



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**AUTOEFICACIA, PERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD Y CALIDAD
DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**

T E S I S

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

P R E S E N T A

AZALEA CITLALI FLORES BOBADILLA

JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR: DR. CARLOS GONZALO FIGUEROA LÓPEZ

COMITÉ: DR. MARIO ENRIQUE ROJAS RUSSELL

DRA. BERTHA RAMOS DEL RÍO

DRA. FABIOLA ITZEL VILLA GEORGE

DR. JOSÉ LUIS ACEVES CHIMAL

PROYECTO CONACYT SALUD-C01-201124



MÉXICO, D. F.

AGOSTO 2015



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.

AGRADECIMIENTOS

Al Universo, a la Vida y a mi gran Ángel de la Guarda Mamá Alta.

A mi mamá

Gracias mamita por ser el pilar fundamental de mi vida y el mejor ejemplo que tengo a seguir. Eres un ser excepcional, admirable y maravilloso. Agradezco infinitamente el apoyo que me has brindado a lo largo de mi vida. Por ti he logrado cumplir este gran objetivo, este triunfo también es tuyo. Hoy soy quien soy gracias a ti y tu amor incondicional.

Te Amo Muchísimo Mamá.

A mi papá

Gracias por tu apoyo brindado para culminar uno de los más importantes logros de mi vida, por ser parte de él y estar presente en los que me esperan.

A mis hermanos

Rosi, Wendy y Fabián... Cada uno de ustedes representa fortaleza, unión y amor para mí. Agradezco que me hayan dado dos sobrinas tan bonitas, que también son parte de este gran logro.

A ti mi niña hermosa Rosi, doy especial agradecimiento por ser mi motivación y un gran soporte en mi alocada vida. También te doy gracias por aguantar mi estrés de tesista y llenarme día a día de tu alegría. ¡Te Adoro!

Al amor

Gracias Vic por compartir conmigo logros, alegrías, tristezas y las maravillas que la vida nos otorga... Te agradezco el fortalecer mis virtudes, motivarme en cada paso que doy y demostrarme que siempre hay algo increíble que nos aguarda. Eres parte esencial de mi desarrollo personal y académico. Este logro compartido es una nota más a nuestra "melodía de amor...".

Te Amoro & ¡lava u, futuro!

A la amistad invaluable

Mena y Yk... Por su amistad única e invaluable, por compartir toda clase de experiencias y sentimientos durante estos once años y sobre todo por formar parte de mi familia (son como mis hermanitas). ¡Las adoro!

Chio, Meli, Tala y Rox... son verdaderamente especiales para mí, hemos compartido toda clase de experiencias durante esta etapa de nuestras vidas, cada una a su tiempo, con su estilo y aportando cosas incomparables a mi vida. Hacen de la amistad algo verdaderamente divertido y especial. Valoro tenerlas como colegas, compañeras de trabajo, pero sobre todo como amigas. ¡Las Quiero Mucho!

A las congénitas

A Karencita, Gaby y Quetita por ser unas excelentes compañeras de trabajo y siempre estar más allá de lo que el deber manda. Les agradezco el aprendizaje y las experiencias compartidas y por mantenerme como parte del equipo de congénitas. Gracias por su apoyo y motivación para realizar cada proyecto y continuar desarrollándome académica y personalmente.

A mis profesores

A ud Dr. Carlos

Gracias por la confianza que ha depositado en mí, por cada oportunidad brindada, por engrandecer mis habilidades y virtudes, mostrarme algunas de mis áreas de oportunidad y por la motivación para plantearme expectativas muy altas. La culminación de este proyecto es tan sólo uno de los tantos logros que espero continuar compartiendo con ud. Le agradezco los conocimientos y las experiencias compartidas, ha sido un gran guía académico, profesional y personal. Le tengo un cariño muy especial y gran admiración.

Mucho Lo Quiero A. C.

A uds Dr. Mario, Dra. Bertha y Dra. Itzel

Gracias por el conocimiento compartido a lo largo de mi estancia como parte del equipo de Psicología de la Salud y por el apoyo brindado a veces no sólo en lo académico sino más allá. Dr. Mario, especial agradecimiento por ser mi inspiración para estudiar la Autoeficacia. Dra. Itzel, por sus aportaciones para mejorar mi trabajo de tesis. Dra. Bertha por brindarme su apoyo también en las adversidades. Cada uno de ustedes son profesores ejemplares y admirables, gracias por su apoyo en mi desarrollo académico y para la culminación de mi tesis.

Al equipo de cardiólogos

Dr. Aceves gracias por su apoyo para formar parte del equipo de trabajo del Área de Cardiocirugía del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, y por el conocimiento compartido, su exigencia nos engrandece.

Dr. Cigarroa por el trabajo compartido dentro del Hospital de Cardiología del CMN SXXI del IMSS. Dr. Cantero gracias por su gran recibimiento en el área de Rehabilitación Cardíaca de este hospital.

A la Fes Zaragoza, UNAM... Por ser mi máxima casa de estudios y el lugar de encuentro con el conocimiento.

Al Proyecto CONACYT SALUD-C01-201124, por el apoyo para la elaboración y culminación de esta tesis.

ÍNDICE

	Página
Resumen	2
Introducción	3
CAPÍTULO I. SISTEMA CARDIOVASCULAR Y CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	6
1.1 Anatomía y Fisiología del Corazón	6
1.2 Sistema Coronario	8
1.3 Cardiopatía Isquémica	9
1.4 Rehabilitación Cardíaca	14
1.5 Relevancia social	16
CAPÍTULO II. FACTORES ASOCIADOS A LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	19
2.1 Factores de riesgo	19
2.1.1 No modificables	21
2.1.2 Psicosociales	22
2.2 Factores Protectores	25
2.2.1 Factores psicosociales	27
CAPÍTULO III. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	36
3.1 Conceptualización	36
3.2 Su relación con la Autoeficacia y la Percepción de Enfermedad	39
3.3 Intervención Psicológica	40
Planteamiento del problema	44
Justificación	44
Objetivo general	45
Objetivos específicos	45
Método	46
Resultados	52
Discusión	60
Conclusión	63
Referencias	64
Anexos	72

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue evaluar la relación que tienen la Autoeficacia Cardíaca y la Percepción de Enfermedad con la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en pacientes con CI candidatos a revascularización coronaria. Se realizó un estudio transversal en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE y el Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS. Se aplicaron la Escala de Autoeficacia Cardíaca, el Cuestionario Breve de Percepción de Enfermedad y el Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Se evaluaron 87 pacientes, 79.3% hombres con una edad de 63 ± 8.7 años. El 73.6% fueron casados o vivían en unión libre, 33.3% con escolaridad de nivel licenciatura y 36.8% jubilados. El 47.13% mostró altos niveles de autoeficacia, el 54.02% una adecuada percepción de enfermedad y perciben una CVRS regular (media= 64.2). El análisis de regresión múltiple mostró que sólo la Percepción de Enfermedad se relaciona significativamente con la CVRS ($p=0.001$) independientemente de la edad, sexo y escolaridad del paciente. Los resultados sugieren que los pacientes que perciben su enfermedad como mortal tienden a una disminución en la CVRS. Esta evidencia hace necesaria la presencia del psicólogo de la salud para el desarrollo e implementación de programas de intervención que permitan el desarrollo y fortalecimiento de los factores protectores contribuyendo al trabajo multidisciplinar con el objetivo de favorecer la salud del paciente y su reincorporación a su vida de una manera favorable.

Palabras clave: Autoeficacia, Percepción de Enfermedad, Calidad de Vida Relacionada con la Salud, Cardiopatía Isquémica, Psicología de la Salud.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2010), el término *salud* ya no implica sólo la ausencia de enfermedad, sino que es el estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo, lo cual propone una visión integral del proceso salud-enfermedad. Partiendo de esta concepción biopsicosocial de la salud, es que surge la Psicología de la Salud, la cual tiene como metas identificar los factores implicados en la etiología de la enfermedad, así como su detección prevención o tratamiento, además de la promoción y el mantenimiento de la salud, y la rehabilitación. También se ocupa de estudiar y de comprender el proceso de salud-enfermedad, desde los principios que regulan el comportamiento humano (Flórez, 2007; Morrison y Bennet, 2008; Villegas, 2012).

Ante esto, las actividades que desempeñan los psicólogos de la salud se pueden agrupar en tres categorías: 1) Investigación, la cual se orienta a cuestiones vinculadas con el mantenimiento y promoción de la salud, así como la prevención de determinados padecimientos mediante el estudio de los factores de riesgo y factores protectores de la misma, además de la interacción de la enfermedad con los estilos de vida, 2) Aplicación clínica del conocimiento, en donde los psicólogos de la salud participan en la educación sanitaria y el entrenamiento en conductas de salud que benefician al personal médico, al paciente y su familia, a la población y al sistema sanitario, y 3) Formación competente de recursos humanos, que involucre la adquisición de conocimientos de evaluación e intervención comportamental, epidemiología, anatomía, fisiología y patología, intervenciones médico quirúrgicas de la enfermedad tratada, entre otros. (Bazán 2003, citado en Talavera, 2012; Villegas, 2012).

