm
- Tindle, H., Chang, Y., Kuller, L., Manson, J., Robinson, J., Rosal, M., Siegle, G., & Matthews, K. (2009). Optimism, cynical hostility, and incident coronary heart disease and mortality in the Women's Health Initiative. *Circulation*, *120*: 656-662.
- Tindle, H., Herbeck, B., Houck, P., Mazumdar, S., Scheier, M., Matthews, K., He, F., & Rollman, B. (2012). Optimism, Response to Treatment of Depression, and Rehospitalization After Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Psychosom Med.* (74):200–207. doi: 10.1097/PSY.0b013e318244903f.
- Thombs, B., De Jonge, P., Coyne, J., Whooley, M., Frasure, N., Mitchell, A. et al. (2008). Depression screening and patient outcomes in cardiovascular care: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*, *300*: 2161-71.
- Trejo, S. (2010). Impacto de la diabetes mellitus tipo 2 e infarto al miocardio previo en los pacientes con cardiopatía isquémica hospitalizados y la calidad de vida relacionada con la salud. Tesis de especialidad. UNAM: México.
- Truit, F., Castro, N., Galindo, E., & Rodríguez, J. (2005). Cardiopatía isquémica y sus factores de riesgo. *Archivo Médico de Camagüey*. *9*(1): 83-96.
- Tully, P., Baker, R., Winefield, H. & Turnbull, D. (2000). Depression, anxiety disorders and Type D personality as risk factors in delirium after cardiac surgery. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *44*(11): 1005-1011
- Tung, H., Hunter, A. & Wei, J. (2008). Coping, anxiety and quality of life after coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Advanced Nursing*, *62*(2): 651-663.
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile* (138): 358-365.
- Utrillas, A. (2011). *Influencia de la ansiedad, depresión y distrés psicológico preoperatorios en la artroplastia total de rodilla* (Tesis Doctoral. Universidad de Alcalá). España:
- Valencia, P., Mora, C., Arbeláez, A., Jaimes, D. et al. (2014). ¿Cuál es la percepción de enfermedad de pacientes colombianos con lupus eritematosos sistémico? Aplicación del Revised Illness Perceptions Questionnaire (IPQ-R). *Revista Colombiana de Reumatología*.
- Valenzuela, J., Narrera, J. & Ornelas, J. (2010). Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. *Cirugía y Cirujanos*, *78*:151-156.
- Vallejo, M., Rivera, J., Esteve, J. & Rodríguez, M. (2012). Uso del cuestionario Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) para evaluar la ansiedad y la depresión en pacientes con fibromialgia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, *5*(2):107-114.
- Valls, E. & Rueda, B. (2013). Personalidad, afrontamiento y calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular. *Boletín de Psicología*, (109): 52-72.
- Vandervoort, D. (2006). Hostility and health: Mediating effects of belief systems and coping styles. *Current Psychology*, *25* (1): 50-66. doi:10.1007/s12144-006-1016-2

