



U NIVERSIDAD
I NSURGENTES

Plantel Xola

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON
INCORPORACIÓN A LA UNAM CLAVE 3315-25

“Ansiedad y Depresión en pacientes del área de
Rehabilitación Cardíaca del Instituto Nacional de
Cardiología”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

GARCÍA OCAMPO REYNA

ASESOR: LIC. ANA LUISA SERNA URIBE



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

Resumen.....	5
Introducción.....	6
Capítulo 1: Emociones y Salud.....	15
1.1 Definición de emoción y principales teorías.....	15
1.2 Clasificación de las emociones.....	18
1.3 Las emociones positivas y su relación con la salud.....	27
1.4 Las emociones negativas y su relación con la enfermedad.....	27
Capítulo 2: El Contexto Social y la Salud Mental.....	34
2.1 Crisis económica en México de 2008 a 2011.....	34
2.2 Equilibrio en la escala de necesidades.....	45
Capítulo 3: La Ansiedad.....	49
3.1 Definición de Ansiedad.....	49
3.2 Síntomas de la Ansiedad.....	52
3.3 Ansiedad y cardiopatía.....	55
3.4 Tratamientos psicológicos para la ansiedad.....	60
Capítulo 4: La Depresión.....	64

4.1 Definición de Depresión.....	64
4.2 Síntomas de la Depresión.....	68
4.3 Depresión y cardiopatía.....	71
4.4 Tratamientos psicológicos para la Depresión.....	73
Capítulo 5: Metodología.....	78
a) Justificación.....	78
b) Planteamiento del problema.....	78
c) Objetivo General.....	78
d) Hipótesis	78
e) Variables.....	79
f) Definición conceptual.....	79
g) Definición operacional.....	80
h) Tipo de Estudio.....	81
i. Por lugar.....	81
ii. Por Enfoque.....	81
i) Tipo de Diseño.....	82
j) Escenario.....	82

k) Población.....	83
l) Muestra.....	83
m) Criterios de inclusión.....	83
n) Criterios de exclusión.....	83
o) Criterios de eliminación.....	83
p) Instrumentos.....	84
q) Procedimiento.....	85
r) Análisis de Datos.....	86
Capítulo 6: Resultados.....	87
Discusión.....	101
Conclusiones.....	108
Limitaciones y Sugerencias.....	111
Bibliografía.....	113
Anexo 1.....	120
Anexo 2.....	122

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue conocer el grado de ansiedad y depresión que presentaban los pacientes del área de Rehabilitación Cardíaca (RHC) del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez inscritos entre los años 2008 a 2011 esperando encontrar ansiedad y depresión de moderada a grave en la población, la muestra se conformó de 400 pacientes registrados en este servicio. Para conocer el grado de ansiedad y depresión se utilizaron el Inventario de Ansiedad de Hamilton de 14 preguntas y el Inventario de Depresión de Beck de 21 preguntas ambas de formato auto aplicable. De acuerdo con los resultados obtenidos, los pacientes con enfermedades cardiovasculares no presentan ansiedad y depresión de moderada a grave siendo la ausencia el grado predominante para ambas psicopatologías, en el año 2008 el 50% de la población manifestó tener ausencia de ansiedad, en 2009 el 43.69% también presentó ausencia, en 2010 el 49.23% mostró ausencia y en 2011 el 47.03% de la población manifestaron ausencia de ansiedad, los porcentajes restantes se distribuyeron en 3 grados más a saber, leve, moderada y grave. En el test de depresión se encontraron datos similares, arrojando en 2008 que el 60% de la población manifestaban ausencia de depresión, en 2009 el 54.37% también con ausencia, en 2010 el 70.77% presentaron resultados de ausencia de depresión y en 2011 el 53.47% de los pacientes evaluados también presentaron ausencia, como en el caso de la ansiedad, el resto de los porcentajes se distribuyeron en los 3 niveles restantes. Dichos resultados señalan que el paciente con cardiopatía cuenta con las herramientas suficientes para afrontar su enfermedad refiriendo resiliencia adecuada para sobreponerse a los contratiempos que el padecimiento pudiera traerle.

INTRODUCCIÓN

Existe una amplia gama de estudios donde se ha medido ansiedad y depresión en pacientes con cardiopatía, en numerosos estudios prospectivos se ha visto relación entre factores de riesgo como la ansiedad y depresión con eventos cardiovasculares, tomando especialmente en cuenta puntos como infarto de miocardio no fatal y muerte súbita en población libre de enfermedad al comienzo del estudio (Haines, Imeson, y Meade, 1987).

A su vez, se ha observado que trastornos de ansiedad y depresión, no sólo generan cardiopatías, si no también surgen en algunos casos después de la enfermedad, ocasionando que la recuperación sea lenta o simplemente que tal recuperación, no se de y por el contrario, surjan nuevos síntomas o eventos.

Pocos campos en la Medicina han experimentado tantos avances en las últimas décadas como el estudio y tratamiento de las enfermedades del corazón, es decir, la Cardiología. Hace aproximadamente cien años y con la introducción de la electrocardiografía comienza a desarrollarse esta especialidad a la que se han ido incorporando diversidad de técnicas y disciplinas paralelamente al conocimiento clínico, epidemiológico y terapéutico de las enfermedades cardiovasculares que han crecido de forma exponencial (Barba, 2005).

Como bien se sabe, las enfermedades cardiovasculares (ECV) no están ligadas a un rango de edad específico o sexo, sin embargo se sabe que más del 82% de las muertes llega a producirse en países con niveles socioeconómicos bajos y medios; Las ECV hoy en día son la principal causa de muerte en todo el mundo de acuerdo a la Organización Mundial de

la Salud (OMS), se calcula que en 2004 murieron por esta causa 17,1 millones de personas, 7,2 millones de esas muertes se debieron a cardiopatía coronaria y 5,7 millones a accidentes vasculares cerebrales (AVC). Por lo que se calcula que en 2030 morirán cerca de 23,6 millones de personas por ECV y se prevé que sigan siendo la principal causa de muerte (OMS, 2011).

En México el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reportó en 2008 539, 530 muertes de las cuales 92, 679 fueron causadas por enfermedades del corazón, correspondiendo de esta cantidad 59, 801 a cardiopatías isquémicas (INEGI, 2010).

Existen una gran variedad de cardiopatías, primero tenemos la cardiopatía congénita, éstas son malformaciones cardíacas presentes al nacer y que se originan en las primeras semanas de gestación por factores que actúan alterando o deteniendo el desarrollo embriológico del sistema cardiovascular (Vascopé M. y Enriquez, 2009).

Después está la cardiopatía isquémica que comprende alteraciones que tienen lugar en el miocardio debido a un desequilibrio entre el aporte de oxígeno al miocardio y la demanda del mismo; entre las principales causas para desarrollar un padecimiento de este tipo se encuentran los antecedentes familiares, el exceso de colesterol “malo”, la obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo, la hipertensión arterial y la diabetes (Balboa, 2010).

Por último están las cardiopatías no isquémicas donde se han englobado las valvulopatías, la cardiopatía hipertensiva (HTA), las cardiopatías adquiridas, las cardiomiopatías y la cardiopatía fibrilar o arritmias. Las cardiopatías valvulares son enfermedades que impiden la apertura o cierre correctos de una o varias válvulas del corazón, presentando 3 manifestaciones clínicas distintas, como son, las anginas de pecho,

el infarto agudo al miocardio y la muerte súbita. Las válvulas cardíacas originadas por el envejecimiento de la población son las encargadas de regular el flujo de sangre entre las cavidades del corazón y su salida hacia las arterias principales, si éstas no funcionan correctamente es decir, no se cierran con el siguiente escape de sangre o no se abren completamente durante cada latido debido a que pudieran ser muy estrechas, el corazón tendría que trabajar con más fuerza para mantener una cantidad de sangre suficiente en la dirección correcta (Fundación Española del Corazón, 2009).

La cardiopatía hipertensiva es causada principalmente por factores genéticos y ambientales como el uso de sal en exceso, la obesidad, estrés laboral y el consumo de alcohol, esta enfermedad se define como el conjunto de efectos que provoca en el corazón la elevación crónica de la presión arterial en el paciente con HTA (Alegría Ezquerra, González Juanatey, y González Maqueda, 2006).

Las cardiopatías adquiridas son lesiones debidas a enfermedades obtenidas durante la infancia como la fiebre reumática o la enfermedad de Kawasaki (inflamación de los vasos sanguíneos caracterizada por la dilatación en arterias coronarias haciendo que aumente la presión) que si no son tratadas adecuada y oportunamente pueden ocasionar afecciones valvulares, miocardiopatías entre otros muchos padecimientos (Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, 2005).

Las cardiomiopatías o miocardiopatías son una enfermedad grave originada por el consumo de alcohol, los infartos o también pueden ser de origen desconocido, en cualquiera de ellas el músculo cardíaco se inflama, es una dolencia en la que el miocardio

(el músculo del corazón) no funciona adecuadamente, la misma puede afectar tanto a niños como a adultos. Puede tener múltiples causas, incluso infecciones virales.

La cardiopatía fibrilar o arritmia pueden presentarse por alteraciones orgánicas como la anemia, taquicardia en el ejercicio o puede ser de origen psicológico como por ejemplo el estrés, esta cardiopatía implica no sólo una alteración del ritmo cardiaco, sino también cualquier cambio de lugar en la iniciación o secuencia de la actividad eléctrica del corazón siendo el inicio normal de ésta en el nódulo sinusal (Fajuri, 2009).

Ahora bien, se sabe que una cardiopatía puede ser ocasionada por alguna infección o enfermedad tratada de forma inadecuada, padecimientos con los que puede nacer el individuo o simplemente estar predispuesto genéticamente, pero existen otro tipo de causas, como son los factores de riesgo que se definirán como cualquier característica o condición que tiene lugar con mayor frecuencia en las personas con ciertas enfermedades, que en aquellas que no las padecen, proporcionando información relacionada con la clase de condiciones asociadas directa o indirectamente a una enfermedad o trastorno particular como pueden ser el sobrepeso, la depresión, entre otros. El enfoque del factor de riesgo en las enfermedades cardiacas surgió en 1948 en el Estudio del Corazón de Framingham, investigación efectuada en más de 5 000 personas de Massachusetts (Hernández y García, 2007).

Los factores de riesgo a considerar como los más relevantes en las cardiopatías son tres; Los Inherentes, es decir, los resultados de condiciones genéticas o físicas que no cabe modificar a través de los cambios en el estilo de vida como puede ser la edad, los antecedentes familiares y el sexo. En segundo lugar están los conductuales, es decir,

aquellos que por naturaleza son modificables como el tabaquismo, la dieta y la falta de ejercicio físico. En tercer lugar están los psicológicos; estos tienen que ver con la parte emocional y pueden llegar a convertirse en una patología como podría ser la ansiedad, la depresión y el patrón de conducta tipo A que comprende características como elevada inclinación hacia la competitividad, el deseo de reconocimiento y prestigio, una baja tolerancia a la frustración, la constante implicación en diversas actividades que generalmente exceden la disponibilidad de tiempo del sujeto, impaciencia acentuada, una marcada tendencia a la respuesta hostil y un extraordinario nivel de alerta física y mental. Estos factores de riesgo psicológicos pueden causar que se presente un padecimiento cardiovascular, inclusive pueden manifestarse como un factor de riesgo psicológico secundario, es decir, aparecer después de la enfermedad y causar que el padecimiento se agrave. Existe cierta evidencia que dice que factores psicosociales como los conflictos emocionales, la depresión y la ansiedad contribuyen a un peor perfil de riesgo cardiovascular (Sans Méndez, 2000).

Como ya se mencionó las emociones negativas pueden facilitar conductas de riesgo como consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias, falta de adherencia a planes alimenticios saludables y actividad física, pero además hoy se sabe que son los causantes de que a largo plazo se presente un evento de igual o mayor magnitud (Haines et al., 1987).

Los factores de riesgo cardiovascular bien establecidos son: el tabaco, el colesterol de la sangre, la diabetes, las cifras elevadas de presión arterial, la obesidad, la falta de ejercicio físico regular (sedentarismo), los antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular, el estrés y posteriormente la ansiedad.

La ansiedad y la depresión se han visto relacionadas en numerosos estudios prospectivos con eventos cardiovasculares (tomando especialmente en cuenta puntos como infarto de miocardio no fatal y muerte súbita) en población libre de enfermedad al comienzo del estudio (Haines et al., 1987).

Ahora bien, el término ansiedad proviene del latín "anxietas", congoja o aflicción y esta consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica es que ésta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza. Cuando la ansiedad es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico (Virues Elizondo, 2005).

Por otro lado la depresión es una afección del estado de ánimo que engloba sentimientos negativos como tristeza, desilusión, frustración, desesperanza, debilidad e inutilidad (G. Llorca, 1994). Es un síndrome caracterizado por irritabilidad, llanto fácil, disminución del interés por realizar actividades cotidianas, insomnio o hipersomnia, pérdida o aumento de apetito, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o de culpa excesiva, dificultades para concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte, agitación o enlentecimiento psicomotores (DSM-IV-TR, 2002).

En 1987 se publicó el Northwick Park Heart Study que siguió a 1457 hombres sanos a lo largo de diez años. Los que presentaban los niveles más altos de ansiedad fóbica tuvieron un riesgo relativo de enfermedad coronaria de 3.77 comparados con los que no mostraban ansiedad, una vez controlados estadísticamente los factores de riesgo tradicionales. Desde entonces, más de 10 nuevos estudios produjeron hallazgos

consistentes. Recientemente se encontró que en la población americana, tanto en hombres como en mujeres, la ansiedad se relacionó con un 60% de aumento del riesgo de enfermedad coronaria, independientemente de otros factores. En 2002 un meta análisis de 11 estudios encontró una fuerte correlación positiva entre depresión y enfermedad coronaria, con un riesgo relativo de 2.69 para individuos con depresión mayor y de 1.49 para aquellos con estado de ánimo deprimido (Alcides, 2007).

En 2009 se realizó una encuesta a 139 sujetos con síndrome coronario agudo (SICA), se aplicaron inventarios de ansiedad y depresión y concluyeron que la presentación de depresión en grado leve, moderado o grave puede ser detectado desde los primeros 10 días posteriores a la presentación del SICA. Sin embargo los tratamientos antidepressivos no detienen el desarrollo de la enfermedad, ni cambian las alteraciones inflamatorias, pero se relaciona con una mejora en la calidad de vida de los pacientes considerándose adecuada la detección temprana del trastorno (Esquivel Molina et al., 2009).

En diversas investigaciones que evaluaron a pacientes admitidos en centros hospitalarios y que fueron seguidos para medir la prevalencia y el pronóstico de los síntomas depresivos después de un infarto agudo de miocardio, se observó que los síntomas depresivos son comunes después de haber sufrido un infarto y que el riesgo de recaída se incrementa considerablemente (Esquivel Molina et al., 2009).

En 2007 fue llevado a cabo un trabajo por Shiotani I y col. donde se pretendió investigar el impacto de los síntomas depresivos en el pronóstico de pacientes con infarto agudo de miocardio, se evaluaron 1042 pacientes de los cuales el 42% presentaron síntomas depresivos y dentro de estos la tasa de eventos cardiacos fue de un 31,2% comparado con un 23% para los pacientes que no presentaban síntomas depresivos. Este

seguimiento se realizó durante el plazo de 1 año (Liz Álvarez, Walter Gomes, y Dario Álvarez, 2007).

Hoy en día también se sabe que trastornos de ansiedad y depresión están sujetos a factores externos como el contexto social. Desde hace poco más de un año, miles de páginas de diarios y miles de minutos de los programas informativos de televisión y radio tienen como protagonista a la crisis económica, la inseguridad en el país y más. Entre las miles de sensaciones que puede experimentar el ser humano, la incertidumbre se sitúa entre las que peor se toleran por ser la responsable de dudas, inseguridades, miedos y obsesiones que, a su vez, desencadenan la aparición de síntomas como el insomnio, desórdenes alimenticios, irritabilidad y somatizaciones que pueden mermar la salud física de las personas. Estos factores pueden llegar a originar situaciones estresantes como por ejemplo el desempleo, tomando en cuenta que el ser humano promedio pasa la mayor parte de su vida trabajando (Aránguiz Garrido, 2000).

Acosta Rodríguez, Rivera Martínez y Pulido Rull (2011) compararon las puntuaciones de depresión y ansiedad entre individuos mexicanos desempleados y estudiantes universitarios, la muestra fue de 250 personas desempleadas y 346 estudiantes, evaluados con el inventario de ansiedad y depresión de Beck, los resultados mostraron puntajes de ansiedad y depresión mayores en las personas desempleadas, siendo sustancialmente mayores las puntuaciones de depresión que de ansiedad, encontraron también puntajes de depresión y ansiedad más altos en hombres que en mujeres desempleadas y evidencia de que la sintomatología depresiva podría somatizarse.

La disminución de la autoestima ha sido uno de los rasgos más señalados en las diferentes investigaciones sobre los efectos psicológicos del desempleo. En trabajos

epidemiológicos se han reconocido como factores de riesgo coronarios, variables psicológicas y sociales presentes en las investigaciones de la psicología social sobre el desempleo como son: el aislamiento social, la depresión, la ansiedad y el apoyo social insuficiente. Estas variables inciden tanto en el desarrollo de la enfermedad coronaria como en su rehabilitación. De esta manera, la pérdida de lo material y económico puede afectar a la salud tanto física como mental de las personas (Laham, 2009).

Así bien, el manejo de y/o atención de trastornos de ansiedad y depresión pueden evitar tanto la aparición de enfermedades cardiovasculares como ayudar a que exista apego al tratamiento en pacientes diagnosticados con esta enfermedad, en los capítulos siguientes se abordará el tema con mayor profundidad, en el capítulo 1 se hablará de los tipos de emociones y las consecuencias de mantener por tiempos prolongados alguna de ellas, en los capítulos 3 y 4 se dará la definición de ansiedad y depresión y los criterios que se deben cumplir de acuerdo al DSM-IV para catalogar a una persona con este trastorno así como los tratamientos más usados, por último en el capítulo 4 se abordará el tema del contexto social y que papel juega en la vida de los seres humanos.

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1 Emociones y Salud

Las emociones tienen una gran influencia dentro de nosotros, pues poseen la característica de proveer la salud o por el contrario degradarla. El ser humano es un ser biopsicosocial por lo que necesita del balance biológico, psicológico (pensamientos, emociones y conductas) y social. Debido a que estos tres factores desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una enfermedad o discapacidad, si una de las partes falla o trabaja de forma inadecuada ésta repercutirá en las dos restantes.

1.1 Definición de emoción y principales teorías

“Emoción” tiene su origen en el latín, *emovere* que significa remover, agitar o excitar. Las emociones son complejas y multicausales, dependiendo del énfasis de cada autor y/o enfoque en las emociones incluyendo aspectos subjetivos, estímulos desencadenantes, mecanismos fisiológicos y funciones adaptativas (John, 2003).

Existen diversidad de teorías acerca de las emociones, por ejemplo: en la teoría evolucionista la cual se centra en la conducta más no en los sentimientos, está Darwin, destacando dos ideas, la generalidad de las emociones entre especies y el valor de adaptación, este autor también señala que la funcionalidad de la conducta emocional está regulada por tres principios: a) la utilidad (apretar los puños ante una agresión), b) antítesis (organización polar amistad/agresión) y c) acción directa del sistema nervioso (John, 2003).

Por otra parte la teoría conductual plantea que las emociones son respuestas condicionadas, según Watson existen tres estímulos incondicionados que proceden de respuestas incondicionadas tales como el miedo (ante la aversión), la ira (ante situaciones que impiden el movimiento) y el amor (ante estimulación de zonas erógenas) partiendo de aquí se pueden formar otras emociones como el odio, el enojo y los celos (John, 2003).

Las teorías cognitivas hablan de las emociones desde un punto de vista tradicional, ocurre un suceso, existe una sensación de la emoción y por último se presenta una reacción fisiológica (John, 2003).

Ejemplo: Emociones desde la perspectiva cognitiva



Así bien, las emociones quedarán definidas como reacciones psicofisiológicas de las personas ante situaciones relevantes desde un punto de vista adaptativo, tales como aquellas que implican peligro, amenaza, daño, pérdida, éxito y novedad. Estas reacciones son de carácter universal, bastante independientes de la cultura, producen cambios en la experiencia afectiva (dimensión cognitivo-subjetiva), en la activación fisiológica (dimensión fisiológica-adaptativa) y en la conducta expresiva (dimensión conductual-expresiva).

Además, desde un punto de vista psicológico, emociones tales como la alegría, el miedo, la ansiedad o la ira son emociones básicas que se dan en todos los individuos,

poseen un sustrato biológico considerable, son esencialmente agradables o desagradables, nos activan y forman parte de la comunicación con los demás y a su vez, pueden actuar como poderosos motivos de la conducta (Cano Vindel y Miguel Tobal, 2001).

Todas las emociones tienen alguna función que les confiere utilidad y permite que el sujeto ejecute con eficacia las reacciones conductuales apropiadas. Incluso las emociones más desagradables tienen funciones importantes en la adaptación social y el ajuste personal.

Según Reeve (1994) la emoción tiene tres funciones principales:

- a. Funciones adaptativas
- b. Funciones sociales
- c. Funciones motivacionales

Quizá una de las funciones más importantes de la emoción es la adaptación pues prepara al organismo para que ejecute eficazmente la conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizand o la energía necesaria para ello, así como dirigiendo la conducta (acercando o alejando) hacia un objetivo u objeto determinado. Plutchik (1980) destaca ocho funciones principales de las emociones y aboga por establecer un lenguaje funcional que identifique cada una de dichas reacciones con la función adaptativa que le corresponde, de esta manera, será más fácil procesar y aplicar convenientemente el método experimental para la investigación en la emoción (Plutchik, 1980). (Véase Figura 1.1)

Figura 1.1 Correspondencia entre la emoción y su función

Lenguaje Subjetivo	Lenguaje Funcional
Miedo	Protección
Ira	Destrucción
Alegría	Reproducción
Tristeza	Reintegración
Confianza	Afiliación
Asco	Rechazo
Anticipación	Exploración
Sorpresa	Exploración

Plutchik, 1980

Puesto que una de las funciones sociales principales de las emociones es facilitar la aparición de las conductas apropiadas, la expresión de las emociones permite a los demás predecir el comportamiento asociado con las mismas, lo cual tiene un indudable valor en los procesos de relación interpersonal.

Como función motivacional, se trata de una experiencia presente en cualquier tipo de actividad que posee las dos principales características de la conducta motivada, dirección e intensidad. La emoción energiza la conducta motivada. Una conducta "cargada" emocionalmente se realiza de forma más vigorosa.

1.2 Clasificación de las emociones

Una de las cuestiones teóricas actuales más relevantes, al mismo tiempo que más controvertida en el estudio de la emoción, es la existencia o no, de emociones básicas universales de las que se derivarían el resto de reacciones afectivas.

Según Izard (citado en Sabini y Silver, 2005) los requisitos que debe cumplir cualquier emoción para ser considerada como básica son los siguientes:

- ◆ Tener un sustrato neural específico y distintivo.
- ◆ Tener una expresión o configuración facial específica y distintiva.
- ◆ Poseer sentimientos específicos y distintivos.
- ◆ Derivar de procesos biológicos evolutivos.
- ◆ Manifestar propiedades motivacionales y organizativas de funciones adaptativas.

Izard (citado en Sabini y Silver, 2005) afirma que las emociones que cumplen estos requisitos son: placer, interés, sorpresa, tristeza, ira, asco, miedo y desprecio. Considerando como una misma emoción culpa y vergüenza, dado que no pueden distinguirse entre sí por su expresión facial. Por su parte, Ekman (2003) quien se ha dedicado desde hace ya 50 años al estudio de las emociones por medio del reconocimiento de las mismas en rostros, considera que son seis las emociones básicas (ira, alegría, asco, tristeza, sorpresa y miedo) a las que añadiría posteriormente el desprecio.

Desde el siglo XX dentro de la investigación psicológica se han considerado emociones negativas al miedo, la ira, la tristeza y el asco, un concepto relacionado a esto es el de afectividad negativa, esta afectividad va a ser un rasgo que refleja la tendencia a experimentar emociones negativas a través del tiempo y de situaciones. Este rasgo se puede enmascarar con trastornos como la ansiedad incluyendo sentimientos subjetivos de tensión, preocupación, ira y tristeza (Piqueras Rodríguez, Ramos Linares, Martínez González, y Oblitas Guadalupe, 2009).

Chóliz (citado en Piqueras Rodríguez et al., 2009) hace un análisis dimensional sobre aquellas emociones que se han considerado como básicas, dentro de ellas están la alegría, la tristeza, la ira, la sorpresa, el miedo y el asco las cuales se definirán a continuación.