Las enfermedades cardiovasculares se han convertido en un foco de atención para los psicólogos de la salud, debido a que se han posicionado como la principal causa de muerte en el mundo (OMS, 2013; Velázquez, et al., 2007). En México durante 2007 poco más de 87 mil personas, principalmente mayores a 65 años, murieron a causa de

alguna enfermedad del corazón, dentro de las cuales destaca la cardiopatía isquémica con una tasa de defunciones de 51.3 muertes por 100 mil habitantes, representando un mayor número de ingresos hospitalarios, afectando a la calidad de vida de las personas que la padecen y convirtiéndose en un problema de salud pública (INEGI, 2009; Secretaría de Salud, 2008).

Uno de los temas de mayor relevancia relacionado con las enfermedades cardiovasculares es su alta comorbilidad emocional, ya que los factores biológicos se consideran en mutua relación con los factores psicosociales, considerando estos últimos como elementos que influyen en el desarrollo de la enfermedad cardíaca. Ante esto surge la Cardiología Conductual, como una extensión de la Medicina Conductual, esta última se define como el campo interdisciplinario interesado en la integración de las ciencias del comportamiento y las biomédicas con el fin de comprender el proceso salud-enfermedad, desarrollar y aplicar los conocimientos y técnicas dirigidas a la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades (Talavera, 2012; Shwartz y Weiss, 1978, citado en Villegas 2012).

Entre los objetivos de la Cardiología Conductual está unir la labor de los cardiólogos y los psicólogos, quienes han demostrado que los factores de riesgo psicosociales, como el estrés y la ansiedad, además de algunos patrones de comportamiento afectan directamente al corazón (Figuroa, Domínguez, Ramos y Alcocer, 2009; Pereyra, Milei y Dorina, 2011; Talavera, 2012). De igual forma existen los factores protectores psicosociales como un escudo de defensa que reducen la probabilidad de que una persona sufra una enfermedad, o bien, mejore su capacidad de respuesta ante una ya presente. El desarrollo de estos factores protectores contribuyen a un adecuado manejo de la enfermedad cardíaca así como a una mejor calidad de vida relacionada con la salud (Nekouei et al., 2014).

Entre algunos de los factores protectores asociados a la CI encontramos el optimismo disposicional, el apoyo social percibido, la resiliencia, la autoeficacia y una adecuada

percepción de la enfermedad. Existe evidencia de que estas últimas dos variables (autoeficacia y percepción de enfermedad) se asocian a un menor riesgo de cardiopatía isquémica, así como a una alta percepción de calidad de vida relacionada con la salud y la disminución de comorbilidad emocional, lo cual beneficia la recuperación del paciente y contribuye a un estilo de vida saludable, conductas de autocuidado, adherencia a los tratamientos médicos y de rehabilitación y a un bienestar psicológico en general (Thomas, 2006; Nitsche, Bitran, Pedrals, Echeverría y Rigotti, 2014).

Este impacto positivo de la autoeficacia y la percepción de enfermedad en pacientes con cardiopatía isquémica, ha sido estudiado en diferentes países como Estados Unidos, Japón, y España, observando variaciones en la relación de estos factores con la calidad de vida relacionada con la salud, asumiendo algunos investigadores que esta variación podría estar influida por aspectos culturales (Kang y Yang, 2012; O'Neil, Berk, Davis y Stafford, 2010; Sarkar, Ali y Whooley, 2007) sin embargo en México no existe evidencia que lo sustente. Considerando esto, el presente trabajo tuvo como objetivo evaluar la autoeficacia y la percepción de enfermedad, así como su relación con la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cardiopatía isquémica tributarios a revascularización coronaria.

La presente investigación se desarrolló dentro del **Proyecto CONACYT SALUD-C01-201124**, titulado **“Programa de preparación psicológica para procedimientos invasivos en cardiopatía isquémica”**.

CAPÍTULO I.

SISTEMA CARDIOVASCULAR Y CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

El sistema cardiovascular se compone por las arterias, venas y capilares, vasos linfáticos y el corazón. Es el encargado de transportar la sangre a los distintos tejidos del organismo, de igual forma facilita la liberación de oxígeno hacia los capilares por medio del intercambio gaseoso, defiende al organismo de infecciones y mantiene su homeostasis mediante la estabilización de la temperatura y el pH (Santos, 2006).

1.1 Anatomía y fisiología del corazón

El corazón es la bomba muscular que proporciona la energía necesaria para impulsar la sangre a los vasos para llevarla hacia los órganos, tejidos y células del organismo. Tiene una forma cónica, se localiza en el mediastino (masa de tejido que se extiende desde el esternón hasta la columna vertebral) y a ambos lados de él se encuentran los pulmones. Descansa por encima del diafragma, músculo que separa las cavidades torácica y abdominal, y dos terceras partes de él se encuentran a la izquierda de la línea media del cuerpo. Su tamaño (parecido al de un puño cerrado) y su peso que oscila entre 200 y 300 gramos, es proporcional a la edad y sexo de la persona. Late de 100 mil a 200 mil veces cada día y bombea de 8 mil a 13 mil litros de sangre diarios (Ballesteros, 2009; Tortora y Derrickson, 2006).

Se compone de tres capas importantes (Marrupe, 2009; Sauvage, 2003):

1. Endocardio: capa de células que recubre por dentro las cavidades cardíacas.
2. Miocardio: músculo que permite ejercer la función de bomba.
3. Epicardio: Capa externa que mantiene la ubicación anatómica de las coronarias.

El corazón está dividido en cuatro cavidades principales, dos en el lado derecho y dos en el lado izquierdo. Las cavidades situadas en la parte superior se denominan *aurículas*, y las dispuestas en la parte inferior *ventrículos* (Tortora y Derrickson, 2006).

En un funcionamiento normal, la sangre con dióxido de carbono y deshechos del cuerpo llega a la aurícula derecha, fluyendo a través de la válvula tricúspide hacia el ventrículo derecho y posteriormente por medio de la válvula pulmonar viaja hacia los pulmones en donde se oxigena. La sangre ya oxigenada es enviada de los pulmones hacia la aurícula izquierda y a través de la válvula mitral llega al ventrículo izquierdo en donde la válvula aórtica se abre para permitir el paso de la sangre a la aorta, la arteria principal y más importante del organismo ya que ésta se encarga de distribuir la sangre a todo el cuerpo (Tortora y Derrickson, 2006) (Figura 1, Texas Heart Institute, 2014).

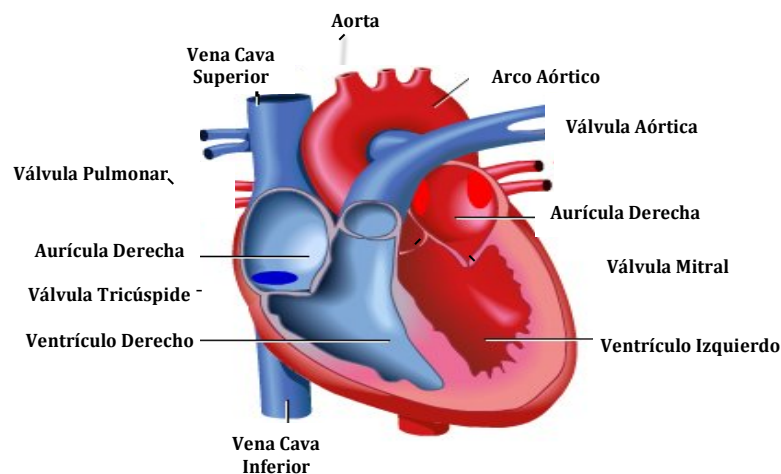


Figura 1. Anatomía del corazón

De acuerdo a Santos (2006) el corazón se encarga de realizar dos tipos de circulación de sangre, la sistémica (lado izquierdo) y la pulmonar (lado derecho), es por esto que se habla de un corazón derecho y otro izquierdo.

1. **Circulación mayor (sistémica):** sale del lado izquierdo del corazón por medio de la aorta hacia todos los órganos del cuerpo (excepto pulmones), llevando los nutrientes y el oxígeno necesario para el adecuado funcionamiento del organismo.
2. **Circulación menor (pulmonar):** Inicia en la aurícula derecha en donde se recibe la sangre con dióxido de carbono y los deshechos del cuerpo. Pasa a través de la válvula tricúspide y pulmonar para llegar a los pulmones para la oxigenación y

eliminación de CO₂. Posteriormente se dirige hacia la aurícula izquierda e iniciar con la circulación mayor.

1.2 Sistema coronario

El sistema coronario es la red de vasos (*arterias y venas coronarias*) que se encargan de irrigar al corazón de forma externa, ya que al igual que los demás tejidos del cuerpo, el músculo cardíaco requiere de suministro de sangre para asegurar el abasto continuo de oxígeno y nutrientes, y a su vez, extraer los desechos para funcionar de una manera adecuada, ya que la parte interna del endocardio es la única que recibe sangre de las cámaras cardíacas y el resto del miocardio es irrigado y drenado por estas arterias y venas que nacen directamente de la aorta ascendente y rodean al corazón, como una corona que rodea la cabeza, de ahí su nombre.

