UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

Calidad de vida, ansiedad y depresión: comparación entre pacientes con insuficiencia cardiaca y pacientes con arritmia cardiaca potencialmente letal

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

JUANA ILALLALÍ SARMIENTO ROJO

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: DR. CARLOS GONZALO FIGUEROA LÓPEZ

COMITÉ: LIC. MARGARITA VILLASEÑOR PONCE

MTRA. MA DEL REFUGIO CUEVAS MARTÍNEZ

LIC. ROCÍO ELIZABETH DÍAZ SANTANA

DRA. ROSA MARTHA MEDA LARA

PAPIIT IN303710

MÉXICO D. F., 2011

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Es el final de un proyecto que le prometí a una persona muy especial para mí que terminaría, mi abuelita, Emma Lara o tita como yo lo decía.
Esta tesis se la dedico a ella, ya que la última vez que la vi me dijo - y la tesis para cuando, piensa que es para tu futuro- pues aquí está terminada y aun cuando ya no la vio concluida, tiene parte de usted, de lo que me enseño, de todas las veces que me escucho, que me apoyo, que estuvo con migo, representa todas las veces que me dijo –hay hija para que estudiaste eso, te vas a morir de hambre- pues al final entendió para que y el por qué, al final solo me dijo –no sé bien de que se trata pero es buena- y tita aun cuando ya no esté con migo, mi forma más significativa de darle las gracias es dedicándole este trabajo, me tarde y no lo vio concluido, pero sé que sería muy feliz al verlo, la extraño y quiero mucho, siempre la recuerdo aunque ya no esté aquí ¡GRACIAS! pues parte de lo que soy se lo debo a usted.

A mi tito Cupe, por ser mi paciente mas difícil, logró que entendiera desde un punto de vista más humano al enfermo cardiaco y si bien es cierto que al empezar este proyecto me fascinó, gracias a usted, aprendí a valorarlo y a dedicarle más empeño a lo que hago, gracias por su apoyo al dejarme vivir en su casa, simplemente gracias por ser mi segundo papá lo quiero mucho.

Mamá todo lo que pasamos juntas para llegar a este momento te lo agradezco, tus desvelos, tu tolerancia (a todos y cada uno de mis arrebatos y enojos), tu compañía, tu amistad. Mom gracias por todo el apoyo que me brindaste para llegar hasta aquí, gracias por estar ahí cuando las lagrimas se hacían presente y la desesperación y poca tolerancia a la frustración aparecían, tú estabas ahí, para escucharme, dejarme desahogar y darme un consejo a veces acertado, a veces solo lo deje pasar, pero lo importante mami, es que tu siempre has estado ahí gracias. Te amo.

Recuerdo cuando salí de la prepa teníamos que escoger una carrera y yo no sabía cual elegir exactamente, tenía tres opciones, pero tú, te quedaste con migo, hasta las tres o cuatro de la mañana hablando por teléfono y al final los dos decidimos que la mejor era: *Psicología,* pues me dijiste : -es la carrera del futuro- hay Papá qué razón tenias, aun cuando a tu punto de vista me tarde mucho en terminar este proyecto, aquí está concluido para tú y mi satisfacción, gracias por tus consejos, por tus desvelos y sobre todo por tu gran apoyo te amo papá y sé que en este momento eres tan feliz como yo por este logro.

Tú los números y yo lo emocional, no entendías de que te hablaba y sin embargo siempre me escuchabas y me dabas un consejo, aun cuando no me gustara ahí estaba. Te agradezco que estés a mi lado y sobre todo, tu infinita paciencia, en mi desesperación, en mis lagrimas, cuando estuve a punto de tirar la toalla, en mis alegrías, soportando todas y cada una de mis emociones, tú estabas ahí siempre apoyándome, demostrándome con cada acción cuanto me amas y espero que ahora que leas el trabajo que solo escuchabas, a veces por teléfono, a veces en persona, logres entender de lo que tanto te he hablado y de lo que te he dejado muy claro que amo hacer. Gracias por tu apoyo, tu compañía, tu alegría, etc. Y sobre todo, gracias por incluirme en tu vida y dejar que te incluyera en la mía. Finalmente, como un día me dijiste: tiene que terminar y así es y aquí está ¡GRACIAS! Diego Licea por estar con migo. Te amo.

A todos mis amigos del Programa de Psicología de la Salud: Viry, Gus, San, Jaz, Ruth, Marianita, quienes siempre me apoyaron tanto en lo académico como en lo personal, gracias por su amistad y compañerismo.

Obvio a mi amiga Marú con quien compartí muchas de las vivencias de la carrera, de la vida y en el hospital, quien constantemente me explico lo que no entendía y aun cuando su paciencia no es su mayor virtud siempre terminaba explicándome. Marú tqm por todo lo que pasamos y ya ves tarde pero seguro y al final si termine jajajajaja.

A mis amigos de toda la vida Daniel, Ere, Pao, Sil, Daniela, Araceli, Paco. Por estar con migo desde siempre y sobre todo por acompañarme en este proceso que hoy concluye, gracias por su apoyo chic@s los quiero mucho. En general a tod@s mis amigos y compañeros que solo con el hecho de que estuvieron en mi vida fueron y son muy importantes

Agradezco a la UNAM: institución que me abrió las puertas al conocimiento profesional, en especial a la Fes-Zaragoza mi casa y donde he pasado una gran y grata parte de mi vida.

Al Programa: Psicología de la salud, por el cual me adentre en conocimientos que nunca creí pertenecientes a mi carrera y gracias a ello hoy día me encuentro aquí, agradezco a la Mtra. Bertha Ramos, quien me enseño el significado de psicólogo de la salud y me adentro e izo que amara esa área, al Mtro. Mario Rojas, quien me enseño que el querer es poder y que tenía que ver más allá de lo evidente, gracias profe, a la Lic. Tere Arvide, la maestra mas buena onda de la facultad e igual de inteligente y en general a todos mis maestros del programa, gracias por brindarme un poquito de ustedes.

Al HGM y a sus pacientes cardiacos, por permitirme esta grata experiencia de aprendizaje y ayuda.

A PPIIT por el apoyo brindado al proyecto y a mí.

Mi curiosidad me empujo a acercarme a ti, escuchar tus proyectos y ofrecerte mí participar, aun recuerdo la vez que Gus y yo nos quedamos platicando sobre el trabajo con candidatos a marcapasos, tu dijiste –bueno ahora todo lo que platicamos hay que llevarlo a la práctica- y aquí está, el fruto de esa y muchas platicas más, gracias Dr. Carlos Figueroa por dejarme pertenecer a tu equipo de trabajo.

A mis sinodales por apoyarme en este proyecto y sobre todo por brindarme su tiempo y conocimiento.

El hecho de encontrarme en esta caravana

puede ser una decisión mía,

pero el curso que tome será siempre un misterio.

Paulo Coelho (El alquimista).

ÍNDICE

Resumen 1

Introducción 2

Capitulo 1. Fisiología del corazón 5

1.1 Fisiopatología 7

1.2 Fisiopatología de la Insuficiencia Cardiaca 9

1.3 Fisiopatología de la Arritmia Cardiaca Potencialmente Letal 11

Capitulo 2. Insuficiencia Cardiaca 13

2.1 Definición 13

2.2 Síntomas 14

2.3 Diagnóstico 15

2.4 Tratamiento 16

Capitulo 3. Arritmia Cardiaca Potencialmente Letal 19

3.1 Definición 19

3.2 Síntomas 22

3.3 Diagnóstico 22

3.4 Tratamiento 23

Capitulo 4. Factores psicosociales (depresión, ansiedad y calidad de vida) relacionados a la Insuficiencia Cardiaca y la Arritmia Cardiaca Potencialmente Letal 25

4.1 Depresión 28

4.2 Ansiedad 31

4.3 Calidad de vida 33

Justificación 39

Planteamiento del problema 40

MÉTODO 40

RESULTADOS 47

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES 56

REFERENCIAS 62

Anexos 67

RESUMEN

El objetivo de la siguiente investigación fue determinar si existen diferencias en la presencia de ansiedad, depresión y la calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Cardiaca (IC) y pacientes con Arritmia Cardiaca Potencialmente Letal (ACPL) hospitalizados.

Se analizó una muestra no probabilística de 140 pacientes seleccionados al azar, de los cuales, 70 tenían diagnóstico de IC y 70 tenían diagnosticada ACPL, hospitalizados en el área 302 de cardiología del Hospital General de México (HGM), así como en la Unidad de Medicina Experimental (UME) de la misma institución, a los que se les aplicó un cuadernillo integrado por los siguientes cuestionarios: Carta de Consentimiento Informado, Ficha de Identificación, cuestionario de ansiedad y depresión hospitalaria, (HADS) y Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud de Kansas City. Se utilizo un diseño no experimental, comparativo, trasversal de tipo descriptivo.

Los resultados arrojaron diferencias significativas en ansiedad (p=.000) y depresión (p=.002) respecto a ambos trastornos cardiacos, los pacientes con IC tuvieron un 13.6% de ansiedad severa y los pacientes con ACPL 7.9% en el mismo rubro, con depresión severa un 12.1% en pacientes con IC y un 7.1% en pacientes con ACPL. La calidad de vida evaluada por niveles en ambos grupos fue baja (IC, 12.9%) y (ACPL, 7.9%), mostrando diferencias significativas en los dominios, relacionados con síntomas frecuencia (.013) y calidad de vida (.000).

Se concluye que en ambas poblaciones se encuentran las variables psicológicas evaluadas, sin embargo en pacientes con IC hay una prevalencia mayor que en pacientes con ACPL.

Palabras Clave: *Ansiedad, Depresión, Calidad de Vida Relacionada con la Salud, Insuficiencia Cardiaca, Arritmia Cardiaca Potencialmente Letal.*

INTRODUCCIÓN

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009), las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo, ya que cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otro causa. Se calcula que en 2005 murieron, debido a esta causa, 17,5 millones de personas, representando un 30% de muertes registradas en el mundo y para el 2015 se conjetura morirán cerca de 20 millones de personas por ECV, sobre todo por cardiopatías y Accidentes Vasculares Cerebrales (AVC), y se prevé que sigan siendo la principal causa de muerte (http://www.who.int/es/).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que durante los próximos diez años ocurrirán 20.7 millones de defunciones por enfermedades cardiovasculares en América Latina (Programa de Acción Específico Secretaria de Salud, 2007-2012).

Aproximadamente uno de cada tres estadounidenses presenta uno o más tipos de enfermedades cardiovasculares, representando alrededor de 80 millones de adultos, de los cuales aproximadamente 38, 000, 000 tienen más de 60 años de edad y con insuficiencia cardiaca 57 millones (Lloyd, Adams, Carnethon, De Simone, Ferguson, Flegal, et al., 2009).

En los Estados Unidos ocurrieron 400,000 y 500,000 muertes cada año, lo que supone una muerte cada minuto. La mayoría de las veces la causa fue por un infarto del miocardio, esto es, la interrupción aguda del flujo sanguíneo a través de una de las arterias coronarias principales que alimentan al tejido muscular cardiaco, lo que produjo alteraciones del ritmo cardiaco (fibrilación ventricular) y muerte súbita (Gómez, 2009).

Las ECV son consideradas entre las primeras causas de muerte en el continente americano, las cuales pueden provocar discapacidad, muerte

prematura y gastos excesivos para su prevención y control, convirtiéndose en un reto para la salud pública, ya que constituyen un conjunto de enfermedades que resultan de estilos de vida poco saludables. El tabaquismo, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas y de sodio, además de otros determinantes como la susceptibilidad genética, el estrés psicosocial, los hábitos de alimentación inadecuados y la falta de actividad física, inciden en conjunto en la distribución, frecuencia y magnitud de estas enfermedades (Programa de acción específico, Secretaria de Salud, 2007-2012).

Un estudio realizado en distintos hospitales de la ciudad de México, por Velázquez, *et al.* (2003) indicó que las enfermedades cardiovasculares representaron la principal causa de morbi-mortalidad, por debajo de los 60 años con un 25% de fallecimientos que se relacionaron con enfermedades crónicas no transmisibles. Siendo estos más frecuentes en países en vías de desarrollo, incrementando el riego cardiovascular no sólo en la población adulta, sino también en los adolescentes y niños distinguiéndose cambios en los hábitos alimenticios con altos contenidos en grasas saturadas y grasas trans, así como, aumento del consumo de sodio, tabaco, alcohol y sedentarismo, mencionando como relevante que en el período comprendido de 1998 al año 2000 la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud reveló que el porcentaje de defunciones por enfermedad coronaria era de 55% para los hombres y de 45% de las mujeres; el síndrome coronario agudo fue el responsable del 83.5% y 76.8% de las defunciones en hombres y mujeres, respectivamente. Se concluyo que para disminuir las enfermedades crónicas no trasmisibles se deben reforzar las estrategias de prevención primaria destinadas a la población en general y de manera especial en el adulto joven.

Respecto a la prevalencia de muerte súbita en México, se reporta que cada tres minutos un mexicano es víctima de muerte súbita y el 90% de estas muertes es provocado por un evento cardiaco. Se sugiere reforzar las medidas de evaluación y detección de riesgo cardiovascular en la población (Molina, 2009).

Al volverse las enfermedades cardiacas un foco rojo de atención por su alta prevalencia y la comorbilidad emocional que resulta de ella, surge una nueva área para estudiar este fenómeno que es la Cardiología Conductual, la cual ha logrado unir a cardiólogos y psicólogos para poder trabajar en un fin común, el informar y promover en la población un estilo de vida más saludable que ayude a prevenir el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, optimizar los resultados médicos y psicológicos en pacientes cardíacos y estimular la formación de redes de apoyo social para los pacientes; la cardiología conductual ha hecho notar que no solo los factores de riesgo son cuestiones biológicas sino que además existen los factores psicosociales que afectan directamente al corazón, principalmente el estrés, depresión, ansiedad y algunos patrones de comportamiento. Esta nueva área trata de dar una explicación de cómo es que estos factores interactúan para inducir algún tipo de trastorno cardiovascular y la modificación del estilo de vida para un mejor tratamiento contra la enfermedad. (Figueroa, Domínguez, Ramos, y Alcocer, 2009).

Con la presente investigación se pretende lograr una evaluación de los factores de riesgo psicosociales, (ansiedad, depresión y calidad de vida relacionada con la salud) en pacientes con IC y ACPL, para determinar las diferencias entre estas poblaciones.

Capitulo 1. Fisiología del corazón

El corazón es un órgano muscular, y como todos los músculos necesita para su funcionamiento oxígeno y nutrientes.

El corazón juega dos papeles:

- Primero.- llevar sangre rica en oxígeno a todos los tejidos vivientes del cuerpo.
- Segundo.- recircular la sangre usada (en la cual el oxígeno ha sido reemplazado por dióxido de carbono) por los pulmones, en donde el dióxido de carbono es exhalado y reemplazado por el oxígeno que ha sido inhalado.

Las arterias acarrean la sangre hacia fuera del corazón y las venas regresan la sangre al corazón (Sauvage, 2003).

En cada latido circula sangre a lo largo del cuerpo. El corazón bombea cada día de 8, 000 a 13, 000 litros de sangre. El ritmo de bombeo del corazón envía sangre rica en oxígeno y alimenta todas las células del cuerpo. Las cámaras del corazón, se dividen en; arriba, aurícula derecha y aurícula izquierda y abajo, ventrículo derecho y ventrículo izquierdo. Después cada aurícula y cada ventrículo se vuelven una válvula. La válvula del corazón se asegura de que la sangre fluya en un solo sentido, la sangre entra al corazón por las aurículas, las cuales, bombean sangre a las válvulas y a los ventrículos. La más grande acción de bombeo es de los ventrículos ya que ellos se encargan de bombear la sangre al resto del cuerpo (Sauvage, 2003).