- Varela, I. (2011). *Apoyo social y afrontamiento en enfermedad cardiaca* (Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid), España.
- Vicencio, E. (1995). Estrés en el paciente quirúrgico. *Revista Chilena de Cirugía*, 47(1): 99-102.
- Villegas, A. (2012). Psicología de la salud: Una aproximación al estudio de la percepción de la enfermedad en la adherencia a los padecimientos crónico-degenerativos (Tesina de Licenciatura. UNAM), México.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S. y Zapata, M. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y Salud*, 15(2):207-221.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Medina, A., Castañeda, B. & Castebianco, P. (2014). Calidad de vida, resiliencia, percepción y conducta de enfermedad en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(1): 61-70.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Zapata, C., Obesso, S. & Quintero, D. (2006). Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Psicología desde el Caribe*, 18(89-108).
- Vinaccia, S. & Quiceno, J. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychologia: avances de la disciplina*, 6(1):123-136.
- Vingerhoets, G. (1998). Perioperative anxiety and depression in open-heart surgery. *Psychosomatics*, 39: 30-37.
- Vitaliano, P., Russo, J., Carr, J., Maiuro, R. & Becker, J. (1985). The Ways of Coping Checklist: Revision and Psychometric Properties. *Multivariate behavioral research*, 20(1): 3-26.
- Wetsch, W., Pircher, I., Lederer, W., Kinzl, J. et. al. (2009). Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery. *British Journal of Anaesthesia*, 103(2): 199-205.
- Weinman, J., Petrie, K., Moss, R. & Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology Health*, 11, 431-446.
- White, C., Haramati, L., Chen, J. & Levsky, J. (2014). Coronary Artery Disease, En *Cardiac Imaging* (Pp. 220-251). EUA: Oxford University Press.
- Woby, S., Watson, P., Roach, N. y Urmston, M. (2005). Coping strategy use: Does it predict adjustment to chronic back pain after controlling for catastrophic thinking and self-efficacy for pain control? *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37(2):100-107.
- Wylde, V., Hewlett, S., Learnmonth, D. & Dieppe, P. (2011). Persistent pain after joint replacement: Prevalence, sensory qualities, and postoperative determinants. *Pain*; 152: 566-572.
- Youssef, N., Abdelaziz, S., Gado, A., & Hamed, A. (2016). The Preoperative Nutritional and Psychosocial Health Status among Patients Undergoing Open Heart Surgery: A Cross-Sectional Correlational Study. *International Journal of Nursing Science*, 6(2): 48-57.

Zautra, A., Hall, J., & Murray, K. (2008). Resilience: a new integrative approach to health and mental health research. *Health Psychology Review*, 2(1): 41-64.

Zigmond, A. & Snaith, R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psiquiátrica Escandinava*, 67: 361-370.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

Carta de consentimiento informado

Yo _____ otorgo mi consentimiento para participar como voluntario(a) en una investigación para identificar las características psicológicas, emociones y pensamientos que se presentan al ser programado a una cirugía cardiaca.

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 médica.

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

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PACIENTE:

NOMBRE DEL FAMILIAR:

DIRECCIÓN: _____

PARENTESCO: _____ TELÉFONO: _____ FECHA: _____

FIRMA: _____

TESTIGO 1

NOMBRE: _____ FIRMA: _____

TESTIGO 2

NOMBRE: _____ FIRMA: _____

Anexo 2. Ficha de identificación

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre completo: _____ **Edad:** _____

Lugar de procedencia: _____ **Teléfono:** _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / _____ **Sexo:** 1. Hombre 2. Mujer

Estado civil: 1. Soltero 2. Casado(a)/ Unión libre 3. Viudo 4. Divorciado

Escolaridad:

- 1. Sabe leer y escribir
- 2. Primaria
- 3. Secundaria
- 4. Preparatoria/carrera técnica
- 5. Licenciatura
- 6. Posgrado

Ocupación:

- 1. Hogar
- 2. Empleado
- 3. Comerciante
- 4. Profesionista
- 5. Jubilado/ pensionado
- 6. Posgrado

¿Cuánto tiempo lleva realizando esta actividad?

¿Qué tan satisfactorio es para usted?

- 1. Nada
- 2. Poco
- 3. Bastante
- 4. Totalmente

Religión:

- 1. Católica
- 2. Cristiana
- 3. Testigo de Jehová
- 4. Ninguna
- 5. Otra

En relación a su religión, ¿es creyente o practicante?

- 1. Creyente 2. Practicante 3. Ninguno

Desde que fue operado ¿disminuyó o aumentó su actividad religiosa?

- 1. Disminuyó
- 2. Se ha mantenido igual
- 3. Aumentó
- 4. No aplica

DATOS CLÍNICOS

Estatura: ____ . ____ m

Peso: ____ . ____ kg

IMC: _____

- 1. Normal (18.5-24.9)
- 2. Bajo peso (> 18.5)
- 3. Sobrepeso (25-29.9)
- 4. Obesidad I (30-34.9)
- 5. Obesidad II (35-39.9)
- 6. Obesidad III (40 o más)

Presión arterial:

Sistólica _____
Diastólica _____

En el último año ha tenido algún infarto?