Arterias coronarias

Existen dos arterias coronarias principales: *derecha e izquierda*, las cuales, van por la superficie del corazón (epicardio) y progresivamente se van ramificando en otras más pequeñas que penetran en el músculo cardíaco para llevar sangre a todas las células para que puedan realizar su adecuado funcionamiento (Figura 2, Baylor College of Medicine, 2015).

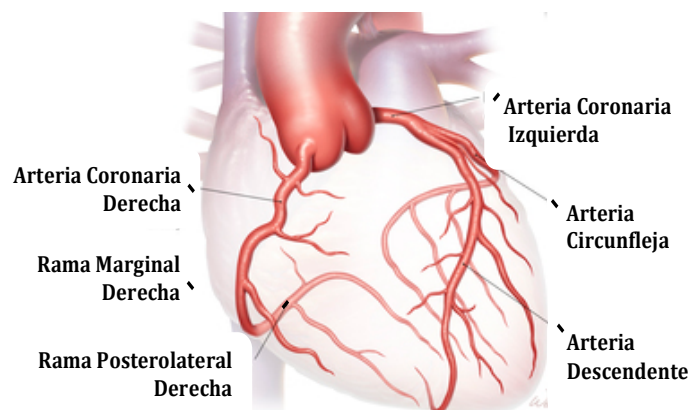


Figura 2. Arterias Coronarias

Arteria coronaria derecha

Esta arteria es la encargada de irrigar la aurícula derecha, el ventrículo derecho, el nodo sinusal, el nodo auriculo-ventricular y región inferior del septum interventricular. Sus principales ramas son (Tortora y Derrickson, 2006):

- Del cono arterial
- Del nódulo sinusal
- Marginal derecha
- Atrial o auricular intermedia
- Interventricular posterior
- Posterolateral

Arteria coronaria izquierda

Irriga la mayor parte de la aurícula y el ventrículo izquierdos, el septo interventricular, el tronco del fascículo auriculoventricular y sus ramas. Se divide en dos arterias, interventricular anterior y circunfleja, las cuales a su vez se dividen en pequeñas ramas denominadas (García, 2006):

- Postero-laterales
- Obtusa marginal

De acuerdo con Tortora y Derrickson, (2006) el miocardio contiene muchas anastomosis (conexiones de dos o más arterias), que conectan ramas de una determinada arteria coronaria o unen ramas de diferentes arterias. Esas conexiones ayudan a desviar la sangre arterial cuando una ruta principal se obstruye; logrando que el miocardio reciba el oxígeno necesario para su funcionamiento.

1.3 Cardiopatía isquémica

La cardiopatía isquémica (CI) o enfermedad coronaria, se define como una afección miocárdica que se produce por la desproporción entre el aporte del flujo coronario y los requerimientos miocárdicos provocados por cambios en la circulación coronaria (Rivero,

Castro, Galindo y Rodríguez, 2005) es decir, es el resultado de la incapacidad de las arterias coronarias para suministrar el oxígeno necesario al músculo cardíaco dificultando su funcionamiento.

La causa más frecuente de la cardiopatía isquémica es la aterosclerosis (Figura 3, California Cardiovascular Consultants and Medical Associates), la cual hace referencia a las placas de colesterol que se producen en las paredes de los vasos que nutren el corazón, lo que produce el engrosamiento de las arterias y un menor flujo de sangre rica en oxígeno a los órganos y a otras partes del cuerpo (Cuartas, Escobar, Lotero, Lemo, Arango y Rogers, 2008; Marrupe, 2009; National Heart, Lung, and Blood Institute, 2014; Tortora y Derrickson, 2006).

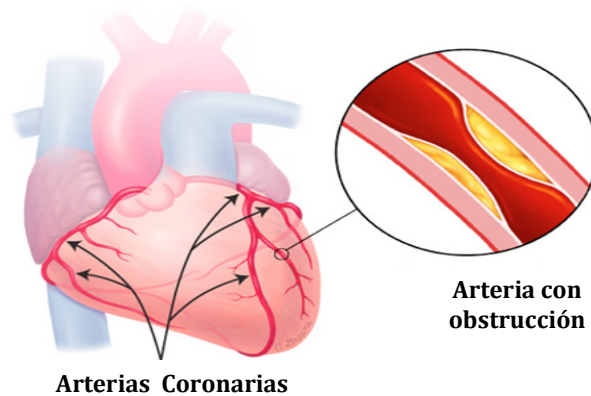


Figura 3. Cardiopatía Isquémica

Síntomas

La cardiopatía isquémica, presenta una gran variedad de cuadros clínicos que incluyen la angina de pecho y el infarto como los más representativos (Acosta, Navarrete y Corsini, 2011; Antman, Selwyn y Loscalzo, 2012).

Angina de pecho

Síndrome clínico caracterizado por dolor de corta duración (no más de 15-20 minutos, con aparición y desaparición graduales en el pecho, mandíbulas, hombros, espalda o brazos; puede aparecer al realizar ejercicio o ante una situación de estrés psicológico.

Se pueden distinguir la Angina Estable y la Angina Inestable, y se conoce que el reposo y los fármacos determinados favorecen la disminución del dolor (Macin et al., 2009).

- **Angina Estable:** Se presenta cuando el flujo coronario del paciente, aún en reposo, suele ser suficiente para los requerimientos metabólicos miocárdicos. Se presenta cuando una placa de aterosclerosis ocupa al menos el 50% de la luz del vaso coronario y es relativamente estable, y de lento crecimiento.
- **Angina Inestable:** Se presenta en pacientes con esfuerzo físico mínimo e incluso en reposo. Esta presentación clínica generalmente se asocia con mayor riesgo de infarto agudo del miocardio.

Infarto de miocardio

Es la necrosis o muerte de una porción del músculo cardíaco, se identifica con un dolor torácico que se deriva de la oclusión coronaria aguda. Este dolor es más intenso y prolongado que la angina de pecho (más de 30 minutos) y se puede irradiar hacia los hombros, brazo izquierdo, cuello, maxilar inferior o espalda (Fernández, 2009). Se acompaña de dos reacciones:

- **Adrenérgica¹:** respuesta liberadora ante la producción de catecolaminas, las cuales aceleran el ritmo cardíaco, aumentan la presión arterial y producen vasoconstricción periférica², se manifiesta en la piel del paciente con palidez, piloerección y sudoración fría.
- **Vagal:** producida por la liberación de acetilcolina, lo cual frena el ritmo cardíaco, disminuye la tensión arterial y vasodilatación periférica³. Se manifiesta con mareo, falta de aire, salivación excesiva, náuseas o vómito.

Sin embargo, existen otros síntomas, tales como (White, Haramati, Chen y Levsky, 2014):

- Dificultad para respirar

¹ Dícese de lo que es activado o transmitido por la adrenalina

² Estrechamiento de los vasos sanguíneos ocasionando una disminución en el suministro de sangre.

³ Ampliación de los vasos sanguíneos.

- Palpitaciones
- Mareos
- Náuseas
- Debilidad extrema
- Transpiración excesiva
- Incremento de la presión arterial
- Síncope
- Vértigo

Pruebas diagnósticas

Los estudios de laboratorio, de gabinete y las pruebas inductoras de isquemia del miocardio ofrecen información esencial para el diagnóstico clínico de las enfermedades cardiovasculares, específicamente la cardiopatía isquémica (Antman et al., 2012; Leiva, 2014; Macin et al., 2009; Peláez, 2010).

- **Exploración física:** identificación de factores relacionados con dolor cardíaco y ausencia de dolor óseo o muscular que pudiera producir confusión del dolor torácico.
- **Laboratorio clínico general:** identificación de trastornos de los niveles de factores relacionados con aterosclerosis: Lípidos, glucosa, enzima CK-MB y troponina I.
- **Electrocardiograma:** prueba que registra la actividad eléctrica del corazón producida en cada latido cardíaco, en el cual se puede identificar trastornos que indican la posibilidad de isquemia coronaria, de un infarto agudo o de un infarto antiguo.
- **Ecocardiograma:** prueba que permite identificar el movimiento del músculo cardíaco, mediante el cual se puede hacer el diagnóstico de isquemia o infarto del miocardio.
- **Prueba de esfuerzo:** estudio mediante el cual el paciente realiza caminata en una banda y simultáneamente se registra la actividad eléctrica del corazón, de tal

manera, que cuando se observa alteraciones eléctricas se puede establecer el diagnóstico de isquemia del miocardio.

- **Estudio SPECT de perfusión miocárdica:** prueba mediante la cual se inyecta medio radioactivo en la circulación sanguínea del paciente y posteriormente se identifica mediante imágenes del corazón la ausencia o defectos de captación del medio radioactivo en las células del corazón, identificando así la presencia de isquemia o infarto del miocardio.

Tratamiento

Los tratamientos para la cardiopatía isquémica pueden ser farmacológicos o quirúrgicos, de acuerdo al cuadro clínico del paciente. Sin embargo, el tratamiento estándar de oro para la cardiopatía isquémica es la revascularización coronaria por vía percutánea o quirúrgica, aunada a un tratamiento farmacológico y psicológico que permite disminuir la sintomatología del paciente.