El lado derecho del corazón es el responsable de la circulación pulmonar y el lado izquierdo del corazón es el responsable de la circulación corporal o sistémica. Las cuatro válvulas que se encuentran dentro del corazón aseguran que la sangre circule en la dirección correcta. La válvula derecha (tricúspide), se encuentra entre

la aurícula y el ventrículo derechos, y se abre para permitir que el ventrículo se llene. Luego se cierra para evitar que la sangre fluya en sentido contrario, lo que a menudo se conoce como regurgitación o reflujo. La válvula derecha (pulmonar), se encuentra entre el ventrículo derecho y la arteria pulmonar principal, por la cual fluye la sangre hacia los pulmones, y luego se cierra para evitar el reflujo de la sangre hacia el ventrículo derecho. La válvula izquierda de entrada (válvula mitral), se encuentra ubicada entre la aurícula y el ventrículo izquierdo, y se abre para permitir que el ventrículo izquierdo se llene de sangre, y luego se cierra para evitar el reflujo de la sangre. La válvula izquierda de salida (válvula aórtica), localiza en el ventrículo izquierdo y la aorta, se abre para llenar la aorta, y luego se cierra para evitar reflujo de sangre hacia el ventrículo izquierdo. (The Children's Heart Foundation, 2004).

La aorta se compone de tres partes:

- Aorta ascendente.- dirige la sangre hacia la cabeza.
- Cayado (arco) de la aorta.- dirige el flujo de sangre de ascendente a descendente.
- Aorta descendente.- dirige la sangre hacia abajo, al resto del cuerpo.

Las dos arterias coronarias salen de la aorta ascendente, de la raíz aórtica, cerca del corazón, y abastecen de sangre fresca al músculo cardíaco.

Cada latido del corazón, o pulso, consiste de dos actividades ventriculares distintas:

- Sístole.- la contracción que abre la válvula de salida del corazón, cierra la válvula de entrada y hace que la arteria se llene de sangre.
- Diástole.- el relajamiento del corazón, que ocurre cuando se abre la válvula de entrada para permitir que el ventrículo se llene y se cierra la válvula de salida.

El pulso arterial normalmente se siente en la muñeca y se refiere a la sístole. La presión arterial normalmente se mide en la parte superior del brazo y el número

menor, tiene un valor sistólico, el número más alto, un valor diastólico (The Children's Heart Foundation, 2004)

El nódulo sinusal es conocido como el marcapasos natural del corazón, debido a que a cada latido del corazón se origina una corriente eléctrica débil, este tejido hace de batería permanente y está localizado en la cámara superior derecha. Un nódulo sinusal normal genera una frecuencia cardíaca lenta en descanso, y puede acelerar cuando es necesario. La corriente eléctrica se esparce de la aurícula derecha a un área en la pared que divide los ventrículos, conocida como nódulo atrioventricular, por donde pasa por medio de un alambrado invisible, comenzando como un haz común y dividiéndose en dos ramas, hacia los ventrículos, en donde activa los músculos para que se contraigan (sístole) (The Children's Heart Foundation, 2004).

El corazón es sumamente vulnerable, por lo que es susceptible de enfermar de muy diversas formas, como de IC ó ACPL. El siguiente capítulo tiene como objetivo, brindar al lector la información básica para entender que es la IC y la ACPL mencionando los siguientes apartados definición y clasificación.

1.1 Fisiopatología

Las anomalías que presenta el corazón se pueden clasificar de dos maneras, congénitas y adquiridas, la primeras se refieren a que la persona ha nacido con un corazón y/o grandes vasos de estructura anormal, por ejemplo, es posible que se haya formado mal ó que tenga orificios entre sus cámaras o valvular etc., y el segundo se refiere a que la persona nació con un corazón normal, que posteriormente dejó de funcionar normalmente (Sauvage, 2003).

Para que el corazón deje de funcionar se debe tomar en cuenta una serie de factores de riesgo que están relacionados como una cadena progresiva de eventos fisiopatológicos, los cuales ponen en riesgo la salud cardiovascular. Esta

cadena - el continuo cardiovascular – es la base de la enfermedad cardiovascular y es la clave para su prevención y tratamiento, sin embargo se cree que una intervención en cualquier lugar a lo largo de la cadena de acontecimientos que conducen a enfermedades cardiovasculares podrían interrumpir el proceso fisiopatológico y conferir cardioprotección. El daño progresivo puede dar lugar a la morbilidad por arritmia, perdida del musculo, remodelamiento, insuficiencia cardiaca congestiva, dilatación ventricular, para finalmente llegar a una enfermedad cardiaca en etapa terminal, esta investigación está basada en dos de las enfermedades más importantes que puede llegar a padecer el corazón la IC y en la ACPL (Figura 1).

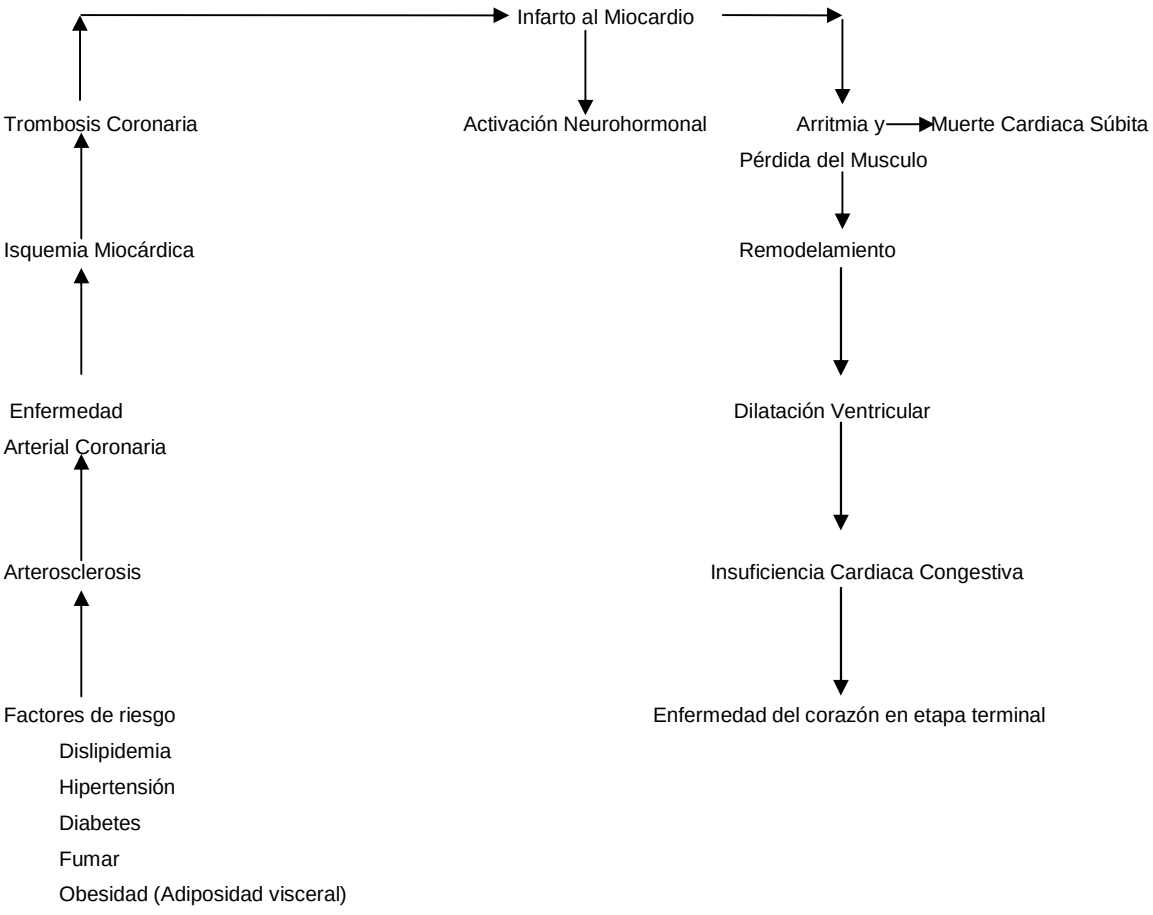

Figura 1. Continuo Cardiovascular. Adaptado por Dzau *et al., 2006*

Si consideramos a la IC y ACPL como un “continuo” debemos tomar en cuenta que una situación clínica individual dentro de este continuo no es independiente y existe solo como punto de transición, considerando y aceptando que una situación clínica individual dentro de este continuo no es independiente y existe solo como punto de transición, el cual puede ser determinado y medido solo por una aproximación. Se podría pensar que esta individualidad dentro de un todo sería el resultado de nuevos sucesos, por ejemplo circunstancias o eventualidades como las del medio ambiente, los procesos patológicos (enfermedad arterial coronaria, isquemia miocárdica etc.), la capacidad adaptativa, los procesos reactivos, la presencia de factores de riesgo (tales como obesidad, las dietas inapropiadas, el sedentarismo, la edad). Todas estos eventos nos podrían llevar a explicar la idea de cada tipo de trastorno cardiaco (IC, ACPL) no simplemente como un punto de transición de un estado a otro (Lobo, 2010).

Se intentará explicar en los siguientes apartados que la individualidad de cada una de estas partes podría llegar a expresarse con diferencias fisiopatológicas hablando específicamente de la IC y de la ACPL.

1.2 Fisiopatología de la IC

La insuficiencia cardíaca es un síndrome heterogéneo resultante de daño estructural de la fibra miocárdica a través de diversos mecanismos como cardiomiopatía idiopática, infarto agudo del miocardio, hipertensión arterial sistémica o valvulopatía cardíaca, entre otras causas (Méndez, 2006).

Se resume de dos maneras, a los mecanismos de progresión del daño como:

- La fibra miocárdica, sufre una pérdida progresiva de la función contráctil.
- Existe una pérdida progresiva de las células miocárdicas a través de apoptosis (Méndez, 2006).

La IC es más un complejo síndrome que específicamente una enfermedad, con manifestaciones vinculadas con las diversas causas patológicas ejecutoras, con la forma y magnitud de los cambios hemodinámicos existentes y con las perturbaciones funcionales contráctiles y de llenado. Al existir una alteración en el corazón el organismo reacciona, generando una serie de mecanismos compensadores, lo cual implica un cambio que a la larga pueden contribuir a la progresión. El escenario habitualmente se inicia sin síntomas o discapacidad, en una alteración miocárdica que puede ser difusa o segmentaria (Barisani, 2010).

La fisiopatología de la IC se define como: la incapacidad del corazón de aportar sangre (y por ende oxígeno) acorde a los requerimientos de los tejidos durante ejercicio ligero o en reposo, lo cual conlleva a respuesta fisiopatológicas (nerviosas, hormonales, renales, etc.) así como signos y síntomas (Richardson, McKenna, Bristow, 1996)

Las alteraciones de la IC pueden pasar desapercibidas en sus inicios para luego ir progresando a través del tiempo, o dramáticamente presentar infarto al miocardio, de esta forma pueden tornarse agudas o crónicas, con diversas afecciones, como fallas en la sístole u otras exclusivas de la diástole ó como habitualmente sucede, mixta. Los tejidos que soportan una injuria responden de manera adaptativa para preservar la sobrevida del órgano, el corazón ante una injuria presenta una respuesta inflamatoria que se sigue en una fase de fibrosis reparativa. El tipo de respuesta a la injuria es muy variable pues depende de la etiología del proceso, puede ir desde una deformación miocárdica, hasta un infarto al miocardio (Francis, 2003).

El corazón experimenta cambios a consecuencia del remodelamiento, que lleva implícito cierto grado de deformación, la dilatación al no aumentar proporcionalmente el espesor de la pared (hipertrofia) hace que incremente el estrés de la pared, estableciendo un nuevo daño que requiere una respuesta adaptativa. Desde el punto de vista sistémico aparecen mecanismos

compensadores neurohumorales vinculados a la activación del Sistema Nervioso Simpático (SNS), del Sistema Renina Angiotensina Aldosterona (SRAA), Arginina vasopresina (AVP), Endotelinas (ET), Citocinas inflamatorias, Retención de sodio, Cambios pulmonares, Periferia y de los Péptidos Natriuréticos (Gimeno, y Diez, 2007).

La fisiopatología que sufre el corazón cambia al hablar de ACPL, como a continuación se muestra.

1.3 Fisiopatología de la ACPL

El corazón está formado por cuatro cavidades: dos aurículas y dos ventrículos. Las cavidades derechas bombean la sangre pasando desde la circulación sistémica hasta la pulmonar y las cavidades izquierdas bombean la sangre que llega desde la circulación pulmonar hasta la sistémica (De los Nietos, 2007).

Para De los Nietos, 2007 con un intervalo apropiado y en una secuencia específica se producen las contracciones auricular y ventricular del corazón, para que haya un eficaz trabajo de bombeo. Toda esta coordinación es lograda por el sistema de conducción del corazón el cual es capaz de iniciar y trasmitir impulsos eléctricos que controlan esta actividad., diversas anomalías de este sistema de conducción del impulso pueden provocar arritmias, lo cual implica no solos una alteración del ritmo cardiaco, sino también un cambio de lugar en la iniciación o secuencia de la actividad que se aparte de lo normal en el sistema eléctrico del corazón.

El nodo sinusal es considerado el marcapasos natural de corazón, se dice que hay un ritmo cardiaco normal cuando se origina en esté y se conduce por todas las estructuras cardiacas por las vías acostumbradas en forma normal. Una secuencia de activación anormal (Como ocurre en las preexitaciones y bloqueos)

ó un simple retardo en la conducción de los impulsos, son considerados una ACPL (Fajuri, 2009).

Los mecanismos responsables de las arritmias cardíacas se dividen en:

- Trastornos en la conducción de los impulsos
- Trastornos del automatismo
- Combinación de ambos

Los trastornos en la conducción de los impulsos, pueden determinar la aparición de un bloqueo cardiaco, los cuales se clasifican según la severidad, en bloqueos de primer grado (cuando el impulso atraviesa con lentitud la zona de bloqueo); bloqueo de segundo grado (no todos los impulsos atraviesan la zona de bloqueo) y bloqueo de tercer grado (ningún impulso atraviesa la zona de bloqueo). Dependiendo del sitio en que ocurran se les da una clasificación a los bloqueos, estos pueden localizarse entre el nodo sinusal y la aurícula (bloqueo sinoauriculares), en el nódulo auriculoventricular, a nivel del tejido auricular, en la rama del haz de His o en el His. Se puede determinar la aparición de bradiarritmias por bloqueo debido a los trastornos de la conducción, así como extrasístoles y mecanismos de reentrada como las taquicardias. El impulso eléctrico se origina en el nódulo sinusal y se propaga activando las aurículas por una parte, por la otra se difunde a los ventrículos, a través de los haces internodales, nodo auriculoventricular, tronco común del haz de His, rama de His (derecha y fascículos izquierdos) y red de Purkinje distribuidas en el seno del miocardio ventricular. El impulso eléctrico se extingue una vez que los ventrículos se han activado y al no encontrar un nuevo tejido en condición de despolarizarse. Cuando el impulso no se extingue después de haber activado al corazón vuelve a excitar a las fibras previamente despolarizadas y a esto se le conoce como reentrada (Fajuri, 2009).

Para lograr una mayor comprensión de los padecimientos estudiados (IC Y ACPL), a continuación se desglosaran por definición, síntomas, diagnóstico y tratamiento.

Capitulo 2. Insuficiencia Cardiaca

2.1 Definición

El corazón como bomba muscular genera presión y así como volumen líquido, el cual se encarga de abastecer de sangre oxigenada a los tejidos del organismo, a la vez que recobra la sangre insaturada y la envía a oxigenarse a los pulmones, de esta manera mantiene la vida. La insuficiencia cardiaca por tanto es considerada por Guadalajara, Martínez-Reding y Quiroz (2007), como: “Una condición en la que el daño estructural difuso de la miofibrilla (necrosis, apoptosis o inflamación) o bien una sobrecarga hemodinámica excesiva, provoca disminución de la fuerza contráctil del corazón (inclusive la fracción de expulsión) consecuentemente aumentan los volúmenes ventriculares con o sin disminución del gasto cardíaco”, en otras palabras, es considerado como un síndrome clínico que resulta del daño funcional o estructural al corazón, el cual impide que el organismo cubra las funciones que requiere. Una forma de clasificar a la IC es como descompensada y compensada las cuales se definen como:

a) Insuficiencia cardíaca descompensada

El corazón se ve incapacitado para expulsar la suficiente sangre que permita mantener una presión arterial adecuada para abastecer de oxígeno a los tejidos del organismo. Esta incapacidad es debida a una ineficiente contracción miocárdica sea por daño intrínseco de la miofibrilla o por una sobrecarga hemodinámica excesiva (Guadalajara, Martínez-Reding y Quiroz, 2007).

b) Insuficiencia cardíaca compensada

El gasto cardiaco se mantiene a expensas de utilizar mecanismos compensadores, por ello, el estado patológico de la función cardiaca se encuentra deprimido (Guadalajara, Martínez-Reding y Quiroz, 2007).