- 0. Ninguno 1. Uno 2. Dos o más

Pulso: _____

Anexo 3. Cuestionario de Estilo de Vida

CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA

Al someterse a una cirugía cardíaca hay que hacer cambios en el estilo de vida ¿qué tanto ha estado dispuesto a hacer estos cambios?

- 0. No he estado dispuesto
- 1. Lo he pensado pero no los he llevado a cabo
- 2. Ya los estoy haciendo desde que me los indicaron
- 3. Llevo más de dos meses haciéndolos

Desde que sabe que va a ser operado ¿qué ha hecho para cuidar su salud?

	1. Sí	2. No	3. No aplica
1. Alimentación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Actividad física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Tabaquismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Alcoholismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Qué actividades realiza en sus ratos libres?

- 0. No realizo
- 1. De 1 a 2 veces a la semana
- 2. De 3 a 5 veces a la semana
- 3. Más de 5 veces a la semana

Actualmente, ¿tiene alguna preocupación sobre la cirugía?

- 1. Sí
- 2. No

¿Cuál?

- 0. Ninguna
- 1. Morir
- 2. Recuperación
- 3. Cicatriz
- 4. Complicaciones
- 5. Dolor
- 6. Otra

¿Desde hace cuánto tiempo? _____

Anexo 4. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

STAI-E

Instrucciones: Identifique cómo se siente en este momento al pensar en su cirugía

	0. Nada	1. Poco	2. Bastante	3. Totalmente
1. <i>Me siento calmado</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. <i>Me siento seguro</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Estoy tenso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Estoy contrariado (disgustado)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. <i>Me siento cómodo (estoy a gusto)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Me siento alterado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Estoy preocupado por posibles desgracias futuras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. <i>Me siento descansado</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Me siento angustiado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. <i>Me siento comfortable</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. <i>Tengo confianza en mí mismo</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Me siento nervioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Estoy desasosegado (intranquilo, perturbado)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Me siento muy atado (oprimido)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. <i>Estoy relajado</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. <i>Me siento satisfecho</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Estoy preocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Me siento aturdido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. <i>Me siento alegre</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. <i>En este momento me siento bien</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nota: Los ítems en cursiva tienen puntuación inversa

Ansiedad Estado		Puntaje
	Naturales (3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18)	
	Inversos (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20)	

Anexo 5. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

HADS

Lea cada oración y elija la respuesta que más describa cómo se sintió la **SEMANA PASADA**. Por favor no demore en contestar las oraciones.

ANSIEDAD	DEPRESIÓN
1. Me siento tenso (a) nervioso (a) <input type="radio"/> 0. Nunca <input type="radio"/> 1. Ocasionalmente/algunas veces <input type="radio"/> 2. Frecuentemente <input type="radio"/> 3. Siempre	2. Aún disfruto de las cosas que solía disfrutar <input type="radio"/> 0. Definitivamente sí <input type="radio"/> 1. No tanto <input type="radio"/> 2. Sólo un poco <input type="radio"/> 3. Difícilmente
3. Tengo la sensación de temor como si algo horrible fuera a pasar. <input type="radio"/> 0. Definitivamente sí <input type="radio"/> 1. Frecuentemente <input type="radio"/> 2. A veces/ocasionalmente <input type="radio"/> 3. Nunca	4. Me puedo reír y ver el lado positivo de las cosas. <input type="radio"/> 0. Como siempre lo he hecho <input type="radio"/> 1. No mucho últimamente <input type="radio"/> 2. Ocasionalmente/algunas veces <input type="radio"/> 3. Nunca
5. Tengo muchos pensamientos preocupantes. <input type="radio"/> 0. Todo el tiempo <input type="radio"/> 1. Frecuentemente <input type="radio"/> 2. A veces, pero no muy seguido <input type="radio"/> 3. Nunca	6. Me siento alegre. <input type="radio"/> 0. No, nunca <input type="radio"/> 1. Algunas veces <input type="radio"/> 2. Frecuentemente <input type="radio"/> 3. Todo el tiempo
7. Fácilmente me puedo sentir y sentirme relajado. <input type="radio"/> 0. Siempre <input type="radio"/> 1. Frecuentemente <input type="radio"/> 2. Algunas veces <input type="radio"/> 3. Nunca	8. Me siento lento. <input type="radio"/> 0. Siempre <input type="radio"/> 1. Frecuentemente <input type="radio"/> 2. Algunas veces <input type="radio"/> 3. Nunca

