



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**“EFECTOS DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL
EN LOS ÍNDICES DE DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN
PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

BERENICE GAONA BADILLO

TUTOR: DR. CARLOS GONZALO FIGUEROA LÓPEZ

COMITÉ: ASESOR M. EN C. MARIO E. ROJAS RUSSELL

MTRA. BERTHA RAMOS DEL RÍO

LIC. MARIA TERESA ARVIDE VALES

LIC. MARGARITA VILLASEÑOR PONCE



PAPIIT IN304508

MÉXICO D.F. ABRIL 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**“EFECTOS DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL
EN LOS ÍNDICES DE DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN
PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

BERENICE GAONA BADILLO

TUTOR: DR. CARLOS GONZALO FIGUEROA LÓPEZ

COMITÉ: ASESOR M. EN C. MARIO E. ROJAS RUSSELL

MTRA. BERTHA RAMOS DEL RÍO

LIC. MARIA TERESA ARVIDE VALES

LIC. MARGARITA VILLASEÑOR PONCE



PAPIIT IN304508

MÉXICO D.F. ABRIL 2009

AGRADECIMIENTOS

Primeramente a Dios, el autor de mi vida, mi ayudador, confidente, Padre, salvador, etc., gracias por darme la oportunidad de alcanzar esta meta tan importante para mí, por escuchar mis oraciones, por la fuerza y la sabiduría, sin ti no sería nada, gracias no tengo como agradecerte...

A mis padres (Candelario y Margarita) gracias por su amor, paciencia, comprensión, consejos y por su apoyo incondicional de todas formas, hoy veo realizada esta meta que no hubiera sido posible sin ustedes, agradezco a Dios por sus vidas, creo que no me pudo haber obsequiado a unos padres mejores, Dios los Bendiga, los amo...

Mis hermanos (Samy, Miriam y Priscila), gracias por formar parte de mi vida, por ser mi compañía incondicional y por todo el apoyo recibido, los amo...

Ángel, gracias por estar a mi lado hasta este momento tan especial, acompañarme durante los períodos difíciles y en especial por soportar los berrinches.

A mis amigos que siempre estuvieron ahí dándome apoyo moral, Mirna gracias por las llamadas telefónicas de ánimo, por los viernes tan agradables de aprendizaje y reflexión, por todos estos años a mi lado, eres parte de mi familia, te quiero mucho....

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por brindarme la oportunidad de ser parte de su comunidad estudiantil, en especial de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, fue un gran reto entrar, pero lo logre.

A Thelma, creo que tú entiendes perfectamente lo que significa llegar a este momento, compartimos toda la carrera juntas desde el primer día hasta ahora, las desveladas, el estrés a más no poder por exámenes, congresos, tareas, etc. y al fin este gran logro, gracias.

A mis maestros, Mtro. Gabriel, Mtra. Socorro, entre otros; Maestra Bertha gracias por darme la oportunidad de conocer el Programa Psicología de la Salud a través de sus clases, por ayudarme a decidir en el último momento, creo que fue una buena elección, la cual tiene mucho que ver con el logro de hoy, por su apoyo incondicional, consejos, enseñanzas, momentos agradables, etc.

Dr. Carlos, que puedo decir, gracias por brindarme la oportunidad de trabajar en este gran proyecto, por la confianza, conocimientos transmitidos, el tiempo invertido, dirección, asesoría, etc., etc., y por su arduo trabajo que hoy se ve reflejado en esta tesis.

A cada uno de mis sinodales gracias por sus comentarios, Maestro Mario gracias, por el tiempo, apoyo y enseñanzas tanto en las clases como ahora en la tesis (también por las clases de office); Maestra Margarita, gracias por su apoyo incondicional en todo momento, en especial en Monterrey fue algo muy significativo para mí, Maestra. Tere aunque no tuve la oportunidad de tomar clase con usted creo que es una gran persona, le agradezco por su tiempo y dedicación para concluir este trabajo.

Al Hospital General de México, en especial al Dr. Luis Alcocer D., por sus consejos y por permitirnos trabajar con los pacientes, fue una gran experiencia de aprendizaje en todos los sentidos.

A PAPIIT por su apoyo brindado para llevar a cabo este proyecto y para la realización de mi tesis.

Al programa en general de Psicología de la Salud, por ampliar mi conocimiento y brindar otra alternativa como campo de aprendizaje en la carrera de psicología de la FES Zaragoza. A todos los pacientes que sin saberlo formaron parte de mi aprendizaje y aunque numéricamente, por no poder escribir sus nombres, de mi tesis en especial. Quisiera agradecer a muchas personas por haber contribuido de una u otra manera para que este sueño se hiciera realidad, pero este espacio es muy reducido para expresar todo lo que siento, por lo tanto sólo mencione a algunos.

GRACIAS A TODOS!!!!

🌸 CON CARIÑO Y ADMIRACIÓN: BERE 🌸

ÍNDICE

	Páginas
Resumen	
INTRODUCCIÓN	
1. CARDIOLOGÍA CONDUCTUAL	1
2. INSUFICIENCIA CARDIACA	3
2.1. Prevalencia.....	3
2.2. Incidencia.....	4
2.3. Factores de riesgo.....	4
2.4. Mortalidad.....	5
2.5. Costos y hospitalización.....	6
2.6. Definición.....	6
2.7. Clasificación.....	7
2.8. Diagnóstico.....	9
2.9. Factores Psicosociales.....	10
2.9.1. Depresión.....	12
2.9.2. Calidad de Vida Relacionada con la Salud.....	14
2.10. Tratamiento.....	17
2.10.1. Médico.....	17
2.10.2. Psicológico.....	18
Planteamiento del problema.....	21
MÉTODO.....	24
RESULTADOS.....	33
DISCUSIÓN.....	43
REFERENCIAS.....	49
ANEXOS.....	53

RESUMEN

La depresión es una condición común de salud entre los pacientes con Insuficiencia Cardíaca (IC) y se reconoce que tiene efectos considerables en contra de la salud tanto física como funcional, asociándose a un deterioro en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y mayor riesgo de mortalidad. Los objetivos de este trabajo fueron determinar los efectos de un programa de tratamiento cognitivo- conductual en los índices de depresión y CVRS en pacientes con IC, Evaluar las características sociodemográficas, clínicas, psicológicas, psicofisiológicas y antropométricas de los pacientes con IC y conocer la relación que existe entre la depresión y la CVRS en pacientes con IC. Se aplicó a 28 pacientes del Servicio de Cardiología del Hospital General los siguientes instrumentos: Carta de consentimiento informado, ficha de identificación, Cuestionario de Depresión de Yesavage y Cuestionario de Cardiomiopatía Kansas City. El programa de intervención se llevó cabo durante cuatro sesiones, en tres fases (preevaluación, tratamiento y postevaluación). Se realizaron análisis con la prueba chi-cuadrada para conocer las diferencias en la depresión y CVRS en la pre y postevaluación y análisis de correlación de Pearson y Rho de Spearman. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas, en las variables psicológicas; el análisis de correlación entre depresión y CVRS fue $r = -.578$, $p = .01$).

Palabras claves: Insuficiencia Cardíaca, Depresión, Calidad de Vida Relacionada con la Salud, Tratamiento cognitivo-conductual

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades coronarias siguen siendo la principal causa de muerte en las comunidades más industrializadas y representa, junto con otras enfermedades cardiovasculares, el mayor problema de salud pública de estos países. Se ha estimado que, del total de las muertes por enfermedad cardiovascular, más del 60% ocurren en el mundo desarrollado. No obstante, las tasas de mortalidad por enfermedad cardiovascular han disminuido durante las últimas décadas en los países desarrollados (por ejemplo, de Europa y de América del Norte) y se han acelerado en los países en vías de desarrollo. Esto se debe a que en los últimos años en algunos países se ha conseguido una reducción significativa de muertes debido a estas enfermedades, como consecuencia de los esfuerzos en la prevención primaria y por una disminución en la incidencia de los factores de riesgo (Fernández, Martín y Domínguez, 2003).

Las enfermedades cardiovasculares, comprenden un amplio número de trastornos que afectan al sistema circulatorio y al corazón, incluyen la enfermedad coronaria y sus complicaciones asociadas, como la angina de pecho, el infarto de miocardio, el fallo cardíaco congestivo, la hipertensión arterial, los trastornos cerebrovasculares y la insuficiencia cardíaca (Fernández et al. 2003).

La naturaleza de los trastornos cardiovasculares es compleja y no existe un único factor causante de su aparición y desarrollo. Por lo cual en pacientes con Insuficiencia Cardíaca se han encontrado diversos factores psicosociales adversos que son comunes en las personas con enfermedades coronarias, tales como depresión, ansiedad, disminución en la calidad de vida, hostilidad, estrés crónico, bajo nivel socioeconómico, dificultades interpersonales, entre otros (Davidson, Rieckman y Rapp, 2005; Johansson, Dahlstrom y Brostrom, 2006; Thomas, 2006).

Por lo cual en la actualidad una de las premisas más consistentemente aceptadas, tiene que ver con la comprobación de la influencia que poseen los aspectos psicológicos sobre el bienestar integral del individuo (Breva, Espinosa y Palmero, 2000) y la necesidad de atención multidisciplinaria para los pacientes con Insuficiencia Cardíaca.

1. CARDIOLOGÍA CONDUCTUAL

Históricamente la implicación de la psicología en el área de la salud se remonta a comienzos del siglo XX, pero hasta hace poco tiempo, era reducido el número de psicólogos que investigaban en temas relacionados con la medicina. La medicina psicosomática logró el reconocimiento de los factores psicológicos como elementos que tenían una importante influencia en el desarrollo de la enfermedad, pero esta visión nunca fue más allá de los límites propios de la psiquiatría. Hacia la década de los setenta, los psicólogos comenzaron a desarrollar investigación y tratamiento apuntando a la promoción de la salud y al análisis de las enfermedades crónicas. Esta serie de investigaciones condujeron a sentar las bases de dos nuevos campos de investigación: la medicina conductual y la salud conductual.

La Medicina Conductual surgió de manera formal en la Conferencia sobre medicina conductual, llevada a cabo en la Universidad de Yale en 1977. Después en una reunión en la Academia Nacional de Ciencias, según Schwartz y Weiss se le definió como un amplio campo interdisciplinario de índole científico, educativo y práctico, el cual se interesa por la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas (por ejemplo la hipertensión arterial, desórdenes relacionados con el estrés, adicciones, obesidad, etc.). Es un campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo e integración de la ciencia biomédica y conductual y las técnicas relevantes para la salud y la enfermedad, así como la aplicación de este conocimiento y estas técnicas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Desde sus inicios, la medicina conductual ha tenido valiosas aplicaciones en diversos campos de la medicina: oncología, cardiología, medicina interna, pediatría, medicina crítica (Reynoso y Seligson, 2005; Villalpando, Nacif y Vázquez, 2007).

Para Reynoso y Seligson (2005) la medicina conductual surgió como un paradigma tanto para la intervención y aplicación de programas clínicos como para la investigación, ya que la investigación biomédica y la conductual se han desarrollado de manera independiente, y

desde la perspectiva de la medicina, no han sido capaces de explicar el porqué algunas personas se mantienen sanas y otras se enferman.

La Cardiología Conductual (CC) es una extensión de la medicina conductual, estudia y evalúa los factores psicológicos que favorecen la aparición y desarrollo de la enfermedad cardiovascular, se interesa en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes. La CC representa un punto de vista alternativo respecto a que si bien la enfermedad cardíaca coronaria y el riesgo cardiovascular no es inevitable, sí se pueden prevenir. De acuerdo con esto, las causas de la enfermedad cardíaca no se encuentran únicamente en el corazón, sino también son producto del estilo de vida y de los efectos de factores psicosociales (particularmente el estrés y la depresión) y la manera en que se afrontan (Figuroa y Ramos, 2004). La CC explica no sólo cómo interactúan estos factores para provocar un trastorno cardiovascular, sino también cómo se pueden modificar una vez que la enfermedad cardíaca ya está presente (Pickering, Phil, Clemow, Davidson y Gerin, 2003).

La Cardiología Conductual es diferente a la mayoría de las áreas de la Medicina, ya que es esencialmente interdisciplinaria e involucra la colaboración de médicos, psicólogos, enfermeras, nutriólogos y cardiólogos (Pickering et al.2003).

Los factores psicosociales adversos son comunes en las personas con enfermedades coronarias; se sabe que hasta un 50% de los pacientes muestran pruebas de ansiedad y/o de trastornos depresivos (Thomas, 2006); por ejemplo, cuando un paciente está deprimido, no sólo se activa el sistema nervioso simpático y el eje hipotalámico pituitario adeno-cortical, los cuales producen mayores niveles de cortisona y un aumento en la tasa cardíaca; sino que también se presenta una disfunción endotelial y diferentes formas de anormalidad plaquetaria, al igual que altos niveles de proteína C reactiva, y un crecimiento de la circunferencia abdominal (aún perdiendo peso), presentando riesgo de síndrome metabólico y diabetes (Alarcón y Ramírez, 2006).

Ante estos hechos es importante que el cardiólogo sea proactivo y desarrolle habilidades para evaluar y tratar estos factores de riesgo en el cuidado de sus pacientes, los cardiólogos que no prestan atención a esta evidencia no sólo están dando un deficiente servicio profesional sino que caen en serias implicaciones éticas al momento de pasar por alto los síntomas conductuales y psicológicos de sus pacientes. (Figuroa, Domínguez, Alcocer y Ramos, 2009).

2. INSUFICIENCIA CARDIACA

Según la Organización Mundial de la Salud, 7.6 millones de personas mueren anualmente por ataques cardíacos y más de 5 millones por episodios cerebrovasculares. Ante esto, calculan que para el año 2020, las muertes en todo el mundo por accidente cerebrovascular (ACV) lleguen a 25 millones, constituyéndose en la principal causa de incapacidad en el mundo (Enfermedades cardiovasculares ocupan 31% de las muertes en Latinoamérica, 2008).