Una de las herramientas que es proporcionada para clasificar de manera sencilla al paciente con IC, es una tabla de puntuación para dar evidencia de la severidad de los síntomas la cual se utiliza en la mayoría de los casos para realizar una evaluación de la respuesta al tratamiento de la IC, es una aportación que realiza la New York Heart Association (NYHA) definiendo cuatro clases de la IC, como se puede observar en la tabla 2, basadas en la valoración subjetiva del médico durante el examen sobre la presencia y severidad de la disnea que por lo general acompaña a la IC.

Tabla 2.- Clasificación de la IC según la NYHA

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

Fuente. Carrillo, 2006.

2.2 Síntomas

Para Carrillo (2006) los principales síntomas que se presenta en la Insuficiencia Cardiaca son:

- Fatiga

- Edemas (hinchazón en pies y tobillos)
- Disnea (la falta de aire)
- Una persistente tos
- Falta de apetito
- Náuseas
- Confusión
- Problemas de pensamiento
- Aumento del ritmo cardíaco

2.3 Diagnóstico

La IC es considerada una enfermedad de difícil diagnóstico para ello se utilizan los criterios de Framingham, (Tabla 3) de los cuales se requiere que se presenten por los menos dos criterios mayores o de un criterio mayor y dos criterios menores.

Tabla3.- Criterios de Framingham para el diagnóstico de insuficiencia cardiaca

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

Fuente. Segovia, Alonso-Pulpón, Peraira y Silva, 2004.

Una parte importante en el diagnóstico de la IC son las pruebas de laboratorio y gabinete como las siguientes:

- Estudios de Laboratorio
  - Biometría hemática (anemia)
  - Glucosa (diabetes mellitus)

- Urea y creatinina con cálculo de la depuración de creatinina (afección renal)
- Electrolitos séricos: Na, K, Cl, HCO3, Ca, Mg (desequilibrio hidroelectrolítico)
- Colesterol y triglicéridos séricos (dislipidemia)
- Examen general de orina (proteinuria)
- Pruebas de función hepática (insuficiencia hepática)
- Pruebas de función tiroidea (hipertiroidismo o hipotiroidismo)
- Estudios de gabinete
- Electrocardiograma (ECG)
- Telerradiografía de tórax
- Ecocardiograma

2.4 Tratamiento

Un importante valor pronóstico para la enfermedad según Rodríguez, Begoña, Pereira, Caeiro, (2005) se obtiene a través de la clase funcional, la cual se utiliza como un criterio decisivo en el tratamiento, ya que la evaluación periódica de esta permite seguir la evolución y la respuesta del mismo.

Dentro de las indicaciones para tratar la IC se encuentran: a) Farmacológica b) Quirúrgicos y c) Psicológicas.

a) Farmacológico
   - Diuréticos de Asa. Se utilizan en pacientes con IC cuando existe edema o síntomas secundarios a la reacción de sodio y agua.
   - Inhibidores de la Enzima Convertidora de la Angiotensina (IECA). Se debe considerar el tratamiento inicial de la IC, en cualquier grado funcional.
   - Antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II). Media, los efectos perjudiciales que ejerce la angiotensina II en pacientes con IC.

- Asociación de nitratos y hidralazina. Se utiliza en pacientes que no pueden tomar IECA.
- Digitálicos. Recomendada en las clases funcionales de la IC, especialmente en III y IV.
- Beta-bloqueadores (BB). Efectos beneficiosos en pacientes con IC sintomática.
- Bloqueadores de los Receptores de la Angiotensina (BRA).
- Bloqueadores de la Aldosterona (BA).
- Vasodilatadores Rodríguez, Begoña, Pereira, Caeiro, (2005).

b) Quirúrgico

- Revascularización. Se intenta recuperar función contráctil si se demuestra la existencia de miocardio viable secundario a infarto o en áreas del ventrículo izquierdo donde el flujo es de magnitud suficiente como para mantener vivo el músculo cardiaco pero insuficiente para una adecuada función contráctil.
- Reconstrucción ventricular. Se refiere a la corrección de los cambios morfológicos ventriculares.
- Reparación valvular mitral. Es recomendable en pacientes bajo máximo tratamiento médico.
- Tratamiento de resincronización cardiaca. Mediante la implantación trasvenosa de tres electrodos intracardiacos, se consigue estimular simultáneamente ambos ventrículos.
- Cardiodesfibrilador implantable. Capaz de detectar arritmias ventriculares letales o potencialmente letales.
- Dispositivo de asistencia circulatoria mecánica. Favorece la irrigación de órganos distales y apoyan al corazón bombeando sangre hacia el sistema arterial.
- Trasplante cardiaco. Es recomendable en pacientes con IC avanzada refractaria a otros tratamientos, es la opción final, mejorando la calidad de vida (Vignolo, 2009).

c) Psicológico

- Orientación y psicoeducación al paciente y familiares. La cual consta de:
    - brindar una definición y etiología de la IC, que conlleva aprender las causas, signos y síntomas de la IC, registrando el peso corporal y reconocer un rápido aumento, indicando las situaciones cuando es necesario consultar al médico, así como tener a la mano los documentos necesarios para llamarlo.
    - con respecto al tratamiento farmacológico, se deben llevar a cabo las indicaciones médicas, reconociendo los efectos secundarios comunes de cada tratamiento.
    - Con respecto a las modificaciones de los factores de riesgo, se recomienda dejar de fumar, evitar la obesidad, tomar la presión arterial si se es hipertenso y la glucosa en el caso de las personas con diabetes.
    - Se recomienda una dieta, hiposódica moderada con 2g de sodio al día, sin embargo este tipo de dieta resulta a menudo intolerable y costosa lo que causa su incumplimiento y constituye un factor de descompensación, el exceso de sal en la dieta puede volver ineficaces a los diuréticos y puede exacerbarse la perdida de potasio, debe desaconsejarse la ingesta de bebidas alcohólicas y debe incluirse un consumo adecuado de magnesio y una ingesta razonable de proteínas.
    - En los pacientes con IC por lo variable de su sintomatología se recomienda realizar actividad física de manera habitual y cómoda tomando en consideración las recomendaciones del médico (Dickstein, et al., 2008).

Capitulo 3. Arritmia Cardiaca Potencialmente Letal.

3.1Definición

Ya que el corazón debe estar coordinado cuidadosamente para bombear la sangre por todo el cuerpo, se apoya en un sistema eléctrico, el cual se encarga de la estimulación de las paredes de las aurículas (arriba) y ventrículos (abajo) para que logren la contracción y relajación con cierta secuencia. El sistema eléctrico del corazón se compone del Nodo Sinusal o Sinoauricular, el Nodo Atrioventricular, las fibras de Conducción del Haz de His y la mayoría de las células musculares de las aurículas y ventrículos. El latido del corazón comienza con un impulso eléctrico generado en el marcapasos natural del cuerpo, el Nódulo Sinusal, este impulso viaja a través del sistema eléctrico para activar las aurículas y ventrículos, completando un solo latido (The Children's Heart Foundation, 2004).

Se define como arritmia a cualquier ritmo cardiaco diferente del ritmo sinusal, incluyendo en un sentido amplio a cualquier alteración en el origen, frecuencia, regularidad o conducción del impulso cardiaco (Elduayen y Muñoz, 2009).

Desde el punto de vista clínico y terapéutico, una clasificación sencilla es la que las diferencia por la frecuencia del impulso como:

a) Taquiarritmias: las cuales presenta una frecuencia de impulso mayor a 100 latidos por minuto (lpm).

b) Bradiarritmias: aquellas que presentan frecuencias menores de 60 latidos por minuto (lpm), (Elduayen y Muñoz, 2009).

a) Taquiarritmias

Se considera una taquiarritmia cuando la frecuencia ventricular se encuentra por encima de los 100 lpm, debido a que, una taquicardia, tienen un efecto deletéreo en el gasto cardiaco y la capacidad funcional. Se desarrolla una dilatación del ventrículo izquierdo con un deterioro de la función ventricular debido

a las taquiarritmias mantenidas, (Matiz, Gutiérrez, Duque, y Gómez, 1999). Estas a su vez, se clasifican de la siguiente manera:

- Taquiarritmias supraventriculares.
  - Latidos supraventriculares prematuros.- No representan una limitación
  - Taquicardia sinusal.- 110 y 160 lpm.
  - Taquicardia auricular.- 130 y 200 lpm.
  - Fibrilación auricular.- De reciente comienzo, cuando lleva 6 meses y de curso prolongado fibrilación crónica
  - Flutter auricular.- 200 y 300 lpm.
  - Taquicardia intranodal.- 170 lpm.
  - Taquicardias en pacientes portadores de vías accesorias.- Este padecimiento puede desencadenar en muerte súbita.
- Taquicardias ventriculares.
  - Latidos ventriculares prematuros.- La mayoría con este padecimiento no presentan síntomas.
- Taquicardia y fibrilación ventricular.
  - A partir de la aparición de 3 o más latidos consecutivos de origen ventricular, cuando duran más de 30 segundos se consideran taquicardia ventricular sostenida (Matiz, Gutiérrez, Duque, y Gómez, 1999).

b) Bradiarritmias

Cuando la frecuencia del impulso es menor de 60 lpm se considera una bradiarritmia, siendo de mayor interés para este trabajo la explicación de este padecimiento, ya que la población que se manejó presentaba este trastorno con mayor frecuencia. Este ritmo lento del corazón se puede deber a diferentes causas como:

- Bradicardia sinusal

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

- Paro sinusal
  - Momentáneamente se produce un fallo en el estímulo sinusal.
- Bloqueos sinoatriales
  - Existe dificultad de conducción al nodo auriculoventricular (AV), aun cuando el estimó es normal.
- Síndrome del seno enfermo
  - Suele precipitar implante de marcapaso por la disfunción del nodo sinusal el cual es incapaz de generar y/o conducir estímulos.
- Ritmo de escape nodal
  - Oscila entre los 35 y 60 lpm, produciéndose debido a un mecanismo de defensa ante una frecuencia sinusal baja.
- Ritmo de escape ventricular
  - Ante cualquier alteración de la zona que rige el ritmo cardiaco, se produce un estímulo en las zonas alternativas, en caso de alguna alteración a nivel del nodo AV salta el marcapasos ventricular (Elduayen y Muñoz, 2009).

Trastorno de la conducción auriculoventricular (AV).

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

Una ACPL, es causada por la presencia de un problema con alguna de las partes de este proceso (Elduayen y Muñoz, 2009).

3.2 Síntomas

Para la American Heart Association (2007), cuando es muy breve, la arritmia puede no presentar casi síntomas, sentirse apenas como un aviso previo con un latido del corazón, sentirse como una palpitación en el pecho o en el cuello. Cuando las arritmias son severas pueden llegar a afectar el funcionamiento del corazón e incluso a no bombear suficiente sangre, así como a causar:

- Cansancio
- Mareo
- Vértigo
- Sudoración
- Síncope (desmayo)
- Pueden causarle incluso hasta la muerte

La taquicardia puede reducir la capacidad del corazón para bombear sangre, causando:

- Dificultad para respirar
- Dolor en el pecho
- Sensación de mareo
- Pérdida del conocimiento

Si son graves también pueden causar ataques al corazón e incluso la muerte.

3.3 Diagnóstico

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

- Electrocardiograma (ECG)
- Monitor de Holter y monitor de eventos cardíacos
- Pruebas de sangre
- Radiografía de tórax

- Ecocardiografía
- Prueba de esfuerzo
- Estudio electrofisiológico
- Prueba de la mesa basculante
- Angiografía coronaria
- Holter implantable (Brugada, Alzueta, Asso, Farré, Olalla y Tercedor, 2001).

3.4 Tratamiento

No solo se debe tomar en cuanta un adecuando Diagnóstico, sino también un tratamiento eficaz para el manejo de las ACPL. El tratamiento de las taquiarritmias y de las bradiarritmias se puede generalizar de la siguiente manera, a) farmacológico b) quirúrgico c) psicológico:

a) Farmacológico

Taquiarritmias

- ATP, Verapamil, ajmalina, quinidina, amiodarona, digoxina, betabloqueadores, flecainidina, encainida, lidocaína, procainamida, mexiletina, magnesio, propafenona, etc.

Bradiarritmias

- Atropina e isoprotenerol (Fajuri, 2009).

b) Quirúrgico

Taquiarritmias

- Medios eléctricos
  - Cardioversión. desfibrilación, sobreestimulación, Marcapasos (MP) antitaquicardia, MP desfibrilador implantable, ablación por catéter.
- Maniobras vagales
  - (Estímulo del parasimpático), golpe precordial.
- Cirugía

- Desfibrilador automático implantable (DAI) se utiliza principalmente en taquiarritmias ya que es capaz de detectar arritmias ventriculares letales e intenta terminarlas mediante una descarga eléctrica (desfibrilación) (Fajuri, 2009).

Bradiarritmias

- Marcapasos
  - Provisional y definitivo. Estimula el musculo cardíaco por medio de descargas eléctricas sincronizadas con precisión, lo cual induce al corazón a latir de manera similar al ritmo cardíaco natural. Existen tres clases de marcapaso, monocameral el cual utiliza solo un cable en la aurícula o en el ventrículo derecho, el bicameral utiliza dos cables uno en la aurícula y otro en el ventrículo derecho y el marcapasos con respuesta en frecuencia reconocen cambios que se producen en el organismo y ayudan a acelerar los latidos del corazón (pueden ser bicamerales o monocamerales) www.medtronic.com

c) Psicológico

- Psicoeducación del paciente y su familia.
  - es importante brindar una definición y etiología al paciente y sus familiares sobre la ACPL que conlleva aprender las causas, signos y síntomas de la enfermedad.
  - el tratamiento farmacológico, es utilizado con la intención de prevenir y controlar las arritmias y tratar condiciones relacionadas como la presión arterial elevada, enfermedad coronaria e insuficiencia cardiaca por tal motivo se deben llevar a cabo las indicaciones médicas, reconociendo los efectos secundarios comunes de cada tratamiento.
  - Con respecto a las modificaciones de los factores de riesgo, se recomienda cambios en el estilo de vida como: tomar el medicamento, dejar de fumar, evitar la obesidad (American Heart Association, 2007).

Capitulo 4. Factores psicosociales (depresión, ansiedad y calidad de vida) relacionados a la Insuficiencia Cardiaca y la Arritmia Cardiaca Potencialmente Letal

Existen diversas formas de definir un factor de riesgo, en general es una característica del individuo o de su entorno, la cual, al estar presente, indica un riesgo más elevado de presentar una enfermedad, como los trastornos cardiacos, quienes tienen una naturaleza compleja y sería erróneo considerar a un solo factor, como responsable de su aparición y desarrollo, esta definición, aun siendo tan imprecisa, contribuye a identificar personas con un riesgo elevado y en los que algún tipo de intervención valdría la pena (Bayes, López, Attie, y Alegria, 2003).

Tres tipos de factores de riesgo diferentes se asocian a las enfermedades cardiacas, empezando por los factores de riesgo inherentes, los no modificables, por ejemplo: edad, sexo, diabetes, antecedentes familiares, etc., los tradicionales, los cuales son, modificables, por ejemplo: colesterol en la sangre, tabaco, consumo de alcohol, hipertensión arterial, sedentarismo, obesidad, etc., otros que también se consideran modificables son los emocionales o psicosociales, por ejemplo: depresión, calidad de vida, ansiedad, entre otros (Oblitas, 2006).

Yusuf *et al*., (2004) efectúo una clasificación de los factores de riesgo, en un estudio realizado por él y sus colaboradores, INTERHEART.