Tratamiento Farmacológico

El tratamiento farmacológico tiene como objetivo disminuir el riesgo de infarto, colesterol y presión arterial, prevenir coágulos sanguíneos y con ello retrasar la cirugía cardíaca. Entre los medicamentos utilizados están (Sanmiguel, Fornos y Vicente, 2010):

- **Nitratos:** bajan ligeramente la presión arterial y disminuyen el retorno venoso y aumentan el flujo coronario, disminuyendo la vasoconstricción coronaria.
- **B-bloqueadores:** disminuyen el consumo de O₂ miocárdico por la disminución de la frecuencia cardíaca, mejoran la función ventricular, poseen propiedades vasodilatadoras y antioxidantes.
- **Ácido acetilsalicílico (aspirina):** disminuye el riesgo de accidente de placa de los pacientes anginosos.
- **Antagonistas de calcio:** vasodilatadores coronarios que disminuyen la necesidad de oxígeno por parte del miocardio y la presión arterial.

Tratamiento Quirúrgico

Entre los procedimientos quirúrgicos más importantes en el tratamiento de la cardiopatía isquémica se encuentran:

1. **Angioplastia (intervención coronaria percutánea).** Intervención que se realiza para despejar las arterias coronarias que se encuentran obstruidas, reestableciendo la circulación sanguínea al músculo cardíaco. Se realiza bajo anestesia local (dentro de una sala de hemodinamia), consiste en introducir un catéter (STENT) a la zona que se encuentra obstruida o estrecha. El catéter posee un balón que al colocarse en la zona dañada expande el stent contra la pared de la arteria comprimiendo la placa de ateroma.
2. **Revascularización coronaria quirúrgica (Bypass).** Procedimiento a corazón abierto en el cual el cirujano toma una sección de un vaso sanguíneo sano ya sea de la vena safena, arteria radial o arteria mamaria y lo coloca de la aorta a la arteria coronaria ligeramente después de la obstrucción, creando una nueva vía por la cual la sangre puede fluir adecuadamente.

Tratamiento Psicológico

Los tratamientos o intervenciones psicológicas para reducir los factores de riesgo en pacientes con enfermedad cardíaca están dirigidas a proporcionar control directo sobre una o varias funciones cardiovasculares, instruyendo al paciente en habilidades de afrontamiento del estrés y en la modificación del estilo de vida, con el fin de mejorar su calidad de vida relacionada con la salud. Sin embargo este tema se abordará con mayor detalle en el capítulo 3.

1.4 Rehabilitación cardíaca

Las personas con cardiopatía isquémica sometidas a tratamientos farmacológicos y quirúrgicos, requieren de un proceso de rehabilitación que les permita reincorporarse a la vida socialmente útil y adquirir estándares elevados en la calidad de vida lo antes posible (Rodríguez, 2007).

De acuerdo a Valderrama, Botija y Fornos (2010), la rehabilitación coronaria o cardíaca se define como el ejercicio y asesoramiento que disminuirá los síntomas y mejorará la función cardíaca, es decir, es el conjunto de actividades necesarias para asegurar a los cardiópatas una condición física, mental y social óptimas, con el fin de reincorporarse a la sociedad ocupando un lugar lo más normal posible.

Esta rehabilitación se ha realizado principalmente bajo un modelo biomédico, el cual se enfoca a la reducción de síntomas y signos físicos relacionados con la enfermedad; sin embargo, es importante abordar el tema de la salud desde una perspectiva amplia e integradora que incluya los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, incorporando la promoción de la salud y el bienestar de la población fuera de un punto de vista exclusivamente biológico, es por ello que abarcar un tratamiento psicológico en el manejo de la enfermedad resulta de suma importancia y utilidad (Sánchez, Velazco, Rodríguez y Baranda, 2006). De esta forma, como mencionan Valderrama, et al. (2010) la rehabilitación cardíaca tendrá como objetivos:

- Mejorar la capacidad funcional.
- Corregir deterioros psicológicos.
- Mejorar las relaciones sociales y sexuales.
- Conseguir un retorno precoz al trabajo.
- Facilitar el control de los factores de riesgo cardiovascular.
- Evitar la muerte súbita.
- Incrementar la esperanza de vida.
- Reducir los factores de riesgo.
- Mejorar la calidad de vida relacionada con la salud.

En la tabla 1 se describen las actividades de cada miembro de un programa de rehabilitación cardíaca (López et al., 2013) la cual debe ser integrada en el tratamiento global de la cardiopatía, puesto que es la suma coordinada de intervenciones requeridas para influir favorablemente sobre la enfermedad, asegurando las mejores condiciones físicas, psíquicas y sociales, para que los pacientes puedan reanudar sus actividades de una manera óptima.

	Intervenciones	Metas/resultados
Cardiólogo	<ul style="list-style-type: none"> - Dirige el programa y prescribe el ejercicio - Elaboración de la historia clínica - Realiza test de esfuerzo 	<ul style="list-style-type: none"> - Lograr presión arterial <130/80 - Control de diabetes. - Documentar evidencias de la atención al paciente que guíen el desarrollo de estrategias de prevención
Rehabilitador físico	<ul style="list-style-type: none"> - Brinda educación al paciente respecto al ejercicio aeróbico y resistencia adecuada - Posee conocimientos en resucitación cardiopulmonar 	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimiento de músculos y huesos. - Reincorporación del paciente a sus actividades cotidianas
Nutrióloga	<ul style="list-style-type: none"> - Evalúa y provee al paciente de una dieta individualizada (cardiosaludable) 	<ul style="list-style-type: none"> - Control de peso - Reducción de peso en caso de presentar obesidad
Trabajadora social	<ul style="list-style-type: none"> - Coordina con el paciente y la familia acerca de los problemas de hospitalización. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajadora social
Enfermera	<ul style="list-style-type: none"> - Cumple las indicaciones del médico - Colabora con el cardiólogo en el tratamiento del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermera
Psicólogo	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza evaluación de la calidad de vida, depresión y variables psicológicas - Brinda apoyo psicológico - Brinda terapia de relajación 	<ul style="list-style-type: none"> - Modificación de factores de riesgo - Control del estrés y la ansiedad - Estrategias de relajación - Lograr la adherencia del paciente al programa de rehabilitación cardíaca

Tabla 1. Equipo multidisciplinario dentro de un programa de rehabilitación cardíaca.

Fuente: Consenso de Rehabilitación Cardiovascular y Prevención Secundaria de las Sociedades Interamericana y Sudamericana de Cardiología, López et al., 2013.

1.5 Relevancia Social

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud durante el 2012 murieron 17.5 millones de personas a causa de alguna enfermedad cardiovascular, representando el 31% de todas las muertes registradas en el mundo, de las cuales 7.4 millones se debieron a la Cardiopatía Isquémica (CI).

En México la CI ocupó el segundo lugar como causa de mortalidad general en el periodo del 2000 al 2008 cobrando la vida de 397 934 personas, se encuentra apenas por debajo de la diabetes mellitus, que ocupa el primer lugar. Entre las entidades

federativas con mayor mortalidad por CI se encuentran Coahuila, Nuevo León, Durango y Sonora. La edad promedio de mortalidad en hombres es de 72.5 años y en mujeres de 76.4 años. En este sentido, la CI se ha convertido en un importante problema de salud pública, además de que no hay indicios epidemiológicos de una reducción, por el contrario se observa un incremento en su frecuencia (González y Alcalá, 2010). Este incremento se ve producido por una serie de fenómenos como la transición epidemiológica, la cual interactúa con los cambios en el estilo de vida y la exposición prolongada a diversos factores de riesgo (abordados en el capítulo II), es decir, es el resultado de la acumulación a lo largo de muchos años de daños producidos por esos factores, los cuales en su mayoría son productos sociales (Secretaría de Salud, 2008).

Los pacientes con CI son sometidos a diferentes tratamientos como la cirugía de revascularización coronaria, la cual constituye un evento estresante para el paciente, generando mayor comorbilidad emocional y por tanto importantes consecuencias para la recuperación, como una prolongada hospitalización o una ingesta mayor de medicamentos y esto a su vez genera una elevada carga económica dentro del sector salud ya que también se relaciona con el desarrollo tecnológico para el tratamiento de esta (Bringas et al., 2006, Secretaría de Salud, 2008).

No obstante, la enfermedad coronaria y sus eventos adyacentes son prevenibles de forma integral, desde antes de su ocurrencia y una vez que ésta ha ocurrido. En esta cardiopatía muchas de las acciones preventivas inciden también en beneficio de la prevención de otras enfermedades (Ministerio de sanidad y consume 2006).

La Norma Oficial Mexicana (2012), establece que el manejo integral de la enfermedad hace referencia al establecimiento de metas del tratamiento conductual y farmacológico, proporcionando educación a los pacientes, seguimiento médico y vigilancia de complicaciones. Por otro lado implica la detección y tratamiento de factores de riesgo cardiovascular u otras comorbilidades. Para ello, un elemento de suma relevancia es la educación para la salud, la cual consiste en el proceso de enseñanza-aprendizaje de actitudes de la población en general que permite, mediante

el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes con el propósito de inducir comportamientos para evitar el incremento de los factores de riesgo como el sobrepeso, la obesidad, el sedentarismo, el estrés, el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol, así como los factores del estilo de vida, tales como: alimentación correcta, adecuado control y tratamiento de las tensiones y emociones negativas; buen régimen de ejercicios, sueño y distracción; el control y la evitación del abuso de sustancias como la cafeína, nicotina y alcohol; una correcta distribución y aprovechamiento del tiempo.

