



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**AFRONTAMIENTO Y DEPRESIÓN EN PACIENTES POST-
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO.**

P R E S E N T A:

MARÍA ELENA PÉREZ RODRÍGUEZ

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**



**Facultad
de Psicología**

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. LILIA JOYA LAUREANO

REVISORA: MTRA. LAURA SOMARRIBA ROCHA

SINODALES: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

LIC. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDOÑEZ

DR. EDGAR LANDA RAMÍREZ

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., Febrero, 2018.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Es grato saber y darse cuenta que durante todos estos años de mi vida he estado rodeada de personas realmente importantes que contribuyen en gran medida a que logre cada meta que me he propuesto, algunas veces pospuestas por circunstancias dolorosas y que han dejado huella en mi corazón, en mi alma y en mi espíritu, mi pequeño Saúl te llevo en mi corazón. Gracias a estas experiencias he aprendido que hay que levantarse y nuevamente seguir el camino que ha sido iluminado por ese gran ser llamado DIOS a quien por supuesto agradezco todo aquello que me rodea, empezando por mis Padres que han sido esa fortaleza, ese amor incondicional, esa enseñanza de “*ser mejor ser humano cada día*”.

Agradezco a mi pequeña luz brillante resplandeciente como el sol, *Eileén Desire* por todos esos momentos que hemos pasado juntas; bendigo ese momento en que Dios me eligió a mí para ser tu Madre, tu guía pero sobre todo aquella persona de la cual puedas estar orgullosa, estoy consciente que deje pasar momentos de convivencia, de juego, de paseos por seguir el sueño de ser estudiante de la máxima casa de estudios desde el C.C.H ya que para mí es un orgullo; pero sobretodo un privilegio pertenecer a la Facultad de Psicología de la U.N.A.M.

También agradezco a mis hermanos por su paciencia a Blanca, Juan y Carlos, ya que han estado acompañándome en cada momento durante mi crecimiento personal y profesional, claro también a mis sobrinos Angeloty, Lilis, Chelina, Tita, Darlys, Fanny y Havi que me apoyan.

Gracias Mtra. Lilia Joya por su tiempo, dedicación, paciencia y comprensión para la realización de esta tesis y a todos los que contribuyeron a la finalización de este trabajo, sus aportaciones realmente fueron de gran ayuda, Mtra. Laura Somarriba, Dr. Jurado, Mtra. María Eugenia Ordoñez y Dr. Edgar Landa infinitas gracias por todo su apoyo. También Dr. Pérez Alva, Jefa Vero y demás personal del Hospital General de Puebla por las facilidades que me otorgaron, a toda la familia del IHPG, “mi grupo, mi familia” por alentarme a seguir.

Gracias a mis amigos Sr. Angel y Luci, al grupo de oración por animarme y recordarme que no hay que dejar de lado el plan de vida que Dios nos marcó desde el principio de nuestra existencia para ayudar en lo posible a nuestro hermano y semejante, sobre todo a *“Amar a Dios sobre todas las cosas ya que Dios mismo está en cada corazón”*.

Gracias a mis pacientes que a lo largo de estos 22 años de trabajo en el área hospitalaria en los servicios de urgencias adultos, terapia intensiva y unidad coronaria, me inspiraron para seguir preparándome académicamente para brindarles un mejor cuidado integral en mi amado Hospital Juárez de México.

Gracias a mi amadísima ***Universidad Nacional Autónoma de México*** por ser parte de mi vida y a cada uno de mis maestros por ser parte de mi formación, soy orgullosamente **UNAM**

“POR MI RAZA, HABLARA EL ESPÍRITU”.

ÍNDICE

	Pág.
Resumen.....	VII
Introducción.....	1
CAPITULO I Infarto Agudo del Miocardio	
1.1 Definiciones.....	6
1.2 Fisiopatología.....	7
1.3 Clasificación.....	8
1.4 Síntomas de IAM.....	9
1.5 Factores de Riesgo.....	9
1.5.1 Factores de Riesgo inherentes.....	10
1.5.2 Factores de Riesgo Tradicionales.....	10
1.5.2.1 Hipercolesterolemia.....	10
1.5.2.2 Hipertensión Arterial.....	10
1.5.2.3 Obesidad.....	11
1.5.2.4 Consumo de Tabaco y Alcohol.....	12
1.5.2.5 Sedentarismo.....	14
1.5.3 Factores de Riesgo Emocionales.....	14
1.5.3.1 Patrón de Conducta Tipo A.....	15
1.5.3.2 Ira y Hostilidad.....	16
1.5.3.3 Depresión.....	17
1.5.3.4 Ansiedad.....	18
1.5.3.5 Falta de Contacto o Actividad Social.....	18
CAPITULO II Afrontamiento	
2.1 Definición.....	20
2.2 Clasificación.....	21
2.3 Estrategias y estilos de Afrontamiento.....	24
2.4 Afrontamiento ante la enfermedad.....	24

2.5 Recursos y habilidades de afrontamiento	26
2.6 Cuestionario de modos de afrontamiento	28

CAPÍTULO III Depresión

3.1 Definición.....	30
3.2 Sintomatología.....	30
3.3 La Depresión en la Enfermedad Coronaria.....	31
3.4 La Etiología de la Depresión en Pacientes con Enfermedad Coronaria.. ...	32
3.5 Tratamiento de la depresión en pacientes cardiológicos.....	33
3.5.1. Las Intervenciones Psicológicas.....	33

CAPÍTULO IV Método

4.1 Pregunta de investigación.....	35
4.2 Objetivo general.....	35
4.3 Objetivos Específicos.....	35
4.4 Tipo de estudio.....	35
4.5.1 Hipótesis.....	35
4.6 Variables.....	35
4.6.1 Definiciones conceptuales.....	35
4.6.2. Definiciones de trabajo.....	36
4.7 Participantes.....	36
4.8 Instrumentos.....	37
4.9 Escenario.....	38
4.10 Procedimiento.....	38
4.11 Análisis de los datos.....	38

CAPÍTULO V Resultados.....

Discusión.....	46
Limitaciones.....	47
Conclusiones.....	47
Sugerencias.....	48

REFERENCIAS.....	50
-------------------------	-----------

ANEXOS

Anexo I. Consentimiento Informado para participar en un estudio de Investigación Psicológica.....	57
Anexo II. Ficha de Identificación del paciente.....	59
Anexo III Escala Modos de Afrontamiento de Lazarus.....	60
Anexo IV. Inventario de Beck BDI*	64

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares son un problema de salud actual a nivel mundial, existen factores de riesgo que los predisponen que son los inherentes, que no se pueden modificar, los tradicionales todos ellos modificables y también los factores emocionales, que al tratarse oportunamente puede prevenir un episodio de infarto y un reinfarto; es por ello la importancia de abordar a este grupo de pacientes. El objetivo principal de este trabajo es identificar la incidencia de depresión y los estilos de afrontamiento que utilizan los pacientes ante un evento de infarto agudo de miocardio.

Participaron en este trabajo 11 pacientes del Hospital General de Puebla que presentaron un infarto agudo de miocardio de ambos sexos, entre 30 y 70 años de edad que aceptaron colaborar en el estudio; se excluyeron aquellos pacientes cuyo estado de salud física lo impedía. Se aplicaron los instrumentos de Inventario de Depresión (BDI) Beck y Escala de afrontamiento de Lazarus y Folkman estandarizado en población mexicana y se realizó un análisis descriptivo.

Palabras clave: Infarto Agudo de miocardio, Depresión, Afrontamiento

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos y son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa. Se calcula que en 2012 murieron por esta causa 17,5 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. De estas muertes, 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,7 millones, a los AVC. 23,3 millones de personas podrían morir por ECV en 2030 (WHO, 2015, p.1).

Ante esta problemática de salud a nivel mundial la Organización Mundial de la Salud (2005) menciona que este síndrome coronario isquémico de tipo infarto agudo de miocardio afecta tanto a hombres como a mujeres, antes se creía que solo le ocurría solamente a los hombres, sin embargo las mujeres tienden a emparejar la incidencia posterior a la menopausia, también dicho síndrome no discrimina nivel socioeconómico, cultural, ni raza (p.7.)

Aunque la tasa de mortalidad por IAM (Infarto Agudo del Miocardio), ha disminuido cerca de 30% en los últimos 10 años, cuando este incidente se produce, sigue siendo mortal en 33% de los enfermos. El IAM puede afectar a la persona durante los años más productivos de su vida y tener consecuencias psicosociales y económicas profundas (Braunwald, 2001, p.1291).

La incidencia de infarto agudo de miocardio también se debe a factores de índole emocional, entre ellos la ira y la hostilidad, la ansiedad, depresión, personalidad tipo A, estrés, ausencia de apoyo social. ...“la ira suele ir acompañada del desarrollo de trastornos cardiovasculares” (Albert & Chip, 2007, p.26)

De acuerdo con Bermúdez, Pérez, Ruiz, Sanjuán & Rueda (2013) los factores de riesgo predisponentes para presentar un infarto agudo de miocardio se dividen en factores inherentes; es decir, que no se pueden cambiar. También se encuentran los factores tradicionales que tienen que ver más con el estilo de vida que van originando daños importantes en el organismo; por último se encuentran los factores emocionales y estos se deben a estilos de afrontamiento poco efectivos ante momentos estresantes de la vida. Aunado a esto, establecen que el nivel de hostilidad y algunas estrategias de afrontamiento que han resultado poco efectivas pueden ocasionar que las personas

padezcan ansiedad y depresión que, a su vez, éstas se asocian con respuestas cardiovasculares y neuroendócrinas que contribuyen a las enfermedades cardiovasculares.

Al respecto, Fernández, Díaz & Domínguez (2003) refieren que las investigaciones van encaminadas a buscar la relación que existe entre, depresión y muerte; sugiriendo algunas variables que dificultan el tratamiento de los pacientes como lo es la falta de adherencia terapéutica que ocasiona una disminución en la calidad de vida de estos pacientes.

De igual forma Frasure-Smith, Lespérance & Talajic (1994) encontraron que el 16% de los pacientes hospitalizados con infarto agudo de miocardio cumplieron con los criterios de depresión. También la depresión se asocia a deficientes mecanismos de afrontamiento, así como disminución en la atención de la salud.

Del mismo modo mencionan que los pacientes que tienen depresión después de un infarto de miocardio tienen una mortalidad significativamente más alta que los pacientes sin depresión, también se ha encontrado que la ansiedad y el estrés predisponen a un infarto, de reincidir con este tipo de factores que predisponen un infarto, la probabilidad de presentar un evento isquémico tipo infarto agudo de miocardio aumenta repercutiendo severamente en el estado de salud de estos pacientes. Se han identificado factores de riesgo psicológico como la depresión y el afrontamiento inadecuado que desencadenan un re-infarto del miocardio ocasionando la muerte en ese grupo de pacientes, también existen estudios que demuestran que la depresión es un factor de riesgo significativo en la enfermedad coronaria, en el infarto de miocardio y en la mortalidad cardíaca (Fernández et al. 2003; Contreras, Esguerra, Espinoza & Gómez, 2007).

Carici et al. (1997) en su estudio, no confirman el incremento de frecuencia en mortalidad (6-meses) entre pacientes depresivos recuperados de un infarto agudo de miocardio, sin embargo observan que los pacientes que estaban más deprimidos aumentaron claramente la mortalidad; si al mismo tiempo no eran ansiosos, este resultado fue independiente de los indicadores de riesgo físicos (Fernández et al. 2003).

En cuanto al afrontamiento Bennett & Boothby (2007) encontraron que los hombres tienden a usar estrategias de afrontamiento más activas o centrada en el problema y las mujeres tienden a utilizar estrategias más pasivas o centradas en la emoción, sin embargo no hay evidencia del rol de género en la forma cómo las personas tienden a utilizar estrategias de afrontamiento, ya que estas estrategias enfocadas en el problema y centradas en la emoción se utilizan en función de sus necesidades y situaciones específicas. Algunas personas con enfermedades cardiovasculares han encontrado una variedad de maneras para hacer frente a su enfermedad, parece ser que estas personas tienden a utilizar estrategias de afrontamiento saludables y adaptativas, varios estudios han encontrado que: "...los individuos con enfermedad coronaria hacen frente de forma optimista, recurriendo al afrontamiento activo esto es: solución activa de problemas, reevaluación positiva, y la búsqueda de apoyo social son los estilos de afrontamiento usados con mayor frecuencia" (Bennett & Boothby, 2007, p.271).

Por lo tanto, las personas más optimistas utilizan un menor número de estrategias de supervivencia negativas, lo que origina una mejor función física en un período de seis semanas de seguimiento. Del mismo modo, los individuos con un mayor apoyo social adoptan un menor número de estrategias de supervivencia negativas, que también dio lugar a una mejor salud física. De igual manera, la estrategia de reinterpretación positiva, en la cual el individuo reconoce la realidad de la enfermedad y se centra en los aspectos positivos de la situación, permite predecir significativamente la calidad de vida (Bennett & Boothby, 2007).

El estilo de afrontamiento optimista se encuentra relacionado con mejor salud mental y favorece la calidad de vida. Por el contrario, se ha encontrado que ciertos estilos de afrontamiento son poco efectivos que afectan la calidad de vida de las personas, entre los que se encuentran las estrategias confrontativa, independiente, evasiva y emotiva (Contreras, et al. 2007).

Whitmarsh, Koutantji & Sidell (2003) investigaron si los asistentes y no asistentes de los programas de rehabilitación cardíaca difieren en cuanto a los síntomas psicológicos, afrontamiento, creencias y enfermedad, encontrando que los individuos que utilizaban las estrategias de afrontamiento enfocado en el problema y centrada en

la emoción tenían mayor probabilidad de asistir a rehabilitación cardíaca que las personas que utilizan menos estas estrategias.

Bennett & Boothby (2007) mencionan que los asistentes a programas de rehabilitación cardíaca tenían puntuaciones significativamente más altas sobre las medidas de ansiedad y depresión, en comparación a los no asistentes, infieren que se puede deber a que la angustia que viven sirve como motivación para continuar con su tratamiento. Vögele, Christ & Spaderna (2012) en su investigación sobre la amenaza cardíaca y su asociación con la depresión encontraron que efectivamente existe poco después de un infarto agudo de miocardio.

Es importante señalar que la información recabada para este trabajo muestra que se han realizado en otros países y en el nuestro hay escasas investigaciones sobre el tema, una de ellas se realizó en el Distrito Federal por Cruz (2007); donde encontró en una muestra de 52 de pacientes que 44 de ellos presentaron resultados negativos para depresión, 7 pacientes con datos de depresión leve a moderada, y sólo 1 con características clínicas de depresión severa.

