



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CON LOS ESTILOS DE
AFRONTAMIENTO EN PACIENTE CANDIDATO A DISPOSITIVO
ELECTRÓNICO IMPLANTABLE**

T E S I S

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

P R E S E N T A:

MARÍA ANDREA HERNÁNDEZ PÉREZ

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: DR. CARLOS CONZALO FIGUEROA LÒPEZ

**COMITÉ: DRA. MIRNA GARCÍA MÉNDEZ
DRA. BERTHA RAMOS DEL RÍO
MTRO. JOSÉ FERNANDO LÓPEZ SÁNCHEZ
DR. LUIS GERARDO MOLINA FERNÁNDEZ**

PROYECTO PAPIIT IN304412



MÉXICO, D.F.

NOVIEMBRE 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

*“La posibilidad de realizar un sueño
es lo que hace que la vida sea interesante”*

Paulo Coelho

Este proyecto es uno de mis sueños cumplidos, implica la culminación de la mejor etapa de mi vida; mi carrera profesional, mi pasión. No puedo empezar este apartado con otra persona que no sea la artífice de este éxito, aquel ser que le debo la vida y cada uno de mis logros. Esa mujer que me ha dado su amor, apoyo, energía, aprendizajes; su vida entera. Merece doble reconocimiento por fungir como madre y padre. Mamá eres mi ejemplo a seguir, deseo ser en un futuro tan buena madre como lo eres tú, me enseñaste a luchar contra las adversidades y a salir adelante, puedes estar tranquila porque hemos logrado uno de nuestros objetivos, felicidades. Disfruta todos los logros obtenidos; aquí sólo empieza uno de ellos. Siempre estaré en deuda contigo, no podría haber llegado a este momento sin ti, sin tu dedicación y sacrificio. Gracias mamá, te amo como a nadie amaré.

Si alguien ha estado conmigo en todo momento has sido tu hermanita; mi confidente, mi persona favorita, mi alma gemela. Dayra gracias por tu apoyo incondicional, por esas noches de desvelo compartidas, por esos momentos memorables e inolvidables, como nuestras épicas peleas, por las pláticas a media noche interminables. Realmente eres mi mejor amiga y claro que nos unen lazos más fuertes que la sangre. Porque todos tienen un ángel en sus vidas y para mí lo eres tú. Me da mucho gusto poder compartir contigo este éxito colega, del cual tú también eres partícipe. A celebrarlo y a prepararnos para el tuyo. Te amo y siempre contarás conmigo mi gusani.

En todo ser humano existe una fuerza que motiva a seguir, a no caerse, luchar y triunfar, por que en muchas ocasiones eres tú mi motor Gerardo. Te amo y agradezco a las coincidencias, circunstancias y momentos el que me hayan permitido conocerte y además el que seas parte de mi vida. Mi persona dio un cambio radical positivo con tu presencia, le diste más luz y visión a mi vida. Porque tienes esas palabras precisas que me ayudan a no perder de vista mis objetivos, eres de las personas que más cree en mí y eso me llena de satisfacción. Deseo compartir nuestros éxitos por mucho tiempo más, que la vida y nuestras acciones nos lleven a una gran historia jamás contada.

Mis seres queridos, mi familia. Porque si algo he aprendido de cada uno de ustedes es el apoyo en los momentos más difíciles, su solidaridad y su dedicación. Tío Ramón eres parte importante de este logro, ya que siempre fuiste exigente conmigo y eso me forjó una buena disciplina. Sergio mi hermanito por convicción, cuánto te amo y de verdad que has traído luz a nuestro hogar, gracias por tu apoyo. Roberto reconozco con agradecimiento los momentos en que me apoyaste y en los cuales me mostraste un excelente ser humano. Tía Esther y tío Javier gracias por su presencia en momentos significativos de mi vida, me han enseñado que es necesario esforzarse para alcanzar sueños. Tía Chelo gracias por su apoyo en momentos difíciles por esa presencia y por ser un gran ejemplo. Tío Pedro y tía Julia gracias por sus palabras de aliento y admiración. Tío Manuel gracias por ser muy atento y darnos un buen ejemplo de trabajo.

Tía Herme gracias por tu apoyo y por mostrarte como una persona que lucha contra situaciones muy difíciles y vence. Tío Miguel por capturar momentos memorables en la familia, gracias. A mis primos que formaron parte indispensable de mi niñez, los cuales guardo con gratos recuerdos: Jessica, Alberto, Ricardo, Jorge y Mari Carmen. A los nuevos integrantes de la familia que les tengo aprecio y les comparto este logro: tía Leo, tía Paty, Miguelito y Adriancito. Porque cada uno de ustedes han sido parte indispensable de mi proyecto de vida.

No pueden faltar aquellas personas que han formado parte de mi vida en diferentes etapas y que han dejado grandes experiencias, estoy agradecida porque de cada uno de ustedes he aprendido algo significativo y han aportado un granito de arena en esta culminación. Mi querida amiga Edna que más te puedo decir; sabes que eres muy importante en mi vida, contigo aprendí a valorar la amistad y lo que conlleva serlo, definitivamente la mejor de las mejores, te adoro. Mavi, empezamos nuestra vida académica desde primero de primaria juntas y terminamos juntas, lo que nos falta por vivir, te adoro. Alicia, tienes una vibra muy positiva contagiosa y he aprendido muchas cosas de ti, sabes que te quiero mucho y que nuestra amistad es a prueba de adversidades, un ser humano excepcional, gran ejemplo a seguir, Sam mi querida amiga hemos vivido tantas cosas juntas que nos han unido de forma inigualable, te quiero y agradezco tu apoyo para la realización de este proyecto, nunca lo olvidaré. Mis amigas y amigos “cchros” que no olvido: Denise, Natalia, Noemi, Mariana, Erick, Juan y toda la banda los quiero, gracias.

El programa de Psicología de la Salud me abrió el panorama de lo que es la carrera, me llenó de expectativas y fue pieza medular de mi proyecto de vida a largo plazo, sin duda ésta es mi pasión. Dentro del programa conocí grandes seres humanos; Norma te admiro y aprecio mucho, no olvidaré tus enseñanzas de intervención con pacientes, gracias. Personas responsables: Queta, Montse, Eva, Yesenia, Víctor R, Osvaldo, Karen T, Karen F, buenos momentos compartidos “Generación Engagement”.

Mis profesores que estuvieron brindando su conocimiento y experiencia, gracias. Es buen profesor aquel que tiene la bondad de compartir sus aprendizajes sin reservas y con pasión. Profesor Carlos Figueroa le guardo un gran afecto, fue mi primer acercamiento con la Psicología de la Salud y le estoy muy agradecida por las oportunidades de trabajo brindadas y por la confianza que deposita en mí. Es un ejemplo a seguir para mi generación y las que vienen. Profesor Fernando es un excelente ser humano y brillante, gracias por su valiosa aportación en este proyecto. Dra. Bertha gracias por sus recomendaciones y asesoría, es una gran profesora llena de éxitos bien merecidos. Dr. Molina gracias por sus acertadas recomendaciones, por que siempre está dispuesto a apoyar y además, permite este indispensable trabajo interdisciplinar en el HGM, es un excelente cardiólogo. Dra. Mirna gracias por su buen recibimiento de siempre, es un placer que forme parte de este proyecto.

Gracias a todos los pacientes que participaron y que sin ellos simplemente no sería realidad la presente investigación. Gracias a PAPIIT por el apoyo brindado al proyecto y a mi persona. Agradezco por último a mi gran casa de estudios: UNAM, mi orgullo y devoción.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| Resumen | 1 |
| Introducción | 2 |
| Capítulo 1. Arritmia cardíaca | |
| 1.1 Definición | 4 |
| 1.2 Clasificación | 5 |
| 1.3 Síntomas | 8 |
| 1.4 Diagnóstico | 9 |
| 1.5 Tratamiento | 9 |
| 1.6 Factores psicosociales asociados a la arritmia cardíaca | 11 |
| 1. 6. 1 Ansiedad | 13 |
| 1. 6. 2 Depresión | 15 |
| Capítulo 2. Marcapaso | |
| 2.1 Estructura | 18 |
| 2.2 Función | 19 |
| 2.3 Paciente candidato a marcapaso | 20 |
| 2.4 Procedimiento de Implante de marcapaso | 20 |
| Capítulo 3. Factores psicológicos relacionados a procedimientos invasivos | |
| 3.1 Ansiedad | 22 |
| 3.2 Depresión | 25 |
| 3.3 Estilos de Afrontamiento | 26 |
| Justificación | 31 |
| Objetivos | 33 |
| MÉTODO | 35 |
| RESULTADOS | 39 |
| DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES | 48 |
| REFERENCIAS | 57 |
| Anexos | 66 |

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue identificar los estilos de afrontamiento y correlacionarlos con los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes que fueron candidatos a implante de marcapaso en el Hospital General de México. Se empleó una muestra de 12 pacientes diagnosticados con arritmia cardíaca, candidatos a implante de marcapaso en la Unidad de Medicina Experimental (UME). Se aplicó (previo a su implante de marcapaso), un cuadernillo integrado por los siguientes cuestionarios: Ficha de Identificación, Cuestionario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y el Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI-A). Se utilizó un diseño transversal de tipo exploratorio y correlacional. Los resultados obtenidos indicaron altos niveles de ansiedad (83.3%) y depresión (75%) en los pacientes, los cuáles van de moderada a severa. Se observó (Coeficiente de Correlación de Pearson) correlaciones significativas entre ansiedad y el estilo de afrontamiento de análisis lógico ($r = 0.647$, $\text{sig.} = 0.023$), entre depresión y reevaluación positiva ($r = -0.694$, $\text{sig.} = 0.012$), del mismo modo con el afrontamiento de búsqueda de recompensas ($r = -0.598$, $\text{sig.} = 0.040$). Se concluyó a partir de dichos resultados que algunos estilos de afrontamiento como reevaluación positiva y búsqueda de recompensas probablemente disminuyen los niveles de ansiedad y depresión. En contraste con análisis lógico que muestra una tendencia a elevar dichos niveles. La evidencia de variables psicológicas y su indispensable identificación hacen necesaria la presencia del psicólogo de la salud para disminuir dichas comorbilidades emocionales y reforzar de manera eficaz los modos de afrontamientos positivos y constructivos que le permitan al paciente una mejor asimilación de su condición y aumento en su calidad de vida.

Palabras Clave: *Ansiedad, Depresión, Modos de Afrontamiento, Arritmia Cardíaca.*

INTRODUCCIÓN

Las consecuencias psicosociales comórbidas presentes durante el proceso y desarrollo de las enfermedades cardiovasculares son restricciones conductuales, estrés, depresión, ansiedad y disminución en la calidad de vida (Figueroa, Domínguez, Ramos & Alcocer, 2009).

Debido a las mencionadas comorbilidades, se hace necesaria la presencia del psicólogo en dichos padecimientos que cuentan con altos indicadores epidemiológicos a nivel nacional e internacional.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012); las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por éste padecimiento que por cualquier otro. Se prevé que el número anual de defunciones, aumente de 17 millones en 2008 a 25 millones en 2030. Lo cual representa un 29% de todas las muertes registradas en el mundo. Las muertes afectan por igual a ambos sexos y más del 82% se producen en países de ingresos bajos y medios. Se estima que seguirán siendo la primera causa de muerte.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2010) estima que durante los próximos diez años ocurrirán 20.7 millones de defunciones por enfermedades cardiovasculares en América Latina. En el año 2010, el 11.69% de las muertes en América fueron a causa de ECV. Según la OPS las cardiopatías y los accidentes cerebro vasculares no sólo arrebatan vidas, sino que también se traducen en una enorme carga económica (Programa de Acción Específico Secretaria de Salud, 2007-2012). Según los pronósticos, en los próximos dos decenios, la mortalidad por cardiopatía isquémica y accidentes cerebro vasculares en América Latina aumentará cerca de tres veces.

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 (Lloyd, Adams, Carnethon, De Simone, Ferguson, Flegal et al., 2009).

En México las cifras también son importantes, ya que exponen el incremento de la ECV y por lo tanto es un fuerte punto de acción. Actualmente son las principales causa de muerte de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2008). Según el Sistema Nacional de Información en Salud SINAIS (2010) la evolución de las principales causas de defunción en el Distrito Federal desde el año 1980 hasta el 2008, la principal causa de defunción han sido las enfermedades del corazón.

Se sabe que el paciente que tiene alguna enfermedad cardiovascular presenta padecimientos psicológicos y si se le añade los distintos procedimientos a los que se ve sometido, como el diagnóstico, los síntomas, el cambio en el estilo de vida, el sometimiento a procedimientos invasivos; como lo es el implante de marcapaso, que en algunos casos específicos trae consigo un proceso más, que causa angustia, ansiedad, estrés, miedo, preocupación, etc.

La situación del paciente que espera por un procedimiento quirúrgico, aunque ese sea un procedimiento sencillo, debe ser considerada como gravedad, cuando están presentes la fragilidad, la angustia y mucha preocupación (Carneiro, Andrade, Telles, Rassi, Siqueira, Gozzani & Pimentel, 2009)

Con la presente investigación se deseó conocer los niveles de ansiedad y depresión en el paciente tributario a marcapaso, específicamente en el momento preoperatorio. De la misma forma, se identificaron los estilos de afrontamiento empleados ante el procedimiento invasivo, para posteriormente establecer relación de éstos con los niveles de ansiedad y depresión.

Capítulo 1. Arritmia cardíaca

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

Para conocer detalladamente la arritmia cardíaca; enfermedad que presentan los pacientes evaluados se expone su definición, clasificación, síntomas, diagnóstico, tratamiento y consecuencias psicológicas.

1. 1 Definición

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 marcapaso natural del cuerpo, el Nódulo Sinusal, éste impulso viaja a través del sistema eléctrico para activar las aurículas y ventrículos, completando un solo latido (The Children's Heart Foundation, 2004).

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

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 cardíaco (Elduayen & Muñoz, 2009).

Una secuencia de activación anormal (como ocurre en las pre excitaciones y bloqueos) o un simple retardo en la conducción de los impulsos, son considerados una Arritmia Cardíaca (Fajuri, 2009).

1. 2 Clasificación

Hay diferentes clasificaciones de las arritmias (Brugada & Matas, 2007):

Por su origen

- Supraventriculares: Se localizan por encima de los ventrículos, en las aurículas o en el nodo aurículo-ventricular.
- Ventriculares: Se originan en los ventrículos.
- Fisiológicas: Originadas por una alteración orgánica o de otro nivel (anemia, taquicardia en el ejercicio, bradicardia sinusal producida en el entrenamiento deportivo, etc.).
- Patológicas: No atribuibles a causa secundaria alguna.

Por su repetición

- Crónicas: De carácter permanente.
- Paroxísticas: Se presentan en ocasiones puntuales

Desde el punto de vista clínico y terapéutico, una clasificación sencilla es la que las divide por la frecuencia del impulso cardíaco (Elduayen & Muñoz, 2009):

- Taquiarritmias: las cuales presenta una frecuencia de impulso mayor a 100 latidos por minuto (lpm).
- Bradiarritmias: aquellas que presentan frecuencias menores de 60 latidos por minuto (lpm),

Se explicarán más a detalle éstas dos, ya que los pacientes de la presente investigación fueron diagnosticados en su mayoría con dichos trastornos.