Separaron los factores de riesgo por; modificables y no modificables. La Tabla 4 muestra dicha clasificación.

Tabla 4 Factores de Riesgo de la Enfermedad Cardiovascular.

No Modificables	Modificables		
	Psicológicos	**Clínicos**	**Emergentes**
Historia familiar Edad Sexo	Estrés psicosocial Hostilidad Reactividad/Recuperación cardiovascular Personalidad A y D Calidad de vida Ansiedad Depresión Bajo nivel socio-económico	Tabaquismo Obesidad Inactividad física Hipertensión Dislipidemias Diabetes	Homocisteína Factores inflamatorio (ej: proteína C reactiva) Falla en la glucosa en ayunas Triglicéridos séricos elevados

Fuente. Yusuf, et al. 2004

Yusuf, *et al*., (2004), realizaron un estudio INTERHEART en 52 países, cuyo objetivo fue investigar la relación de los factores de riesgo con la enfermedad cardiaco coronaria, identificando la gran importancia de tomar en cuenta factores psicosociales, como: depresión, locus de control, percepción de estrés y eventos vitales, en su estudio se encontraron, nueve factores de riesgo, asociados al infarto al miocardio: tabaquismo, lípidos, hipertensión, diabetes, obesidad, dieta, actividad física, consumo de alcohol y factores psicosociales, el cual se encontró dentro de los principales factores de riesgo, junto con la obesidad abdominal, aun cuando los más importantes fueron el tabaquismo y lípidos anormales. Del resultado obtenido se sugiere implementar una estrategia global que reconozca la importancia de los factores de riesgos (biológicos, sociales y ambientales) de la enfermedad cardiovascular.

La información disponible sobre factores psicosociales se ha encaminado principalmente en su importancia como factor de riesgo, sin embargo

recientemente ha aparecido información sobre la importancia de estos factores de riesgo en fases avanzadas de la Enfermedad Cardiovascular (EC).

En un estudio realizado por Duru, et al. (2001) con pacientes de 40-70 años, a los que se les iba a colocar por vez primera un implante de Marcapasos, o un Cardio Desfibrilador Implantable (ICDs), se les evaluó con la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y la Escala de forma corta de salud en general (SF-36) evaluando las diferencias en la adaptación social, calidad de vida y la incidencia de trastornos afectivos entre dichas poblaciones, los datos analizados fueron a tres grupos de pacientes: marcapasos (N=76); ICD que recibieron descargas (N=45); ICD que no recibieron descargas (N:31), encontrando que no hubo diferencia en las escalas, ni en las sub-escalas, ni en el género sin embargo con los pacientes de ICD se encontraron más limitaciones en sus actividades de ocio. Los tres grupos percibieron su dispositivo como una "extensión de la vida", la ansiedad se asoció más al agotamiento de la batería, así como problemas técnicos. Al finalizar el estudio se encontró con un alto nivel de interés en pertenecer al grupo de apoyo al 40% de los pacientes.

Otro estudio realizado por Maroto, y De Pablo, (2004), nos mencionan la importancia de trabajar a nivel multidisciplinario con pacientes portadores de marcapasos o desfibrilador, proponiendo un Programa de Rehabilitación Cardiaca (PRC) en grupo, pero individualizado, el cual trata de incluir a todos los profesionistas de la salud para un mejor manejo del paciente con este trastorno. El trabajo realizado en grupo fue a través del intercambio de experiencias y sensaciones ayudando a perder el miedo, tan frecuente en los enfermos que han sufrido un episodio cardiaco agudo, la formación de los grupos es de manera paulatina haciendo coincidir a pacientes nuevos con los que llevan más semanas de tratamiento.

Esta intervención grupal-individual ayuda a los pacientes ya que muchos de ellos han ingresado al hospital de forma repentina y en ocasiones de suma

gravedad, por ello la calidad de vida y la capacidad funcional suelen estar muy deterioradas; por las alteraciones de origen cardiovascular y por otros factores añadidos, recordando que estos pacientes han pasado por evaluaciones agresivas para diagnosticar la enfermedad, tomando en cuenta los trastornos psicológicos como miedo, ansiedad, depresión e insomnio. Lo antes mencionado fue tomado en cuanta para la planificación de la rehabilitación cardiaca, obteniendo que en la mayoría de los casos, y sobre todo en los supervivientes a una muerte súbita, la afectación psicológica sea muy importante. Fue necesario un tratamiento específico e individualizado por parte de los psicólogos y psiquiatras, con el fin de mejorar la calidad de vida y el pronóstico, ya que existe evidencia de la relación entre afectación psicológica, arritmias ventriculares y descargas del DAI. Existe evidencia, aunque escasa, de los indudables beneficios que a nivel físico y psicológico producen los PRC en portadores de DAI, y de los escasos riesgos del entrenamiento bien programado (Maroto, y De Pablo, 2004)

En el Hospital Ramón y Cajal se han rehabilitado 8 pacientes con DAI, edad media de 55 años (44-69) y FEVI de 27.8 + 7.3. Siete presentaban cardiopatía isquémica y uno miocardiopatía dilatada. La capacidad funcional mejoró de forma significativa (4.1 mets al inicio del programa y 6.1 al finalizarlo con $p<0.05$). Al igual que ocurre en los portadores de marcapaso (MP), la mejoría en la calidad de vida y pronóstico tienen una directa relación con la etiología y gravedad de la cardiopatía, dicha investigación, sin embargo también nos da un panorama de la escasa información que existe con dicha población (Maroto, y De Pablo, 2004)

Como se ha mencionado anteriormente los factores psicosociales juegan un papel importante en las enfermedades cardiovasculares, para fines de este estudio se resalta el impacto de la depresión, ansiedad y calidad vida en la IC y la ACPL.

4.1 Depresión

Dentro de las 10 enfermedades que producen más discapacidad en el mundo se incluye la depresión como uno de los más importantes. Los datos de la

Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2003 (ENEP 2003) indican que 8.8% de la población mexicana ha presentado por lo menos un cuadro de depresión alguna vez en su vida y 4.8% lo presentó en el año previo a la realización de esta encuesta. Se calcula que la mitad de estos casos son severos. La depresión es 1.5 veces más frecuente en las mujeres que en los hombres.

La depresión es entendida como el desorden del estado de ánimo mantenido en el tiempo, que consiste en un conjunto de elementos (sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, y desesperanza profundos) que interfieren en la capacidad personal para llevar a cabo actividades cotidianas (NIMH, 2000).

Los pacientes que presentan depresión y padecen alguna enfermedad cardiovascular, tienden a exteriorizar un pronóstico poco favorable con respecto a su enfermedad cardiaca, debido a ello el ingreso hospitalario es mayor, existe un peor pronóstico en cirugía cardiaca, así como un deterioro progresivo de las funciones del corazón.

Un estudio realizado por Mary, et al. (2008) lo atribuye a la falta de actividad física, según mencionan, los pacientes con depresión adoptan hábitos de vida poco saludables, como mantener una dieta inapropiada, fumar, no realizar actividad física y no cumplir adecuadamente con la medicación que se les prescribe, sin dejar de mencionar que los antidepresivos pueden llegar a empeorar la patología cardiaca. Dicho estudio se realizó con 4000 pacientes con patología cardiaca durante cinco años, observando que los pacientes con depresión presentaron hasta un 30% de eventos cardiacos más, que los que no estaban deprimidos, los resultados lo atribuyen a la falta de actividad física de los pacientes con depresión, con ello sugieren realizar un realce en la importancia del reconocimiento, diagnóstico y un adecuado tratamiento de la depresión en pacientes con enfermedad cardiovascular, efectuando cambios de hábitos, así como de comportamientos en dicha población.

Connerney, Shapiro, McLaughlin, Bagiella, y Sloan, (2001), realizaron un estudio en pacientes que han sido sometidos a la implantación de un marcapasos tras un accidente coronario, donde se valoró el nivel de depresión, comparando la frecuencia de los episodios cardiacos registrados en los 12 meses posteriores a la cirugía, en una población de 207 hombres y 102 mujeres, encontraron que un 27% de la población con depresión mayor presentaba un episodio cardiaco en comparación con solo el 10% en los pacientes sin depresión, concluyendo que la depresión es un factor de riesgo importante para sufrir acontecimientos cardiacos después de la implantación de un marcapasos.

En el estudio realizado por Lespérance, Frasure, Talajic, y Bourassa, (2002), con una muestra de 896 pacientes con Infarto Agudo de Miocardio (IAM), a quienes se les aplicó el cuestionario de depresión de Beck, en el momento de su admisión al hospital y a un año del IAM, demostró que la disminución de las cifras de mortalidad cardiaca están asociadas a la mejoría de los síntomas depresivos en los pacientes que puntuaban depresión leve, sin embargo los que puntuaron con depresión severa mantuvieron un pronóstico peor, cinco años más tarde, aun con la mejoría de los síntomas depresivos.

Una de las Investigaciones que se realizaron en el Hospital General de México (HGM) en el área de cardiología, con 11 pacientes ambulatorios, midió la depresión, el estrés psicológico, y la actividad autonómica ante el estrés (medida a través de la reactividad y recuperación cardiovascular), evaluada a través del cuestionario de Yesavage, donde se obtuvieron los siguientes resultados: con respecto a los puntajes de depresión, una media de 7.6 ubicándose como depresión leve reflejada principalmente en el elemento cognitivo; con respecto al estrés, los principales síntomas fueron: dolor de cabeza o espalda, dificultad para respirar y tristeza, con respecto a la actividad autonómica ante el estrés, los pacientes con depresión presentan una mayor reactividad cardiovascular, no logrando una recuperación óptima ante el estrés (siendo el estrés emocional el que más alteró a los pacientes en su registro fisiológico). Demostrando que los

factores psicosociales están presentes en pacientes con IC e incluso influyan en el desarrollo de la enfermedad (Rojas, 2008).

En otra investigación realizada en el HGM por Hernández (2009), la cual se realizó a 28 pacientes con Insuficiencia Cardiaca, clase funcional II, evaluando calidad de vida con el cuestionario de Cardiomiopatías de Kansas City, obteniendo que un 31.1% de los pacientes tuvo una baja calidad de vida y un 35.7% un nivel medio, la ansiedad y depresión se evaluaron con la Escala de Ansiedad y depresión Hospitalaria (HADS), encontrando que un 75% de los pacientes presentaron depresión y en el mismo porcentaje ansiedad.

Otra de las investigaciones realizada en el HGM por Gaona (2009), se comprueba la comorbilidad en pacientes con IC y factores de riesgo psicológicos, tomando como factor de riesgo psicológico a la depresión, la cual se midió con el cuestionario de Yesavage y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, midiéndola con el Cuestionario de Cardiomiopatía de Kansas City, en 28 pacientes con IC, encontrando que la depresión representó el 50.7% de la población total y con respecto a la calidad de vida el nivel que predominó fue bajo con un 33.8% de la muestra.

4.2 Ansiedad

El trastorno de ansiedad en México se reporta desde edades tempranas, siendo de los más prevalentes y los más crónicos, aproximadamente 15 millones de mexicanos padecen ansiedad y al menos el 14.3% la ha padecido alguna vez en su vida (Medina-Mora, *et. al.* 2003).

Moser (2007) propone que la evaluación de la ansiedad y su tratamiento debe ser parte de la atención que se le brinda a cada paciente, con la finalidad de disminuir el riesgo de eventos cardiacos y ayudar en la mejora del paciente, ya que la ansiedad puede presentar repercusiones médicas o psicológicas, si se presenta de forma persistente o grave, pueden generar un mayor riesgo de algún

episodio cardiaco agudo, así como crear mayor dificultad para adherirse a los tratamientos e inclusive generar mayor riesgo de complicaciones después del ingreso hospitalario por un síndrome coronario agudo.

En un estudio prospectivo, se evaluaron a 72 359 mujeres durante 12 años sin Enfermedad Cardiovascular (ECV) ó cáncer, para saber si los síntomas de ansiedad fóbica se asocian con la aparición de ECV, arritmias ventriculares y Muerte Súbita (MS). Se evaluó la ansiedad fóbica con el Crown-Crisp Phobia Index. Se obtuvo como resultado que el 27.7% de las participantes fueron más fumadoras, obesas, realizaron menos actividad física y consumieron más tranquilizantes menores, durante los 12 años de seguimiento se produjeron 930 IAM no fatales, 97 MS y 267 muertes cardiovasculares totales (Albert, Chae, Rexrode, et al., 2005).

El puntaje obtenido con el *Crown-Crisp Index* se relacionó en forma directa con la Enfermedad Cardiovascular (EC) fatal y riesgo de muerte súbita (MS). Se examinó la asociación de los puntos individuales en la escala de fobia. Se halló que 4 puntos se asociaron con elevación del riesgo de MS y EC fatal: “miedo irrazonable a estar en lugares cerrados”, “sentimiento de pánico en la multitud”, “sentirse más relajado en la casa” y “sentimiento de intranquilidad en colectivos y trenes”. Concluyendo que a mayores niveles de ansiedad fóbica se asocian con incremento del riesgo de EC fatal, fundamentalmente MS, pero no con IAM no fatal, y si los trastornos de fobia o ansiedad aumentan el riesgo de MS en mujeres, entonces la importancia en la salud pública sería fundamental. En los desórdenes de ansiedad la prevalencia estimada fue de aproximadamente 5% en la población general y 2 o 3 veces mayor en mujeres que en hombres. Según los autores, la atención y los recursos dirigidos para el diagnóstico y el tratamiento de esos trastornos reducirían potencialmente la incidencia de MS, incluida la población general (Albert, Chae, Rexrode, et al., 2005).

En el Hospital de Llobregat, situado en Barcelona, Fernández, Figuera, Companys, Pinilla, y Muñoz, (2002), realizaron una investigación en 24 pacientes a los que se les iba implantar un marcapasos, con la finalidad de disminuir la ansiedad y la incidencia de complicaciones transoperatorias a través de la información y del control del dolor. Los cuestionarios utilizados para la recogida de datos fueron: la escala de valoración del dolor (EVA) entrevista personal estructurada para valorar el nivel de información y el estado de ansiedad, encuesta de valoración sobre la información recibida y grado de satisfacción. Se incluyó en el estudio la utilización de Bicarbonato, junto con el anestésico local Mepivacaina.

De los resultados obtenidos en el estudio, la situación preoperatoria manifestada por los pacientes, fue: 7 tranquilos, 7 algo nerviosos, 5 nerviosos y 5 muy nerviosos, se le proporcionó al paciente folletos con la información necesaria sobre el implante, y a los que no lo leyeron se les complementó con información verbal, constatando que a los 24 pacientes de la muestra la información facilitada durante el transoperatorio, contribuyó a disminuir la ansiedad y con ello la incidencia de complicaciones (Fernández, Figuera, Companys, Pinilla, y Muñoz, 2002).

Con frecuencia se observa que la ansiedad y la depresión están fuertemente relacionadas entre sí, como lo demostraron en su estudio, Friedmann, Thomas, Liu, Morton, Chapa, y Gottlieb, (2006), en pacientes con IC congestiva, ya que en la población ambulatoria se encontró un 36% con depresión y un 45% con ansiedad de una población de 153 pacientes en total, concluyendo que la presencia de ansiedad y depresión aumentan la mortalidad, así como un bajo apoyo social representa un mayor riesgo.

4.3 Calidad de vida

Se considera que la calidad de vida es la percepción individual de cada paciente por ello se dice que es: “lo que el individuo dice que ésta es”, ya que

algunos pacientes pueden tolerar una discapacidad grave y aun sentirse afortunados de recibir terapia, mientras otros ante una disfunción mínima se pueden sentir insatisfechos (Vinaccia y Orozco, 2005).

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

Para Vinaccia y Orozco (2005) la respuesta al diagnóstico de una enfermedad crónica siempre presenta complicaciones tanto psicológicas como sociales complejas. Se debe de tomar en cuenta, siendo profesionales de la salud, tanto el control de la enfermedad, como la calidad de vida, la compresión de esta última ha evolucionado a la par con la comprensión y el tratamiento médico de las enfermedades crónicas, sin embargo, los aspectos psicosociales, que participan en el cuidado de las enfermedades cronicas, frente al Diagnóstico y pronostico, surgen de la respuesta individual de los pacientes, familia, amigos y la sociedad., ya que cualquiera que sea el resultado de la enfermedad, lo que se busca es mejorar la calidad de vida, la cual abarca el bienestar físico, psicológico, social y espiritual.