En el seguimiento a 6 meses encontró que 33 pacientes no presentaron depresión clínica, 2 pacientes presentaron depresión leve a moderada y 3 presentaban depresión severa, cabe mencionar que 7 de los pacientes en ese periodo fallecieron, dentro de los cuales 2 de ellos en la evaluación inicial presentaron depresión leve a moderada.

Por tanto resulta importante abordar este tema de problema de salud pública en población mexicana tomando como muestra un estado del interior de la república con el objetivo de recabar información que ayude a encontrar, primero si existe una incidencia significativa de pacientes con depresión posterior a un infarto agudo de miocardio, posteriormente evaluar la incidencia de estrategias de afrontamiento más utilizadas por estos pacientes, para con ello en posteriores trabajos diseñar un plan de atención que contribuya a un manejo adecuado de la enfermedad y mejorar con ello la calidad de vida de estos pacientes.

El capítulo uno trata la definición de IAM, fisiopatología, clasificación, factores de riesgo.

En el capítulo dos se muestra información relevante sobre afrontamiento (definición, clasificación y estrategias).

En el capítulo tres se aborda el tema específico de depresión en pacientes cardiológicos, posteriormente en el capítulo cuatro se describe la metodología para presentar los resultados obtenidos.

CAPÍTULO I

Infarto Agudo del Miocardio

El sistema cardiovascular comprende sangre, corazón y vasos sanguíneos, a fin de que la sangre llegue a las células de los diversos tejidos e intercambie materiales con ellas, debe ser impulsada constantemente por los vasos sanguíneos y es el corazón la bomba que la hace circular (Tortora & Grabowski, 2002, p. 643).

El corazón humano tiene apenas el tamaño casi igual al puño cerrado de una persona y se considera el músculo más fuerte del cuerpo. En una persona adulta en reposo, late alrededor de 70 veces por minuto, cabe mencionar que la frecuencia cardíaca aumenta o disminuye dependiendo la edad de las personas y que varía cuando el cuerpo está en reposo o en actividad, incluso se modifica ante la presencia de alguna emoción (Tortora & Grabowski, 2002; OMS, 2005).

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (2005) menciona que el corazón recibe oxígeno y algunos nutrientes por las arterias coronarias y cuando se ve interrumpido el flujo de sangre que llega al corazón esta falta de oxígeno y nutrientes puede lesionar severamente el músculo cardíaco, dando origen a un infarto de miocardio; cuando esta obstrucción se presenta de manera parcial puede originar una angina inestable.

Existen diversas definiciones de infarto agudo de miocardio unas con términos menos complejos que otros, entre las que destacan las siguientes:

1.1 Definiciones

“El infarto agudo de miocardio representa la manifestación más significativa de la cardiopatía isquémica, que se presenta cuando se produce una necrosis del músculo cardíaco como consecuencia de una isquemia severa” (Aguilar & Garabito, 2008, p. 102).

Para la Mayo Foundation for Medical Education and Research (2001) el infarto agudo del miocardio es: “Un infarto es un área de tejido que ha sido dañada permanentemente debido a la falta de oxígeno y nutrientes” (p. 91).

Otra definición de infarto de miocardio la resumen Bueno & Buceta (1997) como la necrosis miocárdica aguda de origen isquémico, secundaria a la presencia de un

trombo en alguna de las arterias coronarias, donde el paciente experimenta dolor opresivo intenso de similar sintomatología que la angina de pecho solo que el infarto perdura por más tiempo y se acompaña por diaforesis y náuseas.

1.2 Fisiopatología

La aterotrombosis (enfermedad cardiovascular y vascular cerebral) es uno de los mayores asesinos del mundo (World Health Organization Cardiovascular, 2007,s.p.).

En tanto, Valadez (2007) en el Manual de Urgencias Cardiológicas del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez menciona que la mayoría de los infartos del miocardio se deben a la aterosclerosis coronaria con trombosis coronaria y ésta a su vez a la presencia de un trombo que ocluye alguna arteria coronaria, siendo un proceso complejo entre la aterosclerosis coronaria y la rotura, erosión o fisura de la placa aterosclerótica.

Estas placas vulnerables tienen un elevado contenido de lípidos (colesterol) y una delgada placa fibrosa, son en particular susceptibles al rompimiento; el sitio de la rotura ocurre en la unión de la placa con íntima normal, con la consecuente exposición de sustancias trombogénicas y la luz de la arteria coronaria se obstruye por la acción combinada de plaquetas, fibrina y eritrocitos. Esta serie de sucesos lleva a la formación del trombo, que al principio es rico en plaquetas (trombo blanco), y se liberan mediadores (tromboxano A₂, serotonina, factor activador de plaquetas, trombina) que inducen más agregación plaquetaria, vasoconstricción y mayor disminución del flujo anterógrado coronario. La activación de la cascada de la coagulación, con la formación resultante de un trombo formado por fibrina y eritrocitos (trombo rojo) propicia una reducción aun mayor del flujo coronario o bien la interrupción total de éste. Si la obstrucción coronaria es total, el trombo se compone sobre todo de fibrina y eritrocitos y se precipita un infarto del miocardio transmural, con elevación del segmento ST y casi siempre con ondas Q en el electrocardiograma (ECG). Si la obstrucción es parcial, el trombo se conforma en esencia de plaquetas y cantidades menores de fibrina y eritrocitos y sobreviene un infarto que no es transmural, sin elevación del segmento ST y por lo regular sin ondas Q en el ECG. (Valadez, 2003, p.58)

Cuando existe una placa aterosclerótica estable, cantidades menores de lípidos con capa fibrosa prominente y disminución de la luz mayor de 50% puede ocurrir un

infarto del miocardio, no por la rotura de la placa sino por el menor aporte de oxígeno (hipotensión, anemia, neumonías, tromboembolia pulmonar) o bien el aumento de las demandas de oxígeno (taquiarritmias, hipertensión descontrolada, fiebre, septicemia, estrés quirúrgico) (Valadez, 2003, p.59)

1.3 Clasificación:

Antes de contar con trombolíticos, los clínicos solían clasificar a los pacientes de IAM según su patrón electrocardiográfico mostrara o no infarto con onda Q durante los días que seguían al incidente agudo. El término “infarto con onda Q” Se consideraba prácticamente sinónimo de “infarto transmural”, en tanto que los “infartos sin onda Q” se denominaban “infartos subendocárdicos”. Se han logrado adelantos notables en los conocimientos de la fisiopatología del infarto agudo, que han permitido reorganizar los cuadros clínicos iniciales, de modo que ahora se habla de síndromes coronarios agudos, cuyo espectro incluye angina inestable, e infarto sin onda Q y con onda Q (Braunwald, 2001, p. 1293).

Sin embargo, en esta última década han surgido avances en el área de la cardiología y las clasificaciones han sido unificadas alrededor del mundo. Los autores Fuster, Walsh & Harrington (2012, p. 376) crearon una clasificación clínica de infarto de miocardio como parte de esta unificación de conceptos que abarca la mayor parte de las causas comunes que conducen a la necrosis miocárdica sugiriendo cinco tipos:

Tipo 1 Infarto de miocardio espontáneo, relacionada con isquemia de un evento coronario primario tal como erosión de la placa y / o ruptura, fisura, o disección.

Tipo 2 Infarto de miocardio secundario a desbalance isquémico (aumento de la demanda de oxígeno o disminución del suministro), por ejemplo, espasmo de la arteria coronaria, embolia, anemia, arritmias, hipertensión o hipotensión.

Tipo 3 Infarto de miocardio ocurre en el contexto de la muerte súbita cardíaca, incluyendo un paro cardíaco, a menudo con síntomas isquémicos anterior, acompañados de nueva elevación del segmento ST o nuevo Bloque de Rama Izquierda, o evidencia de trombo fresco por arteriografía coronaria o en la autopsia. La muerte suele ocurrir antes de que se obtengan muestras de sangre o antes de la aparición de los biomarcadores cardíacos en la sangre.

Tipo 4 Infarto de miocardio se asocia con Intervención coronaria percutánea se clasifica como: Tipo 4a o 4b.

Tipo 4a Infarto de miocardio asociado con Intervención coronaria percutánea.

Tipo 4b Infarto de miocardio asociado con trombosis del stent según lo documentado por angiografía o en la autopsia.

Tipo 5 Infarto de miocardio asociado con Cirugía de revascularización coronaria.

Cabe señalar que los pacientes pueden tener más de un tipo de MI simultáneamente o secuencialmente. Por ejemplo, un paciente puede tener la muerte cardiaca repentina de trombosis de la endoprótesis, teniendo de ese modo tanto de tipo 3 y 4b MI simultáneamente. Esta clasificación es más específica ya que consideran el momento en el cual se presenta el infarto y de esta forma permite crear estrategias específicas de tratamiento.

1.4 Síntomas de IAM

Reynoso & Seligson (2005) mencionan que los síntomas pueden incluir una sensación de opresión en el pecho, presentan un dolor en el esternón que se irradia al cuello, hombro, brazo izquierdo y se puede acompañar de náusea, fatiga, diaforesis, ansiedad y que la mayoría de las veces se puede presentar durante la actividad aunque no se descarta que se presente durante el reposo. En los adultos mayores regularmente sucede que tienen un umbral más alto al dolor por lo que a veces un infarto ha pasado inadvertido; sin en cambio en otros pacientes la única evidencia de infarto es la muerte súbita.

Para Macaya & López (2007) el síntoma característico del infarto agudo de miocardio es el dolor torácico, de tipo agudo, duradero de tipo opresivo e intenso localizado en el centro del pecho parecido a un puño que oprime el corazón, estos pacientes además, "...pueden presentar fiebre debido a la reacción inespecífica a la necrosis miocárdica; aparece después de 24 horas. Tras el infarto y remite antes del final de la primera semana" (Valadez, 2003, p.59).

1.5 Factores de Riesgo

Para Fernández et al. (2003) existen diversos factores de riesgo que afectan al proceso y progresión de la enfermedad coronaria, habitualmente se dividen en tres

grandes factores de riesgo: los factores inherentes; los tradicionales y los emocionales que se detallan a continuación.

1.5.1. Factores de Riesgo inherentes

Los factores de riesgo inherente son de tipo genético o físico que no pueden ser cambiadas independientemente de las condiciones de vida y por lo tanto, no se pueden prevenir ni tratar como son la edad y el sexo. También, dentro de este grupo de factores se encuentran la diabetes mellitus y antecedentes heredofamiliares de accidentes cardiovasculares, en cuanto al sexo el índice de presentar un infarto agudo de miocardio es mayor en hombres que en mujeres, en pacientes mayores a 40 años de edad...“a mayor edad mayor riesgo, siendo especialmente crítico a partir de los 40 años y máximo el riesgo en los 60” (Fernández et al., 2003, p. 615).

1.5.2. Factores de Riesgo Tradicionales

Este grupo incluye factores de componente físico/biológico y emocional, como: altas concentraciones de colesterol y triglicéridos, hipertensión arterial, tabaquismo, obesidad y el sedentarismo.

1.5.2.1 Hipercolesterolemia

De acuerdo a Cachofeiro (2009) se considera hipercolesterolemia cuando los niveles de colesterol total en sangre se encuentran elevados; es decir, por arriba de 200 mg/dl considerándose como un factor de riesgo cardiológico. La hipercolesterolemia puede ser primaria o secundaria; en la primaria hay una predisposición genética, y en la secundaria se asocia a enfermedades hepáticas, endocrinas o renales.

Para Fernández, et al. (2003) consideran causal la relación que existe entre colesterol elevado y las enfermedades cardiovasculares. Por lo tanto, resumen que los niveles de colesterol LDL (lipoproteínas de baja densidad) presentan una fuerte relación positiva con la incidencia de cardiopatía isquémica, los de colesterol HDL (lipoproteínas de alta densidad) muestran una fuerte relación negativa.

1.5.2.2 Hipertensión Arterial

La hipertensión es uno de los factores de riesgo cardiovascular más importante, ya que se asocia en gran manera con la arteriosclerosis y sus complicaciones.

La hipertensión se define como una presión arterial sistólica de 140 mmHg o superior y/o una presión arterial diastólica de 90 mmHg o superior, en personas que no están tomando fármacos antihipertensivos (World Health Organization y la Sociedad Internacional de Hipertensión, WHO-ISH, 2003). Otra definición similar es la siguiente: “La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras \geq 140/90 ml/Hg” (NOM-030-SSA2-1999).

La hipertensión no se produce únicamente como resultado de la conducta, pero sí está fuertemente influida por muchos factores conductuales, entre los que cabe destacar la obesidad, la inactividad física, el consumo de tabaco, la excesiva ingesta de alcohol y la dieta.

El estudio del corazón de Framingham se inició en los años cuarenta estos estudios mostraron la relación entre presión sanguínea y enfermedad cardiovascular, empezando en niveles por debajo de los típicamente considerados como hipertensos (Fernández, et al. 2003).

1.5.2.3 Obesidad

La etiología de la obesidad es multifactorial, algunos autores mencionan que se debe a factores genéticos donde se han identificado varios genes implicados en la aparición de obesidad aunque esto no está muy claro, también se ha encontrado que puede haber factores ambientales como la reducción de la actividad, los malos hábitos alimentarios, el abuso de alimentos ricos en calorías y que también probablemente se deba a factores emocionales como la depresión, ansiedad, tristeza. Cabe mencionar que todos estos factores relacionados con la obesidad, están asociados con otros padecimientos. Así lo refiere la NOM-174-SSA1-1998, s.p.:

...es una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud, asociada en la mayoría de los casos a patología endócrina, cardiovascular y ortopédica principalmente y relacionada a factores biológicos, socioculturales y psicológicos. También la obesidad es caracterizada por el exceso de tejido adiposo

en el organismo. Se determina la existencia de obesidad en adultos cuando existe un índice de masa corporal mayor de 27 y en población de talla baja mayor de 25.

En tanto Fernández et al. (2003) menciona que más que la obesidad o el sobrepeso parece ser la distribución del tejido graso la que se correlaciona con la cardiopatía isquémica. La obesidad abdominal está asociada con presión sanguínea elevada y un aumento en plasma de lípidos y fibrinógeno. También refiere que hay una fuerte y positiva asociación entre el peso y la incidencia de enfermedad coronaria, particularmente entre las mujeres, estas estimaciones indican que si toda la población estuviera dentro del peso ideal, se reduciría un 25% la cardiopatía isquémica y un 35% la insuficiencia cardíaca congestiva y el infarto cerebral.