La Insuficiencia Cardíaca (IC) es un importante problema de salud pública, tanto por su morbilidad y mortalidad como por el elevado costo que supone, es un grave problema al que están expuestos una gran parte de pacientes cardíacos, sobre todo aquellos que padecen enfermedad coronaria, hipertensión arterial, valvulopatías o miocardiopatías.

2.1. Prevalencia

La European Society of Cardiology (ESC) representa países con una población mayor de 900 millones, y hay al menos 15 millones de pacientes con IC en esos 51 países. La prevalencia de IC está entre 2 y 3% y a los 75 años de edad se eleva bruscamente, así en los ancianos entre 70 y 80 años, está entre 10 y 20%. En grupos más jóvenes la IC es más frecuente en los hombres, debido a que la causa más común, la cardiopatía coronaria, aparece en décadas más tempranas. En los ancianos, la prevalencia es igual entre ambos sexos (Dickstein et al. 2008).

La prevalencia de IC está aumentando en las últimas décadas en los países desarrollados, esto debido a varios determinantes: por el aumento del número de personas ancianas, en las que la enfermedad es más frecuente; por la mayor supervivencia de los enfermos con Infarto Agudo de Miocardio (IAM) y de los hipertensos (las dos principales causas de IC) debido a la mejora de los tratamientos y de los cuidados generales que reciben estos enfermos. Esta mayor supervivencia permite que los pacientes acaben desarrollando IC (una vía final de muchas enfermedades del corazón) y, por tanto, aumente su frecuencia. Cuanto mayor es la supervivencia de la IC, mayor es su prevalencia. (Rodríguez, Banegas y Guallar, 2004).

Los datos del FHS (Framingham Heart Study) y del Instituto Nacional de Corazón, Sangre y Pulmón (NHLBI) de EE.UU. proporcionan los siguientes datos (Lloyd et al.2009):

- El índice de Insuficiencia Cardíaca (IC) se acerca a 10 por cada 1000 de la población después de los 65 años de edad.
- El índice anual de nuevos casos de IC por cada 1000 en la población para hombres blancos es de 15.2 (entre 65 y 74 años de edad), 31.7 (entre 75 y 84 años de edad), y 65.2 para mayores de 85 años de edad. Para las mujeres blancas entre las mismas edades se agrupa, 8.2, 19.8, y 45.6, respectivamente. Para hombres negros, los datos son 16.9, 25.5 y 50.6, y para mujeres negras, son 14.2, 25.5, y 44.0.
- Setenta y cinco por ciento de los casos de IC tienen como antecedente la Hipertensión.
- El riesgo de vida para personas con presión arterial >160/90 milímetros de Hg. es el doble de aquellos con presión arterial < 140/90 milímetros de Hg.
- En México, no existen datos estadísticos acerca de la prevalencia de Insuficiencia Cardíaca, en el 2004 se estimó que la IC afecta a 750,000 personas (García, 2004).

2.2. Incidencia

- La incidencia es 2 veces mayor en los sujetos hipertensos que en los normotensos, y 5 veces mayor en los sujetos que han tenido un infarto de miocardio que en los que no lo han tenido (Rodríguez et al. 2004).
- En México la incidencia es del 10% por lo que se esperarían 75,000 nuevos casos cada año (Skromne, 2000).

2.3. Factores de riesgo

- El FHS y NHLBI de EE.UU realizados en el 2006 reportan que la hipertensión y la diabetes son factores de riesgo comunes para IC, y colaboran en una proporción grande de casos, seguido por antecedentes de Infarto al Miocardio (Lloyd et al. 2009).
- Entre mujeres con enfermedad coronaria, la diabetes fue el riesgo más fuerte para IC. En mujeres diabéticas con elevado IMC el riesgo fue más alto, con índices anuales de 7% y 13%, respectivamente. Entre mujeres no diabéticas sin factores de riesgo, el índice anual de IC fue 0.4%. El índice de IC aumenta con cada factor adicional, y mujeres no diabéticas con 3 factores de riesgo tuvieron una incidencia anual de 3.4%. Entre personas diabéticas sin factores de riesgo adicionales, el índice anual de IC fue de 3%, comparado con 8.2% entre diabéticos con 3 o más factores de riesgo adicional (Lloyd et al. 2009).
- Específicamente en México, Argentina, Venezuela y Brasil, la hipertensión se ubica entre los cinco principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares (ECV), junto con el consumo de alcohol, la obesidad, el tabaquismo y el colesterol (Enfermedades cardiovasculares, 2008).

2.4. Mortalidad

- Lloyd et al. (2009) señalan que en el 2005, la mortalidad total por IC fue de 292, 214. Estos datos arrojados por los certificados de defunción de los EE.UU. y fue seleccionado como la "causa subyacente" en 58.933 de esas muertes. En la

mortalidad preeliminar del 2006 la IC fue escogida como la “causa subyacente” de 60, 315 muertes.

- Después de que la IC es diagnosticada, el índice de supervivencia es más bajo en los hombres que en las mujeres, pero solamente menos del 15% de las mujeres sobrevive de 8 a 12 años.
- El 50 % en conjunto de pacientes con IC mueren en los próximos 4 años.
- En personas diagnosticadas con IC, el índice de muerte cardíaca repentina ocurre de 6 a 9 veces más que en la población en general.

Según los datos expuestos en el Congreso Mundial de Cardiología 2008, celebrado en Buenos Aires, las enfermedades cardiovasculares originan, en la actualidad, el 31% de las muertes en Latinoamérica. Las estadísticas indican que 20.7 millones de personas morirán por esta causa durante la primera década del siglo XXI, solamente en América Latina (Enfermedades cardiovasculares, 2008).

En un análisis realizado por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud en México, en el período comprendido de 1998 al año 2000 se reveló que el porcentaje de defunciones por enfermedad coronaria fue de 55% para los hombres y de 45% para las mujeres (Velázquez et al. 2007; Etxeberría, Sánchez, Alonso, Campos y Jarne, 2007).

2.5. Costos y hospitalización

Además de la prevalencia de la IC, tanto en la morbilidad como en la mortalidad, los frecuentes ingresos hospitalarios generan los mayores gastos de atención. Se estima que 40% de todos los pacientes con IC se hospitalizan por lo menos una vez cada año (Skromne, 2000).

- Según Dickstein et al. (2008) la IC es la causa de 5% de las admisiones al hospital, está presente en 10% de los pacientes en camas del hospital.

- Las altas en el hospital para IC se elevaron de 877 000 en 1996 a 1 106 000 en 2006 (Lloyd et al. 2009).
- Los datos del cuidado ambulatorio, visita al médico, departamentos de atención ambulatoria del hospital y departamentos de emergencia en el 2006 fueron de 3 390 000 para IC (Lloyd et al.2009).
- El costo directo e indirecto aproximado por IC en los Estados Unidos para el 2009 son de \$37.2 mil millones (Lloyd et al. 2009).
- En México el gasto destinado del sector salud (1%) a esta enfermedad asciende a los 314 millones de dólares al año (García, 2004).
- Las hospitalizaciones representan el mayor porcentaje de los costos directos totales en la IC (Skromne, 2000).

2.6. Definición

La Insuficiencia Cardíaca es un síndrome en el que los pacientes tienen las siguientes características: los síntomas de IC, típicamente la falta de aliento en reposo o durante el esfuerzo, y/o la fatiga; señales de retención inestable como la congestión pulmonar o la hinchazón de los tobillos; y pruebas objetivas de una anomalía de la estructura o la función del corazón en descanso (Dickstein et al. 2008)

La IC es un síndrome clínico caracterizado por la falla del corazón para mantener un equilibrio cardiocirculatorio adecuado en el cual se debe considerar la función sistólica y/o diastólica. Se distingue desde el punto de vista hemodinámico por la disminución absoluta o relativa del gasto cardíaco con respecto a las demandas periféricas y por la elevación de la presión de llenado ventricular, de la presión auricular media y del sistema venoso correspondiente. Uno de los rasgos del síndrome es la reacción neurohumoral con incremento de las catecolaminas circulantes, activación del eje renina angiotensina aldosterona y aumento de la secreción de sustancias tales como hormona antidiurética, el factor natriurético, arritmias ventriculares, algunas potencialmente letales que, de hecho, son uno de los mecanismos de muerte de los pacientes afectados. Se puede decir que la IC

constituye la expresión de la incapacidad del corazón en su conjunto para cumplir sus funciones en el bombeo de la sangre a los diferentes lechos y órganos del cuerpo, complicación potencial de todas las enfermedades del corazón (Skromne, 2000).

2.7. Clasificación

La clasificación funcional de la New York Heart Association (NYHA) está basada en la capacidad del paciente para realizar su actividad física y es útil para evaluar la respuesta al tratamiento y seguir la historia natural de cualquier paciente con IC (v. Tabla 1).

Tabla 1. Clasificación de la Insuficiencia Cardíaca según la NYHA

Clase funcional	
I	Sin limitación: el ejercicio físico normal no causa fatiga, disnea o palpitaciones indebidas.
II	Ligera limitación de la actividad física: sin síntomas en reposo, la actividad física normal causa fatiga, palpitaciones o disnea.
III	Acusada limitación de la actividad física: sin síntomas en reposo, cualquier actividad física provoca aparición de los síntomas.
IV	Incapacidad de realizar actividad física: los síntomas de la insuficiencia cardíaca están presentes incluso en reposo y aumentan con cualquier actividad física.

(Cohen, 2004; López, 2005; Dickstein et al. 2008)

Las guías del American College of Cardiology (ACC) y de la American Heart Association (AHA), proponen un nuevo esquema de clasificación o estadificación de la enfermedad con 4 categorías (A, B, C y D) basado en el carácter progresivo de esta condición (v. Tabla 2).

Tabla 2. Estadios de la Insuficiencia Cardíaca

Estadios	
A	Pacientes con factores de riesgo que predisponen claramente al desarrollo de una insuficiencia cardíaca (p. ej., cardiopatía isquémica, hipertensión o diabetes) pero sin alteración de la función del ventrículo izquierdo ni hipertrofia o deformación identificada, ningún signo o síntoma.
B	Pacientes asintomáticos pero con hipertrofia del ventrículo izquierdo y/o disfunción ventricular demostrada.
C	Pacientes con síntomas actuales o pasados de insuficiencia cardíaca asociados con enfermedad estructural cardíaca.
D	Enfermedad cardíaca estructural avanzada, caracterizada por los síntomas de la insuficiencia cardíaca en descanso, a pesar de la máxima terapia médica.

(Dickstein et al. 2008)

Los grupos A y B no corresponden a la insuficiencia cardiaca, el objetivo que se persigue al incluirlos en la estadificación es reforzar la necesidad de actuar en estos grupos antes de que el síndrome aparezca; en el grupo C se encuentran incluidos la mayoría de los pacientes con IC, mientras que en el D se incluye a un subgrupo de pacientes en los que podría estar indicado aplicar tratamientos más innovadores y agresivos en función de sus características individuales.

2.8. Diagnóstico

El diagnóstico de la IC se fundamenta en signos y síntomas (disnea, ortopnea, disnea paroxística nocturna, estertores crepitantes pulmonares, tercer ruido, edema, ingurgitación yugular, taquicardia) característicos de la enfermedad junto a la evidencia objetiva, además de (Arias *et al.* 2007):

- El llenado venoso sistémico se evalúa observando las venas yugulares internas de preferencia, cuando éstas no son valorables se pueden usar las yugulares externas.
- El aumento de la presión de llenado ventricular izquierdo se evalúa por la presencia de estertores crepitantes audibles en campos pulmonares.
- Realizar auscultación cardíaca para determinar la presencia de galope ventricular (tercer ruido); la presencia de soplos valvulares son importantes para orientar el diagnóstico etiológico, principalmente en el contexto del infarto agudo del miocardio (complicaciones mecánicas).
- Valorar datos de hipoperfusión sistémica: calidad e intensidad de los pulsos periféricos, llenado capilar, estado neurológico, volumen urinario y temperatura (clasificación de gravedad clínica).

Dentro de las pruebas para el diagnóstico de la IC, se encuentran:

- Electrocardiograma: siempre se debe realizar, ayuda a determinar la etiología, como en los síndromes coronarios, y en las arritmias cardíacas. Ofrece datos de dilatación y de subcarga de cavidades cardíacas.

- Radiografía de tórax: debe realizarse en todos los enfermos, sirve para evaluar las dimensiones del corazón mediante la determinación del índice cardiorácico (Díaz et al. 2006), valora si se presenta cardiomegalia, es decir aumento en el tamaño del corazón mayor al 50%, congestión pulmonar (acumulación de líquido e inflamación en los pulmones) y derrame pleural, acumulación anormal de líquido entre las capas de la membrana que recubre el pulmón y la cavidad torácica .
- Ecocardiograma: instrumento diagnóstico primordial para evaluar los cambios funcionales y estructurales que subyacen en la insuficiencia cardíaca aguda o aquellos que se asocian con ella; así como para la valoración de los Síndromes Isquémicos Coronarios Agudos. También sirve para evaluar la función ventricular derecha e izquierda de forma regional y global, la estructura y la función de las válvulas, descartar o confirmar enfermedades pericárdicas; identificar las complicaciones mecánicas del infarto agudo del miocardio (IAM). Puede valorarse el gasto cardíaco por ecocardiografía Doppler mediante el análisis de la curva de velocidad de eyección aórtica o pulmonar.
- Otros: hematología y bioquímica, péptidos natriurético, valoración de la función diastólica ventricular izquierda, resonancia magnética cardíaca, función pulmonar, prueba de esfuerzo, cateterismo cardíaco, Holter y monitorización electrocardiográfica continua.

La sospecha clínica de IC debe confirmarse mediante estas pruebas objetivas dirigidas especialmente a la valoración de la función cardíaca.