- Bienestar físico.- abarca, la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor, etc.
- Bienestar psicológico.- se relaciona con la ansiedad, la depresión, el temor, la cognición y la angustia que genera el tratamiento y en si, la enfermedad.

- Bienestar social.- se relaciona con las funciones y las relaciones, la intimidad y el afecto, el sufrimiento familiar, la situación económica, el trabajo, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento.
- Bienestar espiritual.- abarca la religiosidad, la fortaleza interior, la trascendencia, la incertidumbre, el significado de la enfermedad y la esperanza.

La calidad de vida relacionada con la salud para Coelho, Ramos, Prata, Bettencourt y Ferreira (2005) se refiere a como se ven afectadas las habilidades rutinarias, tanto físicas como sociales, de la persona, debido a su estado de salud. La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) la definieron como la forma en que el paciente percibe el efecto funcional de su enfermedad y su consecuente terapia, al igual que mide la experiencia de la enfermedad que percibe el paciente, 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 diversas áreas conductuales como: funcionamiento físico, el cual se refiere a la capacidad para realizar tareas físicas, funcionamiento ocupacional, se refiere a la habilidad para realizar múltiples funciones esenciales y no solo de trabajo, percepción sobre el estado de salud, se refiere a las creencias y evaluaciones personales y del estado general de salud, funcionamiento psicológico y finalmente al funcionamiento social, que se refiere a cómo se relaciona con otras personas y cómo reaccionan otras personas ante él (Coelho, Ramos, Prata, Bettencourt y Ferreira, 2005)

El proceso de envejecimiento es individual, según se dice, ya que depende de condiciones genéticas, ambientales, sociales, educacionales y del estilo de vida de cada persona. Normalmente, sin embargo este proceso produce cambios físicos inminentes en los sistemas neurológico, cardiovascular, osteoarticular, respiratorio y renal, etc., estas trasformaciones sumadas a la carencia de la condición socioeconómica y las condiciones de vida inadecuadas, hace que el estado de

salud funcional se encuentre en un estado de vulnerabilidad, pudiendo llegar a la fragilidad, dependencia e incluso a la postración, poniendo en riesgo la autonomía, como es el caso de las enfermedades cardiacas en especial de la IC y la AC Minuta Comunicacional (2007)

En un estudio (Amaral, Andreola, Slud, 2008), se evaluaron a 101 pacientes ambulatorios, para medir simultáneamente, los efectos de los indicadores clínicos de la IC en la calidad de vida, con el cuestionario Minnesota (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire) incluyendo sus subescalas y su correlación con las variables clínicas y psicológicas, tales como edad, etnia, género, parámetros ecocardiográficos, índice de masa corporal, presión arterial promedio de reposo, tiempo de diagnóstico, y tomando en cuenta la clase funcional de la IC de acuerdo con los parámetros de la NYHA, teniendo como resultado que la CDV presentó correlaciones univariadas significantes con el ecocardiograma: fracción de eyección (p=0,0415), diámetro diastólico del ventrículo izquierdo (DDVI) (p=0,004), diámetro sistólico del ventrículo izquierdo (DSVI) (p=0,0001) comorbilidades (p=0,002) y prueba de función pulmonar: Capacidad Vital Forzada (CVF) (p<0,0001), Volumen Espiratorio Forzado en el 1er segundo (FEV1) (p<0,0001) y Ventilación Voluntaria Máxima (VVM) (p=0,001). Concluyendo que la DSVI, CVF, FEV1 y VVM son predictores independientes de CDV en pacientes con IC. Simultáneamente, ellos son responsables por cerca del 60% de la variancia de la CDV.

Parajón, Lupón, González, Urrutia, y Altimir (2004) evaluaron a 326 pacientes en la primer visita, con el cuestionario: Minnesota Living With Heart Failure, para conocer la calidad de vida en una población general atendida en una unidad de IC., donde encontraron una fuerte correlación (p < 0,001) con la clase funcional, el sexo (puntuaciones más altas en mujeres) y la diabetes, también hallaron correlación con el número de ingresos durante el año previo (p <0,001), la anemia (p < 0,001) y la etiología (p = 0,01). Concluyendo, que en lo que se refiere a la

predicción pronostica de mortalidad y hospitalización, el tomar en cuenta la calidad de vida es muy útil.

Brignole, Menozzi, Gianfranchi, Musso, Mureddu, Bottoni (1998) realizaron un estudio para averiguar los efectos beneficiosos sobre la calidad de vida en pacientes con fibrilación auricular crónica (FA). En el estudio participaron 66 pacientes con enfermedades crónicas en tratamiento farmacológico que tenía insuficiencia cardíaca clínicamente manifiesta y frecuencia cardíaca de > 90 lat / min y pacientes con ablación en la unión auriculoventricular y marcapasos VVIR (Abl + Pm), en un periodo de 12 meses, los 28 pacientes Abl + Pm que completaron el estudio mostraron menores puntuaciones en palpitaciones (-78%, p = 0,000) y disnea de esfuerzo (-22%, p = 0,05) que los 26 en tratamiento farmacológico. Sin embargo el rendimiento cardíaco, evaluado por medio de ecocardiograma estándar y prueba de esfuerzo, no difirió significativamente entre los dos grupos y se mantuvo estable en el tiempo. Por lo tanto concluyeron que en pacientes con insuficiencia cardiaca y FA crónica, el tratamiento Abl + Pm es eficaz y superior a la terapia con medicamentos para controlar los síntomas, y que existen efectos beneficiosos sobre la calidad de vida en pacientes con fibrilación auricular crónica (FA).

Fariñas, García, García, Gutiérrez, Rivada, Fernández (2007) realizaron un estudio con el objetivo de valorar si la cirugía cardiaca mejora la calidad de vida de los pacientes (deteriorada por el proceso cardiológico) y ayuda a recuperar el estado que el paciente presentaba un año antes de ser intervenido. Participaron 140 pacientes intervenidos de derivación coronaria ó cirugía valvular. Utilizaron el cuestionario EuroQOL, en entrevistas realizadas un año antes de la intervención, al ingreso, al mes y al año postcirugía. Se analizaron las categorías de salud y cada una de las cinco dimensiones que lo componen, de forma individualizada.

La obesidad y Arritmia Cardíaca por Fibrilación Auricular (ACxFA) en mujeres se observó en una mayor proporción, cirugía valvular (60,50%). En hombres

presenta un mayor número de fumadores y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cirugía coronaria (64,90%). Dentro de las principales complicaciones se encontró (27,50%) que las más frecuentes al mes fueron; arritmias (18,76%), complicaciones neurológicas de origen vascular e insuficiencia respiratoria (8,04%), reoperados por sangrado e insuficiencia renal aguda (5,36%), portadores de marcapasos (2,68%) y uno de cada una de las siguientes complicaciones: infección de la herida quirúrgica, colocación de stent, dolor precordial y derrame pericárdico. Al ingreso de los pacientes, encontraron todas las dimensiones estudiadas afectadas, al mes los pacientes perdieron autonomía; al mantenerse porcentajes similares en Ansiedad/depresión, las Actividades Cotidianas y Dolor/incomodidad, al año alcanzaron valores medios similares a los basales (Fariñas, García, García, Gutiérrez, Rivada, Fernández, et. al., 2007).

En las mujeres encontraron una peor calidad de vida al ingreso y al mes, por una mayor afectación global y un mayor porcentaje de depresión postoperatoria, finalmente al año se encontró que los varones seguían manteniendo niveles de dolor y no encontraron por edad o por cirugía diferencias relevantes en calidad de vida (Fariñas, García, García, Gutiérrez, Rivada, Fernández, et. al., 2007).

Justificación

Al ocupar los primeros lugares en morbi-mortalidad las enfermedades cardiovasculares, generan altos costos en su atención, diagnóstico y tratamiento con respecto a lo monetario, así como en la calidad de vida, representando un mayor número de ingresos hospitalarios; que muchas de las veces se deben más a factores psicológicos que a físicos, en general las enfermedades del corazón se están convirtiendo en uno de los principales problemas en el sector salud, por tal motivo, los profesionales de la salud se han visto obligados a investigar y contribuir en el desarrollo y revelación de hallazgos sustanciales, con el fin de favorecer el manejo de la enfermedad a través de una colaboración multidisciplinaria e interdisciplinaria.

Las investigaciones realizadas en el Hospital General de México, nos mencionan la importancia de la evaluación e intervención psicológica en pacientes con Insuficiencia Cardiaca, demostrando que el trabajo médico-psicólogo logra mejorar la calidad de vida del paciente con IC. Buscando disminuir los reingresos a las salas de urgencias de la institución, por síntomas psicológicos enmascarados (estrés, depresión, ansiedad, etc.), que pueden llegarse a confundir con sintomatología de la propia enfermedad.

Sin embargo la IC no es el único padecimiento que atañe a la población ya que se ha visto un incremento considerable en diversas enfermedades del corazón como la ACPL, que en el HGM ha reportado, un incremento año con año, por cual las exigencias en el tratamiento y diagnóstico cada vez son más demandantes.

El HGM se reconoce por ser una institución que proporciona servicios de salud con calidad y calidez, así como apoyo al diagnóstico y tratamiento, es un hospital formador de recursos humanos para la salud del país y a nivel internacional. Al realizar investigaciones en pacientes con IC se demostró que, al existir una participación interdisciplinaria, se logra brindar una mayor calidad de vida a los

pacientes y a su familia, por tal motivo el presente trabajo desarrolló una evaluación de factores psicosociales (ansiedad, depresión y calidad de vida) en pacientes con IC y con AC, realizando la siguiente pregunta de investigación:

Planteamiento del problema

¿Cuál será la diferencia en pacientes con IC y pacientes con AC, respecto a la calidad de vida, ansiedad y depresión?

OBJETIVO

Determinar si existen diferencias en la presencia de ansiedad, depresión y la calidad de vida en pacientes con IC y pacientes con ACP hospitalizados.

MÉTODO

Hipótesis

Ha_1: Se encontrarán diferencias estadísticas en los niveles de ansiedad, en pacientes con IC y pacientes con ACPL.

Ha_2: Se encontraran diferencias estadísticas en los niveles de depresión, en pacientes con IC y pacientes con ACPL.

Ha_3: Se encontraran diferencias estadísticas en los niveles y dominios de calidad de vida relacionada con la salud, en pacientes con IC y pacientes con ACPL.

Ho_1: No habrá diferencias estadísticas en los niveles de ansiedad, en pacientes con IC y pacientes con ACPL.

Ho_2: No habrá diferencias estadísticas en los niveles de depresión, en pacientes con IC y pacientes con ACPL.

Ho_3: No habrá diferencias estadísticas en los niveles de calidad de vida relacionada con la salud, en pacientes con IC y pacientes con ACPL.

Depresión

Definición conceptual

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

Definición operacional

Se determinó con la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): de 0 a 1 se clasificará como normal, entre 2 a 6 de leve ha moderado, más de 7 puntos se clasificó como severa, esta puntuación fue utilizada para la descripción de la variable depresión. Para el análisis estadístico entre los grupos de IC y ACPL se utilizó un puntaje de toda la escala, tomando como referencia que a mayor puntaje se vuelve más severa la ansiedad.

Ansiedad*.*

Definición conceptual

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

Definición operacional

Se determinó con la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): entre 0 a 2 puntos es normal, entre 3 a 8 puntos leve a moderado, mas de 9 puntos como severa, esta puntuación fue utilizada para la descripción de la variable ansiedad. Para el análisis estadístico entre los grupos de IC y ACPL se

utilizó un puntaje de toda la escala, tomando como referencia que mayor puntaje se vuelve más severa la ansiedad.

Calidad de Vida.

Definición conceptual

Percepción de salud, donde se considera la experiencia del paciente, sus creencias y sus expectativas para su interpretación como un ingrediente esencial. Conforme incrementa la severidad de las enfermedades crónicas como la artritis y la enfermedad pulmonar obstructiva, se ve disminuida marcadamente la calidad de vida; sin embargo esta es aun más pobre, en personas con insuficiencia cardiaca, comparada con las anteriores Laederach-Hofmann y Meyer (2000).

Definición operacional

Cuestionario auto aplicable de calidad de vida de Kansas City (2000) que contiene 16 ítems, una puntuación total y 7 dimensiones.

Las opciones de respuesta van de 0, que indicó el máximo impacto en la CVRS, a 5, que indicó no afectada CVRS. La puntuación del cuestionario, va desde bajo (1 - 38), medio (39 - 77) hasta alto (78 - 115), obteniendo la suma de las respuestas a cada una de las variables.

Participantes

Se contó con una muestra no probabilística de 140 pacientes de los cuales, 70 tenían diagnóstico de Insuficiencia Cardiaca y 70 tenían diagnosticada Arritmia Cardiaca, estos se encontraban hospitalizados en el Servicio de Cardiología, pabellón 302 del Hospital General de México, así como en la Unidad de Medicina Experimental (UME).

Equipo multidisciplinario profesional

Psicólogos de la Salud: alumnos del programa de Psicología de la Salud, Fes Zaragoza, UNAM, de 9º semestre de la carrera de Psicología, capacitados para realizar las actividades correspondientes al proyecto, dentro de las cuales, se llevaron a cabo las evaluaciones psicológicas. Cardiólogo: realizao las evaluaciones médicas correspondientes a los pacientes con IC y ACPL, para el diagnóstico, así como una evaluación médica completa para indicar el tratamiento farmacológico a los pacientes.

Características de los participantes

Criterios de inclusión

- Pacientes con Insuficiencia Cardiaca
- Pacientes con Arritmia Cardiaca Potencialmente Letal
- Pacientes alfabetizados
- Pacientes que presente la carta de consentimiento informado

Criterios de no inclusión

- Pacientes que tengan diagnóstico de trastorno psiquiátrico.
- Paciente con sordera.
- Paciente con dificultades visuales.

Criterio de exclusión

- Pacientes que no completen las evaluaciones psicológicas del programa.
- El paciente se niegue a seguir participando.

Escenario

Unidad de Cardiología Conductual (pabellón 302 y 502), así como la Unidad de Medicina Experimental (UME) del Servicio de Cardiología del Hospital General de México.

Diseño

Se utilizó un diseño no experimental, trasversal de tipo descriptivo, comparativo Landero, R., y González, M (2007).

Materiales (Cuestionarios e instrumentos)

Se utilizó un cuadernillo conformado con los siguientes instrumentos:

- Una carta de Consentimiento Informado.
- Ficha de Identificación
- Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Diseñado por Snaith y Zigmond (1983), la cual consta de 14 reactivos, divididos en dos subescalas de 7 reactivos para cada trastorno, donde los reactivos nones corresponden a la ansiedad y los pares corresponden a la depresión, en una escala tipo Likert la puntuación es de 0 a 3. En el Instituto Nacional de Cancerología de Colombia (INC), se encontraron las propiedades psicométricas en una población de 89 pacientes de consulta externa, la cual mostro una buena consistencia interna y validez. En el coeficiente alfa de Cronbach fue de .85 y la confiabilidad por mitades de 0.8. Con un punto de corte para la subescala de ansiedad y de 9 para la subescala de depresión, mostrando una mayor sensibilidad y correlación.
- Cuestionario de Calidad de Vida de Kansas City. Diseñado por Green, Porter, Bresnahan & Spertus, 2000, consta de 23 reactivos autoadministrables, corresponden a una escala de tipo Likert. Mide dominios de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud:

    1. Limitaciones físicas.
    2. Síntomas frecuencia.
    3. Síntomas severidad.
    4. Síntomas cambios a través del tiempo.
    5. Autoeficacia.
    6. Calidad de vida.
    7. Interferencia social.