1.5.2.4 Consumo de Tabaco y Alcohol

La Organización Mundial de la Salud (2017) menciona que el 63% de las muertes que ocurren alrededor del mundo se atribuyen a enfermedades crónicas y que el consumo del tabaco es considerado un factor de riesgo cardiovascular. Aunado a esto existe evidencia que el tabaco ocasiona daño endotelial inducido por los efectos de la aterosclerosis y trombosis vascular, debido a que la nicotina eleva la tasa cardíaca y la presión sanguínea además de producir un incremento en la demanda de oxígeno miocardial. El monóxido de carbono unido a la hemoglobina forma la molécula carboxihemoglobina y ésta disminuye la capacidad de la sangre para transportar oxígeno a los vasos sanguíneos.

Cabe mencionar que se considera como fumador a aquella persona que durante el último mes ha consumido al menos un cigarrillo, el riesgo coronario se incrementa cuando la cantidad de cigarrillos fumados durante el día es más de uno; así como, el tiempo que tiene la persona de consumirlos (Cuervo, 2007; Fernández et al. 2003; Álvarez & Del Rio, 2011).

Doll & Peto (1976) demostraron que los fumadores entre 65 a 74 años tenían una relación 5:1 de padecer un evento isquémico que aquellos no fumadores. Sin embargo los fumadores pasivos no se salvan de padecer un infarto de miocardio ya que también están en riesgo de presentar una enfermedad cardiovascular hasta en un 25% (Fernández et al., 2003).

El pronóstico de vida en los pacientes que han padecido un infarto agudo de miocardio se ve afectado severamente ante el consumo de tabaco, ante esta problemática de salud pública se ha reportado que los pacientes que continúan con este hábito después de un evento isquémico duplica el riesgo de muerte, aumentando también la posibilidad de reinfartarse debido a que ocasiona estenosis de los puentes aortocoronarios, de igual forma incrementa la reestenosis en las angioplastias. En cambio en los pacientes que dejan de fumar reduce de un 40 hasta un 50% el riesgo de muerte o la reaparición de un infarto comparado con aquellos pacientes que no dejaron este hábito (Álvarez & Del Rio, 2011).

Para reducir el consumo de tabaco la OMS en 2008 establece un programa "MPOWER" que consiste básicamente en: 1) vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención, 2) proteger a la población del humo del tabaco, 3) ofrecer ayuda para dejar el tabaco, 4) advertir de los peligros del tabaco, 5) cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, y 6) aumentar los impuestos al tabaco el cual ha funcionado en algunos países, sin embargo a pesar de implementación de este programa y a la suma de otras normas; aún prevalece esta problemática y por ende el riesgo cardiovascular sigue latente por este factor que es considerado modificable (OMS, 2013).

Por otro lado la Organización mundial de la Salud (2015) considera el alcohol como una sustancia psicoactiva y a su consumo se atribuye un 3,3 millones de defunciones, que equivale al 5,9% del total de la población mundial, es un factor causal de más de 200 enfermedades y trastornos. También, está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud tales como trastornos mentales y comportamentales, incluido el alcoholismo, importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, así como traumatismos derivados de la violencia y los accidentes de tránsito.

En relación con los efectos cardiovasculares el consumo moderado de alcohol aumenta los niveles de lipoproteínas de alta densidad, lo que lo convierte en un agente cardioprotector. Por el contrario, grandes dosis de alcohol pueden ser cardiopatóxicas y pueden producir cardiopatías; el alcohol puede aumentar la presión arterial,

incrementando el riesgo de sufrir un accidente cardiovascular en pacientes hipertensos (Fernández et al., 2003, p.617).

1.5.2.5 Sedentarismo

El sedentarismo es un estilo de vida que se caracteriza por niveles bajos de actividad física y la ausencia de ésta en forma habitual contribuye a la aparición o progresión de un evento isquémico, por lo que es importante modificar este factor de riesgo cardiovascular (Alvarez & Del Rio 2011).

Sebregts, Falger & Bär (2000) indican que existe relación entre la falta de ejercicio y los factores de riesgo tradicionales de enfermedad coronaria, por lo que sugieren como parte de la prevención secundaria que las intervenciones se dirijan a modificar el estilo de vida dejando de lado el sedentarismo y dar paso a la realización de ejercicio que puede contribuir a disminuir la morbi-mortalidad por eventos cardiológicos. Dentro de los beneficios de realizar ejercicio de forma habitual se encuentran: la disminución de la frecuencia cardiaca, disminución de la presión arterial, mejora la función cardiaca, disminuye la posibilidad de presentar arritmias (Labrada, 2014, p.205).

1.5.3 Factores de Riesgo Emocionales

Los factores de riesgo emocionales incluyen los no tan clásicos o tradicionales como el patrón de conducta Tipo A, las emociones de ira y hostilidad, la reactividad cardiovascular, la depresión, la ansiedad y la falta de apoyo social.

En Bueno & Buceta (1997, p.46) clasifican las variables psicológicas de la siguiente manera:

- 1) Estímulos ambientales estresantes: Estrés crónico y estrés agudo.
- 2) Características personales: Patrón de conducta Tipo-A, Competitividad, Impaciencia, Hostilidad.
- 3) Hábitos comportamentales: Consumo de tabaco, Hábitos dietéticos: dietas ricas en grasas, dietas hipocalóricas, dietas ricas en colesterol; Déficit de ejercicio físico.
- 4) Trastornos emocionales: Ansiedad, Depresión.
- 5) Estilo de vida pre-infarto de miocardio: Falta de modificaciones en estilo de vida.

Estas variables tienen consecuencias psicológicas en la salud coronaria como por ejemplo: Aumento de la probabilidad de crisis de angina o infarto en pacientes con insuficiencia coronaria.

Además de tener Influencia negativa sobre otros factores de riesgo: hipertensión arterial, consumo de tabaco, comer en exceso. También, aumento de la probabilidad de padecimientos de infarto, posiblemente debida a mayor tendencia en estos sujetos a experimentar reacciones de estrés más intensas y/o frecuentes. De igual forma hay un aumento de la probabilidad de re infarto debido a déficits de actividad que deterioran el estado emocional del paciente lo que conlleva a incrementar la probabilidad de manifestaciones clínicas de enfermedad cardiocoronaria (Bueno & Buceta, 1997).

1.5.3.1 Patrón de Conducta Tipo A

El patrón de conducta Tipo A es un constructo epidemiológico que surge de las observaciones de Friedman y Rosenman sobre la conducta de sus pacientes cardíacos durante los años cincuenta (Matthews, 1982).

Este patrón de conducta se concibe actualmente con un perfil multidimensional constituido por factores de diversa naturaleza, en esencia está constituido por componentes formales de expresión: voz alta, habla rápida, excesiva actividad psicomotora, gesticulación y otros manierismos típicos; conductas abiertas o manifiestas, urgencia de tiempo, velocidad, hiperactividad e implicación en el trabajo; aspectos motivacionales, motivación de logro, competitividad, orientación al éxito y ambición; actitudes y emociones: hostilidad, impaciencia, ira y agresividad y finalmente aspectos cognitivos: que incluye necesidad de control ambiental y estilo atribucional característico (Fernández et al. p.617)

La personalidad tipo A corresponde a "...personas fuertemente competitivas, ambiciosas y en constante lucha con su entorno, en tanto que las de tipo B son pasivas y menos perturbadas por el estrés ambiental" (Braunwald, 2001, p. 1257). También las personas con este tipo de personalidad suelen ser impacientes, irritables, se presionan para realizar las tareas asignadas demasiado rápido, y debido a esto pueden estar en riesgo de desarrollar problemas cardíacos. El sistema nervioso simpático de las personas con personalidad tipo A regularmente "...está en un estado de alerta, el cual provoca estrés fisiológico en órganos corporales sensibles, que puede

dar como resultado una enfermedad coronaria” (Halgin & Krauss, 2004, p.245). Del mismo modo son personas ambiciosas, agresivas, competitivas e impacientes, físicamente presentan tensión muscular, siempre están en estado de alerta, hablan rápido, es una respuesta cuando se encuentran ante factores estresantes, las personas con este tipo de personalidad tienden a percibir el ambiente demasiado amenazador.

Un aspecto notable en las personas con personalidad tipo A es la reactividad psicofisiológica que presentan cuando responden al medio ambiente debido a que aumentan la actividad de su sistema nervioso simpático y esta sobreactividad ocasiona un daño arterial, precipitando el desarrollo de trastornos cardiovasculares (Fernández et al. 2003).

1.5.3.2 Ira y Hostilidad

La ira es la emoción más pasional, la persona irritada se vuelve más fuerte y más energizada. El ataque puede ser verbal o no verbal (gritar o azotar la puerta), y directo o indirecto (destruir el obstáculo o sólo lanzar objetos alrededor). Además de la agresión directa e indirecta, algunas otras respuestas comunes motivadas por la ira expresan sentimientos heridos, hablan sobre las cosas, concilian o evitan que la otra persona se acerque... la ira surge por una traición a la confianza, al ser desairados, al recibir críticas inmerecidas, por falta de consideración de los otros y por fastidios acumulados (Reeve, 2003, p.459).

Reeve (2003) refiere que la ira se considera una emoción peligrosa, ya que tiene la finalidad de destruir los inconvenientes del ambiente. Algunas veces es lesiva y en algunas otras ocasiones es beneficiosa cuando proporciona la fuerza necesaria para revolverse una situación que creemos que así convendría ser. También puede ser un estado emocional totalmente displacentero.

Mora (2009) menciona que la ira conlleva una experiencia subjetiva como son los pensamientos y sentimientos, una activación fisiológica y neuroquímica y un determinado modo de expresión o afrontamiento. También menciona que la ira se manifiesta cuando las personas son heridas, engañadas, traicionadas, y que tienen que ver con el ejercicio de control físico o psicológico en contra de la propia voluntad o que impide el alcanzar una meta a la que la persona considera que tiene derecho.

Asimismo la ira ha sido propuesta como el componente emocional del complejo IHA -

ira, hostilidad y agresión-, dónde la hostilidad es el componente cognitivo y la agresión el componente conductual.

Consecuente con una larga historia de teoría y observaciones clínicas, ya son varios los estudios que encuentran que bien la ira o la hostilidad son factores de riesgo significativos de enfermedad coronaria y trastornos cardiovasculares, independientemente de los demás factores de riesgo (Fernández, et al. 2003).

En tanto, Bermúdez et al. (2013) mencionan que el nivel de hostilidad y algunas estrategias de afrontamiento que han resultado poco efectivas pueden ocasionar que las personas padezcan ansiedad y depresión que, a su vez, éstas se asocian con respuestas cardiovasculares y neuroendócrinas que contribuyen a las enfermedades cardiovasculares.

1.5.3.3 Depresión

Existen diversas causas que predisponen a sufrir depresión, como son: los factores genéticos, el tipo de personalidad, estilo de pensamiento, género, la presencia de enfermedades crónicas y algunas situaciones de índole familiar. Por lo tanto en las personas predispuestas pueden causar una depresión los sucesos estresantes, la aparición de una enfermedad física y la administración de determinados medicamentos. Halgin & Krauss (2004), mencionan que es indispensables diagnosticar adecuadamente a los pacientes que cursen con un estado depresivo mayor con la finalidad de brindarles tratamiento oportuno.

Por otro lado, se ha reportado que la depresión afecta aproximadamente al 30% de los pacientes hospitalizados por afecciones coronarias y el índice de morbi-mortalidad prevalece durante el primer año del egreso hospitalario. De igual manera, se señala que cerca del 15-20% de los pacientes puede presentar depresión mayor y un 20-30% puede presentar depresión menor o síntomas depresivos elevados; además, existen evidencias que los pacientes cardiológicos con depresión mayor o menor tienen un mayor riesgo de morbi-mortalidad comparados con los pacientes no deprimidos (Lespérance & Frasura-Smith, 2000; Wang, Hoffman & Blumenthal, 2011).

Cabe mencionar, que aunque la depresión no es el único factor de riesgo cardiológico al sumarle otro factor de riesgo la adherencia terapéutica se ve afectada por ejemplo: los pacientes deprimidos con el hábito de fumar tienen menos

probabilidades de dejar de hacerlo y en aquellos que se abstienen tienen el riesgo de presentar depresión después de dejarlo. Otro ejemplo; en aquellos pacientes con inactividad física que presentan síntomas de depresión mayor han demostrado que no se adhieren a la rutina de ejercicio. Si bien, existen resultados de investigaciones que hacen esta relación que repercute en el pronóstico y calidad de vida de los pacientes, la depresión es poco reconocida y tratada (Lespérance & Frasura-Smith, 2000; Wang, Hoffman & Blumenthal, 2011).

1.5.3.4 Ansiedad

La ansiedad está relacionada con trastornos cardíacos y el estrés ya que estos factores predisponen a la enfermedad cardiovascular o precipita los episodios isquémicos, ataques cardíacos y otros estados patológicos; Herrmann, Brand-Driehorst, Buss & Rüger (2000) refieren que no sólo la ansiedad generalizada, sino también la ansiedad fóbica, ha estado asociada con el aumento del riesgo cardíaco en varias poblaciones.

Moser & Dracup (1996) concluyen que la ansiedad que se presenta después de la aparición de infarto de miocardio se asocia con un mayor riesgo de complicaciones isquémicas y arritmias.

Para iniciar el tratamiento del paciente postinfartado se deben considerar varios factores; como por ejemplo el tiempo que lleva después del infarto, también realizar la valoración de los signos, síntomas y extensión del infarto ya que de ello depende el tratamiento inmediato así como el pronóstico de acuerdo a la evolución del paciente.

1.5.3.5 Falta de Contacto o Actividad Social

En las últimas décadas se ha presenciado un incrementado interés en el impacto de vínculos sociales o apoyo social en la enfermedad, y especialmente en enfermedades cardiovasculares. La falta de contacto o actividad social surge como un factor de riesgo para mortalidad cardiovascular y para todas las causas de mortalidad prematura (Fernández et al. 2003).

Debido a esto, se considera importante la participación de familiares y amigos en el tratamiento del paciente, así como la búsqueda de actividades que mantengan al paciente relacionado con otras personas, una sugerencia es la asistencia a grupos de autoapoyo, donde personas con el mismo problema de salud han encontrado

compañía, afecto, pero sobre todo comprensión a su experiencia vivida, en estas reuniones los pacientes exponen el estilo que tiene cada uno de ellos para afrontar este evento que puso en peligro su vida, para ello en el siguiente capítulo se abordará con detalle el tema de afrontamiento y la importancia del apoyo social para tener como resultado una adherencia al tratamiento que reduzca la probabilidad de reinfartarse.