El miedo-ansiedad es definido como la respuesta de la persona ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico, cuyo objetivo es dotar a la persona de energía para contrarrestar o eliminar el objeto estresor. (Véase Figura 1.2)

La tristeza-depresión al igual que otras emociones tiene una función adaptativa para obtener la atención y el cuidado de los demás, promover la comunicación en situaciones de pérdida o separación o simplemente conservar energía para hacer frente a futuros procesos de adaptación. (Véase Figura 1.3)

La ira catalogada como emoción negativa o positiva estará en función de la sensación subjetiva, es decir dependiendo de si la persona siente placer, gusto, displacer o aversión. (Véase Figura 1.4)

El asco es una reacción emocional que suele presentarse ante estímulos desagradables y potencialmente peligrosos, esta emoción tiene un papel fundamental debido a que induce conductas de evitación y alejamiento hacia el estímulo aversivo. (Véase Figura 1.5)

La alegría, es la emoción que favorece la recepción e interpretación positiva de los diversos estímulos, pretende la estabilidad emocional y duradera del individuo. (Véase Figura 1.6)

Por último la sorpresa es una reacción emocional neutral producida de forma inmediata ante situaciones novedosas y extrañas que a su vez se desvanece rápidamente dejando paso a emociones congruentes con la situación. (Véase Figura 1.7)

Figura 1.2 Características del miedo

Instigadores	<ul style="list-style-type: none"> - Situaciones potencialmente peligrosas o estímulos condicionados (EC) que producen respuestas condicionadas de miedo. Los EC pueden ser variados y carecer objetivamente de peligro. - Situaciones novedosas y misteriosas, especialmente en niños. - Procesos de valoración secundaria que interpretan una situación como peligrosa. - Dolor y anticipación del dolor. - Pérdida de sustento y en general, cambio repentino de estimulación.
Actividad fisiológica	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema nervioso autónomo: activación rápida al identificar cualquier amenaza de un modo automático e involuntario. Elevación de la frecuencia cardíaca (taquicardia) y de la presión arterial, dilatación de los bronquios, aumento de la tensión muscular. - Sistema neuroendocrino: activación más lenta, de efectos más duraderos que en el sistema nervioso autónomo, requiere una exposición más prolongada a amenaza.
Procesos cognitivos implicados	<ul style="list-style-type: none"> - (Lazarus & Folkman, 1986): valoración primaria de amenaza y valoración secundaria de ausencia de estrategias de afrontamiento apropiadas. - Reducción de la eficacia de los procesos cognitivos, obnubilación. - Pensamientos negativos automáticos (Beck et al., 1983) y creencias irracionales (Ellis y Grieger, 1990) antes y durante la situación, interpretándola como peligrosa o bien valorando la propia incapacidad para afrontarla. - Preocupación, anticipación, hipervigilancia, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control y la percepción de fuertes cambios fisiológicos, etcétera.
Función	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitación de respuestas de escape o evitación de la situación peligrosa: procedimientos de reforzamiento negativo. - Prestar una atención casi exclusiva al estímulo temido, facilita que el organismo reaccione rápidamente ante él. - Moviliza gran cantidad de energía para ejecutar las respuestas de manera mucho más intensa que en condiciones normales. Si la reacción es excesiva, la eficacia disminuye, según la relación entre activación y rendimiento de Yerkes y Dodson (1908).
Experiencia subjetiva	<ul style="list-style-type: none"> - Se trata de una de las emociones más intensas y desagradables. Genera aprensión, desasosiego y malestar. - Preocupación, recelo por la propia seguridad o por la salud. - sensación de pérdida de control.
Expresión conductual	<ul style="list-style-type: none"> - Confrontación (acciones dirigidas hacia la acción como el contra ataque, la reacción agresiva es decir la ira), distanciamiento (evitaciones, escapes); autocontrol; búsqueda de apoyo social. - Objetivo de las conductas: mitigar o aliviar el malestar físico o psicológico generado (evitación, escape) que pueden derivar en conductas no saludables tales como beber, fumar, llevar una mala dieta, entre otros.

Chóliz tomado de Fiqueras Rodríguez et al., (2009)

Figura 1.3 Características de la tristeza

Instigadores	<ul style="list-style-type: none"> - Separación física o psicológica, pérdida o fracaso; decepción, especialmente si se han desvanecido esperanzas puestas en algo; situaciones de indefensión, ausencia de predicción y control; ausencia de actividades reforzadas y conductas adaptativas; dolor crónico.
Actividad fisiológica	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema neuroendocrino: actividad fisiológica elevada y sostenida con ligero aumento en frecuencia cardíaca, presión sanguínea y perturbación de los ritmos circadianos de cortisol, etcétera.
Procesos cognitivos implicados	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración de pérdida o daño que no puede ser reparado. - Focalización de la atención en las consecuencias a nivel interno de la situación. - Proceso cognitivo característico de la depresión (triada cognitiva, esquemas depresivos y errores en el procesamiento de la información —teoría de Beck— (Beck et al., 1983).
Función	<ul style="list-style-type: none"> - Cohesión con otras personas, especialmente con aquéllas que se encuentran en la misma situación. - Disminución en el ritmo de actividad, valoración de otros aspectos de la vida a los que antes no se les prestaba atención. - Comunicación a los demás de no encontrarse bien; ello puede generar ayuda de otras personas, así como apaciguamiento de reacciones de agresión por parte de los demás, empatía, o comportamientos altruistas.
Experiencia subjetiva	<ul style="list-style-type: none"> - Desánimo, melancolía, desaliento; pérdida de energía.
Expresión conductual	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción de las actividades de la vida cotidiana, pérdida de reforzadores positivos debido a la escasa actividad. - Incapacidad de hacer frente a una situación - Pérdidas o incapacidades como la ruptura de pareja o déficit de habilidades sociales

Figura 1.4 Características de la ira

Instigadores	<ul style="list-style-type: none"> - Estimulación aversiva, tanto física o sensorial, como cognitiva. - Condiciones que generan frustración, interrupción de una conducta motivada, situaciones injustas, o atentados contra valores morales. - Extinción de la operante, especialmente en programas de reforzamiento continuo. - Inmovilidad, restricción física o psicológica.
Actividad fisiológica	<ul style="list-style-type: none"> - Elevada actividad neuronal y muscular. - Reactividad cardiovascular intensa (elevación en los índices de frecuencia cardíaca, presión sistólica y diastólica).
Procesos cognitivos implicados	<ul style="list-style-type: none"> - Focalización de la atención en los obstáculos externos que impiden la consecución del objetivo o responsables de la frustración. - Obnubilación, incapacidad o dificultad para la ejecución eficaz de procesos cognitivos
Función	<ul style="list-style-type: none"> - Movilización de energía para las reacciones de autodefensa o de ataque. - Eliminación de los obstáculos que impiden la consecución de los objetivos deseados y generan frustración. Si bien la ira no siempre concluye en agresión, al menos sirve para inhibir las reacciones indeseables de otros sujetos e incluso evitar una situación de confrontación.
Experiencia subjetiva	<ul style="list-style-type: none"> - Sensación de energía e impulsividad, necesidad de actuar de forma intensa e inmediata (física o verbalmente) para solucionar de forma activa la situación problemática. - Se experimenta como una experiencia aversiva, desagradable e intensa relacionada con impaciencia.
Expresión conductual	<ul style="list-style-type: none"> - En general, aproximación al estímulo, objeto o situación. - Tres estilos de expresión de la ira: <ol style="list-style-type: none"> 1. Supresión de la ira (anger-in). Afrontamiento de la situación reprimiendo la expresión verbal o física, aunque persista activación alta. 2. Expresión de la ira (anger-out). Afrontamiento de la situación manifestando conductas airadas verbal o físicamente, hacia otras personas u objetos, aunque sin intención de producir daño. 3. Control de la ira (anger-control). Afrontamiento de la situación canalizando la energía emocional y proyectándola hacia fines constructivos, tales como maximizar la posible resolución positiva del conflicto.

Chóliz tomado de Piqueras Rodríguez et al., (2009)

Figura 1.5 Características del asco

Instigadores	<ul style="list-style-type: none"> - Estímulos desagradables (químicos, fundamentalmente), potencialmente peligrosos o molestos. - EC condicionados aversivamente. Los estímulos incondicionados, EI, suelen ser olfativos o gustativos.
Actividad fisiológica	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento en reactividad gastrointestinal. - Tensión muscular - Náusea e incremento de la salivación. - Mayor predominancia de la división parasimpática del sistema nervioso autónomo frente a otras emociones como el miedo y la ira.
Procesos cognitivos implicados	<ul style="list-style-type: none"> - Experiencia subjetiva de repulsa, de corta duración. - Puede provocar reacciones de humor en determinados contextos que dan sensaciones de asco.
Función	<ul style="list-style-type: none"> - Generación de respuestas de escape o evitación de situaciones desagradables o potencialmente dañinas para la salud. Los estímulos suelen estar relacionados con la ingesta, de forma que la cualidad fundamental es olfativa u olorosa, si bien los EC pueden asociarse a cualquier otra modalidad perceptiva (escenas visuales, sonidos, etcétera). - A pesar de que algunos autores restringen la emoción de asco a estímulos relacionados con alimentos en mal estado o potencialmente peligroso para la salud, lo cierto es que esta reacción emocional también se produce ante cualquier otro tipo de estimulación que no tenga por qué estar relacionada con problemas gastrointestinales. Incluso puede producirse reacción de asco ante alimentos nutritivos y en buen estado. - potenciar hábitos saludables, higiénicos y adaptativos
Experiencia subjetiva	<ul style="list-style-type: none"> - Necesidad de evitación o alejamiento del estímulo. Si el estímulo es olfativo o gustativo aparecen sensaciones gastrointestinales desagradables, tales como náuseas.
Expresión conductual	<ul style="list-style-type: none"> - Expresión facial: retracción del labio superior de la boca y arrugamiento de la nariz. - Distanciamiento del objeto, evento o situación. - Rechazo.

Figura 1.6 Características de la felicidad

Investigadores	<ul style="list-style-type: none"> - Logro, consecución exitosa de los objetivos que se pretenden. - Congruencia entre lo que se desea y lo que se posee, entre las expectativas y las condiciones actuales y en la comparación con los demás.
Actividad fisiológica	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento en actividad en el hipotálamo, septum y núcleo amigdalino. - Aumento en frecuencia cardíaca, si bien la reactividad cardiovascular es menor que en otras emociones, como ira y miedo. -Incremento en frecuencia respiratoria.
Procesos cognitivos implicados	<ul style="list-style-type: none"> -Facilita la empatía, lo que favorecerá la aparición de conductas altruistas. -Favorece el rendimiento cognitivo, solución de problemas y creatividad, así como el aprendizaje y la memoria. -Dicha relación, no obstante, es paradójica, ya que estados muy intensos de alegría pueden entorpecer la ejecución e incluso pasar por alto algún elemento importante en solución de problemas y puede interferir con el pensamiento creativo.
Función	<ul style="list-style-type: none"> -Incremento en la capacidad para disfrutar de diferentes aspectos de la vida. -Genera actitudes positivas hacia uno mismo y los demás, favorece el altruismo y empatía. -Establecer nexos y favorecer las relaciones interpersonales. -Sensaciones de vigorosidad, competencia, trascendencia y libertad. -Favorece procesos cognitivos y de aprendizaje, curiosidad y flexibilidad mental.
Experiencia subjetiva	<ul style="list-style-type: none"> -Estado placentero, deseable, sensación de bienestar. -Sensación de autoestima y autoconfianza.

Figura 1.7 Características de la sorpresa

Instigadores	<ul style="list-style-type: none"> -Estímulos novedosos débiles o moderadamente intensos, acontecimientos inesperados. -Aumento brusco de estimulación. -Interrupción de la actividad que se está realizando en ese momento.
Actividad fisiológica	<ul style="list-style-type: none"> -Patrón fisiológico característico del reflejo de orientación: disminución de la frecuencia cardíaca. -Incremento momentáneo de la actividad neuronal.
Procesos cognitivos implicados	<ul style="list-style-type: none"> -Atención y memoria de trabajo dedicadas a procesar la información novedosa. -Incremento en general de la actividad cognitiva.
Función	<ul style="list-style-type: none"> -Facilitar la aparición de la reacción emocional y conductual apropiada ante situaciones novedosas. Eliminar la actividad residual en sistema nervioso central que pueda interferir con la reacción apropiada ante las nuevas exigencias de la situación. -Facilitar procesos atencionales, conductas de exploración e interés por la situación novedosa. -Dirigir los procesos cognitivos a la situación que se ha presentado
Experiencia subjetiva	<ul style="list-style-type: none"> -Estado transitorio. Aparece rápidamente y de duración momentánea para dar paso a una reacción emocional posterior. -Mente en blanco momentáneamente. -Reacción afectiva indefinida, aunque agradable. Las situaciones que provocan sorpresa se recuerdan no tan agradables como la felicidad, pero más que emociones como ira, tristeza, asco o miedo. -Sensación de incertidumbre por lo que va a acontecer.

Clóiz tomado de Fiqueras Rodríguez et al, (2009)

1.3 Las emociones positivas y su relación con la salud

Las emociones positivas son aquellos estados afectivos que son experimentados por la persona como agradables y placenteros, y son fuente de bienestar, relajación y felicidad, son producidos por diferentes experiencias y situaciones de carácter psicosocial, y que ocurren a lo largo del proceso de desarrollo humano (V. Kail y C. Cavanaugh, 2006).

Entre los factores psicológicos que contribuyen al bienestar y la felicidad personal destacan un estilo de pensamiento reflexivo, lógico y objetivo, ser optimista, tener un buen sentido del humor, actitud positiva hacia la vida, desarrollar habilidades para resolver problemas, disfrutar y gozar lo que se tiene en la actualidad, no vivir aprisa, confiar en sus propias capacidades, tener autoeficacia, asertividad, autoestima positiva y tener proyectos y objetivos personales, desarrollar conductas saludables y afrontar con éxito las dificultades y estrés de la vida cotidiana, como la ansiedad y la depresión (Layard, 2005).

1.4 Las emociones negativas y su relación con la enfermedad

En ocasiones se pueden encontrar transformaciones patológicas de las emociones en algunos individuos y en ciertas situaciones, esto debido a un desajuste en la frecuencia, intensidad y adecuación al contexto. Cuando tal desajuste acontece y se mantiene por cierto tiempo, este puede dar lugar a trastornos de ansiedad y afectivos correspondientes al eje I de acuerdo al DSM-IV-TR, (2002). Así como daño a nivel físico provocando enfermedades de tipo cardiovasculares, reumatológicos, inmunológicos, dermatológicos y más.

Factores como las conductas relacionadas con la salud, nuestros estados psicológicos o emocionales, las características personales y los modos de afrontamiento han demostrado ser de especial relevancia en la relación emociones-enfermedad. Esta afirmación es

coherente con la evidencia científica actual que indica que cualquier trastorno denominado físico u orgánico suele implicar igualmente, y a distintos niveles, alteraciones psicológicas, y viceversa (Oblitas, 2006).

No se puede hablar de emociones negativas sin hablar de estrés, desde la perspectiva transaccional se dice que el estrés implica tres elementos:

1. La valoración o apreciación que la persona hace de los estresores
2. Las emociones y afectos asociados a dicha apreciación
3. Los esfuerzos conductuales y cognitivos realizados para afrontar dichos estresores

En periodos de estrés en los que tenemos que responder a una alta demanda de nuestro ambiente, desarrollamos muchas reacciones emocionales negativas y cuando nos encontramos bajo la influencia de estos estados emocionales negativos, es más probable desarrollar ciertas enfermedades relacionadas con el sistema inmune, o adquirir determinados hábitos poco saludables, que a la larga pueden degradar la salud (Oblitas, 2006).

De este modo, en la actualidad existe consenso acerca de que determinadas características de personalidad pueden incrementar el riesgo de sufrir enfermedades crónicas. Pero parece ser que esto es así porque incrementan la probabilidad de que el sujeto adopte conductas perjudiciales para la salud (como las adicciones, la búsqueda de riesgos, entre otros) y/o sufra de estados emocionales negativos que afectan el funcionamiento del sistema inmunológico, el sistema endocrino-metabólico y en general, de todas las funciones fisiológicas (Piqueras Rodríguez et al., 2009).

En los trastornos endócrinos existen investigaciones que apoyan la existencia de una relación entre eventos estresantes y el comienzo diabético, realizado en pequeñas poblaciones por lo que se debe tomar con reserva el resultado. Lo que sí se puede afirmar es que el estrés crónico potencializa conductas negativas para la salud como comer compulsivamente, ingerir alimentos con demasiada azúcar, la ingesta de bebidas alcohólicas y el sedentarismo (Piqueras Rodríguez et al., 2009).

En los trastornos dermatológicos, tenemos que desde el punto de vista fisiológico, la piel es uno de los órganos más sensibles a las emociones. Los trastornos dermatológicos o cutáneos han sido considerados tradicionalmente como pertenecientes a reacciones psicosomáticas, es decir, la mente no sabe cómo lidiar con determinada situación y el cuerpo tiene una reacción. Ansiedad y Depresión pueden llegar a ocasionar en algunos casos psoriasis (enfermedad inflamatoria de la piel que produce lesiones escamosas engrosadas e inflamadas), dermatitis (hinchazón o enrojecimiento de la piel que implica un cambio en su color o textura), urticaria, alopecia, acné, entre otros padecimientos relacionados con la desfiguración facial o corporal originando a su vez sentimientos de inferioridad, soledad, baja autoestima y retraimiento social (Piqueras Rodríguez et al., 2009).

Antuña Bernardo et al., (2000) indagan características de personalidad y calidad de vida de los enfermos dermatológicos, encontrando que los pacientes con esta enfermedad no muestran un perfil psicológico homogéneo ni diferenciado en su conjunto con respecto a la población normal, no obstante los sujetos con psoriasis obtuvieron puntuaciones más elevadas en extraversión y ansiedad-estado, igualmente los pacientes con herpes simple manifiestan puntuaciones altas en las dimensiones de neurosis y psicosis y los sujetos

diagnosticados con Rosácea (enrojecimiento en la parte central de la cara o en las mejillas, nariz, o frente, e infrecuentemente puede afectar el cuello y el pecho.) destacaron por su alta puntuación en ansiedad-rasgo.

Con respecto a el sistema gastrointestinal, conocemos que su función principal es la de acomodar y guardar los alimentos ingeridos para a continuación molerlos, triturarlos y finalmente, liberarlos de una manera coordinada a la luz intestinal. Ansiedad y depresión también pueden ocasionar problemas gastrointestinales como úlceras, debido a cambios en cuanto a la ingesta de alimentos, consumo de bebidas alcohólicas o alimentos altos en grasa y/o picante. En temporadas de estrés suele aumentar o disminuir el apetito o simplemente no haber tiempo para ingerir alimentos. Vinaccia et al., (2004) en una comparación de grupos con pacientes con problemas gastrointestinales como colon irritable y colitis ulcerativa, encontró que ambos grupos mostraban niveles importantes de ansiedad y depresión, con mayor severidad en pacientes diagnosticados con colon irritable. De igual forma los pacientes con colitis ulcerativa presentaron menor locus de control interno hacia la salud que los de colon irritable, infiriendo que los últimos se consideran más capaces de controlar su enfermedad.

Por otra parte, los enfermos oncológicos sufren reacciones psicológicas negativas ante la enfermedad de cáncer como ansiedad, depresión, ira e incluso asco patológico. Así, el impacto del diagnóstico producirá variadas reacciones psicológicas en el paciente en función de cómo es percibido. Distintos estudios publicados demuestran que la mayor parte de los pacientes en tratamiento con quimioterapia, pueden experimentar alguno de los siguientes procesos (Corona Gómez, 2007):

1. Distrés emocional
2. Sintomatología física
3. Deterioro de su forma cotidiana de vida
4. Temores relacionados con la evolución de la enfermedad o la muerte
5. Temor a los distintos procedimientos médicos

Ahora bien, en cuanto a las enfermedades cardiovasculares, tenemos que los factores psicológicos están claramente implicados en las opciones del estilo de vida saludable. De ahí la difusión de la aplicación de técnicas psicológicas en la atención de los pacientes; hoy en día es bastante obvia la existencia de profundas conexiones entre las emociones de una persona y sus reacciones físicas.

La intervención psicológica con pacientes cardíacos reduce el sufrimiento psicológico de frecuentes estados emocionales de ansiedad y depresión severos, mejorando la calidad de vida, promoviendo una vida más satisfactoria para el paciente y su familia (Piqueras Rodríguez et al., 2009).

Ofreciendo educación y reduciendo las innumerables preguntas, resultado de la ansiedad que muchos pacientes cardíacos presentan después de un episodio, pueden llegar a disminuirse los síntomas asociados a trastornos de ansiedad e inclusive trastornos depresivos, devolviéndole seguridad al paciente por medio de información oportuna y clara, así como técnicas de intervención para su pronta recuperación y reintegración a su vida cotidiana, claro está, con algunas indicaciones médicas (Humberto Molinello, 2007).

La salud psicológica es importante para la prevención de la enfermedad cardiovascular así como para la rehabilitación, alejando la posibilidad de una recaída. La ayuda psicológica permite superar el impacto emocional adverso provocado por el episodio

cardiaco, modificar los hábitos de comportamiento nocivo, la reintegración pronta a las actividades sociales y la adherencia al tratamiento médico. La modificación de pautas de conducta, la educación para la salud, el apoyo y asesoramiento psicológico, el manejo del estrés y estados emocionales (ansiedad, depresión) son necesarias tanto para la prevención, como en la rehabilitación posterior al evento cardiaco (Humberto Molinello, 2007).

La investigación sistemática de la relación entre el corazón y la mente empezó a fines de los años 50, con el trabajo pionero de dos cardiólogos de San Francisco, M. Friedman y R. Rosenman, quienes acuñaron el término Patrón de Conducta Tipo A (PCTA). El PCTA Es un fenómeno clínico complejo caracterizado por una constelación de conductas que incluyen la competitividad, ira, hostilidad libremente flotante y bien racionalizada, urgencia de tiempo, impaciencia, discurso vigoroso, y un número de signos psicomotores (Cano Vindel y Miguel Tobal, 2001). (Ver figura 1.8)

Es un patrón complejo acción- emoción que requiere de la interacción de la persona con el entorno. La urgencia de tiempo, la competitividad, hiperagresividad y la hostilidad se vuelven penetrantes impregnando toda la personalidad, conduciendo a un deterioro y agotamiento. Los procesos fisiopatológicos que acompañan la lucha crónica del PCTA, aceleran las alteraciones que facilitarán la pérdida de elasticidad arterial conducente a una prematura enfermedad coronaria en el curso de varias décadas (Cano Vindel y Miguel Tobal, 2001). (Véase Figura 1.8)

Figura 1.8 Interrelación entre los componentes del PCTA y los procesos fisiopatológicos



Tomado parcialmente de Luisardo, 2005

Es así como las emociones se irán presentando de acuerdo a las necesidades del individuo y no podrán estar exentas a cambios si el contexto social cambia, en el siguiente capítulo veremos como es que la situación laboral, la inseguridad, la parte económica o inclusive la sola percepción de que algo está ocurriendo y está perjudicando a la persona puede generar enfermedades mentales.

Capítulo 2 El Contexto Social y la Salud Mental

Como ya se habló el ser humano está completa e inevitablemente influido por su entorno, el cual comprende las condiciones de vida y de trabajo, los estudios que ha cursado la persona, su nivel de ingresos y la comunidad de la que forma parte. Cada uno de estos factores influye en la salud del individuo ocasionando la aparición de infinidad de enfermedades, por lo que se dice, que a nivel global, las diferencias entre los entornos sociales de los distintos países crean disparidades en materia de salud. De esta forma, la esperanza de vida y los índices de enfermedad varían año con año de acuerdo a la situación laboral, los ingresos que se percibe mes con mes entre otras cosas.

2.1 Crisis económica en México de 2008 a 2011

Se ha observado una estrecha relación entre afecciones como estrés y depresión que surgen a partir de la incertidumbre de los mercados, ante la situación económica personal y de la sociedad en general. En algunos países se han hecho encuestas, las cuales evidencian que los niveles socioeconómicos bajos y la pérdida de estatus socioeconómico se asocian a malas autoevaluaciones de salud y a altos índices de morbilidad psiquiátrica, así como un aumento en la demanda de servicios de salud (Aránguiz Garrido, 2000).

Las razones son varias, hay factores objetivos como la pérdida de recursos, la restricción de medios y opciones, disminución de la calidad de vida, desempleo, entre otros.

Cualquier de las razones anteriores ocasiona cambios en el individuo, pero lo peor es la percepción generalizada de inseguridad, la anticipación ansiosa, el pesimismo hacia el futuro y la rumiación (el pensar repetidas veces) de los problemas; poco a poco todo esto produce un cuadro de ansiedad que puede ir aumentando de intensidad y generar insomnio, al llegar la noche, se sigue pensando en los problemas y en la forma de cómo resolverlos; pero como no hay salida posible, se reinicia a pensar en el problema, a ver si se le encuentra una solución, y así puede pasar toda la noche; la ansiedad y el insomnio acaban generando un cuadro depresivo y muchas manifestaciones psicósomáticas. Llega un momento en que el individuo, no puede controlar semejante carga de estrés y es cuando se recurre a la ayuda de un especialista (Aránguiz Garrido, 2000).