Taquiarritmias

El término taquiarritmia, se utiliza para cualquier ritmo cardíaco con frecuencia mayor de 100 lpm. Éstas se pueden clasificar en (Matiz, Gutiérrez & Gómez, 2003):

- Taquiarritmias supraventriculares: los latidos son supraventriculares prematuros. No representan una limitación.
 - Taquicardia sinusal: los latidos son de 110 y 160 lpm.
 - Taquicardia auricular: los latidos van de 130 y 200 lpm.
 - Flutter auricular: los latidos son de 200 y 300 lpm.
 - Taquicardia intranodal: los latidos son de 170 lpm.
 - Taquicardias en pacientes portadores de vías accesorias. Este padecimiento puede desencadenar en muerte súbita.

- Taquiarritmias ventriculares, los latidos ventriculares son prematuros. La mayoría de pacientes 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 considera taquicardia ventricular sostenida.

Bradiarritmias

Cuando la frecuencia del impulso es menor de 60 lpm se considera una bradiarritmia, este ritmo lento del corazón se puede deber a diferentes causas:

- 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 la estimación es normal.
- Síndrome del seno enfermo: Suele precipitar el 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 marcapaso ventricular (Elduayen & Muñoz, 2009).

Trastorno de la conducción auriculoventricular (AV).

Fajuri (2009) afirma que los trastornos en la conducción de los impulsos, pueden determinar la aparición de un bloqueo cardíaco, 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 SA), en el nódulo AV, 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 re-entrada como las taquicardias (Fajuri, 2009).

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

1.3 Síntomas

Los síntomas más frecuentes según la American Heart Association (2007):

- Cansancio
- Mareo
- Vértigo
- Sudoración
- Síncope (desmayo)
- Si son graves, pueden causar ataques al corazón e incluso provocarle al paciente la muerte.

La arritmia cuando es muy breve, puede no presentar síntomas, sentirse apenas como un aviso previo con un latido del corazón, como una palpitación en el pecho o en el cuello. Lo cual indica que son pacientes asintomáticos, es decir; no presentan síntomas (American Heart Association, 2007).

1.4 Diagnóstico

La importancia fundamental de las arritmias, reside en que son responsables finales de las mayorías de las muertes súbitas debidas a causas cardíacas (Galván, 2006).

Fundamental en el proceso de diagnóstico de las arritmias se emplean pruebas de laboratorio 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
- Holter implantable (Brugada, Alzueta, Asso, Farré, Olalla & Tercedor, 2001).

1.5 Tratamiento

Las arritmias del tipo que sean, pueden ser detectadas por un médico especialista a través de diagnósticos precisos, tratamientos innovadores y con ayuda de la tecnología médica. Es precisamente la labor del laboratorio de electrofisiología clínica y experimental, hacer que la arritmia no ponga punto final a una vida (Molina, 2009).

El tratamiento de las taquiarritmias y de las bradiarritmias se puede generalizar de la siguiente manera: farmacológico, quirúrgico y psicológico (Fajuri, 2009):

- Farmacológico
 - Taquiarritmias: - ATP, Verapamil, ajmalina, quinidina, amiodarona, digoxina, betabloqueadores, flecainidina, encainida, lidocaína, procainamida, mexiletina, magnesio, propafenona, etc.
 - Bradiarritmias: - Atropina e isoprotenerol (Fajuri, 2009).
- Quirúrgico

Taquiarritmias

- Medios eléctricos
- Cardioversión. desfibrilación, sobreestimulación, antitaquicardia, marcapaso, 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)

Bradiarritmias

Marcapaso

- 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. Se retomará en el Capitulo 2 con mayor detalle.

- Psicológico

El enfoque más utilizado para este tratamiento es el cognitivo conductual (Wolfgang, Melanie & Lecler, 2007). Se propone:

- Psicoeducación del paciente y su familia (Fernández, Martín & Domínguez, 2003).
- Modificar hábitos, estilos de vida, factores psicosociales y promover la adherencia terapéutica. Los hábitos y estilo de vida se refieren a la dieta, obesidad, sedentarismo, consumo de tabaco, etc.; mientras que los factores psicosociales son aquellos que han demostrado tener una relación con las enfermedades cardiovasculares, como personalidad tipo A (personas impulsivas, ambiciosas, competitivas, orientadas al logro, dinámicas, se exigen mucho, tienen urgencia de tiempo), depresión, ira, hostilidad, ansiedad, etc. (American Heart Association, 2007).
- Además se emplean técnicas de la terapia cognitivo conductual: relajación progresiva de Jacobson es la más utilizada, consiste en enseñar al paciente a tensar y relajar sistemáticamente varios grupos de músculos, para así aprender a discriminar la sensación resultante de la tensión y relajación, hasta que el paciente pueda eliminar las contracciones musculares y experimente una relajación profunda (Caballo, 2008).
- También se ha utilizado el biofeedback, el cual consiste en que el paciente aprenda a conocer y controlar funciones psicofisiológicas sobre las que no está consciente (como respiración, pulso, conductancia de la piel, etc.), a través de un equipo que capta la actividad fisiológica del cuerpo del paciente y esas señales pueden verse en una pantalla (Caballo, 2008; Fernández, Martín & Domínguez, 2003).

1.6 Factores psicosociales asociados a la arritmia cardíaca

La identificación de nuevos factores de riesgo, así como la revisión permanente de los ya conocidos, son acciones esenciales en la prevención de la enfermedad cardiovascular.

Un ejemplo de la clasificación de los factores de riesgo cardiovascular se encuentra en la Tabla 1.

Tabla 1. Clasificación de los factores de riesgo cardiovascular

| Factores de riesgo no modificables | Factores de riesgo biomédico modificables | Factores de riesgo psicológicos susceptibles de ser modificables |
|---|--|---|
| Edad | Dislipidemia | Tabaquismo |
| Sexo | Lipoproteínas | Sobrepeso |
| Historia familiar (hipertensión, diabetes <i>mellitus</i>) | (quilomicrones, VLDL, IDL, LDL, HDL) | Obesidad |
| | Apolipoproteínas | Consumo de alcohol |
| | Hipertrigliceridemia | Sedentarismo |
| | | Estrés |
| | | Ansiedad |
| | | Depresión |
| | | Hostilidad |
| | | Personalidad Tipo A, D |

Fuente. Donnel & Elosua, 2008.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2007) si se eliminaran esos factores de riesgo en las personas, se prevendrían al menos 80% de las cardiopatías.

Como se observa existen tres tipos de factores de riesgo: los no modificables, los modificables y los psicosociales. Los primeros, son aquellos que

por su naturaleza no pueden ser tratados o modificados (Figuroa & Ramos, 2006). Por ejemplo: el sexo, la edad, los antecedentes familiares, etc.

Los modificables, son aquellos asociados al estilo de vida y pueden ser susceptibles de ser controlados y/o modificados por comportamientos saludables (Figuroa & Ramos, 2006). Por ejemplo: colesterol en la sangre, tabaco, consumo de alcohol, hipertensión arterial, sedentarismo, obesidad, etc. (Fundación Española del Corazón, 2009).

Los factores psicosociales como la ansiedad, el estrés, la depresión y disminución de la calidad de vida, entre otros, pueden generar diversas consecuencias psicosociales durante el desarrollo de la enfermedad (Pickering, Clemow, Davison & Gerin, 2003).

La ansiedad y la depresión, son variables que se asocian con enfermedades crónicas debido a su influencia en la conducta, ya que generan modificaciones en hábitos, estilos de vida y formas de pensamiento que se han asociado con enfermedades crónicas como variables influyentes en el inicio, desarrollo y mantenimiento de enfermedades.

Debido a la importancia que tienen esos dos padecimientos psicológicos, se abordan ambos y se plantea una evaluación en un momento relevante por el cual pasan algunos pacientes con arritmia cardíaca: el implante de marcapaso que se detallará posteriormente.

6. 1 Ansiedad

Los siete trastornos mentales más diagnosticados en la Ciudad de México, en orden de prevalencia son: distimia, depresión, ansiedad, esquizofrenia paranoide, trastorno de personalidad y trastorno de adaptación. De un promedio de 454,780 pacientes anuales, los trastornos mentales representan el 2.84% de

los casos atendidos (Monrroy, 2010). Por lo que es importante abordar la ansiedad, la cual se encuentra dentro de este listado.

Lazarus (1976) define la ansiedad como un fenómeno que se da en todas las personas, mejorando el rendimiento y la adaptación al medio laboral, social o académico, cuando se da en condiciones normales. Tiene una importante función de movilizar a las personas frente situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que se haga lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente.

Sandín y Chorot (citado en Piqueras, Martínez, Ramos, Rivero, García & Oblitas, 2008) definen ansiedad como una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anular o contrarrestar el peligro mediante una respuesta.

De acuerdo a Baeza, Balaguer, Beler, Coronas & Gullamón (2008) la ansiedad implica tres componentes: cognitivos, fisiológicos y conductuales. El cognitivo se refiere a anticipaciones amenazantes, evaluaciones de riesgo, pensamientos automáticos negativos, imágenes, etc., el fisiológico, a la activación del sistema nervioso autónomo, implicando cambios respiratorios, cardiovasculares y conductuales (inhibición o sobreactivación motora, comportamiento defensivo, entre otros).

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 cardíacos 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 cardíaco 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 realizado por Sarmiento (2011) en el Hospital General de México (HGM) se midió la ansiedad y depresión, donde se observó que de 70 pacientes diagnosticados con arritmia cardíaca, un 20% presentaban ansiedad leve-moderada y 7.9% severa; así mismo, se reportó que el 23.6% presentaron depresión leve-moderada y un 7.1% severa, en total 43 pacientes presentaron depresión.

Zúñiga (2010) estudio la asociación entre la Personalidad tipo D, la ansiedad y la depresión en cincuenta pacientes con Insuficiencia Cardíaca (IC), los cuales se evaluaron con la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y el Cuestionario de Personalidad Tipo D (DS14). La ansiedad se presentó en un 78%, la depresión en un 70% y la PTD se encontró en un 20%. Los resultados demuestran que la personalidad tipo D, se relaciona con la presencia de la ansiedad y depresión en pacientes con (IC). Además que los pacientes con IC, presentaron una alta prevalencia de Ansiedad y Depresión.

Existen estudios prospectivos que indican que la ansiedad tiene un impacto negativo en el curso de la enfermedad (severidad, mortalidad, recurrencia) y su influencia aparece incluso independientemente de los efectos de la depresión, a cuya variable está altamente correlacionada (Zvolensky & Smits, 2008).

1. 6. 2 Depresión

Dentro de las 10 enfermedades que producen más discapacidad en el mundo se incluyen varios padecimientos neuro psiquiátricos, el más importante de los cuales es la depresión. Los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP 2005) 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 American Heart Association (2007) considera a la depresión, como uno de los seis campos de mayor impacto de discapacidad generados por la enfermedad cardiovascular y existe tres veces más la posibilidad de sufrir una depresión mayor entre pacientes con enfermedad coronaria cuando se comparan con la población en general.

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

Baringoltz (2009) menciona que la depresión es un estado complejo que transita con variedad de grados de severidad, cursos variables, manifestando diversidad sintomática y caracterizado por una alta reactividad a circunstancias de la vida actual. Una multiplicidad de factores biológicos (alteraciones en el eje hipotalámico, elevación de hormonas producidas por el hipotálamo), psicológicos (estrés, estrategias de afrontamiento) y sociales (trastornos afectivos) interactúan en la patogénesis de la depresión.

La depresión así como la ansiedad traen consigo grandes costos no sólo físicos, mentales y psicológicos, sino de igual forma económicos ya que se ven traducidos en ausentismo, bajas laborales y por lo tanto menor producción laboral.

En un estudio realizado por Mary, et al. (2008) se analizó durante cinco años a 4000 pacientes con patología cardíaca y se encontró que los que presentaban depresión, tenían hasta un 30% más de eventos cardíacos en comparación con los que no estaban deprimidos, por tal motivo se concluyó 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 cardíaca.

Una de las Investigaciones realizadas en el área de cardiología del Hospital General de México (HGM), midió depresión en 11 pacientes ambulatorios, evaluada a través del cuestionario de Yesavage, donde se obtuvieron los siguientes resultados: una media de 7.6 de puntaje en el cuestionario, ubicándose como depresión leve, reflejada principalmente en el elemento cognitivo. Demostrando que los factores psicosociales están presentes e incluso influyen en el desarrollo de la enfermedad (Rojas, 2008).

En el estudio realizado por Lespérance, Frasure, Talajic & 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 cardíaca, 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.

Otra investigación realizada en el HGM, evaluó la eficacia de un programa para modificar la ansiedad, la depresión y la calidad de vida en pacientes con arritmia cardíaca, portadores de marcapasos. Se evaluaron 11 pacientes (6 hombres y 5 mujeres) con un rango de edad de entre 27 a 87 años, se utilizó el Cuestionario de Depresión de Yesavage, el Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud de Kansas City y la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). La intervención constó de 6 sesiones. Se encontró que en la pre evaluación el 45.5% de los pacientes presentó depresión y en la post evaluación la presentó el 9.1%, es decir, disminuyó la presencia de depresión. En

el caso del HADS, para la subescala de Ansiedad se encontró que el 81.8% la presentó en la pre evaluación y ésta disminuyó en la post evaluación a un 45.5% de los pacientes.

Capítulo 2. Marcapaso

Anualmente en el país se realizan más de 13 mil implantes de marcapasos (Llaven, 2012). La edad promedio de los pacientes que ha recibido un marcapaso es de 69.4 años, siendo el 54% mujeres y 46% hombres. El paciente más joven fue una niña de 2 años y el mayor de 107 años. Del total de 2800 marcapasos implantados, el 14% han sido reemplazados (Hospital General de México, 2009).

2.1 Estructura

El marcapaso es un dispositivo que 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 que utiliza dos cables uno en la aurícula y otro en el ventrículo derecho y el marcapaso con respuesta en frecuencia que reconoce cambios producidos en el organismo y ayudan a acelerar los latidos del corazón (pueden ser bicamerales o monocamerales) (Medtronic, 2011).



Figura 1. Marcapaso unicameral

Se componen de (Carmona, Vicente & Martínez, 2001):

- Fuente de energía, batería de litio.
- Un circuito electrónico, formado por un circuito de programación y uno de salida que hacen que el impulso de estimulación salga con una frecuencia, una amplitud y una duración o anchura de impulso determinadas. Incorpora también un microprocesador que aporta mejoría en la eficiencia de los circuitos con reducción de consumo de energía, mejor función de detección y filtrado de interferencias, programación externa o automática de múltiples parámetros y capacidad de interrogar al marcapaso a través de telemetría.
- Carcasa, que contiene los componentes del circuito.
- Cables electrodos, es el elemento conductor entre el generador y el corazón.

2.2 Función

Los marcapasos monitorizan continuamente el corazón para tratar la bradicardia (un latido lento, irregular o interrumpido). Si un marcapaso descubre un problema de ritmo, enviará pequeñas señales eléctricas, indetectables, para corregirlo y restaurar el corazón a una frecuencia más normal (Medtronic, 2011).

Mejora la salida cardíaca, protege de síntomas o contra arritmias relacionadas con la formación de impulsos cardíacos y desórdenes de la conducción. En general, Bloqueo AV completo, bloqueo AV 2º grado, disfunción del nódulo sinusal con bradicardia (Carmona, Vicente & Martínez, 2001).