En este sentido, se hace énfasis en el enfoque integrador para la atención del proceso salud-enfermedad, en el cual se une el trabajo de diferentes profesionales de la salud como cardiólogos, enfermeras, fisioterapeutas y psicólogos, con el objetivo de mejorar en los pacientes cardíacos su estado físico, psicológico y social, estabilizando y prologando el progreso de la enfermedad y por tanto reduciendo la morbimortalidad y mejorando la calidad de vida (Mora, 2009). Para esto, un elemento importante es la reducción de los factores de riesgo e incremento de los factores protectores, en donde el apoyo psicológico se coloca como uno de los principales pilares, ya que a través de un programa de intervención psicológica se facilita un compromiso activo por parte del paciente para el cuidado de su salud (Gómez, et al., 2015). En el siguiente capítulo se profundizará sobre los factores de riesgo y factores protectores asociados a la cardiopatía isquémica.

CAPÍTULO II.

FACTORES ASOCIADOS A LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

2.1 Factores de riesgo

Se denomina riesgo a la probabilidad de que se produzca un evento y sus consecuencias negativas en un intervalo de tiempo (UNISDR, 2009). Específicamente, el riesgo cardiovascular se define como la probabilidad de desarrollar una enfermedad cardíaca en un período de tiempo definido, normalmente 10 años (Amariles et al., 2004).

El término factor de riesgo, se ha usado con dos connotaciones distintas:

1. Atributo o exposición que aumenta la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad u otro resultado.
2. Determinante que puede ser modificado por alguna forma de intervención, disminuyendo la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad u otro daño a la salud.

La probabilidad de que ocurra un evento no es la misma para todos los individuos, ya que varía de acuerdo a la interacción de los factores de riesgo. Un factor de riesgo se define como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o de que una enfermedad existente empeore. Cuando diversos factores se asocian tienen un efecto multiplicativo y pueden desencadenar una enfermedad cardiovascular al no ser atendidos de forma inmediata (OMS, 2015; Rojas, 2008).

De acuerdo a Espinosa (2008), el factor de riesgo es un elemento medible en la cadena causal de la enfermedad, siendo así, un predictor significativo para padecer esta.

La enfermedad cardiovascular se caracteriza por tener una etiología multifactorial compuesta por diversos factores de riesgo, cada uno con diferente grado de

importancia que se potencian entre sí, y en la mayoría de las ocasiones se asocian (Suárez, 2004).

Existen diferentes factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de una enfermedad cardíaca, los cuales se pueden clasificar desde un punto de vista epidemiológico o clínico. La clasificación desde el punto de vista epidemiológica abarca (Tabla 3, Suárez, 2004):

- **Factores causales o mayores:** es cuando existe evidencia en la relación causal independiente.
- **Factores condicionales:** existe asociación pero no se puede establecer una evidencia determinante de su relación causal.
- **Factores predisponentes:** son aquellos que ejercen su acción a través de los factores de riesgo intermedios.

Desde un punto de vista clínico, los factores de riesgo se clasifican en (Toirac, Massip y González, 2010) (Tabla 2, Yusuf, 2001; Laham, 2003, citado en Figueroa, 2007):

- **No Modificables:** están presentes en la persona independientemente de las acciones que realice.
- **Modificables:** son sobre los cuales se emprenden acciones y programas de prevención y control. Dentro de estos encontramos los factores psicosociales.

Factores no modificables	Factores modificables	
	Biológicos	Psicosociales
Edad	Dislipidemia	Tabaquismo
Sexo	Lipoproteínas	Sobrepeso
Antecedentes familiares	Apolipoproteínas	Obesidad
	Hipertrigliceridemia	Consumo de alcohol
		Sedentarismo
		Estrés
		Ansiedad
		Depresión
		Hostilidad
		Personalidad tipo A, D

Tabla 2. Factores de riesgo cardiovascular.

2.1.1 Factores de riesgo no modificables

a) Edad

La enfermedad coronaria es más común en personas con edad avanzada, ya que el corazón sufre cambios fisiológicos junto con el envejecimiento. En las mujeres se presenta después de los 45 años y en los hombres pasando los 40 años. La mortalidad por cardiopatía isquémica en México está directamente afectada por la edad, los hombres de 45 a 65 años presentan una mortalidad diez veces mayor en comparación con los de 20 a 44 años (Escobedo, Rodríguez y Buitrón, 2010).

b) Sexo

Las enfermedades cardiovasculares son más frecuentes en hombres, y la cardiopatía isquémica no es la excepción. Un hombre está en mayor riesgo que una mujer premenopáusicas, ya que pasando esta etapa el riesgo de presentar CI es similar en las mujeres (Escobedo, Rodríguez y Buitrón, 2015; World Health Federation, 2011). De acuerdo a Anand y colaboradores (2008), las mujeres presentan su primer infarto agudo al miocardio nueve años más tarde que los hombres.

En México durante el periodo 2000-2007 murieron 397 934 personas por cardiopatía isquémica, siendo en su mayoría hombres (Sánchez, 2009).

c) Antecedentes familiares

La presencia de cardiopatía isquémica en familiares de primer grado influye en el desarrollo de enfermedad coronaria. Si un familiar hombre <55 años o mujer <65 años presentó alguna enfermedad cardiovascular o específicamente coronaria, existe mayor posibilidad de desarrollar cardiopatía isquémica (World Health Federation, 2013).

2.1.2 Factores de riesgo psicosociales

a) Tabaquismo

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el consumo de tabaco ocasiona la muerte de aproximadamente cuatro millones de personas a nivel mundial y de sesenta mil personas en México, cada año (Colombo y Ghignone, 2005; Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012).

El riesgo de morir de enfermedad coronaria es dos veces mayor en los fumadores de cigarrillos ya que el tabaco ocasiona el estrechamiento de los vasos sanguíneos, así como el incremento de la presión arterial, el colesterol y los triglicéridos en la sangre. También contribuye a la acumulación de coágulos en los vasos sanguíneos. En los hombres fumadores el infarto agudo al miocardio puede presentarse diez años antes en comparación a los no fumadores. Las mujeres no fumadoras presentan un evento coronario diez años después que los hombres, y las mujeres fumadoras en edades similares que los varones (Lanas y Serón, 2012; Rivero, Castro, Galindo y Rodríguez, 2005).

b) Obesidad / Sobrepeso

La obesidad y el sobrepeso se han convertido en el principal problema de Salud Pública en México, ya que el país se posiciona en primer lugar a nivel mundial en niños con obesidad y sobrepeso, y el segundo en adultos (Secretaría de Salud, 2015). La distribución abdominal de la grasa corporal está relacionada directamente con la prevalencia de los factores de riesgo cardiovasculares. Para estimar el contenido de esta grasa se utiliza la medición de la circunferencia abdominal, la cual es de 102 cm en hombres y 88 cm en mujeres. El peso excesivo eleva los niveles de colesterol y presión arterial, aumentando siete veces más el riesgo de un desarrollo precoz de enfermedad coronaria, así como de otros factores de riesgo cardiovasculares, tales como la diabetes mellitus y la hipertensión.

c) Sedentarismo/inactividad física

La inactividad física es uno de los factores de riesgo de mortalidad más importantes en México, y está asociado al desarrollo de enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus, osteoporosis, cáncer, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, entre otras (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012).

La actividad física modula mecanismos biológicos que contribuyen a la cardioprotección, regulando la función vascular, el tono autonómico y la coagulación, lo que beneficia a la salud cardiovascular. También colabora en la quema de calorías, lo cual ayuda a nivelar el colesterol y la presión arterial, además de fortalecer al músculo cardíaco. Como encontraron Arteaga y colaboradores (2010) la actividad física cumple la función de factor protector de riesgo cardiovascular, al contrario del sedentarismo o inactividad física. De esta forma, el sedentarismo o la inactividad física, se han convertido en uno de los principales riesgos cardiovasculares.

d) Personalidad tipo A y tipo D

La personalidad tipo A tiene como principales características la hostilidad, la impaciencia, la competitividad y la dominancia (Arteaga, et al., 2010).

Friedman y Rosenman definieron por primera vez el concepto de personalidad tipo A como un complejo de acción-emoción que se caracteriza por un impulso continuo para lograr metas específicas, persistentes deseos de reconocimiento, involucramiento en tareas con fechas límites, propensión a acelerar las tareas y una alerta física y mental extraordinaria (García, Moreno y Rivero, 2013).

Existe evidencia de que las características de la personalidad tipo A se asocia con la cardiopatía isquémica así como en el incremento del riesgo de mortalidad hasta en un 20%, tal como se demuestra en un estudio realizado con 656 pacientes diagnosticados con enfermedad coronaria (Wong, Sin y Whooley, 2014).