Se ha comprobado que el mayor factor de riesgo para la salud mental no es tanto la pérdida objetiva de recursos o apoyos, sino la percepción subjetiva de disminución de los mismos. La creencia subjetiva de que llegado el caso, no se va a disponer de apoyos externos para salir adelante, ya sean familiares, laborales, sociales y financieros, genera la aparición de enfermedades físicas y mentales como ansiedad y depresión.

A la situación personal que se está viviendo, se le debe agregar la situación que van propiciando los medios de comunicación; los periódicos, la televisión y el internet, a diario estos medios nos están hablando de crisis económica, de cuántos países han entrado en recesión, de los despidos masivos en todo el mundo y cuando se mira alrededor, también se escucha a la gente hablar de crisis económica, de cómo han aumentado de precio los productos alimenticios, las escuelas, la ropa, el escaso plan de los políticos para enfrentar las crisis económicas, los despidos masivos, la inseguridad del país y más (Aisenson, 2011).

Los medios de comunicación provocan primero la idea de crisis, acto seguido la recibe el individuo de forma que empieza a ahorrar, a revisar sus cuentas y a vigilar minuciosamente lo que gasta. Muchas veces asaltando la idea de si son capaces de sobrellevar esta crisis, esta idea se convierte en el eje principal de existencia del individuo, provocando un estrés desmesurado debido al terror y el miedo inducido por la gran alarma social (Aisenson, 2011).

Las personas comienzan a hacer una valoración de ingresos y gastos de la familia, una de las principales cosas que tienden a recortar son los gastos dirigidos al ocio, considerando que éstos son gastos secundarios. Pero desde el punto de vista del bienestar y calidad de vida del individuo, carecer de tiempo de ocio provoca en nosotros un gran malestar, que junto al estrés provocado por la incertidumbre del futuro económico, afecta directamente la forma de vida y el estado psicológico y emocional (Aisenson, 2011).

En cuanto a la situación financiera mucho se habló y se sigue hablando de la crisis económica que ha atravesado el país desde el año 2008 originada en los Estados Unidos; entre los principales factores que causaron esta crisis se encuentran los altos precios de las materias primas, la sobrevaloración del producto, la crisis alimentaria mundial y energética, la crisis crediticia e hipotecaria y más. Esta crisis iniciada en 2008 ha sido llamada por especialistas internacionales como la “crisis de los países desarrollados” ya que sus consecuencias se observan fundamentalmente en los países más ricos del mundo (Ferrari, 2008).

Debido a la alta dependencia de la economía mexicana en su comercio exterior con los Estados Unidos y la continua caída de las remesas, producto de la desaceleración de la

economía norteamericana. México no tardó en resentir los efectos de una crisis económica. El desempleo abierto en México subió a 4,06% en enero de ese año, comparativamente mayor con la tasa del año anterior que se encontraba en 3,96%, y sólo en enero de 2009, 336 mil personas se quedaron desempleadas en México (Martínez, 2009).

Luego de la profunda recesión de 2009, México estuvo inmerso en una sólida recuperación. La recuperación estuvo encabezada en un principio por el auge de las exportaciones, en particular hacia los Estados Unidos de América, donde México ganó participación de mercado. El consumo y la inversión privados se recuperaron con cierto rezago, pero crecieron con más fuerza a medida que la confianza de consumidores y empresas comenzaron a recuperarse (OCDE, 2011).

Para 2009 también se registró un aumento del 20% de trastornos mentales en México, sobre todo entre población de adolescentes y jóvenes, revelado por encuestas nacionales de epidemiología psiquiátrica. La directora general del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” María Elena Medina Mora, informó que el aumento de padecimientos mentales está estrechamente relacionado con el mayor consumo de drogas ilegales entre la población joven del país. La especialista también reconoció que en situaciones difíciles la crisis económica potencializa los trastornos mentales (Milenio, 2009).

El Dr. Enrique Camarena (2010) subdirector médico del Hospital Psiquiátrico ‘Héctor Tovar Acosta’ del IMSS, informó que en 2010 y debido a la falta de oportunidades laborales y profesionales, así como el alto consumo de alcohol y drogas, el número de suicidios se había incrementado en los jóvenes. El especialista del Instituto Mexicano del

Seguro Social (IMSS) refirió que entre las explicaciones de ese fenómeno está que la perspectiva de los jóvenes sobre el futuro es muy limitada, y no es sólo una situación de México sino también de América Latina.

Para la mayor parte de 2011, el desempleo creció de forma desmesurada. (Véase Figura 2.1)

Figura 2.1 Desempleo en México



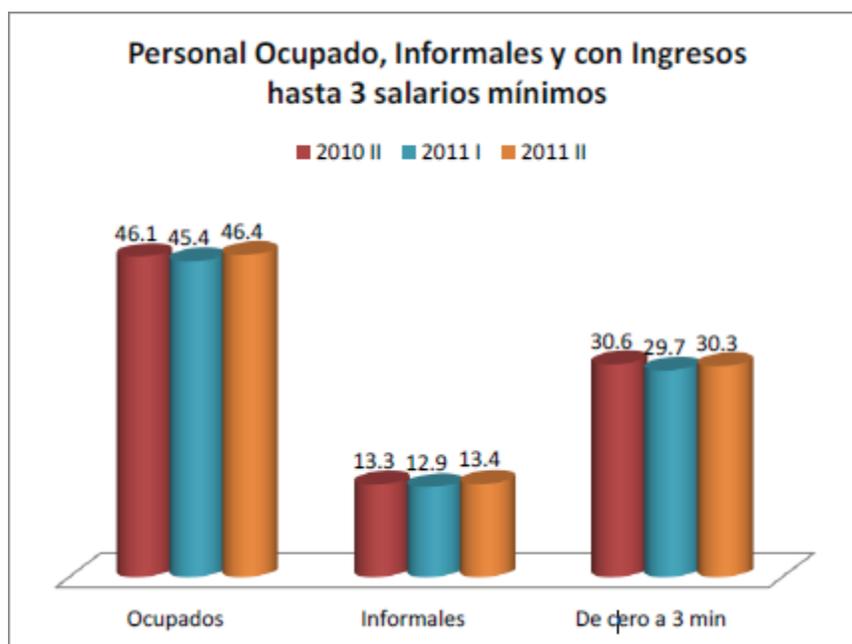
En el eje de las y se encuentra el nivel de desempleo y en el eje de las x el año y mes al que corresponde la cifra

Fuente: La Pobreza en México sube a 52 millones, Mayoral Jiménez, 2011

La política económica, pese a los anuncios de un retorno al crecimiento económico, no ha logrado que el PIB retome el nivel de la tendencia histórica observada antes de la crisis; tampoco aparece el incremento en la población asegurada al IMSS y, por tanto, el desempleo lejos de ceder, logró su nivel mensual más alto en los últimos años en junio de 2011 (5.4%). Los indicadores de empleo muestran que a pesar de los nuevos empleos creados, estos no son suficientes para atender el rezago y a la nueva población que se incorpora al mercado laboral (Flores Rico, 2011).

En el segundo trimestre del año 2011 el número de personas ocupadas creció en 280 mil personas, sin embargo, la calidad del empleo sigue siendo mala, 13.4 millones de personas se encuentran en el empleo informal, y el número de personas con ingreso entre cero y tres salarios mínimos alcanzó 30.3 millones de personas 610 mil más que el trimestre anterior (Flores Rico, 2011). (Véase Figura 2.2)

Figura 2.2 Comparación por años de personas ocupadas, empleos informales y con ingresos de hasta 3 salarios mínimos



Fuente: México La situación Social Hoy, Flores Rico, 2011

Ahora bien, el término desempleo alude a la falta de trabajo. Un desempleado es aquel sujeto que forma parte de la población activa (aquellos que se encuentran en edad de trabajar) y que busca empleo sin conseguirlo. Esta situación se traduce en la imposibilidad de trabajar pese a la voluntad de la persona. Desempleo es sinónimo de paro y

desocupación y puede diferenciarse entre cuatro grandes tipos de desempleo: cíclico, estacional, friccional y estructural. El desempleo cíclico consiste en la falta de trabajo durante un momento de crisis económica (es decir, de recesión). Se trata, por lo general, de periodos no demasiado extensos en el tiempo y que se revierten junto a la reactivación de la economía. El desempleo estacional surge por la fluctuación estacional de la oferta y la demanda. El sector de la agricultura ofrece un claro ejemplo de este tipo de desempleo: en épocas de cosecha, aumenta la oferta de trabajo y el desempleo tiende a desaparecer; en el resto del año, se produce la situación inversa. El desempleo friccional tiene lugar por la falta de acuerdo entre empleado y empleador. Las características de un puesto de trabajo no satisfacen al trabajador y éste se marcha de un empleo en búsqueda de otro. Se trata de un desempleo temporal y que suele ser constante. El desempleo estructural, por último, es el más grave ya que supone un desajuste técnico entre la oferta y la demanda de trabajadores. Los puestos de empleo que requiere una economía son inferiores a la cantidad de gente que necesita trabajo (Suárez y Poveda, 2007).

A raíz de la crisis económica y el creciente desempleo durante el año 2011, se presentó la inestabilidad económica y psicológica de las personas. En 2010 se realizó un estudio para saber si la crisis económica global podía afectar la salud mental de las personas; en los resultados se observó que la actual crisis económica mundial si puede contribuir al aumento de la prevalencia del trastorno depresivo mayor y que está asociado principalmente a la situación laboral y el ingreso mensual (Wang et al., 2010).

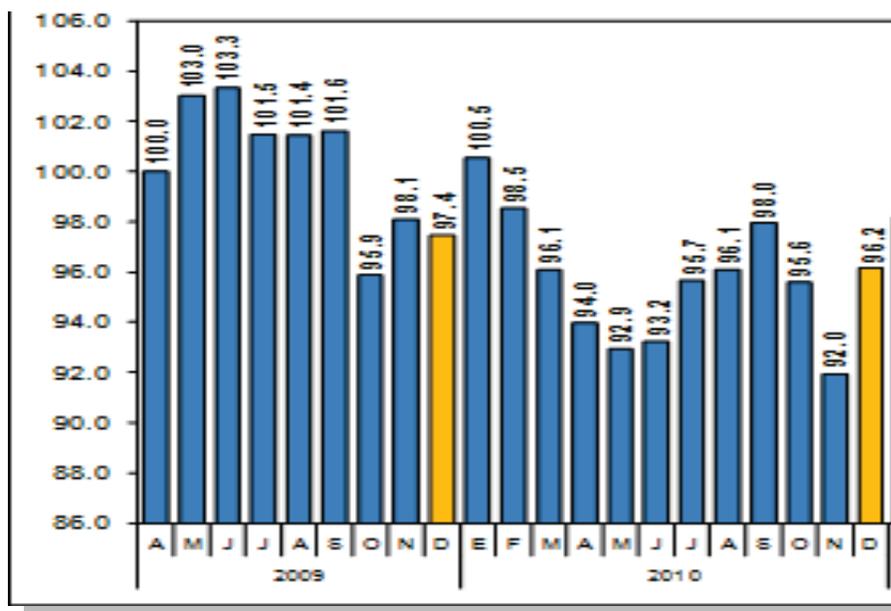
En 2004 se realizó un estudio para conocer la prevalencia de trastornos mentales en comunidades pobres de la Ciudad de México, el impacto que tiene esa población ante las crisis económicas y la relación que existe entre la prevalencia de trastornos mentales y las

situaciones de pobreza. Se encontró que la prevalencia de trastornos mentales es mayor entre la población con menos recursos económicos (64.5% del total de trastornos depresivos, 71% distimia, 60.1% del total de trastornos de ansiedad). También fue más frecuente la ideación (8.2% de los más pobres vs 4.4% con más recursos) e intento de suicidio (4.1% vs 1.2%). Del mismo modo, las personas con algún trastorno mental, presentaron mayores problemas derivados de la crisis económica que la población sin trastornos. Resaltando los problemas de tipo laboral (ser despedido de su trabajo, dificultad para conseguir un empleo) y los familiares (peleas por razones económicas) (Berenzon Gorn, 2004).

La salud mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores de índole social, ambiental, biológica y psicológica. Los síndromes depresivos y ansiosos, la epilepsia, la demencia, la esquizofrenia, las adicciones y los trastornos del desarrollo infantil, se han incrementado en México durante los últimos años, y como el proceso de salud-enfermedad-salud mental se vincula con la salud física y la pobreza, la incidencia de los trastornos mentales merma aún más los ingresos de sus portadores, por lo que se precisa de un mayor esfuerzo asistencial que reduzca la posibilidad de que estos trastornos incapacitantes, limiten el potencial de desarrollo de los afectados y la sociedad.

Regresando a la parte de la percepción, en el tema de la seguridad pública de acuerdo a cifras del INEGI el Índice de Percepción sobre la Seguridad Pública se ubicó en 96.2 puntos en el último mes de 2010. Dicho nivel resultó menor en 1.3% que el observado en igual mes de 2009, cuando había sido de 97.4 puntos (Dávila, 2011). (Véase Figura 2.3)

Figura 2.3 Índice de percepción de seguridad pública 2010



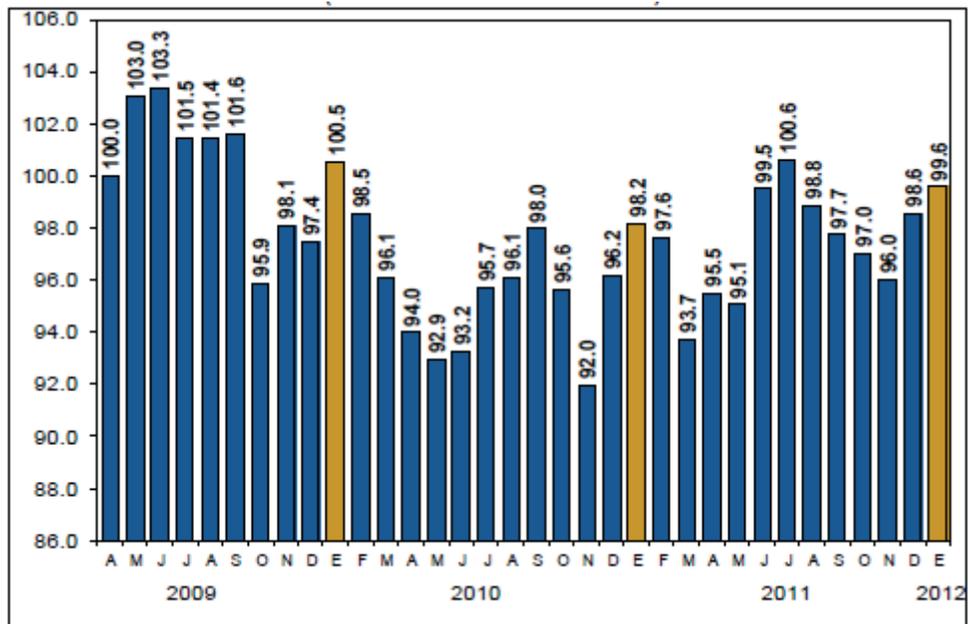
Ubicándose en el eje de las y la Percepción sobre la Seguridad Pública y sobre el eje de las x los meses del año iniciando por Abril.

Fuente: Índice de percepción sobre la seguridad pública, Dávila, 2011

El Índice de Percepción sobre la Seguridad Pública (IPSP) se construye a partir de cinco indicadores parciales: dos de ellos se basan en la percepción sobre la seguridad personal actual y la esperada dentro de un año; otros dos consideran la opinión sobre la situación actual de la seguridad pública en el país y la esperada dentro de un año, y el quinto refleja el grado de confianza que tiene el entrevistado al caminar solo entre las 4 y las 7 de la tarde por el rumbo donde vive (Dávila, 2011).

En el último mes de 2011, el Índice de Percepción sobre la Seguridad Pública (IPSP) avanzó 2.5% al situarse en 98.2 puntos frente al reportado en igual mes de 2010 que fue de 96.2 puntos (INEGI, 2012a). (Véase Figura 2.4)

Figura 2.4 Índice de percepción sobre la seguridad pública 2011



En el eje de las y se encuentra el índice de percepción sobre la seguridad pública hasta 2011 y en el eje de las x los meses iniciando en el mes de Abril.

Fuente: Índice de percepción sobre la seguridad pública , INEGI, 2012

El aumento medido a tasa anual del IPSP en Diciembre de 2011, se derivó de los incrementos observados en los componentes que dan cuenta de la seguridad personal actual y la esperada dentro de un año, y de los que hacen referencia a la situación actual de la seguridad pública en el país y la esperada dentro de un año. En cambio disminuyó el que mide el grado de confianza del entrevistado al caminar solo por el rumbo donde vive entre las 4 y 7 de la tarde (INEGI, 2012a). (Véase Figura 2.5)

Figura 2.5 Áreas evaluadas y variación anual

Concepto	Diciembre de		Variación % anual
	2010	y 2011	
Índice de Percepción sobre la Seguridad Pública	96.2 %	98.6 %	2.5 %
• Seguridad personal en la actualidad respecto a hace 12 meses.	95.6 %	99.0 %	3.6 %
• Seguridad personal esperada dentro de 12 meses, respecto a la actual.	101.5 %	105.5 %	3.9 %
• Seguridad pública en el país hoy en día, comparada con la que se tenía hace 12 meses.	90.5 %	97.1 %	7.2 %
• Seguridad pública en el país dentro de 12 meses, respecto a la situación actual.	97.0 %	100.5 %	3.6 %
• Grado de confianza del entrevistado al caminar solo por el rumbo donde vive entre las 4 y las 7 de la tarde.	96.2 %	90.7 %	(-) 5.7 %

Los porcentajes que aquí se presentan son de las personas que votaron a favor de las afirmaciones.

Índice de percepción sobre la seguridad pública, INEGI, 2012

Jorge Manrique (2011), Rector del Colegio Jurista, aseguró que 20 millones de personas en México padecen ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, depresión e incluso esquizofrenia provocados por la inseguridad y violencia. En un estudio realizado por la institución, donde también se imparte la carrera de criminalística a nivel licenciatura y posgrado, se advierte que en el último lustro se disparó el número de enfermedades mentales en la República Mexicana pasando del 20 por ciento al 68 por ciento de personas con alguna enfermedad mental. Con datos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Mexicano del Seguro Social y la Organización Mundial de la Salud, el documento del Colegio Jurista destaca que actualmente las enfermedades mentales afectan a una de cada cuatro familias en promedio, y la cifra asciende hasta a una de cada dos familias en la frontera norte (El precursor, 2011).

La depresión se presenta en 82 por ciento de las víctimas directas e indirectas de crímenes de alto impacto social como asalto, secuestro y narcotráfico. Sin embargo, explica

el estudio, en ilícitos económicos como robo a casa habitación, en los últimos cinco años las víctimas presentan afecciones que van de temor persistente al desarrollo de patologías como trastornos de ansiedad. La violencia asociada a la guerra contra el crimen, genera más personas inquietas, temerosas, ansiosas o deprimidas e incluso paranoicas, y de manera simultánea incrementa el número de suicidios y otros tipos de autoflagelación. La depresión es la enfermedad más común asociada a la inseguridad y violencia y en segundo lugar se presenta la esquizofrenia. Ésta última afectando más a los varones de 15 a 25 años, mientras que en las mujeres es más común entre los 25 y 35 años (El precursor, 2011).

2.2 Equilibrio en la escala de necesidades

El problema económico es el conflicto entre los recursos escasos y las necesidades ilimitadas. Al estudiar el problema económico, la economía tiene su base en otras ciencias como la psicología. Esto tiene su base en la psicología, porque nadie está satisfecho del todo. Por mucho que se tenga siempre se tiene la sensación de escasez. Se tenga más o se tenga menos, siempre hay una constante búsqueda para satisfacer las necesidades (Grandio, 2007).

La teoría de Maslow dice que hay varios tipos de necesidades. Las clasifica en cinco tipos y las ordena desde las necesidades más básicas a las más sofisticadas en forma de pirámide. Dice que cuando satisfacemos unas necesidades básicas pasamos al nivel superior. Maslow supone que algunas necesidades son más importantes que otras y que deben satisfacerse antes de que otras necesidades puedan servir como motivadores. A saber (Grandio, 2007):

1. **Necesidades fisiológicas.** Son las necesidades básicas para el sustento de la vida humana, tales como alimento, agua, calor, abrigo y sueño. Según Maslow, en tanto

estas necesidades no sean satisfechas en el grado indispensable para la conservación de la vida, las demás no motivarán a los individuos.

2. **Necesidades de seguridad.** Estas son las necesidades para librarse de riesgos físicos y del temor a perder el trabajo, la propiedad, los alimentos o el abrigo.
3. **Necesidades de asociación o aceptación (sociales).** En tanto que somos seres sociales, los individuos experimentan la necesidad de pertenencia, de ser aceptados por los demás.
4. **Necesidades de estimación.** De acuerdo con Maslow, una vez que las personas satisfacen sus necesidades de pertenencia, tienden a desear la estimación tanto propia como de los demás. Este tipo de necesidad produce satisfacciones como poder, prestigio, categoría y seguridad en uno mismo.
5. **Necesidad de autorrealización.** Maslow consideró a ésta como la necesidad más alta de su jerarquía. Se trata del deseo de llegar a ser lo que se es capaz de ser, de optimizar el propio potencial y de realizar algo valioso. (Véase Figura 2.6)

Figura 2.6 Pirámide de Maslow



Grandio, 2007

Basada también en las necesidades, la teoría de Clayton Alderfer difiere de la teoría de Maslow en 3 aspectos básicos, reduciendo las 5 categorías en tan sólo 3 (Naranjo Pereira, 2009).

- 1. Necesidades de existencia.** El deseo por tener bienestar físico y material.
- 2. Necesidades de relación.** El deseo de satisfacer las relaciones interpersonales.
- 3. Necesidades de crecimiento.** El deseo por un crecimiento y desarrollo personal continuos.

De ahí su denominación de teoría ERG (existencia, relación, crecimiento por sus siglas en el idioma inglés). Mientras que la teoría de Maslow sostiene que el individuo avanza hacia arriba en la jerarquía de necesidades, la teoría ERG hace hincapié en un componente especial de frustración-regresión. Es decir, una necesidad de nivel inferior ya satisfecha se puede activar cuando una necesidad de nivel superior no puede satisfacerse. De esta manera

si una persona continuamente se siente frustrada en su intento por satisfacer las necesidades de crecimiento, las necesidades de relación pueden nuevamente surgir como motivadores clave. Además, la teoría ERG sostiene que se puede activar más de una necesidad al mismo tiempo (Naranjo Pereira, 2009).

Así bien, Abraham Maslow nos dice que una necesidad es un sentimiento, que de no satisfacerse, produce angustia o tensión, que pueden generar a su vez, estrés y/o ansiedad patológicos. Concluyendo que el contexto social y económico puede realizar cambios emocionales en las personas, problemas de salud y salud mental debido a la situación que atraviese el país y los cambios que esto conlleve, de satisfacer las necesidades se establecerá una sensación de bienestar y un equilibrio. Entre los trastornos generados por los problemas económicos o sociales tenemos la ansiedad de la cual se hablará en el siguiente capítulo.

Capítulo 3 La Ansiedad

La ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral o académico. La ansiedad normal y proporcionada, así como sus manifestaciones, no puede ni deben eliminarse, dado que se trata de un mecanismo funcional y adaptativo. Se trata de saber convivir con la ansiedad, sin perder la operatividad.

3.1 Definición de Ansiedad

El término ansiedad proviene del latín *anxietas* que significa congoja o aflicción. Es una sensación normal que experimentamos las personas alguna vez en momentos de preocupación o peligro ya sea por un estímulo externo o interno; la diferencia principal entre ansiedad normal y patológica es que ésta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza (Virues Elizondo, 2005).

Beck (1985) refiere que la ansiedad es la percepción del individuo a nivel incorrecto, estando basada en falsas premisas. La ansiedad es la expresión de un estado emocional en el que el sujeto se siente inquieto, tenso, en estado de alerta excesiva, atemorizado o con una profunda preocupación por cuestiones concretas o no, ya que en ocasiones no es capaz de identificar la causa del malestar.

Se dice que tales sensaciones se experimentan a nivel psíquico, aunque también tienen su expresión corporal con una amplia gama de síntomas a los que han llamado somáticos. Aunque se suele hablar indistintamente de miedo, ansiedad y angustia, esta última suele referirse a la ansiedad con un claro predominio de sensaciones somáticas.

La angustia es definida como la emoción universalmente más experimentada por el ser humano; se define como una emoción compleja, difusa y desagradable que conlleva serias repercusiones psíquicas y orgánicas en el sujeto; la angustia es visceral, obstructiva y aparece cuando un individuo se siente amenazado por algo. Es un sentimiento vinculado a situaciones de desesperación, donde la característica principal es la pérdida de la capacidad de actuar voluntaria y libremente por parte del sujeto, es decir, la capacidad de dirigir sus actos (Sierra, Ortega, y Zubeidat, 2003).