Mejor Calidad de Vida Relacionada con la Salud a mayor puntaje. Del cuestionario el criterio estándar fue de (r=0.46 a 0.74; p<0.001). Para las investigaciones realizadas en el HGM se realizó la traducción y adaptación de este instrumento, así como para la consistencia interna fue realizada mediante la prueba de Alfa de Cronbach, tomando en cuenta 136 pacientes con IC, obteniendo u alfa de 0.8819, para cada uno de los dominios se obtuvo (Tabla5):

Dominios	**Ítems**	**Alfa de Cronbach**
Limitaciones físicas	1a, 1b, 1c, 1d, 1e, 1f	0.826
Síntomas (frecuencia, severidad, cambio a través del tiempo)	2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9	0.906
Autoeficacia	10, 11, 12	0.415
Calidad de vida	13, 14, 15	0.660
Interferencia social	16a 16b	0.839

Tabla5. Análisis de confiabilidad para cada dominio del cuestionario de Cardiomiopatía de Kansas City (Citado en Hernández, 2009).

Procedimiento

Se seleccionaron 140 pacientes, de los cuales 70 tenían diagnosticada IC y 70 ACPL (este diagnóstico fue dado por el electrofisiólogo y cardiólogo responsable de cada paciente), los pacientes, se encontraron hospitalizados en el Servicio de Cardiología, pabellón 302, así como en la Unidad de Medicina Experimental (UME), del Hospital General de México y además cumplieron con los criterios antes mencionados, se les invitó a participar en el proyecto, aclarándoles que los datos recolectados serían confidenciales y con fines psicológicos, explicándoles que su colaboración consistía en el llenado de los cuestionarios (Carta de consentimiento informado, Ficha de identificación, HADS y Cuestionario de Calidad de Vida Relacionado con la Salud (CCVRS)) y que solo era por una única ocasión.

Consideraciones éticas

Para esta investigación se tomaron en cuenta los lineamientos del Hospital General de México, los cuales constan de informar al paciente de los riesgos, procedimientos, objetivos y beneficios a los que será sometido durante el desarrollo de la investigación. Así como la capacidad que tiene de elegir libremente, sin coacción alguna, su participación o permanencia, la confidencialidad de los datos obtenidos y la disponibilidad de de tratamiento médico. Toda la información proporcionada por el paciente, fue utilizada solo con fines de la investigación de manera confidencial y única.

Para cubrir este rubro, se utilizó una carta de consentimiento informado, donde, se describen los aspectos en los que se consintió la participación de los pacientes en el proyecto, fue necesario que tanto el paciente como su cuidador y dos testigos firmaran la carta de consentimiento, para de esta forma estar enterados de las actividades a las cuales accedían participar.

Análisis de Datos

Para el análisis estadístico se utilizaron las medidas de tendencia central (media, mediana, moda, desviación estándar, varianza), para las variables discretas se utilizó una prueba de χ^2 y para las variables continuas una prueba U de Mann-Whitney (esta prueba es utilizada ya que las variables de ansiedad, depresión y calidad de vida, no se ajustan a una distribución normal) para ver la diferencia entre las variables; se utilizo el programa estadístico SPSS versión 17.0 para Windows.

RESULTADOS

A continuación se describen los resultados obtenidos de las evaluaciones psicológicas de los pacientes con IC y ACPL. En primer lugar se presentan los datos sociodemográficos y psicológicos de la muestra total (N=140), en seguida el análisis clínico de los factores psicológicos (ansiedad y depresión) y al final los datos obtenidos de la calidad de vida de los pacientes con IC y ACPL por dominios.

Datos sociodemográficos

En total se obtuvo una muestra de 140 pacientes, 70 con IC y 70 con ACPL, donde la media de edad fue: para los de IC de 58.04 años, para los de ACPL 66.73 años, con una desviación estándar (D.E), para los de IC de 15.98 años, para los de ACPL 16.89 años; con una edad mínima, para los de IC de 18 años y máxima de 91 años, para los de ACPL la mínima fue de 16 años, con una máxima de 89 años, con respecto al género de los pacientes con IC, el 64.3% eran hombres y el 35.7% mujeres a diferencia de los pacientes con ACPL donde el 50% eran hombres y el 50% mujeres. En ambas poblaciones predomino en estado civil, casado o en unión libre, con un porcentaje para IC de 61.4% y para ACPL de 61.4% de la población total; todos los pacientes fueron alfabetizados, aun cuando en IC la mayoría puntuó con un nivel bajo de estudios (solo sabe leer y escribir; pero sin educación formal), en ACPL el nivel siguió siendo bajo, pero más alto que en IC, con una educación de primaria (educación formal) en la mayoría de la población. En ocupación, la mayoría, de ambas poblaciones se dedica a ser ama de casa IC (32.9%) y ACPL (40%) o algún oficio IC (41.4%) y ACPL (42.9%). En la tabla 6 se observa los principales datos sociodemográficos separados por trastorno.

Tabla 6. Datos sociodemográficos de la IC y de la ACPL

	IC		ACPL	
	Total n: 70		Total n: 70	
Edad(años)(media(D.E))	58.04 (15.98)		66.73 (16.89)	
	n	**%**	**n**	**%**
Género (n (%))				
Masculino	45	64.3	35	50
Femenino	25	35.7	35	50
Ocupación				
Estudiante	1	1.4	1	1.4
Empleado	9	12.9	2	2.9
Profesionista	2	2.9	0	0
Comerciante	6	8.6	9	12.9
Ama de casa	23	32.9	28	40
Oficios	29	41.4	30	42.9
Estado civil				
Soltero/a	13	18.6	7	10
Casado/a o en Unión libre	43	61.4	43	61.4
Viudo/a	11	15.7	18	25.7
Divorciado/a ó Separado/a	3	4.3	2	2.9
Escolaridad				
Sabe leer y escribir	28	40.0	23	32.9
Primaria	19	27.1	31	44.3
Secundaria	11	15.7	9	12.9
Bachillerato ó carrera técnica	6	8.6	4	5.7
Profesionista	6	8.6	3	4.3

Condición Médica

Los pacientes con IC presentaron un periodo de evolución menor a un mes y la mayoría de los pacientes con ACPL presentaron un periodo de evolución mayor a tres años, como se puede observar en la Tabla 7.

Tabla. 7 Periodo de evolución

IC	Frecuencia	Porcentaje	ACPL	Frecuencia	Porcentaje
Válidos			**Válidos**		
<1 mes	22	31,4	<1 mes	13	18,6
1-6 meses	5	7,1	1-6 meses	8	11,4
6 meses - 1 año	1	1,4	6 meses - 1 año	4	5,7
1-3 años	5	7,1	1-3 años	10	14,3
>3 años	7	10,0	>3 años	24	34,3
No reportados	30	42.8	No reportados	11	15,7

Con respecto al diagnóstico obtenido de los 70 pacientes con IC se encontró que estos oscilaban la mayoría en la clase funcional 1 según la New York Heart Association (NYHA). De los pacientes con ACPL se encontró que el 80% de estos presentaron un diagnóstico (Dx.) de Bloqueo AV.

Tabla. 8 DX de IC, clase funcional según la New York Heart Association (NYHA)

IC	Frecuencia	Porcentaje
clase 1	25	35.7
clase 2	19	27.1
clase 3	19	27.1
clase 4	7	10.0

Evaluación psicológica

Percepción de salud y estilo de vida

Ambos grupo presentan una percepción de salud parecida, en general los pacientes se perciben de regular (IC 25.7% y ACPL 27.1%) a muy saludables (IC 10.7 y ACPL 14.3%) siendo más del 30% en ambos casos, por lo cual el considerarse saludable es independiente de tener IC ó ACPL (χ^2=2.49, p=.476).

Los pacientes con IC tienden a estar regularmente presionados con el estilo de vida que llevan (15.7%). A diferencia de los pacientes con ACPL quienes se perciben nada presionados (25%) (χ^2=11.83, p=.008), con respecto a su tiempo libre se encuentra que el 25% de los pacientes con IC y el 38.6% de los pacientes

con ACPL (χ^2=15.88, p=.000), realizan actividades recreativas activas, tales como, labores del hogar, visitar familiares, actividad física, cuidar animales, etc.

Con respecto al cuidado de su salud los pacientes con IC el 19.35% no hace nada y en el mismo porcentaje realizan modificaciones en su estilo de vida a diferencia de los de ACPL de los cuales 22.9% realizan modificaciones en su estilo de vida (χ^2=1.44, p=.695). Cuando se les pregunto ¿Qué tan dispuesto estaban para hacer cambios en su estilo de vida? Ambas poblaciones contestaron que lo habían pensado pero aun no le llevaban a cabo (IC 27.9% y ACPL 35.7%), (χ^2=5.02, p=.170) en la tabla 9 se muestran las preguntas y resultados para obtener la percepción de salud y estilo de vida, separado por trastorno cardiaco.

Tabla 9. Percepción de salud y Estilo de vida

	IC		ACPL		χ^2	P
	n	%	n	%		
¿Qué tan saludable se considera?					2.49	.476
Nada saludable	6	4.3	3	2.1		
Poco saludable	13	9.3	9	6.4		
Regularmente saludable	36	25.7	38	27.1		
Muy saludable	15	10.7	20	14.3		
¿Qué tan presionado se siente con el estilo de vida que lleva?					11.83	.008
Nada presionado	17	12.1	35	25		
Poco presionado	15	10.7	15	10.7		
Regularmente presionado	22	15.7	12	8.6		
Muy presionado	16	11.4	8	5.7		
¿Qué hace en su tiempo libre?					15.88	.000
Nada	8	5.7	9	6.4		
Recreativas pasivas	27	19.3	7	5		
Recreativas activas	35	25	54	38.6		
¿Qué hace para cuidar su salud?					1.44	.695
Nada	27	19.3	21	15		
Tratamiento médico	10	7.1	12	8.6		
Modificaciones en el estilo de vida	27	19.3	32	22.9		
Tratamiento médico y modificaciones en el estilo de vida	6	4.3	5	3.6		
¿Qué tan dispuesto está para hacer cambios en su estilo de vida?					5.02	.170
No estoy dispuesto a hacerlos en este momento	10	7.1	5	3.6		
Lo he pensado pero no lo he llevado a cabo	39	27.9	50	35.7		
Ya los estoy haciendo desde hace un mes	12	8.6	6	4.3		
Llevo más de 6 meses haciéndolos	9	6.4	9	6.4		

Descripción general de la ansiedad, depresión y calidad de vida

Ansiedad

De la aplicación de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en la subescala de Ansiedad como se muestra en la figura 1, la distribución porcentual de la presencia de ansiedad por trastorno dividida en niveles es de; 22.1% leve/moderada y 13.6% severa en pacientes con IC a diferencia de lo obtenido en pacientes con ACPL 20% leve/moderada y 7.9% severa.

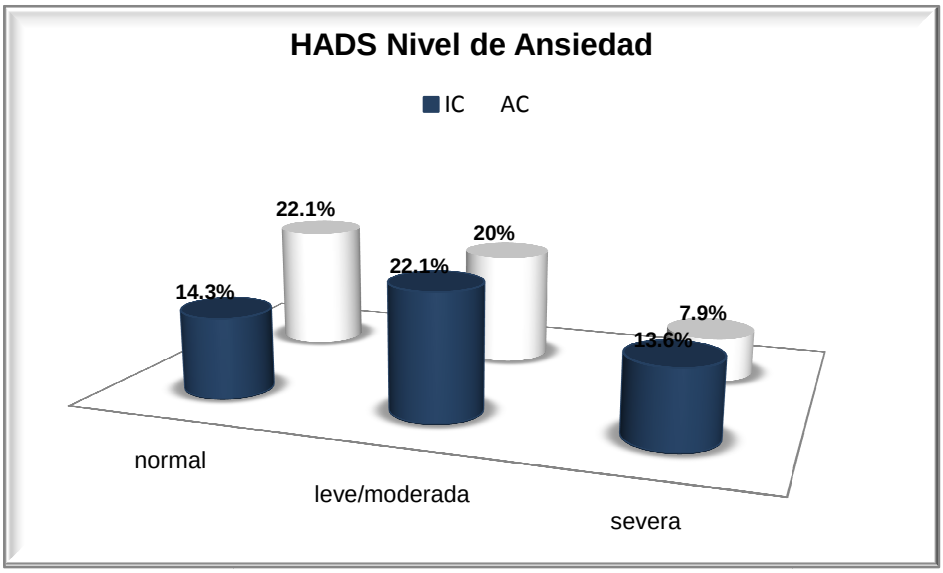

Figura1.- Nivel de ansiedad (HADS)

Depresión

De la aplicación de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en la subescala de Depresión se obtuvieron las siguientes puntuaciones, la presencia de depresión fue la que más predominó en los pacientes con IC, con una media de 1.95, una desviación estándar de .750 (Tabla 8). (19.3% leve/moderada y 12.1% severa (53 pacientes)) presentan más depresión que los pacientes con ACPL (23.6% leve/moderada y 7.1% severa (43 pacientes)). En la figura 2 se muestra la distribución porcentual de la presencia de depresión por trastorno dividida en

niveles, se puede observar que en ambas poblaciones se encontró depresión, aun cuando en los pacientes con IC es más elevada.

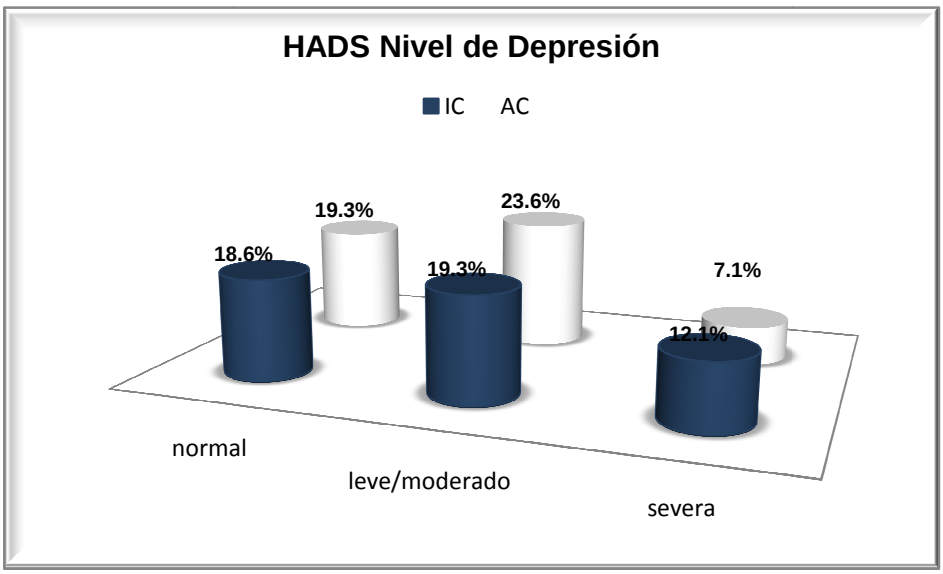

Figura 2.- Nivel de depresión (HADS)

Calidad de vida

En la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, medida con el cuestionario de Kansas City, se encontró que los pacientes con IC, presentan una proporción semejante en los tres niveles; el 12.9% de los pacientes puntuó baja calidad de vida, el 17.9% media y el 19.3% alta, a diferencia de los pacientes con ACPL lo cuales puntuaron; 7.9% baja, 14.3% media y 27.9 alta calidad de vida. En la figura 3 se muestra la distribución porcentual de la presencia de calidad de vida por trastorno dividida en niveles, se puede observar que en ambas poblaciones se encontró que la mayoría de los pacientes tienen una alta calidad de vida.