La estimulación cardíaca puede ser unicameral (en aurícula o ventrículo) o bicameral. En los pacientes con bloqueo AV y función sinusal normal, la

estimulación secuencial es el modo que consigue el mayor beneficio hemodinámico (Oter, Montiel, Roldán, Bardají & Molinero, 2000).

2.3 Paciente candidato a marcapaso

La presencia de síntomas asociados a bradicardia, continúa siendo la más convincente indicación para el implante de un marcapaso permanente. Las indicaciones para el implante se basan en las recomendaciones de la American Heart Association (2007).

- Marcapasos en bloqueo auriculoventricular (AV): la decisión acerca de la necesidad de un marcapasos es influenciada por la presencia de síntomas atribuibles a la bradicardia producida por un bloqueo AV de 3 grado o de 2 grado y muy ocasionalmente cuando es debido a un bloqueo AV de 2 grado.
- Marcapaso en bloqueo: la indicación se basa en la documentación de bradicardia sintomática.
- Marcapaso en infarto agudo del miocardio: la indicación para el implante de un marcapaso permanente no depende de la presencia de síntomas, sino que está en relación con la extensión del daño del sistema de conducción.
- Marcapaso en disfunción del modo sinusal: un paciente puede ser sintomático en los períodos de taquicardia o en los de bradicardia por lo que para la correlación de los síntomas se requiere de un estudio con Holter. Esta patología es frecuentemente la indicación principal para colocar un marcapaso.

2.4 Procedimiento de implante de marcapaso

El cirujano realizará varios exámenes para tomar esta determinación. Los principales son electrocardiograma (ECG) y exámenes de sangre.

El implante de un marcapaso se debe realizar en una sala de cateterismo cardíaco o bien en sala de operaciones que cuente con un equipo de fluoroscopia para poder guiar los electrodos hasta la posición deseada.

El día en que se le inserta el marcapaso al paciente, se le hospitaliza y pasa la noche en el hospital. Antes del procedimiento, el médico puede pedir que se le lave y se le afeite el lugar donde se insertará el marcapaso (generalmente la parte superior derecha o izquierda del pecho, cerca del hombro). El paciente se encontrará despierto, pero somnoliento durante el procedimiento. Se le aplicará un anestésico local en el lugar donde se insertará el marcapaso. Durante el procedimiento una sábana cubre el rostro del individuo. Se hará un pequeño corte en el lugar donde se insertará el marcapaso y se formará un pequeño bolsillo. El cable del marcapaso se pasa a través de la vena hasta llegar al corazón. Luego, se inserta el marcapaso, el cual tiene el tamaño de una moneda de plata y la incisión se cierra con suturas. Después del procedimiento, se regresa al paciente a un área de cuidado especial del hospital donde se le controlará detenidamente hasta el momento del alta (Carmona, Vicente & Martínez, 2001).

Capítulo 3. Factores psicológicos relacionados a procedimientos invasivos

Existe evidencia de presencia de algunos factores psicológicos en pacientes que se someterán a algún procedimiento invasivo, sin embargo no se encontró numerosa literatura que aborden específicamente el implante de marcapaso.

Los trastornos emocionales, tales como la depresión y la ansiedad, característicos de toda enfermedad crónica tienden a afectar el bienestar psicológico y la calidad de vida del paciente, ya que sus síntomas se relacionan con retardo en la recuperación postoperatoria, la falta de autocuidado y adherencia al tratamiento ante la desesperanza, la falta de ánimo, la adquisición de conductas patógenas y la creencia de muerte inminente, activadas a partir del diagnóstico de la enfermedad, por lo que la evolución y el pronóstico no son alentadores (Brannon & Feist, 2001; Lameiras & Faílde, 2000; Oblitas, 2004; Roza et al., 1999).

Así que, el riesgo cardiovascular manifiesto en la ansiedad y la depresión está implicado en la mortalidad y en la adquisición de la enfermedad. Es necesaria una evaluación de la ansiedad, depresión y estilos de afrontamiento durante el proceso preoperatorio del implante de marcapaso, para conocer cómo se encuentra el paciente en la espera de su implante y poder crear intervenciones encaminadas en mejorar la situación del paciente candidato a marcapaso.

3.1 Ansiedad

La ansiedad se presenta en cualquier persona de forma transitoria o crónica, puede producir reacciones agresivas que resultan en incremento en el estrés experimentado por el paciente. Existen diversos tipos de trastornos de ansiedad (de pánico, desórdenes por ansiedad generalizada, trastornos mixtos

ansioso-depresivos); sin embargo, la que se genera en el paciente por el acto anestésico- quirúrgico es un malestar psíquico y físico que nace de la sensación de peligro inmediato y se caracteriza por temor difuso (Valenzuela, Barrera & Ornelas, 2010).

La ansiedad pre-quirúrgica se define como un estado emocional nada placentero, que antecede y persiste más allá del acto quirúrgico, manifestado a través de un patrón variable de respuestas que engloban diversos aspectos (Brigas, Krikorian, Hernando, Rodríguez & Jarabo, 2006):

- Cognitivos: amenaza, miedo y aprensión.
- Fisiológicos: caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo, además de cambios endocrinos, inmunológicos, etc.
- Conductuales: evitación e inquietud.

González (2007), afirma que cuando un paciente está ansioso, responde de diferentes maneras a los tratamientos, presentando algunas veces dificultad en la inserción de un catéter endovenoso, producido por la vasoconstricción periférica, repercutiendo negativamente en la eficiencia del anestesiólogo, a la hora de aplicar la anestesia.

Menciona Vingerhoets (1998) que altos niveles de ansiedad pre-operatoria se asocia con un peor resultado después de una cirugía cardíaca. El reducir la ansiedad pre-operatoria podría mejorar tanto costos médicos como económicos.

Se evaluó ansiedad y miedos en 500 pacientes durante 24 horas antes de la cirugía electiva en la Unidad de Quirófanos Centrales del HGM. Se empleó una encuesta de miedos y una escala visual análoga para ansiedad durante el periodo pre-operatorio. Se encontró que el 35% de los pacientes manifestaron miedo al ambiente hospitalario, 33% a la cirugía, 45% a la anestesia y el 45% no sabían en

qué consistía la cirugía que se les realizaría. Con respecto a la ansiedad se mostraron datos sugestivos de ansiedad como preocupación, inseguridad, dificultad en la concentración para responder, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño, todas de intensidad variable, que pudieran manifestarse como ataques de pánico y/o síntomas fóbicos. Los resultados de acuerdo a la escala visual de la ansiedad, mostraron que los valores referidos por los pacientes se manifestaron entre 2 y 5, lo que se traduce como ansiedad leve a moderada (Ruiz, Muñoz, Olivero & Islas, 2000)

En el Hospital de Llobregat, realizaron una investigación en 24 pacientes a los que se les iba implantar un marcapaso, con la finalidad de disminuir la ansiedad y la incidencia de complicaciones transoperatorias a través de la información y del control del dolor. Los resultados obtenidos en la situación preoperatoria reportada por los pacientes, fue: 7 tranquilos, 7 algo nerviosos, 5 nerviosos y otros 5 muy nerviosos. En el total de la muestra la información facilitada contribuyó a disminuir la ansiedad y con ello la incidencia de complicaciones (Fernández, Figuera, Companys, Pinilla & Muñoz, 2002).

En un estudio prospectivo y longitudinal con una muestra de 100 pacientes sometidos a cirugía cardíaca, se realizaron entrevistas preoperatorias en la que se completó el Cuestionario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), se registraron variables quirúrgicas (riesgo quirúrgico, tipo de cirugía, días de ingreso pre-operatorio y antecedentes quirúrgicos), dolor, consumo de analgésicos y morbilidad clínica post-operatoria. Se encontró que el 32% de los casos sufrieron ansiedad preoperatoria y el 19% depresión. La ansiedad preoperatoria incrementó significativamente el dolor y el consumo de analgésico post-operatorio (Navarro et al., 2011).

3.2 Depresión

Como menciona Rozanski, Blumenthal y Kaplan (Citado en Zuñiga, 2010) la depresión tiene repercusiones en los pacientes con enfermedades coronarias:

- Hábitos de vida poco saludables.
- Hiperkortisolemia.
- Alteraciones en la función plaquetaria.
- Menor variabilidad del ritmo cardíaco.
- Efecto arritmogénico

Vilchis, Secín, López & Códova (2010) determinaron la frecuencia de ansiedad y depresión en una muestra de pacientes adultos que acuden al servicio de Urgencias del Hospital Ángeles del Pedregal. Se les aplicó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria a 96 pacientes. Se encontró una frecuencia de 34.8% de pacientes con ansiedad y 8.7% con depresión.

Un estudio evaluó la prevalencia de ansiedad y depresión en procedimientos invasivos en donde se incluía el implante de marcapaso, se encontró que los pacientes presentan una prevalencia de ansiedad y depresión elevada; hubo un número importante de pacientes ansiosos 34,4% y 31,3% en depresión (Carneiro, Andrade, Telles, Rassi, Siqueira, Gozzani & Pimentel, 2009).

Una investigación realizada en el HGM evaluó ansiedad y depresión en pacientes, dos semanas antes de su implante de marcapaso se empleó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), encontrándose prevalencias altas de ansiedad y depresión (León, 2012). Lo que corrobora la presencia de las variables estudiadas en la presente investigación (ansiedad y depresión).

Se realizó un estudio con intervención de tipo pre-experimental en el Cardiocentro Ernesto Ché Guevara, se demostró la efectividad de la Terapia Floral

de Bach en el tratamiento de la depresión que sufren con frecuencia los pacientes en espera del acto quirúrgico cardiovascular. Se trabajó con una muestra de 33 adultos con enfermedades cardiovasculares con un rango de edad entre 20 y 60 años, durante la etapa preoperatoria. Del total de sujetos deprimidos, 26 (78.8%) pertenecen al grupo de los adultos y 7 (21.2%) pertenecen al grupo de los jóvenes. Los resultados evidenciaron que las personas estudiadas se ubican en su mayoría en la categoría de Moderada Distimia Depresiva, seguidos de Síntomas Situacionales y por último, en un menor número en Severa Distimia Depresiva, dichos grados de depresión disminuyeron de forma considerable después de la Terapia Floral, demostrando la existencia de diferencias significativas de este indicador antes y después del tratamiento, así como la efectividad de dicha intervención (Pérez, 2003).

3.3 Estilos de Afrontamiento

Desde hace varias décadas el estudio de los procesos de afrontamiento ha cobrado una gran importancia en el ámbito de la Psicología, constituyendo una herramienta fundamental para la adaptación del paciente a eventos altamente estresantes, como lo son las enfermedades crónicas .

La definición de Lazarus & Folkman (1986) continúa vigente y describe el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 164).

Lazarus y Folkman (1986) plantearon la distinción entre el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional producto del problema y el dirigido a manipular o alterar el problema. Mientras que Moss y Holahan (2003) explican el proceso de afrontamiento en términos de un esquema marco que comprende factores personales estables y factores situacionales transitorios como

precursores de los esfuerzos de afrontamiento. Esta integración según los autores consta de 5 paneles:

- Sistema ambiental
- Sistema Personal
- Condiciones de cambio
- Valoración cognitiva
- Salud y bienestar

En esta línea Moos y colaboradores habían distinguido dos tipos de estrategias centradas en el problema, unas comportamentales y otras cognitivas. Las primeras hacen referencia a conductas activas para manejar directamente el problema y las segundas se centran en el dominio de las valoraciones acerca del evento estresante en un intento por cambiar las percepciones del mismo.

Existen diversos estilos de afrontamiento descritos (Moss & Holahan, 2003):

- Reevaluación Positiva: Los intentos cognitivos para reestructurar un estresor de forma positiva.
- Solución de Problemas: Se define como los intentos conductuales para emprender acciones que lleven a la solución directa de la situación que causa estrés.
- Búsqueda de Recompensas: Es implicarse en actividades sustitutas y crear nuevas fuentes de satisfacción.
- Análisis Lógico: Prepararse mentalmente para el estresor y sus consecuencias.
- Búsqueda de Guía y Soporte: Intentos conductuales para buscar información, guía o soporte.
- Evitación Cognitiva: Evitar pensar de forma realista sobre el problema.

- Aceptación-Resignación: Aceptar el problema puesto que no se encuentra solución.
- Descarga emocional: Intentos conductuales para reducir la tensión mediante la expresión de sentimientos negativos.

Hay evidencia que habla acerca de lo benéfico o dañino que puede ser un tipo de afrontamiento en determinadas enfermedades y situaciones. El estilo de afrontamiento activo se relaciona con una mejor salud cardiovascular, pues a pesar de la reactividad fisiológica que genera el organismo, regresa más pronto a su estado basal (estando menos expuesto a las catecolaminas) en comparación al estilo pasivo (Guerrero & Palmero, 2006). De igual forma está asociado con un aumento en el bienestar, adaptación a la enfermedad, adherencia al tratamiento, función inmune y los estados afectivos positivos; por otro lado, el estilo de afrontamiento pasivo (centrado en la emoción), está relacionado con la presencia de trastornos emocionales, deterioro funcional y la pérdida de control (Contreras et al., 2007).

El afrontamiento de tipo activo orientado hacia el problema, tiene un efecto benéfico sobre los síntomas de ansiedad, adicción al alcohol y trastornos del pensamiento (Vollrath, Alnaes & Torgersen, 2003).

Guerrero y Palmero (2006) han encontrado que la creencia generalizada sobre la autoeficacia relacionada con el autocontrol, sirve como atenuante de la ansiedad y las valoraciones amenazantes, asegurándose la obtención de un objetivo, mediante la identificación de los recursos propios, la confianza y la motivación.

La estrategia de evitación, por su parte, no constituye un estilo efectivo, ya que predice más síntomas de depresión, estados afectivos negativos, menor apoyo social percibido y además no protege a los pacientes del malestar

psicológico y el distrés emocional, se asocia con niveles altos de ansiedad y depresión (Arraras, Wrigth, Jusue, Tejedor & Calvo, 2002).

La estrategia de reinterpretación positiva, en la cual el individuo reconoce la realidad de la enfermedad y se centra en los aspectos positivos de la situación, permite predecir significativamente la calidad de vida (Gunzerath, Connelly, Albert & Knebel, 2001). Carrobles, Remor & Rodríguez (2003) comentan acerca de lo efectivo que es la Reevaluación Positiva ya que predice menos síntomas de depresión y estados afectivos negativos.

Se ha encontrado que ciertos estilos de afrontamiento son menos eficientes y que afectan potencialmente la calidad de vida de las personas, entre los que están las estrategias confrontativa, independiente, evasiva y emotiva (Lindqvist, Carlsson & Sjöden, 2000). La estrategia de catastrofizar, se ha relacionado con la interferencia creciente en las actividades diarias del paciente, con síntomas depresivos y con disminución del funcionamiento físico, lo que afecta de manera considerable la calidad de vida del paciente (Griswold, Evans, Spielman & Fishman, 2005). De igual forma, aquellas estrategias que implican distracción y rogar-esperar se relacionan con elevados niveles de la intensidad del dolor, menor actividad física y mayores niveles de ansiedad (McCracken, Goetsch & Semenchuck, 1998; Woby, Watson, Roach & Urmston, 2005).