<p>9. Llego a sentirme asustado y como si tuviera mariposas en el estómago.</p> <p><input type="radio"/> 0. No, nunca</p> <p><input type="radio"/> 1. Ocasionalmente</p> <p><input type="radio"/> 2. Frecuentemente</p> <p><input type="radio"/> 3. Siempre</p>	<p>10. He perdido el interés en mi apariencia.</p> <p><input type="radio"/> 0. Definitivamente sí</p> <p><input type="radio"/> 1. No me importante tanto como antes</p> <p><input type="radio"/> 2. Probablemente, no le tomo mucha importancia</p> <p><input type="radio"/> 3. Le doy la misma y/o más importancia</p>
<p>11. Me siento intranquilo, como si tuviera que estar en movimiento constantemente.</p> <p><input type="radio"/> 0. Siempre</p> <p><input type="radio"/> 1. Frecuentemente</p> <p><input type="radio"/> 2. No mucho</p> <p><input type="radio"/> 3. Nunca</p>	<p>12. Veo el futuro disfrutando de las cosas.</p> <p><input type="radio"/> 0. Más que nunca</p> <p><input type="radio"/> 1. Un poco menos de que acostumbro</p> <p><input type="radio"/> 2. Definitivamente menos de lo que acostumbro</p> <p><input type="radio"/> 3. No lo hago</p>
<p>13. Tengo repentinos sentimientos de pánico</p> <p><input type="radio"/> 0. Siempre</p> <p><input type="radio"/> 1. Frecuentemente</p> <p><input type="radio"/> 2. Un muy seguido</p> <p><input type="radio"/> 3. Nunca</p>	<p>14. Puedo disfrutar de una buena revista o programa de televisión.</p> <p><input type="radio"/> 0. Siempre</p> <p><input type="radio"/> 1. Frecuentemente</p> <p><input type="radio"/> 2. Algunas veces</p> <p><input type="radio"/> 3. Nunca</p>

Puntaje	
ANSIEDAD	0. Nula (0-2)
	1. Leve/Moderado (3-8)
	2. Severa (>9)
DEPRESIÓN	0. Nula (0-1)
	1. Leve/Moderado (2-6)
	2. Severa (>7)

Anexo 6. Cuestionario de Síntomas de Estrés

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS DE ESTRÉS

Instrucciones: Tomando en cuenta que someterse a una cirugía cardíaca puede ser considerado como un evento que provoca cambios significativos en la vida, responda las siguientes preguntas:

¿Desde que sabe que va a ser operado ¿han disminuido o aumentado sus actividades en las siguientes áreas de su vida?

	0. Disminuido	1. Se ha mantenido	2. Aumentado	3. No aplica
1. Laboral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Familiar/Hogar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Académica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En las últimas dos semanas ¿con qué frecuencia ha presentado los siguientes síntomas?

Síntomas	0. Nunca	1. A veces	2. Frecuentemente	3. Siempre
1. Irritabilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Enojo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Aumento de la presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Latidos fuertes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Náuseas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Vómito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Diarrea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Estreñimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Boca seca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Manos o pies fríos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Manos o pies sudorosos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Tensión muscular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Dolor de cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Dolor de espalda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Dificultad para estar sentado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Comer más de lo acostumbrado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Síntomas	0. Nunca	1. A veces	2. Frecuentemente	3. Siempre
17. Falta de apetito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Consumo de alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Fumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Consumo de café	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Consumo de drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Automedicarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Respiración agitada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Falta de aire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Ansiedad/angustia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Temor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Trastornos del sueño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Dificultad para concentrarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Dificultad para recordar cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Dificultad para resolver problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Dificultad para tomar decisiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Pensamientos estresantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntaje total	
----------------------	--

|

Anexo 7. Cuestionario Breve de Percepción de Enfermedad

CUESTIONARIO BREVE DE PERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD

Instrucciones: Por favor, responda las siguientes preguntas seleccionando el número que mejor represente su opinión.