Por otra parte, el miedo es una reacción normal que surge ante el peligro o la amenaza procedente del exterior, es decir, cuando el objeto que ocasiona dicha emoción es externo e identificable. (Véase Figura 3.1)

La ansiedad normal es una emoción con valor adaptativo que actúa como un sistema de advertencia, alertando al individuo sobre la necesidad de actuar, como ya se mencionó anteriormente, en condiciones normales surge ante situaciones que implican amenaza o un desafío para el individuo. Así las exigencias de la vida cotidiana generan cierto grado de ansiedad, constituyendo un mecanismo de adaptación que permite mejorar el rendimiento en las tareas o situaciones que se deban afrontar, siendo así, en tanto no se superen los límites de intensidad y de duración, de lo contrario se estaría hablando de ansiedad patológica la cual, interfiere de forma negativa en el individuo ocasionando un estado de desadaptación (Benítez Moreno et al., 2006).

Figura 3.1 Diferencias entre miedo, ansiedad normal y ansiedad patológica.

	Miedo	Ansiedad Normal	Ansiedad Patológica
Desencadenante	Externo (amenaza real)	Externo (retos de la vida cotidiana)	Interno (anobjetal)
Función	Defensiva	Adaptativa	Desadaptativa
Duración	Adecuada	Adecuada	Desproporcionada
Plano de afectación	Cognitivo	Cognitivo	Cognitivo
	Fisiológico	Fisiológico	Fisiológico
Rendimiento	Afectado	Mejora	Disminuye
Intensidad	En función del estímulo	Leve	Profunda y persistente

Tomado de Benítez Moreno et al., 2006

Las manifestaciones de la ansiedad consisten en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual y cognitiva, caracterizada por un estado generalizado de alerta y activación. Existen casi tantas definiciones de ella como modelos teóricos donde encuadrar a las mismas, por lo que todas las teorías están de acuerdo en que consiste en una respuesta emocional compleja, adaptativa y fenomenológicamente pluridimensional.

El enfoque cognitivo-conductual, dice que cuando un individuo siente o afirma tener ansiedad, intervienen en dicho proceso distintas variables, por lo que ninguna de ellas debe ser despreciada para el estudio del mismo; se basa en variables cognitivas del individuo (pensamientos, creencias, ideas, etc.) y variables situacionales (estímulos discriminativos que activan la emisión de la conducta). Según esto, la ansiedad pasa de ser concebida como rasgo de personalidad a ser considerada como un concepto multidimensional, existiendo áreas situacionales específicas asociadas a diferencias relativas al rasgo de personalidad. La aparición de éste enfoque se vincula a autores como Bowers (1973), Endler (1973) o Endler y Magnusson (1976) (citados en Sierra et al., 2003).

Los trastornos de ansiedad especificados en el DSM-IV-TR (2002) son: crisis de angustia, trastornos de angustia sin agorafobia, trastornos de angustia con agorafobia,

agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado.

En la clínica habitual, la ansiedad puede ser primaria (diagnosticada por el DSM-IV o CIE10) o secundaria (está acompañada por otros cuadros psiquiátricos o enfermedades médicas en las que se encuentran incluidos los padecimientos del corazón).

La ansiedad patológica primaria es el fenómeno principal del cuadro clínico y no existe ningún trastorno orgánico o psicopatológico subyacente. La ansiedad patológica secundaria es aquella donde las enfermedades orgánicas son numerosas, así como los trastornos psiquiátricos, las dietas y medicamentos que pueden ocasionar un cuadro clínico principal a los trastornos de ansiedad.

3.2 Síntomas de la ansiedad

La ansiedad es un trastorno caracterizado por preocupación excesiva, inquietud o impaciencia, fatigabilidad, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño y trastornos alimenticios (DSM-IV-TR, 2002).

La sintomatología alcanza la categoría de trastorno sólo cuando objetivamente se aprecia que interfiere de forma significativa en la vida familiar, social, laboral y/o académica de quien la padece.

Para aceptar la existencia de ansiedad, además de los síntomas fundamentales deben existir al menos dos manifestaciones de las siguientes áreas:

- ✧ Tensión motora: Descrita u observada como incapacidad para relajarse, inquietud o agitación motriz, temblor, fatiga o dolores musculares.
- ✧ Hiperactividad neurovegetativa: Palpitaciones, taquicardia, taquipnea (aumento de la frecuencia respiratoria por encima de los valores normales) o sensación de falta de aire, sudoración, mareos, molestias gastrointestinales como colitis, gastritis estreñimiento o diarreas, sequedad de boca, etc.
- ✧ Hipervigilancia: Insomnio habitualmente de conciliación con un sueño superficial y frecuentes pesadillas, sobresaltos, irritabilidad, distraibilidad.

Este trastorno puede tener diferentes grados de intensidad desde la ausencia a la ansiedad leve, moderada y grave incapacitante. Los síntomas que pueden aparecer durante un trastorno de ansiedad consisten en:

- ◆ Síntomas subjetivos, cognitivos o de pensamiento: Formado por preocupación excesiva, susceptibilidad, inseguridad, dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad, aprensión, pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad), rumiación, anticipación de peligro o amenaza, dificultad de concentración, de atención y de memoria (motivando descuidos y olvidos frecuentes), dificultad para la toma de decisiones, desrealización (sensación subjetiva que el entorno es extraño o irreal), despersonalización (sensación subjetiva de irrealidad, extrañeza o falta de familiaridad con uno mismo), sensación de perder el control, de volverse loco o miedo a morir.
- ◆ Síntomas conductuales: Se trata de una serie de manifestaciones clínicas de la ansiedad que pueden ser observadas por los demás al tener repercusiones directas sobre la conducta del sujeto tales como la hiperactividad, impulsividad y

movimientos repetitivos (movimiento continuo de una o ambas extremidades inferiores, restregarse las manos, tronarse los dedos, alisarse el cabello, etc.) En otras ocasiones puede llegar a producirse lo contrario como paralización motora, inhibición, tartamudeo u otras dificultades de expresión verbal como verborrea y conductas de evitación.

- ◆ Síntomas somáticos: Provocado por un estado irregular de hipervigilancia que actúa sobre el sistema nervioso central y periférico, provocando una activación, así como el sistema endócrino, dando lugar a cambios hormonales como pueden ser:

- ☆ Cardiovasculares: Palpitaciones, taquicardia, hipertensión arterial, dolor precordial y extrasístoles (Trastornos del ritmo cardíaco y consiste en un latido adelantado respecto a la frecuencia cardíaca normal del individuo).

- ☆ Respiratorios: Disnea (dificultad respiratoria o falta de aire), opresión torácica, suspiros, tos nerviosa.

- ☆ Gastrointestinales: Náuseas, vómitos, diarreas, estreñimiento, agruras o acidez estomacal, alteraciones en la alimentación.

- ☆ Genitourinarios: Poliuria (gasto urinario excesivo, superior a 2, 2,5 litros/24 horas), urgencia miccional, enuresis (micciones incontroladas por el día o por la noche), eyaculación precoz, frigidez, impotencia, amenorrea (ausencia de la menstruación por un periodo de tiempo mayor a los 90 días), menorragia (la menstruación supera los 7 días).

☆ Neuromusculares: Tensión muscular, temblor, hormigueo, cefalea tensional, fatiga excesiva, alteraciones sensoriales, dolores, rechinar de dientes, voz inestable.

☆ Neurovegetativos: Sequedad de boca, mareos, sudoración excesiva, sofocos, visión borrosa, zumbido de oídos.

3.3 Ansiedad y Cardiopatía

Existen rasgos de personalidad que se asocian a una mayor vulnerabilidad a la sintomatología ansiosa, y no es extraño que a su vez tales personas se constituyan en estímulos ansiógenos para quienes les rodean. En la práctica médica es frecuente que los síntomas somáticos prevalezcan, motiven la consulta y hagan difícil al paciente admitir el origen cognitivo de su enfermedad, es decir, la ansiedad-estado son aquellos síntomas ansiosos que se presentan en respuesta a circunstancias desencadenantes, la ansiedad aparece en un momento dado y no se debe a una tendencia habitual del paciente; la ansiedad-rasgo es una tendencia permanente de la persona a vivir ansiosa, sus características principales son, la baja tolerancia a la frustración, neurosis marcada, excesiva meticulosidad, alto nivel de exigencia a lo que han llamado también, Patrón de conducta tipo “A”. Para Bermúdez y Sánchez-Elvira, las características principales que definen la PTA son las siguientes (Barraza Macías, 2008):

- Suelen sentirse impacientes, irritables y presionadas
- Competitivos y suspicaces
- Son hostiles con los demás

- Están orientados al logro
- Tienden a reaccionar de forma explosiva ante situaciones estresantes
- Se encuentran en estado de alerta constante
- Abordan y resuelven los trabajos con gran rapidez
- Se encuentran de pisa todo el tiempo
- Mantienen un gran control de emociones

Por otro lado el patrón de conducta tipo “B” se trata de personas que tienen características casi opuestas a las del tipo “A”, son su contraparte y se caracterizan por:

- Expresar sus emociones constantemente
- No les preocupa la puntualidad
- No se sienten apurados o presionados
- Llevan a un ritmo lento la realización de tareas
- Realizan una cosa a la vez
- Son pasivos y se les considera relajados y tranquilos
- Evitan actividades de riesgo y los altos niveles de activación.
- Organizan su tiempo de acuerdo con sus posibilidades
- Son poco competitivos

Por último se encuentra el patrón de conducta tipo “C” el cual, posee algunas características de los anteriores patrones de conducta, siendo de todos ellos el menos conocido, e inclinado más a la descripción del sufrimiento interno:

- Inhiben la expresión emocional constantemente, en especial del enojo. Consideran que de esa forma no se hiere así mismo, ni a los demás
- Tienen a ser personas sumisas
- Son conformistas con lo que tienen y con los resultados que logran
- Son personas cerradas y muchas ocasiones negadas a compartir con otros sus emociones.
- Altamente dependientes
- Necesitan de la aprobación y consentimiento de los demás
- Viven frustrados e insatisfechos
- La inhibición de sus emociones los hacen propensos a sufrir enfermedades

Este tipo de patrón de personalidad se ha estudiado en relación a la aparición de enfermedades tales como el cáncer, debido a la represión emocional y el sufrimiento psicológico que padece el individuo (Alvarez Muriel et al., 2006).

Estudios realizados sobre el estrés emocional causado por una cardiopatía, demuestran que la ansiedad, la depresión, la culpa, el miedo y la insatisfacción, son síntomas que generan arritmias impidiendo la recuperación adecuada de la enfermedad. Se ha postulado que la ansiedad y la personalidad tipo A antes descrita constituyen la fuente de un gran

número de enfermedades, tanto de orden psíquica como orgánica, entre ellas la hipertensión arterial, considerada como el enemigo oculto, siendo causa de la enfermedad e impidiendo la recuperación de los pacientes.

El patrón de conducta tipo A ya mencionado en el capítulo 1 constituye un factor de riesgo para la cardiopatía isquémica; estas personas tienen 2,5 veces más probabilidades de presentar angina de pecho o infarto de miocardio. Desde una perspectiva psicológica este patrón de conducta Tipo A no es un rasgo de personalidad, sino un estilo de comportamiento que se distribuye a lo largo de un continuo, quienes no presenten estos comportamientos o los presenten con poca frecuencia, se consideran personas tipo B. Este patrón de comportamiento se constituye en un factor de riesgo que opera al margen de otros factores de riesgo como el tabaco, la hipertensión y la obesidad (Alvarez Muriel et al., 2006).

S. Jonas y F. Lando (2000) definen el afecto negativo como una combinación de síntomas depresivos y ansiosos, demuestran que éste se constituye en un predictor para el desarrollo de la hipertensión.

Recientes estudios publicados a inicios de 2010 ponen el acento sobre las implicaciones somáticas de la psicopatología revelando una fuerte relación de asociación entre los estados de ansiedad y la aparición, años después, de patología coronaria. Un primer análisis fue llevado a cabo por un equipo de la Tilburg University encabezado por el Dr. Roest en personas inicialmente sanas para establecer la asociación existente entre el hecho de presentar estados de ansiedad y el riesgo de padecer patología cardíaca coronaria. Los resultados señalan que los pacientes ansiosos tenían un riesgo cercano al 25% de

coronariopatía y de casi un 50% más de morir a causa de una cardiopatía al cabo de un periodo de seguimiento medio de 11,2 años (M. Roest, J. Martens, De Jonge, y Denollet, 2010).

Por otro lado, al hablar de ansiedad secundaria un nuevo estudio ha revelado que las personas con problemas cardiovasculares que sufren elevados grados de ansiedad tienen el doble de riesgo de sufrir un infarto o fallecer. El equipo de investigadores, dirigido por Charles M. Blatt, director de investigación en la Lown Cardiovascular Research Foundation y profesor de la Universidad de Harvard (EU), efectuó el seguimiento de 516 enfermos coronarios durante más de tres años (A. Shibeshi, Young-Xu, y M. Blatt, 2007).

Los autores del estudio valoraron durante tres años, de forma periódica, los niveles de estrés de los pacientes objeto del estudio a través de una serie de cuestionarios junto a otras variables como la presencia de hipertensión, diabetes, tabaquismo o el índice de masa corporal, a fin de controlar la influencia de otros factores de riesgo. Durante el periodo de seguimiento fallecieron 19 pacientes y otros 44 padecieron un evento cardíaco del que pudieron recuperarse. Se constató que los pacientes con mayor grado de ansiedad eran los que presentaban un riesgo más elevado; sobretodo, el peor pronóstico lo tenían aquellos cuya ansiedad había ido incrementándose a lo largo del tiempo.

Por el contrario, aquellos enfermos que habían presentado un alto grado de ansiedad al inicio de la investigación pero que habían logrado controlarla a lo largo de los años, tenían menores niveles de riesgo. Según los autores, estos hallazgos señalan la necesidad de evaluar los niveles de ansiedad de los enfermos cardiovasculares así como la importancia

de que los profesionales sanitarios intervengan sobre la ansiedad de sus pacientes (A. Shibeshi et al., 2007).

Así bien, el trastorno de ansiedad puede considerarse como causa en la aparición de la enfermedad cardiovascular y también consecuencia de la misma afectando el funcionamiento del órgano ocasionando daños irreparables en el mismo.

3.4 Tratamientos psicológicos para la ansiedad

Para iniciar el tratamiento de alguno de los muchos trastornos de ansiedad, primero este debe ser diagnosticado por un especialista de la salud, llámese psiquiatra o psicólogo y descartar un problema físico por el cual se estén presentando tales síntomas; una vez especificado el tipo de trastorno de ansiedad que se padece y de acuerdo a la sintomatología que presente el paciente puede darse inicio al tratamiento.

En general una patología de este tipo que lleve instalada un lapso de tiempo prolongado y no le permita al sujeto realizar sus actividades cotidianas es tratada con medicación, tipos específicos de psicoterapia o ambos. El tratamiento depende de la disposición o preferencia del paciente (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009).

La medicación no curará del todo los trastornos de ansiedad pero mantendrá algunos síntomas en control en tanto la persona recibe apoyo psicoterapéutico. Los medicamentos principalmente utilizados para el control de la ansiedad pueden ser antidepresivos o también llamados inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, ansiolíticos o bloqueadores beta para controlar algunos síntomas físicos.

En el caso de la psicoterapia el tratamiento se modificará de acuerdo a la corriente psicológica a la que pertenezca el terapeuta; en general este procedimiento implica hablar con un profesional capacitado en salud mental, ya sea para descubrir el origen del trastorno, cambiar los patrones de pensamiento que lo originan, exponerse a la situación con mayor regularidad para acostumbrarse a ella entre otros (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009).

Hoy día la corriente cognitivo-conductual es muy útil para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, considerando su practicidad y rapidez para hacer frente a la psicopatología, con técnicas basadas en la modificación de conducta y reestructuración cognitiva (Ellis y Abrahms, 2005).

La Terapia Cognitiva por una parte modifica los pensamientos automáticos, las creencias e ideas irracionales mediante la comunicación verbal. Lo importante no son los hechos objetivos sino la valoración de ellos por parte del paciente en función de su estructura de creencias. En este campo tenemos a Albert Ellis con la Terapia Racional Emotiva o TRE siendo la pionera de las terapias cognitivas; su creador utiliza esta técnica hacia 1955, esta teoría de la personalidad y del cambio de personalidad, acepta la importancia de las emociones y de las conductas, pero pone énfasis en el papel de las cogniciones, es decir, de las creencias, pensamientos e imágenes mentales, el esquema es el siguiente:

Figura 3.2 Terapia Racional Emotiva



Tomado de Ellis y Abrahms, 2005

A representa el acontecimiento activador que aparece a primera vista como el desencadenante o antecedente de C (Consecuencias emocionales y conductuales), pero es en realidad B, es decir, las creencias y pensamientos sobre A los causantes principales y más directos (Ellis y Abrahms, 2005).

Ellis sintetiza en 1977 su lista de 11 ideas irracionales a sólo 3 básicas, las exigencias absolutistas o necesidades perturbadoras en forma de “deberías”, “es necesario que”, etc., con respecto a uno mismo, otras personas y la vida como se muestra a continuación:

- 1. Uno mismo:** Debe hacer las cosas bien y merecer la aprobación de los demás por mis acciones.
- 2. Otras personas:** Deben actuar de forma agradable, considerada y justa.
- 3. La vida o el mundo:** Debe ofrecerme unas condiciones buenas y fáciles para que pueda conseguir lo que quiero sin mucho esfuerzo o incomodidad.

Cuando estas necesidades no son cubiertas, surgen los pensamientos cargados de emociones y derivados de esas exigencias absolutistas como son:

- ✓ Tremendismo: “Es terrible”
- ✓ No-soportar: “No puedo soportarlo”
- ✓ Condena o auto condena: “Es un ...”, “Soy un ...” (pe. inútil)

El objetivo de esta terapia es detectar y cambiar tanto las evaluaciones erróneas de la realidad fruto de las distorsiones como las creencias dogmáticas y absolutistas que las originan (Ellis y Abrahms, 2005).

Después se encuentra la Terapia Conductual, un entrenamiento asertivo en habilidades sociales, primero se evalúa la conducta social el paciente con auto observación o con ayuda de test psicométricos, posteriormente se establecen objetivos. Se pueden ensayar frases, expresiones o movimientos por medio del roll-playing, brindar psicoterapia de apoyo por medio de la reiterada tranquilidad, eliminación o disminución del estrés ambiental y prestar apoyo. También se encuentran las técnicas como la Relajación progresiva de Jacobson que comprenden sesiones de media hora para aprender a contraer y relajar la musculatura corporal. La Yoga y meditación que comprende posturas corporales con ejercicios de respiración abdominal.

Es de vital importancia practicar alguna de estas técnicas para contrarrestar los síntomas de la ansiedad antes de que a ella se le sumen trastornos como la depresión, de la cual hablaremos en el capítulo siguiente haciendo la diferencia entre tristeza y depresión.

Capítulo 4 La Depresión

Todas las personas hemos sentido tristeza alguna vez en la vida, en algunas ocasiones este sentimiento no desaparece e inclusive puede estar acompañada de otros síntomas provocando en los sujetos que la padecen malestar o dificultades para desarrollar su vida cotidiana.

La historia de esta enfermedad es larga y antigua. Hipócrates, ya en el siglo V A.C, describía los efectos de una enfermedad a la que llamaba “bilis negra”, cuyos rasgos coincidían enteramente con lo que hoy llamamos depresión.

4.1 Definición de Depresión

La depresión es un síndrome que afecta el cuerpo, el ánimo y los pensamientos. Puede dañar la manera en que una persona se siente sobre sí misma y/o sobre los demás. El concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos esfera de los sentimientos o emociones como la tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida.

Ubicado en el DSM-IV-TR (2002) en el apartado de los trastornos del estado de ánimo, se pueden encontrar los trastornos depresivos, a saber:

- ✓ Trastorno depresivo mayor: Caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores (por ejemplo, al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros 4 síntomas de depresión).

- ✓ Trastorno distímico: Caracterizado por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- ✓ Trastorno depresivo no especificado: Se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno depresivo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo.

La teoría conductista de la depresión se basan en el condicionamiento operante, ésta sugiere que la depresión es el resultado de un bajo reforzamiento positivo. Los conductistas creen que la depresión es el resultado de cambios en las recompensas y castigos que la gente recibe en sus vidas y que la forma de ayudarlos es construyendo patrones más favorables de reforzamiento. Específicamente la mayoría de los teóricos del aprendizaje han visto la depresión como una función de la poca frecuencia del reforzamiento social que incluye dinero, prestigio y amor (Sarason y Sarason, 2006).

Davison y Neale (2000), explican un modelo creado por Lewinsohn en el cual sugiere que:

1. La sensación de depresión y de algunos síntomas del síndrome clínico, como la fatiga, pueden presentarse cuando la conducta recibe pocos reforzamientos.
2. Esta mínima dosis de reforzamientos positivos, la conducen a disminuir aún más la dosis de actividad, por lo tanto los reforzamientos se vuelven aún más escasos.
3. La cantidad obtenida de reforzamientos positivos están en función de tres conjuntos de variables: a) el número de reforzadores potenciales disponibles para un individuo

con base en sus características personales como por ejemplo edad, sexo y atractivo para los demás, b) el número de reforzadores potenciales con relación al ambiente en que se encuentra la persona como por ejemplo el estar en su casa y no en la cárcel y c) el repertorio de conductas de la persona que pueden ser reforzadas como por ejemplo aptitudes vocacionales y sociales. (Véase Figura 3.3)

Figura 3.3 Modelo de Lewinsohn



Davison y Neale, 2000

Aaron T. Beck (citado en López Villalobos y cols. 1994), psicoanalista que abandonó su modelo terapéutico inicial, al apreciar que los pacientes depresivos dependen menos de sus conflictos sexuales, que de sus pensamientos e ideas; planteó que la persona depresiva ha tenido a lo largo de su historia un conjunto de experiencias negativas, que se han fijado como esquemas cognitivos (postulados silenciosos que organizan la recogida de información y seleccionan estímulos del ambiente en base a criterios depresivos), los que pueden estar temporalmente inactivos y ser energetizados por situaciones desencadenantes.

El depresivo interpreta los acontecimientos ajustándose a un esquema previo, formado al hilo de las primeras experiencias, que emerge con facilidad y dirige la información presente, acomodándola y moldeándola según su peculiar modo de construcción e interpretación. Según Beck (citado en Sanz, 1993), estos esquemas cognitivos se han desarrollado desde la infancia y adolescencia, a partir de las interacciones con el entorno, las opiniones de otros sobre él y el modelado paterno.

A raíz de estos esquemas la persona desarrolla la triada cognitiva depresiva, viéndose a sí mismo, al entorno y al futuro de manera negativa, estando correlacionadas las tres vivencias con los intentos de suicidio, la dependencia y el estado de ánimo depresivo.

Para dar cuenta de la depresión, Beck acude a tres niveles de análisis funcional: Los esquemas cognitivos, la triada depresiva y los errores o distorsiones cognitivas.

Las distorsiones cognitivas corresponden a una interpretación de la realidad en función de hipótesis depresivas subyacentes y son responsables del "mantenimiento" de conceptos negativos (López Villalobos et al., 1994).

Algunas cogniciones erróneas frecuentes en el pensamiento del depresivo son las siguientes:

- 1. Inferencia arbitraria:** Sacar conclusiones en base a información no sostenida por la evidencia.
- 2. Visión en túnel:** Se centra en un detalle de la situación con exclusión del resto, encontrándose predispuesto por sus esquemas cognitivos a percibir fracaso o rechazo, con insensibilidad a otros estímulos. Está cegado por lo que no sean sus propios errores y/o desgracias de los demás.

3. **Sobregeneralización:** Conclusiones generales a partir de incidentes aislados, que afectan negativamente a la persona.
4. **Magnificación:** Tendencia a hacer juicios extremos o poner el acento en las consecuencias desagradables.
5. **Personalización:** Tendencia a relacionar elementos de su entorno con uno mismo.
6. **Pensamiento dicotómico:** Pensamientos extremos, generalizadores e injustos, con impacto sobre cómo se juzga la persona a sí mismo o a los demás.
7. **El yo debería:** Órdenes autoimpuestas, dictatoriales y extremas, que representan formas no realistas de obligaciones.
8. **Interpretación de pensamiento:** Suposiciones sobre cómo se sienten los demás, lo que piensan y lo que les motiva a ello. Dependen de la proyección de pensar que la reacción de los demás es la misma que la de uno mismo.
9. **Falacia de cambio:** Entender que nuestro bienestar depende del cambio de los demás.
10. **Falacia del premio final:** Esperan ser recompensados algún día por los esfuerzos realizados. Se deprimen cuando pasa el tiempo y la recompensa no llega.