Respecto a la personalidad tipo D, es definida como la tendencia a experimentar simultáneamente intensas emociones negativas de forma prolongada y en mayor número de situaciones y a inhibir su expresión durante la interacción social, provocando diversas manifestaciones somáticas. En un estudio realizado por Montero, Ruedad y Bermúdez (2012), encontraron que la personalidad tipo D se asocia positivamente con la presencia de ansiedad y depresión y negativamente con la autoestima en pacientes con enfermedad coronaria. Existe evidencia de que la personalidad tipo D se asocia con la inestabilidad emocional y la inhibición social en pacientes con cardiopatía isquémica (Bunevicious et al., 2013).

e) Ansiedad/ Depresión

La ansiedad y depresión son variables psicológicas asociadas al desarrollo de diversas enfermedades como las cardiovasculares y a un mayor riesgo de mortalidad de los pacientes. En un estudio realizado por Watking, y colaboradores (2013), en pacientes con enfermedad coronaria, encontraron que los pacientes cardíacos que presentan ansiedad tienen dos veces mayor riesgo de mortalidad en comparación a los que no y el incremento del riesgo fue más pronunciado en el grupo de pacientes con ansiedad y depresión, presentando un riesgo de mortalidad tres veces mayor.

En otro estudio realizado por Holt y colaboradores (2013), en pacientes con enfermedad cardiovascular, hallaron que la depresión y la ansiedad se asociación significativamente con los factores de riesgo cardiovasculares.

Existe fuerte evidencia de que la depresión es un predictor en el desarrollo de la enfermedad coronaria, teniendo como argumentos la inflamación vascular, la inactividad física, el tabaquismo y la falta de adherencia terapéutica (Steptoe y Molloy, 2007).

f) Estrés psicológico

El estrés es la reacción fisiológica y/o conductual, ante una amenaza real o interpretada a la integridad fisiológica y/o psicológica de un individuo dando lugar a respuestas

específicas, con el objetivo de recuperar el equilibrio del organismo; es decir, coloca al individuo en un estado de alerta ante el cual tendrá una respuesta de lucha o huida, con el fin de movilizar los recursos del individuo. Esta respuesta tendrá un efecto de activación o inhibición fisiológico modulado por el sistema nervioso simpático y parasimpático (McEwen, 2005, citado en Peláez, 2010).

El sistema nervioso parasimpático (SNP), es el encargado de inhibir las respuestas fisiológicas ante el estrés; así como los procesos de descanso y ahorro de energía. Las respuestas fisiológicas que modula son la constricción pupilar, la disminución de la frecuencia cardíaca, broncoconstricción, aumento de secreciones digestivas para favorecer la misma, y la actividad urinaria.

Respecto al sistema nervioso simpático (SNS) es el responsable de realizar la actividad que coloca al individuo en un estado de defensa ante las situaciones de peligro (contrario al SNP). Entre las respuestas fisiológicas moduladas por el SNS están: la dilatación pupilar, sudación, broncodilatación, inhibición de funciones digestivas y urinarias; además del incremento de la actividad cardíaca y de la presión arterial.

De acuerdo a Thayer, Yamamoto y Brosschot (2009), una activación inapropiada y excesiva del sistema nervioso simpático provocada por estrés psicológico agudo, desencadena eventos adversos cardíacos, entre los que encontramos el infarto agudo de miocardio. De igual forma encontraron que la variabilidad de la frecuencia cardíaca y la actividad parasimpática se asocian con diferentes condiciones incluyendo las enfermedades cardiovasculares.

2.2 Factores protectores

La Psicología ha centrado su atención, principalmente en el estudio de los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de patologías de los individuos (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Sin embargo, existe la necesidad de estudiar los aspectos que contribuyen a la salud del ser humano, surgiendo así la Psicología Positiva, la cual se define como el estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a

mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras previene o reduce la incidencia de la psicopatología (Francoiste, 2006).

Es de aquí que surgen, como un escudo de defensa y paralelo a los factores de riesgo, los factores protectores, los cuales se definen como cualquier rasgo o característica que reduzca la probabilidad de que una persona sufra una enfermedad, o bien, mejore su capacidad de respuesta ante una ya presente; es decir, son los factores que previenen la enfermedad, promueven la salud y se relacionan con el bienestar psicológico; además, contribuyen a la prevención y/o moderación de los factores de riesgo sobre la calidad de vida de los pacientes (Australian Institute of Health and Welfare, 2011; Nekouei, Yousef, Doost, Manshaee, y Sadeghei, 2014). Éstos son abordados para dos objetivos principales (Góngora y Casullo, 2009):

1. Fortalecer en momentos de salud, permitiendo prevenir la aparición de la enfermedad.
2. Fortalecimiento de los aspectos positivos en momentos de enfermedad, fortaleciendo los factores positivos para contribuir al mejoramiento de la enfermedad.

Entre algunos de los factores protectores que contribuyen al adecuado manejo de la enfermedad cardiovascular, encontramos:

- **Físicos:** dieta saludable, actividad física adecuada, colesterol bajo, entre otros (Australian Institute of Health and Welfare, 2011).
- **Psicosociales:** estilos de afrontamiento adecuados, la resiliencia, el apoyo social percibido, la autoeficacia, una adecuada percepción de enfermedad, entre otros (Katch y Mead, 2010; Nekouei, et al., 2014; Norfazilah, et al., 2013).

Existe evidencia de que los factores psicosociales positivos como el optimismo, la religiosidad, la resiliencia, la autoeficacia, la adecuada percepción de enfermedad y las redes de apoyo social se asocian a menor riesgo de cardiopatía isquémica. Estas asociaciones son independientes de la presencia de factores negativos (Nekouei, et al., 2014; Nitsche, Bitran, Pedrals, Echeverría y Rigotti, 2014; Thomas, 2006).

2.2.1 Factores protectores psicosociales

a) Estilos de afrontamiento

Los estilos de afrontamiento son un conjunto de esfuerzos cognitivo-conductuales que cambian de manera continua, tienen como objetivo controlar las exigencias o demandas externas al individuo con el fin de controlar o disminuir su respuesta ante el estrés y a su vez los efectos negativos sobre la salud (Silva y Agudelo, 2011). Lazarus y Folkman (1986, citado en Hernández, 2012), plantean dos tipos de afrontamiento que hoy en día continúan vigentes:

1. Pasivo o dirigido a la emoción, es decir, el que se encargará de regular la respuesta emocional que se da como consecuencia del problema
2. Activo o dirigido a solucionar directamente el problema, también conocido como afrontamiento activo.

En un estudio realizado por Guerrero y Palmero (2006), en pacientes en rehabilitación cardíaca, encontraron que el estilo de afrontamiento activo se relaciona con una mejor salud cardiovascular, ya que aunque el organismo presenta una reactividad cardiovascular ante el estrés, logra regresar con mayor rapidez a su estado basal, en comparación al estilo de afrontamiento enfocado a la emoción.

Existe evidencia que sustenta la importancia de los estilos de afrontamiento adecuados en el manejo favorable de la enfermedad, el impacto que esta produce en la vida del paciente así como en la reducción de riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedad coronaria (Koerich, Aparecida, Lorenzini, Marcellino y Dorneles, 2013; Najafi y Emani, 2014; Roohafza, Talaei, Pourmoghaddas, Rajabi y Sadeghi, 2011).

b) Resiliencia

La resiliencia se define como la habilidad o fortaleza de la persona para afrontar exitosamente el estrés y los eventos adversos proceden de la interacción de diversos elementos en la vida, es decir es la capacidad del ser humano para hacer frente a las

adversidades de la vida, superarlas e, inclusive, ser transformado por ellas, esto implica un conjunto de cualidades que fomentan un proceso de adaptación exitosa y transformación a pesar de los riesgos (Guerrero y Sánchez, 2012).

La resiliencia se ha asociado con el menor riesgo de presentar enfermedades cerebrovasculares y enfermedades cardíacas como la cardiopatía isquémica, además de un manejo adecuado de la enfermedad (Nitsche, Bitran, Pedrals, Echeverría y Rigotti, 2014; Unantenne, Warren, Canaway y Manderson, 2011).

c) Apoyo social percibido

El apoyo social se define como la percepción de ser apreciado y valorado por otras personas, además de pertenecer a una red social. Otorga a la persona estabilidad y una manera más adecuada de percibir su ambiente; motivando al individuo a cuidar de sí mismo, interactuar positivamente con otras personas y a utilizar sus recursos personales y sociales para afrontar factores adversos como el estrés. El apoyo social se ha relacionado positivamente con el estado de salud y el mejoramiento de la enfermedad (Barra, 2004).

Barth, Scheinder y von Känel (2010), realizaron un meta-análisis, en el cual encontraron evidencia que relaciona una baja percepción de apoyo social con la prevalencia de la enfermedad coronaria; sin embargo, este no se relaciona con la prevalencia de infartos.

d) Autoeficacia

De acuerdo a la Teoría Social Cognitiva, un sentido personal del control facilita un cambio de comportamiento en la salud. Esta teoría establece que la conducta es el resultado de la interacción entre procesos cognitivos y eventos ambientales, ante los cuales las personas son formadores activos de su entorno por medio de la auto reflexión y la autorregulación (Bandura, 1994). Dentro de esta existen tres tipos de expectativas que determinan la motivación y la conducta de las personas (Olivari y Urra, 2007):

1. **Expectativas de situación.** Las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal.
2. **Expectativas de resultado.** Son las creencias de que una conducta producirá resultados determinados.
3. **Expectativas de autoeficacia.** Creencias que tienen las personas sobre su capacidad para desempeñar las acciones necesarias para obtener los resultados deseados.