1. ¿Cuánto afecta su enfermedad cardíaca a su vida?

0. Nada 1. Poco 2. Bastante 3. Totalmente

2. ¿Cuánto cree usted que durará su enfermedad cardíaca?

0. Muy poco tiempo 1. Poco tiempo 2. Mucho tiempo 3. Para siempre

3. ¿Cuánto control siente usted que tiene sobre su enfermedad cardíaca?

3. Ningún control 2. Poco control 1. Bastante control 0. Completamente

4. ¿En qué medida cree usted que su tratamiento ayuda a mejorar su enfermedad cardíaca?

3. Nada 2. Poco 1. Bastante 0. Completamente

5. ¿En qué medida siente usted síntomas debidos a su enfermedad cardíaca?

0. Ningún síntoma 1. Pocos síntomas 2. Bastantes síntomas 3. Muchos síntomas

6. ¿En qué medida está usted preocupado por su enfermedad cardíaca?

0. Nada 1. Poco 2. Bastante 3. Completamente

7. ¿En qué medida siente usted que entiende su enfermedad cardíaca?

0. Nada 1. Poco 2. Bastante 3. Completamente

8. ¿En qué medida le afecta emocionalmente su enfermedad cardíaca?

0. No me afecta 1. Me afecta poco 2. Me afecta bastante 3. Me afecta totalmente

9. Por favor mencione en orden de importancia tres factores que causaron su enfermedad:

0. _____
1. _____
2. _____
-

Anexo 8. Inventario de Afrontamiento a las Lesiones y Problemas de Salud (CHIP)

CHIP

Instrucciones: Indique por favor con qué frecuencia realiza este tipo de actividades a partir de que sabe que será sometido a su cirugía cardíaca.

	1. Nunca	2. Algunas veces	3. La mayoría de las veces	4. Siempre
1. Pensar en tiempos mejores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Permanecer en calma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Obtener más información	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Preguntarse ¿por qué yo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Estar con otras personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Descansar cuando esté fatigado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Buscar un tratamiento rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Sentirse enojado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Dormir durante el día	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Enfocarse en su recuperación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Sentirse frustrado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Disfrutar de la atención de la gente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Descansar para tomar energía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Aprender más	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Pensar en las cosas que no pueden hacer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Tener un plan para el futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mantenerse caliente o arropado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Cumplir con consejos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Fantasear con ser saludable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Escuchar música	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. A condicionar su entorno para sentirse relajado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Seguir las instrucciones del médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Desear que no hubiera ocurrido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Invitar alguna compañía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Mantenerse tranquilo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Tomar sus medicamentos a tiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Pensar que está indefenso (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Tener cosas agradables alrededor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Ponerse cómodo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Averiguar acerca de los tratamientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Preocuparse por su salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Estilos de afrontamiento	Ítems	Puntaje
Distracción	1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29	
Paliativo	2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30	
Instrumental	3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31	
Emocional	4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32	

Anexo 9. Cuestionario MOS de apoyo social

CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL

Instrucciones: Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda que usted ha recibido por parte de familiares y amigos desde que sabe que va a ser operado.

1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (Personas con las que se sienta a gusto y pueda hablar acerca de todo lo que le ocurre).

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

	1. Nunca	2. Pocas veces	4. La mayoría de las veces	5. Siempre
<u>M</u> 2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>E</u> 3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>E</u> 4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>M</u> 5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>A</u> 6. Alguien que le muestre amor y afecto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>S</u> 7. Alguien con quien pasar un buen rato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>E</u> 8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>E</u> 9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>A</u> 10. Alguien que le abrace	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>S</u> 11. Alguien con quien pueda relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>M</u> 12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>E</u> 13. Alguien cuyo consejo realmente desee	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>S</u> 14. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>M</u> 15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<u>E</u> 16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>E</u> 17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>S</u> 18. Alguien con quien divertirse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>E</u> 19. Alguien que comprenda sus problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>A</u> 20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tabla de puntajes