CAPITULO II

2. Afrontamiento

2.1 Definición

Una definición de afrontamiento es: “El proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente, las cuales evalúa como estresantes y las emociones que ello genera, así como; los esfuerzos que el individuo se ve precisado a hacer para manejar las demandas estresantes independientemente del resultado”. El mejor afrontamiento es aquel que modifica la relación individuo-entorno en el sentido de mejorarla y se le considera como equivalente de la actuación efectiva para la solución de problemas (Reynoso & Seligson, 2005, p.30).

El afrontamiento también se define como aquellas estrategias que los individuos utilizan para reducir al mínimo el impacto negativo que producen los estresores sobre su bienestar psicológico, e incluso pueden mediar entre las situaciones estresantes y la salud (Halgin & Krauss, 2004).

Caballo (1998) refiere que el afrontamiento incluye cualquier cosa que un individuo piensa o hace al tratar de adaptarse al estrés, independientemente de que tan bien funcione, estos esfuerzos de afrontamiento pueden ser saludables y constructivos, o incluso pueden llegar a causar más problemas.

Para Lazarus & Folkman (1984) los estilos de afrontamiento son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Lazarus y Folkman, explican que el proceso mental tiene influencia sobre los factores de estrés; según ellos, el estrés es un proceso de doble vía que implica parte del ambiente y la respuesta de una persona sometida a estos factores estresantes.

Esta idea del estrés condujo a la elaboración de la teoría de la evaluación cognitiva que considera dos pasos importantes para manejar una situación amenazadora. El primero es una valoración primaria, en que se decide si una situación es relevante o irrelevante, positiva o amenazadora. En esencia, esta valoración responde a la pregunta: “¿Estoy bien o en problemas?”. Luego realiza una valoración secundaria, en que evalúan sus recursos y se elige una forma de enfrentar la amenaza

o desafío. “¿Qué puedo hacer con esta situación?”. Por tanto, la forma en que se “juzga” una situación se vuelve muy importante para afrontarla. Finalmente la reevaluación cognitiva, consiste en hacer una nueva evaluación, primaria y secundaria, ya que la percepción de la situación y los recursos con los que cuenta la persona se modifican a cada instante (Coon, 1999).

2.2. Clasificación

Existen formas de afrontamiento que varían con las diferentes etapas de la vida, también el individuo está determinado por sus recursos o capacidades somáticas que incluyen la salud y la energía física, también a sus creencias existenciales como la fe en Dios, creencias generales como por ejemplo: el control, motivación, recursos, habilidades psicosociales, autoestima, sentimientos, percepciones, comunicación verbal y no verbal, actitudes ante el contacto interpersonal (García, 2005).

Existe otra clasificación que mencionan Contreras et al. (2007) que incluye estilos de afrontamiento activos y pasivos; los primeros se refieren a aquellos esfuerzos hechos por el paciente para continuar con su vida a pesar del dolor. Este estilo de afrontamiento implica una confrontación adecuada de las propias emociones y se encuentra relacionado con un mejor nivel de la función inmune, mayor bienestar y estados afectivos positivos. En cambio, los estilos pasivos por su parte, implican una tendencia a perder el control sobre la situación y se pasa a depender de otros; éstos se han relacionado con un momento en la severidad del dolor, depresión y elevado deterioro funcional.

Existen muchas maneras de clasificar el afrontamiento, pero una de las más útiles distingue entre afrontamiento enfocado al problema y el afrontamiento enfocado a la emoción (Lazarus & Folkman, 1984).

En el afrontamiento enfocado en el problema el individuo reduce el estrés al actuar para cambiar la situación estresante. La persona puede hacer planes alternativos o encontrar una nueva y mejor manera para corregir la situación (Contreras et al., 2007).

El objetivo es modificar la situación problemática, de modo que deje de ser amenazante; se incluirían aquí las estrategias de resolución de problemas o las destinadas a alterar la relación entre la persona y el entorno (Buendía & Mira, 1993).

En contraste en el afrontamiento enfocado en la emoción, la persona no cambia nada de la situación, sino que trata de mejorar sus sentimientos acerca de ella (Halgin & Krauss, 2004).

Es decir tendría como finalidad regular los estados emocionales asociados con o evocados por un estresor, como por ejemplo, evitar el estresor, reevaluar cognitivamente las circunstancias de modo que se perciban como más favorables o se destaquen las ventajas, atender selectivamente a los aspectos positivos de sí mismo etc. (Buendia & Mira, 1993).

Así mismo, Reynoso & Seligson (2005) describieron que la mayoría de las personas que utilizan este estilo de afrontamiento lo hacen con la finalidad de conservar la fe, la esperanza y el optimismo, la connotación negativa que tiene es la manera en que las personas con un problema de salud, no logren ver, ni reaccionar de manera oportuna ante un evento isquémico coronario. Con respecto al afrontamiento dirigido al problema éste conlleva estrategias que tienen la finalidad de solucionar oportunamente eventos estresantes.

Por otro lado, Reynoso & Seligson (2005) refieren que las estrategias de afrontamiento tienen las siguientes características: a) observaciones y valoraciones de lo que piensan y hacen las personas; b) es lo que piensa o hace en un contexto específico; c) cambios en pensamientos y actos; d) es cambiante en el tiempo; e) es influido por valoraciones cognitivas.

Las personas afrontan situaciones estresante dependiendo de los recursos con que cuenten, habrá personas que tenga más recursos que otras, contar con creencias positivas, red de apoyo familiar y social, tener la habilidad de resolver adecuadamente los problemas, contar con recursos materiales. Sin embargo, se ha observado que los recursos de afrontamiento no se mantienen constantes a través del tiempo. Por lo que enseñarle a las personas a responder de una forma determinada puede o no funcionar en determinadas circunstancias ya que hay variables que no se pueden controlar, lo que en un momento funcionaba puede que en otros no lo haga, lo importante es que las repercusiones en su salud sean las menores y con mayor razón después de un evento que ha puesto en peligro gravemente su vida, como se señala a continuación: "Enseñar a una persona a comportarse de manera diferente para aumentar sus

recursos no es suficiente para reducir el estrés si la conducta está en conflicto con alguna creencia o valor del individuo” (Reynoso & Seligson, 2005, p.31).

A continuación en la tabla 1 se menciona otra clasificación de estilos de afrontamiento realizada por Meichenbaum y Turk (cit. Serrano y Megías, 2009):

Tabla 1 *Clasificación de estilos de afrontamiento de Meichenbaum y Turk.*

Estilo de afrontamiento	Características
Individuos autorreferentes	<ul style="list-style-type: none"> -Preocupación por la propia realización (en especial comparándose con otros) -Dan vueltas constantemente a los pensamientos relacionados con el problema -Preocupación por los signos de activación corporal (taquicardia, opresión en el estómago, etc.
Individuos negativistas	<ul style="list-style-type: none"> -Pensamientos y sentimientos referidos a la propia inutilidad -Niegan la existencia de problemas -No se preocupan de las demandas o exigencias de la situación -No hacen nada por afrontar o superar los problemas
Individuos autoeficaces	<ul style="list-style-type: none"> -Tienen un alto concepto de su propia eficacia -Se preocupan por conocer las demandas o exigencias de la situación -Tratan de identificar los posibles obstáculos para superar el problema Han aprendido a desarrollar conductas adecuadas para afrontar los problemas de forma competente

Estilos de afrontamiento (Fuente: Serrano y Megías, 2009).

2.3 Estrategias y estilos de afrontamiento.

Existe una diferencia entre estrategias de afrontamiento y estilos de afrontamiento; los estilos serían procedimientos característicos (diferencias individuales a nivel de rasgo) en los modos en como las personas reaccionamos ante el estrés a través de diversas situaciones, o bien en una misma situación a lo largo del tiempo; en parte dichos estilos podrían reflejar los modos de afrontamiento preferidos por una persona porque son consistentes con sus valores, creencias, metas e ideales, un ejemplo sería el estilo represivo vs. sensibilización, o el patrón de conducta tipo A (Buendia & Mira, 1993).

En cambio, como estrategias de afrontamiento se considera a cualquier esfuerzo saludable o nocivo, consciente o inconsciente para prevenir, eliminar o atenuar el estrés (Juárez, 2007).

El concepto de estrategia se asocia más con las condiciones ambientales, ya que la estrategia resulta específica de la situación o problema, refiriéndose a acciones cognitivas o conductuales realizadas en el transcurso de un episodio estresante particular, pudiendo variar según el contexto y a lo largo del tiempo, de acuerdo con la naturaleza del encuentro estresante. Ejemplos de estrategias de afrontamiento serían buscar soluciones alternativas o informarse más ampliamente sobre el tema; obviamente, el tipo de información o la solución que se busque dependerán de la clase de dificultad con que la persona se enfrente (Buendia & Mira, 1993).

Cabe mencionar que no hay estrategia de afrontamiento que sea válida para todas las personas ni para todos los problemas y que incluso una estrategia que se ha mostrado útil en una ocasión puede no serlo tanto en un momento diferente, incluso una estrategia adaptativa inicialmente, puede ser desadaptativa a mediano o largo plazo, un ejemplo sería la negación del problema puede ser eficaz para que la persona que ha sufrido un ataque cardíaco supere el choque emocional del primer momento, pero esa misma negación puede interferir en la adherencia de la persona al tratamiento (Buendia & Mira, 1993).

2.4 Afrontamiento ante la enfermedad.

La salud física está asociada a la salud emocional y mental. Una persona cansada, enferma o débil tiene menos energía para aportar al proceso de

afrontamiento que otra persona saludable y robusta. La salud, es importante cuando hay que resistir problemas y situaciones estresantes que exigen cierta cantidad de energía (Lazarus & Folkman, 1986).

Papalia, Olds & Feldman (2005) definen el afrontamiento como los esfuerzos individuales del paciente con problemas de salud para sobrellevar la enfermedad y enfrentarse a ella y también el afrontamiento es el pensamiento o conducta adaptativos que surgen con la finalidad de disminuir el estrés que se origina ante situaciones amenazantes.

Se han estudiado los tipos de afrontamiento ante la aparición de las enfermedades, y se han clasificado como sigue: a) de negación, b) búsqueda de información, c) búsqueda de apoyo, d) resolución de problemas concretos, e) preparación para alternativas futuras, y, f) búsqueda de un significado para la enfermedad. Estos afrontamientos se han descrito en el supuesto de la aparición de una enfermedad más o menos seria, ya que ésta constituye una situación estresante para el sujeto, que le obliga a procesos adaptativos (González, 2007).

Algunos autores dedicados al estudio de cómo las personas afrontan las enfermedades crónicas mencionan que los factores que intervienen en la eficacia de estos estilos de afrontamiento son: 1) diversidad y flexibilidad de las estrategias de cada sujeto, 2) nivel intelectual y cultural en general, 3) características personales (nivel intelectual y autoestima), 4) características propias de la enfermedad y su valoración social y, 5) el apoyo social (González, 2007).

Diferentes estudios realizados en el ámbito del afrontamiento y la salud han puesto de relieve que, tanto la competencia percibida en salud como la percepción de auto eficacia específica, fomentan el empleo de estrategias de afrontamiento dirigidas a la solución del problema, y disminuyen el uso de las estrategias centradas en la emoción. De acuerdo con algunos estudios, el afrontamiento dirigido al problema constituye una estrategia que favorece una adecuada adhesión al tratamiento en pacientes hospitalizados y favorece la adaptación positiva del paciente al tratamiento (Rueda & Pérez, 2005, p.194-195).

Sin embargo, para Alonzo & Reynolds (1998) las estrategias de afrontamiento centradas en las emociones están dirigidas a reacciones emocionales ante un factor

estresante y son especialmente importantes y efectiva en el momento de tensión y vulnerabilidad que sigue el alta hospitalaria después de un evento cardíaco agudo, también este estilo es mejor predictor del funcionamiento cardíaco que las otras formas de afrontamiento por lo que las emociones juegan un papel importante en la forma en que atribuimos significado a las experiencias de la vida.

Low, Stanton & Bower (2008) sugieren que una forma de mejorar las estrategias de afrontamiento emocional en pacientes que recientemente han sufrido un evento cardíaco es aumentar su conciencia emocional, es decir, su capacidad de detenerse y observar que emociones están presentes ante este evento isquémico de tipo infarto agudo de miocardio, que pueden ser desde el enojo, la tristeza, el miedo, la ira por mencionar solo algunas, con el fin de promover una recuperación más eficiente ante las situaciones estresantes.

Por otro lado, se menciona que la estrategia de evitación, no constituye un estilo efectivo en cuanto predice más síntomas de depresión, estados afectivos negativos, menor apoyo social percibido y, además, no protege a los pacientes del malestar psicológico y el distrés emocional, ya que se asocia con niveles altos de ansiedad y depresión (Rueda & Pérez, 2005).

2.5 Recursos y habilidades de Afrontamiento.

Los Recursos de afrontamiento, comprenden todas aquellas variables personales y sociales que permiten que las personas manejen las situaciones estresantes de manera más eficiente, lo cual se debe a que experimenten pocos o ningún síntoma al exponerse a un estresor o que se recuperen rápidamente de su exposición (Rueda & Pérez, 2005).

Algunas investigaciones muestran que a mayores recursos menos síntomas; como pena, depresión, síntomas psiquiátricos, síntomas físicos y psicológicos (Rueda & Pérez, 2005).

Por consiguiente Sarason y Sarason (2006) señalan que las personas hacen uso de sus recursos personales para solucionar, vencer o evitar un problema, que son habilidades muy particulares que utilizan primero para identificar para posteriormente tratar de solucionar los problemas, al respecto mencionan lo siguiente:

...las personas que tienen un afrontamiento exitoso cuentan con diversos recursos personales que incluyen las siguientes habilidades: buscar la información pertinente, compartir preocupaciones y encontrar consuelo cuando se necesita, redefinir una situación de manera que se facilite su solución, considerar las alternativas y analizar las consecuencias, emplear el sentido del humor para hacer menos tensa una situación (p.160).

Al respecto, Sarason & Sarason (2006) señalan que para tener un afrontamiento más eficaz o exitoso requiere aprender o adquirir habilidades específicas necesarias para sobrepasar una situación estresante; por lo tanto comprende la forma en que el individuo de alguna manera enfrenta sentimientos como la tristeza o el enojo de forma eficaz. También, encontraron que el apoyo social otorga seguridad y confianza para poner a prueba nuestras propias estrategias y generar el desarrollo de habilidades para el afrontamiento en un estado de crisis y en la adaptación al cambio, por lo tanto; la eficacia del apoyo social en una persona es significativo. Es decir, cuando se reduce el apoyo social aumenta la vulnerabilidad de presentar un colapso físico o psicológico.