Estas últimas son un predictor de la intención para realizar una conducta, así, la autoeficacia se define como las creencias que tienen las personas sobre sus capacidades para producir determinados niveles de rendimiento, ejerciendo influencia sobre los acontecimientos que afectan a sus vidas; es decir, son los juicios que hacen los individuos sobre sus capacidades, con los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado. Estas creencias determinan cómo se sienten, piensan, motivan y comportan las personas (Bandura, 1994; Carrasco y del Barrio, 2002).

Las creencias de autoeficacia se relacionan con la percepción de control así como con la regulación de los procesos cognitivos, la motivación, los estados afectivos y fisiológicos. De esta forma, las personas que perciben altos niveles de autoeficacia presentan un mayor funcionamiento socio cognitivo en diferentes dominios, el cual les permite afrontar tareas difíciles sin percibir las como amenazantes. Estas creencias contribuyen a la consecución de logros y al incremento de la motivación (Carrasco y del Barrio, 2002). De igual forma tienen un papel influyente en la adopción de conductas saludables, la eliminación de conductas nocivas y el mantenimiento de estos cambios. Además, influyen de manera significativa en el esfuerzo invertido para lograr un objetivo y persistir en la conducta a pesar de las barreras percibidas.

Fuentes de autoeficacia y procesos de activación

La autoeficacia se puede desarrollar a través de cuatro fuentes principales de influencia (Bandura, 1994):

1. **Experiencia directa:** cuando las personas observan el éxito como consecuencia de sus conductas, construyen una creencia sólida de eficacia personal; contrario a cuando los individuos perciben consecuencias negativas, ocasionando una pobre creencia de autoeficacia. Esto debido a que las consecuencias que se obtienen tras la realización de una acción informan acerca de la capacidad de uno mismo para realizar una conducta; además de reconocer si el individuo puede controlar las variables circunstanciales en la que ésta ha de llevarse a cabo.
2. **Aprendizaje por observación (aprendizaje vicario):** la construcción de la autoeficacia por este medio, se da a partir de que se observa a personas teniendo éxito debido al esfuerzo sostenido. Lo esencial es que esas personas son percibidas similares a uno mismo, lo cual contribuye a la creencia de que se posee la misma capacidad. Este impacto está fuertemente influenciado por la similitud percibida en los modelos.
3. **Persuasión social:** se da cuando las personas del entorno motivan o intentan convencer a un individuo para realizar una conducta específica, otorgando seguridad y apoyo al mismo.
4. **Activación fisiológica:** las reacciones de estrés y tensión ante la realización de una conducta se perciben como signos de vulnerabilidad ante resultados no esperados.

Estas fuentes a su vez generan percepciones de autoeficacia que actúan a través de cuatro procesos (Bandura 1994; Bandura, 2001; Carrasco y del Barrio, 2002):

1. **Cognitivos.** Las creencias que tienen las personas sobre su eficacia influyen en la anticipación de los diferentes escenarios que las personas se plantean. Contribuyen a imaginar metas y predecir dificultades. Así es como los individuos que tienen un alto sentido de autoeficacia, visualizan escenarios de éxito proporcionando guías positivas y apoyo para el rendimiento.
2. **Motivacionales.** La motivación de las personas se basa en metas y normas personales que se rigen por tres tipos de auto influencia: 1) la autosatisfacción,

2) reajuste de los objetivos y 3) las creencias de autoeficacia. Esta última contribuye a la motivación determinando:

- La planificación de metas.
 - La cantidad de esfuerzo.
 - El tiempo de perseverancia.
 - La capacidad de resistir las fallas.
3. **Afectivos.** Las creencias de autoeficacia influyen en la cantidad de estrés y depresión que las personas experimentan ante situaciones amenazantes, ya que quienes perciban un bajo nivel de eficacia a su vez perciben un escaso control de la situación.
4. **Selección.** Las creencias de autoeficacia influyen en la aproximación y evitación de diversas actividades y situaciones a las que la persona se enfrenta. Es así, como la gente con baja percepción de eficacia evita aquello que perciben como amenazante y que excede sus capacidades de afrontamiento.

Se ha demostrado que la autoeficacia influye de manera positiva en los comportamientos saludables así como en los resultados en el estado de salud de pacientes con enfermedades crónicas (O'Neil, Berk, Davis y Safford, 2013). De igual forma, ha demostrado ser un factor protector de gran importancia en pacientes con enfermedades cardiovasculares (Nekouei, et al., 2014).

Autoeficacia Cardíaca

La autoeficacia cardíaca, se refiere a la creencia que tienen los pacientes, sobre su capacidad para realizar las actividades que se relacionan con los síntomas y desafíos impuestos por la enfermedad cardiovascular. Esta a su vez, motiva a las personas a tomar decisiones para establecer un estilo de vida saludable (O'Neil, et. al., 2013).

Sullivan, LaCroix, Russo y Katon (1998), desarrollaron un instrumento para evaluar la autoeficacia en personas con enfermedad coronaria. Realizaron un estudio prospectivo a seis meses, en el que participaron 194 pacientes. Evaluaron las características

sociodemográficas, el funcionamiento físico, las limitaciones en los dominios social y familiar a causa de sus síntomas; además de la ansiedad y la depresión. El cuestionario de autoeficacia consistió en 13 preguntas en las que se les pidió a los pacientes que evaluaran qué tan seguros se sienten de saber o poder hacer cada una de las actividades que se les mencionaba, respondiendo con una escala likert de 5 puntos: 0=nada seguro, 1=algo seguro, 2=moderadamente seguro, 3=muy seguro y 4=completamente seguro. El análisis realizado, demostró dos dimensiones de la autoeficacia: 1) Control de los síntomas y 2) Mantenimiento del funcionamiento, con un alfa de Cronbach de 0.90 y 0.87, respectivamente.

Posteriormente, Fors y colaboradores (2014), realizaron un estudio para evaluar la consistencia interna de la escala de Autoeficacia Cardíaca. La muestra consistió en 288 pacientes, 216 hombres y 76 mujeres, con síndrome coronario agudo (cardiopatía isquémica), con una edad promedio de 62.2 años, la mayoría con una escolaridad de preparatoria. Se evaluaron la autoeficacia cardíaca, autoeficacia general y el fatalismo. Al realizar el análisis de los datos, encontraron que la escala de autoeficacia cardíaca evalúa tres dimensiones: 1) Control de los síntomas, 2) Control de la enfermedad y 3) Mantenimiento funcional, con un alfa de Cronbach de 0.70, 0.81 y 0.69, respectivamente.

La escala de Autoeficacia Cardíaca ha sido utilizada en diversos estudios, por ejemplo Kang, Yang y Kim (2010), encontraron niveles moderados de autoeficacia en pacientes con enfermedad coronaria hospitalizados, la cual está relacionada con el nivel educativo y el conocimiento de los factores de riesgo, es decir, a mayor conciencia de estos, mayor autoeficacia presentan los pacientes, además de mayores conductas de salud.

Sarkar, Ali y Whooley (2009) encontraron que los pacientes con enfermedad coronaria reportan una baja autoeficacia cardíaca, lo cual se asocia con un peor funcionamiento así como con incremento en el riesgo de hospitalizaciones.

En el capítulo tres se profundizará en la relación de la autoeficacia con la calidad de vida relacionada con la salud.

e) Percepción de enfermedad

Dentro de la Psicología de la Salud, se han presentado diversos modelos que tienen como objetivo explicar las conductas que los individuos tienen respecto a la salud y la enfermedad, destacando el Modelo de Autorregulación de la Enfermedad de Leventhal (1992). Este modelo surgió a partir del temor que los pacientes expresaban respecto a su enfermedad; concibe al individuo como un sistema autorregulador que cuando aparece una enfermedad trata activamente de resolver problemas intentando modificar, evitar o controlar cambios que son percibidos como signos de enfermedad; es decir, la persona es un ser activo que desarrolla sus propias representaciones en torno a su estado de salud, las cuales regulan su comportamiento (Quiceno y Vinaccia, 2010; Quiles, Terol, Tirado y Beléndez, 2007). Identifica los factores involucrados en la elaboración de la información de parte del paciente relacionado con su enfermedad, crea una visión de la enfermedad y guía la planificación de estrategias de afrontamiento influyendo sobre la recuperación funcional. Es así que el factor clave en este modelo es la forma en la que se representa o se comprende la amenaza (enfermedad).

Este modelo propone que los estímulos situacionales, tales como los síntomas, generan representaciones cognitivas y emocionales acerca de la amenaza que estos representan para la salud. Estas representaciones se procesan a través de tres etapas (Broadbent, Petrie, Main y Weinman, 2006; Quiceno y Vinaccia, 2010):

1. Definición o representación de la enfermedad, así como la emoción que la acompaña.
2. Planificación, selección y ejecución de respuestas para enfrentar la amenaza objetiva de la enfermedad y sus reacciones emocionales.
3. Evaluación de las estrategias de afrontamiento para determinar si se lograron las metas establecidas, lo que genera un modelo de retroalimentación ayudándole al individuo a generar nuevas estrategias.