La sensación de falta de aire, la inflamación de los tobillos y la fatiga son síntomas y signos característicos de la IC, aunque son difíciles de interpretar, particularmente en el paciente anciano, en el obeso y en las mujeres. Deben interpretarse con cautela y ser analizados en distintas situaciones (p. ej., durante el ejercicio y el sueño) (Grupo de Trabajo de Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Crónica de la Sociedad Europea de Cardiología, 2005).

2.9. Factores psicosociales

En este tipo de pacientes se han observado diferentes consecuencias psicosociales comórbidas durante el proceso y desarrollo de la enfermedad, tales como restricciones conductuales, depresión, ansiedad, disminución en la calidad de vida, hostilidad, estrés crónico, bajo nivel socioeconómico, dificultades interpersonales, entre otros (Davidson, Rieckman y Rapp, 2005; Johansson, Dahlstrom y Brostrom, 2006; Thomas, 2006).

Dentro de los estudios que avalan la importancia de los factores de riesgo psicosociales en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, (específicamente IAM), se encuentra el INTER-HEART, en el cual, el objetivo principal fue determinar la relación de varios factores de riesgo (FR) con en el desarrollo del infarto agudo de miocardio (IAM) en diferentes regiones geográficas y etnias, en jóvenes y adultos de ambos sexos. Para el cálculo de riesgo se considero el Odds Ratio (OR) y se determinó el Riesgo Poblacional Atribuible (RPA) para cada FR individual y de la asociación de ellos. El estudio fue internacional, caso-control y los participantes se reclutaron en 262 centros pertenecientes a 52 ciudades de Asia, Europa, Oeste Medio, África, Australia, Norteamérica, y Sudamérica. Se incluyeron pacientes que ingresaron en unidades de cuidados intensivos cursando su primer IAM, independientemente de su edad, dentro de las 24 hrs de iniciados los síntomas. Los controles que se reclutaron del ámbito hospitalario y de la comunidad, no debían tener antecedentes coronarios. El análisis final se llevó a cabo sobre 12461 casos y 14637 controles. En todos los centros, la edad de presentación del primer IAM fue 9 años menor en los hombres. Los factores de mayor peso fueron: la relación Apo-B/Apo- A1 elevada (OR 3.25, RPA 49.2 %), Tabaquismo (OR 2.87, RPA 35.7%), en tercer lugar los factores psicosociales (OR 2.67, RPA 32.5%), dentro de los cuales se tomó en cuenta la depresión, la ansiedad y el estrés y después la obesidad abdominal con OR 1.12, RPA 20.1%. En conclusión este estudio muestra que la asociación de 9 FR medidos fácilmente en la práctica clínica, comprenden más del 90% del riesgo de padecer un IAM tanto en jóvenes como adultos de ambos sexos, en diferentes regiones del mundo, por lo cual se deben implementar medidas de prevención a nivel mundial para reducir la incidencia de IAM. Además de tratar de detectar la presencia de síntomas de factores de riesgo psicosociales

y derivar a los pacientes para su tratamiento especializado, ya que por sí solos explican el 32.5% de riesgo atribuible y la posibilidad de tener un IAM es mayor al doble con la presencia de estos factores (Yusuf et al. 2004).

2.9.1. Depresión

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

Es una condición común entre los pacientes con IC, y se reconoce que tiene efectos considerables en contra de la salud tanto física como funcional del paciente, asociándose a un mayor riesgo de mortalidad. Para Alarcón y Ramírez (2006) los pacientes con enfermedad coronaria tienen tres veces más de posibilidades de sufrir depresión en comparación con la población general.

La tasa de prevalencia de depresión en la población con IC, es de 25%, y en pacientes con fases avanzadas o graves sobrepasa el 50% (Pintor, 2006). Los síntomas depresivos graves se presentan en el 85% de los pacientes hospitalizados por IC congestiva y se relacionan con hipercortisolemia, concentraciones de sodio elevadas en suero y alto recuento de linfocitos en sangre (Alarcón y Ramírez 2006).

Alarcón y Ramírez (2006) mencionan que la depresión se asocia a factores involucrados en la fisiopatología de la enfermedad cardiaca dentro de ellos se encuentran:

- a) La disregulación del sistema hipotálamo-hipofiso-simpatoadrenal (HHS).
- b) Los pacientes con depresión presentan alteraciones neuroendocrinas y neuroanatómicas que modifican el comportamiento de eje en cuestión.
- c) Con anormalidades de la función plaquetaria, coagulación sanguínea, función inmunológica, eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA), balance autonómico,

metabolismo folato/homocisteína y función endotelial, todos los cuales se encuentran involucrados en el proceso ateriosclerótico.

- d) Se asocia con una respuesta inflamatoria de fase aguda, y concentraciones elevadas de proteína C reactiva, citocinas inflamatorias, como interleucina-6 (IL-6), interleucina- 1B (IL-1B), factor de necrosis tumoral alfa y antagonista del receptor de la interleucina-1. Estas citocinas proinflamatorias, a su vez, pueden producir síntomas de depresión, anorexia, pérdida de peso, anhedonia y alteraciones en el sueño.
- e) La persona deprimida tiene alteraciones sanguíneas, que ocasionan estados protrombóticos.
- f) La función endotelial se encuentra alterada en pacientes deprimidos o estresados.
- g) Las anomalías autonómicas observadas en pacientes cardiológicos con arritmias ventriculares y muerte súbita son similares a las padecidas por pacientes con depresión. Por lo cual esto explica el aumento en la mortalidad cardiovascular de pacientes con depresión.

Debra, Misook, Riegel y Lennie (2006) determinaron si la falta de adherencia mediaba la asociación entre la depresión y la rehospitalización en 111 pacientes con IC. La depresión fue medida usando el Patient Health Questionnaire-9. Los resultados mostraron que la presencia de los síntomas depresivos pronosticó rehospitalización/ mortalidad (OR 1.2, $p=.003$), los pacientes con síntomas depresivos eran menos adherentes que los pacientes no deprimidos. El análisis estadístico indicó que la no adherencia mediaba la relación entre la depresión y rehospitalización /mortalidad. Concluyeron que son necesarias las intervenciones psicológicas para reducir la depresión, fortaleciendo así la adherencia terapéutica.

Guallar et al. (2006) midieron la prevalencia de depresión en 433 ancianos hospitalizados con IC utilizando la Escala de Depresión Geriátrica de 10 ítems. Del total de pacientes estudiados, 210 (48,5%) presentaron depresión, fue más frecuente en los pacientes con clase funcional III-IV de la NYHA, deterioro en los aspectos físicos de la calidad vida, y

dependencia en 1 o 2 actividades básicas de la vida diaria. Recomendaron evaluar e intervenir de manera eficaz y con instrumentos diagnósticos confiables en los pacientes con depresión.

Lesman, Jaarsma, Hillege, Sanderman y Veldhuisen (2007) estudiaron la relación de los síntomas depresivos para la readmisión y la mortalidad en una muestra de 958 pacientes con IC hospitalizados, de clase funcional III y IV. En los resultados de línea base 377 pacientes informaron tener síntomas depresivos, 177 pacientes (18%) síntomas depresivos moderados y 200 pacientes (21%) síntomas depresivos graves. Los pacientes con síntomas depresivos graves tenían un riesgo 31% más alto de readmisión o muerte independiente de la edad y sexo ($p < 0.01$).

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

2.9.2. Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)

El concepto de calidad de vida alude a una amplia variedad de situaciones valoradas positivamente o consideradas deseables para las personas o para las comunidades. Es un concepto multidimensional que incluye una diversidad de factores, como la edad, el estado de salud, el estatus social, el estilo de vida, satisfacción con el trabajo, la situación económica, entre otros, que componen el contexto social y que tienen influencia en el desarrollo de una comunidad (Velarde y Ávila, 2002).

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

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

La calidad de vida de las personas con IC es pobre en comparación con la de la población en general, y con otras enfermedades crónicas, como la artritis y la enfermedad pulmonar obstructiva, por lo cual la calidad de vida disminuye considerablemente conforme incrementa la severidad y complicaciones de la enfermedad (Johansson, Dahlström y Broström, 2006) así como por los síntomas y signos como disnea, fatiga, edemas y pérdida de masa muscular. Particularmente, en el paciente con IC se afectan las áreas de funcionamiento físico, psicológico y social, es decir, hay intolerancia al ejercicio, síntomas de estrés, problemas en la relación marital y/o familiar, disminuye la capacidad para el trabajo, disminuye el apoyo social y hay un efecto negativo sobre la adherencia al tratamiento (Evangelista et al. 2006). También se han reportado limitaciones en la dieta, dificultades para realizar su trabajo habitual, para las relaciones sexuales, pérdida progresiva de la autonomía, ingresos hospitalarios frecuentes y efectos secundarios de los medicamentos (Etxeberria et al 2007).

Durante los últimos años, la CV de los pacientes con IC se ha convertido en un objetivo importante de evaluación y tratamiento para la disminución de la mortalidad y del número de hospitalizaciones y/o la mejora de la función ventricular, y se ha considerado como un parámetro a tener en cuenta a la hora de tomar decisiones terapéuticas individuales (Etxeberria et al. 2007).

Parajón, Lupón, González, Urrutia y Altimir (2004) evaluaron a 326 pacientes con IC, con el objetivo de conocer su calidad de vida mediante el cuestionario «Minnesota Living With Heart Failure» y diversos factores clínicos y demográficos. Encontraron una correlación ($p < 0.01$) entre la calidad de vida con la clase funcional, el sexo (puntuaciones más altas en

mujeres) y la diabetes, el número de ingresos durante el año previo ($p < 0.01$), la anemia ($p < 0.01$) y la etiología ($p = 0.01$). Las puntuaciones más altas se observaron en pacientes valvulares (43) y las más bajas en pacientes con cardiopatía alcohólica (20) e isquémica (24). No hallaron correlación con el tiempo de evolución ni con la fracción de eyección de ventrículo izquierdo. Concluyeron que la valoración de la CVRS es útil en la predicción pronóstica en lo que se refiere a mortalidad y hospitalización.

Lee, Yua, Woo y Thompson (2005) identificaron los factores demográficos, clínicos y psicosociales que se relacionaban con la calidad de vida relacionada con la salud en 227 pacientes con IC congestiva. El diestrés psicológico, la mala percepción de salud, alto nivel en la clasificación de la New York Heart Association de la IC y bajo nivel de educación se identificaron como los factores que se relacionaron con una pobre calidad de vida relacionada con la salud. Concluyeron que era importante abordar la salud psicológica y funcional de pacientes con IC, además de ayudar a estos pacientes a cultivar una actitud positiva hacia su propio estado de salud.

Etxeberria et al (2007) realizaron un estudio para evaluar la calidad de vida y los factores que pueden influir en ella en 34 pacientes con IC, utilizando el cuestionario Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLWHFQ). También realizaron mediciones de la edad, el sexo, la comorbilidad, la función cognitiva, la depresión y la capacidad funcional en la vida diaria. La depresión fue el factor que con más claridad se asoció a la disminución de la CV de los pacientes ($p=0.01$). También demostraron una asociación estadísticamente significativa entre la fracción de eyección del ventrículo izquierdo ($p=0.03$), la edad ($p=0.008$) y la albuminemia ($p=0.01$).

En un estudio realizado por Bekelman et al. (2007) en el cual el objetivo fue conocer la relación entre los síntomas, la depresión y la mala calidad de vida en pacientes externos con insuficiencia cardíaca. Se midió el número de los síntomas (Memorial Symptom Assessment), la depresión (Geriatric Depression Scale-Short Form) y la calidad de vida relacionada con la insuficiencia cardíaca (Cardiomyopathy Questionnaire of Kansas City). Fueron medidos 60 pacientes con insuficiencia cardíaca de dos clínicas de cardiología.

Como resultados, los pacientes experimentaron un promedio de nueve síntomas en la semana previa, más de la mitad informó sobre la falta de aliento, la falta de la energía, el dolor, boca seca o somnolencia. En los análisis, la depresión grave fue relacionada con más síntomas ($r=0.51$, $p<.01$), para cada síntoma adicional de depresión, el número de los síntomas informado aumentó 0.6. El número de síntomas explicó 32% de la discrepancia en calidad de vida ($p<.01$).

En conclusión los pacientes con insuficiencia cardíaca informan un gran número de síntomas de depresión. La depresión en estos pacientes está relacionada con más síntomas y por lo tanto se da un decremento en la calidad de vida relacionada con la salud. Por lo cual el tratamiento de la depresión y de los diversos síntomas en los pacientes con insuficiencia cardíaca podría mejorar la calidad de vida significativamente.

2.10. Tratamientos

2.10.1. Médico

Estos tratamientos incluyen, medidas no farmacológicas y farmacológicas, dispositivos mecánicos y cirugías (v. Tabla 3).

Tabla 3. Tratamientos médicos de la IC

Manejo no farmacológico

Medidas y consejos generales (educación a los pacientes y familiares, control de peso, medidas dietéticas, etc.)