Dimensiones	Puntaje		Medias	Puntaje
	Mínimo	Máximo		
Apoyo emocional (3, 4, 8, 9, 13, 16, 17, 19)	8	40	24	
Ayuda material o Instrumental (2, 5, 12, 15)	4	20	12	
Relaciones sociales de ocio y distracción (7, 11, 14, 18)	4	20	12	
Apoyo afectivo (6, 10, 20)	3	15	9	
Apoyo social total	19	95	57	

Anexo 10. Life Orientation Test (LOT-R)

LOT-R

Instrucciones: Considerando sus propios sentimientos respecto a su enfermedad cardíaca, evalúe qué tan de acuerdo está con las afirmaciones que se le darán a conocer, sea lo más honesto posible y recuerde que no hay afirmaciones correctas o incorrectas.

	Totalmente de acuerdo (4)	Un poco de acuerdo (3)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (2)	Un poco en desacuerdo (1)	Totalmente en desacuerdo (0)
1. En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*2. Me resulta fácil relajarme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Si algo malo me puede pasar, estoy seguro de que me pasará **	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Siempre soy optimista en cuanto al futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*5. Disfruto mucho a mis amistades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*6. Para mí es importante estar ocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera **	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*8. No me molesto fácilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Casi nunca cuento con que me sucedan cosas buenas **	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

NOTA:

* Los ítems 2, 5, 6 y 8 son de relleno por tanto no se consideran para la calificación del instrumento.

** Los ítems 3, 7 y 9 tienen una puntuación inversa

Puntaje total: _____

- 1. Muy pesimista (0-4)
- 2. Pesimista (5-8)
- 3. Medio (9-15)
- 4. Optimista (16-20)
- 5. Muy optimista (21-24)

Anexo 11. Escala de Autoeficacia en la Enfermedad Cardíaca

ESCALA DE AUTOEFICACIA CARDIACA

Instrucciones: Considerando su enfermedad, conteste las siguientes preguntas evaluando qué tan seguro está de saber o poder realizar lo que se menciona.

¿Qué tan seguro se siente de saber o poder...	0. Nada seguro	1. Algo seguro	2. Moderadamente seguro	3. Muy seguro	4. Totalmente seguro	5. No aplica
1. Controlar el dolor en su pecho al cambiar sus niveles de actividad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Controlar la falta de aire al cambiar sus niveles de actividad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Controlar el dolor en su pecho al tomar sus medicamentos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Controlar la falta de aire al tomar sus medicamentos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. En qué momento llamar o visitar al doctor con relación a su enfermedad cardíaca?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Hacerle entender a su médico las preocupaciones que usted tiene acerca de su enfermedad cardíaca?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Cómo tomar sus medicamentos para el corazón?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Cuánta actividad física es buena para usted / puede realizar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Mantener sus actividades sociales habituales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mantener sus actividades habituales en casa con su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mantener sus actividades habituales en el trabajo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Mantener sus actividades sexuales habituales con su pareja?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Hacer ejercicio aeróbico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo 12. Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M)

CUESTIONARIO DE RESILIENCIA MEXICANA (RESI-M)

Instrucciones: Indique con qué frecuencia se identifica con cada una de las siguientes afirmaciones.