Cabe mencionar que las estrategias de afrontamiento suelen ser variadas, incluso en una misma situación utilizarse con éxito diferentes formas de afrontamiento, por lo que puede haber muchas estrategias adecuadas. Por eso el que muchas personas utilicen unas formas de afrontamiento y otras no, no quiere decir que una persona actúe mejor que otra. Solo intentan controlar la situación de manera distinta, probablemente porque sus recursos y habilidades son también diferentes (González, 2007).

En otras palabras Moore, Prior & Bond (2007) sostienen que dos individuos pueden mostrar el mismo síntoma psicológico (por ejemplo, depresión) después de un evento cardíaco por razones muy diferentes subyacentes. Por ejemplo, una persona puede sufrir debido principalmente a la creencia de que el evento fue determinado por su propio comportamiento poco saludable (por ejemplo, fumar), mientras que otra persona puede ser principalmente angustiado por su impotencia en la prevención y el control del evento. La diferencia fundamental entre estos dos individuos, en este punto de vista, no descansa en la naturaleza o la intensidad de sus síntomas depresivos, pero sí en su percepción de control personal sobre el evento cardíaco.

2.6 Cuestionario de modos de afrontamiento.

Susan Folkman y Richard Lazarus en 1980 elaboraron el Cuestionario de Modos de Afrontamiento conformado por ocho estilos de afrontamiento que describen a continuación Sotelo & Maupome (1999):

-*Afrontamiento dirigido al problema*: son acciones conductuales que van dirigidas a confrontar activamente al problema y tienen efectos positivos en el bienestar de la persona (p.63)

-*Pensamiento mágico*: Se refiere a las fantasías voluntarias concientes que realiza el sujeto para solucionar el problema sin tener una participación activa (p.63)

-*Distanciamiento*: El sujeto evade todo contacto en el problema y su solución, para de esta manera reducir la angustia que éste le provoca (p.63)

-*Búsqueda de apoyo social*: describe esfuerzos para buscar apoyo informativo; búsqueda de una red de apoyo social que provea de solidaridad, consejo, atención, información, auxilio y protección. Este apoyo social puede obtenerse por medio de profesionales en el tema o bien de familiares y amigos (p.64).

-*Dirigirse a lo positivo*: Describe los esfuerzos para crear resultados positivos enfocándose al crecimiento personal; manifestando una sensación positiva de su propio valor, una vista positiva hacia los demás y en general, una sensación de optimismo (p.64).

-*Autocrítica*: El sujeto reacciona con una conducta de autocastigo y crítica hacia sí mismo, lo que da como resultado un sentimiento de culpa (p.64).

-*Reducción de la tensión*: es el grado en que los sujetos usan conductas para promover o poner en riesgo la salud e incrementar o decrementar su bienestar físico; o bien, pueden optar por la creación de paraísos artificiales para mitigar la realidad poco placentera (p.64)

-*Introyección*: describe esfuerzos del sujeto para regular sus sentimientos y acciones. Guarda para sí mismo los afectos y sentimientos causados por el problema (p.65).

A partir de este cuestionario se han realizado otros instrumentos más de evaluación de los modos de afrontamiento, para fines de este trabajo se utilizó este

mismo instrumento estandarizado para población mexicana por Sotelo y Maupome en 1999, el cual finalmente quedó en 6 factores que son los siguientes: flexibilidad de afrontamiento, afrontamiento dirigido a lo positivo, pensamiento mágico, distanciamiento, afrontamiento dirigido al problema y revaloración positiva.

A continuación, se abordará el tema de depresión ya que en varios estudios se ha encontrado una incidencia relativamente alta en aquellos pacientes que han presentado un evento isquémico de tipo infarto agudo de miocardio.

CAPÍTULO III

3. Depresión

El Programa Nacional de Salud (2007-2012) describe que la depresión se encuentra dentro de las 10 enfermedades que producen discapacidad a nivel mundial, "...es 1.5 veces más frecuente en las mujeres que en los hombres" y que puede prevenirse, sin embargo; se menciona que solo una de cada diez personas es atendida. (p.34).

También se ha encontrado que "la depresión puede exacerbar el dolor y la angustia asociada con enfermedades físicas, así como afectar desfavorablemente los resultados de su tratamiento. Así mismo el padecer depresión impacta sobre el funcionamiento social y ocupacional" (Heinze & Camacho, 2010, p.8).

3.1 Definición

Halgin & Krauss (2004) mencionan que la depresión es la alteración de la capacidad afectiva, y no solo es la tristeza sino también, la incapacidad de dar afecto o recibirlo de quienes nos rodean, también que se caracteriza por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas que están presentes la mayor parte del día.

3.2 Sintomatología

La depresión es un síndrome clínico episódico, la Asociación Americana de Psiquiatría (2013, p. 104) en el DSM-V en el apartado destinado al trastorno de depresión mayor menciona que éste debe reunir cinco o más de los nueve síntomas que se enumeran a continuación por un periodo de 2 semanas y estos son:

- 1) Estado de ánimo deprimido.
- 2) Disminución importante del interés o placer en las actividades diarias.
- 3) Pérdida o aumento importante de peso.
- 4) Insomnio o hipersomnia.
- 5) Agitación o retraso psicomotor.
- 6) Fatiga o pérdida de energía.
- 7) Sentimiento de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada.
- 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar

decisiones.

9) Pensamientos de muerte o ideas suicidas.

Estos síntomas deben estar presentes casi todos los días la mayor parte del día, junto con estado de ánimo deprimido o de interés reducido, con el fin de hacer un diagnóstico de la depresión mayor. “Los síntomas de la depresión por lo general se desarrollan a lo largo de días o semanas, y un episodio de depresión mayor puede durar hasta seis meses” (Maier, Chatkoff & Burg, 2006, p. 95).

Halgin y Kraus (2004) mencionan que el trastorno depresivo mayor incluye episodios agudos, pero de tiempo limitado, de síntomas depresivos. También refieren que las personas que padecen episodios depresivos que incluyen características melancólicas pierden el interés en la mayoría de las actividades o les cuesta trabajo reaccionar ante eventos de su vida que por lo general les brindaban placer. La mañana para este tipo de pacientes con este tipo de depresión es un momento sumamente difícil ya que se despiertan mucho más temprano de lo usual, sintiéndose más melancólicos a lo largo de la mañana y luchando con diversos síntomas a lo largo del día, en algunos la depresión incluye una tristeza que no es tan profunda como en un episodio depresivo mayor pero si es bastante molesta y duradera.

Campaña (2016) clasifica la depresión en: estado depresivo leve, moderado y grave. En el episodio leve la persona está apta para continuar con la mayoría de sus actividades cotidianas. En el estado depresivo moderado la persona probablemente tendrá grandes dificultades para continuar con sus actividades diarias, y por último en el estado depresivo grave la persona presenta síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Pueden aparecer acciones psicóticas tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave.

3.3 La Depresión en la Enfermedad Coronaria.

Pardo, Camargo & Suemitsu (2011) refieren que la depresión en pacientes con enfermedad coronaria se produce frecuentemente y se asocia con riesgos elevados de morbilidad y mortalidad cardíaca, tanto que las estimaciones de prevalencia de trastornos depresivos en estos pacientes van desde 15-40%. Lo preocupante es cuando la depresión no es tratada ya que está asociada con un dos hasta siete veces

más riesgo elevado de los eventos cardíacos posteriores. También mencionan que algunos síntomas comunes de la depresión, como fatiga y pérdida de interés en las personas pueden interferir con las actividades cotidianas y perjudicar la adherencia terapéutica, de hecho concluyen que la depresión está relacionada con la falta de adherencia a los regímenes de tratamiento en general.

Factores tales como la gravedad de la enfermedad, el tipo de tratamiento y el pronóstico tienen un impacto significativo en el estado de ánimo del paciente. La aparición de los síntomas, la depresión durante la hospitalización puede ser la expresión de una reacción aguda al estrés relacionado con el evento. En tanto, “en los pacientes sin IAM, con trastornos deprimido, había una mayor probabilidad de desarrollar SCA que en los no deprimidos” (Pardo, Camargo & Suemitsu, 2011, p. 327). Por otro lado, diversas revisiones han concluido que un bajo apoyo social o la depresión se asocia con el aumento de la mortalidad y la morbilidad en pacientes con enfermedad coronaria (Lett, et al., 2009).

3.4 La Etiología de la Depresión en Pacientes con Enfermedad Coronaria.

Los antecedentes psicológicos de la depresión no se entienden completamente, pero a menudo incluyen las cogniciones disfuncionales y/o una respuesta desadaptativa ante la pérdida de la salud de la persona (Havranek, 2006).

Pardo, Camargo & Suemitsu (2011) indican que el desarrollo de la depresión podría estar relacionado con un sentimiento de pérdida que rodea a la disminución de la capacidad funcional, el miedo a la muerte y la pérdida de esperanza en relación a tener una enfermedad asociado con una alta mortalidad, así mismo refieren que la depresión hace que la gravedad de la enfermedad empeore por incumplimiento con la toma de los medicamentos y el seguimiento médico, así también debido a otros malos hábitos de salud. Los pacientes deprimidos también son menos propensos a ser físicamente activos, dado que el ejercicio retrasa el declive de la salud relacionados con la calidad de vida del corazón.

Para Compare, Gondoni & Molinari (2006) las personas deprimidas tienen más probabilidad de ser divorciados y vivir en aislamiento social (condiciones que se asocian con el mal estado de salud y un peor pronóstico en la insuficiencia cardíaca).

3.5 Tratamiento de la depresión en pacientes cardiológicos.

De acuerdo con Kop & Ader (2006) el tratamiento de la depresión por lo general tiene tres fases:

- 1) La fase aguda, que se centra en la reducción de los síntomas (6-12 semanas).
- 2) La fase de continuación, centrado en la prevención de recaídas (4-9 meses).
- 3) La fase de mantenimiento de las personas con depresión recurrente conocida (tratamiento a largo plazo) p. 114

Para lograr atender esta problemática en pacientes coronarios se requiere la participación del equipo interdisciplinario de salud, dentro de estas especialidades se encuentra el servicio de medicina interna, cardiología, en conjunto con el servicio de salud mental dentro del programa de rehabilitación cardíaca (Kop & Ader, 2006).

En una revisión de los factores de riesgo psicosociales en la enfermedad coronaria, se recomienda un plan de atención psicológica escalonada en los pacientes cardiológicos que están pasando por angustia y para llevar cabo dicha intervención dependerá de la gravedad o la dificultad que presente en ese momento el paciente. Por ejemplo, un paciente que experimenta un grado moderado de depresión puede ser monitoreado más de cerca por el personal (mediante la llamadas telefónicas con la finalidad de aumentar la motivación y adherencia al tratamiento); mientras que un paciente con depresión severa se refiere a un profesional de salud mental (Barbour, 2007).

Existe evidencia de que la terapia cognitivo conductual otorga una mejora en los pacientes que cursan con depresión posterior a un evento isquémico de tipo infarto agudo de miocardio en el cual se enseña al paciente acerca de la relación entre comportamiento, pensamiento y emoción, así también como enseñar a manejar su estrés (Barbour, 2007).

3.5.1. Las Intervenciones Psicológicas.

Debido a la necesidad de abordar a este tipo de pacientes, surge la Psicocardiología definida como la rama de la Psicología del área de la Salud que proporciona intervención preventiva y de rehabilitación con relación a los factores de riesgo coronario y factores psicosocioemocionales en padecimientos cardiovasculares.

Este tipo de intervenciones psicológicas se pueden proporcionar de forma individual o en grupos y pueden ir desde el apoyo socioemocional a la más intensa terapia cognitivo-conductual. La duración típica de la intervención psicológica en pacientes con depresión en enfermedades coronarias tiene un rango de 8-12 semanas, y la eficacia de las intervenciones psicológicas se ha resumido por varios autores (Bueno & Buceta, 1977; Braunwald, 2001; Caballo, 1998; Havranek, 2006).

La terapia cognitiva del comportamiento es a menudo utilizado con éxito en el tratamiento de los trastornos depresivos, el objetivo principal de este enfoque consiste en modificar pensamientos disfuncionales y emociones de preguntas estructuradas y las percepciones y procesos de pensamiento (Havranek, 2006).

También, Havranek (2006) sugiere que la relajación y la terapia de respiración son eficaces en la reducción de agotamiento en estos pacientes, es importante destacar que estas intervenciones también pueden contribuir a prevenir con éxito un IAM recurrente y la reestenosis después de la angioplastia coronaria.

Por otro lado surgen los Grupos de apoyo donde el paciente proporciona y recibe apoyo social, reduce la ansiedad del mismo y de los demás pacientes, al mismo tiempo el terapeuta brinda psicoeducación grupal, contesta dudas de la enfermedad, entre algunas actividades. Havranek (2006) indica que el apoyo social de familiares y amigos pueden promover el tratamiento, la eficacia y la recuperación de los pacientes.

Dada la asociación entre la depresión y los resultados cardiacos y el deseo para mejorar la calidad de vida de los pacientes deprimidos, la evaluación psicológica de los pacientes es una parte esencial de los programas de Rehabilitación Cardíaca, la participación del psicocardiólogo es importante. En consecuencia, la detección de rutina para la depresión ha sido recomendada por la Junta de la Asociación Americana Pulmonar Cardiovascular (Barbour, 2007).

CAPÍTULO IV

Método

4.1 Pregunta de investigación.

¿Los pacientes que han sufrido Infarto agudo de miocardio presentan depresión? y
¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento que utilizan?

4.2 Objetivo general

Identificar si cursan con depresión e identificar qué estrategias de afrontamiento utilizan los pacientes posinfartados

4.3 Objetivos Específicos:

Identificar la incidencia de pacientes que cursan con depresión posterior a un evento de infarto agudo del miocardio.

Identificar estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes que han cursado con un evento de infarto agudo del miocardio.

4.4 Tipo de estudio.

Se trata de un estudio descriptivo.

4.5 Hipótesis.

4.5.1. Hipótesis conceptual

Existe depresión en los pacientes que han sufrido Infarto Agudo del miocardio (IAM)
Existen estrategias de afrontamiento específicas en pacientes que han sufrido Infarto Agudo del miocardio (IAM)

4.6 Variables.

4.6.1 Definiciones conceptuales.

Afrontamiento: Se define como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus & Folkman, 1984).

Depresión: Trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida de la capacidad del individuo para interesarse y disfrutar de las cosas (Organización Mundial de la Salud, 2003).

Infarto agudo del miocardio: Necrosis miocárdica aguda de origen isquémico, secundaria, generalmente a la oclusión trombótica de una arteria coronaria (Sanz,1998 ; citado en Bueno & Buceta, 1997).