Ejercicio y programas de ejercicio físico

Tratamiento farmacológico

IECA (Inhibidores de la Enzima de Conversión de la Angiotensina)

Diuréticos

Antagonistas betaadrenoceptores

Antagonistas de los receptores de la aldosterona

Antagonistas de los receptores de la angiotensina

Glucósidos cardíacos

Agentes vasodilatores (nitratos/hidralazina)

Agentes inotrópicos positivos

Anticoagulación

Agentes antiarrítmicos

Oxígeno

Dispositivos y cirugías

Revascularización (intervencionismo coronario percutáneo y/o cirugía)

Otras formas de cirugía (reparación de válvula mitral)

Marcapasos biventricular

Desfibrilador Automático Implantable (DAI)

Trasplante cardíaco, sistemas de asistencia ventricular y corazón artificial

(Dickstein et al. 2008)

2.10.2. Psicológico

En el tratamiento psicológico para las enfermedades coronarias se han empleado técnicas cognitivo conductuales tales como: biofeedback, relajación (relajación muscular progresiva (González y Amigo, 2000; Amigo, Fernández, González y Herrera, 2002) entrenamiento autógeno, control de respiración, meditación trascendental), manejo del estrés, el aprendizaje discriminativo en relación a situaciones que inducen la activación fisiológica, el entrenamiento en habilidades sociales, asertividad, solución de problemas, así como diversos procedimientos de reestructuración cognitiva. En general, estas técnicas se han utilizado de manera combinada, siguiendo programas de intervención de acuerdo a las características específicas de los pacientes. Estos programas han demostrado una alta eficacia en el tratamiento psicológico y la rehabilitación tanto de las personas con riesgo de enfermedad cardiovascular, así como de los pacientes coronarios (Fernández et al. 2003).

Dentro de los estudios que avalan la importancia del tratamiento psicológico en los pacientes con IC se pueden encontrar los siguientes:

Dunbar et al. (2006) comprobaron la efectividad de una intervención con psicoeducación para reducir los síntomas depresivos y la ansiedad durante el primer año después de que se implantará un desfibrilador cardioverter a 246 pacientes. Dividieron a los pacientes en dos grupos (intervención en grupo y por teléfono). La intervención incluía la psicoeducación, entrenamiento en el manejo de los síntomas y las técnicas cognitivas conductuales para mejorar las formas de afrontamiento y la percepción de su enfermedad. Se utilizó el inventario de depresión de Beck, el inventario de ansiedad

estado- rasgo, y el índice de actividad de Duke para determinar el estado funcional y el apoyo social. La intervención redujo los síntomas depresivos de un 31.4% a 15.3%. Concluyeron que una intervención psicológica con la técnica de psicoeducación era eficaz para reducir la comorbilidad emocional en los pacientes en el comienzo de la recuperación después de implantar el desfibrilador y reducir la probabilidad de los síntomas depresivos a un año.

Dentro de las técnicas de relajación se encuentra la imaginación guiada (Reynoso y Seligson, 2005) la cual es una herramienta útil para lograr un mayor control de las emociones, de los procesos internos y para efectuar cambios deseados en la conducta; esta técnica puede utilizarse para aliviar la tensión muscular, reducir o eliminar el dolor y facilitar el manejo de procedimientos médicos estresantes. Produce importantes efectos positivos tanto fisiológicos como psicológicos al estar imaginando escenas. En el proceso de relajación por imaginación guiada se le pide al paciente que imagine o visualice escenas placenteras con todo detalle.

En un estudio realizado por Amutio (2002) con una muestra de 663 sujetos que practicaban diferentes técnicas de relajación: masaje (N=72), relajación muscular progresiva (N=93), estiramientos de yoga (N=91), respiración (N=66), imaginación (N=70), meditación (N=74), y diversas combinaciones de estas técnicas (N=197), comprobaron que las técnicas de relajación producen efectos diferenciales que van más allá de la mera reducción de la activación fisiológica y/o cognitiva.

Por otro lado, Yu, Lee, Woo y Hui (2007) realizaron una investigación con el propósito de revisar los efectos de la terapia de relajación y el entrenamiento de ejercicio sobre los factores psicológicos (específicamente la Calidad de Vida) y la IC, en adultos mayores. Se dividió el grupo en tres, durante 12 semanas 59 pacientes recibieron terapia de relajación, 32 entrenamiento de ejercicio y 62 recibieron placebo de atención. El grupo de terapia de relajación asistió a dos sesiones de entrenamiento, un taller de revisión, y continuó dos veces diariamente con práctica dirigida en casa, durante 12 semanas. El grupo de ejercicio tuvo 12 sesiones semanales, con entrenamiento de resistencia, ejercicios aeróbicos y

ejercicio en casa tres veces por semana. El grupo control recibió llamadas telefónicas regulares para "platicar" sobre cuidados generales. Los resultados mostraron, que los grupos de terapia en relajación y el de ejercicio obtuvieron una mejora significativa en cuanto al factor psicológico CV, [F (2, 149, $p=0.002$]; comparado con el grupo que recibió el placebo de atención. La terapia de relajación fue eficaz para reducir la depresión ($p<0.001$), la terapia de ejercicio trabajó mejor para controlar síntomas de fatiga ($p=0.03$). Se concluyó que la terapia de relajación y el entrenamiento de ejercicios son eficaces para mejorar la salud psicológica y física de los pacientes con IC. Por lo cual se recomienda que sean usados como una modalidad para el tratamiento individual, o como componentes de cuidado de un programa de atención integral para la enfermedad.

Aunque en los artículos antes descritos se encontraron cambios en los factores psicosociales al utilizar diferentes técnicas psicológicas cognitivo conductuales; Rozanski, Blumenthal, Davidson, Saab y Kubzansky, 2005 llevaron a cabo una revisión de varias intervenciones conductuales y psicofarmacológicas, reportan que otros estudios no encontraron diferencias, tales como el estudio ENRICHED (Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients), en el cual la intervención se realizó en 2481 pacientes post infartados dentro de las cuatro semanas siguientes al evento, portadores de depresión (39%), bajo soporte social percibido (26%), o ambos (34%). Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a tratamiento convencional, o una terapia cognitivo-conductual, psicoterapia individual y/o grupal. El objetivo fue evaluar el impacto de una terapia específica en el tratamiento de dos factores psicosociales claramente vinculados a la enfermedad coronaria y a la mala evolución de la misma sobre la mortalidad total y la recurrencia de infarto de miocardio no fatal. El primer análisis presentado en 2001 no demostró diferencias significativas entre los 2 tipos de abordaje.

Finalmente, la guía sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica (2008), recomendó tener en cuenta en los programas de atención a los pacientes: utilizar una estrategia multidisciplinaria, el cual podría incluir a enfermeras, médicos de cabecera, terapeutas físicos, dietistas, trabajadores sociales, psicólogos, farmacéuticos,

geriatras y otros profesionales al cuidado de la salud, incidir en la educación y orientación, con énfasis especial en la adherencia al tratamiento, prestar atención a las estrategias conductuales y proporcionar apoyo psicosocial a pacientes, familiares o cuidadores.

Justificación

Las enfermedades cardiovasculares ocupan los primeros lugares como causa de mortalidad en los países industrializados, de las cuales la IC permanece como un problema creciente de salud pública. Los pacientes con IC presentan las mayores tasas de readmisión hospitalaria y por lo tanto, un alto costo en su tratamiento (Orea et al. 2005). La comorbilidad emocional que se presenta en estos pacientes incide en el deterioro de su calidad de vida, ya que el sólo diagnóstico implica la pérdida del estado de salud. Asimismo, se han observado diversas consecuencias psicosociales durante el proceso y desarrollo de la misma, tales como restricciones conductuales, estrés, depresión, ansiedad y disminución en la calidad de vida (Davidson et al. 2005 y Johansson et al. 2006).

Estos hechos han generado diversos cuestionamientos, en cuanto a la relación y efectos de la depresión sobre la Calidad de Vida de los pacientes con IC, así como de su tratamiento psicológico. Por lo cual el propósito de esta investigación fue evaluar la eficacia de un programa de intervención cognitivo-conductual en los índices de depresión y calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con Insuficiencia Cardíaca, en comparación con llevar únicamente el tratamiento médico rutinario que proporciona el Hospital y determinar la relación depresión-calidad de vida en los pacientes con IC que acuden al Servicio de Cardiología del Hospital General.

Finalmente la realización de este proyecto de investigación ayudaría, a mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con IC que asisten al Hospital General de México y proporcionaría información que sería útil para diferentes profesionales de la salud, entre ellos psicólogos y médicos, acerca de la participación de las variables psicosociales en la génesis, desarrollo y mantenimiento de los trastornos cardiovasculares, particularmente de la Insuficiencia Cardíaca. Asimismo, la metodología empleada en la evaluación y el diseño de la intervención permitiría tratar la comorbilidad emocional presente en otros trastornos cardiovasculares, a través de estrategias no farmacológicas.

Planteamiento del problema

¿Cuál es el efecto de un programa de tratamiento psicológico cognitivo-conductual sobre la depresión y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con Insuficiencia Cardíaca?

¿Cuál es la relación entre los niveles de depresión y la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con IC?

Objetivo General

Implementar y evaluar el efecto de un programa de tratamiento psicológico cognitivo-conductual sobre la depresión y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con Insuficiencia Cardiaca.

Objetivos Específicos

- Comparar los niveles de depresión y Calidad de Vida Relacionada con la Salud en pacientes con IC antes y después del programa de intervención, en ambos grupos (control y experimental).
- Evaluar las características sociodemográficas, clínicas, psicológicas, psicofisiológicas y antropométricas de los pacientes con IC del Servicio de Cardiología del Hospital General de México.
- Analizar la relación entre la depresión y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en pacientes con IC.

Hipótesis

Los pacientes con Insuficiencia Cardiaca que lleven el tratamiento psicológico cognitivo-conductual, mostrarán diferencias en la depresión y calidad de vida en la pre y postevaluación, en comparación con el grupo control.

Habrà una correlación negativa entre la depresión y calidad de vida relacionada con la salud.

Variable Independiente

Programa de tratamiento psicológico cognitivo-conductual que incluyó:

- 1) Psicoeducación
- 2) Manejo de la Depresión
- 3) Relajación

Variables Dependientes

Depresión

Definición conceptual: trastorno del estado de ánimo, caracterizado por la presencia de síntomas como la tristeza, la pérdida de interés y la incapacidad para experimentar sentimientos de placer que se hace crónica en la mayor parte de los pacientes y que evoluciona en episodios recurrentes (DSM, 1994).

Definición operacional: medida a través del Cuestionario de Depresión de Yesavage (Martínez et al. 2002).

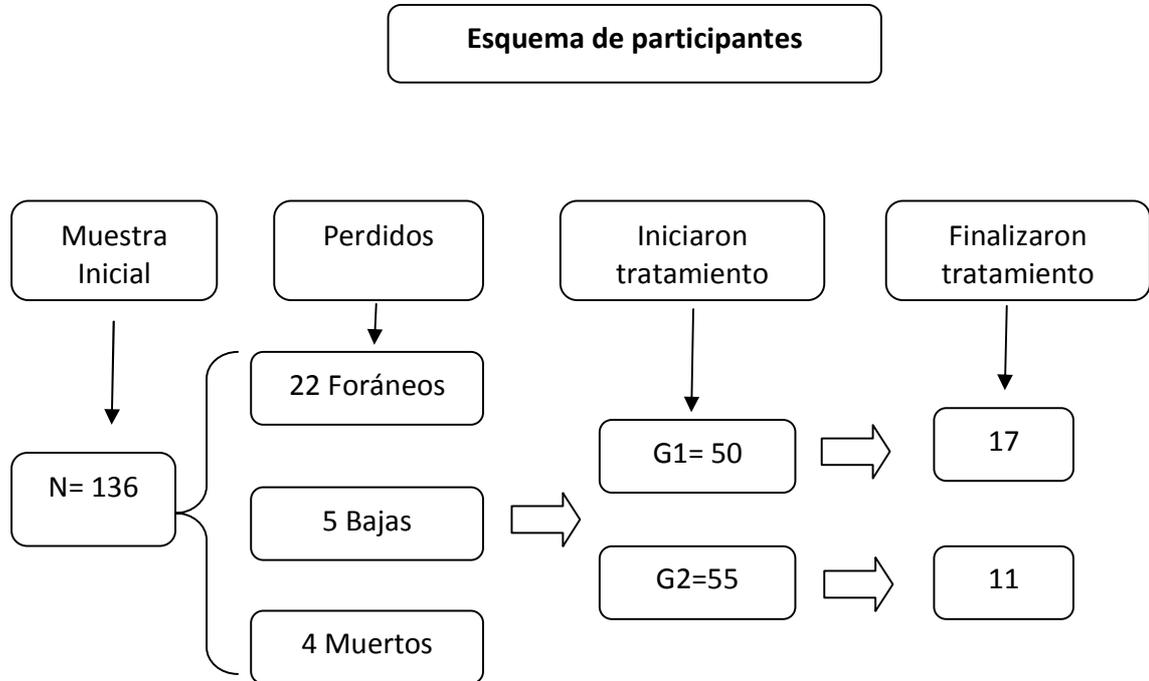
Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Definición conceptual: forma en que el paciente percibe el efecto funcional de su enfermedad y su terapia consecuente. Mide la experiencia de la enfermedad, define la realidad del paciente y su punto de vista en oposición a la realidad definida por el conocimiento del profesional de la salud. Incluye las siguientes áreas de la conducta: a) funcionamiento físico (capacidad para realizar tareas físicas), b) funcionamiento ocupacional (habilidad para realizar múltiples funciones esenciales y no sólo en el trabajo); c) percepciones sobre el estado de salud (creencias personales y evaluaciones del estado de salud general; d) el funcionamiento psicológico y el funcionamiento social (cómo se relaciona con otras personas, y cómo reaccionan otras personas ante él) Coelho et al. (2005).

Definición operacional: Medida a través del Cuestionario de Cardiomiopatía Kansas City (Green, Porter, Bresnaha y Spertus, 2000).