4.2 Síntomas de la Depresión

La depresión es un síndrome caracterizado por irritabilidad, llanto fácil, disminución del interés por realizar actividades cotidianas, insomnio o hipersomnia, pérdida o aumento de apetito, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o de culpa excesiva, dificultades para concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte, agitación o enlentecimiento psicómotores (DSM-IV-TR, 2002).

Todas las personas a las que se les ha diagnosticado depresión presentan los mismos rasgos, se creen rechazadas por su entorno, no sienten valor para enfrentarse a los problemas cotidianos, están convencidos de que al menos para ellos, esos conflictos carecen de solución. Están extremadamente tristes y se sienten completamente desgraciados, incomprendidos, frecuentemente víctimas de problemas de salud que los médicos no logran localizar. Los síntomas indican presencia de una depresión que puede agruparse en tres categorías:

- ✘ Los que afectan a la valoración de uno mismo.
- ✘ Los que afectan a la valoración del mundo.
- ✘ Los que afectan a la valoración del futuro.

En los tres casos, lo que aparece es un pesimismo absoluto, más allá de cualquier límite lógico y racional (Pi, 2006).

- ✘ **La valoración de sí mismo:** los depresivos muestran un nivel de autoestima excepcionalmente bajo. No importa el nivel que ocupen en la escala social, siempre se consideran unos fracasados, consideran que su trabajo es malo, negativo, torpe. Se odian a sí mismos y como son y este odio va más allá de cualquier límite. En la práctica, resultan ser los críticos más implacables y exigentes para consigo mismos. Atribuyen esta negatividad a factores muy diversos tales como su físico y su pasado; llegan incluso a creer que, intelectualmente, están muy por debajo de sus compañeros de trabajo o incluso que sus familiares no los merecen. Experimentan una sensación de rechazo por parte de la sociedad, rechazo que no suele tener bases objetivas y pueden terminar rechazándose a sí mismos, incluso mostrando un odio

incomprensible. No encuentran ningún valor en su personalidad, nada que les resulte aceptable, ni para ellos, ni para la sociedad.

- × **La valoración del mundo:** El escaso nivel de autoestima que tiene el sujeto, su odio y desprecio hacia sí mismo, repercute en su visión del mundo. El sujeto debe necesariamente desarrollar su actividad en el seno de una sociedad eminentemente competitiva, pero él mismo, no se siente competitivo. Considera que no está al mismo nivel que los otros. Su moral es la propia de un derrotado. Ignora que, en el curso de nuestra vida, no podemos saborear continuamente triunfos y que no siempre nos sonreirá la fortuna. Suele extrapolar un fracaso parcial a toda su vida y considerar que toda ella ha constituido un inmenso y clamoroso fracaso. En el fondo, termina odiando el mundo que le rodea. Si tuviera valor, fuerza y confianza en sí mismo, de esta visión negativa del mundo surgiría una actitud revolucionaria y un activismo destinado a cambiar el mundo. Pero no tiene fuerzas para luchar contra lo que cree injusto; simplemente, se siente una víctima de un mundo cruel y malvado, en el cual no está en condiciones de competir.
- × **La valoración del futuro:** La diferencia entre un depresivo y una persona que ha sufrido un contratiempo en la vida, radica en que mientras éste se recuperará del choque y remprenderá su lucha por la existencia, el depresivo no se siente con fuerzas para afrontar el futuro. Incluso, aun cuando no haya tenido ningún incidente ni percance en su vida presente o pasada, la sola contemplación del futuro le produce vértigo, desolación, tristeza; no se siente en condiciones de afrontar el futuro, un mañana que sólo le trae negros presagios. Suele pensar que lo más duro de la vida está aún por suceder y concibe el futuro como un sufrimiento que se le hará insoportable y ante el cual nada podrá hacer. Si es rico, piensa que perderá toda

su fortuna y sus hijos pasarán hambre. Si tiene unos ingresos medios, perderá el trabajo y está convencido de que sufrirá todo tipo de desgracias y privaciones. Si goza de buena salud verá en el futuro una enfermedad anunciada en el horizonte y si tiene alguna dolencia, por mínima que sea, estará convencido de que jamás logrará sanar sino que se trata de una enfermedad degenerativa ante la cual, dramáticamente, habrá de sucumbir.

4.3 Depresión y Cardiopatía

Existe consenso para aceptar que las crisis emocionales están íntimamente relacionadas con la enfermedad cardíaca, especialmente con la enfermedad isquémica coronaria, pero los diferentes estudios realizados no han comprobado esta hipótesis en forma concluyente. Sin embargo, los diferentes trabajos de investigación han puesto de manifiesto que la presencia de estrés psicosocial y de trastornos psiquiátricos, son factores de riesgo para la enfermedad coronaria. Los resultados del estudio Whitehall II, comprueban esta hipótesis, especialmente en varones (Stansfeld, Fuhrer, Shipley, y Marmot, 2002).

La depresión es frecuente después del infarto de miocardio, es considerado un factor de riesgo de mortalidad frecuentemente asociado con el tabaquismo y con una menor adherencia al tratamiento médico. La depresión se asocia con una pobre adherencia al tratamiento, a seguir las recomendaciones dietéticas y a no realizar cambios en el estilo de vida, que sean capaces de incrementar las cifras de supervivencia (Stansfeld et al., 2002).

La depresión es la segunda causa de incapacidad después de la enfermedad cardíaca isquémica (ECI), pero con frecuencia se asocia a los trastornos cardiovasculares e

incrementa las cifras de morbimortalidad. En las últimas dos décadas los estudios han puesto en evidencia la relación existente entre depresión, enfermedad cardiovascular y mortalidad. Los pacientes deprimidos con ECI tienen un riesgo de morir 3-5 veces mayor que los pacientes con enfermedad cardiovascular sin depresión.

La rehabilitación de los pacientes deprimidos después de sufrir un accidente cerebrovascular (ACV) o un infarto agudo de miocardio (IAM) es más difícil que la rehabilitación de los pacientes no deprimidos. La recuperación intrahospitalaria es más lenta y menos exitosa y sus estilos de vida están relacionados con una menor tasa de sobrevivencia, al ser dados de alta.

El estudio realizado por Lespérance y cols. (2002) en un grupo de 896 pacientes con IAM, a quienes se aplicó el inventario de depresión de Beck en el momento de ser admitidos al hospital y un año después del IAM, demostró que la mejoría de los síntomas depresivos en los pacientes que presentaban depresión leve, está asociada a la disminución de las cifras de mortalidad cardíaca. Los pacientes con puntajes altos de depresión (depresión severa) mantuvieron un pronóstico peor, cinco años más tarde, aun cuando los síntomas depresivos hubieran mejorado.

El estudio realizado por Jaqueline y cols. (citado en Strik, Denollet, Lousberg, y Honig, 2003) en un grupo de 318 varones alrededor de los 58 años quienes contestaron cuestionarios de depresión, ansiedad y escalas de hostilidad después de sobrevivir a un infarto de miocardio, se concluyó después de un seguimiento de 3-4 años que los síntomas de la depresión y ansiedad se asocian a eventos cardíacos; considerando a la ansiedad como un riesgo en el tratamiento post infarto al miocardio.

4.4 Tratamientos psicológicos para la depresión

El primer paso en el tratamiento de la depresión debe ser un examen físico completo para asegurarse que no existe ninguna condición física que cause los síntomas depresivos. Ciertos medicamentos tienen efectos secundarios que son iguales a los síntomas de la depresión, por lo que se debe informar al médico sobre cualquier medicamento que el paciente esté tomando. Si no se descubre causa física alguna de la depresión, entonces el médico debe remitir el paciente a un profesional de la salud mental.

Los tratamientos más comúnmente usados para la depresión son los antidepresivos, la psicoterapia o una combinación de ambos. La naturaleza y severidad de la depresión, y hasta cierto punto la preferencia individual, determinarán cuál de estas opciones de tratamiento es la apropiada. Para la depresión leve o moderada, uno o ambos de estos tratamientos pueden ser beneficiosos. Mientras que para la depresión grave o discapacitante se recomienda como primer paso el uso de medicamentos. En el tratamiento combinado, los medicamentos pueden aliviar los síntomas rápidamente, mientras que la psicoterapia le enseña a la persona maneras más eficaces de enfrentar los problemas (Cabrales Nevárez, 2006).

Existen varios tipos de antidepresivos que se usan en el tratamiento de los trastornos depresivos, estos medicamentos funcionan incrementando en el cerebro la actividad y los niveles de ciertas sustancias químicas denominados neurotransmisores que ayudan a mejorar el estado de ánimo del paciente (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999). Se considera que aproximadamente las dos terceras partes de los pacientes con depresión responden aceptablemente al tratamiento con antidepresivos. La respuesta es gradual suele

manifestarse entre la segunda y sexta semana del inicio del tratamiento. Un régimen de tratamiento farmacológico a dosis completa está indicado para pacientes con depresión entre moderada y grave, por ejemplo, con síntomas como alteración del sueño que afecta a las actividades diarias normales, o en aquellos en los que la discapacidad funcional hace que dejen de trabajar (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999).

Usualmente se recomienda utilizar el tratamiento farmacológico junto con la terapia individual para así erradicar el uso de fármacos gradualmente sin que esto implique la recaída del paciente, así como manejar adecuadamente la problemática que inicialmente originó la aparición de la depresión, reintegrando al paciente a su vida normal.

La psicoterapia es otra opción disponible de tratamiento en los casos de depresión. La terapia humanista-existencial se centra en buscar el sentido de la vida, un motivo, para seguir adelante. Se abordan los problemas actuales y puntuales y se buscan bloqueos en el desarrollo de su potencial. Pero sobre todo lo importante aquí es la actitud del terapeuta que recomienda (Cabralés Nevárez, 2006).

La psicoterapia analítica o psicoanálisis por su parte enseña al paciente a averiguar las causas de su depresión, a saber qué problemas emocionales, carencia y frustraciones provocan este estado. Phares (citado en (Cabralés Nevárez, 2006) dice “Las teorías psicodinámicas son aquellas que enfatizan los motivos y conflictos inconscientes junto con la importancia de la experiencia pasada en la explicación de la conducta actual”.

Hohage psicoanalista alemán (citado en (Villalmar, 2010), habla de tres niveles que hay que considerar para decidir a qué terapia enviar al paciente:

- ✓ Nivel de los síntomas: Cuando el desorden tiene pocos síntomas y está bien delimitado se puede tratar con una terapia cognitivo-conductual pero cuando empieza a tratar partes del inconsciente es mejor que se trate con una terapia psicodinámica.
- ✓ Nivel de la personalidad: Terapia dinámica o exploratoria
- ✓ Nivel de motivación: Son aquellos pacientes que sufren poco por sus síntomas y quieren una mejoría rápida.

Es importante considerar que cada uno de los tratamientos debe estar en función al nivel de depresión que presente el paciente. Por otra parte la meta de la terapia cognitiva es ayudar a los pacientes a que descubran su pensamiento disfuncional, lo comprueben en la realidad y construyan técnicas adaptativas de respuesta.

Es importante que aprendan a distinguir entre la realidad y la percepción de la misma, asumir las creencias como hipótesis sujetas a verificación, negación y modificación. Es un modelo activo, directivo y estructurado, donde paciente y terapeuta trabajan de forma conjunta (Mckray, Davis, y Fanning, 1985).

La primera fase del procedimiento terapéutico es educativa, la interacción entre cognición, estado de ánimo y conducta, relatando como el pensamiento determina el estado de ánimo y la conducta (Beck, Rush, Shaw, y Emery, 1979).

La segunda fase está asociada a detectar los pensamientos automáticos denominados irracionales por Ellis y Golfried. Estos pensamientos producidos en el diálogo interno del paciente son discretos, breves, asumidos sin crítica, espontáneos, idiosincrásicos, difíciles de desviar, disfuncionales, repetitivos y aprendidos (Beck et al., 1979).

La tercera fase terapéutica de acuerdo a esta teoría sería dar respuestas racionales a las creencias distorsionadas, procurando que sea el mismo paciente quien lo haga (Beck et al., 1979).

Algunas técnicas cognitivas que pueden ser utilizadas en este modelo son:

- 1. Reatribución:** Utilizada cuando el paciente deprimido atribuye a defectos personales, sucesos causados por factores externos.
- 2. Búsqueda de alternativas:** Se trabaja con el paciente formas distintas de ver las cosas, utilizando la técnica de las cuatro columnas. (Suceso-Sentimiento-Pensamiento-Otras formas de pensar). Es un método útil para combatir muchas distorsiones cognitivas como la sobregeneralización, inferencia arbitraria, abstracción selectiva o personalización.
- 3. Confrontación con la realidad:** Se trata de considerar los pensamientos como hipótesis sobre la realidad y no como evidencia de la misma.
- 4. Cambio de rol:** Intercambio de papeles entre paciente y terapeuta. El cliente cuestiona las distorsiones propuestas por el profesional.
- 5. Abogado del diablo:** Cuando el cambio de pensamiento irracional a racional ha sido instaurado, es útil el cuestionamiento terapéutico, simulando en contrario, para fortalecer la respuesta adecuada.
- 6. Cambio de orientación hacia la Solución de problemas** en lugar de centrarse en los mismos.
- 7. Distanciamiento de las creencias:** Profundizar en el hecho de que cuando uno cree algo, no significa necesariamente que sea cierto.

8. Técnica de "**Que es lo peor que pasaría si...**". Utilizada cuando el paciente predice y anticipa consecuencias negativas improbables o temores catastróficos.

9. Hacer el papel del contrario: Utilizada cuando el paciente depresivo se autocrítica por cosas de las que no es responsable y entiende que los demás lo juzgarán mal (Ruiz Sánchez y Cano Sánchez, 2002).

Rehm (1977) principal autor del autocontrol se dirige a reducir los déficits de auto observación, auto evaluación y autor refuerzo del paciente depresivo. Este método de intervención pretende focalizar la auto observación en lo positivo, enlazando actividades, tareas positivas y estado de ánimo.

Las técnicas comentadas con anterioridad son sólo ejemplos que siempre deberán ser ajustados a la realidad de cada paciente o sustituidas por otras técnicas que la creatividad de cada terapeuta considere oportunas.

Finalmente en el siguiente capítulo observaremos la investigación que se llevó a cabo y los resultados que esta arrojó.

Capítulo 5 Metodología

Justificación:

En el Instituto Nacional de Cardiología, específicamente en el área de Rehabilitación Cardíaca (RHC) se ha implementado la intervención del psicólogo midiendo trastornos de ansiedad y depresión en los pacientes como tantos autores lo han hecho ya, asimismo se han impartido pláticas de factores de riesgo secundarios y proporcionado sesiones de relajación progresiva para que disminuyan los síntomas de estos trastornos. Sin embargo a través de la observación empírica se podría decir que los pacientes quizá no estén presentando estos trastornos por los menos en niveles altos mostrándose funcionales y positivos al tratamiento. Con los resultados de las pruebas para medir ansiedad y depresión de este estudio se podrá aclarar la discordancia entre el comportamiento del paciente y la presencia de estas psicopatologías.

Planteamiento del problema:

¿Qué nivel de ansiedad y depresión presentan los pacientes que ingresaron de 2008 a 2011 al programa de Rehabilitación Cardíaca?

Objetivo General:

Conocer el nivel de ansiedad y depresión que tienen los pacientes que ingresaron de 2008 a 2011 al programa de Rehabilitación Cardíaca.

Hipótesis:

Trabajo

H₁: Los pacientes que ingresaron al programa de Rehabilitación Cardíaca de 2008 a 2011 presentan ansiedad y depresión de moderada a grave.

Hipótesis Nula

H₀: Los pacientes que ingresaron al programa de Rehabilitación Cardíaca de 2008 a 2011 no presentan ansiedad y depresión de moderada a grave.

Variables

Independientes:

- Enfermedad cardiovascular

Dependientes:

- Nivel de Ansiedad
- Nivel de Depresión

Definición conceptual

Variables Independientes

Enfermedad cardiovascular: Enfermedad que afecta al corazón o los vasos sanguíneos (Sans Méndez, 2000).

Variables Dependientes

Ansiedad: Trastorno caracterizado por preocupación excesiva, inquietud o impaciencia, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño y trastornos alimenticios (DSM-IV-TR, 2002).

Depresión: Síndrome caracterizado por irritabilidad, llanto fácil, disminución del interés por realizar actividades cotidianas, insomnio o hipersomnia, pérdida o aumento de apetito,

fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o de culpa excesiva, dificultades para concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte, agitación o enlentecimiento psicómotores (DSM-IV-TR, 2002).

Definición operacional

Variables Independientes

Enfermedad cardiovascular: Diagnosticado por el médico

Cardiopatía congénita: aquella que se desarrolla desde el nacimiento (Vascopé M. y Enriquez, 2009).

Cardiopatía isquémica: Comprenden Alteraciones del miocardio causado por antecedentes familiares, el exceso de colesterol “malo”, la obesidad, el sedentarismo, tabaquismo y diabetes (Balboa, 2010).

Cardiopatía no isquémica: Es el apartado donde se engloban las demás cardiopatías que no pertenecen a los dos campos anteriores como las valvulopatías, la cardiopatía hipertensiva, las cardiopatías adquiridas, las cardiomiopatías y las arritmias (Fundación Española del Corazón, 2009).

Variables Dependientes

Ansiedad: Se considera la siguiente puntuación para determinar el nivel de ansiedad de las personas medida con el Inventario de Ansiedad de Hamilton, de 0 a 9 puntos=Ausente, de 10 a 18 puntos= Leve, De 19 a 29= Moderada y de 30 puntos en adelante=Grave.

Depresión: Donde se considera la siguiente puntuación para determinar el nivel de depresión de los pacientes, medido con el Inventario de Depresión de Beck, 0 a 9 puntos=Ausente, de 10 a 18 puntos= Leve, De 19 a 29= Moderada y de 30 puntos en adelante=Grave.

Tipo de estudio:

Transversal-Descriptivo debido a que se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único, además el investigador no interviene en el estudio, se limita a observar y describir la frecuencia de las variables que se eligieron en el diseño del estudio. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Hernández Sampieri, Fernández Collado, y Baptista Lucio, 2006).

Por lugar:

De campo debido a que es una investigación que se realiza en el medio ambiente donde se desarrolla el problema que se va a investigar, en este caso el Instituto Nacional de Cardiología departamento de Rehabilitación Cardiaca.

Por su enfoque:

Cuantitativo porque se usa la recolección de datos para comprobar hipótesis, con base en la medición numérica y análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y probar teorías (Hernández Sampieri et al., 2006).

Tipo de diseño:

No experimental porque no se hizo manipulación deliberada de las variables, no se tuvo como propósito construir situación alguna sólo se observó el estado ya existente de la variable (Hernández Sampieri et al., 2006).

Escenario:

Instalaciones del Instituto Nacional de Cardiología específicamente pasillos y aulas del área de Rehabilitación Cardíaca.

El Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez nace en 1944 y es el primero en su género en el mundo; en su carácter polifacético, con una visión integral del problema cardiológico, característica por la que fue y sigue siendo un Centro Hospitalario para la atención del enfermo de escasos recursos; un gran Laboratorio de Investigación (de ciencia básica y de tipo clínico aplicada); así como una Escuela Superior en donde se enseña la Cardiología en sus diferentes grados, desde lo esencial que requiere un estudiante de medicina, hasta la suma de doctrinas y técnicas que requiere la formación especializada de un cardiólogo o investigador. El hospital brinda apoyo integral a los pacientes, desde servicio de ortopedia, reumatología, nefrología, neurología, psicología y más. Por su parte el departamento de psicología con su enfoque cognitivo conductual busca apoyar al paciente desde la asimilación y aceptación de la enfermedad y el nuevo estilo de vida que deben llevar, el apoyo al área de Rehabilitación Cardíaca para mejorar la adherencia al tratamiento, hasta la realización de evaluaciones preoperatorias, teniendo así un mejor perfil de los pacientes y su estado emocional (Gómez, 2010).

Población:

Pacientes que ingresaron al programa de Rehabilitación Cardíaca en los años 2008, 2009, 2010 y 2011 del Instituto Nacional de Cardiología.

Muestra:

La muestra se conformo por 400 pacientes del área de Rehabilitación Cardíaca y se trató de una muestra no probabilística debido a que la elección no pendió de la probabilidad sino de las características de la investigación, que eran conocer el estado de ansiedad y depresión de la población en general.

Criterios de inclusión:

- Pacientes cardiópatas
- Pacientes mayores de 18 años
- Pacientes registrados en el programa de Rehabilitación Cardíaca
- Con primaria como nivel mínimo de estudio para estar seguros que los pacientes comprenden las afirmaciones y los test no sean contestados por algún familiar o persona externa.
- Que no padezca de enfermedades crónico degenerativas

Criterios de exclusión:

- Pacientes que se negaron a contestar el Test de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Hamilton.
- Pacientes con algún trastorno mental

Criterios de eliminación:

- Pacientes finados y menores de edad

Instrumentos

Inventario de ansiedad Hamilton de 14 preguntas estandarizadas con una confiabilidad por consistencia interna del 0.79-0.86 y test-retest de 0.96. Para la validez se realizaron correlaciones con la Escala de ansiedad de Covi: 0.73-0.75; y con el inventario de Ansiedad de Beck: 0.56. Correlaciones significativamente altas (Universidad Complutense Madrid, 1986). (Véase Anexo 1)

Inventario para la depresión de Beck consta de 21 preguntas estandarizadas; los datos fueron obtenidos en una muestra de 1393 estudiantes universitarios. Las cifras de fiabilidad del BDI fueron altas tanto en términos de consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach = 0,83) como de estabilidad temporal (las correlaciones test-retest oscilaron entre 0,60 y 0,72 para tres subgrupos diferentes de la muestra total). Los índices de validez convergente del inventario con respecto a la Escala Auto aplicada de la Depresión de Zung fueron también altos, con correlaciones que oscilaban entre 0,68 y 0,89 para dos subgrupos diferentes de la muestra total. La validez discriminante del BDI respecto a diversos rasgos específicos de ansiedad medidos con auto informes (ansiedad social, evaluativa, interpersonal y a los exámenes) fue aceptable, con correlaciones relativamente bajas que oscilaban entre 0,11 y 0,45. No se encontraron diferencias entre sexos ni entre grupos de edad en la puntuación total del inventario, por lo que se ofrecen puntuaciones normativas para la muestra total (Sanz y Vázquez, 1998). (Véase Anexo 2)

Procedimiento

Se hizo entrega del Inventario de Ansiedad de Hamilton y el Inventario de Depresión de Beck tanto a hombres como a mujeres los días lunes de cada semana, del año 2011, puesto que es el día en que ingresan pacientes nuevos al programa de Rehabilitación Cardíaca, la entrega de test y lápices para contestar, se hizo durante los descansos de los pacientes entre las clases de fisioterapia, clase sobre hábitos y pruebas de esfuerzo, la entrega se llevó a cabo en los pasillos de espera del área, en caso de no localizar a los pacientes, se les hizo la entrega al inicio de la clase de relajación que proporciona el departamento de psicología. Al dar los cuestionarios se les pidió que contestaran con la mayor sinceridad posible sobre los síntomas que han presentado durante la última semana solamente, también se les solicitó que proporcionaran datos en el encabezado como edad, sexo, escolaridad, fecha y número de registro que les asignó el Instituto, asegurándoles la confidencialidad de la participación en la investigación. Se les otorgó ayuda a aquellas personas que tuvieran problemas visuales o que necesitaran apoyo en la resolución de dudas en cuanto al contenido de los inventarios como la definición de algunas palabras.

En el caso de los test aplicados en años anteriores se catalogaron los cuestionarios de Ansiedad y Depresión en el archivo de acuerdo al año de ingreso (2008, 2009 ó 2010), posteriormente se verificó que cada test estuviera contestado por completo y que los datos de los paciente se encontraran escritos en los encabezados de las hojas (edad, sexo, escolaridad y año de ingreso al programa), de no ser así se prosiguió a sacar la información de la base de datos interna del Instituto así como de los archivos físicos del departamento de Rehabilitación Cardíaca. Los diagnósticos de cada paciente fueron tomados de las hojas de asistencia semanales que proporciona el área de Rehabilitación así como de la base de datos interna del Instituto.

Por otra parte, se tomó el reactivo número 18 del Cuestionario de Calidad de Vida de Velasco-Del Barrio referente a sufrir problemas económicos, para conocer si la población se veía afectada por la crisis económica del año en que asistieron al programa de RHC.