	0. Nunca	1. Algunas veces	2. La mayoría de las veces	3. Siempre
1. Lo que me ha ocurrido en el pasado me hace sentir confiana para enfrentar nuevos retos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sé dónde buscar ayuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Soy una persona fuerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sé muy bien lo que quiero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Tengo el control de mi vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Me gustan los retos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Me esfuerzo por alcanzar mis metas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Estoy orgulloso de mis logros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Sé que tengo habilidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Creer en mí mismo me ayuda a superar los momentos difíciles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Creo que voy a tener éxito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Sé cómo lograr mis objetivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Pase lo que pase siempre encontraré una solución	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Mi futuro pinta bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Sé que puedo resolver mis problemas personales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. estoy satisfecho conmigo mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Tengo planes realistas para el futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Confío en mis decisiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Cuando no estoy bien, pienso que vendrán tiempos mejores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me siento cómodo con otras personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Me es fácil establecer contacto con nuevas personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Me es fácil hacer nuevos amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Es fácil para mí tener un buen tema de conversación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	0. Nunca	1. Algunas veces	2. La mayoría de las veces	3. Siempre
24. Fácilmente me adapto a situaciones nuevas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Es fácil para mi hacer reír a otras personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Disfruto estar con otras personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Sé cómo comenzar una conversación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Tengo una buena relacion con mi familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Disfruto estar con mi familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. En nuestra familia somos leales entre nosotros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. En nuestra familia disfrutamos de hacer actividades juntos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Aún en momentos difíciles, nuestra familia tiene una actitud optimista hacia el futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. En nuestra familia coincidimos en relacion a lo que consideramos importante en la vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Tengo algunos amigos/familiares que realmente se preocupan por mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Tengo algunos amigos/ familiares que me apoyan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Siempre tengo alguien que puede ayudarme cuando lo necesito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Tengo algunos amigos/ familiares que me alientan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Tengo algunos amigos/ familiares que valoran mis habilidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Las reglas y la rutina hacen mi vida más fácil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Mantengo mi rutina aún en momentos difíciles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Prefiero planear mis actividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Trabajo mejor cuando tengo metas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Soy bueno para organizar mi tiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo 13. Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

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

1. Por favor indique con una X cuánto le ha limitado su enfermedad cardíaca (dificultad para respirar, dolor en el pecho, desmayos, sudoración, etc.) en su habilidad para hacer las siguientes actividades en las últimas dos semanas.

Actividades	1 Totalmente limitado	2 Muy limitado	3 Moderadamente limitado	4 Ligeramente limitado	5 Nada limitado	6 Limitado por otras razones/ no hago esa actividad
a) Vestirse usted mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Bañarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Caminar una cuadra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Realizar quehaceres domésticos o cargar su mandado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Subir varios escalones sin detenerse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Caminar rápido (como para alcanzar el camión)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. ¿Comparado con hace 2 semanas, han cambiado sus síntomas de enfermedad cardíaca (desmayos (síncope), mareos, vértigo, dolor en el pecho, falta de aire, palidez, sudoración, etc.)?	3. ¿En las últimas 2 semanas, con que frecuencia ha tenido; desmayos (síncope), mareos, vértigo, dolor en el pecho, falta de aire, palidez, sudoración, etc.?
<input type="radio"/> 1. Empeorado Mucho <input type="radio"/> 2. Empeorado Ligeramente <input type="radio"/> 3. No han cambiado <input type="radio"/> 4. Mejorado Ligeramente <input type="radio"/> 5. Mejorado Mucho <input type="radio"/> 6. No he tenido ningún síntoma en las últimas 2 semanas	<input type="radio"/> 1. Todos los días. <input type="radio"/> 2. 3 o más veces por semana pero no todos los días <input type="radio"/> 3. 1 a 2 veces a la semana <input type="radio"/> 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...</p>	<p>5. ¿En las últimas 2 semanas, cuántas veces ha presentado; mareos, vértigo, dolor en el pecho, falta de aire, palidez, sudoración y este hecho lo ha limitado para hacer lo que usted quiere?</p>
<p> <input type="radio"/> 1. Totalmente <input type="radio"/> 2. Mucho <input type="radio"/> 3. Moderadamente <input type="radio"/> 4. Ligeramente <input type="radio"/> 5. No he tenido ningún síntoma. </p>	<p> <input type="radio"/> 1. Todo el tiempo <input type="radio"/> 2. Varias veces al día <input type="radio"/> 3. Por lo menos una vez al día <input type="radio"/> 4. 3 o más veces por semana pero no todos los días <input type="radio"/> 5. 1 a 2 veces por semana <input type="radio"/> 6. Nunca durante las últimas 2 semanas </p>
<p>6. ¿En las últimas 2 semanas, cuánto le ha molestado el dolor en el pecho y/o la falta de aire? Ha sido fastidioso...</p>	<p>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)?</p>
<p> <input type="radio"/> 1. Totalmente <input type="radio"/> 2. Mucho <input type="radio"/> 3. Moderadamente <input type="radio"/> 4. Ligeramente <input type="radio"/> 5. No he tenido síntomas. </p>	<p> <input type="radio"/> 1. Todo el tiempo <input type="radio"/> 2. Varias veces al día <input type="radio"/> 3. Por lo menos una vez al día <input type="radio"/> 4. 3 o más veces por semana pero no todos los días <input type="radio"/> 5. 1 a 2 veces por semana <input type="radio"/> 6. Nunca durante las últimas 2 semanas </p>
<p>8. ¿En las últimas 2 semanas, cuánto le han molestado la palidez y/o sudoración? Ha sido fastidioso...</p>	<p>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?</p>
<p> <input type="radio"/> 1. Totalmente <input type="radio"/> 2. Mucho <input type="radio"/> 3. Moderadamente <input type="radio"/> 4. Ligeramente <input type="radio"/> 5. No he tenido síntomas. </p>	<p> <input type="radio"/> 1. Todos los días <input type="radio"/> 2. 3 o más veces por semana pero no todos los días <input type="radio"/> 3. 1 a 2 veces por semana <input type="radio"/> 4. Nunca en las dos semana </p>
<p>10. Los síntomas de la enfermedad cardíaca pueden empeorar por varias razones, ¿Qué tan seguro está de saber qué hacer, o a quién llamar, si su enfermedad cardíaca empeorara?</p>	<p>11. ¿Qué tanto sabe sobre las cosas que tiene que hacer para cuidar el marcapasos? (ejemplo, no hacer fuerza con el brazo izquierdo durante el primer mes).</p>
<p> <input type="radio"/> 1. Totalmente Inseguro <input type="radio"/> 2. Muy Inseguro <input type="radio"/> 3. Algo Seguro <input type="radio"/> 4. Muy Seguro <input type="radio"/> 5. Totalmente Seguro. </p>	<p> <input type="radio"/> 1. No sé nada en absoluto <input type="radio"/> 2. No sé mucho <input type="radio"/> 3. Sé algo <input type="radio"/> 4. Conozco varias cosas <input type="radio"/> 5. Lo sé todo </p>