MÉTODO

Participantes



- a) Inicialmente se consideró una muestra no probabilística de 136 pacientes hospitalizados del Servicio de Cardiología del Hospital General de México diagnosticados con Insuficiencia Cardíaca, de ambos sexos, de todas las clases funcionales. Fueron excluidos del tratamiento 31 pacientes de los cuales 22 fueron foráneos (interior de la República), 5 se dieron de baja por diferentes motivos (cambio de institución de salud, baja voluntaria, etc.) y 4 fallecieron. Los 105 participantes fueron asignados por bloques de seis pacientes por semana, los pacientes captados en la primer y tercer semana del mes fueron del grupo experimental (50), y los captados en la segunda y cuarta semana fueron del grupo control (55); 28 pacientes finalizaron el tratamiento: 17 del grupo experimental (G1, tratamiento médico y tratamiento psicológico) y 11 del grupo control (G2, tratamiento médico); tales sujetos cubrieron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Clase Funcional I, II y III
- Alfabetizados
- Mayores de 18 años

Criterios de exclusión

- Con diagnóstico de trastorno psiquiátrico, el cual era confirmado por el médico participante
- Con clase funcional IV
- Que no completarán las evaluaciones psicológicas del programa

b) Equipo multidisciplinario profesional:

- Psicólogos de la Salud: capacitados y con formación en el área, los cuales aplicaron la pre y post evaluación e impartieron las sesiones del tratamiento psicológico.
- Cardiólogo: llevó a cabo la evaluación médica y el tratamiento farmacológico rutinario para los pacientes.

Instrumentos y/o materiales

Se aplicó el cuadernillo de evaluación para pacientes con Insuficiencia Cardíaca, el cual contenía los siguientes instrumentos (v. Anexos):

- Carta de consentimiento informado. Contiene los lineamientos éticos establecidos por el Hospital General de México (v. Anexo 1).
- Ficha de datos generales. Se recopilaron datos sociodemográficos como: nombre, edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad, etc. (v. Anexo 2).

- Historia Clínica de la Insuficiencia Cardíaca. Reportó datos clínicos del paciente tales como: antecedentes heredo familiares, antecedentes personales patológicos, historia cardiovascular, etiología de la IC, clase funcional, medicamentos que consume actualmente, etc. (v. Anexo 3).
- Cuestionario de Depresión de Yesavage. Se compone de 15 ítems, los cuales sólo tienen respuesta SI o NO. Validado por Martínez *et al.* (2002). La fiabilidad intraobservador ha sido del 0,95 y la interobservador del 0,65, con una consistencia interna de 0,99. La sensibilidad alcanzada ha sido del 81,1% y la especificidad del 76,7% para un punto de corte de 5 o más puntos, los parámetros de fiabilidad y validez para la versión adaptada han resultado aceptables y similares a los del cuestionario original (v. Anexo 4).
- Cuestionario de Cardiomiopatía Kansas City. Consta de 23 ítems auto-administrables, los cuales se responden en una escala likert. Mide los siguientes dominios de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud: 1) limitaciones físicas, 2) síntomas (frecuencia, severidad y cambios recientes con el tiempo), 3) calidad de vida, 4) interferencia social y 5) autoeficacia. A mayor puntaje mejor Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Fue validado por Green, Porter, Bresnaha y Spertus, (2000). Para todos los dominios del cuestionario el criterio estándar fue de ($r= 0.46$ a 0.74 ; $p < 0.001$). Para fines de esta investigación se adaptó y tradujo el instrumento, se dividió el puntaje total en percentiles: 43-71 Nivel 1; 72-90 Nivel 2 y 91-115 Nivel 3 (v. Anexo 5).
- Hoja de concentrado de datos. Contenía la evaluación psicofisiológica, la evaluación antropométrica y el resumen de la evaluación psicológica (v. Anexo 6).
- Equipo de Retroalimentación Biológica computarizado de 8 canales ProComp Infinity Biograph Marca Thought Technology.
- Baumanómetro, estetoscopio y baumanómetro digital

- Báscula y cinta métrica

Escenario

Servicio de Cardiología del Hospital General de México, en la unidad 302 (hospitalización) se captaron a los pacientes y en la unidad 301 y 503 en aulas previamente asignadas se llevaron a cabo las sesiones de intervención y postevaluación.

Diseño

Estudio experimental, en el cual se empleó un diseño con preprueba-posprueba y grupo control, en el cual se manipuló intencionalmente la variable independiente para analizar las consecuencias de la manipulación sobre las variables dependientes (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

RG ₁	0	X	0
RG ₂	0	—	0

R: Asignación al azar

G: Grupos-Experimental (1), Control (2)

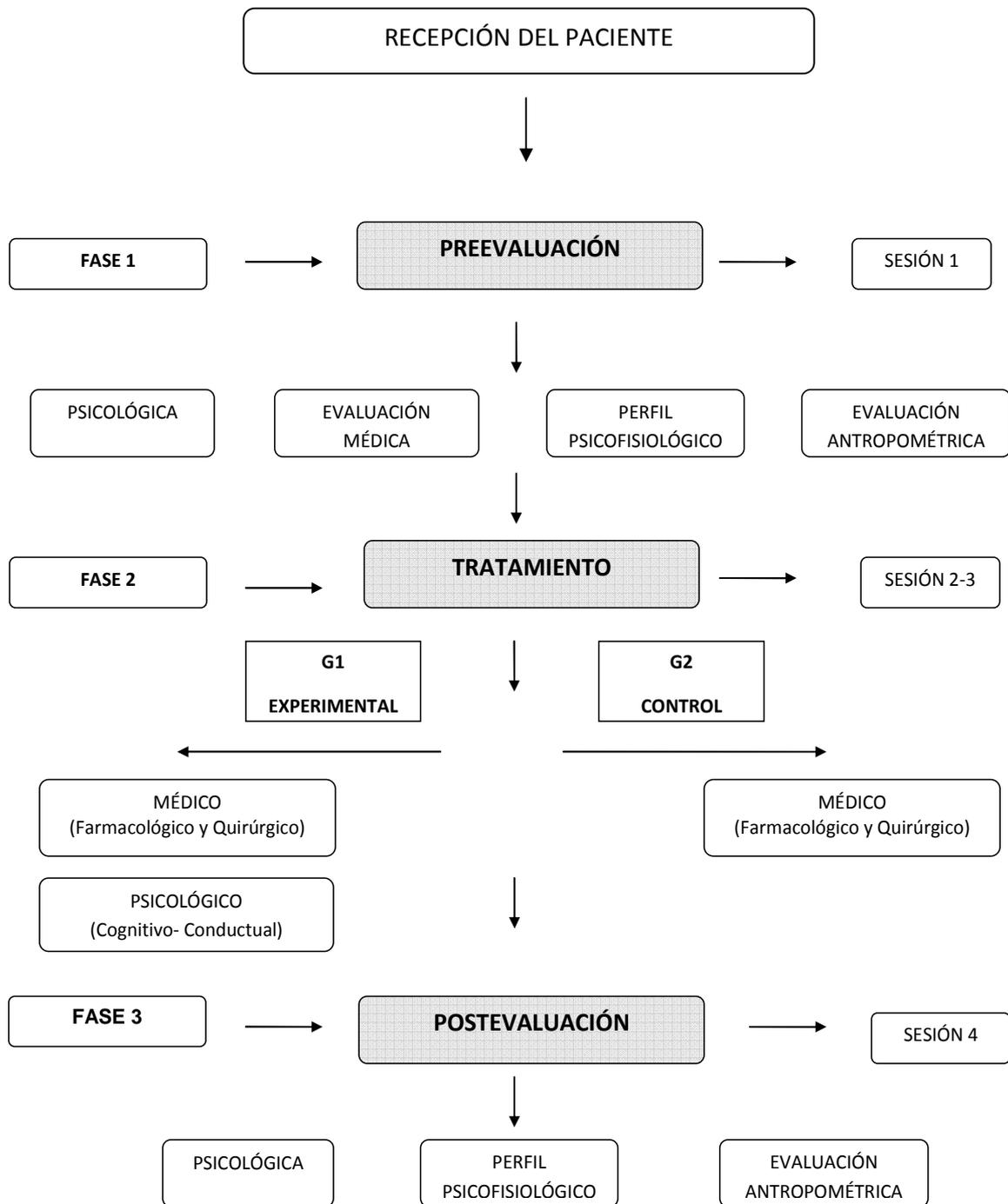
0: Medición previa

X: Tratamiento Psicológico

0: Medición Posterior

Procedimiento

Algoritmo de procedimiento del tratamiento psicológico cognitivo-conductual



Los pacientes se captaron en la Unidad 302 del Servicio de Cardiología en el área de hospitalización, tanto los que se encontraron en terapia intermedia como los de piso o en recuperación que cumplieran con los criterios antes mencionados. Se explicó a cada paciente de manera general en qué consistía el estudio (objetivo, duración y beneficios) y se leyó la carta de consentimiento informado, las personas que aceptaron participar, firmaron la carta, la cual contenía por escrito las consideraciones éticas, el objetivo del programa, duración, contenido, etc. tales pacientes fueron incluidos en la muestra.

De esta manera el estudio se llevo a cabo en cuatro sesiones, una vez por semana, con duración de sesenta a noventa minutos cada una. Las sesiones se dividieron en tres fases como se observó en el algoritmo, y a continuación se describen más ampliamente.

Fase 1. Preevaluación

Se realizó en la unidad 302 cuando los pacientes estaban hospitalizados. La primera sesión fue la misma para ambos grupos y se llevó a cabo individualmente.

1ra. Sesión:

- Se firmó la carta de consentimiento informado.
- Evaluación Psicológica: se aplicó la ficha de datos generales, cuestionario de Depresión de Yesavage y cuestionario de Cardiomiopatía Kansas City.
- Evaluación Clínica: se llevó a cabo a través de la Historia Clínica de la Insuficiencia Cardíaca.
- Evaluación Psicofisiológica: se realizó con en el Equipo de Retroalimentación Biológica computarizado, para determinar la Actividad Autonómica ante el estrés psicológico, se midió la presión arterial. El perfil duró diez minutos, constaba de cinco fases (Línea Base 1, Estresor Aritmético, Línea Base 2, Estresor Emocional y Línea Base 3) con una duración de dos minutos cada una.

- Evaluación Antropométrica: se tomaron las medidas de peso, talla, Índice de Masa Corporal y circunferencia abdominal.

Fase 2. Tratamiento

Si el paciente seguía hospitalizado se llevó a cabo en la unidad 302, en caso de haber sido dado de alta se le daba una cita en la unidad 503 de consulta externa.

Grupo experimental (G1). Recibió el tratamiento psicológico cognitivo-conductual, el cual constó de dos sesiones, de manera grupal.

Sesión 1

Se reunió al grupo de pacientes en un aula previamente asignada, al llegar los psicólogos a cargo se presentaron, preguntando de igual manera el nombre de los pacientes, cuál era su diagnóstico y que sabían acerca de su enfermedad, para partir de su conocimiento con:

- Psicoeducación de la Insuficiencia Cardíaca: se expuso que es la Insuficiencia Cardíaca, causas, síntomas, diagnóstico, evolución y tratamiento de la enfermedad.
- Se explicaron las implicaciones psicológicas hablando de depresión (definición, síntomas, fuentes), calidad de vida relacionada con la salud y su relación con la Insuficiencia Cardíaca.
- Por último se llevó a cabo la respiración diafragmática y el escaneo corporal.
- De tarea los pacientes practicaron la respiración y el escaneo corporal.

Sesión 2

- Se revisó la tarea (práctica de la respiración y escaneo corporal), dificultades para realizar los ejercicios, etc.
- Se expusieron los siguientes temas en participación con los pacientes:

- Estilo de vida: hablando sobre la alimentación, actividad física, tabaquismo y alcoholismo.
 - Manejo de crisis: saber cuándo llamar al médico, saber a quién llamar en caso de emergencia y tener un plan de acción.
 - Planeando el futuro: etapa terminal, expresión de deseos, muerte.
 - Se realizó el ejercicio de respiración diafragmática y escaneo corporal agregando la técnica de imaginería.
- Para terminar la sesión, se agradeció a los pacientes su participación en el programa de intervención, comentándoles que sólo faltaba la sesión de postevaluación.

Grupo control (G2). Recibió el tratamiento médico rutinario que proporciona el hospital.

Fase 3. Postevaluación

Se realizó lo mismo que en preevaluación en ambos grupos.

Los participantes del grupo control recibirían el tratamiento psicológico después de tres meses.

Consideraciones éticas

Se siguieron los lineamientos del Comité de Ética e Investigación del Hospital, en el cual se establece que la Carta de Consentimiento Informado es un documento que informa al sujeto de estudio los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios a que será sometido durante el desarrollo de la investigación; así como, la capacidad que tiene de elegir libremente, sin coacción alguna, su participación o permanencia, la confidencialidad de la información obtenida y la disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a la que legalmente tendría derecho, en caso de daños directamente causados por la

investigación. Toda la información proporcionada por los pacientes fue totalmente confidencial, única y exclusivamente utilizada con fines de investigación.

Era necesario que los pacientes firmaran la carta de consentimiento informado, al igual que su cuidador, y dos testigos, en ésta se explicaba el procedimiento del protocolo (v. Anexo 1).

Análisis de los resultados

Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 15, para realizar descripción de la muestra del estudio: variables sociodemográficas, clínicas, psicofisiológicas y psicológicas; se estimó el tipo de distribución de las variables y sobre esta base se decidió emplear el tipo de estadística paramétrica o no paramétrica.

RESULTADOS

Para conocer si había diferencias significativas entre los 77 pacientes que no terminaron el tratamiento y los 28 pacientes que sí lo concluyeron, se compararon las variables sociodemográficas (edad, estado civil, ocupación, escolaridad); clínicas (periodo de evolución y tipo de tratamiento) y psicológicas (depresión y calidad de vida). No se encontraron diferencias significativas en las variables, excepto en la variable escolaridad; lo que indica que la muestra de los 28 pacientes reportaron una menor escolaridad. Por lo tanto es importante tomarse en cuenta para el análisis de los resultados.

La presentación de los resultados se hará de la siguiente manera:

- 1) Características sociodemográficas, clínicas, psicológicas, psicofisiológicas y antropométricas de la muestra total (N=136) con la cual se trabajó inicialmente en el Hospital General.
- 2) Descripción y comparación de los datos de preevaluación y postevaluación de los grupos.
- 3) Análisis de correlación entre depresión y calidad de vida; depresión y clase funcional y calidad de vida con clase funcional.