4.6.2. Definiciones de trabajo.

Afrontamiento: Se considerara el puntaje obtenido en las escalas de afrontamiento que predomine en pacientes posinfartados.

Depresión: Utilizando el Inventario de Depresión Beck (BDI) El puntaje que indicará el grado de depresión será el siguiente: Depresión Leve (13-20), Depresión Moderada (21-25) Depresión severa (más de 26).

Infarto Agudo del miocardio: El diagnóstico de este padecimiento será el otorgado por médicos de la Unidad Coronaria de dicho hospital.

4.7 Participantes.

Ingresaron al Hospital General de Puebla durante el periodo de muestreo (de enero a julio), 14 pacientes con infarto agudo al miocardio, cabe mencionar que surgió en el momento de la remodelación del hospital; aunque la incidencia de pacientes era mayor no pertenecían al hospital debido a que cuenta el servicio de Hemodinamia cuenta con convenios con otras instituciones de salud en el Estado, estos pacientes sólo entraban a procedimiento hemodinámico y se retiraban inmediatamente a su unidad hospitalaria, por lo que no fue posible aplicar a estos pacientes los instrumentos. De los 14 pacientes que sí pertenecían al hospital y que cumplían con los criterios de inclusión, 2 de ellos se negaron a participar y 1 falleció. Por lo que solo se obtuvo una muestra de 11 pacientes, a continuación se mencionan los criterios de inclusión, exclusión y de eliminación:

Criterios de inclusión.

- a) Pacientes que han cursado con un evento de Infarto Agudo del Miocardio ingresados al Hospital General de Puebla, S.S.A. (no mayor a 15 días posterior al evento isquémico)
- b) Pacientes de ambos sexos.
- c) Pacientes entre 30 y 70 años.
- d) Pacientes que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- a) Estado de salud física que impida llevar a cabo la valoración.
- b) Estado confusional que persista al momento de llevar a cabo la entrevista.

Criterios de eliminación.

- a) Pacientes que no concluyan la entrevista y valoración.

4.8 Instrumentos.

Se utilizó el Inventario de Depresión (BDI) Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbauhg. Versión estandarizada para población mexicana por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela. (1998), con el fin de hacer una evaluación objetiva de las manifestaciones de la depresión.

El Inventario de Depresión de Beck está constituido por 21 categorías de síntomas y actitudes, con 4 o 5 afirmaciones, cada una de éstas manifiestan de forma creciente el grado de profundidad de depresión. El paciente responde de acuerdo a como se encuentra actualmente, dentro de estas categorías 14 conciernen a síntomas de tipo cognitivo y afectivo y las 7 restantes a síntomas somáticos y conductuales. Es un inventario autoadministrado. Las 21 proposiciones tienen 4 alternativas de respuesta, el paciente solo selecciona una de ellas, de acuerdo a la proposición seleccionada se obtendrá de entre 0 a 3 puntos; posteriormente se realiza la sumatoria de las 21 categorías para obtener una puntuación total y ésta a su vez determinará el grado de la depresión que va de: leve, moderada a severa.

Para identificar estrategias de afrontamiento se usa la Escala de afrontamiento de Lazarus & Folkman (1984), traducido y validado para población mexicana por Sotelo & Maupome, (1999).

El instrumento está compuesto de 67 items; cada uno se responde de acuerdo a como la persona concuerda con los siguientes criterios; utilizando las siguientes puntuaciones: 0 = No, de ninguna manera, 1 = En alguna medida 2 = Generalmente, usualmente 3 = Siempre, En gran medida.

Este instrumento está dividido en 6 factores, tres de ellos son de afrontamiento activo o dirigido al problema y las otras tres restantes son de tipo pasivo o dirigido a la emoción. Dentro del afrontamiento activo se encuentran: flexibilidad de afrontamiento,

afrontamiento dirigido al problema y revaloración positiva; las otras tres subescalas son de tipo pasivo consideradas como afrontamiento dirigido a la emoción las cuales están compuestas por: afrontamiento dirigido a lo positivo, pensamiento mágico y distanciamiento (Sotelo & Maupome, 1999).

Finalmente, se suman las puntuaciones y se obtiene el total que determinan cuál de estas categorías predominan en la persona, dando como resultado el modo de afrontamiento que utiliza con mayor frecuencia en este tipo de padecimientos.

4.9 Escenario.

Se llevó a cabo la investigación en el Hospital General de Puebla ubicado en la ciudad de Puebla Zona Sur perteneciente a la Jurisdicción número 6 previa autorización cuyo número de registro es 01/ENS/INV/013.

4.10 Procedimiento.

Se solicitó a la Dirección General del Hospital General de Puebla S.S.A. la autorización para poder llevar a cabo el estudio, después se realizó la selección de los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión a la investigación, posterior a ello se les informa a los pacientes ingresados al Hospital sobre el estudio en cuestión, una vez que aceptaron ser parte de la muestra se les proporcionó un formato de consentimiento informado para que lo leyeran posteriormente si estaban de acuerdo firmaron. Previamente se realizó una ficha de identificación del paciente la cual se llenó con los datos completos de éste. Según las condiciones físicas del paciente se proporcionaron los inventarios antes mencionados para que los contestara. Hubo algunos pacientes que se les dificultó realizar el llenado del instrumento de propia mano debido a su estado de salud por lo que se les apoyó.

4.11 Análisis de los datos.

Una vez recabadas las respuestas obtenidas por los pacientes se llevó a cabo el vaciado de datos para realizar el análisis correspondiente; cabe mencionar que la finalidad de este trabajo es investigar si los pacientes que han sufrido Infarto agudo de miocardio presentaban depresión y cuáles son las estrategias de afrontamiento que utilizan; por lo tanto, se menciona de forma general cómo se manifiestan las variables de interés: depresión y afrontamiento de manera independiente mediante un estudio de tipo descriptivo dado la cantidad de pacientes que participaron en este trabajo.

Capítulo V

Resultados

En relación a la incidencia en que se presenta un infarto agudo del miocardio de acuerdo al sexo en una muestra de 11 pacientes la frecuencia resulto lo siguiente: 2 sexo femenino y 9 masculino, por lo anterior refleja en este grupo de pacientes que es mayor en el sexo masculino como indica la Organización Mundial de la Salud (2005).

Tabla 2. Incidencia de pacientes infartados en cuanto al sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	2	18.2
Masculino	9	81.8

En cuanto a la incidencia se observa que 9 de cada 11 pacientes son del sexo masculino.

En cuanto al estado civil, se encontró que el 54.5% de los pacientes, es decir 6 de cada 11 pacientes que presentaron infarto agudo de miocardio se encontraban casados, comparado a los pacientes solteros cuyo porcentaje fue del 9.1%, aquellos que se encontraban en unión libre presentaron un porcentaje del 36.4%, como se muestra en tabla 3.

Tabla 3. Frecuencia del estado civil de los pacientes que presentaron infarto agudo de miocardio.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado	6	54.5
Unión libre	4	36.4
Soltero	1	9.1

Se observa que de cada 11 pacientes, 6 de ellos se encontraban casados.

En lo que refiere al nivel de escolaridad de los pacientes infartados se reporta que el 45.5% de ellos habían cursado nivel educativo de primaria, un 27.3% contaba con estudios de nivel secundaria; el 9.1% contaba con carrera técnica, y un 18.2 % contaba con Licenciatura como se muestra en la tabla de frecuencias de la Tabla 4. Con este dato encontrado en este grupo de pacientes se puede observar que el nivel educativo, es un factor que indica que a menor preparación educativa es mayor la

posibilidad de presentar un infarto agudo de miocardio, sin embargo el número de participantes de esta muestra no puede generalizar ni afirmar que así sea.

Tabla 4. Frecuencias referentes a nivel educativo

<i>Escolaridad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Primaria	5	45.5
Secundaria	3	27.3
Carrera técnica	1	9.1
Licenciatura	2	18.2

* Se observa un mayor porcentaje en los pacientes que solo cursaron el nivel de educación primaria, 5 de un total de 11 pacientes.

Dentro de los factores de riesgo tradicionales se encontró que el 81.8% de los pacientes que se infartaron padecían hipertensión, es decir; 9 de cada 11 pacientes refirió ser hipertenso. En cuanto al tabaquismo el 27.3% de estos pacientes eran fumadores, (3 de cada 11 pacientes). Concerniente a los pacientes que mencionaron tener dislipidemia el 27.3% tenían colesterol y triglicéridos altos (3 de cada 11 pacientes). Los pacientes que no realizaban ningún tipo de ejercicio fueron el 27.3% de ellos, 3 de cada 11 pacientes tenían vida sedentaria, por último los pacientes que padecían obesidad solo fueron el 9.1%, en este caso 1 de 11 pacientes era obeso como se observa en la Tabla número 5.

Tabla 5. Porcentaje de factores de riesgo coronario

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentajes</i>
Hipertensión		
Si	9	81.8
No	2	18.2
Tabaquismo		
Si	3	27.3
No	8	72.7

Dislipidemia		
Si	3	27.3
No	8	72.7
Sedentarismo		
Si	3	27.3
No	8	2.7
Obesidad		
Si	1	9.1
No	10	90.9

La hipertensión sigue prevaleciendo, como un factor de riesgo coronario.

En relación al índice de depresión en pacientes post-infartados en el momento de aplicar el instrumento; en 5 de 11 pacientes resulto con ausencia de depresión, 4 pacientes presentaron depresión leve y 2 pacientes depresión moderada.

Tabla 6. Índice de depresión en pacientes post-infartados.

Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	5	45.5
Leve	4	36.4
Moderado	2	18.2

Depresión leve 36.4%, en el nivel moderado se encontró un 18.2%, y ausencia de depresión en un 45.5%.

A continuación se describen los resultados por factores del instrumento de Escala de Afrontamiento de Lazarus basada en la estandarización realizada para población mexicana por Sotelo y Maupome quedando de la siguiente manera: flexibilidad de afrontamiento, afrontamiento dirigido a lo positivo, pensamiento mágico, distanciamiento, afrontamiento dirigido al problema, revaloración positiva, cada factor da un puntaje natural a su vez se puede comparar con su equivalente en puntaje normalizado y así obtener el nivel de afrontamiento de cada participante dentro del estudio a investigar.

En el primer factor que es el de: flexibilidad de afrontamiento, se observa en esta pequeña muestra que 1 de cada 11 pacientes dirigen sus conductas para confrontan directamente el problema y obtener su bienestar, ubicándolo en nivel bajo de este factor de afrontamiento, 3 de cada 11 pacientes se ubican en nivel de afrontamiento medio y 7 de cada 11 pacientes se ubican en nivel de afrontamiento alto, de otra manera quedaría que el 63.6% de los participantes se inclinan a dirigir sus conductas para afrontar un estado de urgencia como lo es el infarto agudo del miocardio con la finalidad de recuperar su salud.

Tabla 7. Factor Flexibilidad de afrontamiento

Nivel de Afrontamiento	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1	9.1
Medio	3	27.3
Alto	7	63.6

Se observa que 7 de cada 11 pacientes se ubica en este factor en un nivel alto

El segundo factor es afrontamiento dirigido a lo positivo que se describe como los esfuerzos para obtener resultados positivos y/o sensación de optimismo; donde 1 de cada 11 pacientes se ubicó en un nivel bajo, 6 de cada 11 pacientes se situó en un nivel de afrontamiento medio y 4 de cada 11 pacientes se encontró en un nivel alto.

Tabla 8. Factor Afrontamiento dirigido a lo positivo

Nivel de afrontamiento	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1	9.1
Medio	6	54.5
Alto	4	36.4

Se observa que 6 de cada 11 pacientes en este factor se ubican en un nivel medio, es decir que recurren a un afrontamiento con conducta positiva y optimista.

El tercer factor es pensamiento mágico que se refiere a las fantasías voluntarias y conscientes que realizan las personas de manera pasiva para solucionar un problema, en este factor se observa que 7 de cada 11 pacientes se ubican en un nivel medio y 4 de cada 11 se sitúan en un nivel alto. El resultado de este factor independiente, no interfirió para participar activamente ante el problema, como es el caso de atender la urgencia de un evento isquémico tipo infarto agudo de miocardio.

Tabla 9. Factor Pensamiento mágico

Nivel de afrontamiento	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	0	0
Medio	4	36.4
Alto	7	63.6

7 de cada 11 pacientes se inclinan al pensamiento mágico.

En cuanto al factor distanciamiento se refiere cuando el sujeto evade todo contacto y solución del problema para de esta manera reducir la angustia que éste le provoca, los resultados obtenidos fueron los siguientes: 5 de cada 11 pacientes recurren al nivel de afrontamiento bajo y del nivel de afrontamiento medio 6 de cada 11 pacientes.

Tabla 10. Factor Distanciamiento

Nivel de afrontamiento	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	5	45.5
Medio	6	54.5
Total	11	100.0

De cada 11 pacientes 6 se inclinan a evadir y solucionar un problema.

El quinto factor es afrontamiento dirigido al problema donde el sujeto confronta de forma activa el problema, los resultados fueron que 8 de cada 11 pacientes se sitúan en un nivel alto, 2 de cada 11 pacientes se ubican en un nivel medio y en el nivel bajo 1 de cada 9 pacientes.

Tabla 11. Factor Afrontamiento dirigido al problema

Nivel de afrontamiento	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1	9.1
Medio	2	18.2
Alto	8	72.7
Total	11	100.0

Se observa que 8 de cada 11 pacientes confrontan activamente el problema; en este caso la asistencia hospitalaria para limitar complicaciones ante el infarto agudo de miocardio.

El último factor es revaloración positiva donde el sujeto espera que algo bueno va a surgir de la experiencia, en este trabajo 5 de cada 11 pacientes se sitúan en un nivel bajo, en el nivel medio 2 de cada 11 pacientes y en el nivel alto se ubican 4 de cada 11 pacientes.

Tabla 12. Factor Revaloración positiva

Nivel de afrontamiento	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	5	45.5
Medio	2	18.2
Alto	4	36.4
Total	11	100.0

En este factor 5 de cada 11 pacientes esperan que surja algo bueno de esta experiencia.

En general se mostraron los resultados obtenidos de las seis factores de afrontamiento que utilizaron los pacientes pos-infartados. De acuerdo a la inicial clasificación de Lazarus y Folkman en relación con la revisión y estandarización del cuestionario de modos de afrontamiento para población mexicana realizada por Sotelo y Maupome que dividen en dos modos de afrontamiento el dirigido al problema y dirigido a la emoción; en cuanto a los factores pertenecientes al primer modo pertenecen: flexibilidad de afrontamiento, afrontamiento dirigido al problema y revaloración positiva. Las tres estrategias restantes que están dirigidas a la emoción son: afrontamiento dirigido a lo positivo, pensamiento mágico y distanciamiento. En este caso al obtener el puntaje general de estos factores la tendencia se situó en que

los pacientes que sufren un infarto agudo de miocardio tienen una actividad activa dirigida a solucionar el problema de manera urgente para recuperar su bienestar, mantienen conductas positivas y optimistas esperando obtener algo bueno de esta experiencia.