12. ¿En las últimas 2 semanas, qué tanto se ha sentido limitado para disfrutar la vida debido a su enfermedad cardíaca?	13. ¿Como le hace sentir el hecho de tener que pasar el resto de su vida con un marcapasos?
<input type="radio"/> 1. Totalmente <input type="radio"/> 2. Mucho <input type="radio"/> 3. Moderadamente <input type="radio"/> 4. Ligeramente <input type="radio"/> 5. No me ha limitado disfrutar de la vida	<input type="radio"/> 1. Insatisfecho <input type="radio"/> 2. De algún modo satisfecho <input type="radio"/> 3. Moderadamente satisfecho <input type="radio"/> 4. La mayor parte del tiempo satisfecho <input type="radio"/> 5. Completamente satisfecho.
14. ¿En las últimas 2 semanas, con qué frecuencia se ha sentido desalentado o deprimido debido a su enfermedad cardíaca?	
<input type="radio"/> 1. Todo el Tiempo <input type="radio"/> 2. La mayor parte del tiempo <input type="radio"/> 3. Ocasionalmente <input type="radio"/> 4. Nunca	

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

Actividades	1 Totalmente limitado	2 Muy limitado	3 Moderadamente limitado	4 Ligeramente limitado	5 Nada limitado	6 No aplica o no lo hice
a) Los pasatiempos y actividades recreativas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Trabajar o realizar quehaceres domésticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Caminar rápido (como para alcanzar el camión)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Actividades	1 Totalmente limitado	2 Muy limitado	3 Moderadamente limitado	4 Ligeramente limitado	5 Nada limitado	6 No aplica o no lo hice
a) Visitar a familia o amigos fuera de su casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Relaciones cercanas con sus amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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		