Así, el afrontamiento ayuda a mantener el control sobre la vida y a encontrar el suficiente bienestar psicológico, el cual puede incidir en la adopción de comportamientos más funcionales, la adherencia al tratamiento y los cambios en el estilo de vida (Badía & Lizán, 2003; Contreras et al., 2007).

Las estrategias de afrontamiento son aspectos altamente relevantes cuando se abordan los patrones comportamentales, aunado a que en la literatura científica

han demostrado una importante relación con la enfermedad cardiovascular, en términos de factores psicológicos modificables.

Actualmente no se conoce cuáles son los estilos de afrontamiento más efectivos para enfrentar la ansiedad y depresión causadas por el procedimiento, al cual se someten los pacientes candidatos a implante de marcapaso.

Justificación

Al ser las ECV las principales causas de muerte en todo el mundo, generan altos costos monetarios en su atención, diagnóstico y tratamiento. Representan un mayor número de ingresos hospitalarios, debido frecuentemente a factores psicológicos, además de que existe una repercusión en la calidad de vida de las personas que las padecen.

En general, las enfermedades del corazón son 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. La cual es necesaria que contemple al individuo como un ser biopsicosocial, además de tomarse en cuenta su proceso de salud enfermedad, ya que se han realizado diversos estudios que demuestran la comorbilidad de factores psicológicos en las Enfermedades Cardiovasculares.

La evaluación específica de la ansiedad y de la depresión, no está incluida en la rutina de evaluación pre-operatoria. Aun sabiendo que la ansiedad y la depresión pueden alterar el curso ideal de la intervención quirúrgica, aumentando tiempo destinado, recursos físicos y económicos. Además es necesario identificar con qué recursos cuenta el paciente para afrontar los procedimientos que conlleva la enfermedad, y específicamente en un procedimiento al cual se someten los pacientes con arritmia cardíaca, como lo es el implante de marcapaso.

Los procedimientos invasivos, provocan en algunas personas, ansiedad, temor, depresión, angustia, etc., sin embargo, no se tiene conocimiento preciso acerca de cuáles tipos de afrontamientos son efectivos para prevenir algunas reacciones psicológicas que acompañan a cualquier procedimiento quirúrgico. Es necesario identificar el estilo de afrontamiento que tiene alguna relación positiva o

negativa con los niveles de ansiedad y depresión que pueda presentar el paciente en estado pre-implante.

Dado que los estilos de afrontamiento son considerados variables cognitivas susceptibles de evaluación y modificación, los resultados de esta investigación pueden tener importantes implicaciones para el diseño de implementación de intervenciones interdisciplinarias, con el objetivo común de disminuir padecimientos psicológicos y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

La ineludible misión que tiene la Psicología y especialmente, la Psicología de la Salud en la labor orientadora y psicoterapéutica, es favorecer el desarrollo de estilos de afrontamiento positivos y constructivos, que al mismo tiempo estimulen la conformación y estructuración de pilares protectores que den origen a comportamientos resilientes, frente a las adversidades y especialmente ante los procedimientos propios de la enfermedad.

Por tal motivo, el presente trabajo identificó afrontamientos predominantes y la relación de éstos con niveles de ansiedad y depresión en estado pre-implante de marcapaso con pacientes diagnosticados con arritmia cardíaca del HGM.

Planteamiento del problema

¿Existirá correlación entre estilos de afrontamiento con niveles de ansiedad y depresión en los pacientes que se someterían a implante de marcapaso en el Hospital General de México?

OBJETIVOS

General

Determinar la relación entre los estilos de afrontamiento con los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes que se someterían a implante de marcapaso en el Hospital General de México.

Específicos

Evaluar el nivel de ansiedad previo al implante de marcapaso (pre-implante).

Evaluar el nivel de depresión previo al implante de marcapaso (pre-implante).

Conocer los tipos de afrontamiento predominantes en los pacientes previo al implante de marcapaso.

Establecer relación de los estilos de afrontamiento con niveles de ansiedad.

Establecer relación de los estilos de afrontamiento con niveles de depresión.

Definición conceptual y operacional de las variables de estudio

Ansiedad

Definición conceptual:

Relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluada por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (Lazarus, 1976)

Definición operacional:

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) de Snaith y Zigmond, 1983; se clasifica en niveles, de 0 a 2 puntos es normal, entre 3 a 8 puntos leve a moderado y más de 9 puntos es severa.

Depresión

Definición conceptual:

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:

Presencia de síntomas depresivos en cuatro niveles: 0-1 normal, 2-6 leve/moderada y mayor a 7 severa según la Escala de Ansiedad Hospitalaria (HADS) Snaith y Zigmond, 1983.

Estilos de afrontamiento

Definición conceptual:

Respuestas ante el estrés que consisten en un esquema marco que comprende factores personales estables y situacionales transitorios del individuo que permiten dar cuenta de las conductas de afrontamiento que se realizan (Moss y Holahan, 2003)

Definición operacional:

Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI-A). Integrado por 48 reactivos que contienen 8 estrategias de afrontamiento divididas a su vez en las categorías de evitación y aproximación (R.H. Moos adaptación española, 2010)

MÉTODO

Participantes

Participó en el estudio una muestra de 12 pacientes candidatos a marcapaso de la Clínica de Arritmias del servicio de Cardiología del Hospital General de México que cumplieron con los siguientes criterios:

Inclusión

Pacientes que hayan firmado la carta de consentimiento informado.

Pacientes candidatos a implante de marcapaso, mayores de 30 años, alfabetizados.

No inclusión

Padecer algún trastorno psiquiátrico o algún padecimiento oncológico reportado en el expediente médico del HGM.

Exclusión

Pacientes que no contestaron el 100% de los reactivos del Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI-A) R.H. Moos adaptación española, 2010 y de la Escala de Ansiedad Hospitalaria (HADS) Snaith y Zigmond, 1983.

Escenario

Laboratorio de electrofisiología clínica y experimental del Hospital General de México, ubicado en la calle Dr. Balmis No. 148, en la Colonia Doctores de la Delegación Cuauhtémoc, en el Distrito Federal, México.

Instrumentos

Cuadernillo de evaluación psicológica integrado por los siguientes documentos (Anexo 1):

- Carta de consentimiento informado: en la cual se expusó los lineamientos éticos por los que se rigió la investigación, se explicó en que consistía la participación del paciente especificando su libertad para decidir respecto de su participación en la investigación, su permanencia y la confidencialidad de la información obtenida.
- Ficha de identificación: donde estaban contenidos los datos sociodemográficos del paciente.
- Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI-A). Diseñado por R.H. Moos adaptación española (2010), cuenta con 48 reactivos que contienen 8 estrategias de afrontamiento divididas a su vez en las categorías de evitación y aproximación. Los estudios de de la adaptación española del CRI-A, muestra una consistencia interna satisfactoria con valores de 0.81 y 0.90 según las escalas de estilos de afrontamiento.
- 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 mostró una buena consistencia interna y validez. El coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.85.

Diseño

Se utilizó un diseño transversal de tipo exploratorio, descriptivo y correlacional.

Procedimiento

En el tiempo de espera que tuvo el paciente antes de realizarse el procedimiento invasivo; se le realizó la aplicación de los instrumentos de evaluación, se llevó a cabo en una sola sesión, de forma individual y con una duración aproximada de 20 minutos. Previo a la aplicación se les informó a los pacientes y al familiar que lo acompañaba sobre el objetivo del estudio y se les solicitó su consentimiento para participar de forma voluntaria a través de una firma en la Carta de Consentimiento Informado.

En la sesión se le presentó al paciente primeramente la Carta de consentimiento informado, una vez firmada se le aplicó la Escala de Ansiedad Hospitalaria (HADS) Snaith y Zigmond, 1983. Posteriormente se le administró el Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI-A) de R.H. Moos adaptación española (2010).

Consideraciones éticas

Para la presente investigación se tomaron en cuenta los lineamientos establecidos del Hospital General de México: informar al paciente de los riesgos, procedimientos, objetivos y beneficios a los que será sometido durante el desarrollo de la investigación. Así como se expresó la capacidad que tiene de elegir libremente su participación o permanencia y la confidencialidad de los datos obtenidos. La información proporcionada por el paciente, fue utilizada solo con fines de la

investigación de manera confidencial. Se empleó una carta de consentimiento informado en la cual se describió los aspectos y fines de la investigación, se consintió la participación de los pacientes en el proyecto, para ello fue necesario que el paciente y un familiar firmaran la carta de consentimiento.

RESULTADOS

Para el desarrollo estadístico se aplicarán algunas técnicas de estadística descriptiva como las medidas de tendencia central (media y moda) con el fin de obtener los estilos de afrontamiento más utilizados, se realizarón descripciones de las frecuencias observadas (porcentajes) así como medidas de desviación estándar. Para estimar los niveles de correlación de las variables ansiedad y depresión con estilos de afrontamiento, se utilizó un modelo matemático de la estadística inferencial paramétrica conocido como Correlación de Pearson, mediante el programa estadístico SPSS versión 18.0 para Windows. Las correlaciones de Pearson se interpretaron por su magnitud, signo y por su significancia.

A continuación se describen los resultados obtenidos en la evaluación psicológica realizada a los pacientes en estado pre-implante de marcapaso del HGM. En primer lugar se presentan los datos sociodemográficos y psicológicos (ansiedad, depresión y modos de afrontamiento) de la muestra y al final las pruebas de correlación realizadas para cumplir el objetivo del presente trabajo.

○ **Datos Sociodemográficos**

La muestra total estuvo conformada por 12 pacientes que se encontraba en estado pre-implante de marcapaso. La edad promedio de dichos pacientes fue de 76 años. Con respecto al género el 58.3% eran hombres y el 41.7% mujeres, la mitad de la muestra reportó ser viudos. Todos los pacientes eran alfabetizados, sin embargo la mayoría (91.6%) reportó tener niveles bajos de estudios agrupando alfabetizados (50%), primaria (33.3) y secundaria (8.3%). La ocupación que predominó fue ama de casa (41.7%). En la tabla 2 se observan los principales datos sociodemográficos.

Tabla 2. Datos sociodemográficos de los pacientes pre-implante de marcapaso

| | | Porcentajes y Frecuencias |
|---------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| Edad | \bar{X} =76 años Mín. 60 Máx.92 | |
| Género | Masculino | 58.3% (7) |
| | Femenino | 41.7% (5) |
| Estado Civil | Soltero (a) | 8.3% (1) |
| | Casado o unión libre | 41.7% (5) |
| | Viudo (a) | 50.0% (6) |
| Ocupación | Empleado | 33.3% (4) |
| | Ama de casa | 41.7% (5) |
| | Oficios | 8.3% (1) |
| | No trabaja | 16.7% (2) |
| Escolaridad | Alfabetizados | 50% (6) |
| | Primaria | 33.3% (4) |
| | Secundaria | 8.3% (1) |
| | Profesionista | 8.3% (1) |
| Religión | Católico | 91.7% (11) |
| | Cristiano | 8.3% (1) |

○ **Evaluación Psicológica**

• **Percepción de Salud y Estilo de Vida**

En la tabla 3 se observan las respuestas a preguntas relacionadas con salud y estilo de vida que reportaron los pacientes en estado pre-implante de marcapaso. En general el 58.4% de los pacientes se perciben con una mala salud y el 41.7% consideran ser muy saludables, con respecto a la presión por el estilo de vida que llevan actualmente; manifiestan sentirse nada (33.3%) y poco presionados (41.7%). La mayoría de la muestra (83.3%) en su tiempo libre realiza actividades sedentarias tales como coser, leer o ver televisión.

Al cuestionarles acerca de lo que realizan para cuidar su salud, sólo el 16.7% reportó seguir tratamiento médico. El 25% no realiza nada, mientras el 33.3% comenta que ha hecho modificaciones en el estilo de vida (alimentación balanceada, actividades físicas, conductas de salud) Al conocer acerca de su disposición para cambios en el estilo de vida se observó que el 41.7% lo ha

pensado pero no lo ha llevado a cabo. También se les preguntó a los pacientes el nivel de información que tenían sobre el procedimiento de implante de marcapaso y se observó que sólo el 16.7% manifestó estar adecuadamente informados.

Tabla 3. Preguntas relacionadas con salud

| Porcentajes y Frecuencias | |
|---|------------|
| ¿Qué tan saludable se considera? | |
| Poco saludable | 16.7% (3) |
| Regularmente saludable | 41.7% (5) |
| Muy saludable | 41.7% (5) |
| ¿Qué tan presionado se siente con el estilo de vida que lleva? | |
| Nada presionado | 33.3% (4) |
| Poco presionado | 41.7% (5) |
| Regularmente presionado | 16.7% (2) |
| Muy presionado | 8.3% (1) |
| ¿Qué hace en su tiempo libre? | |
| Recreativas pasivas | 83.3% (10) |
| Recreativas activas | 16.7% (2) |
| Considerando su enfermedad cardíaca actual, ¿Qué hace para cuidar su salud? | |
| Nada | 25.0% (3) |
| Seguir tratamiento medico | 16.7% (2) |
| Modificaciones en el estilo de vida | 33.3% (4) |
| Ambas | 25% (3) |
| Al tener una enfermedad cardíaca hay que hacer cambios en el estilo de vida ¿Qué tanto está dispuesto a hacer estos cambios? | |
| No estoy dispuesto a hacerlos en este momento | 8.3% (1) |
| Lo he pensado pero no lo he llevado a cabo | 41.7% (5) |
| Ya los estoy haciendo desde hace un mes | 16.7% (2) |
| Llevo más de 6 meses haciéndolo | 33.3% (4) |

| ¿Qué tan informados se encuentra acerca del procedimiento al que se someterá en unos momentos (implante de marcapaso)? | |
|---|-----------|
| Nada Informado | 33.3% (4) |
| Poco Informado | 16.7% (2) |
| Medianamente informado | 33.3% (4) |
| Muy informado | 16.7% (2) |

- **Ansiedad y Depresión**

De igual forma en la Ficha de Identificación se les preguntó a los pacientes sí experimentaban ansiedad o nerviosismo ante el procedimiento de implante de marcapaso al que se someterían, la mitad de la muestra (50%) manifestó encontrarse poco ansiosos y el 8.3% muy ansiosos (tabla 4).

Tabla 4. Reporte subjetivo de ansiedad o nerviosismo

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------------|-------------------|
| ¿Qué tan nervioso o ansioso se encuentra en este momento? | | |
| Nada ansioso | 2 | 16.7% |
| Poco ansioso | 6 | 50% |
| Medianamente ansioso | 3 | 25% |
| Muy Ansioso | 1 | 8.3% |

En la Figura 2 se muestran los resultados obtenidos en la Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS). En ansiedad se observa que el 75% de los pacientes evaluados presentan ansiedad moderada y un 8.3% severa. Con respecto a depresión se manifestó que un 58.3% tienen depresión moderada, mientras que un 16.7% presentan severa.