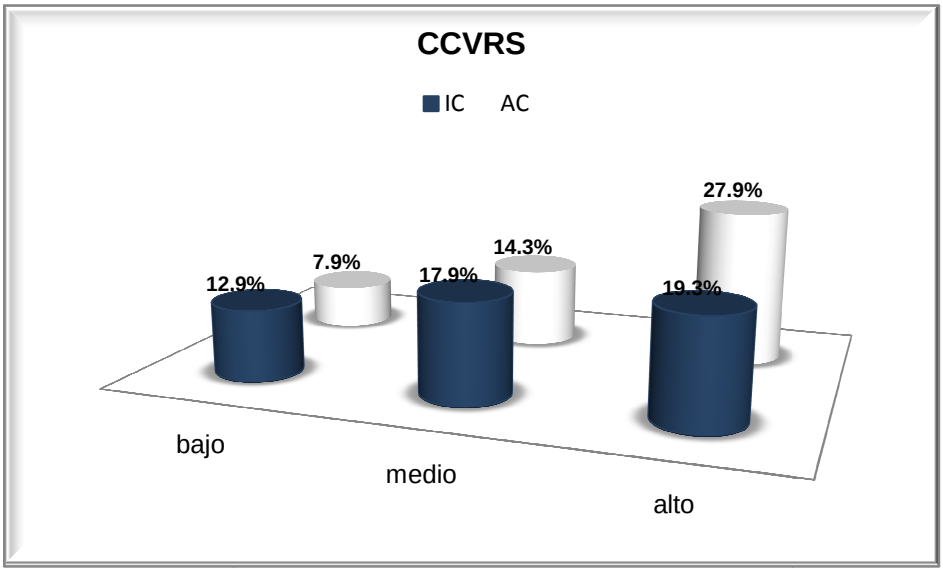

Figura 3. Porcentaje de los pacientes por niveles de Calidad de Vida Relacionada con la Salud, agrupada por trastorno.

Diferencia entre los pacientes con IC y con ACPL, respecto a la depresión, ansiedad y calidad de vida por dominios.

En la tabla 8 se puede observar las medias y la desviación estándar de la escala de ansiedad y depresión por trastorno cardiaco, respecto a la ansiedad de IC se encontró (x=6.81, D.E=4.10) y en depresión (x=5.33, D.E=4.63) en los pacientes con ACPL en ansiedad se encontró (x=4.13, D.E=4.05) y en depresión (x=3.10, D.E=3.48), la calidad de vida se dividió por dominios, en los pacientes con IC:

Limitaciones físicas (x=23.94, D.E=5.87), Síntomas frecuencia (x=14.68, D.E=4.49), Síntomas severidad (x=11.48, D.E=3.11), Síntomas cambios a través del tiempo (x=3.95, D.E=1.55), Autoeficacia (x=9.64, D.E=2.77), Calidad de vida (x=12.71, D.E=4.22), Interferencia social (x=8.54, D.E=2.95).

Y en los pacientes con ACPL:

Limitaciones físicas (x=23.04, D.E=5.47), Síntomas frecuencia (x=16.47, D.E=3.84), Síntomas severidad (x=12.35, D.E=3.33), Síntomas cambios a través del tiempo (x=3.67, D.E=1.23), Autoeficacia (x=10.02, D.E=2.20), Calidad de vida (x=16.10, D.E=3.40), Interferencia social (x=8.32, D.E=2.88).

Destacando que existen diferencias significativas en ansiedad (p=.000) y depresión (p=.002) respecto a ambos trastornos cardiacos. En el cuestionario de calidad de vida, fueron significativos los dominios, síntomas frecuencia (.013) y calidad de vida (.000).

Tabla 8. Ansiedad, depresión y calidad de vida

	IC	ACPL	P
HADS			
Ansiedad	6.81(4.10)	4.13(4.05)	.000
Depresión	5.33(4.63)	3.10(3.48)	.002
CVRS (rango*)			
Limitaciones físicas (6, 36)	23.94(5.87)	22.04(5.47)	.350
Síntomas frecuencia (4, 20)	14.68(4.49)	16.47(3.84)	.013
Síntomas severidad (3, 15)	11.48(3.11)	12.35(3.33)	.112
Síntomas cambios a través del tiempo (1, 6)	3.95(1.55)	3.67(1.23)	.231
Autoeficacia (3, 15)	9.64(2.77)	10.02(2.20)	.364
Calidad de vida (4, 21)	12.71(4.22)	16.10(3.40)	.000
Interferencia social (2, 12)	8.54(2.95)	8.32(2.88)	.665

Nota: Los valores de la tabla son media(D.E)

*rango de puntuación del dominio de acuerdo a la puntuación mínima y máxima posible

DISCUSION Y CONCLUSIONES

El análisis para determinar si existen diferencias ante la presencia de ansiedad, depresión y la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con IC y pacientes con ACPL demostró que:

La percepción de salud no se ve afectada por el tipo de enfermedad que se tenga, es independiente. La presión que sienten con el estilo de vida que llevan los pacientes, es diferente en ambas condiciones, pues los pacientes con ACPL se perciben nada presionados, a diferencia de los pacientes con IC, quienes tienden a estar más presionados.

Los pacientes con ACPL realizan más actividades recreativas activas como; labores del hogar, visitar familiares, actividad física, cuidar animales, etc., comparados con los de IC que presentan un porcentaje menor de la misma actividad, podemos decir que el tipo de actividad que realizan en su tiempo libre es afectada por el trastorno cardiaco.

Es independiente el tipo de trastorno en proporción a lo que realizan para cuidar su salud. La mayoría de los pacientes de ambas poblaciones, no realizan nada o realizan modificaciones en su estilo de vida, también se encontró en uno y otro que la minoría sigue un tratamiento médico o ambos, tratamiento médico o modificaciones en su estilo de vida. Ambas poblaciones han pensado en hacer algún cambio en su estilo de vida, pero aun no lo llevan a cabo.

Se puede observar que en ambas muestras (pacientes con IC y pacientes con ACPL) la presencia de ansiedad, en los pacientes con IC fue más elevada con un 13.6% severa en comparación del 7.9% en pacientes con ACPL. Sin embargo los resultados en la variable leve/moderada se encuentra una menor diferencia, 22.1% de pacientes con IC y 20% en pacientes con ACPL, lo que nos dice que la ansiedad está presente en ambos trastornos aun cuando exista mas en uno que en otro padecimiento, como lo demostró Hernández (2009) en un estudio realizado

en el Hospital General de México, al evaluar a 28 pacientes con IC encontró que él 75% presentaba ansiedad.

Por tal motivo es relevante tomar en cuenta, la importancia de evaluar la ansiedad, así como el brindar un tratamiento adecuado, el cual debe tomarse como parte de la atención que se le brinda a cada paciente. Teniendo como finalidad la mejora del paciente, para disminuir el riesgo de eventos cardiacos. La ansiedad al presentarse de forma persistente o grave puede generar repercusiones psicológicas o médicas, esto puede provocar dificultad para adherirse a los tratamientos e inclusive llegar a complicaciones después del ingreso hospitalario (Moser, 2007).

Con respecto a la depresión, se obtuvo un resultado parecido a lo ocurrido con la variable ansiedad, ya que están fuertemente relacionadas entre sí (Friedmann, E., Thomas, S., Liu, F., Morton, P., Chapa, D., and Gottlieb, S., 2006).

En la presente investigación se encontró que el 12.1% de los pacientes con IC presentaron depresión severa en comparación con el 7.1% de pacientes con ACPL; el 19.3% de los pacientes con IC la presentó en un nivel leve/moderada, a diferencia de los de ACPL donde el porcentaje fue mayor con un 23.6%, lo cual indica que en ambas poblaciones presenta depresión.

Los resultados obtenidos hacen referencia a lo que menciona Rojas (2008), quien al realizar un estudio en el HGM con 11 pacientes ambulatorios diagnosticados con IC, encontró que el 7.6% de estos presentaban depresión leve/moderada y Hernández (2009) en el mismo hospital realizó otra investigación, evaluándolos con el cuestionario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), donde encontró que de los 28 pacientes el 75% de la población presentó depresión, otra de las investigación realizadas en la misma institución con 28 pacientes (Gaona, 2009) al evaluarlos con el Cuestionario de Yesavage encontró al 50.7% de la población con depresión.

Los datos obtenidos en estas investigaciones corroboran lo que menciona Mary, et al. 2008, quien estudio a 4000 pacientes con patología cardiaca durante cinco años encontrando, que los pacientes con depresión presentaron hasta un 30% de eventos cardiacos más, que los que no estaban deprimidos, por tal motivo, concluyo que, los pacientes que presentan depresión adoptan hábitos de vida poco saludables, como mantener una dieta inapropiada, fumar, no realizar actividad física y no cumplir adecuadamente con la medicación que se les prescribe, sin dejar de mencionar que los antidepresivos pueden llegar a empeorar la patología cardiaca.

Se decidió realizar un análisis tanto de los niveles como de los dominios por la literatura encontrada; por ejemplo, en la investigación realizad por Hernández (2009) en 28 pacientes diagnosticados con IC, la evaluación por niveles arrojo que el 31.1% de la población presentaba una calidad de vida relacionada con la salud baja y el 35.7% un nivel medio, datos parecidos los encontramos en Gaona (2009) quien de la misma población obtuvo un 33.8% de la población con un nivel bajo.

Coelho, Ramos, Prata, Bettencourt y Ferreira (2005) nos mencionan que la calidad de vida relacionada con la salud es la forma en cómo se ven afectadas las habilidades rutinarias, tanto físicas como sociales, de la persona, debido a su estado de salud, por consiguiente, es como el paciente percibe su enfermedad y el impacto que esta tiene en sus funciones tanto físicas como el funcionamiento ocupacional, la percepción sobre el estado de salud, funcionamiento psicológico y finalmente el funcionamiento social, por tal motivo la presente investigación se centro en evaluar la calidad de vida relacionada con la salud por dominios.

La calidad de vida relacionada con la salud, se midió por puntajes, donde a mayor puntaje mejor calidad de vida, así a menor puntaje peor calidad de vida, en el análisis por niveles, los paciente con IC se agruparon en un 19.3% alto, 17.9% medio y 12.9% bajo, a diferencia de los pacientes con ACPL quienes puntuaron

un 27.9% alto, 14.3% medio y 7.9% bajo, lo que podemos observar es que los pacientes con ACPL presentan una calidad de vida mayor que los con IC.

En el análisis por dominios, se explicaron los valores estadísticamente significativos. En el dominio síntomas frecuencia, los pacientes con IC tuvieron una media de 14.68 y una desviación estándar de 4.49, lo que nos indica que regularmente se presentaron los síntomas de la enfermedad, la media de los pacientes con ACPL fue de 16.47 y una desviación estándar de 3.84 (P = .013), por lo cual podemos afirmar que en esta población los síntomas de la enfermedad son menos frecuentes.

En el dominio calidad de vida, los pacientes con IC tuvieron una media de 12.71 y una desviación estándar de 4.22, lo que nos indica que su percepción de calidad de vida es regular, con respecto a los paciente con ACPL, obtuvieron una media de 16.10 y una desviación estándar de 3.40 (P = .000), percibiéndose con una mejor calidad de vida, este dominio se ve influido por su condición de salud, la cual difiere por el tipo de tratamiento que se maneja en cada población. Para Rodríguez, Begoña, Pereira, Caeiro (2005), a través de la clase funcional se utiliza un criterio decisivo en el tratamiento, ya que la evaluación periódica permite seguir la evolución y la respuesta del mismo. Sin embargo para Elduayen y Muñoz (2009) una arritmia se define como cualquier ritmo cardiaco diferente del ritmo sinusal, incluyendo en un sentido amplio a cualquier alteración en el origen, frecuencia, regularidad o conducción del impulso cardiaco, dependiendo de donde se encuentre el daño se toma la mejor decisión para su tratamiento.

Sin embargo para Fajuri (2009) el tratamiento de las Arritmias Cardiacas Potencialmente Letales se debe de hacerse con sumo cuidado, dependiendo del tipo de arritmia a tratar, ya que puede ser desde una taquiarritmia hasta una bradiarritmia o ambas, el tratamiento puede ser desde farmacológico hasta un implante de marcapasos o desfibrilador.

Los dominios que no fueron estadísticamente significativos como: Limitaciones físicas, en donde se observa que ambas poblaciones se perciben regularmente limitados para realizar sus actividades, Síntomas de severidad en donde ambas poblaciones perciben los síntomas regularmente severos, así como síntomas cambios a través del tiempo donde se han mantenido igual, no empeoran ni mejoran, en Autoeficacia, ambas poblaciones tiene cierto conocimiento de que hacer si empeoran su condición cardiaca y finalmente con respecto a su interferencia social ambas poblaciones no se sienten tan limitadas, para relacionarse con otros.

A continuación se especifican alguna de las limitantes que surgieron al realizar esta investigación:

a) El tamaño de la muestra fue muy pequeña, en comparación con otros estudios.
b) No se tomaron en cuenta el periodo de evolución y la clase funcional de la IC, ni el tipo de Arritmia que presentaban los pacientes, lo cual puede influir en el modo de afrontamiento de la enfermedad.
c) No se evaluó el efecto del tratamiento en ambos casos.

La presente investigación nos lleva a darnos cuenta el papel que desempeña la psicología en el proceso salud-enfermedad, y lo importante que es promover esta rama, como la cardiología conductual específicamente, se puede y se debe trabajar más allá de lo físico con un paciente con estas características, que si bien conllevan muchos factores para desarrollarse, se ha dejado de lado uno de los más importantes, que es el emocional, surge hoy en día la necesidad de atender psicológicamente a los pacientes con trastornos cardiacos, debido que al realizar este estudio en dos poblaciones con diagnósticos y tratamientos diversos, se encontró que el impacto que estos generan en la calidad de vida, no es favorable para su salud, comprobando la falta de atención en estos factores psicosociales; se sugiere no solo detectar la presencia de estos en los pacientes, sino además,

poder establecer un programa de intervención psicológica en donde se realice una evaluación, post-evaluación y seguimiento de ambas poblaciones, así como su respectivo tratamiento, con la finalidad de ayudar a que los factores de riesgo psicológicos no causen un impacto negativo en la salud de los pacientes con enfermedades cardiacas.

Las investigaciones realizadas en el HGM han dado como resultado la creación del área de cardiología conductual, donde se busca realizar un trabajo interdisciplinario entre profesionales de la salud (psicólogo, cardiólogo, enfermera etc.), con la finalidad de mejorar las condiciones de salud en los pacientes con trastornos cardiacos, con el principal propósito de mejorar su calidad de vida.

Por tal motivo se concluye que los pacientes con IC presentaron tanto ansiedad como depresión y una menor calidad de vida al tomarse los valores por niveles; en el análisis por dominios se observo que se ven afectados tanto en sus síntomas de frecuencia como en su calidad de vida.

Con respecto a los pacientes con ACPL Potencialmente Letal se observo de igual manera la presencia de ansiedad y depresión y una afectación en su calidad de vida al tomarse en cuanta los valores por niveles, al observar la evaluación por dominios se vio una afectación en síntomas de frecuencia y calidad de vida.

Se observó que los factores psicológicos evaluados en este estudio se presentaron tanto en pacientes con IC, como en pacientes con ACPL, aun cuando en pacientes con IC se observaron más limitantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albert, CM., Chae, CU., Rexrode KM (2005). Phobic Anxiety and Risk of Coronary Heart Disease and Sudden Cardiac Death among Women. Circulation. 111 (4): 480-487.

Amaral, J., Andreola, J. y Slud, P. (2008). Calidad de Vida e Indicadores Clínicos en la Insuficiencia Cardiaca: Análisis Multivariado. Arq Bras Cardiol. 93 (2): 156-163.

American Heart Association (2007, 10 de Julio). *Heart Disease and Stroke* [en línea]. Recuperado el 13 de octubre de 2009 de http://www.apastyle.org/elecref.html.

Bayes, A; López, J; Attie, F y Alegria, E. (2003). Cardiología Clínica. En Castro, A y Muñiz, J (Comps.), Factores de Riesgo Cardiovascular (pp. 61-67). Barcelona: Masson.

Barisani., J. (2010). Consenso de Diagnostico y Tratamiento de la Insuficiencia Cardiaca Crónica. Revista Argentina de Cardiología. VOL 78 Nº 2.

Brignole, M., Menozzi, C., Gianfranchi, L., Musso, G., Mureddu, R., Bottoni, N, et. al., (1998). Assessment of Atrioventricular Junction Ablation and VVIR Pacemaker Versus Pharmacolical Treatment in Patients With Heart Failure and Chronic Atrial Fibrillation. Circulation; 98: 953-960.