Características Sociodemográficas

La tabla 4 muestra las características sociodemográficas de los pacientes, la N total fue de 136, con una edad promedio de $\bar{x}=57.29$ años, el 58.1% fueron de sexo masculino, la ocupación principal fueron los oficios como mecánico, albañil, bolero, etc. el estado civil que predominó son los casados o en unión libre con 55.9% y el nivel de escolaridad que prevaleció son las personas que sólo saben leer y escribir, sin haber tenido una educación formal como tal (38.2%).

Tabla 4. Características Sociodemográficas de la muestra inicial

Variables	
Edad	\bar{x} = 57.29 años
DE	16.029
Rango	(20- 89)
Sexo	
Masculino	58.1% (79)
Femenino	41.9% (57)
Ocupación	
Oficios	39% (53)
Ama de casa	32.4% (44)
Empleado	11.8% (16)
Comerciante	10.3% (14)
Profesionista	5.1% (7)
Estudiante	1.5% (2)
Estado Civil	
Casado/U.L.	55.9% (76)
Viudo	19.1% (26)
Soltero	19.1% (26)
Divorciado	5.9% (8)
Escolaridad	
Sabe leer y escribir	38.2% (52)
Primaria	21.3% (29)
Secundaria	19.1% (26)
Bachillerato o CT	13.2% (18)
Profesionista	8.1% (11)

DE Desviación Estándar; CT Carrera Técnica

Evaluación Clínica

La tabla 5 presenta los datos de la evaluación clínica de los participantes. La clase funcional que predominó en los pacientes es la II con 69.2%. Con respecto al periodo de evolución, menos de 1 mes tuvo el 51.9% de los pacientes, el principal tipo de tratamiento fue médico farmacológico con 73.7%; en cuanto a las cifras de presión arterial, la sistólica en promedio fue de \bar{x} =115.22 mmHg. y la diastólica de \bar{x} =70.31 mmHg.; en la radiografía de tórax se observó que el 60.9% de los pacientes presentan cardiomegalia, en el 22.6% se observó congestión pulmonar y el 6% presentó derrame pleural.

Tabla 5. Evaluación Clínica de la muestra inicial

Variables	
Clase funcional	
C.F. I	5.3% (7)
C.F. II	69.2% (92)
C. F. III	23.3% (31)
C. F. IV	2.3% (3)
Periodo de evolución	
Menos de 1 mes	51.9% (69)
De 1-11 meses	18% (24)
De 1-3 años	12.8% (17)
Más de 3 años	17.3% (23)
Tipo de Tratamiento	
Farmacológico	73.7% (98)
Farmacológico y quirúrgico	24.8% (33)
Quirúrgico	1.5% (2)
Presión Arterial	
Sistólica	$\bar{x}=115.22$
Diastólica	$\bar{x}=70.31$
Radiografía de tórax	
Cardiomegalia	60.9% (81)
Congestión pulmonar	22.6% (30)
Derrame pleural	6% (8)

C.F. Clase Funcional; DE Desviación Estándar

Evaluación Psicológica

Se observa en la tabla 6 que el 50.7% de los pacientes presentó depresión; en la variable Calidad de Vida Relacionada con la Salud predominó nivel bajo; la percepción de salud de los participantes, fue regularmente saludable, en cuanto a si se sentían presionados con el estilo de vida que llevan el 27.9% se siente poco presionado, por otro lado en lo que hacen para cuidar su salud, cabe mencionar que el 36.8% no hace nada por su salud.

Tabla 6. Evaluación Psicológica de la muestra inicial

Variables	
Depresión	
Con	50.7% (69)
Sin	49.3% (67)
Calidad de Vida Relacionada con la Salud	
Alto	33.1% (45)
Medio	33.1% (45)
Bajo	33.8% (46)
Percepción de salud	
Nada saludable	11%(15)
Poco saludable	20.6% (28)
Regularmente saludable	50% (68)
Muy saludable	18.4% (25)
Estilo de Vida	
Nada presionado	24.3% (33)
Poco presionado	27.9% (38)
Regularmente presionado	25.7% (35)
Muy presionado	22.1% (30)
Cuidado de la Salud	
Nada	36.8% (50)
Seguir Tratamiento	20.6% (28)
Modificaciones en el EV	31.6% (43)
Tratamiento y modificaciones en el EV	11% (15)

E.V. Estilo de vida

Evaluación Psicofisiológica

Para determinar la Actividad Autónoma ante el estrés psicológico se utilizó la evaluación psicofisiológica, se tomaron en cuenta las respuestas fisiológicas: presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) y temperatura. La figura 3 muestra los promedios de las fases del perfil; se puede observar que con respecto a la presión arterial en ambas cifras, la presión aumenta en el estresor aritmético, lo cual indica una respuesta simpática (reactividad cardiovascular), la fase 3 muestra recuperación respecto a la fase 2, en la fase 4 nuevamente se observa reactividad y en la fase 5 se observa recuperación con respecto a la fase 4.

En la tabla 7 se observa las cifras de presión arterial, la temperatura promedio; y las diferencias entre las fases, hubo diferencia significativa entre la línea base 1 y ambos estresores (aritmético y emocional), en la temperatura no hubo diferencias significativas.

Tabla 7. Evaluación Psicofisiológica

Fases	PAS (mmHg.)	PAD (mmHg.)	Temperatura (Grados)
Línea Base 1	\bar{x} =114	\bar{x} =69	\bar{x} = 31.54
Estresor Aritmético	\bar{x} =121	\bar{x} =73	\bar{x} = 31.74
Línea Base 2	\bar{x} =113	\bar{x} =68	\bar{x} = 31.81
Estresor Emocional	\bar{x} =117	\bar{x} =70	\bar{x} =31.94
Línea Base 3	\bar{x} =113	\bar{x} =68	\bar{x} =32.01
LB 1- EA	7*	4*	0.2
LB 1- LB 2	-1	-1	0.27
LB 1- EE	3*	-1	0.4
LB 1- LB 3	-1	1	0.47

*PAS Presión Arterial Sistólica; PAD Presión Arterial Diastólica LB1 Línea Base 1; EA Estresor Aritmético; LB2 Línea Base 2; EE Estresor Emocional y LB3 Línea Base 3; *Diferencia significativa $p < .05$.*

Evaluación Antropométrica

La tabla 8 muestra la evaluación antropométrica, el Índice de Masa Corporal (IMC) promedio fue \bar{x} =26.82 lo cual indica que se encontraron en un criterio de sobrepeso (Clasificación de la Secretaría de Salud del IMC, 2005), el puntaje mínimo se ubicó en un criterio de delgadez y el máximo en obesidad clase II; con respecto a la circunferencia abdominal ambos sexos se encuentran dentro de los parámetros de riesgo cardiovascular, (para hombres >90cm. y para mujeres >80cm., Secretaría de Salud de México, 2006).

Tabla 8. Evaluación Antropométrica

Variables	\bar{x}	DE
Peso	\bar{x} = 69.49 Kg.	14.131
Talla	\bar{x} = 1.61 mts.	.100
IMC	\bar{x} = 26.82	4.509
Circunferencia Abdominal		
Masculino	\bar{x} = 93.54 cm.	13.223
Femenino	\bar{x} = 93.79 cm.	13.345

DE Desviación Estándar; IMC Índice de Masa Corporal

A continuación se presentan los datos sociodemográficos, clínicos y el análisis estadístico de los datos de preevaluación y postevaluación de los grupos.

Características Sociodemográficas de los grupos

En la tabla 9 se observan las características sociodemográficas de los participantes de ambos grupos, la edad promedio fue mayor en el grupo control con \bar{x} =65.18 años, la edad mínima en los grupos fue de 24 años y máxima de 83, en los dos grupos predominaron los pacientes de sexo masculino, la ocupación principal fueron los oficios, el estado civil, casados o en unión libre y en cuanto a la escolaridad sólo saben leer y escribir.

Tabla 9. Características sociodemográficas de los pacientes que terminaron el tratamiento

Variables	Experimental	Control
Edad	\bar{x} = 61.94 años	\bar{x} =65.18 años
DE	15.035	12.61
Rango	(24- 83)	(46- 79)
Sexo		
Masculino	58.8% (10)	72.7% (8)
Femenino	41.2% (7)	27.3% (3)
Ocupación		
Oficios	35.3% (6)	45.5% (5)
Ama de casa	35.3% (6)	27.3% (3)
Empleado	17.6% (3)	18.2% (2)
Comerciante	5.9% (1)	9.1% (1)
Profesionista	5.9% (1)	—
Estado Civil		
Casado/U.L.	58.8% (10)	54.5% (6)
Viudo	23.5% (4)	27.3% (3)
Soltero	17.6% (3)	18.2% (2)
Escolaridad		
Sabe leer y escribir	76.5% (13)	36.4% (4)
Primaria	5.9% (1)	36.4% (4)
Secundaria	5.9% (1)	18.2% (2)
Bachillerato o CT	5.9% (1)	9.1% (1)
Profesionista	5.9% (1)	—

DE Desviación Estándar; U.L. Unión Libre; CT Carrera Técnica

Evaluación Clínica de los grupos

La tabla 10, muestra la evaluación clínica de los pacientes; en cuanto a la clase funcional en ambos grupos predominó la clase dos (ligera limitación de la actividad física: sin síntomas en reposo y la actividad física normal causa fatiga, palpitaciones o disnea, según la NYHA), con respecto al periodo de evolución prevaleció menos de un mes y el tipo de tratamiento fue farmacológico principalmente. Los promedios de presión arterial son parecidos en los dos grupos.

Tabla 10. Evaluación Clínica de los pacientes que terminaron el tratamiento

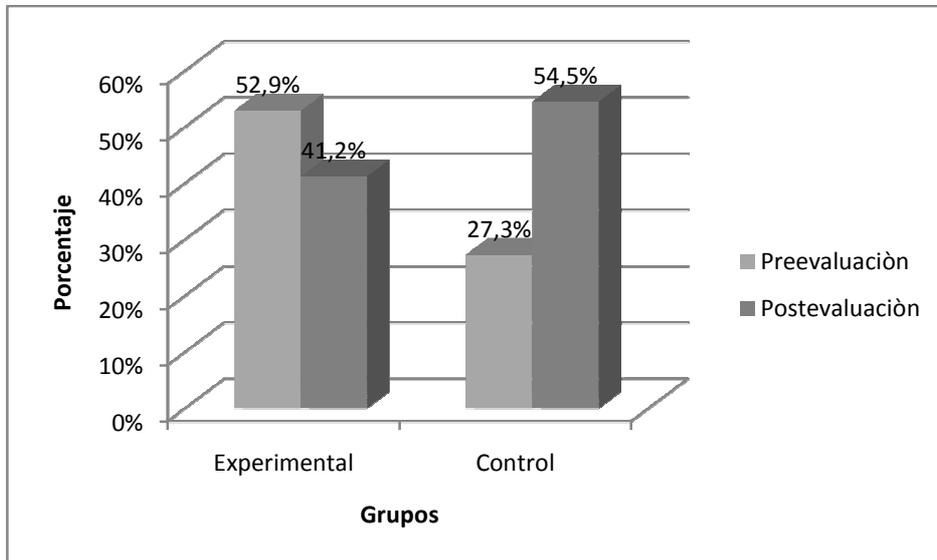
Variables	Experimental	Control
Clase funcional		
C.F. I	-----	9.1% (1)
C.F. II	76.5% (13)	72.7% (8)
C. F. III	23.5% (4)	9.1% (1)
Periodo de evolución		
Menos de 1 mes	64.7% (11)	72.7% (8)
Más de 3 años	23.5% (4)	-----
De 1-11 meses	5.9% (1)	18.2% (2)
De 1-3 años	5.9% (1)	-----
Tipo de Tratamiento Médico		
Farmacológico	70.6% (12)	72.7% (8)
Farmacológico y quirúrgico	23.5% (4)	18.2% (2)
Quirúrgico	5.9% (1)	-----
Presión Arterial		
Sistólica	$\bar{x}=112.41$	$\bar{x}=112.18$
Diastólica	$\bar{x}=68.65$	$\bar{x}=70$

C.F. Clase Funcional

Evaluación psicológica antes y después del tratamiento

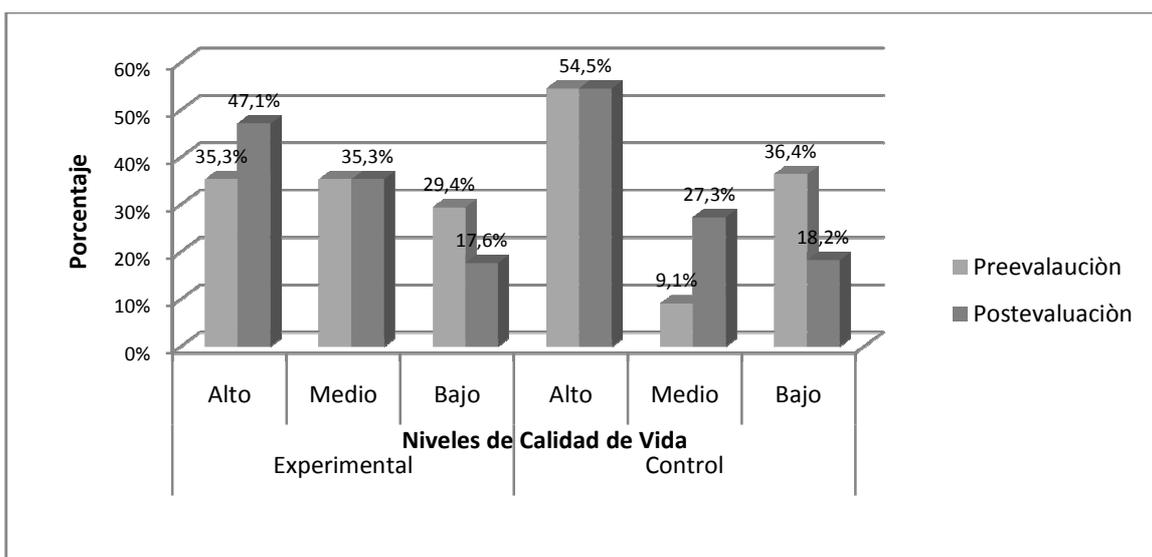
Con respecto a la variable depresión, en la preevaluación y postevaluación, la figura 1 muestra los porcentajes de depresión en los pacientes del grupo experimental (G1) el 52.9% presenta depresión y en la postevaluación el 41.2%. Con respecto al grupo control (G2) el 27.3% reporta depresión en la preevaluación y en la post el 54.5%.