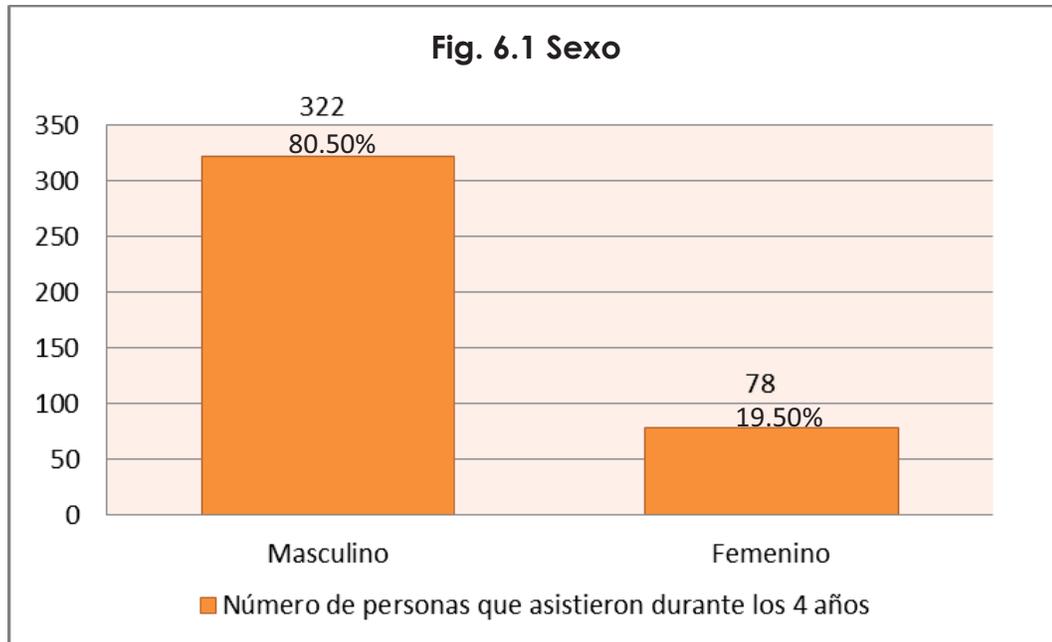
Análisis de datos

Se realizaron distribución de frecuencias para agrupar los datos en categorías mutuamente excluyentes que indicaran el número de observaciones en cada categoría. Esto proporcionó un valor añadido a la agrupación de datos. Tales como edad, sexo, diagnóstico, escolaridad, nivel de ansiedad y depresión así como el año de ingreso al programa (Hernández Sampieri et al., 2006).

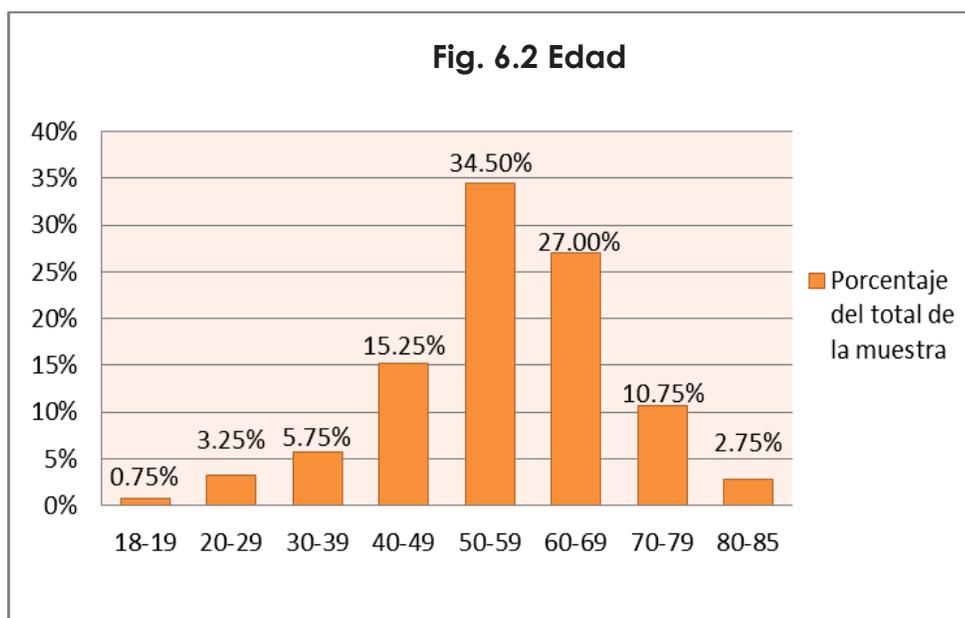
Gráfica o gráfico utilizados para representar gráficamente los niveles de ansiedad y depresión que presentaron los pacientes en cada año, así como la representación de los datos sociodemográficos (sexo, edad, escolaridad, diagnóstico) (Hernández Sampieri et al., 2006).

Capítulo 6 Resultados

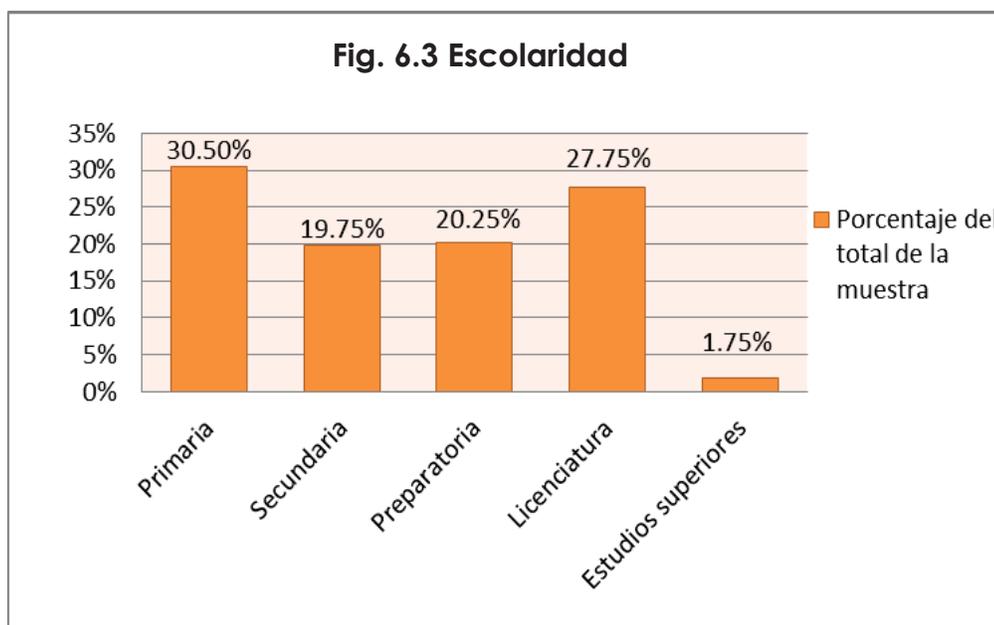
De acuerdo a los datos obtenidos tenemos que de los 400 pacientes de la muestra 322 equivalen al 80.50% corresponden al sexo masculino y 78 personas que equivalen al 19.50% al sexo femenino (**Fig. 6.1**).



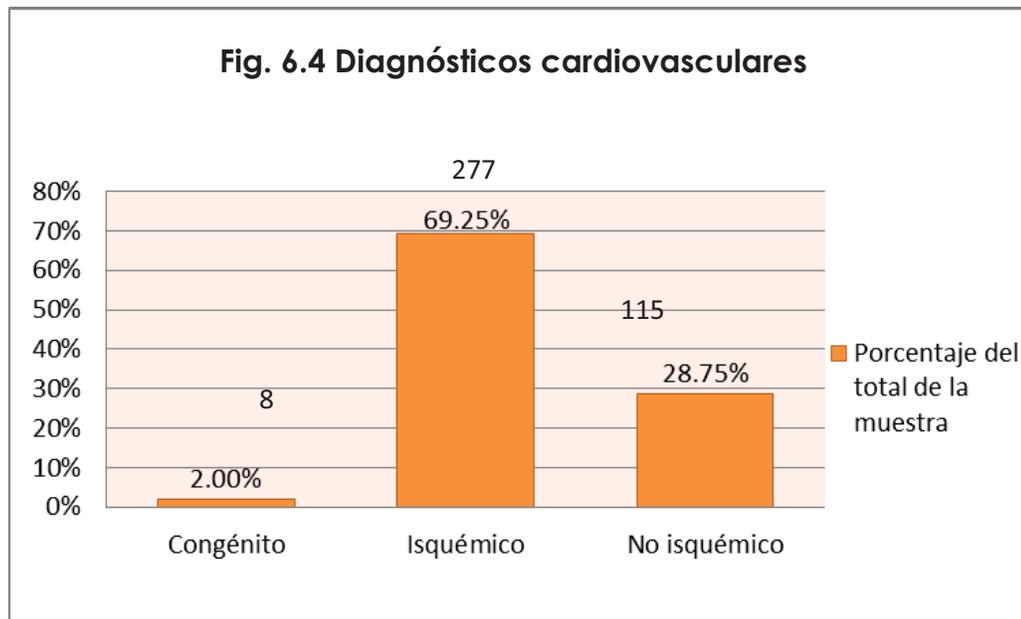
Con respecto a los rangos de edad se encontró que el 34.50% corresponde a personas de entre 50 a 59 años, le siguen las personas de 60 a 69 con un 27%, en tercer lugar con el 15.25% pacientes entre 40 a 49 años, en cuarto lugar las personas entre los 70 a 79 años con el 10.75%, le sigue en el quinto sitio las personas de 30 a 39 años con el 5.75%, en sexto lugar con el 3.25% las personas de 20 a 29 años, en séptimo con 2.75% las persona de 80 a 85 años y por último con el 0.75% las personas de 18 y 19 años (**Fig. 6.2**).



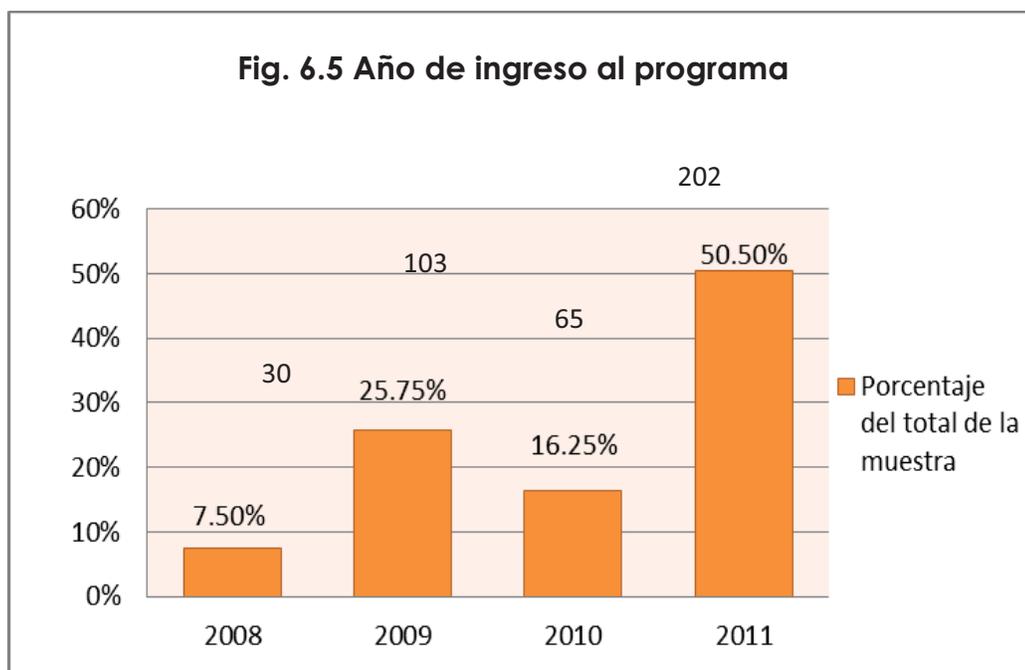
Asimismo se encontró que el nivel escolar (**Fig. 6.3**) que predomina en la muestra es la primaria con un 30.50% seguido de la licenciatura con el 27.75%, posteriormente se encuentran las personas con preparatoria que equivalen a un 20.25%, los pacientes con secundaria con un 19.75% y por último los individuos con estudios superiores con un 1.75%.



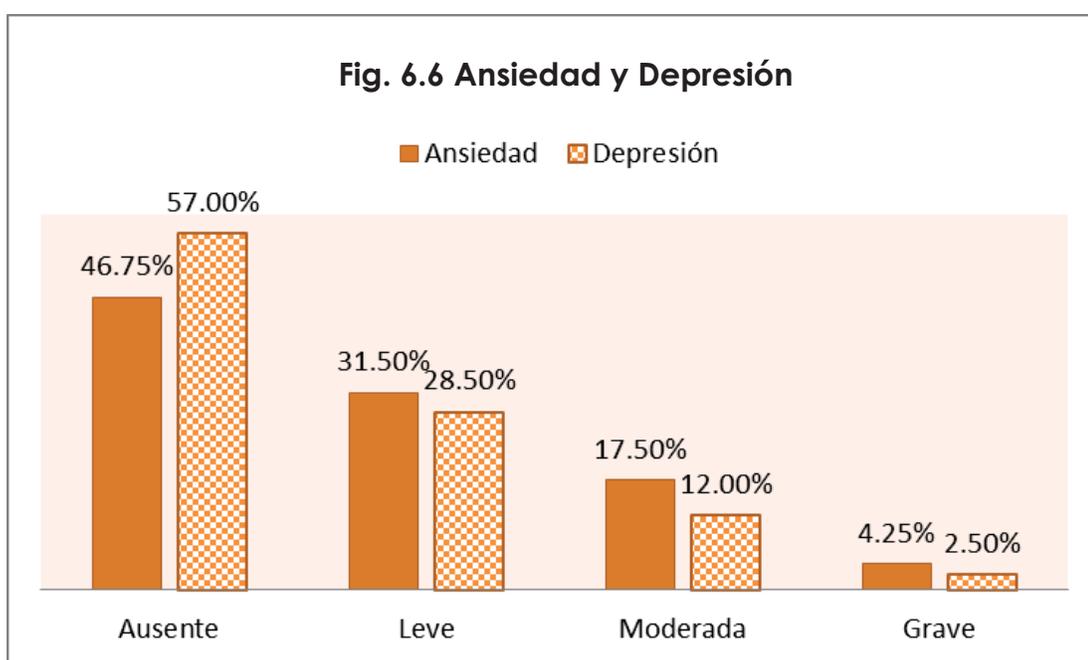
Por otro lado el diagnóstico cardiovascular que prevalece por mucho en la muestra es la cardiopatía isquémica con 277 personas equivalentes al 69.25% de la muestra, le siguen las personas con cardiopatías no isquémicas con 115 individuos que corresponden al 28.75% y por último con el 2% la cardiopatía congénita representada por 8 personas (**Fig. 6.4**).



Con respecto al año de ingreso se encontró que el mayor auge de pacientes se dio durante el año 2011 con 202 equivalente al 50.50% de la muestra, en segundo lugar se encuentra el año 2009 con 103 pacientes que corresponden al 25.75%, en tercer lugar está el año 2010 con el 16.25% y 65 pacientes que ingresaron y finalmente el año 2008 con 30 pacientes que corresponden al 7.50% (Fig. 6.5).



Ahora bien, en cuanto a la presencia de ansiedad y depresión en niveles de moderados a graves los resultados mostraron que los pacientes, al ingresar al programa de Rehabilitación Cardíaca en los años 2008, 2009, 2010 y 2011, presentan mayor porcentajes a niveles de ansiedad y depresión ausente y leve. Las personas que manifestaron ansiedad grave corresponden al 4.25%, moderada 17.50%, leve 31.50% y ausente 46.75%, en tanto que depresión se ve reflejada por un 2.50% en niveles graves, 12% en moderados, 28.50% en depresión leve y 57% de la muestra con niveles ausentes (Fig. 6.6).



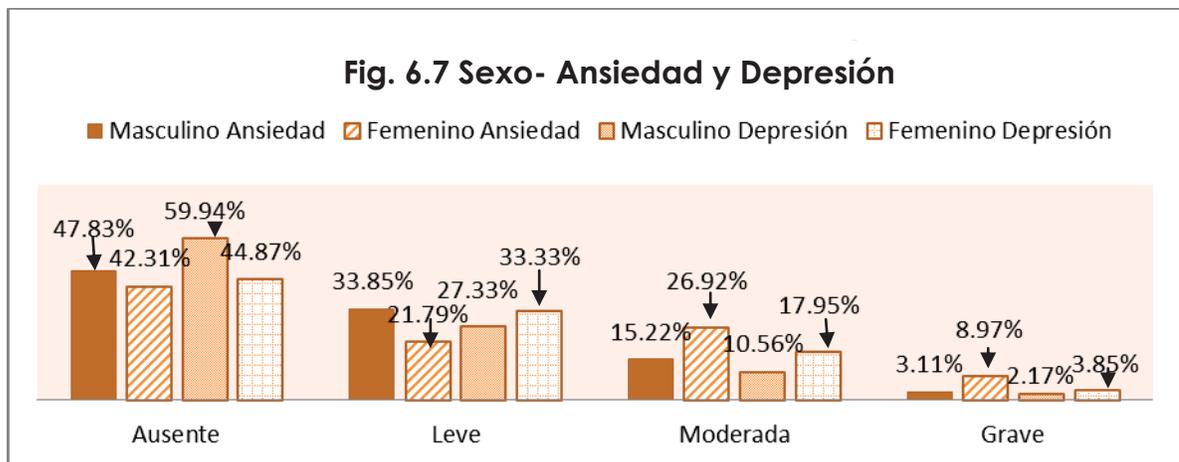
Con el fin de buscar mayor información que pudiera ayudar a la investigación se examinó la presencia de trastornos de ansiedad y depresión de acuerdo al año de ingreso, sexo, edad, escolaridad y diagnóstico.

(Fig. 6.7) La presencia de estos dos trastornos (ansiedad y depresión) conjunto a los al sexo de los participantes se encontró que en ansiedad 47.83% de los hombres presentaron ausencia en comparación con 42.31% de las mujeres, en niveles leves de ansiedad se encontró que el 33.85% corresponde a los hombres y 21.79% a las mujeres, en ansiedad

moderada se encontró que el 15.22% corresponde a los hombres y 26.92% a mujeres y por ultimo en ansiedad grave se descubrió que el 3.11% corresponde a los hombres y 8.97% a las mujeres, se recuerda en la grafica 6.1 la cantidad de personas del sexo masculino que acuden al servicio de Rehabilitación Cardíaca es mayor que las personas del sexo femenino, sin embargo podemos observar que son las mujeres quienes han presentado más ansiedad grave y moderada de acuerdo a la gráfica.

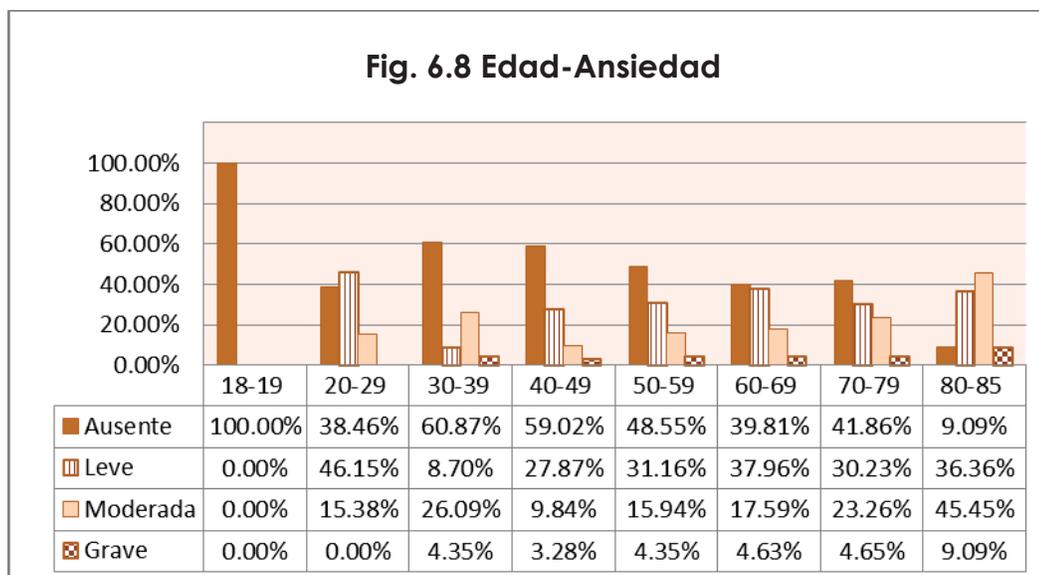
Por otra parte (**Fig. 6.7**) podemos observar que en niveles ausentes de depresión los hombres se sitúan con el 59.94% y las mujeres con un 44.87%, en depresión leve tenemos 27.33% del sexo masculino y 33.33% del sexo femenino, en depresión moderada se encontró 10.56% correspondiente al sexo masculino y 17.95% al sexo femenino y en depresión grave se muestra 2.17% concerniente a los hombres y 3.85% a las mujeres. Al igual que en la ansiedad medida de acuerdo al sexo se puede concluir que las mujeres presentan más depresión que los varones en 3 niveles, leve, moderada y grave.

También se puede distinguir que en el nivel ausente tanto de ansiedad como de depresión son los hombres quienes van por encima, en niveles leves la depresión se presenta más en las mujeres y la ansiedad con 33.85% por los hombres, en el nivel moderado las mujeres presentan mayor ansiedad y depresión y en los graves de nuevo las mujeres muestran mayor ansiedad y depresión en comparación con las personas de sexo masculino (**Fig. 6.7**).

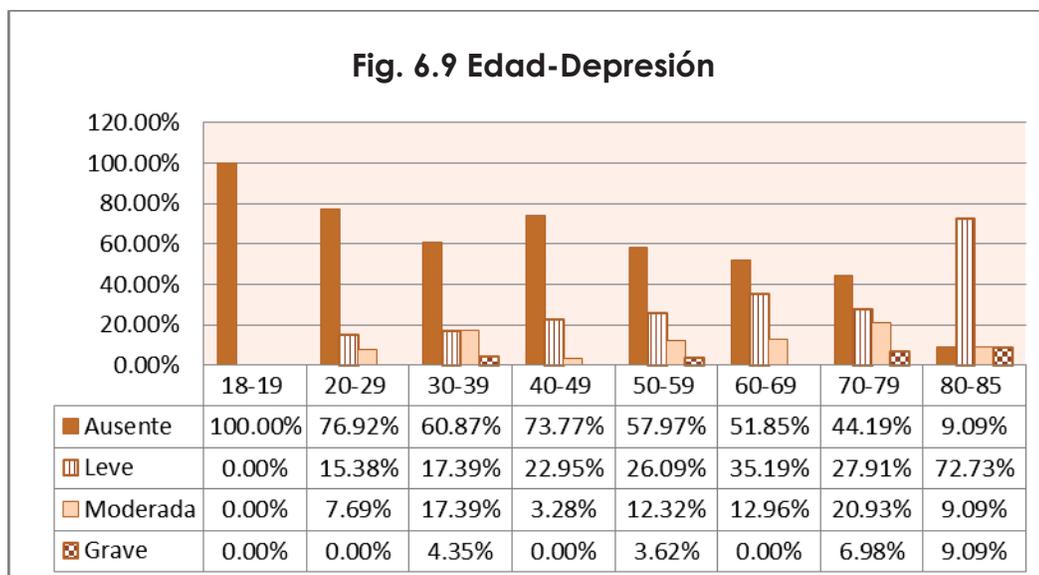


(Fig. 6.8) En cuanto a la edad comparada con estas psicopatologías los resultados muestran que las personas que presentan ansiedad grave son las que se encuentran entre los 80 a 85 años con 9.09%, le siguen los de 70 a 79 años con 4.65%, después están los de 60 a 69 años con 4.63%, los de 30 a 39 junto con los de 50 a 59 años con 4.35%, los de 40 a 49 años con 3.28% y por último con 0% los pacientes de 18 y 19 años. En ansiedad moderada tenemos a los de 80 a 85 años con 45.45%, le siguen los de 30 a 39 años con 26.09%, los de 70 a 79 años con 23.26%, los de 60 a 69 años con 17.59%, los de 50 a 59 años con 15.94%, los de 20 a 29 año con 15.38%, los de 40 a 49 años con 9.84% y con 0% los de 18 y 19 años. Por otro lado con ansiedad leve están de 20 a 29 años 46.15%, de 60 a 69 años con 37.96%, de 80 a 85 años con 36.36%, de 50 a 59 años con 31.16%, de 70 a 79 años con 30.23%, de 40 a 49 años con 27.87%, de 30 a 39 con 8.70% y con el 0% los jóvenes de 18 y 19 años. En nivel ausente se encuentran de 18 y 19 años el 100%, con 60.87% las personas de 30 a 39 años, de 40 a 49 años con 59.02%, de 50 a 59 años con 48.55%, de 70 a 79 con 41.86%, de 20 a 29 años con 38.46% y con 9.09% los de 80 a 85 años.