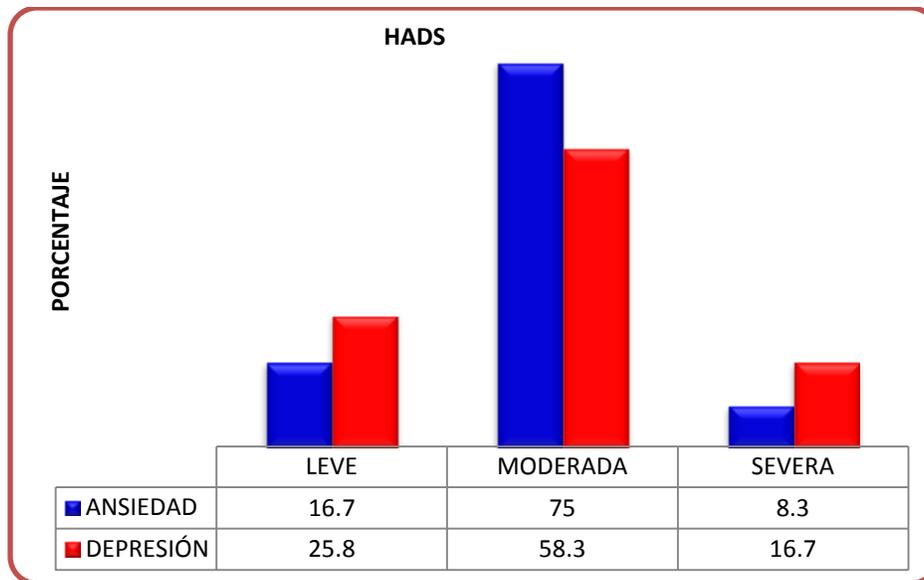


Figura 2. Nivel de Ansiedad y Depresión

- **Estilos de Afrontamiento**

En la figura 3 se observan los puntajes promedio de la muestra con respecto a los 8 estilos de afrontamiento evaluados en el Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRIA). Estos resultados permiten observar que los afrontamientos predominantes se presentan en el orden siguiente: Revaluación Positiva ($\bar{x}=12.83$, $s=2.25$), Solución de Problemas ($\bar{x}=12.25$, $s=2.89$), Búsqueda de Recompensas ($\bar{x}=8.75$, $s=2.66$), Análisis Lógico ($\bar{x}=7.33$, $s=2.34$), Evitación Cognitiva ($\bar{x}=7.08$, $s=4.66$), Búsqueda de Guía y Apoyo ($\bar{x}=7.00$, $s=3.27$), Aceptación Resignación ($\bar{x}=5.83$, $s=2.32$) y Descarga Emocional ($\bar{x}=5.08$, $s=3.52$).

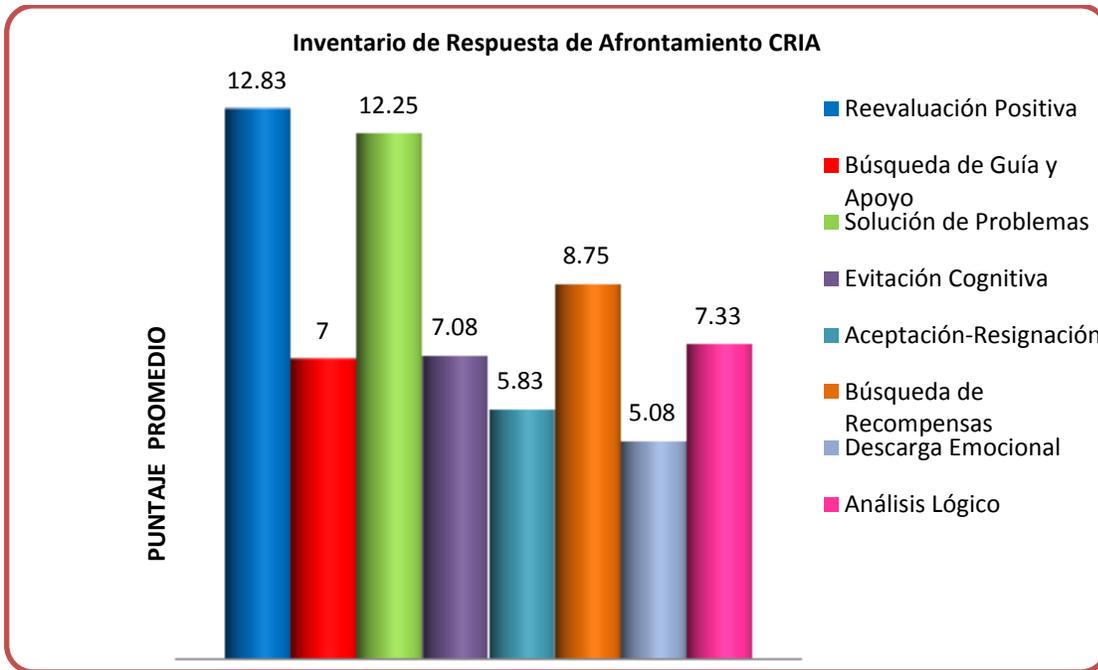


Figura 3. Puntaje Promedio de Modos de Afrontamiento

○ **Correlaciones de Ansiedad y Modos de Afrontamiento**

En la Tabla 5 se observan las pruebas de Correlación de Pearson realizadas para evaluar la relación entre ansiedad y estilos de afrontamiento. De los 8 estilos de afrontamiento evaluados mediante el CRIA, se encontró que el afrontamiento de Análisis Lógico expresa un nivel de relación considerable de acuerdo a su magnitud y correlación positiva con la ansiedad ($r = 0.647$) es decir, cuando el análisis lógico aumenta el nivel de ansiedad lo hace de manera proporcional (Figura 4), además este resultado indica que existe una significativa dependencia lineal entre estas dos variables ($\text{sig.}=0.023$), para tener un estimado de la relación entre estas variables se utilizó como referencia el coeficiente de determinación ($r^2= 0.4186$) el cual permite establecer que el 41% de los niveles de ansiedad que los pacientes presentan esta explicada por la utilización del estilo de afrontamiento Análisis Lógico.

Los siguientes cuatro estilos de afrontamiento presentaron correlaciones negativas: Reevaluación Positiva ($r = -0.22$), esta indica una relación débil, sin embargo su signo permite interpretar que cuando el paciente utiliza la reevaluación positiva sus niveles de ansiedad tienden a disminuir, por tanto este modo de afrontamiento es un buen indicativo a considerar en las futuras intervenciones en este tipo de pacientes. Con relación al afrontamiento Búsqueda de Guía y Apoyo ($r = -0.276$) la correlación es débil y negativa, por lo que permite estimar la tendencia de que cuando el paciente busca guía y apoyo los niveles de ansiedad disminuyen, razón por la cual se podría poner atención en este estilo de afrontamiento y trabajar en él. El afrontamiento Solución de Problemas ($r = -0.153$) expresa una relación débil, por su signo manifiesta que cuando el paciente busca solucionar sus problema el nivel de ansiedad disminuye razón por la cual este modo es también un indicativo a considerar en la intervención. Finalmente el modo Búsqueda de Recompensas ($r = -0.060$) mostró una relación muy débil, sin embargo este modo podría ser considerado para la intervención ya que permite observar que a mayor búsqueda de recompensa menor nivel de ansiedad.

Tabla 5. Correlación entre Ansiedad y Modos de Afrontamiento de pacientes en estado pre-implante de marcapaso

| Modo de Afrontamiento | Correlación r | r² | Sig. |
|---------------------------------|--------------------------|----------------------|-------------|
| Reevaluación Positiva | - 0.211 | 0.0445 | 0.510 |
| Búsqueda de Guía y Apoyo | - 0.276 | 0.0761 | 0.385 |
| Solución de Problemas | - 0.153 | 0.0234 | 0.634 |
| Evitación Cognitiva | 0.076 | 0.0057 | 0.814 |
| Aceptación-Resignación | 0.386 | 0.1489 | 0.215 |
| Búsqueda de Recompensas | - 0.060 | 0.0036 | 0.854 |
| Descarga Emocional | 0.205 | 0.0420 | 0.523 |
| Análisis Lógico | 0.647 | 0.4186 | 0.023* |

Nota: Significativo al nivel $\alpha \leq 0.05^$*

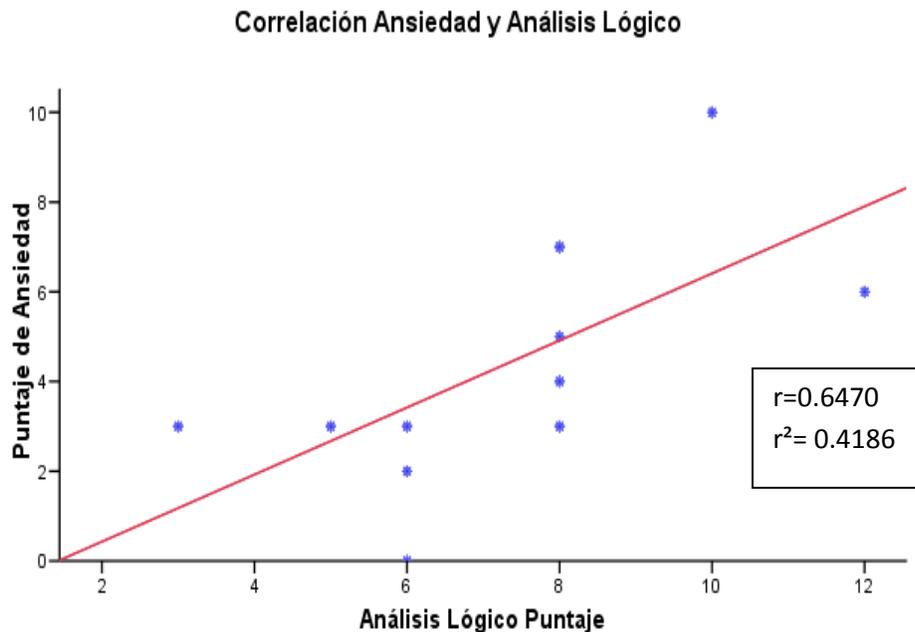


Figura 4. Diagrama de dispersión de Ansiedad y Análisis Lógico

○ **Depresión y Modos de Afrontamiento**

En la tabla 6 se presenta la prueba de Correlación de Pearson empleada para identificar la relación entre depresión y estilos de afrontamiento. Donde se encontró que el afrontamiento Reevaluación Positiva tiene una correlación significativa y negativa ($r= -0.694$, $sig.= 0.012$), lo cual indica que mientras el puntaje de ese afrontamiento aumenta, la depresión disminuye como se observa en la figura 5, el coeficiente de determinación ($r^2=0.481$) permite establecer que el 48% de los niveles de depresión que los pacientes presentan están explicados por la utilización de dicho afrontamiento.

El afrontamiento de Búsqueda de Recompensas presenta también una correlación significativa y negativa ($r=-0.598$, $sig.=0.040$), es decir; cuando el puntaje de dicho afrontamiento aumenta, los niveles de depresión disminuyen. En

ambos modos de afrontamiento (Reevaluación Positiva y Búsqueda de recompensas) existe una correlación inversamente proporcional.

Se observa también que la mayoría de estilos de afrontamiento presentaron correlaciones débiles y negativas con excepción de Análisis Lógico ($r=0.054$). Por lo que permite estimar la tendencia de que cuando el paciente emplea los estilos de afrontamiento: Búsqueda de Guía y Apoyo, Solución de Problemas, Evitación Cognitiva, Aceptación-Resignación y Descarga Emocional los niveles de depresión presentados en los pacientes candidatos a marcapaso disminuyen.

Tabla 6. Correlación entre Depresión y Modos de Afrontamiento de pacientes en estado pre-implante de marcapaso

| Modo de Afrontamiento | Correlación r | r² | Sig. |
|---------------------------------|--------------------------|----------------------|-------------|
| Reevaluación Positiva | - 0.694 | 0.481 | 0.012* |
| Búsqueda de Guía y Apoyo | - 0.436 | 0.190 | 0.156 |
| Solución de Problemas | - 0.472 | 0.222 | 0.121 |
| Evitación Cognitiva | - 0.464 | 0.215 | 0.129 |
| Aceptación-Resignación | - 0.147 | 0.021 | 0.648 |
| Búsqueda de Recompensas | - 0.598 | 0.357 | 0.040* |
| Descarga Emocional | - 0.188 | 0.035 | 0.558 |
| Análisis Lógico | 0.054 | 0.002 | 0.867 |

Nota: Significativo al nivel $\alpha \leq 0.05^*$

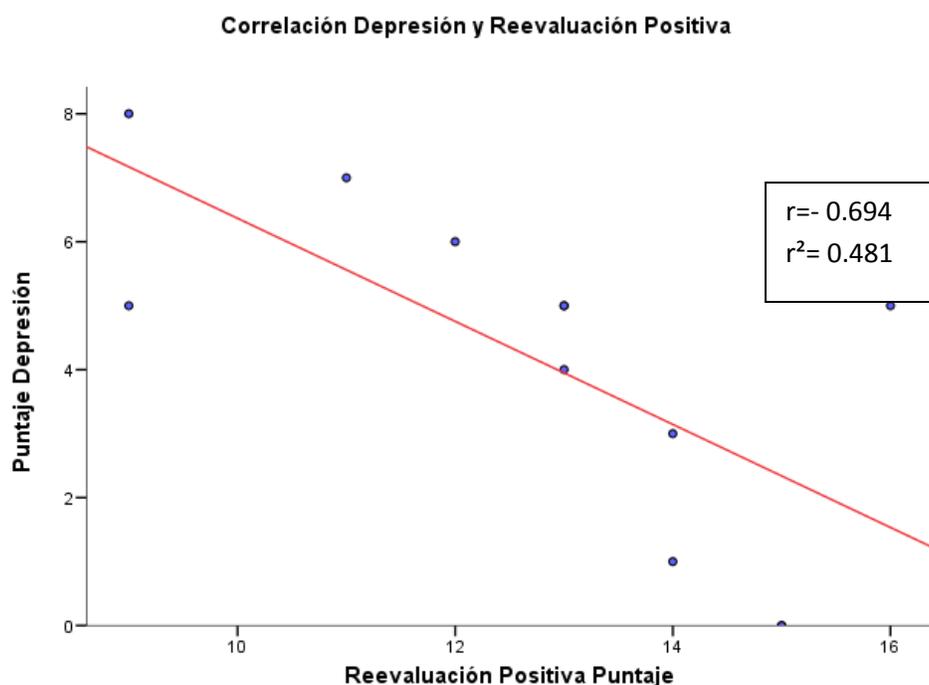


Figura 5. Diagrama de dispersión de Depresión y Reevaluación Positiva

Se encontró que la variable nivel de información reportado por los pacientes respecto al procedimiento de implante de marcapaso, también presentó una correlación negativa con la ansiedad ($\rho = -0.56$, $\text{sig.} = 0.058$); se utilizó un modelo matemático de la estadística inferencial no paramétrica llamado Correlación de Spearman debido a que el nivel de medición de las variables evaluadas es ordinal. Como se observa en la Tabla 7 dicha correlación permite interpretar que ante mayor nivel de información que reportan recibir los pacientes acerca del procedimiento de implante de marcapaso, presentan menor nivel de ansiedad previo a su implante de marcapaso.

Tabla 7. Correlación de ansiedad y depresión con nivel de información

| | Correlación Rho | Sig. |
|------------------|-----------------|-------|
| Ansiedad | - 0.561 | 0.058 |
| Depresión | - 0.295 | 0.351 |

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En la presente investigación se planteó como objetivo principal: Determinar relación de estilos de afrontamiento con ansiedad y depresión en los pacientes que se someterían a implante de marcapaso en el Hospital General de México.