Brugada, J., Alzueta, F., Asso, A., Farré, J., Olalla, J. y Tercedor, L. (2001). Guías de prácticas clínicas de la Sociedad Española de Cardiología sobre requerimientos y equipamiento en electrofisiología. Revista Española de Cardiología; 54: 887-891.

Carrillo, C. (2006). Boletín de Practicas Médicas Efectivas, Instituto Nacional de Salud Pública. 1-6.

Coelho, R., Ramos, S., Prata, J., Bettencour, P., y Ferreira, A. (2005). Heart fallure and health related quality of life. Clinical Practice of Epidemiology Mental Health, 1 (19), 1-7.

Connerney, I., Shapiro, P., McLaughlin, J., Bagiella, E., and Sloan, R. (2001). Relation between depression after coronary artery bypass surgery and 12-month outcome: a prospective study. The Lancet, 1766-1771.

De los Nietos, M. (2007). Nociones Básicas de Anatomía, Fisiología y Patología Cardíaca: Bradiarritmias y Taquiarritmias. Enfermería en Cardiología. No 40, pp 20.

Dickstein, K., Cohen, S.A., Filippatos, G., McMurray, J., Ponikowski. P., Poole-Wilson. Chronic heart failure 2008. European Heart Journal. 29, 2388-2442.

Duru, F., Büchi, S., Klaghofer, R., Mattmann, H., Sensky, T., Buddeberg, C., and Candinas, R. (2001). How different from pacemaker patients are recipients of implantable cardioverter-defibrillators with respect to psychosocial adaptation, affective disorders, and quality of life?. Heart, 85, 375-379.

Elduayen, J., y Muñoz, L. (2009). Aritmias. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Servicio de Cardiología.

Fariñas, M., García, E., García, N., Gutiérrez, M., Rivada, B., Fernández, M. et. al. (2007). Estudio observacional de calidad de vida en cirugía cardiaca. Enfermería en Cardiología. p.p. 42-43.

Fajuri, A. (2009). Manual de arritmias, pp. 24.

Fernández, J. (2001, Febrero).*Trastorno de ansiedad,* Recuperado el día 16 de Noviembre de 2008, de http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/urgencias/doc/documentos/doc/ansiedad.htm.

Figueroa, C., Domínguez, B., Ramos, B., y Alcocer, L.(2009) Emergencia de la Cardiología Conductual en la práctica clínica. *Psicología y Salud, 19(1),* 151-155.

Flint, A. y Rifat, S. (2002) Relationship Between Clinical Variables and Symptomatic Anxiety in Late-Life Depression. Am J Geriatr Psychiatry. 10 (3): 292.

Francis GS, Tang WHW : Pathophysiology of congestive heart failure. Rev Cardiovasc Med. 2003; 4 (auppl 2):S14-S20

Friedmann, E., Thomas, S., Liu, F., Morton, P., Chapa, D., and Gottlieb, S. (2006). Relationship of Depression, Anxiety, and Social Isolation to Chronic Heart Failure Outpatient Mortality. American Heart Journal. 152 (5): 940-940.

Gimeno, G. y Diez, M. (2007). Fisiopatología de la Insuficiencia Cardiaca. Prosac. Sociedad Argentina de Cardiología.

Gómez, E. (2009, 08 de julio). La muerte súbita. CNN Expansión.

Gaona, B. (2009). Efectos de un tratamiento cognitivo-conductual en los índices de depresión y calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca. Tesis de Licenciatura, UNAM, FES-Z, México

Guadalajara, J., Martínez-Reding, J. y Quiroz, V. (2007). Definición, fisiopatología y clasificación. *Archivos de cardiología de México. 77. (S. 1),* 18-26.

Hernández, T. (2009). Efecto de una intervención cognitivo conductual sobre factores psicosociales en pacientes con insuficiencia cardiaca. Tesis de Licenciatura, UNAM, FES-Z, México

http://www.medtronic.com

Landero, R. y González, M. (2007). Estadística con SPSS y metodología de la investigación. México. Trillas. p.p 536.

Lespérance, F., Frasure, s., Talajic, M. and Bourassa, M. (2002). Five-Year Risk of Cardiac Mortality in Relation to Initial Severity and One-Year Changes in Depression Symptoms After Myocardial Infarction. Circulation, 105 (9) 1049.

Lloyd, F., Adams, R., Carnethon, M., De Simone, G., Ferguson, B., Flegal, K., et al. (2009) Heart Disease and Stroke Statistics-2009 Update. Circulation. 119, e1-e161.

Lobo, L. (2010). El “continuum” de la insuficiencia cardíaca. Artículos de Opinión. Insuficiencia Cardíaca, Vol. 5, 1, 25-31.

Mary, A., Whooley, M., De Jonge, P., Vittinghoff, E., Otte, C., Moos, R. et al. (2008). Depressive Symptoms, Health Behavior, and Risk of Cardiovascular Events in Patients With Coronary Heart Disease. Jama, 300 (20): 2379-2388.

Maroto, J., y De Pablo, C. (2004). Rehabilitación cardíaca en pacientes portadores de marcapasos y desfibriladores. Archivos de Cardiología de México. Vol. 74, Supl. 2, 194-197.

Matiz, H., Gutierres, O., Duque, M., Gómez, A. (1999). Guías de Practicas Clínicas Basadas en la Evidencia. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Seguro Social. pp. 51.

Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., y Aguilar, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultado de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, *26 (4), 1-16.*

Méndez, A. (2006). Fisiopatología de la Insuficiencia Cardíaca. Archivos de Cardiología de México, 1, 182-187.

Minuta Comunicacional. Resultados II Estudio de Calidad de Vida y Salud 12 de julio de 2007. Gobierno del Estado de Chile. Ministerio de Salud.

Molina, L. (2009). Arritmias y muerte súbita. [en línea]. Recuperado el 18 de junio de 2009 de http://arritmias.sitiosprodigy.com.mx/

Moser, D. (2007). "The Rust of life": Impac of Anxiety on Cardiac Patients. American Jornal of Critical Care, 16, 361-369.

Oblitas L. (2006), Psicología de la salud y calidad de vida. 2ª edición. México: Internacional Thomson Editores.

Organización Mundial de la Salud (2009, septiembre). *Electronic* Reference [en línea]. Recuperado el 5 de abril de 2009, de http://www.who.int/es/

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 cardiaca. Revista Española de Cardiología, 57. 155-160.

Programa de acción específico (2007-2012). Riesgo Cardiovascular. Primera edición 2008. México D.F. Secretaria de Salud.

Pastori, J., Lanzotti, M. y Keegan, R. (2008-2009). Recomendaciones SADEC-FAC 2009 para la indicación de marcapasos definitivos. Electrofisiología y Arritmias, Vol 2.

Richardson P, McKenna W, Bristow M et al. Report on the 1995 World Health Organization/International Society and Federation of Cardiology Task Force on the definition and classification of cardiomyopathies. Circulation 1996;93:841-43

Rodríguez, J., Begoña, I., Pereira, S., Caeiro, J. (2005). Guía de Insuficiencia Cardiaca, [en línea]. Recuperado 9 de agosto de 2010, de www.fisterra.com/guias2/icc.htm

Rojas, M. (2008). Factores de riesgo psicosociales. Efecto de una intervención cognitivo conductual sobre factores asociados a la Insuficiencia Cardiaca. Tesis de licenciatura, UNAM, FES-Z. México.

Sauvage, L. (2003). Diga no a las enfermedades del corazón. Prevención y tratamiento. Barcelona: Amat.

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Ciencia y Enfermería IX (2): 9-21.

Segovia, J., Alonso-Pulpón, L., Peraira, P. y Silva, L. (2004). Etiología y evaluación diagnóstica en la insuficiencia cardiaca. *Rev Esp Cardiol, 57(3),* 250-259

Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Health and Quality of Life Outcomes 2003; 1:29.

The Children's Heart Foundation (2004). Así es mi corazón, [en línea]. Recuperado el 20 de febrero 2010, de www.childrensheartfoundation.org

Velazquez, M. O., Rosas, P. M., Lara, E. A., Pastelín, H. G., Grupo ENSA 2000., Sánchez, C. C., et al. (2003). Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México: Resultados finales de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. Archivos de cardiología de México, 73, 62-77.

Vignolo, W. (2009). Opciones no farmacológicas en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca. Archivos de Medicina Interna. XXXI (2), 44-47.

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

Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., et al (2004). Effect of potentially risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. The Lancet, 364, 937-952.

Zigmond, A. y Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand; 67*, 361-370.

Anexos

Nota. Se muestran dos anexos diferentes, en: Ficha de identificación y Cuestionario de Calidad de Vida Relacionado con la Salud (CCVRS), el primero es el utilizado en pacientes con IC (Anexo 1) y el segundo el utilizado en pacientes con ACPL (Anexo 2).

PROTOCOLO IN303710

Folio_____

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: _____

PROTOCOLO IN303710

Folio_____

Anexo 1

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

No. Exp.:_____Fecha:_____

1. Nombre:_____

2. Edad:_____ 3.Sexo: 1(M) 2(F) 4.Fecha de nacimiento:_____

5. Domicilio:_____

6. Teléfono:_____ 7. Ocupación:_____

8. Estado Civil:_____ 9. Número de hijos:_____

10. Escolaridad:_____11. Dx.:_____

12. Periodo de Evolución:_____ 13.Tipo de Tx.:_____

13.1 Fecha de ingreso: _____ 13.2 Fecha de probable alta:_____

14. ¿Qué religión tiene?

---

15. Con relación a su religión, usted es:

1) Creyente y practicante 2) Creyente

16. ¿Con quién vive?

---

17. ¿Qué tan saludable se considera?

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

18. ¿Qué tan presionado se siente con el estilo de vida que lleva?

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

19. ¿Qué hace en su tiempo libre?

---

20. ¿Qué hizo para cuidar su salud?

---

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

1) No estoy dispuesto a hacerlos en este momento

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

3) Ya los estoy haciendo desde hace un mes

4) Llevo más de 6 meses haciéndolos

PROTOCOLO IN303710

Folio_____

Anexo 2

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

No. Exp.:_____Fecha:_____

1. Nombre: _____

2. Edad: _____ 3.Sexo: 1(M) 2(F) 4.Fecha de nacimiento:_____

5. Domicilio:_____

6. Teléfono:_____ 7. Ocupación:_____

8. Estado Civil:_____ 9. Número de hijos:_____

10. Escolaridad:_____11. Dx.:_____

12. Periodo de Evolución:_____ 13.Tipo de Tx.:_____

13.1 Fecha de ingreso: _____ 13.2 Fecha de probable alta:_____

13.3 Desde hace cuanto tiempo le colocaron su marcapaso: _____

13.4 Cuantos marcapasos le han implantado: _____

14. Le molesta tener un roce o contacto con su marcapaso.

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

15. Tiene miedo a una infección por el marcapaso.

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

16. Tiene miedo a que no funcione su marcapaso.

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

17. Ha disminuido su actividad sexual, debido a su marcapaso.

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

18. ¿Qué religión tiene?

_____

19 Con relación a su religión, usted es:

1) Creyente y practicante 2) Creyente

20. ¿Con quién vive?

_____

21. ¿Qué tan saludable se considera?

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

22. ¿Qué tan presionado se siente con el estilo de vida que lleva?

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

23. ¿Qué hace en su tiempo libre?

_____

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

_____

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

1) No estoy dispuesto a hacerlos en este momento

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

3) Ya los estoy haciendo desde hace un mes

4) Llevo más de 6 meses haciéndolos.

Folio_____

Anexo 1

C C V

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 Moderada-mente 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 esca-lones 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

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

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

Folio_____

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

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

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

Actividades	**1 Totalmente limitado**	**2 Muy limitado**	**3 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)		

Folio_____

Anexo 2

C C V

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.

Debido a su enfermedad cardiaca, se pueden experimentar diversos síntomas, como; latidos cardiacos rápidos, desmayos, mareos, vértigo, dolor en el pecho, falta de aire, palidez, sudoración, etc.

1. Por favor marque con una X cuánto le ha limitado su enfermedad cardiaca (latidos rápidos, desmayos, mareos, vértigo, dolor en el pecho, falta de aire, palidez, sudoración) en su habilidad para hacer las siguientes actividades en las últimas 2 semanas.

Actividades	**1 Totalmente limitado**	**2 Muy limitado**	**3 Moderada-mente 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 enfermedad cardiaca (desmayos (sincope), mareos, vértigo, dolor en el pecho, falta de aire, palidez, sudoración, etc.)?	3. ¿En las últimas 2 semanas, con que frecuencia ha tenido; desmayos (sincope), mareos, vértigo, dolor en el pecho, falta de aire, palidez, sudoración, etc.?
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) Todos los días. 2) 3 o más veces por semana pero no todos los días 3) 1 a 2 veces a la semana 4) Nunca en las dos semanas

4. ¿En las últimas 2 semanas, cuánto le ha molestado esta sensación de mareos y/o vértigo? Ha sido fastidioso…	5. ¿En las últimas 2 semanas, cuántas veces ha presentado; mareos, vértigo, dolor en el pecho, falta de aire, palidez, sudoración y este hecho lo ha limitado para hacer lo que usted quiere?
1) Totalmente 2) Mucho 3) Moderadamente 4) Ligeramente 5) No he tenido ningún síntoma.	1) Todo el tiempo 2) Varias veces al día 3) Por lo menos una vez al día 4) 3 o más veces por semana pero no todos los días 5) 1 a 2 veces por semana 6) Nunca durante las últimas 2 semanas
6. ¿En las últimas 2 semanas, cuánto le ha molestado el dolor en el pecho y/o la falta de aire? Ha sido fastidioso…	7. ¿En las últimas 2 semanas, en promedio, cuántas veces se ha sentido limitado en su forma de hacer lo que usted quería a causa de desmayos (sincope)?
1) Totalmente 2) Mucho 3) Moderadamente 4) Ligeramente 5) No he tenido síntomas.	1) Todo el tiempo 2) Varias veces al día 3) Por lo menos una vez al día 4) 3 o más veces por semana pero no todos los días 5) 1 a 2 veces por semana 6) Nunca durante las últimas 2 semanas
8. ¿En las últimas 2 semanas, cuánto le han molestado la palidez y/o sudoración? Ha sido fastidioso…	9. En las últimas 2 semanas, en promedio, ¿Cuántas veces se ha visto forzado a modificar su estilo de vida, debido a los síntomas de su enfermedad?
1) Totalmente 2) Mucho 3) Moderadamente 4) Ligeramente 5) No he tenido síntomas.	1) Todos los días 2) 3 o más veces por semana pero no todos los días 3) 1 a 2 veces por semana 4) Nunca en las dos semana

10. Los síntomas de la enfermedad cardiaca pueden empeorar por varias razones, ¿Qué tan seguro está de saber qué hacer, o a quién llamar, si su enfermedad cardiaca empeorara?	11. ¿Qué tanto sabe sobre las cosas que tiene que hacer para cuidar el marcapasos? (ejemplo, no hacer fuerza con el brazo izquierdo durante el primer mes).
1) Totalmente Inseguro 2) Muy Inseguro 3) Algo Seguro 4) Muy Seguro 5) Totalmente Seguro.	1) No sé nada en absoluto 2) No sé mucho 3) Sé algo 4) Conozco varias cosas 5) Lo sé todo
12. ¿En las últimas 2 semanas, qué tanto se ha sentido limitado para disfrutar la vida debido a su enfermedad cardiaca?	13. ¿Cómo le hace sentir el hecho de tener que pasar el resto de su vida con un marcapasos?
1) Totalmente 2) Mucho 3) Moderadamente 4) Ligeramente 5) No me ha limitado disfrutar de la vida	1) Insatisfecho 2) De algún modo satisfecho 3) Moderadamente satisfecho 4) La mayor parte del tiempo satisfecho 5) Completamente satisfecho.
14. ¿En las últimas 2 semanas, con qué frecuencia se ha sentido desalentado o deprimido debido a su enfermedad cardiaca?	
1) Todo el Tiempo 2) La mayor parte del tiempo 3) Ocasionalmente 4) Nunca	

Folio_____

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

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

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

Actividades	**1 Totalmente limitado**	**2 Muy Limitado**	**3 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)		