Fig. 6.8 Edad-Ansiedad



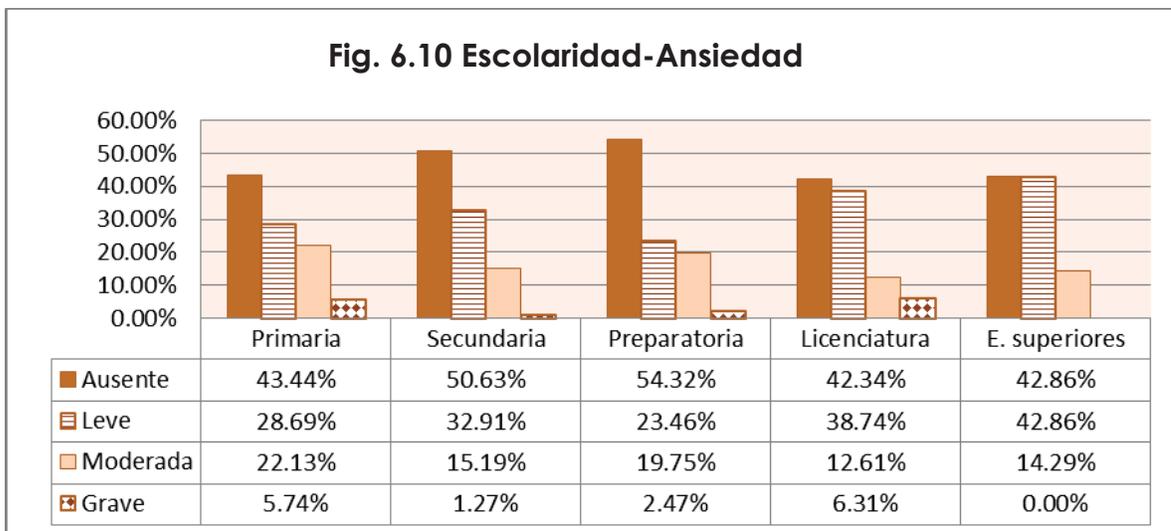
En tanto que en depresión (**Fig. 6.9**) se descubrió en niveles graves en primer sitio a las personas entre los 80 a 85 años con 9.09%, las de 70 a 79 años con 6.98%, las de 30 a 39 años con 4.35%, las de 50 a 59 años con 3.62% y los de rangos restantes con 0%. En depresión moderada están con 20.93% los pacientes entre los 70 a 79 años, con 17.39% los de 30 a 39 años, con 12.96% los de 60 a 69 años, con 12.32% los de 50 a 59 años, con 9.09% los de 80 a 85 años, con 7.69% los de 20 a 29 años, con 3.28% los de 40 a 49 años y con 0% los de 18 y 19 años. Con depresión leve están de 80 a 85 años con 72.73%, de 60 a 69 años con 35.19%, de 70 a 79 años con 27.91%, de 50 a 59 años con 26.09%, de 40 a 49 años con 22.95%, de 30 a 39 años con 17.39%, de 20 a 29 años con 15.38% y de 18 y 19 años con 0%. Con de presión ausente están con el 100% los pacientes de 18 y 19 años, con 76.92% los de 20 a 29 años, con 73.77% los de 40 a 49 años, con 60.87% los de 30 a 39 años, con 57.97% los de 50 a 59 años, con 51.85% los de 60 a 69 años, con 41.19% los de 70 a 79 años y con 9.09% los de 80 a 85 años de edad.)



En cuanto a la ansiedad (**Fig. 6.10**) de acuerdo a la escolaridad se puede observar en niveles graves en primer lugar a las personas con licenciatura con 6.31%, en segundo lugar a los de primaria con 5.49%, en tercer lugar los de preparatoria con 2.47%, en cuarto lugar los de secundaria con 1.27% y en quinto con 0% los de estudios superiores, en ansiedad moderada están con 22.13% las personas con primaria, con 19.75% las personas con preparatoria, 15.19% las personas con secundaria, los pacientes con estudios superiores con 14.29% y por último las personas de licenciatura con un 12.61%.

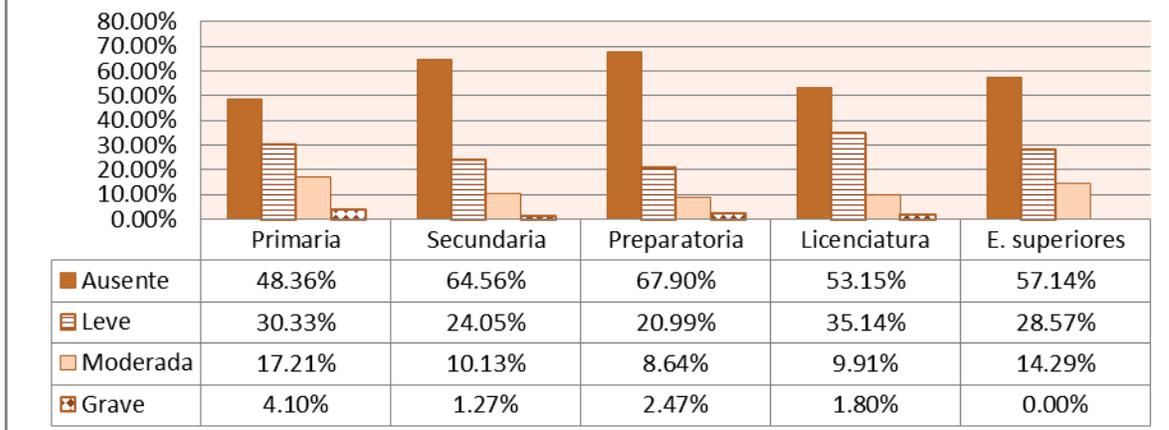
En ansiedad leve están, primero con 42.86% las personas con estudios superiores, con 38.74% los de licenciatura, con 32.91% los pacientes con secundaria, con 28.69% los de primaria y al final con 23.46% los de preparatoria (**Fig. 6.10**).

Con ansiedad ausente podemos encontrar a los que tienen preparatoria con 54.32%, secundaria con 50.63%, primaria con 43.44%, estudios superiores con 42.86% y licenciatura con 42.34% (**Fig. 6.10**).



(Fig. 6.11) Analizando los niveles de depresión de acuerdo a la escolaridad se encontró con niveles graves en primer sitio a las personas con primaria con un 4.10%, preparatoria con 2.47%, licenciatura con 1.80%, secundaria con 1.27% y estudios superiores con 0%, en niveles moderados están las personas de primaria con 17.21%, estudios superiores con 14.29%, secundaria con 10.13%, licenciatura con 9.91% y preparatoria con 8.64%. En nivel leve se puede ver a los pacientes de licenciatura con 35.14%, primaria con 30.33%, estudios superiores con 28.57%, secundaria con 24.05% y preparatoria con 20.99%. Al final con nivel ausente están preparatoria con 67.90%, secundaria con 64.56%, estudios superiores con 57.14%, licenciatura con 53.15% y primaria con 43.86%.

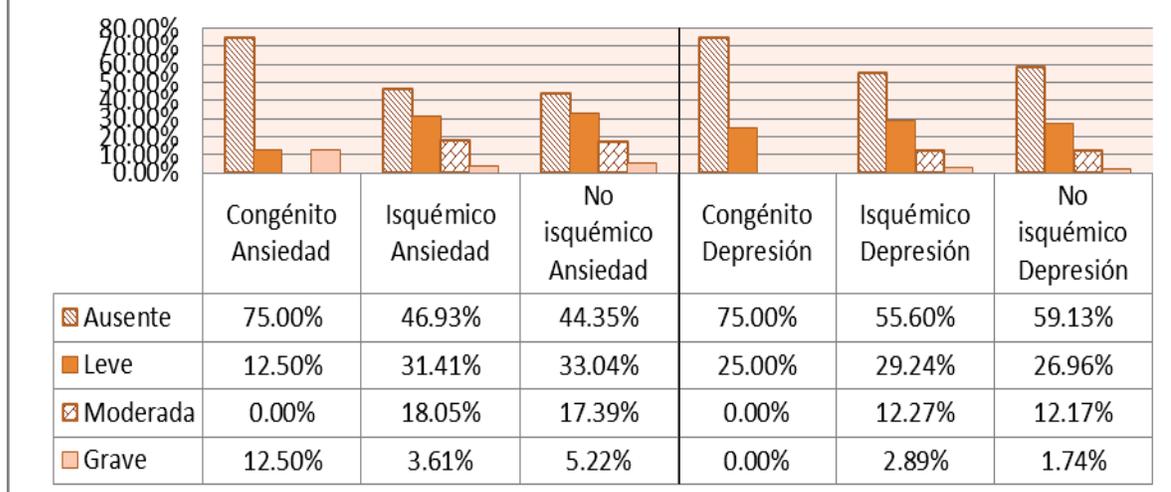
Fig. 6.11 Escolaridad-Depresión



Por último (**Fig. 6.12**) al buscar ansiedad y depresión de acuerdo al diagnóstico, se encontró ansiedad grave con un 12.50% a los pacientes congénitos, 5.22% no isquémicos y 3.61% isquémicos, con ansiedad moderada están con 18.05% los pacientes isquémicos, 17.39% no isquémicos y con el 0% los congénitos, en ansiedad leve se sitúan con 33.04% los no isquémicos, 31.41% isquémicos y con el 12.50% los congénitos, por ultimo con ansiedad ausente están con un 75% los pacientes congénitos, 46.93% isquémicos y 44.35% los no isquémicos.

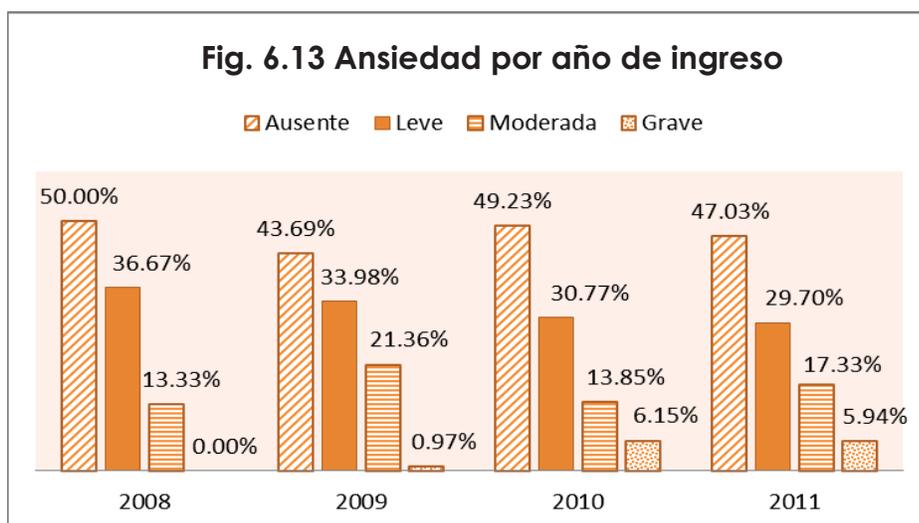
Por otro lado en la búsqueda de depresión de acuerdo al diagnóstico los resultados fueron los siguientes, con depresión grave están los pacientes isquémicos con 2.89%, no isquémicos con 1.74% y congénitos con el 0%, en depresión moderada están los pacientes isquémicos con 12.27%, no isquémicos con 12.17% y congénitos con el 0%, en depresión leve se muestran los pacientes no isquémicos con 26.96%, isquémicos con 29.24% y congénitos con 25% y en depresión ausente están pacientes congénitos con 75%, no isquémicos con 59.13% e isquémicos con 55.60% (**Fig. 6.12**).

Fig. 6.12 Diagnóstico-Ansiedad y Depresión

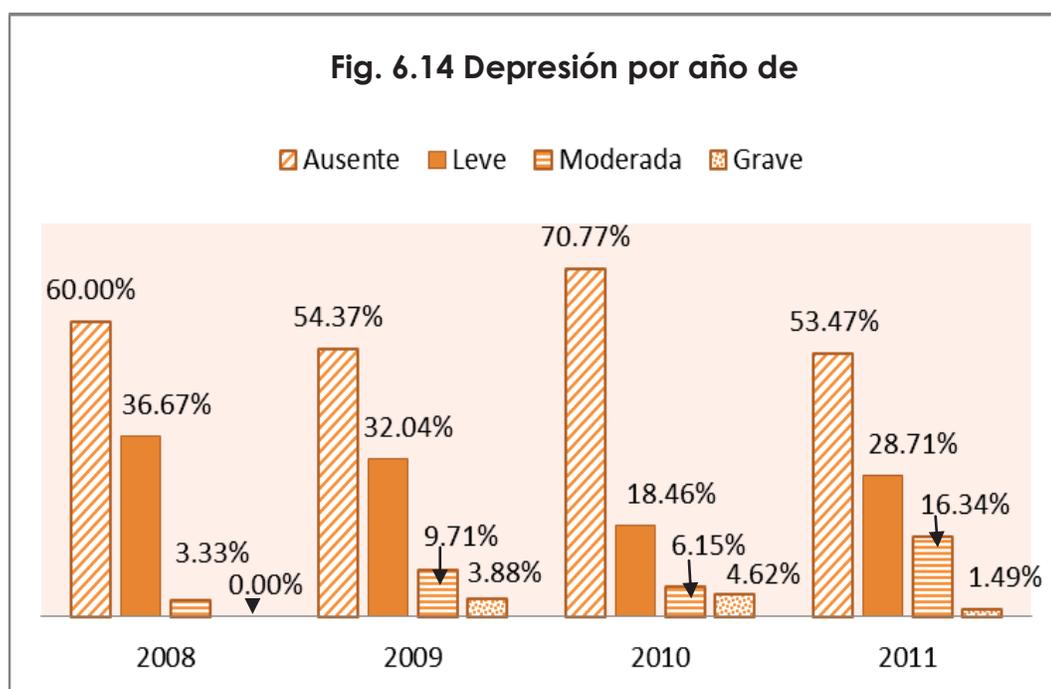


Referente a trastornos de ansiedad y el año de ingreso se encontró que el 50% de las personas que se registraron en el programa durante el año 2008 manifestaban 0% ansiedad grave, 36.67% ansiedad leve, 13.33% moderada y 50% ausente. En el año 2009 se encontró que 0.97% grave, 21.36% moderada, 33.98% leve y 43.69% ansiedad ausente. Para el año 2010 tenemos que 6.15% presentaron ansiedad grave, 13.85% moderada, 30.77% leve y 49.23% ansiedad ausente. Por último en el año 2011 se encontró que 5.94% presentaron ansiedad grave, 17.33% moderada, 29.70% leve y 47.03% ansiedad ausente (**Fig. 6.13**).

Fig. 6.13 Ansiedad por año de ingreso



Al analizar la frecuencia de trastornos depresivos por año de ingreso al programa tenemos que en el año 2008 0% presentaron depresión grave, 3.33% moderada, 36.67% leve y 60% depresión ausente. En el año 2009 se encontró que 3.88% mostraron depresión grave, 9.71% moderada, 32.04% niveles leve y 54.37% manifestaron ausencia de depresión. Para el año 2010 se descubrió que 4.62% presentaban depresión grave, 6.15% moderada, 18.46% leve y 70.77% manifestaban depresión ausente. Para finalizar en el año 2011 se obtuvo que 1.49% tenían depresión grave, 16.34% moderada, 28.71% leve y 53.47% depresión ausente (Fig. 6.14).



Discusión

En base a los resultados obtenidos, se puede señalar que los pacientes del área de Rehabilitación Cardíaca al inicio del programa, presentaron 4.5% de ansiedad grave y 17.50% de ansiedad moderada, 2.50% presentaron depresión grave y 12% depresión moderada, los porcentajes restantes se encuentran distribuidos en los niveles tanto de ansiedad como de depresión leves y ausentes cayendo su mayoría en nivel ausente en ambas psicopatología correspondiendo 46.75% a ansiedad y 57% a depresión. En este estudio se puede observar de acuerdo a los resultados que la mayoría de los pacientes inscritos en el programa de Rehabilitación Cardíaca presentan ansiedad y depresión de ausente a leve.

Por otra parte los resultados encontrados en esta investigación son contradictorios a lo encontrado por Strik, Denollet, Lousberg y Honig (citado en García Batista, 2011) quienes aplicaron pruebas de ansiedad, depresión y hostilidad a 318 sujetos (media de edad, 58 años) sobrevivientes de un primer ataque cardíaco. Después de un seguimiento de 3.4 años, había 25 eventos cardíacos fatales y no fatales. Los síntomas de ansiedad estaban asociados a eventos cardíacos y uso de antidepresivos. La ansiedad fue un predictor independiente de ambos eventos cardíacos fatales y no fatales. Los investigadores concluyeron que los síntomas de ansiedad necesitan ser considerados en el riesgo y el posterior tratamiento de pacientes posteriores a sufrir un infarto al miocardio.

También Fan Z, W Strine, Jiles, y Mokdad (2008) aplicaron en 38 distritos de Estados Unidos la prueba Anxiety and Depression Module (Modulo de ansiedad y depresión)

para medir ansiedad y depresión, y midieron la enfermedad cardíaca coronaria con tres preguntas sobre la sintomatología de la misma. La prevalencia de enfermedades cardíacas coronarias fue de un 15.3 % entre la población estudiada. Personas con enfermedades cardíacas eran más propensas a experimentar desórdenes de ansiedad y de depresión que las personas sin enfermedades cardíacas. Estos autores de igual forma concluyeron que la enfermedad cardíaca coronaria está asociada significativamente con la depresión y la ansiedad.

De acuerdo a los datos sociodemográficos las personas participantes en este estudio que más asisten al servicio son los del sexo masculino con el 80.50% y la edad predominante en la población va de los 50 a los 59 años de edad, de acuerdo a cifras del INEGI, (2012b) el 79.1% de las familias mexicanas tienen como jefe de familia a un varón y el 20.9% a una mujer, por otro lado en las familias nucleares los jefes varones se concentran principalmente entre los 30 y 49 años de edad mientras que en las familias no nucleares las proporciones mayores están en las edades de 40 años en adelante, así que el rol familiar de las personas podría estar asociado a padecer enfermedades cardiovasculares.

Ahora bien, más de la mitad de la muestra que se utilizó correspondía a varones sin embargo al hacer el análisis con trastornos de ansiedad y depresión se encontró que a pesar de ser un número más limitado son más las mujeres quienes presentan mayor ansiedad y depresión moderada y grave comparada con los varones. En pacientes cardiovasculares existen trabajos epidemiológicos que implican a la ansiedad y a la depresión tanto con el desarrollo de enfermedades cardíacas como en la prevalencia de la misma en hombres y en mujeres, sin embargo Téllez Vargas (2006) apoyando los resultados encontrados en esta investigación refiere que las mujeres son las que presentan mayores niveles de ansiedad en

las primeras fases de la enfermedad cardiaca, es cierto que los antecedentes genéticos influyen y que aún no está clara la razón de por qué los problemas cardíacos parecieran ser diferentes en mujeres y varones. Estructuralmente, los corazones y arterias son básicamente los mismos así que puede ser el contexto social influyendo en la aparición de enfermedades cardiacas, por otro lado se sabe que ser hombre o mujer no sólo puede influir en la prevalencia de los trastornos mentales, sino también en la manifestación y expresión de los síntomas, la voluntad para solicitar asistencia médica o psicológica, el curso de la enfermedad, incluso en la respuesta al tratamiento. Cada vez hay pruebas más sólidas de que existen diferencias entre ambos sexos respecto a la anatomía cerebral, la neuroquímica y los patrones de activación y respuesta a los estímulos ambientales; diferencias que pueden influir en la etiología y el curso de los trastornos psiquiátricos. Sin embargo, poco se conoce sobre los factores de riesgo que inducen a las mujeres a desarrollar ciertas psicopatologías, según Ros, Montalbán (citado por Téllez Vargas, 2006) psiquiatra del Hospital del Mar en Barcelona esta diferencia se debe principalmente a factores biológicos, sociales y de educación, también dice que la ansiedad es un predictor significativo de depresión tanto en hombres como en mujeres.

Por otro lado El Instituto Mexicano del Seguro Social (2011) en la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica de 2003 en México, mostró que dentro de los trastornos mentales, el trastorno de ansiedad es el más frecuente con una prevalencia de 14.3%, con predominio mayor en mujeres.

Referente a la edad y la escolaridad se encontró que las personas que presentaron mayor ansiedad y depresión en nivel grave son los pertenecientes al rango de edad de los 80 a los 85 años de edad y nivel de escolaridad con nivel grave de depresión es el de primaria por otro lado con nivel ausente equivalente a un 0% de la población está el nivel de

estudios superiores. Apoyando estos resultados están Belló, Puentes, Rosas, Medina Mora, y Lozano (2005) quienes hicieron un estudio donde midieron la prevalencia del trastornos depresivo en la población mexicana y encontraron que la prevalencia de trastornos depresivos en hombres y mujeres se incrementa con la edad es decir, las personas de 60 años en adelante presentan mayor depresión que los de 18 hasta 59 años y también descubrieron que la depresión disminuye al aumentar la escolaridad. Por otra parte contrario a los resultados El Instituto Mexicano del Seguro Social (2011) señala que los trastornos de ansiedad en los ancianos son menores a los existentes en los adultos jóvenes, sin embargo también señala que en muchas ocasiones la presencia de trastornos de ansiedad en personas de la tercera edad suele pasar desapercibida, ser incorrectamente diagnosticada o no ser tratada.

Referente a los diagnósticos cardiovasculares el diagnóstico que se encuentra más relacionado con la ansiedad grave es la cardiopatía congénita y el diagnóstico que más está relacionado con la depresión es la cardiopatía isquémica. Vega (2011) con datos de la secretaría de Salud Pública dice que las enfermedades del corazón son la primera causa de mortalidad general en la población mexicana, menciona que en 2009 se registraron 535,181 defunciones, siendo la causa principal de mortalidad las enfermedades del corazón con 78.604 defunciones, seguida por la diabetes y desde 2000 hasta el 2009 las enfermedades del corazón son la primera causa de defunción en la República Mexicana con 53,842 y 78,604 respectivamente lo cual corresponde a un incremento de 46%. En un estudio Holandés Van Rijen et al., (citado en Hallin, 2012) descubrieron que en especial las pacientes jóvenes corrían un mayor riesgo de psicopatología. En las pacientes jóvenes, las preocupaciones específicas de la enfermedad (sobre relaciones sexuales, anticonceptivos, riesgo de embarazo, alumbramiento e hijos) desempeñaban un papel clave concluyendo que

estas cuestiones pueden provocar ansiedad en las personas con cardiopatía congénita. En tanto que sobre la cardiopatía isquémica se ha señalado que la depresión es un factor de riesgo para la morbilidad y mortalidad en la enfermedad. Carney y Freedland, (2009) apoyando los resultados mencionan que en un meta-análisis de 22 estudios encontraron que la depresión mayor ocasiona el doble de riesgo de mortalidad después de haber sufrido un infarto agudo de miocardio.

Por otro lado observando los resultados en esta investigación el auge de pacientes de acuerdo al año de ingreso, efectivamente para el año 2008 se presenta la crisis de Estados Unidos y el número de ingresos equivalen al 7.5% pero es hasta el año siguiente es decir 2009 es cuando se comienza a ver un aumento en la población del 25.75% en el área de Rehabilitación Cardíaca, para el año 2010 las cifras vuelven a bajar con un 16.25% y de nuevo suben para el año 2011 con una cifra mayor que las presentadas en los 3 años anteriores con un 50.50%, concerniente a las psicopatologías el año que presentó mayor ansiedad grave fue el año 2010 con 6.15% y el que menos presentó ansiedad grave fue el año 2008 con 0%. En depresión el año que presentó mayor depresión grave fue de igual manera el año 2010 y con menos depresión grave el año 2008 con 0%. Contradictorio a los resultados no existen registros que avalen que en el año 2011 donde hubo más ingresos se hayan presentado sucesos económicos o sociales de importancia desde el último presentado en 2009 donde el incremento de pacientes al servicio no sobrepasó el 30%, el índice de percepción pública inclusive para el año 2011 de acuerdo a cifras del INEGI (2012) avanzó 2.5% al situarse en 98.2 puntos frente al reportado en igual mes de 2010 que fue de 96.2 puntos, de acuerdo a esta encuesta el único rubro que disminuyó para el año 2011 es el que

mide el grado de confianza del entrevistado al caminar solo por el rumbo donde vive entre las 4:00pm y las 7:00 pm.

El Dr. Enrique Camarena (2010) subdirector médico del Hospital Psiquiátrico ‘Héctor Tovar Acosta’ del IMSS, informó que en 2010 y debido a la falta de oportunidades laborales y profesionales, así como el alto consumo de alcohol y drogas, el número de suicidios se había incrementado en los jóvenes. El especialista del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) refirió que entre las explicaciones de ese fenómeno está que la perspectiva de los jóvenes sobre el futuro es muy limitada, y no es sólo una situación de México sino también de América Latina, sin embargo en esta investigación la cantidad de jóvenes que ingresan al servicio es la más baja con 0.75% las personas de 18 a 19 años, 3.25%, los de 20 a 29 años y 5.75% los de 30 a 39 años.

Contrario a los resultados y de acuerdo a cifras del INEGI (citado en Dávila, 2011) el índice de percepción pública se situó en 96.2 puntos en el último mes del año 2010 resultando menor la puntuación en un 1.3 de acuerdo a las cifras del mismo mes pero del año 2009 cuando había sido de 97.4 puntos.