Atendiendo el objetivo principal, la metodología empleada permitió conocer los coeficientes de correlación entre la ansiedad y depresión en el paciente candidato a marcapaso, específicamente en el momento pre-implante, también se logro identificar los estilos de afrontamiento empleados ante el procedimiento invasivo y así establecer el nivel de correlación entre ansiedad y depresión.

La correlación encontrada con Ansiedad fue sólo significativa con el estilo de afrontamiento de Análisis Lógico el cual se correlaciona de forma positiva ($r=0.647$, $\text{sig.}=0.023$), por lo tanto mientras el puntaje en dicho estilo de afrontamiento incrementa, de igual forma sucede con la ansiedad. Se considera que el Análisis Lógico no sería efectivo emplear en pacientes que se someterán a un implante de marcapaso; recordando que dicho afrontamiento hace referencia a que el paciente se anticipe mentalmente al procedimiento y sus posibles consecuencias, ello podría incrementar más de lo aceptable sus niveles de ansiedad. Es relevante el hecho de que dicho afrontamiento se encuentra dentro de los que se aproximan al estresor, ya que según la literatura los que se asocian con niveles altos de ansiedad son los de evitación (Arraras, Wrigth, Jusue, Tejedor & Calvo, 2002). Por otro lado, hay que considerar que es probable que el paciente al prepararse mentalmente al procedimiento y al pensar en sus posibles consecuencias le causé temor o ansiedad un posible riesgo dentro del quirófano, quizás sus temores sean debidos a la calidad de información y la posible interpretación que el paciente le esté dando, es decir; tal vez la información proporcionada acerca del procedimiento de implante de marcapaso no es lo suficientemente significativa para él.

Es necesario mencionar que aunque los siguientes afrontamientos no son estadísticamente significativos proporcionan una valiosa información para enfocarse en ellos y establecer programas psicológicos que potencialicen su uso en dichos pacientes, los afrontamientos mencionados son: Reevaluación Positiva, Búsqueda de Guía, Solución de Problemas y Búsqueda de Recompensas, éstos presentaron correlaciones negativas, lo cual quiere decir que dichos modos de disminuyen los niveles de ansiedad. Esto se confirma con lo encontrado en la literatura en donde se establece que los afrontamientos activos orientados hacia el problema, tienen un efecto benéfico sobre los síntomas de ansiedad (Vollrath, Alnaes & Torgersen, 2003).

Con respecto a las correlaciones realizadas para identificar la relación entre estilos de afrontamiento y depresión; se encontraron correlaciones negativas significativas en Reevaluación Positiva ($r = -0.694$, $sig. = 0.012$) y Búsqueda de Recompensas ($r = -0.598$, $sig. = 0.040$), lo que significa que estos estilos de afrontamiento disminuyen los niveles de depresión. Estos resultados son consistentes con lo mencionado por Carroble, Remor & Rodríguez (2003) acerca de lo efectivo que es la Reevaluación Positiva ya que predice menos síntomas de depresión y estados afectivos negativos.

Se observa también que la mayoría de afrontamientos presentaron correlaciones negativas con la depresión, la excepción sigue siendo el afrontamiento de Análisis Lógico ($r = 0.054$), el cual manifiesta ser posiblemente un estilo de afrontamiento inadecuado para disminuir niveles de ansiedad y depresión.

Los estilos de afrontamientos predominantes en los pacientes que se encontraban en la sala de espera antes de implantárseles un marcapaso fueron: Reevaluación Positiva (RP), Solución de Problemas (SP), Búsqueda de Recompensas (BR) y Análisis Lógico (AL). Es preciso reiterar qué se refiere cada estilo de afrontamiento mencionado. Reevaluación Positiva tiene que ver con los intentos cognitivos para reestructurar un estresor de forma positiva, Solución de Problemas se define como los intentos conductuales para emprender acciones

que lleven a la solución directa de la situación que causa estrés, Búsqueda de Recompensas es implicarse en actividades sustitutas y crear nuevas fuentes de satisfacción y Análisis Lógico es prepararse mentalmente para el estresor y sus consecuencias (Moss & Holahan, 2003).

La muestra total estudiada emplea en similar proporción estilos de afrontamiento cognitivos y conductuales. En cuestión de la división que plantea Moss & Holahan (2003) de aproximación y evitación; la cual se refiere a la orientación que el sujeto toma hacia la solución de la situación estresante, se observó que puntúan más altos aquellos estilos de afrontamiento que son basados en la aproximación. Un paciente que emplee estilos de afrontamiento dirigidos a la aproximación podría ser aquel que se acerque al personal médico para aclarar sus dudas, él que reestructuró la situación de forma positiva pensando que el marcapaso le dará una mejor calidad de vida. Por el contrario un paciente que emplee en mayor medida afrontamiento de evitación, sería posiblemente aquel que evite pensar en el implante de marcapaso, manifestando una actitud pasiva ante el procedimiento, no buscaría ayuda de los demás y preferiría no pensar en el procedimiento al que se someterá.

El conocer los estilos de afrontamiento empleados por los pacientes permite conseguir una visión más global y profunda de la dinámica que se opera en determinados pacientes y el estresor específico. Además en el ámbito de la salud puede y debe tener importantes finalidades preventivas, identificando perfiles de riesgo psicopatológico. De igual forma podría tener gran utilidad en la evaluación de la eficacia de una intervención psicológica, ya que permitiría comparar los cambios operados en la conducta de afrontamiento del paciente debidos a la intervención implementada.

Con relación a las variables de ansiedad y depresión se obtuvo mediante un reporte verbal que la mitad de la muestra se encontraba en un nivel de poca ansiedad en contraste con lo obtenido a través del instrumento HADS donde se manifestó que el 83.3% presentaban ansiedad de moderada (75%) a severa (8.3%). La diferencia en el reporte verbal tiene una posible explicación con el

fenómeno de discapacidad social; además de poner en evidencia la relevancia de emplear instrumentos que midan las variables de interés con buena confiabilidad y sensibilidad.

En la evaluación de Depresión se observó una prevalencia alta de pacientes con depresión (75%) con niveles de moderada (58.3%) a severa (16.7%).

Los datos obtenidos en el HADS hacen referencia a lo que mencionan Carneiro et al, 2009 quienes evaluaron la prevalencia de ansiedad y depresión en procedimientos invasivos en donde se incluía el implante de marcapaso, encontraron que los pacientes presentaban una incidencia de ansiedad y depresión elevada; con un número importante de pacientes ansiosos 34,4% y de pacientes con depresión 31,3%. Concuerda de igual forma con lo reportado por Sarmiento (2011), en una evaluación realizada en el HGM a pacientes diagnosticados con arritmia cardíaca potencialmente letal, donde se encontró que presentaban los pacientes 23.4% de ansiedad en nivel leve a moderada. Otra investigación del mismo hospital que evaluó mediante el HADS ansiedad y depresión de pacientes dos semanas antes de su implante de marcapaso encontró que hubo prevalencias altas de ansiedad y depresión (León, 2012).

Es preciso hacer hincapié en dichas variables por las conocidas consecuencias que traen consigo, como lo que menciona Mary et al. 2008, quien estudió a 4000 pacientes con patología cardíaca durante cinco años, encontrando que los pacientes con depresión presentaron hasta un 30% más de eventos cardíacos, que los que no estaban deprimidos, por tal motivo, concluyó 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 cardíaca. El hecho de que el individuo se enfrente a la cirugía con altos niveles de ansiedad puede tener influencias negativas en la recuperación físico-psíquica postquirúrgica, tales como largas estancias hospitalarias, mayor consumo de

analgésicos; lo cual supone un perjuicio tanto para el individuo como para el sistema de salud por su elevado coste económico.

También se sabe que la ansiedad al presentarse de forma persistente o grave puede generar repercusiones psicológicas o médicas, provocando dificultad para adherirse a los tratamientos e inclusive llegar a complicaciones después del egreso hospitalario (Moser, 2007).

Para complementar las evaluaciones realizadas se recabo información adicional necesaria de los pacientes con el fin de integrar una mejor descripción de la muestra y tener una visión integrada de las condiciones de cada individuo, aunque no fueron variables propias del objetivo de estudio se obtuvieron características como:

Datos sociodemográficos en los cuales se observa que los pacientes candidatos a marcapaso, son personas de la tercera edad con una edad promedio de 76 años, con similar proporción de hombres (58,3%) y mujeres (41.7%). Lo cual concuerda con lo reportado por la OMS (2012) y por el Hospital General de México (2009). En cuanto al estado civil, más del 50% de la muestra indicó no contar con una pareja sentimental, el no tener a su lado una pareja representa en la mayoría de los casos privarse de una la de las principales cuidadoras primarias informales (Islas, Ramos, Aguilar & García, 2006), además de ser una fuente de apoyo importante debido al rol que desempeña la pareja.

En relación con la escolaridad se manifestó que el 83.3% de los pacientes no cuentan con la escolaridad básica aunado a la situación socioeconómica de los pacientes que asisten a un hospital del sector público, en donde se reciben a las personas de escasos recursos y que no cuentan con ningún tipo de seguridad social. Lo cual implica un factor de riesgo ya que son personas susceptibles a adquirir estilos de vida poco saludables, contemplando que su alimentación no es en la mayoría de los casos la recomendada, así como la información con la que cuenten acerca de factores de riesgo podría ser limitada.

Con respecto a la percepción de salud reportada por los pacientes se manifiesta que casi la mitad de la muestra se considera saludable (41.7%), lo cual no es esperado debido a que son personas que presentan una enfermedad cardíaca y además se encuentran como candidatos a marcapaso. Se encontró que la mayoría de pacientes (75%) no se sienten presionados por el estilo de vida que llevan; aun cuando el 83.3% no realiza algún tipo de actividad física. Lo cual podría deberse a que posee buenas estrategias de afrontamiento, no es consciente de la enfermedad que padece o simplemente no le interesa realizar algún cambio. Valdría la pena retomar o profundizar el tema en futuras investigaciones ya que tiene una gran importancia, se ha manifestado que la mayoría de las ECV pueden prevenirse actuando sobre los factores de riesgo, como sedentarismo, consumo de tabaco, alimentación inadecuada, obesidad, hipertensión arterial, diabetes o el aumento de los lípidos (OMS, 2012).

Por otro lado llama la atención que el 75% de la muestra no lleve a cabo las recomendaciones de seguir tratamiento médico y modificaciones en el estilo de vida para mantener una buena salud cardiovascular. Lo cual revela que probablemente son personas sin adherencia terapéutica. El 50% de los pacientes no realizan modificaciones en su estilo de vida. Lo cual según el Modelo de Etapas de cambio creado por Prochaska y Diclemente los ubicaría en las etapas más bajas (pre contemplación y contemplación) en la cuales las persona no tienen fuerte motivación de intentar un cambio positivo y benéfico para su salud.

También se cuestionó el nivel de información con el que contaban los pacientes, según la ley 26529 del Poder Legislativo Nacional (PLN) emitida en el Boletín Oficial (2009), los pacientes tienen derecho por parte del profesional interviniente a información clara, precisa y adecuada con respecto a su estado de salud; el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; beneficios esperados del procedimiento; los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; beneficios y perjuicios del procedimiento; las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto. Lo cual contrasta con lo reportado por los pacientes respecto a información con la

que contaban acerca del procedimiento al que se someterían, sólo el 16.7% indicó estar adecuadamente informados. Sería importante retomar este dato para futuras investigaciones, ya que no se evaluó la calidad de la información de dichos pacientes, ni la respuesta de los médicos en cuanto a información proporcionada.

Dicha variable es importante ya que se observó una correlación negativa significativa entre ansiedad e información ($r=-.56$, $sig.=.058$); interpretándose que ante mayor nivel de información disminuirá el nivel de ansiedad. Contemplando la importancia de proporcionar información clara y significativa a los pacientes, sobre todo acerca de procedimientos invasivos como lo es el implante de marcapaso.

A continuación se mencionan algunas de las limitantes que surgieron al realizar la presente investigación:

- La muestra de la investigación fue pequeña, por lo que probablemente se afecte la validez externa de los resultados.
- No se tomaron en cuenta características de la enfermedad como tiempo de evolución, tipo de arritmia.
- Falto realizar una evaluación post implante de marcapaso y así mismo tener un seguimiento de dichos pacientes, lo cual no se pudo realizar debido a que son en su mayoría son pacientes foráneos.
- No se realizó una evaluación profunda del nivel de información del paciente sobre el procedimiento de implante de marcapaso

Se concluye que si existen afrontamientos que pueden disminuir los niveles de ansiedad y depresión como la Reevaluación Positiva y Búsqueda de Recompensas Alternativas. Lo cual otorga al psicólogo la oportunidad de desarrollar e implementar intervenciones con la finalidad de optimizar las estrategias de afrontamiento, reforzando aquellas que sean más efectivas para la disminución de ansiedad y depresión.

Además se reafirma la importancia del papel que desempeña la psicología en el proceso de salud-enfermedad, encontrando presencia de variables psicológicas en pacientes con cardiopatías. Se sugiere no solo detectar la presencia de estas en los pacientes, sino además poder establecer programas de intervención pre-implante de marcapaso debido a la fuerte presencia de comorbilidades emocionales en dicho momento; en donde se realice una preparación psicológica para dicho procedimientos y se pueda brindar herramientas para prevenir presencia de comorbilidades emocionales. De igual forma sería conveniente una post-evaluación y seguimiento, 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 cardíacas.

Sería relevante de igual forma saber qué pasa con los pacientes cardiopatas que se les implantará otro tipo de dispositivos, como un desfibrilador, un aparato más complejo y con mayores repercusiones en la calidad de vida. Así como retomar los datos no propios del objetivo encontrados como la percepción de salud, estilos de vida y la variable información. Ya que se observó de acuerdo a los datos que es necesaria una intervención o acción en las citadas variables. Contemplando que son puntos de acción del psicólogo que pueden incrementar la calidad de vida en dichos pacientes.

Cabe resaltar de igual forma lo indispensable y conveniente del trabajo interdisciplinar y multidisciplinar para abordar el aspecto salud-enfermedad. Destacando el trabajo del psicólogo en el campo de la salud, particularmente en la atención de pacientes con cardiopatías.

REFERENCIAS

- American Heart Association, (2007). Electronic Reference [en línea]. Recuperado el 03 de junio del 2011, de www.AmericanHeartAssociation.com
- Arraras, J., Wright, S. J., Jusue, G., Tejedor, M. & Calvo, J. (2002). Coping style, locus of control, psychological distress and pain-related behaviours in cancer and other diseases. *Psychology, Health & Medicine*, 7, 181-187.
- Badia, X. y Lizán, L. (2003). Estudios de calidad de vida. En: A. Martín y J.F. Cano (Eds). *Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica*, pp: 250-271. Madrid: Elsevier.
- Baeza, J., Balaguer, G., Beler, I., Coronas, M., & Gullamón, N. (2008). *Higiene y prevención de la ansiedad*. España: Diaz de Santos.
- Baringoltz, S. (2009). *Terapia Cognitiva y Depresión*. APRA , 1-8.
- Boletín Oficial (2009). Poder Legislativo Nacional. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Recuperado el 16 de octubre del 2012, de http://www.salud.lapampa.gov.ar/archivos/Leyes/Ley_26529.pdf
- Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo.
- Brigas, S., Krikorian, A., Hernando, F., Rodríguez, O. & Jarabo, J.. (2006). Protocolo de intervención psicosocial en pacientes oncológicos sometidos a cirugía torácica. *Psicooncología*, 407-422.
- Brugada, J., Alzueta, F., Asso, A., Farré, J., Olalla, J. & Tercedor, L. (2001). Guías de prácticas clínicas de la Sociedad Española de Cardiología sobre requerimientos y equipamiento en electrofisiología. *Revista Española de Cardiología*; 54: 887-891.