Figura 1. Distribución porcentual de la presencia de Depresión en los grupos



La variable Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los grupos se observa en la figura 2, el grupo experimental (G1), en la preevaluación se encontró 35.3% en nivel alto y para la postevaluación el 47.1% y el grupo control (G2) se mantuvo en ambas evaluaciones con 54.5% en nivel alto.

Figura 2. Distribución porcentual de la Calidad de Vida en los grupos



Para el análisis estadístico de las variables depresión y calidad de vida se realizó la prueba Chi-cuadrada, para conocer si hubo diferencias estadísticas en los índices de depresión y calidad de vida antes y después del programa de intervención en ambos grupos; se encontró que no hubo diferencias significativas con respecto a la pre y post evaluación tanto en el grupo control como en el experimental (v. Tabla 11 y 12).

Tabla 11. Frecuencias observadas y esperadas en la variable depresión

Grupo		Aumentó o no cambio	Redujo	χ^2	P
Experimental	Recuento	7	10	1.348	.246
	Frecuencia esperada	8.5	8.5		
Control	Recuento	7	4		
	Frecuencia esperada	5.5	5.5		

Tabla 12. Frecuencias observadas y esperadas en la variable Calidad de Vida

Grupo		Redujo o no cambio	Aumentó	χ^2	p
Experimental	Recuento	3	14	1.248	.264
	Frecuencia esperada	4.3	12.8		
Control	Recuento	4	7		
	Frecuencia esperada	2.8	8.3		

La tabla 13 muestra la diferencia de las medias en las variables; se observó que las medias de los grupos eran diferentes en la preevaluación con menor índice de depresión en el grupo control, en la postevaluación el grupo control aumentó la media de índice de depresión y el grupo experimental disminuyó. En cuanto a la Calidad de Vida, los grupos eran diferentes desde la preevaluación, ambos grupos aumentaron en el índice de CVRS.

Tabla 13. Diferencia de las medias entre las evaluaciones

Variable	G1		G2	
	Pre	Post	Pre	Post
Depresión	$\bar{x}= 5.00$	$\bar{x}=4.88$	$\bar{x}=3.45$	$\bar{x}= 5.18$
Calidad de Vida	$\bar{x}= 79.47$	$\bar{x}= 87.59$	$\bar{x}= 82.82$	$\bar{x}=88.91$

G1 Grupo experimental; G2 Grupo control; \bar{x} media.

Para conocer la relación existente entre las variables depresión y calidad de vida se realizó la prueba estadística de correlación de Pearson, se encontró que existe una correlación negativa media significativa ($r=-.578$; $p=.01$); en el análisis de correlación Rho de Spearman entre clase funcional y depresión no se encontró correlación; entre la clase funcional y calidad de vida la correlación fue negativa ($r=-.303$; $p<.01$) (tabla 14).

Tabla 14. Correlaciones

Variable	r	p
Depresión y Calidad de Vida	-.578	0.01
Clase funcional y Depresión	1.000	.480
Clase funcional y Calidad de Vida	-.303	0.01

DISCUSIÓN

El objetivo general de esta investigación fue implementar y evaluar el efecto de un programa de tratamiento cognitivo-conductual en los índices de depresión y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con insuficiencia cardíaca. Al analizar las diferencias en los puntajes de depresión y calidad de vida relacionada con la salud en la pre y postevaluación entre los grupos experimental y control, se encontró que no hubo diferencias, por lo cual se rechaza la hipótesis de que los pacientes con Insuficiencia Cardíaca que participaron en el programa de intervención (grupo experimental) con técnicas cognitivo-conductuales redujeron sus índices de depresión y aumentó su Calidad de Vida Relacionada con la Salud, en comparación de los pacientes que no recibieron el tratamiento psicológico (grupo control). Lo cual coincide con el estudio ENRICHD (Rozanski, 2005) el cual no demostró diferencias significativas entre el tratamiento convencional, o una terapia cognitivo-conductual, entre los factores considerados causales de estos resultados se observó que el grupo control evolucionó mucho mejor de lo esperado, quizás debido a un tratamiento agresivo por parte del sistema médico convencional.

Aunque la presencia de depresión en el grupo experimental disminuyó porcentualmente de 52.9% a 41.2%, no fue significativo. Dicho cambio coincide con la investigación realizada por Dunbar et al. (2006), en la cual el objetivo principal fue comprobar la efectividad de una intervención con psicoeducación para reducir los síntomas depresivos y la ansiedad, la intervención redujo los síntomas depresivos de 31.4% a 15.3%. Por otro lado, en el grupo control aumentó 27.2% la depresión con respecto a la preevaluación, en cuanto a la variable calidad de vida el grupo experimental aumentó el porcentaje de pacientes con nivel alto (11.8%) y el grupo control mantuvo sus porcentajes.

Las hipótesis del porque el tratamiento psicológico no modificó los índices de depresión y Calidad de Vida significativamente pueden ser:

Las diferencias iniciales en las variables psicológicas entre los grupos, ya que aunque hubo cambios no fueron significativos, debido a que desde un inicio las medias no eran iguales esto por la asignación de los participantes.

El reducido número de sesiones del tratamiento psicológico, debido al impacto mínimo en las variables psicológicas, ya que en otras investigaciones (Dunbar et al. 2006 y Yu, Lee, Woo y Hui, 2007) se han usado más sesiones de intervención y se ha encontrado que la intervención psicológica con técnicas como psicoeducación y relajación es eficaz para reducir la comorbilidad emocional y mejorar la salud psicológica.

Más del 70% de la muestra no terminó el tratamiento, debido a las características de la población (dificultad de contactar a los pacientes, etc.) para así poder analizar a un mayor número de pacientes y observar si los cambios ocurrían.

Las diferencias individuales de los pacientes no se tomaron en cuenta por ejemplo: edad, clase funcional, tipo de tratamiento, periodo de evolución, etiología, escolaridad, etc., por ejemplo la edad y la escolaridad pudieron intervenir en la comprensión de la información, la clase funcional y el periodo de evolución en el índice de depresión y calidad de vida.

La postevaluación se realizó al pasar poco tiempo después del tratamiento psicológico, por lo cual pudo ser que los pacientes no pusieran en práctica lo aprendido en las sesiones.

Con respecto a el análisis de las variables psicológicas en la muestra inicial, se encontró que la depresión es una condición común entre los pacientes, al estar presente en poco más del 50% de los participantes estudiados, lo cual coincide con otras investigaciones como la realizada por Guallar et al. (2006), al encontrar una prevalencia de depresión del 48.5% en ancianos hospitalizados con IC; por otro lado Alarcón y Ramírez (2006) reportaron que los síntomas depresivos graves se presentan en el 85% de los pacientes hospitalizados por IC. Dentro de los aspectos principales que reportan los pacientes con respecto a la depresión son: creer que mucha gente está mejor que ellos, prefieren quedarse en su casa a salir, han renunciado a actividades que antes realizaba, teme que algo malo le pase y le cuesta trabajo iniciar nuevos proyectos.

En la variable calidad de vida relacionada con la salud, el nivel que predominó fue bajo (33.8%), lo cual también se encontró en otras investigaciones como la de Johansson, Dahlström y Broström (2006), al reportar que la calidad de vida de los pacientes con IC es pobre y disminuye conforme incrementa la severidad y complicaciones de la enfermedad, así como por los síntomas y signos como disnea, fatiga, edemas y pérdida de masa muscular. Los pacientes estudiados, reportan deterioro en dominios de la calidad de vida como Autoeficacia, es decir no saben qué hacer o a quien llamar en caso de que empeoraran sus síntomas, se sienten limitados para disfrutar de la vida debido a su enfermedad cardíaca; reportan cambios en su sintomatología y por lo tanto la calidad de vida se ve afectada, al sentirse insatisfechos por tener que pasar el resto de su vida con la enfermedad y verse limitados para realizar actividades como trabajar o hacer quehaceres domésticos, debido a las limitaciones físicas.

La evaluación psicofisiológica realizada para conocer la actividad autonómica ante el estrés psicológico, resultó con diferencias significativas en la presión arterial tanto sistólica como diastólica ante la presencia de un estresor, lo cual indica que al haber una mayor reactividad ante el estrés y un bajo control del mismo, aumentan las cifras de presión arterial, no siendo esto recomendable para los pacientes con una enfermedad cardiovascular, aunque cabe mencionar que hubo una recuperación cardiovascular relativa al estresor presentado. Por lo cual un procedimiento como este, puede contribuir en la atención individual de los pacientes para evaluar su reactividad cardiovascular, definida como los cambios en parámetros psicofisiológicos, tales como presión arterial sistólica y diastólica, frecuencia cardíaca, etc. en respuesta a un estímulo físico o mental. Ya que la reactividad cardiovascular exagerada a los estresores diarios y a cierto tipo de conductas está implicada como un factor de riesgo para la hipertensión arterial y en el desarrollo de la expresión clínica de la enfermedad coronaria (Benet, Apollinaire, Torres y Peraza, 2003; Fernández et al.2003).

En cuanto a la evaluación antropométrica cabe mencionar que la media de la población en el IMC se encontró en un criterio de sobrepeso, siendo este un factor de riesgo presente

en esta población, al igual que las medidas de circunferencia abdominal, las cuales en ambos sexos se encuentran dentro de los parámetros de riesgo cardiovascular; lo cual coincide con el estudio INTER-HEART, realizado por Yusuf et al. (2004), en el cual un factor de riesgo importante para presentar IAM fue la obesidad abdominal con un riesgo atribuible de 20.1%.

El análisis de correlación realizado entre las variables depresión y calidad de vida reportó que existe una correlación negativa media entre dichas variables, es decir a mayor depresión menor calidad de vida relacionada con la salud. Etxeberría et al. (2007) de igual manera encontró que la depresión fue el factor que con más claridad se asoció a la disminución de la Calidad de Vida de los pacientes.

Lee, Yua, Woo y Thompson (2005) identificaron que la clase funcional del paciente se relaciona con una pobre calidad de vida relacionada con la salud. Al realizar en esta investigación el análisis de correlación entre clase funcional y puntaje de calidad de vida, resultó negativa, es decir a mayor incapacidad del paciente para realizar su actividad física (limitaciones físicas), menor va a ser su calidad de vida, ya que un dominio importante de la calidad de vida es la salud física.

Entre las aportaciones que se derivan de esta investigación están: 1) presenta una evaluación integral de pacientes con Insuficiencia Cardíaca, describiendo variables sociodemográficas, clínicas, psicológicas, psicofisiológicas y antropométricas, permitiendo así tener un perfil más amplio del paciente con Insuficiencia Cardíaca; 2) la realización de un programa de intervención psicológica de manera institucional en un Hospital de tercer nivel, cumpliendo con los lineamientos bioéticos mismos de la institución 3) trabajar de manera interdisciplinaria, con diferentes profesionales de la salud (médicos, cardiólogos, enfermeras y psicólogos) cumpliendo así uno de los objetivos de la Cardiología Conductual; y 4) la metodología empleada permite a futuro poder realizar la réplica del programa tanto en poblaciones como en situaciones experimentales diferentes.

Algunas limitaciones que puede tener esta investigación son: 1) el sesgo de selección ya que la muestra de participantes desde un inicio fue diferente debido a la asignación a los grupos 2) no se tomaron en cuenta las diferencias individuales de los pacientes como: edad, etiología, clase funcional, periodo de evolución, nivel de escolaridad; 3) no se controló la fuente de invalidación interna, historia, ya que intervinieron otros eventos como procesos quirúrgicos durante las evaluaciones, rehospitalizaciones, etc., al igual que la maduración esto debido a la edad de los pacientes, el cansancio y el hambre, el número de sesiones de intervención fue reducido, esto debido a las características de la población estudiada y 4) la deseabilidad social de los pacientes, ya que algunos de ellos contestaban lo que creían que los psicólogos querían escuchar.

Por lo cual se recomienda implementar programas de intervención psicológica para pacientes con Insuficiencia Cardíaca con un mayor número de sesiones; para conocer los efectos de un programa de intervención en los índices de depresión y calidad de vida, continuar con las evaluaciones de seguimiento (3, 6 y 12 meses) para así poder observar los efectos a corto, mediano y largo plazo del programa de intervención para poner en práctica lo aprendido; ampliar el tamaño de la muestra; considerar las diferencias individuales de los pacientes para así tener una mejor asignación a los grupos experimentales; que el tratamiento psicológico sea parte de la atención que reciban los pacientes en el Hospital, para tener más tiempo de trabajar con los pacientes y disminuir la mortalidad experimental y trabajar con los cuidadores primarios, para conocer los factores psicosociales que involucra cuidar a un paciente con una enfermedad crónico-degenerativa.

Conforme a lo que se ha analizado, los alcances de esta investigación son: 1) realización de una evaluación integral de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca, enfatiza la relevancia de la evaluación psicológica y psicofisiológica como parte del trabajo del psicólogo en el área de la Cardiología Conductual; 2) resalta la presencia de factores de riesgo cardiovasculares ya establecidos en esta población tales como: sobrepeso, parámetros no

recomendables de circunferencia abdominal, pobre control del estrés psicológico, presencia de depresión y baja calidad de vida; 3) reconceptualización desde el punto de vista teórico y práctico de la correlación entre la depresión y la calidad de vida relacionada con la salud, a través de una metodología llevada a cabo con instrumentos validados y específicos para la población estudiada.