Para finalizar se debe considerar que si la mayoría de los pacientes de este estudio no presentaron ansiedad y depresión grave esto puede deberse a un sinnúmero de factores como comenta Romero Yauri, (2008) podrían ser los mecanismos de defensa los cuales son pensamientos no razonados que reducen las consecuencias del suceso estresor para seguir funcionando. Dentro de estos mecanismos de defensa los que se podrían estar presentando en estos pacientes son la represión que les sirve para rechazar representaciones, ideas pensamientos, eventos o recuerdos y mantenerlos en el inconsciente. Negación para no

enfrentarse a la enfermedad crónica que padecerán a partir de ese día. Racionalización para justificar los cambios que han surgido en su persona o síntomas que han comenzado a aparecer desde la enfermedad cardiovascular o tan sólo puede presentar resistencias al tratamiento terapéutico por temor a lo desconocido o la exposición de sus emociones ante los demás. Por otra parte el desarrollo cognitivo que hayan tenido también va a influir en la conducta y comportamiento del sujeto, todas aquellas capacidades del pensamiento que se forjaron en el transcurso del desarrollo y vida, aumentan los conocimientos y habilidades para percibir, pensar, comprender y manejarse a lo largo de la vida. La resiliencia adecuada o capacidad de las personas de sobreponerse al dolor emocional para continuar con su vida. Las estrategias de afrontamiento es decir, el esfuerzo de cada uno de ellos para hacer frente a los cambios, la enfermedad, el nuevo estilo de vida, cambio de empleo entre otros. Como menciona Gimeno, (1999) la educación que tuvieron, la inteligencia emocional que comprende conocer las emociones y sentimientos propios, manejarlos, reconocerlos, crear la propia motivación, y gestionar las relaciones. Todas estas características van a cambiar de acuerdo al individuo pero en este caso pudieron haber alterado los resultados, sin embargo abre paso a nuevas investigaciones en el campo de la psicología con este tipo de pacientes y su comportamiento.

A continuación se presentará el cierre de la investigación de acuerdo a los resultados encontrados a lo largo de este estudio.

Conclusiones

El análisis que aquí se presenta abarca 4 años de investigación (2008, 2009, 2010 y 2011) y sólo se tomaron pacientes del área de Rehabilitación Cardíaca del Instituto Nacional de Cardiología por lo que los resultados aquí obtenidos no podrán ser extrapolados a toda la población que presente algún tipo de enfermedad cardíaca. Sin embargo la información no pierde relevancia, ya que presenta conclusiones que pueden llevar a nuevos lineamientos en el estudio del paciente cardiovascular, la aparición de psicopatologías, el trato para con ellos y los cuidados necesarios.

Los resultados de este estudio sugieren que los pacientes que padecen de enfermedades cardiovasculares presentan ansiedad y depresión pero no en niveles moderados o graves como se estableció en la hipótesis si no en niveles ausentes y leves. Las características de la población que asiste al servicio de Rehabilitación Cardíaca comprende personas del sexo masculino en su mayoría, el rango de edad va de los 50 a 59 años en predominancia, el nivel escolar en su mayoría de primaria, el año que más ingresos hubo fue el 2011 y el diagnóstico por el que más acuden es la isquemia que si bien recordamos, las principales causas para su aparición son las decisiones propias como el sedentarismo, las preocupaciones constantes, la mala alimentación, la ingesta de alcohol, los conflictos emocionales y factores psicológicos como ansiedad y depresión como factor primario.

Con fin de darle explicación a los resultados encontrados se decide realizar un análisis de los datos sociodemográficos con los trastornos de ansiedad y depresión,

encontrando que cualquier cosa que esté afectando a los pacientes en la ansiedad, se ha presentado más durante el año 2010 con nivel grave, el sexo femenino lo ha padecido en niveles moderados y graves, se presenta más en el rango de edad de los 80 a los 85 en nivel grave, en las personas que cuentan con licenciatura en el nivel grave y el diagnóstico que aumenta la ansiedad es el congénito con nivel grave. En tanto que en depresión en el año 2010 se presentaron más casos de depresión grave, el sexo más afectado sigue siendo el femenino en niveles leve moderado y grave, el rango de edad más afectado es de los 80 a los 85 años con niveles graves, la escolaridad la primaria con niveles moderados y graves y el diagnóstico es la isquemia en nivel leve, moderado y grave. A pesar de estos resultados no se puede asegurar que estos datos se encuentren relacionados entre sí, ya que estos resultados pueden deberse a factores aislados que podrían ser material de estudio en nuevas investigaciones tomando como principal instrumento la entrevista o la elaboración de un cuestionario que pudiera arrojar datos más precisos de lo que sucede con los trastornos de ansiedad y depresión en los pacientes con enfermedades cardíacas.

Por lo tanto no se puede decir que la situación económica o social del país influye en la aparición de trastornos mentales, tendría que realizarse un análisis más amplio con estos factores para poder asegurar que tienen alguna influencia en estos pacientes, además la aparición de trastornos de ansiedad y depresión secundarios a la enfermedad por lo menos en grados de moderados a graves no tienen gran presencia en la muestra tomada para esta investigación, asimismo los datos sociodemográficos conjuntos a las psicopatologías aquí medidas arrojan datos que podrían ser trabajados de forma independiente para generar nuevos estudios, trastornos de ansiedad y depresión de acuerdo a lo encontrado se presenta más en mujeres que en hombres sin embargo no existen hasta el

momento estudios que señalen que las mujeres sufren más ansiedad y depresión por causa de las enfermedades cardiacas sin hacer distinción de sexos, así pues con la edad también existe información que señala que el adulto mayor es quien más padece de estos trastornos pero tampoco señalan que sea debido a la enfermedad cardiaca específicamente.

Para terminar se da pie a las limitaciones y sugerencia que podrán ampliar el ámbito de la investigación de las psicopatologías en los pacientes cardiovasculares.

Limitaciones y sugerencias

En relación a las limitaciones del presente estudio en primer lugar se encuentra la falta de tiempo para poder llevar a cabo una entrevista breve con cada uno de los pacientes que ingresan al servicio, si bien el área no se encuentra saturada el apoyo integral que se les brinda absorbe por completo su tiempo y el espacio que se le da al área de psicología es sólo para actividades grupales que puedan beneficiar al enriquecimiento del grupo, otra de las limitaciones es la sinceridad con la que contestan los cuestionarios, como ya se mencionó se imparte un tratamiento integral que implica cuestionarios de nutriología, fisioterapia, enfermería y por su puesto psicología, los test de ansiedad y depresión tienen que se contestados el día del ingreso tomando aquellos espacios libres entre una clase y otra lo que puede generar que contesten al azar o sin interés alguno. Por otra parte se encuentra la desconfianza que pueden sentir al exponer los síntomas secundarios a su padecimiento, ocasionando que estas variables externas alteren los resultados sin restarle significancia al estudio.

Se puede sugerir para obtener mayores resultados controlar la variable externa del tiempo proporcionado al paciente, quizá ocupando tiempo después del programa de Rehabilitación o una muestra menor pero más controlada se obtengan resultados interesantes, también podría hacerse una comparación con otras instituciones que tengan pacientes con afecciones cardíacas o ampliar las características de la muestra es decir, que no sólo sean pacientes de áreas de Rehabilitación Cardíaca pero que de alguna forma tengan padecimientos cardíacos, por último y de acuerdo a todo lo presentado en esta investigación se propone cambiar el tratamiento que se les está brindando a los pacientes,

hacer un censo, aplicar un breve cuestionario sobre sus necesidades o llevar a cabo entrevistas breves de 10 o 15 minutos para tener mayor idea de las necesidades primordiales que tiene hoy en día el paciente, con esto se podría renovar el procedimiento e implementar nuevas técnicas de acuerdo a los conflictos principales.

Bibliografía

- A. Shibeshi, W., Young-Xu, Y., y M. Blatt, C. (2007). Anxiety worsens prognosis in patients with coronary artery disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 49(20), 2021-7.
- Acosta Rodríguez, F., Rivera Martínez, M., y Pulido Rull, M. A. (2011). Depresión y Ansiedad en una muestra de individuos mexicanos desempleados. *Journal of Behavior, Health y Social Issues*, 3(1), 35-42.
- Aisenson, G. (2011). Psicología , cultura y sociedad: una articulación necesaria para abordar las problemáticas y los desafíos de la orientación en el siglo XXI. *Intersecciones PSI*, 1(1), 8-12.
- Alcides, A. G. (2007). Fisiología de la emoción. *Clínica UNR*, 1-4.
- Alegría Ezquerro, E., González Juanatey, J. R., y González Maqueda, I. (2006). Cardiopatía hipertensiva: propuesta de clasificación clínica. *Revista Española de Cardiología*, 59(4), 398-399.
- Alvarez Muriel, D. M., Benavides Campos, J. L., Bueno Duque, O., Cuadros Z., V. P., Echeverri P., D. R., Gómez Ibáñez, L., Guzmán, A. P., et al. (2006). Estudio comparativo del nivel de ansiedad, personalidad tipo A y factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en pacientes hipertensos y no hipertensos. *Archivos de Medicina*, 1(1), 51-67.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (p. 938). Barcelona, España: Masson.
- Antuña Bernardo, S., García Vega, E., González Menéndez, A., Secades Villa, R., Errasti Pérez, J., y Curto Iglesias, J. . (2000). Perfil psicológico y calidad de vida pacientes con enfermedades dermatológicas. *Psicothema*, 12(2), 30-34.
- Aránguiz Garrido, E. (2000). Psicología y desempleo. *Revista Internacional de Psicología*, 7(2), 1-19.
- Balboa, N. de. (2010). *Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Manual Amir* (Amir., pp. 1-84). Madrid.
- Barba, J. (2005). La cardiología del siglo XXI: los avances continúan. *Revista Médica Universidad Navarra*, 49(3), 108.
- Barraza Macías, A. (2008). Construcción y validación inicial de la Escala de Personalidad Estudiantil Tipo A. *Psicología Científica*, 1-11.

- Beck, A. T., Emery, G., y Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective* (Primera ed., pp. 1-346). New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. (G. T. of Depression, Ed.) (Segunda., pp. 1-412). New York.
- Belló, M., Puentes Rosas, E., Medina Mora, M. E., y Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47(1), 1-8.
- Benítez Moreno, J. M., Casquero Ruiz, R., López Chamón, S., Panero Hidalgo, P., Pont Dalmau, R. M., y Zamorano Bayarri, E. (2006). Ansiedad. *Semergen Doc*, 41-66.
- Berenzon Gorn, S. (2004). ¿Cómo afectan las crisis económicas en la salud mental de los mexicanos? *5º congreso virtual de psiquiatría*, 1-6.
- Cabrales Nevárez, J. (2006). El abordaje de la depresión desde distintos marcos conceptuales psicológicos. *Universidad Autónoma España de Durango (México)*, 1-10.
- Camarena, E. (2010, January 6). Crece suicidio de jóvenes en México. *Especiales*, p. 1. México.
- Cano Vindel, A., y Miguel Tobal, J. . (2001). Emociones y Salud. *Ansiedad y Estrés*, 7, 111-121.
- Carney, R. M., y Freedland, K. E. (2009). Reviews and Overviews After Acute Coronary Syndrome. *Am J Psychiatry*, 166(4), 410-417.
- Corona Gómez, B. (2007). Reacción ansiógena ante las venopunciones en el paciente oncológico: Intervención grupal. *Nure Investigación*, 27, 1-27.
- Davison, G. C., y Neale, J. M. (2000). *Psicología de la conducta anormal*. (Limusa, Ed.) (Segunda ed., pp. 1-863). México.
- Dávila, R. (2011, January 11). Índice de Percepción sobre la Seguridad Pública. *Journalmex*, p. 1. México.
- Ekman, P. (2003). *Emotions Revealed*. (T. Books, Ed.) *Times Books* (1ra. ed., pp. 1-285). United States of America.
- El Precursor. (2011, August 2). Crece depresión y esquizofrenia por inseguridad y violencia en México. *El Precursor*, pp. 1-2. Chihuahua.
- Ellis, A., y Abrahms, E. (2005). *Terapia Racional Emotiva*. (Pax, Ed.) (Segunda ed., pp. 1-243). México.

- Escuela Andaluza de Salud Pública. (1999). Tratamiento farmacológico de la depresión mayor en atención primaria. *16*, pp. 1-45. Granada, España.
- Esquivel Molina, C. G., Gámez Castillo, J. A., Villa Hernández, F., García Espino, F. A., Martínez Mendoza, J. A., Aguirre Galindo, B., y Velasco Rodríguez, V. M. (2009). Ansiedad y Depresión en Síndrome Coronario Agudo. *MEDICRIT*, *6*(1), 18-23.
- Fajuri, A. (2009). A. Mecanismos Generales de las Arritmias Cardiacas. *Manual de Arritmias* (pp. 1-19).
- Fan Z, A., W. Strine, T., Jiles, R., y Mokdad, A. H. (2008). La depresión y la ansiedad asociada con la enfermedad cardiovascular entre las personas mayores de 45 años o más en 38 estados de los Estados Unidos, 2006. *La medicina preventiva*, *46*, 445-450.
- Ferrari, C. (2008). Tiempos de incertidumbre. Causas y consecuencias de la crisis mundial. *Revista de economía internacional*, *10*(19), 55-78.
- Flores Rico, C. (2011). *México La Situación Social Hoy. Vicecoordinación de Política Social* (pp. 1-34). México, Distrito Federal: PRI.
- Fundación Española del Corazón. (2009). Ficha del Paciente*:Valvulopatías. *Sociedad Española de Cardiología*, *1*, 1-2.
- G. Llorca, R. (1994). La Depresión. *Cuaderno de Psiquiatría* (Boehringer., pp. 1-8). Madrid.
- García Batista, Z. E. (2011). Ansiedad y enfermedad cardiaca coronaria. Una estrecha relación. *Revista de psicología y humanidades*, *1*, 1-8.
- Gimeno, M. (1999). La enfermedad crónica y la familia. Londres: Familianova Schola.
- Grandío, A. (2007). Identidad, Necesidad y Conciencia. *Revista electrónica de motivación y emoción*, *26*, 1-18.
- Gómez, M. (2010). Consulta Externa. *04 de Octubre*. Retrieved May 10, 2011, from https://www.cardiologia.org.mx/organizacion/direccion_general/direccion_medica/sub_direccion_especialidades/consulta_externa/
- Haines, A. P., Imeson, J. D., y Meade, T. W. (1987). Phobic anxiety and ischaemic heart disease. *British Medical Journal*, *295*, 297.
- Hallin, U. (2012). ¿Cómo puede afectar una cardiopatía a la sexualidad? España: Coriencie.
- Hernández, M. A., y García, H. L. (2007). Factores de riesgo y protectores de enfermedades cardiovasculares en población estudiantil universitaria. *Revista de la Facultad de Medicina*, *30*(2), 119-123.

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. (R. Hernández Sampieri, C. Fernández Collado, y P. Baptista Lucio, Eds.) (4th ed., p. 850). México: Mc Graw Gill.
- Humberto Molinello, B. (2007). Emociones y enfermedad cardiovascular. *Avances en Psiquiatría Biológica*, 8, 113-123.
- INEGI. (2012a). *Índice de Percepción sobre la Seguridad Pública. Cifras durante diciembre de 2011* (pp. 1-10). Aguascalientes.
- INEGI, I. N. de E. y G. (2010). Principales causas de mortalidad del 2008. *21 de Abril*. Retrieved September 6, 2011, from <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo107&s=est&c=23587>
- INEGI, I. N. de E. y G. (2012b). “Estadísticas a propósito del día de la familia mexicana” Datos Nacionales. México, Distrito Federal.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2011). Trastorno de Ansiedad Generalizada. México, Distrito Federal: Gobierno Federal.
- Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. (2005). Genética y Biología molecular de las cardiopatías congénitas y adquiridas. *Archivos de Cardiología de México*, 75(4), 466-482.
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2009). *Trastornos de Ansiedad* (pp. 1-34). Estados Unidos.
- John, M. R. (2003). *Motivación y Emoción*. (M. G. Hill, Ed.) (3ra. ed., pp. 1-538). México.
- Laham, M. (2009, November). Efectos psicológicos del desempleo. *Salud*, 2-4. Argentina.
- Layard, R. (2005). Happiness and public policy: a challenge to the profession. *The Economic Journal*, 116(510), 1-16.
- Lespérance, F., Frasure-Smith, N., Talajic, M., y Bourassa, M. G. (2002). Five-year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction. *American Heart Association*, 105(9), 1049-53.
- Liz Álvarez, M., Walter Gomes, S., y Dario Álvarez, O. (2007). Depresión como Factor de Riesgo en el Post Infarto. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*.
- Luisardo, M. (2005). MENTE Y CORAZÓN Factores psicosociales de riesgo cardiovascular. *Salud Militar*, 27(1), 75-82.

- López Villalobos, J. A., Sánchez Azón, M. I., Sotelo Martín, E., y Rodríguez Martín, M. T. (1994). Terapia Cognitivo Conductual en la Depresión. *Los Trastornos depresivos en Atención Primaria* (pp. 3-14).
- M. Roest, A., J. Martens, E., De Jonge, P., y Denollet, J. (2010). Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 56(1), 38-46. Elsevier Inc.
- Martínez, R. (2009, February 25). Aumenta desempleo en México durante Enero 2009: INEGI. *International Business Times*. New York.
- Mayoral Jiménez, I. (2011, November 2). México, una economía más débil en 2011. *CNN Expansión*. México.
- Mckray, M., Davis, M., y Fanning, P. (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. (M. Roca, Ed.) (Segunda., p. 240). Barcelona, España.
- Milenio. (2009, October 4). Aumentan 20% enfermedades mentales en México. *Milenio novedades*, p. 1. México, Distrito Federal.
- Naranjo Pereira, M. L. (2009). Motivación: Perspectivas teóricas y algunas consideraciones de su importancia en el ámbito educativo. *Sistema de información científica*, 33(2), 153-170.
- OCDE. (2011). *Estudios económicos de la OCDE* (pp. 1-38). México: OECD.
- Oblitas, L. A. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. (Thomson, Ed.) (2° Edición., pp. 1-512). México.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Enfermedades cardiovasculares. *Enero*. Retrieved June 4, 2011, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>
- Pi, R. (2006). *La depresión y la madre que la parió: Sufrir la depresión y convivir con el depresivo*. (B. V. S.A, Ed.) (Segunda., p. 144). Barcelona.
- Piqueras Rodríguez, J. A., Ramos Linares, V., Martínez González, A. E., y Oblitas Guadalupe, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112.
- Plutchik, R. (1980). *Emotion: A psychoevolutionary analysis*. New York: Harper and Row.
- Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8(5), 787-804.
- Romero Yauri, J. (2008). Aspectos psicológicos del apiente frente a la enfermedad.

- Ruiz Sánchez, J. J., y Cano Sánchez, J. J. (2002). *Manual de psicoterapia cognitiva*. (R. Editores, Ed.) (Primera., pp. 1-272). Jaén.
- S. Jonas, B., y F. Lando, J. (2000). Negative affect as a prospective risk factor for hypertension. *Psychosomatic medicine*, 62(2), 188-96.
- Sabini, J., y Silver, M. (2005). Ekman's basic emotions: Why not love and jealousy? *Cognition y Emotion*, 19(5), 693-712.
- Sans Méndez, S. (2000). *Enfermedades Cardiovasculares*. *Revista Panamericana de Salud P* (Vol. 7, pp. 1-22). Barcelona, España.
- Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. *Anales de psicología*, 9(2), 133-170.
- Sanz, J., y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, Validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318.
- Sarason, I. G., y Sarason, B. R. (2006). *Psicología anormal: El problema de la conducta inadaptada*. (Pearson, Ed.) (11a ed., p. 704). México.
- Sierra, J. C., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar e Subjetividade/Fortaleza*, 3(1), 10-59.
- Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., Shipley, M. J., y Marmot, M. G. (2002). Psychological distress as a risk factor for coronary heart disease in the Whitehall II Study. *International journal of epidemiology*, 31(1), 248-55.
- Strik, J. J. M. ., Denollet, J., Lousberg, R., y Honig, A. (2003). Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction. *Journal of the American College of Cardiology*, 42(10), 1801-1807.
- Suárez, L. A., y Poveda, M. (2007). *Análisis de la dinámica del desempleo*. *Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de Buenos Aires Argentina* (pp. 1-19). Buenos Aires Argentina.
- Téllez Vargas, J. (2006). Depresión, ansiedad y enfermedad cardiovascular. *Psiquiatría biológica*, 3(5), 1-12.
- Universidad Complutense Madrid. (1986). Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton (HAS). *Medicine*, 1.
- V. Kail, R., y C. Cavanaugh, J. (2006). *Desarrollo humano, una perspectiva del ciclo vital*. (Thomson, Ed.) (3ra. edici., pp. 1-755). México.

- Vascopé M., X., y Enriquez, G. (2009). Cardiopatías congénitas. *Medline Plus*, 1-9.
- Vega, L. (2011). Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares. México, Distrito Federal: Secretaría de Salud Pública.
- Villalmar, M. (2010). Tratamiento Psicosocial y Farmacológico de la Depresión. *Psychosocial and Pharmacological Treatment of Depression*, 1-16.
- Vinaccia, S., Contreras, F., Bedoya, M. C., Carrillo, L. M., Cuartas, M. J., López, N., y Cano, E. J. (2004). Conducta anormal de enfermedad en pacientes con enfermedades gastrointestinales. *Psicología y salud*, 14(001), 31-41.
- Virues Elizondo, R. A. (2005). Estudio sobre ansiedad. *Psicología Científica*, 1, 1-15.
- Wang, J., Smailes, E., Sareen, J., Fick, G. H., Schmitz, N., y Patten, S. B. (2010). The prevalence of mental disorders in the working population over the period of global economic crisis. *Canadian journal of psychiatry*, 55(9), 598-605.

Anexo 1

Inventario de Ansiedad de Hamilton

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 14 apartados.

Marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación.

- 0** **Nunca**
- 1** **Algunas veces**
- 2** **Bastantes veces**
- 3** **Casi siempre**
- 4** **Siempre**

	0	1	2	3	4
Ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad					
Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse					
Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.					
Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.					
Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.					
Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.					
Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.					

	0	1	2	3	4
Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).					
Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.					
Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).					
Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.					
Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.					
Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, erectismo piloso (piel de gallina).					
Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.					

Anexo 2

Inventario de Depresión de Beck

Para completar el cuestionario, lee cada punto con atención y rodear con un círculo el número que se encuentra junto a la respuesta que mejor se adapte a lo que la persona ha estado sintiendo últimamente.

1. Tristeza.

0. No me siento triste.

1. Me siento triste.

2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.

1. Me siento desanimado de cara al futuro.

2. siento que no hay nada por lo que luchar.

3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

0. No me siento fracasado.

1. he fracasado más que la mayoría de las personas.

2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.

3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.

1. No disfruto de las cosas tanto como antes.

2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.

3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

0. No me siento especialmente culpable.

1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.

2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

3. Me siento culpable constantemente

6. Expectativas de castigo

0. No creo que esté siendo castigado.

1. siento que quizás esté siendo castigado.

2. Espero ser castigado.

3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Auto desprecio

0. No estoy descontento de mí mismo.

1. Estoy descontento de mí mismo.

2. Estoy a disgusto conmigo mismo.

3. Me detesto.

8. Autoacusación

0. No me considero peor que cualquier otro.

1. me autocritico por mi debilidad o por mis errores.

2. Continuamente me culpo por mis faltas.

3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Idea suicidas

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.

1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.

2. Desearía poner fin a mi vida.

3. me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

0. No lloro más de lo normal.

1. ahora lloro más que antes.

2. Lloro continuamente.

3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

0. No estoy especialmente irritado.

1. me molesto o irrito más fácilmente que antes.

2. me siento irritado continuamente.

3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

0. No he perdido el interés por los demás.

1. Estoy menos interesado en los demás que antes.

2. He perdido gran parte del interés por los demás.

3. he perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

0. tomo mis propias decisiones igual que antes.

1. Evito tomar decisiones más que antes.

2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal.

0. No creo tener peor aspecto que antes

1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.

2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.

3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

0. Trabajo igual que antes.

1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.

2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.

3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

0. Duermo tan bien como siempre.

1. No duermo tan bien como antes.

2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

0. No me siento más cansado de lo normal.

1. Me canso más que antes.

2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

0. Mi apetito no ha disminuido.

1. No tengo tan buen apetito como antes.

2. Ahora tengo mucho menos apetito.

3. he perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

0. No he perdido peso últimamente.

1. He perdido más de 2 kilos.

2. He perdido más de 4 kilos.

3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

0. No estoy preocupado por mi salud

- 1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.**
- 2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.**
- 3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.**

21. Bajo nivel de energía

0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.

- 1. La relación sexual me atrae menos que antes.**
 - 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.**
 - 3. He perdido totalmente el interés sexual.**
-