- Brugada, J. & Matas, M. (2007). Arritmias y Marcapasos. Salud del Hospital Clínica de Barcelona y la fundación Nerea. BBVP 241 – 248.
- Bustamante, J. & Valbuena, J. (2008). Biomecánica de la falla cardíaca. Revista Insuficiencia Cardíaca. Vol. 3, 4, 173-83
- Caballo, V. (2008). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. España Editores Siglo XXI.
- Carmona, S., Vicente, J. & Martínez, N. (2001). Implantación de un Marcapasos Definitivo en el Hospital de la Ribera, Valencia, España. Rol de Enfermería. España: Gador
- Carneiro, A., Andrade, L., Telles, M., Rassi, A., Siqueira, N., Gozzani, L. & Pimentel, A. (2009). Evaluación de la Ansiedad y Depresión en el Período Preoperatorio en Pacientes Sometidos a Procedimientos Cardíacos Invasivos. Revista Brasileira de Anestesiología. Vol. 59, 4.
- Carrobles, J., Remor, E. & Rodríguez, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. Vol. 15, 3, pp. 420-426. Electronic Reference [en línea]. Recuperado el 05 de Octubre de 2012, de <http://www.psicothema.com/pdf/1082.pdf>
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J. & Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. Acta Colombiana de Psicología, 10, 169–179.
- Donnel, C & Elosua, R. (2008). Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. Revista Española de Cardiología. Vol. 61. Núm. 3:299-310
- De los Nietos, M. (2007). Nociones Básicas de Anatomía, Fisiología y Patología Cardíaca: Bradiarritmias y Taquiarritmias. Enfermería en Cardiología. No 40, pp 20.

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

Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica ENEP. (2005). Programa Nacional de Salud. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Electronic Reference [en línea]. Recuperado el 05 de Octubre de 2012, de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/pns_version_completa.pdf

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

Fernández, L., Figuera, A., Companys, L., Pinilla, T. & Muñoz, B. (2002). Control de la ansiedad y el dolor en el paciente al que se va a implantar un marcapaso. Electronic Reference [en línea]. Recuperado el 11 de julio del 2012, de <http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/2703.pdf>

Fernández, E., Martín, M., & Domínguez, F. (2003). Factores de Riesgo e intervenciones psicológicas clínicas en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*, 615-630.

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.

Figueroa, C., & Ramos, B. (2006). Factores de riesgo de la hipertensión arterial y la salud cardiovascular en estudiantes universitarios. *Anales de psicología*, 22 (2), 169-174.

Fundación Española del Corazón. (2009). Electronic Reference [en línea]. Recuperado el 06 de Febrero de 2012, de <http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular.html>

Galvan, P. (2006). Arritmias Cardíacas. España: Cardioba.

- Guerrero, C. y Palmero, F. (2006). Percepción de control y respuestas cardiovasculares. *International Journal o Clinical and Health Psychology*, 6, 145-168.
- Gonzáles, P. (2007). Nivel de Ansiedad y Depresión en Pacientes con Infarto Agudo de Miocardio Atendidos en el Hospital Rebagliati Martins. Tesis de Licenciatura. UNMSM. Lima Perú.
- Griswold, G., Evans, S., Spielman, L. & Fishman, B. (2005). Coping strategies of HIV patients with peripheral neuropathy. *Journal Taylor*. Volume 17.
- Gunzerath, L., Connelly, B., Albert, P. & Knebel, A. (2001). Relationship of personality traits and coping strategies to quality of life in patients with alpha-1 antitrypsin deficiency. *Psychology, Health & Medicine*, 6, 335-341.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2008). Electronic Reference [en línea]. Recuperado el 21 de julio del 2011, de <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo107&s=est&c=23587>
- Hospital General de México (2009, agosto). Implantan 2000 marcapasos, donación de Medtronic. García.
- Islas, N., Ramos, B., Aguilar, M. & García, M. (2006). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Medigraphic Artemisa*. Volumen 19, número 4, pp. 266-271.
- Inventario de Respuestas de Afrontamiento Adultos CRI-A. (2010). R.H Moos. Adaptación Española. Publicaciones de Psicología Aplicada. Ediciones Tea.
- Lameiras, M. & Faílde, J. (2000). *La Psicología Clínica y de la Salud en el Siglo XXI. Posibilidades y Retos*. Madrid: Dykinson.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.

- Lazarus, R. (1976). *Patterns of adjustment*. New York: Mc. Graw Hill.
- León, N. (2012). Programa de Intervención Psicológica para Modificar la Comorbilidad Emocional Preoperatoria del Paciente Tributario a Marcapaso en el Hospital General de México. Tesis de licenciatura, UNAM, FES-Z. México.
- Lescano, A. (2009). Fibrilación auricular en el postoperatorio de cirugía cardiovascular. Argentina: Conarec
- 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.
- Llaven, Y. (2012). Nuevo marcapaso revoluciona tratamientos cardiacos; es compatible a las Resonancias Magnéticas Electronic Reference [en línea]. Recuperado el 15 de octubre del 2012, de http://www.lajornadadeoriente.com.mx/noticia/puebla/nuevo-marcapasos-revoluciona-tratamientos-cardiacos-es-compatible-a-las-resonancias-magneticas_id_4346.html
- Lindqvist, R., Carlsson, M. & Sjödén, P. (2000). Coping strategies and healthrelated quality of life among spouses of continuous ambulatory peritoneal dialysis, haemodialysis, and transplant patients. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 1398-1408.
- 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.
- Mary, A., Whooley, M., De Jonge, P., Vittinghoff, E., Otte, C., Moos, R. (2008). Depressive Symptoms, Health Behavior and Risk of Cardiovascular Events in Patients With Coronary Heart Disease. *Jama*, 300 (20): 2379- 2388.

Matiz, H., Gutiérrez, O. & Gómez, A. (2003). Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Arritmias supraventriculares. Asociación Colombiana de facultades de Medicina.

McCracken, M., Goetsch, V. & Semenchuk, E. (1998). Coping with pain produced by physical activity in persons with chronic low back pain: Immediate assessment following a specific pain event. *Behavioral Medicine*, 24, 29.

Medtronic.(2011). Marcapasos. Electronic Reference [en línea]. Recuperado el 5 de Febrero, de <http://www.medtronic.com.mx/acerca-medtronic/medtronic-mexico/index.htm>

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

Monrroy, F. (2010). Prevalencia y tendencia de los principales trastornos mentales en la Ciudad de México; análisis de datos del 2004 al 2009. Hospital General de México: Anuario. Electronic Reference [en línea]. Recuperado el 06 de junio del 2011, de <http://actualidadclinica.wordpress.com/2010/09/21/prevalencia-y-tendencia-de-los-principales-trastornos-mentales-en-la-ciudad-de-mexico-analisis-de-datos-del-2004-al-2009/>

Moos, R. & Holahan, Ch. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: Toward an integrative framework. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 1387-1403.

Moser, D. (2007). The Rust of life: Impact of Anxiety on Cardiac Patients. *American Journal of Critical Care*, 16, 361-369.

Navarro, M., Marín, B., Martínez, A., Martorell, A., Ordoñez, E., Prieto, P., Sorbet, M., Induráin, S., Elizondo, A., Irigoyen, M & García, Y. (2011). Trastornos del ánimo preoperatorios en cirugía cardíaca: factores de riesgo y morbilidad postoperatoria en la unidad de cuidados intensivos. *Revista Española de Cardiología*; 64:1005-10, vol.64. Núm. 11.

- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: Thomson
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Electronic Reference [en línea]. Recuperado el 25 de septiembre del 2012 de, http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2007). *Un enfoque Integrado sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas*. Electronic Reference [en línea]. Recuperado el 15 de octubre del 2012, de <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/reg-strat-cncds.pdf>
- Oter, R., Montiel, J., Roldán, P., Bardají, R. & Molinero, M. (2000). *Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en marcapasos*. Sociedad Española de Cardiología. Electronic Reference [en línea]. Recuperado el 30 de mayo del 2011, de <http://www.enfermeriaencardiologia.com/grupos/electrofisiologia/marcapasos/mp.pdf>
- Pérez, Y. (2003). *Efectividad de la terapia floral para el tratamiento de la depresión en pacientes tributarios a cirugía cardiovascular*. Recuperado el 01 de agosto del 2011, de <http://www.sedibac.org/temas/tema.%20depresi%C3%B3n,%20cirug%C3%ADa%20cardiovascular.pdf>
- Piqueras, J., Martínez, A., Ramos, V., Rivero, R., García, L., & Oblitas, L. (2008). *Ansiedad, depresión y salud*. *Suma psicológica*, 15 (1), 43 -74.
- Pickering, T., Clemow, L., Davison, K. & Gerin, W. (2003). *Behavioral Cardiology. Has its time finally arrived?* *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 70 (2), 101-112.
- Programa de acción específico (2007-2012). *Riesgo Cardiovascular*. Primera edición 2008. México D.F. Secretaria de Salud.

- Rojas, M. (2008). Factores de riesgo psicosociales. Efecto de una intervención cognitivo conductual sobre factores asociados a la Insuficiencia Cardíaca. Tesis de licenciatura, UNAM, FES-Z. México.
- Rozo, R., Merchán, A., Calderón, J., Blanco, M., Pineda, M., Charria, D. & Vélez, S. (1999). Epidemiología de la enfermedad cardiovascular. Bogotá: Sociedad Colombiana de Cardiología.
- Ruiz, E., Muñoz, J., Olivero, Y. & Islas, M. (2000). Ansiedad preoperatoria en el Hospital General de México. Trabajo de Investigación. Vol. 63, Núm. 4.
- Sarmiento, I. (2011). Calidad de vida, ansiedad y depresión: Comparación entre pacientes con insuficiencia cardíaca y pacientes con arritmia cardíaca potencialmente letal. Tesis de licenciatura, UNAM, FES-Z. México.
- Sistema Nacional de Información en Salud SINAIS (2010). Principales causas de mortalidad. Electronic Reference [en línea]. Recuperado el 25 de septiembre del 2012, de <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>
- Snaith, P. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale. Health and Quality of life outcome, 1-4.
- The Children's Heart Foundation (2004). Así es mi corazón. Electronic Reference [en línea]. Recuperado el 20 de septiembre del 2011, de www.childrensheartfoundation.org
- Valenzuela, J., Barrera, J. & Ornelas, J. (2010). Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. Mediagraphic , 151-156.
- Vilchis, A., Secín, R., López, A., & Códova, V. (2010). Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes adultos en la sala de urgencias de un hospital general no gubernamental e identificación por el médico de urgencias. Medicina Interna de México, 5-10.
- Vingerhoets, G. (1998). Perioperative Anxiety and Depression in Open Heart Surgery. Psychosomatics , 30-37.

- Vollrath, M., Alnaes, R. & Torgersen, S. (2003). Coping and MCMI-II Symptom Scales. *Journal of Clinical Psychology*, Special issue: Disposition and Contextual Perspectives on Coping, 59 (12), 1305-1314
- Woby, S., Watson, P., Roach, M. & Urmston, N. (2005). Coping strategy use: does it predict adjustment to chronic back pain after controlling for catastrophic thinking and self-efficacy for pain control. Department of Physiotherapy, North Manchester General Hospital, Manchester. Pub Med.
- Wolfgang, L., Melanie, J., & Lecler, J. (2007). Psychological treatment of cardiac patients. *European Society of Cardiology*. 2972-2984.
- Zuñiga, M. (2010). Asociación entre la personalidad tipo D, ansiedad y depresión en pacientes con Insuficiencia cardiaca. Tesis de licenciatura, UNAM.
- Zvolensky, M. & Smits, J. (2008). *Anxiety in health behaviors and physical illness*. USA: Springer.

ANEXOS

ANEXO 1. Cuadernillo de evaluación psicológica

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México D.F., a _____

Yo _____ otorgo mi autorización para participar como voluntario(a) en una investigación en donde se evaluara aspectos psicológicos relacionados con el implante de marcapaso.

La participación en el presente protocolo consistirá en responder cuestionarios que permitirán conocer de forma más específica el sentir del paciente que será sometido al implante de un marcapaso.

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

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

Paciente

Nombre: _____ Firma: _____

Testigo

Nombre: _____ Firma: _____

Psicólogo

Nombre: _____ Firma: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

No. Exp.: _____ Fecha: _____

1. Nombre: _____

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

5. Domicilio: _____

6. Teléfono: _____ 7. Ocupación: _____

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

10. Escolaridad: _____ 11. Dx.: _____

14. ¿Qué religión tiene?

1) Católica 2) Cristiano 3) Testigo de jehová 4) Ninguna 5) Otra _____

15. Con relación a su religión, usted es:

1) Creyente 2) Creyente y practicante

16. ¿Con quién vive?

1) Esposo/a 2) Hijo/a 3) Esposo/a e hijo/a 4) Sólo/a 5) Otros _____

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?

1) Nada 2) Recreativas pasivas 3) Recreativas activas

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

1) Nada 2) Seguir tratamiento médico 3) Modificaciones en el estilo de vida 4) Ambas 1 y 2

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

1) No estoy dispuesto a hacerlos en este momento 2) Lo he pensado pero no lo he llevado a cabo
3) Ya los estoy haciendo desde hace un mes 4) Llevo más de 6 meses haciéndolos

22. ¿Cuánto tiempo lleva en espera de su marcapaso?