En conclusión, se observa que los pacientes con enfermedades cardiovasculares, en específico con Insuficiencia Cardíaca, presentan factores psicosociales tales como depresión y baja calidad de vida, los cuales pueden afectar la salud tanto física como funcional de los pacientes, disminuir la adherencia terapéutica, provocar rehospitalizaciones y hasta aumentar el índice de mortalidad en los pacientes. Por lo cual es importante continuar con programas de intervención psicológica, que primeramente sigan los lineamientos bioéticos, los cuales son importantes y necesarios para proporcionar al paciente una atención de mayor calidad.

Ante estos resultados es importante la interdisciplina en la atención a los pacientes con Insuficiencia Cardíaca, resaltando una mayor participación de los psicólogos en el equipo de salud, para así cumplir con los objetivos de la Cardiología Conductual la cual estudia y evalúa los factores psicológicos que favorecen la aparición y desarrollo de la enfermedad cardiovascular, al mismo tiempo se interesa en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes.

REFERENCIAS

- Alarcón, R. y Ramírez, V. E. (2006). Medicina psicosomática en enfermedad cardiovascular: consideraciones clínicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35, 112-124.
- Amigo, O., Fernández, A., & Gonzáles, A. y Herrera, J. (2002). Muscle relaxation and continuous ambulatory blood pressure in mild hypertension. *Psicothema*, 14, 47-52.
- Amutio, K. A. C. (2002). Estrategias de manejo del estrés: el papel de la relajación. *Medicina Psicosomática y psiquiatría de enlace*, 62 / 63, 19-31.
- Arias, M. M. A., Rojas, V. G., Vieyra, H. G., Lagunas, U. A. O., Juárez, H. U. y Martínez, S. C. R. (2007). Insuficiencia cardíaca aguda e insuficiencia cardíaca descompensada. *Archivos de Cardiología de México*, 77, 27-33.
- Bekelman, B. D., Havranek, P. E., Becker, M. D., Kutner, S. J., Peterson, N. P., Wittstein, S. I., et al. (2007). Symptoms, Depression, and Quality of Life in Patients with Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*, 13(8), 643-648.
- Benet, R. M., Apollinaire, P. J. J., Torres, R. J., y Peraza, P. S. (2003). Reactividad cardiovascular y factores de riesgos cardiovasculares en individuos normotensos menores de 40 años. *Revista Española de Salud Pública*, 77, 143-150.
- Clasificación de la Secretaría de Salud del IMC (2005). Obtenido el 07 de febrero de 2009, desde <http://www.todoensobrepesoyobesidad.org>
- Coelho, R., Ramos, S., Prata, J., Bettencourt, P. y Ferreira, A. (2005). Heart failure and health related quality of life. *Clinical Practice of Epidemiology Mental Health*, 1, 19.
- Cohen, S. A. (2004). *Focus on chronic Heart Failure*. France. Menarini International.
- Davidson, K., Rieckman, N. & Rapp, M. (2005). Definitions and distinctions among depressive syndromes and symptoms: implications for a better understanding of the depression– cardiovascular disease association. *Psychosomatic Medicine*, 67 (1), 6-9.
- Debra K. M., Misook L. C., Riegel, B., Rayens, M. K. y Lennie, A. T. (2006). Nonadherence is a Mediator of the Link between Depressive Symptoms, and Rehospitalization or Mortality in Patients with Heart Failure. *Circulation*, 114 (2), 518.
- Díaz, A. G., Mendoza, H. E., Hernández, C. J., Robles, P. H., Espinosa, V. R., Pacheco, A. E., et al. (2006). Correlación entre la radiografía de tórax y el ecocardiograma para la valoración de cardiomegalia en pacientes con hipertensión arterial sistémica. *Archivos de Cardiología de México*, 76 (2), 179-184.

- Dickstein, K., Cohen, A., Filippates, G., McMurray, J., Ponikowski, P., Wilso, P. A., et al. (2008). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *European Heart Journal*, 29, 2388-2442.
- DSM (1994). *Diagnostic and Statistical Manual IV*. American Psychiatry Association. USA.
- Dunbar, S. B., Langberg, J. J., Reilly, M. C., Guessous, O., Viswanathan, B., McCarty, F., et al. (2006). Effect of a Psycho educational Intervention on Depressive Symptoms and Anxiety in ICD Patients. *Circulation*, 114 (2), 557.
- Enfermedades cardiovasculares ocupan 31% de las muertes en Latinoamérica* (2008). Obtenido el 28 de marzo de 2009, desde [http:// www.guia.com.ve](http://www.guia.com.ve).
- Etxeberría, L. D., Sánchez, A. J., Alonso, G. A., Campos, R. R. & Jarne, B. V. (2007) Estudio de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia cardiaca en un Servicio de Medicina Interna. *Anales de Medicina Interna*, 24 (2), 57-60.
- Evangelista, L., Moser, D.K., Westlake, C., Hamilton, M.A., Fonarow, G.C. & Dracup, K. (2006). Impact of obesity on quality of life and depression in patients with heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 8 (7), 750-755.
- Fernández, A. E. G., Martín, D. D. y Dominguez, S. F. J. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*, 15 (4), 615-630.
- Figuroa L., C. y Ramos, R., B. (2004). Estrés: ¿riesgo cardiovascular de hipertensión? *Estrés y Salud. Cuadernos de Ciencias de la Salud y del Comportamiento*. México: FES-Zaragoza, UNAM.
- Figuroa, L. C., Domínguez, B. Alcocer, L. Ramos, B. (2009). Emergencia de la Cardiología Conductual en la práctica clínica. *Psicología y salud*, 19 (1), 151-155.
- García, P. (24 de agosto de 2004). *Reúne Pfizer a cardiólogos para hacer frente común a Insuficiencia Cardíaca*. Obtenido el 01 de agosto de 2008, desde [http:// www.noticiasentornomedico.com](http://www.noticiasentornomedico.com)
- González, A. & Amigo, I. (2000). Efectos inmediatos del entrenamiento en relajación muscular progresiva sobre índices cardiovasculares. *Psicothema*, 12, 25-32.
- Green, P., Porter, C., Bresnahan, D. y Spertus, J. (2000). Development and evaluation of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire: a new health status measure for heart failure. *Journal of American College of Cardiology*, 35, 1245-1255.
- Grupo de Trabajo de Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Crónica de la Sociedad Europea de Cardiología. (2005). Guías de Práctica Clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica. *Revista Española de Cardiología*, 58(9), 1062-1092.

- Guallar-Castillón, P., Magariños-Losada, M., Montoto-Otero, C., Tabuenca, C., Rodríguez-Pascual, C. y Olcoz-Chiva, M. (2006). Prevalencia de depresión y factores biomédicos y psicosociales asociados en ancianos hospitalizados con insuficiencia cardiaca en España. *Insuficiencia cardiaca*, 59 (08), 770-778.
- Hernández, S. R., Fernández, C. C. y Baptista, L. P., (2003). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Johansson, P., Dahlström, U. y Brostrom, A. (2006). Factors and interventions influencing health-related quality of life in patients with heart failure: A review of the literature. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5 (1), 5-15.
- Lee, D., Yua, D., Woo, J. y Thompson, D. (2005). Health-related quality of life in patients with congestive heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 7, (3), 419-422.
- Lesman, I., Jaarsma, T., Hillege, H. L., Sanderman, R. y Veldhuisen, D. J. (2007). Severity of Depressive Symptoms is Related to Hospital Admission in Patients with Heart Failure. *Circulation*, 116 (2), 532-533.
- Lloyd, J. D., Adams, R., Carnethon, M., De Simone, G., Ferguson, B., Flegal, K., et al. (2009). For the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart Disease and Stroke Statistics—2009 Update. A Report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*, 119, e21-e181.
- López, C. J. (2005). La Insuficiencia Cardíaca (II): Clasificación y tratamiento médico. *Archivos de Medicina*, 1(3), 1-13.
- Martínez, de la I. J., Onís, V. M. C., Dueñas, H. R., Colomer, A. C., Aguado, T. C. y Luque, L. R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12(10), 620-630.
- Orea, T. A., Castillo, M. L., Ortega, S.A., González, T. R. y Morales, O. J. (2005). Prevalencia de factores de riesgo de insuficiencia cardiaca en la Ciudad de México. *Medicina Interna de México*, 21(1), 18-24.
- Parajón, T., Lupón, J., González, B., Urrutia, A. y Altimir, S. (2004). Aplicación en España del cuestionario sobre calidad de vida «Minnesota Living with Heart Failure» para la insuficiencia cardíaca. *Revista Española de Cardiología*, 57, 155-160.
- Pickering, T., Phil, D., Clemow, L., Davidson, K y Gerin, W. (2003). Behavioral cardiology-has its time finally arrived? *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 70 (2), 101-112.
- Pintor, L. (2006). Insuficiencia cardiaca y enfermedad depresiva, una frecuente combinación tantas veces olvidada. *Revista Española de Cardiología*, 59 (8), 761-765.

- Reynoso, E. L. y Seligson, N. I. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Rodríguez, A. F., Banegas, B. J. R. y Guallar, C. P. (2004). Epidemiología de la insuficiencia cardíaca. *Revista Española de Cardiología*, 57(2), 163-170.
- Rozanski, A., Blumenthal, J. A. Davidson, K. W., Saab, P. G. y Kubzansky, L. (2005). The Epidemiology, Pathophysiology, and Management of Psychosocial Risk Factors in Cardiac Practice. The Emerging Field of Behavioral Cardiology. *Journal of the American College of Cardiology*. 45 (5), 637-651.
- Secretaría de Salud (México). Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Diario Oficial de la Federación, 23 de enero del 2006.
- Skromne, K.D. (2000). Insuficiencia cardíaca. *Revista Mexicana de Cardiología*, 11(2), 224-234.
- Thomas, R. (2006). Behavioral cardiology. *Business Cardiology*, 1-3.
- Velarde, J. E. y Ávila, F. C. (2002). Evaluación de la Calidad de Vida. *Salud Pública México*, 44 (4), 349-361.
- Velázquez, O., Barinagarrementería, F., Rubio, A., Verdejo, J., Méndez, M., Violante, R., et al. (2007). Morbilidad y mortalidad de la enfermedad isquémica del corazón y cerebrovascular en México. *Archivos de Cardiología de México*, 77 (1), 31-39.
- Villalpando, U. J., Nacif, G. L. y Vázquez, L. L. (2007). Descripción cualitativa de la atención psicológica en áreas críticas del Hospital Ángeles Metropolitano. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 5 (2), 65-71.
- Yu, D. S., Lee, D. T., Woo, J., y Hui, E. (2007). Non-pharmacological interventions in older people with heart failure: effects of exercise training and relaxation therapy. *Gerontology*, 53 (2), 74-81.
- Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., et al. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364, 937-952.

ANEXOS

No. De Expediente _____



CUADERNILLO DE EVALUACIÓN PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Diseñado por: Dr. Carlos Figueroa López, Dr. Luis Alcocer, Psic. Berenice Gaona Badillo,
Psic. Thelma Hernández Salazar.

Fecha de realización

Día: Mes: Año:

Anexo 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

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

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

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

NOMBRE (CUIDADOR): _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____ PARENTESCO: _____

FECHA: _____ FIRMA: _____

TESTIGO 1

NOMBRE: _____ FIRMA: _____

TESTIGO 2

NOMBRE: _____ FIRMA: _____

Anexo 3

HISTORIA CLÍNICA DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA

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

1. Antecedentes Heredo Familiares

	Si	No	Parentesco
DM			
HAS			
IAM			
CÁNCER			
OTROS			

2. Antecedentes Personales Patológicos

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

3. Historia Cardiovascular

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

4. Etiología de la Insuficiencia Cardíaca

5. Clase Funcional Actual de la NYHA

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

6. Medicamentos que Consume Actualmente

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

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

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

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

8. Exploración Física Actual

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

9. Inspección General

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

10. Estudios Realizados y Resultados

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

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

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

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

Anexo 4

C D

INSTRUCCIONES: Este cuestionario está diseñado para ayudarnos a saber cómo se siente usted. Lea cada oración y coloque una X en el recuadro que más se acerque a cómo se sintió **la semana pasada**. No se demore en contestar las oraciones.

Preguntas	Respuestas	
	Sí	No
1. ¿Está satisfecho(a) con su vida?	Sí	No
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades?	Sí	No
3. ¿Siente que su vida esta vacía?	Sí	No
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido(a)?	Sí	No
5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?	Sí	No
6. ¿Teme que algo malo le pase?	Sí	No
7. ¿Se siente feliz muchas veces?	Sí	No
8. ¿Se siente a menudo abandonado(a)?	Sí	No
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	Sí	No
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de las personas?	Sí	No
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	Sí	No
12. ¿Le cuesta trabajo iniciar nuevos proyectos?	Sí	No
13. ¿Se siente lleno(a) de energía?	Sí	No
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	Sí	No
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	Sí	No

Resultado	
Total	
≥ 5 Depresión	
< 5 Sin Depresión	

Anexo 5

CCV

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Resultado		
Dominios	Max.	Puntaje
1. Limitaciones Físicas (1)	30	
2. Síntomas frecuencia (3,5,7,9)	20	
3. Síntomas Severidad (4,6,8)	15	
4. Síntomas Cambios a través del tiempo (2)	6	
5. Autoeficacia (10,11,12)	15	
6. Calidad de Vida (13,14,15)	19	
7. Interferencia Social (16)	10	
Total	115	
Nivel		
Bajo (43-71)		
Medio (72-90)		
Alto (91-115)		

Anexo 6.

HOJA DE CONCENTRACIÓN DE DATOS

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