DISCUSIÓN

Este trabajo consistió en investigar si existía depresión en los pacientes que presentaron un infarto agudo de miocardio y qué tipo de estrategia era más usada por éstos. Debido a que realmente es una muestra pequeña se identificó la presencia de depresión de la siguiente manera: ausente en casi la mitad de la muestra, es decir; en un 45.5% y la restante presentó depresión de leve a moderada similar a lo reportado por Pardo & Camargo (2011).

En cuanto a identificar las estrategias de afrontamiento empleadas por este grupo de pacientes hubo una inclinación al afrontamiento dirigido al problema ya que tanto los hombres como las mujeres tuvieron un afrontamiento activo ante el evento de infarto agudo de miocardio.

Algunos autores como Bennet & Boothby en 2007, encontraron que los hombres tenían estrategias de afrontamiento más activas dirigidas al problema y las mujeres utilizaban estrategias más pasivas o dirigidas a la emoción; sin embargo en los resultados obtenidos de esta pequeña muestra no se encontró diferencia entre hombres y mujeres ambos tuvieron inclinación a estrategias de afrontamiento activo o dirigido al problema.

Debido a que éstas estrategias se utilizan en función de necesidades y situaciones específicas como refieren Contreras, Esguerra, Espinosa & Gómez (2007) presentar un infarto agudo de miocardio es una situación donde el paciente requiere realizar un gran esfuerzo para continuar con su vida a pesar del dolor, en ese momento la finalidad es solucionar oportunamente el evento estresante como mencionan Reynoso & Seligson (2005).

También se reportan datos sociodemográficos por ejemplo: referente al sexo se identifica que es más frecuente en hombres que en mujeres, similar a lo que reportan Fernández et. al, 2003. Otra variable es el estado civil donde hubo una incidencia mayor en los casados que en los solteros, también se encontró en los pacientes infartados que la mayoría solo contaban con estudios de nivel primaria.

En la variable de hipertensión 9 de 11 pacientes refirieron ser hipertensos semejante a lo citado por Fernández et al. (2003) prevalece la relación entre presión arterial elevada y enfermedad cardiovascular, no así en las variables de obesidad ya

que solo uno de once pacientes era obesa; tres de once pacientes eran sedentarios y solo tres de once pacientes fumaban.

LIMITACIONES

Es necesario mencionar que la muestra de pacientes que participaron en este estudio es pequeña debido a sucesos inesperados como lo fueron el cierre temporal del Hospital por remodelación, esporádicamente ingresaban pacientes, pues los referían a otras instituciones de salud del estado y cuando reabrieron la unidad los pacientes que ingresaban de otras unidades hospitalarias para cateterismo cardiaco saliendo de la sala de hemodinamia inmediatamente egresaban en ambulancia a sus respectivas unidades; sumado a esto, algunos pacientes radicaban en el interior del estado y sus municipios o localidades estaban alejadas del hospital, el recorrido para llegar al hospital oscilaba entre 3 o 4 hrs. de camino, por lo que fue complicado el seguimiento de éstos.

Por lo tanto, una gran limitación fue la cantidad de pacientes que no permitieron realizar un análisis estadístico que mostrara resultados de las variables que pudieran generalizarse en la población; por consiguiente se plantea la posibilidad que en futuros estudios se amplíe la muestra de tal forma que permita realizar análisis estadísticos cuantitativos.

De igual modo se sugiere ampliar el tiempo de estudio y de ser posible realizar el estudio en diferentes estados del país; agregar instrumentos que midan ansiedad, estrés y factores de riesgo cardiológico de índole emocional.

CONCLUSIONES

En cuanto al primer objetivo específico que era identificar la incidencia de pacientes que cursan con depresión posterior a un evento de infarto agudo del miocardio, se concluye que en esta pequeña muestra se presentó de la siguiente manera: índice de depresión leve en un 36.4%; depresión moderada en un 18.2%, y estuvo ausente en un 45.5% de los pacientes pos-infartados en un periodo casi inmediato al suceso; es decir, en un periodo no mayor de 15 días posterior al evento. Entonces hay un índice de depresión que va de leve a moderada en las dos semanas

posteriores al infarto agudo de miocardio casi en la misma medida que en aquellos pacientes que no presentaron depresión; sin embargo surge la necesidad de ampliar el periodo de observación para identificar si permanece o no esta incidencia, aumentar la muestra y el periodo de observación de tal manera que de encontrarse permanente la existencia de depresión se pueda realizar un tratamiento oportuno que no interfiera en la calidad de vida de estos pacientes.

Referente al segundo objetivo que era identificar cuáles eran las estrategias de afrontamiento prevalecientes en pacientes que han cursado con un evento de infarto agudo de miocardio, se encontró que el afrontamiento estuvo dirigido a solucionar el problema, en este caso sobrevivir ante el evento isquémico de tipo infarto agudo de miocardio sin diferencia de género ya que tanto en varones como en mujeres estuvo dirigido a solucionar el problema emergente de salud.

SUGERENCIAS

Se sugiere para siguientes investigaciones dejar abierta la posibilidad de incluir a todos los pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio provenientes de otras instituciones del interior del estado aunque no sean pacientes del Hospital General de Puebla, esto con la finalidad de ampliar la muestra y llevar un seguimiento de los mismos para poder identificar si el índice de depresión se mantiene o se modifica conforme pasa el tiempo.

También, está la propuesta de trabajar los factores de riesgo emocionales ya que para fines de esta investigación no se otorgó ningún tipo de intervención para identificar, evaluar y tratar el estrés, la ansiedad y el tipo de personalidad tipo A, siendo éstas áreas de oportunidad de abordaje que compete al psicólogo y más específico al psicocardiólogo ya que en este aspecto se basa en la modificación de los factores de riesgo cardiológico de índole tradicional y emocional.

De igual forma realizar el diseño de programas psicoeducativos con diversos enfoques, desde el cognitivo conductual, el humanista y Gestalt dirigido a pacientes cardiológicos esto con el propósito de que el paciente vivencie la importancia de los factores de riesgo y trabaje en ellos, generando con ello responsabilidad, autoapoyo y

adherencia terapéutica que por consecuencia mejorará la calidad de vida, teniendo siempre la mirada fija en la prevención.

REFERENCIAS

- Aguilar, J., & Garabito, R. (2008). Infarto agudo de miocardio. *Revista Paceyña Medicina Familiar*; 5(8): 102-114.
- Albert, E., & Chip, R. (2007). *Controle su ira antes de que ella le controle a usted: cómo dominar las emociones destructivas*. Barcelona, España: Paidós, p.26.
- Alonzo, A., & Reynolds. (1998). The structure of emotions during acute myocardial infarction: a model of coping [La estructura de las emociones durante el infarto agudo de miocardio: un modelo de afrontamiento] *Soc Sci Med*, 46 pp. 1099–1110
- Álvarez, J., & del Rio, O. (2011). *Cuidados al paciente con alteraciones cardiacas*. Madrid, España: Difusión Avances de Enfermería p.118-120.323.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. p. 104 Arlington,VA
- Barbour, K. (2007). *Cardiac Rehabilitation part II Assessment and Management of Depression in Cardiac Rehabilitation Patients*. Humana Press Totowa, New Jersey.
- Bennett, K., & Boothby, J. (2007). *Coping and Heart Disease: Implications for Prevention and Treatment* [Afrontamiento y enfermedad cardíaca: Implicaciones para la Prevención y Tratamiento] en Martz E, Livneh, H. *Coping with Chronic Illness and Disability Theoretical, Empirical, and Clinical Aspects* [Cómo sobrellevar las enfermedades crónicas y la discapacidad aspectos teóricos, empíricos y clínicos] Cap. 13 Springer Parte II, páginas 267-287.
- Bermúdez, J., Pérez, A., Ruiz, J., Sanjuán, P. & Rueda, B. (2013). *Psicología de la personalidad: Teoría e investigación*. España: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Braunwald, E. (2001). *Tratado de cardiología*. Vol.II (5ª ed.). Mc Graw-Hill Interamericana, p.1291-1293.
- Buendía, J. & Mira, J. (1993). *Eventos vitales, afrontamiento y desarrollo. Un estudio sobre el estrés infantil*. Universidad de Murcia. Secretariado de publicaciones. ed.III.

- Bueno, A. & Buceta, J. (1997). Tratamiento psicológico después del infarto de miocardio: estudios de caso. Madrid, p. 20 Dykinson.
- Caballo, V. E. (1998). Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. Madrid, España: Siglo XXI Editores S.A.
- Cachofeiro, V. (2009). Libro de la salud cardiovascular, la Fundación BBVA y el Hospital Clínico San Carlos. Alteraciones del colesterol y enfermedad cardiovascular. Cap. 13.p.131-139.
- Campaña, M. (2016). Incidencia de la depresión en el adulto mayor y su relación con la tipología familiar en la Unidad de Medicina Familiar número 44, IMSS Chihuahua, enero-diciembre 2014. Tesis que para obtener el grado de Especialista en Medicina (Medicina Familiar). U.N.A.M.
- Carinci, F., Nicolucci, A., Ciampi, A., Labbrozzi, D., Bettinardi, O., Zotti, AM., Tognoni, G. (1997). Role of interactions between psychological and clinical factors in determining 6-month mortality among patients with acute myocardial infarction. Application of recursive partitioning techniques to the GISSI-2 database. Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell' Infarto Miocardico. Eur Heart J. May;18 (5):835-45.
- 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.
- Coon, D. (1999). Psicología Exploración y Aplicaciones. (8ª ed.) México, D.F.: International Thomson Editores.
- Cruz, L. (2007) pacientes posinfartados deprimidos, seguimiento a seis meses. Tesis de postgrado para obtener el diploma de especialidad en Psiquiatría. Centro Médico Nacional 20 de Noviembre I.S.S.S.T.E Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cuervo, R. (2007). Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA Alcohol y tabaco en la patología cardiovascular. Cap.65 p.579
- Doll, R. & Peto, R. (1976). Mortality in relation to smoking: 20 years observations on male British doctors. British Medical Journal, 2, 1525-1536.

- Fernández, E., Díaz, M. & Domínguez, F. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*. Vol. 15, nº 4, pp. 615-630.
- Frasure-Smith, N., Lespérance, F. & Talajic, M. (1994). Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. [La depresión después de un infarto de miocardio. Impacto sobre la supervivencia de 6 meses] *JAMA* Apr 13;271(14):1082.
- Lespérance, F. & Frasure-Smith, N.(2000). Depression in patients with cardiac disease. *Journal of Psychosomatic Research* , April–May, Volume 48 , Issue 4 , 379 – 391.
- Fuster, V., Walsh, R., & Harrington, R. (2011). *Hurst's The Heart, 13e Revisado*: 23 octubre 2015.<http://accessmedicine.mhmedical.com/book.aspx?bookid=376>.
- García, E. (2005). Habilidades de afrontamiento, ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica. Tesis para obtener el grado de Maestra en Psicología General Experimental. Universidad Nacional Autónoma de México.
- González, F. (2007). *Instrumentos de evaluación Psicológica*. Editorial ciencias médicas.
- Halgin, R., & Krauss, S. (2004). *Psicología de la anormalidad. Psicología clínica sobre desordenes psicológicos*. (4ª. ed.) Ed. Mc Graw Hill.
- Havranek, E. (2006). *Clinical Psychology and Heart Disease. Prevalence of Depression in Chronic Heart Failure*. Cap. 6, p.99-108 Ed. Springer-Verlag Italia.
- Heinze, G. & Camacho, P. (2010). *Guía clínica para el manejo de la depresión*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México.
- Herrmann, C., Brand-Driehorst, S., Buss, U., & Rüger, U. (2000). Effects of anxiety and depression on 5-year mortality in 5,057 patients referred for exercise testing. *Journal of Psychosomatic Research*. Apr-May; 48 (4-5):455-62.
- Juárez, A. (2007). *Afrontamiento del estrés desde la psicoterapia cognitivo-conductual y racional-emotiva (análisis comparativo)*. Tesis Licenciatura Colegio Partenón, Escuela de Psicología U.N.A.M.
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Revista de Salud Mental*, 21 (3), 26-31.