23. Del 1 al 5 que tan nervioso o ansioso se encuentra en este momento (1= nada ansioso; 5=muy ansioso)

NADA ANSIOSO 1 | 2 | 3 | 4 | 5 MUY ANSIOSO

HADS

INSTRUCCIONES: Este cuestionario está diseñado para ayudarnos a saber cómo se siente usted. Lea cada oración y subraye la respuesta que más describa cómo se siente en **este momento**. No se demore en contestar las oraciones.¹

| | |
|---|--|
| 1. Me siento tenso(a) o nervioso(a):* | 2. Aún disfruto de las cosas que solía disfrutar:** |
| 3) Siempre. 2) Frecuentemente. 1) Ocasionalmente / algunas veces. 0) Nunca. | 0) Definitivamente sí. 1) No tanto. 2) Sólo un poco. 3) Dificilmente. |
| 3. Tengo una sensación de temor como si algo horrible fuera a pasar:* | 4. Me puedo reír y ver el lado positivo de las cosas:** |
| 3) Definitivamente sí. 2) Frecuentemente. 1) A veces / ocasionalmente. 0) Nunca. | 0) Como siempre lo he hecho. 1) No mucho últimamente. 2) Ocasionalmente / algunas veces. 3) Nunca. |
| 5. Tengo muchos pensamientos preocupantes:* | 6. Me siento alegre:** |
| 3) Todo el tiempo. 2) Frecuentemente. 1) A veces, pero no muy seguido. 0) Nunca. | 3) No, nunca. 2) Algunas veces. 1) Frecuentemente. 0) Todo el tiempo. |
| 7. Fácilmente me puedo sentir relajado:* | 8. Me siento deprimido:** |
| 0) Siempre. 1) Frecuentemente. 2) Algunas veces. 3) Nunca. | 3) Siempre. 2) Frecuentemente. 1) Algunas veces. 0) Nunca. |
| 9. Llego a sentirme asustado y como si tuviera mariposas en el estómago:* | 10. He perdido interés en mi apariencia:** |
| 0) No, nunca. 1) Ocasionalmente. 2) Frecuentemente. 3) Siempre. | 3) Definitivamente sí. 2) No me importa tanto como antes. 1) Probablemente, no le tomo mucha importancia. 0) Le doy la misma y/o más importancia. |
| 11. Me siento intranquilo, como si tuviera que estar en movimiento constantemente:* | 12. Veo el futuro disfrutando de las cosas:** |

¹ Zigmong & Snaith (1983)

| | |
|--|---|
| 3) Siempre. 2) Frecuentemente. 1) No mucho. 0) Nunca. | 0) Más que nunca. 1) Un poco menos de lo que acostumbro. 2) Definitivamente menos de lo que acostumbro. 3) No lo hago. |
| 13. Tengo repentinos sentimientos de pánico:* | 14. Puedo disfrutar de una buena revista o programa de radio o televisión:** |
| 3) Siempre. 2) Frecuentemente. 1) No muy seguido. 0) Nunca. | 0) Siempre. 1) Frecuentemente. 2) Algunas veces. 3) Nunca. |

| Resultado | | | |
|---|--------------------------------|--|-----------------------------------|
| Reactivos | *Ansiedad (1,3,5,7,9,11,13) | Reactivos | **Depresión (2,4,6,8,10,12,14) |
| Total | | Total | |
| 0-2 Normal | | 0-1 Normal | |
| 3-8 Leve/ Moderada | | 2-6 Leve/ Moderada | |
| > 9 Severa Ansiedad y/o Depresión | | > 7 Severa Ansiedad y/o Depresión | |

Este cuestionario está dividido en tres apartados: I. Experiencia previa al implante de marcapaso, II. Implante de marcapaso como fuente de estrés y III. Afrontamiento al estrés. Lea y responda cada uno de estos apartados considerando su condición como paciente en espera de su implante de marcapaso.

PARTE I.

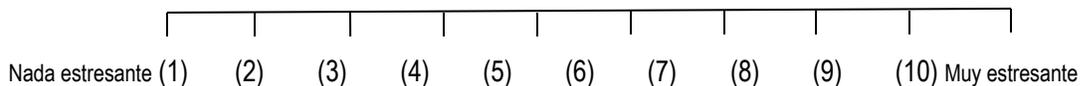
Instrucciones: Las preguntas que a continuación se presentan tienen que ver con su experiencia como candidato a implante de marcapaso. Responda a cada una de ellas pensando en el procedimiento al que se someterá en unos momentos (implante de marcapaso).

1. **Del 1 al 10 qué tan informado considera que se encuentra sobre el procedimiento al que se someterá en unos momentos (implante de marcapaso).**

2. **¿Cómo describiría las sensaciones que usted experimenta en este momento?**

3. **¿Cómo se siente emocionalmente en este momento?**

4. **Señale en una escala del 1 al 10, donde 1 es NADA ESTRESANTE hasta 10 que es MUY ESTRESANTE, qué tan estresante es para usted el procedimiento de implante de marcapaso al que se someterá**



5. **Señale del 1 al 10, donde 1 es NADA hasta 10 que es TOTALMENTE, en qué grado Usted puede controlar el estrés que le genera el procedimiento al que se someterá.**



PARTE II.

Instrucciones: A continuación responda las siguientes preguntas eligiendo la opción que mejor lo describa en este momento.

| | |
|---|---|
| 1. En el pasado ¿Ha tenido que enfrentarse a una situación que le provoque un estrés similar al que le genera en este momento el procedimiento? | 2. ¿Sabía qué el tener que someterse al implante de marcapaso le ocurriría a usted? |
|---|---|

² Moos & Holahan. (2003)

| | | | |
|--|---------------------------------|--|---------------------------------|
| 1) Nunca 2) Algunas ³ veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre | 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre |
| 3. ¿Considera que tiene suficiente tiempo para prepararse y afrontar el estrés que le genera el implante de marcapaso? | | 4. Ubicándose en el procedimiento al que se someterá ¿Piensa en él como una amenaza? | |
| 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre | 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre |
| 5. Ubicándose en el procedimiento al que se someterá ¿Piensa en él como un reto? | | 6. El procedimiento al cual se someterá (implante de marcapaso) ¿Es causado por algo que hace usted? | |
| 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre | 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre |
| 7. El procedimiento al cual se someterá (implante de marcapaso) ¿Es causado por algo que hace otra persona? | | 8. ¿Obtiene algo positivo de enfrentarse al procedimiento de implante de marcapaso? | |
| 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre | 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre |
| 9. ¿Controla el estrés que le produce el procedimiento (implante de marcapaso)? | | 10. Sí controla el estrés ¿todo lo demás está bien? | |
| 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre | 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre |

. PARTE III.

Instrucciones: Lea atentamente cada una de las preguntas que aparecen a continuación y señale con qué frecuencia usted actúa, de la manera señalada, para afrontar el estrés que le genera el procedimiento de implante de marcapaso al que se someterá.

| | |
|---|--|
| 1. ¿Piensa en diferentes maneras de controlar el estrés que le provoca el procedimiento? | 2. ¿Se dice a sí mismo algo para sentirse mejor? |
| 1) Nunca 2) Algunas veces | 1) Nunca 2) Algunas veces |
| 3) Frecuentemente 4) Siempre | 3) Frecuentemente 4) Siempre |
| 3. ¿Habla con su pareja u otro familiar acerca del estrés que le provoca el procedimiento? | 4. ¿Encuentra una forma de controlar el estrés que le genera el procedimiento y la aplica? |
| 1) Nunca 2) Algunas veces | 1) Nunca 2) Algunas veces |
| 3) Frecuentemente 4) Siempre | 3) Frecuentemente 4) Siempre |
| 5. Cuando piensa en el procedimiento que se someterá en unos momento ¿Intenta olvidarlo todo? | 6. ¿Piensa que el tiempo resolverá el estrés que le causa el procedimiento y que la única cosa que tiene que hacer es esperar? |
| 1) Nunca 2) Algunas veces | 1) Nunca 2) Algunas veces |
| 3) Frecuentemente 4) Siempre | 3) Frecuentemente 4) Siempre |
| 7. ¿Intenta ayudar a otros a controlar el estrés que les produce el procedimiento de implante de marcapaso? | 8. ¿Muestra su enojo a otras personas cuando se siente enfadado? |

| | | | |
|--|---------------------------------|---|---------------------------------|
| 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre | 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre |
| 9. ¿Intenta no pensar en el estrés que le genera el procedimiento y ser más objetivo? | | 10. ¿Se recuerda a si mismo que las cosas podían ser mucho peor? | |
| 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre | 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre |
| 11. ¿Habla con algún amigo sobre el estrés que le genera el procedimiento? | | 12. ¿Cree que puede controlar su estrés y se esfuerza por hacerlo? | |
| 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre | 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre |
| 13. ¿Intenta no pensar en el estrés que le produce el procedimiento de implante de marcapaso? | | 14. ¿Se da cuenta de que no controla el estrés que le causa el procedimiento? | |
| 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre | 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre |
| 15. ¿Intenta hacer cosas nuevas para disminuir su estrés? | | 16. ¿Se atreve a hacer algo arriesgado para controlar su estrés? | |
| 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre | 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre |
| 17. ¿Da vueltas en su cabeza acerca de lo que tiene que hacer o decir para disminuir su estrés? | | 18. ¿Intenta ver el lado positivo del procedimiento al que se someterá? | |
| 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre | 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre |
| 19. ¿Habla con algún profesional (por ejemplo doctor, enfermera, psicólogo, sacerdote...) como una forma de controlar su estrés? | | 20. ¿Decide lo que quiere y se esfuerza en conseguirlo? | |
| 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre | 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre |
| 21. ¿Fantasea e imagina mejores tiempos y situaciones que los que vive en el presente? | | 22. ¿Cree que todo está decidido por el destino? | |
| 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre | 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre |
| 23. ¿Intenta hacer nuevos amigos? | | 24. En general ¿se mantiene apartado de la gente? | |
| 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre | 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre |
| 25. ¿Intenta pensar en cómo pueden cambiar las cosas? | | 26. ¿Piensa que usted está mejor que otras personas que se les implantará un marcapaso? | |
| 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre | 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre |
| 27. ¿Busca la ayuda de otras personas o grupos candidatos de marcapaso? | | 28. ¿Intenta manejar el estrés que le genera el procedimiento al menos de dos formas diferentes? | |
| 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre | 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre |
| 29. ¿Intenta no pensar en el estrés que le causa el procedimiento aun sabiendo que tiene que hacerlo en otro momento? | | 30. ¿Acepta el estrés que le causa el procedimiento de implante de marcapaso porque no puede hacer nada para cambiarlo? | |
| 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre | 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre |
| 31. ¿Lee con más frecuencia que antes para distraerse y no pensar en el procedimiento de implante de marcapaso? | | 32. ¿Grita o llora para desahogarse? | |

| | | | |
|---|---------------------------------|---|---------------------------------|
| 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre | 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre |
| 33. ¿Trata de darle algún sentido personal al estrés que le provoca el procedimiento? | | 34. ¿Intenta decirse a sí mismo que las cosas mejorarán? | |
| 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre | 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre |
| 35. ¿Procura informarse más sobre el procedimiento al que se enfrentará? | | 36. ¿Intenta aprender a hacer más cosas por su cuenta para disminuir el estrés que le causa el procedimiento? | |
| 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre | 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre |
| 37. ¿Desea que el estrés originado por el procedimiento desaparezca, y acabe de algún modo? | | 38. ¿Espera que el estrés que le causa el procedimiento se resuelva de la peor manera posible? | |
| 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre | 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre |
| 39. ¿Emplea mucho tiempo en actividades recreativas? | | 40. ¿Llora para manifestar sus sentimientos? | |
| 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre | 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre |
| 41. ¿Intenta anticiparse al estrés que le pueden generar otros procedimientos invasivos? | | 42. ¿Piensa en cómo el implante puede mejorar su vida? | |
| 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre | 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre |
| 43. ¿Reza para guiarse o fortalecerse? | | 44. ¿Toma las cosas día a día y paso a paso? | |
| 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre | 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre |
| 45. ¿Intenta negar que el estrés que le genera el procedimiento es un problema realmente serio? | | 46. ¿Pierde la esperanza de que las cosas vuelvan a ser como antes de que se le implante el marcapaso? | |
| 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre | 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre |
| 47. ¿Continúa trabajando y realizando sus actividades para enfrentar al estrés que le causa el procedimiento? | | 48. ¿Hace algo que piensa que no funcionará pero al menos usted está haciendo algo? | |
| 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre | 1) Nunca 2) Algunas veces | 3) Frecuentemente 4) Siempre |

OBSERVACIONES:

HOJA DE RESPUESTAS CRIA

N= NUNCA (0) A= ALGUNAS VECES (1) F = FRECUENTEMENTE (2) SIEMPRE (3)

| ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO | | | | | | | |
|------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| AL | RP | BA | SP | EC | AR | BR | DE |
| 1 0 1 2 3 | 2 0 1 2 3 | 3 0 1 2 3 | 4 0 1 2 3 | 5 0 1 2 3 | 6 0 1 2 3 | 7 0 1 2 3 | 8 0 1 2 3 |
| 9 0 1 2 3 | 10 0 1 2 3 | 11 0 1 2 3 | 12 0 1 2 3 | 13 0 1 2 3 | 14 0 1 2 3 | 15 0 1 2 3 | 16 0 1 2 3 |
| 17 0 1 2 3 | 18 0 1 2 3 | 19 0 1 2 3 | 20 0 1 2 3 | 21 0 1 2 3 | 22 0 1 2 3 | 23 0 1 2 3 | 24 0 1 2 3 |
| 25 0 1 2 3 | 25 0 1 2 3 | 27 0 1 2 3 | 28 0 1 2 3 | 29 0 1 2 3 | 30 0 1 2 3 | 31 0 1 2 3 | 32 0 1 2 3 |
| 33 0 1 2 3 | 34 0 1 2 3 | 35 0 1 2 3 | 36 0 1 2 3 | 37 0 1 2 3 | 38 0 1 2 3 | 39 0 1 2 3 | 40 0 1 2 3 |
| 41 0 1 2 3 | 42 0 1 2 3 | 43 0 1 2 3 | 44 0 1 2 3 | 45 0 1 2 3 | 46 0 1 2 3 | 47 0 1 2 3 | 48 0 1 2 3 |
| PD | | | | | | | |
| Percentil | | | | | | | |
| T | | | | | | | |

| Percentil | Puntuaciones Directas | | | | | | | | T |
|-----------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|----|-------|----|-----|
| | AL | RP | BA | SP | EC | AR | BR | DE | |
| >99 | | | | | 18 | | 18 | 18 | >80 |
| >99 | | | | | | 18 | | 17 | 80 |
| >99 | | | | | 17 | 17 | | 16 | 79 |
| >99 | | | 18 | | | 16 | 16-17 | | 78 |
| >99 | | | | | | | | | 77 |
| >99 | | | | | | | | | 76 |
| >99 | | | | | | | | | 75 |
| 99 | 18 | 18 | 17 | 18 | 16 | 15 | 15 | 15 | 73 |
| 98 | 17 | 17 | 16 | | 15 | 14 | 14 | 14 | 70 |
| 95 | 16 | 16 | 15 | 17 | 14 | 13 | 13 | 13 | 66 |
| 90 | 15 | 15 | 14 | 16 | 13 | 12 | 12 | 12 | 63 |
| 85 | | | 13 | | 12 | 11 | 11 | 11 | 61 |
| 84 | 14 | 14 | | | | | | | 60 |
| 80 | | | 12 | 15 | | | 10 | 10 | 58 |
| 75 | | 13 | | | 11 | 10 | | | 57 |
| 70 | 13 | 12 | 11 | 14 | 10 | | 9 | 9 | 55 |
| 65 | | | | | | 9 | | 8 | 54 |
| 60 | 12 | 11 | 10 | 13 | | | 8 | | 53 |
| 55 | | | | | 9 | 8 | | | 51 |
| 50 | 11 | 10 | 9 | 12 | 8 | 7 | 7 | 7 | 50 |
| 45 | | | | | | | | | 49 |
| 40 | | | 8 | 11 | 7 | | 6 | 6 | 47 |
| 35 | 10 | 9 | | | | 6 | | | 46 |
| 30 | 9 | | 7 | 10 | 6 | 5 | 5 | 5 | 45 |
| 25 | | 8 | | 9 | | | | | 43 |
| 20 | 8 | 7 | 6 | | 5 | 4 | 4 | 4 | 42 |
| 16 | 7 | | | 8 | | | | | 40 |
| 15 | | 6 | 5 | 7 | 4 | | | | 39 |
| 10 | 6 | 5 | 4 | 6 | | 3 | 3 | 3 | 37 |
| 7 | 5 | | | 5 | | | | 2 | 35 |
| 5 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | | 34 |
| 3 | 3 | 3 | | 3 | | 1 | 1 | 1 | 31 |
| 2 | 2 | 2 | 2 | | 2 | | | | 29 |
| 1 | 0-1 | 0-1 | 0-1 | 0-2 | 0-1 | 0 | 0 | 0 | 27 |