- Kop, W., & Ader, D. (2006). *Clinical Psychology and Heart Disease Depression in Coronary Artery Disease: Assessment and Treatment* Cap 6. Ed. Springer-Verlag Italia
- Labrada, L. (2014). *Adios al infarto*. 2a Ed. Editorial Diáspora p.201
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca.
- Lett, H., Blumenthal, J., Babyak, M., Catellier, D., Carney, R., Berkman, L., Burg, M., Mitchell, P., Jaffe, A., & Schneiderman, N. (2009). Dimensions of Social Support and Depression in Patients at Increased Psychosocial Risk Recovering from Myocardial Infarction. *International Society of Behavioral Medicine*. 16:248–258.
- Low, C. A., Stanton, A. L., & Bower, J. E. (2008). Effects of acceptance-oriented versus evaluative emotional processing on heart rate recovery and habituation. *Emotion*, 8(3), 419–424.
- Macaya, M., & López, F. (2007). *Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA. "Mitos y realidades de la salud cardiovascular"* Recuperado de: https://books.google.es/books?id=O2XEpDdesrAC&dq=infarto+agudo+de+miocardio&hl=es&source=gbs_navlinks_s visitado 22 de abril de 2015 23:20 hrs.
- Maier, K., Chatkoff, D., & Burg, M. (2006). *Clinical Psychology and Heart Disease*. Depression and CHD: Prevalence, Prognosis, Pathophysiology and Treatment. [Depresión y enfermedad coronaria: prevalencia, pronóstico, fisiopatología y el tratamiento]. Cap. 5 Ed. Springer-Verlag-Italia.
- Matthews, K.A. (1982). Psychological perspectives on the Type A behavior pattern. [Perspectivas psicológicas sobre el patrón de conducta Tipo A] *Psychological Bulletin*, 91, 293-323.
- Mayo Foundation for Medical Education and Research/ Bernard, J., Gersh. (2001). *Guía para la salud del corazón*. (2ª ed). México, D.F.: Intersistemas
- Compare, A., Gondoni, L., & Molinari, E. (2006). *Clinical Psychology and Heart Disease*. Psychological Risk Factors for Cardiac Disease and Pathophysiological Mechanisms: An Overview. [Factores psicológicos de riesgo en enfermedad

- cardíaca y los mecanismos fisiopatológicos: Una visión general]. cap. 2 p. 21 a 32 Ed. Springer-Verlag Italia.
- Mora, P. (2009). Programas de prevención y rehabilitación cardíaca. Manual de Enfermería en Prevención y Rehabilitación Cardíaca. Madrid: Asociación Española de Enfermería en Cardiología. Recuperado de:
<http://www.enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/manuales/preven/>
- Moore, S., Prior, & Bond, M. (2007) The contribution of psychological disposition and risk factor status to health following treatment for coronary heart disease. [La contribución del estado psicológico y factor de riesgo para la salud después del tratamiento para enfermedad coronaria]. *European Journal Cardiovasc Nursing*, 6 pp. 137–145.
- Moser, DK., & Dracup, K. (1996). Es la ansiedad temprana después de un infarto de miocardio asociado con eventos isquémicos y arrítmicos posteriores?. *Psychosom Med.* 58 (5), 395-401. Recuperado de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8902890>
- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999. Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Recuperado de:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/030ssa29.html>
- Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998. Para el manejo integral de la obesidad. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/174ssa18.html>.
- Organización Mundial de la Salud (2017). Tabaco <http://www.who.int/topics/tobacco/es/> visitado 26 de febrero de 2017.
- Organización Mundial de la Salud (2015). Alcohol. Nota descriptiva N. 349 visitado 27 de febrero de 2017. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (2013). Informe OMS Sobre La epidemia mundial de tabaquismo. Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco
- Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2005). *Desarrollo Humano*. (9ª.ed). Mc Graw Hill. p. 723

- Pardo, A., Camargo, A., & Suemitsu, E. (2011). Depressive symptoms in patients with acute coronary syndrome. [Los síntomas depresivos en pacientes con síndrome coronario agudo]. *Einstein*. Vol.9(3):326-31.
- Programa Nacional de Salud. (2007). Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Secretaria de Salud. México. p.34
- Reeve, J. (2003). Motivación y emoción. (3ª ed). México: Mc. Graw Hill.
- Reynoso, L., & Seligson, I. (2005). Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual. México, D.F.: Manual Moderno
- Rueda, B., & Pérez, A. (2005). Competencia percibida, procesos de valoración y afrontamiento ante un supuesto problema cardiovascular. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. Vol. 10, Num.3, pp. 193-204.
- Sarason, I., & Sarason, B. (2006). Psicopatología: Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada. Undécima edición. Pearson Educación de México.
- Sebregts, E., Falger, P., & Bär. (2000) Risk factor modification through nonpharmacological interventions in patients with coronary heart disease *Journal of psychosomatic research* Abril-Mayo 48, 425 – 441
- Serrano, M., & Megías-Lizancos. (2009). Enfermería en psiquiatría y salud mental. (2ª.ed). Madrid, España: Colección enfermería s21
- Sotelo, C., & Maupome, V. (1999). Traducción y estandarización del cuestionario modos de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman, para una población de adolescentes mexicanos. Tesis que para obtener el título de Licenciado en Psicología UNAM
- Tortora, G., & Grabowski, S. (2002). Principios de anatomía y fisiología 9ª ed. p.643
- Valadez, F. (2007). Manual de urgencias cardiovasculares. Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" (3ª ed.).p.58-59
- Vögele, C., Christ, O., & Spaderna, H. (2012). Cardiac threat appraisal and depression after first myocardial infarction. *Front. Psychology* 3:365. doi: 10.3389/fpsyg.2012.00365. [Evaluación de la amenaza cardíaca y depresión después de un primer infarto de miocardio] http://www.frontiersin.org/Psychology_for_Clinical_Settings/10.3389/fpsyg.2012.00365/full visitado 22 octubre 2012.

- Wang, J., Hoffman, B., & Blumenthal, J.(2011). Management of Depression in Patients with Coronary Heart Disease: Association, Mechanisms, and Treatment Implications for Depressed Cardiac Patients *Expert Opin Pharmacother.* January; 12(1): 85–98. doi:10.1517/14656566.2010.513701. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2997888/pdf/nihms227852.pdf>
- Whitmarsh, A., Koutantji, M., & Sidell, K. (2003). Illness perceptions, mood and coping in predicting attendance at cardiac rehabilitation. [Percepciones de la enfermedad, el estado de ánimo y de afrontamiento en la predicción de la asistencia a la rehabilitación cardiaca]. *Br J Health Psychol.* May;8 (Pt 2):209-21. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12804334> visitado octubre 2014.
- World Health Organization Cardiovascular. Recuperado de: http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/cvd/en/ visitado 2015
- World Health organization (WHO) International Society of Hipertension. (ISH) (2003). Statement on management of Hypertension. *Journal of Hypertension* Vol. 21 No.11.



ANEXOS



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA

Título del protocolo: *“Afrontamiento, Depresión en Pacientes Post-Infarto Agudo Del Miocardio”*

Investigador principal: Psic. María Elena Pérez Rodríguez

Sede donde se realizará el estudio: Hospital General de Puebla Sur

Nombre del paciente: _____

Número de expediente _____ He sido invitado a participar en este estudio de investigación psicológica que tiene como objetivo Identificar si existe relación entre depresión y estrategias de afrontamiento en los pacientes que han padecido infarto agudo del miocardio.

Se me ha informado que si decido participar en el estudio puedo retirarme en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de mi decisión, la cual será respetada en su integridad.

No tendré que hacer gasto alguno durante el estudio. No recibiré pago por mi participación. En el transcurso del estudio podré solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable.

La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por la investigadora.

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma del participante _____

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha



Anexo II

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE



Fecha: _____

NOMBRE: _____

SEXO: _____ EDAD: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO: _____ ESTADO CIVIL: _____

ESCOLARIDAD: _____ RELIGIÓN: _____

DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

INFARTO PREVIO: _____

FECHA DE ÚLTIMO INFARTO: _____

ESTATURA: _____

PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____

FACTORES DE RIESGO CARDIOLÓGICO:

Hipertensión () Hipercolesterolemia () Diabetes ()

Sedentarismo () Alcoholismo () Obesidad ()

Depresión () Tabaquismo ()

Estrés () Ansiedad ()

Antecedentes de infarto en la familia: _____

Tratamiento médico actual: _____

Tratamiento psicológico previo al evento de IAM: _____

ANEXO III

ESCALA MODOS DE AFRONTAMIENTO DE LAZARUS

Nombre: _____ Edad: _____

Sexo: _____ Estado civil: _____

Grado Escolar _____

Instrucciones: El siguiente cuestionario tiene por finalidad ayudarlo a analizar las formas o estilos principales en que usted enfrenta las situaciones problemáticas o conflictivas. Lea por favor cada uno de los ítems que se indican a continuación y escoja una de las cuatro opciones marcando con un tache la opción que más se asemeje a lo que usted lleva a cabo.

O = No, de ninguna manera, 1 = En alguna medida 2 = Generalmente, usualmente

3 = Siempre, En gran medida.

Items	O. No, de ninguna manera	1. En alguna medida	2. Generalm ente, usualmente	3. Siempre, En gran medida.
1.-Sólo me concentre exclusivamente en lo que tenía que hacer próximamente.				
2.- Trate de analizar el problema para entenderlo mejor				
3.- Me puse a trabajar o a realizar otra actividad para olvidarme del problema				
4.-Creí que el tiempo resolvería el problema y lo único que tenía que hacer era esperar				
5.- Me propuse a sacar algo positivo del problema.				
6.-Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quede sin hacer nada.				
6.- Hice 7.-Trate de encontrar al responsable del problema para que cambiara su actitud.				
8.- Hablé con alguien para averiguar más sobre el problema.				

9.- Me critiqué y me cuestione a mí mismo				
10.- No agote mis posibilidades de solución sino que deje alguna posibilidad abierta				
11.- Espere que ocurriera un milagro				
12.- Seguí adelante con mi destino, (simplemente algunas veces tengo mala suerte).				
13.- Seguí adelante como si no hubiera pasado nada				
14.- Intenté guardar para mí mis sentimientos				
15.- Busqué un poco de esperanza, intente mirar las cosas por su lado bueno.				
16.- Dormí más de lo acostumbrado				
17.-Manifesté mi enojo a la (s) persona (s) responsables del problema				
18.- Acepté la lastima y la comprensión de los demás.				
19.- Me dije cosas que me ayudaron a sentirme mejor				
20.- Me inspire para hacer algo creativo				
21.- Trate de olvidarme por completo del problema				
22.- Busqué la ayuda de un profesional				
23.- Cambié y madure como persona				
24.- Espere a ver que pasaba antes de hacer algo				
25.- Me disculpé o hice algo para compensar el problema				
26.- Desarrollé un plan de acción y lo seguí				
27.- Acepté la segunda posibilidad después de la que yo quería				
28.- Hice mis sentimientos a un lado				
29.- Me di cuenta de que yo misma (o) cause el problema				

30.- Me sentí más fuerte después de resolver el problema, que antes de tenerlo				
31.- Platique con alguien que podía hacer algo concreto con mi problema				
32.- Me escape por un rato trate de descansar o tomarme unas vacaciones.				
33.- Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos, etc. Más de lo acostumbrado.				
34.- Hice algo muy arriesgado				
35.- Intenté no actuar impulsivamente o hacer lo primero que se me ocurriera				
36.- Tuve fe en algo nuevo				
37.- Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara				
38.- Pensé en las cosas buenas de la vida				
39.- Hice cambios para que las cosas volvieran a la normalidad				
40.- Evite estar con la gente				
41.- No permití que el problema me venciera evitando pensar mucho tiempo en él.				
42.- Le pedí consejo a un amigo o familiar a quien respeto.				
43.- Evite que los demás se enteraran de lo mal que estaban las cosas				
44.- Tome lo positivo del problema y lo demás no lo tome en cuenta.				
45.- Le platique a alguien como me sentía				
46.- Me mantuve firme y pelee por lo que quería				
47.- Me desquite con los demás				
48.- Pensé en experiencias pasadas, y me di cuenta que ya había vivido algo parecido.				
49.- Sabía lo que tenía que hacer, así que me esforcé para que las cosas funcionaran				

50.- Me negué a creer lo que estaba pasando.				
51.- Me prometí que las cosas serían diferentes la próxima vez				
52.- Pensé en algunas soluciones al problema				
53.- Lo acepté, no había nada que pudiera hacer al respecto				
54.- Trate que mis sentimientos no interfirieran con otras cosas.				
55.- Deseaba poder cambiar lo que estaba pasando o la forma como me sentía				
56.- Cambie algo de mí misma (o)				
57.- Soñé o me imagine que las cosas eran mejores				
58.- Tuve el deseo de que el problema se acabara o terminara				
59.- Tuve fantasías ó imagine el modo en que podrían cambiar las cosas.				
60.- Recé				
61.- Me preparé para lo peor				
62.- Repasé mentalmente lo que haría o diría				
63.- Pensé lo que haría en mi lugar la persona que más admiro y la tomé como modelo				
64.- Trate de ver las cosas desde el punto de otra persona.				
65.- Me consolé pensando que las cosas podrían ser peores				
66.-Salí a correr o hice ejercicio				
67.- Intenté algo distinto de todo lo anterior (por favor descríballo)				

ANEXO IV

INVENTARIO DE BECK BDI*

Fecha:

Edad:

Escolaridad:

Ocupación:

Domicilio (Colonia y Delegación):

Sexo:

Edo. Civil

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se SINTIO LA SEMANA PASADA INCLUSIVE EL DIA DE HOY. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

1. 0. Yo no me siento triste
 1. Me siento triste
 2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
 3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
2. 0. En general no me siento descorazonado por el futuro
 1. Me siento descorazonado por mi futuro
 2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro
 3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar
3. 0. Yo no me siento como un fracasado
 1. Siento que he fracasado más que las personas en general
 2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos
 3. Siento que soy un completo fracaso como persona
4. 0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo
 1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo.
 2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada
 3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo
5. 0. En realidad yo no me siento culpable
 1. Me siento culpable una gran parte del tiempo
 2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo
 3. Me siento culpable todo el tiempo
6. 0. Yo no me siento que esté siendo castigado
 1. Siento que podría ser castigado
 2. Espero ser castigado
 3. Siento que he sido castigado
7. 0. Yo no me siento desilusionado de mí mismo
 1. Estoy desilusionado de mí mismo
 2. Estoy disgustado conmigo mismo
 3. Me odio
8. 0. Yo no me siento que sea peor que otras personas
 1. Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores
 2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas
 3. Me culpo por todo lo malo que sucede

9. 0. Yo no tengo pensamientos suicidas
 1. Tengo pensamientos suicidas pero llevaría a cabo
 2. Me gustaría suicidarme
 3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad
10. 0. Yo no lloro más de lo usual
 1. Llora más ahora de lo que solía hacerlo
 2. Actualmente lloro todo el tiempo
 3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo
11. 0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
 1. Me enoja o irrita más fácilmente que antes
 2. Me siento irritado todo el tiempo
 3. Ya no me irrita de las cosas por las que solía hacerlo
12. 0. Yo no he perdido el interés en la gente
 1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
 2. He perdido en gran medida el interés en la gente
 3. He perdido todo el interés en la gente
13. 0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
 1. Pospongo tomar decisiones más que antes
 2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
 3. Ya no puedo tomar decisiones
14. 0. Yo no siento que me vea peor de cómo me veía
 1. Estoy preocupado de verme viejo (a) o poco atractivo (a)
 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a)
 3. Creo que me veo feo (a)
15. 0. Puedo trabajar tan bien como antes
 1. Requero de más esfuerzo para iniciar algo
 2. Tengo que obligarme para hacer algo
 3. Yo no puedo hacer ningún trabajo
16. 0. Puedo dormir tan bien como antes
 1. Ya no duermo tan bien como solía hacerla
 2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir
 3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir
17. 0. Yo no me canso más de lo habitual
 1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerla
 2. Con cualquier cosa que haga me canso
 3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa
18. 0. Mi apetito no es peor de lo habitual
 1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo
 2. Mi apetito está muy mal ahora
 3. No tengo apetito de nada
19. 0. Yo no he perdido mucho peso últimamente
 1. He perdido más de dos kilogramos
 2. He perdido más de cinco kilogramos

3. He perdido más de ocho kilogramos

A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos Si No

20. 0. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes

1. Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación

2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más

3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

21. 0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mí interés por el sexo

1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba

2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora

3. He perdido completamente el interés por el sexo

Versión estandarizada por: Samuel Jurado Cárdenas, Lourdes Méndez Salvatore y Enedina Villegas Hernández, Facultad de Psicología. UNAM.