Lo anterior se lleva a cabo a través de dos canales paralelos en el sistema de procesamiento; es decir dos sistemas reguladores, uno objetivo que tiene como función crear una representación de la enfermedad, además del desarrollo de respuestas de

afrontamiento; y otro afectivo, que regula las reacciones emocionales provocadas por la enfermedad (Quiceno y Vinaccia, 2010).

Leventhal postuló que las representaciones o esquemas cognitivos que los pacientes elaboran respecto a su enfermedad incluyen cinco factores (Broadbent et al., 2006; Quiceno y Vinaccia, 2010):

1. **Identidad:** esta variable identifica la presencia o ausencia de una enfermedad, le establece una etiqueta, la cual también describe la percepción de los síntomas concretos de la misma.
2. **Consecuencias:** hace referencia a la percepción de las implicaciones físicas, sociales y económicas de la enfermedad; así como a sus reacciones emocionales.
3. **Causas:** se refiere a las ideas que tiene el paciente sobre a etiología y las causas de la enfermedad.
4. **Duración:** hace alusión a la expectativa del paciente acerca de la evolución y el tiempo que durará su enfermedad
5. **Cura/Control:** lo cual hace referencia hasta qué punto la enfermedad es receptiva al tratamiento y qué tanto control tiene el paciente sobre esta.

Percepción de enfermedad en pacientes cardíacos

Broadbent y colaboradores (2006) realizaron una versión breve del Cuestionario de Percepción de Enfermedad, realizado por Weinman en 1996, el cual tiene como objetivo realizar una evaluación cuantitativa de las cinco dimensiones que incorpora la Percepción de Enfermedad. El cuestionario Breve de Percepción de Enfermedad (IPQ-B, por sus siglas en inglés), se compone por nueve preguntas, de las cuales ocho son calificadas en una escala de 0- 10. Cinco de ellos evalúan representaciones cognitivas de la enfermedad: consecuencias, duración, control personal, control de tratamiento e identidad. Dos evalúan representaciones emocionales, uno más la comprensibilidad de la enfermedad y el último es pregunta abierta en la que los pacientes enlistan los tres factores más importantes a los que atribuyen su enfermedad.

Cuestionario de Percepción de Enfermedad, ha sido utilizado en diferentes investigaciones, por ejemplo Morgan, Villers-Tuthill, Baker y McGee (2014), evaluaron 110 pacientes con insuficiencia cardíaca, encontrando que perciben su enfermedad como crónica (duración prolongada), la cual tiene un impacto negativo en su vida (consecuencias). Sin embargo, perciben control personal de su enfermedad así como eficacia del tratamiento; este control presentó una asociación negativa con niveles de ansiedad y depresión. Por otro lado, la modificación de percepción de la enfermedad de los pacientes cardíacos ha demostrado tener un efecto positivo en la recuperación después de un infarto miocárdico.

Aalto, Heijmans, Weinman y Aro (2005), realizaron un estudio longitudinal para examinar la relación entre la percepción de enfermedad y la cardiopatía isquémica. Evaluaron a 2745 pacientes con una edad entre 45-75 años. Encontraron que los hombres atribuyen su enfermedad a conductas de riesgo y factores internos, mientras que las mujeres perciben el estrés como la causa principal de su enfermedad y perciben más síntomas; sin embargo, reportan consecuencias menores graves en comparación con los hombres.

Dada la importancia de los factores protectores en el enfermedad coronaria, en el siguiente capítulo se abordará la relación que establecen estos con la calidad de vida relacionada con la salud.

CAPÍTULO III.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

3.1 Conceptualización

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no únicamente como la ausencia de enfermedad, lo que lleva a desarrollar un concepto en el que la determinación de salud va más allá de los factores biológicos, valorando tanto el estado objetivo y subjetivo de la misma. A partir de esto, surge la expresión *calidad de vida relacionada con la salud*, como un concepto multidimensional que valora el efecto que tiene la enfermedad en el contexto individual, familiar y social del paciente, así como su satisfacción (Archury, Rodríguez, Agudelo, Hoyos y Acuña, 2011).

La calidad de vida (OMS, 2011) es la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones; incluye el estilo de vida, la vivienda, la satisfacción, pero básicamente consiste “en la sensación de que puede ser experimentada por las personas, y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales de sentirse bien” (Romero y Romero, 2010).

El impacto derivado de la enfermedad cardiovascular se refleja en diferentes aspectos de la vida del individuo, afectando su dinámica familiar y social (Archury, Rodríguez, Agudelo, Hoyos y Acuña, 2011):

- Plano económico: gastos generados por la enfermedad.
- Plano físico: limitaciones por la sintomatología.
- Plano emocional: ansiedad y depresión.

Así, la enfermedad cardiovascular genera un impacto negativo en la calidad de vida del paciente, por lo que Urzúa (2010) plantea que la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se integró al campo de cuidados sanitarios con la idea de que el

bienestar de los pacientes es un punto fundamental tanto en su tratamiento como en el sustento de la vida.

Vinaccia y Orozco (2005) plantean que la respuesta al diagnóstico de una enfermedad crónica, como el caso de la enfermedad cardíaca, presenta complicaciones psicológicas y sociales complejas, por lo que es importante tomar en cuenta como profesionales de la salud tanto el control de la enfermedad como la calidad de vida, la cual abarca cuatro dimensiones:

1. **Bienestar físico:** actividad funcional, fuerza, fatiga, sueño, entre otras.
2. **Bienestar psicológico:** relacionado con la ansiedad, depresión, temor, cognición y angustia que genera el tratamiento y la enfermedad.
3. **Bienestar social:** relaciones con amigos y familiares.
4. **Bienestar espiritual:** abarca la religiosidad, la fortaleza interior, el significado de la enfermedad y la esperanza.

A lo largo del tiempo se han establecido diferentes definiciones de la calidad de vida relacionada con la salud. Kumari y colaboradores (2007) la definen como un constructo multidimensional que se refiere a las percepciones que los pacientes desarrollan respecto a los efectos de la enfermedad y el tratamiento sobre sus funciones físicas, psicológicas y sociales.

De acuerdo a Ramos, Figueroa, Alcocer y Rincón (2011) la CVRS hace referencia a cómo la salud de la persona afecta su habilidad para realizar actividades habituales sociales y físicas. Incluye cuatro dimensiones:

1. **Funcionamiento físico:** capacidad para llevar a cabo tareas físicas.
2. **Funcionamiento ocupacional:** capacidad para realizar múltiples funciones esenciales y no sólo en el trabajo.
3. **Percepciones sobre el estado de salud:** creencias personales y evaluaciones del estado de salud general.
4. **Funcionamiento psicológico y social:** Forma en que el individuo se relaciona con otras personas y cómo reaccionan las otras personas con él.

Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad coronaria

El propósito fundamental de la medición de la CVRS consiste en proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo, constituyendo una importante variable de medida subjetiva del impacto que la enfermedad y su tratamiento producen en la vida del paciente (Barrantes, 2010).

Unsar, Sut y Durna (2007), evaluaron a 100 personas con enfermedad coronaria y 100 sin diagnóstico. La edad promedio de ambos grupos fue de 57.9 años, la mayoría hombres con escolaridad menor a bachillerato y casados. Utilizaron el cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (HRQoL), encontrando una diferencia significativa en las puntuaciones de CVRS entre los pacientes con y sin enfermedad coronaria. Los pacientes con enfermedad coronaria obtuvieron puntuaciones menores en las dimensiones de movilidad, función cognitiva, vitalidad, actividad sexual, así como en la puntuación total del cuestionario, lo que se interpreta como una baja percepción de calidad de vida.

Barrantes (2010), evaluó a 210 pacientes que sufrieron un evento coronario, 70 de ellos tenían diabetes mellitus y 140 no la presentaban. El 67% de la muestra se compuso por hombres con una edad promedio de 70 años, casados (70%) y activos laboralmente (52.86%). Los pacientes diabéticos reportaron índices significativamente menores de percepción de calidad de vida en el componente físico. Además identificó que el género femenino, la edad avanzada, el sobrepeso y la diabetes mellitus fueron los principales factores asociados a la CVRS.

Tásic y colaboradores (2013), realizaron un estudio que tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cardiopatía isquémica sometidos a procedimientos quirúrgicos y próximos a iniciar su programa de rehabilitación cardíaca. Evaluaron a 719 pacientes, utilizando el cuestionario SF-36 que tiene dos dimensiones: salud física y salud mental, encontrando que las mujeres perciben una mayor calidad de vida en comparación a los hombres. Por otro lado, encontraron que los pacientes más jóvenes percibían una mayor calidad de vida.

3.2 Su relación con la Autoeficacia y la Percepción de Enfermedad

Existe evidencia que sustenta la relación a de la autoeficacia y la percepción de enfermedad con la calidad de vida relacionada con la salud y el impacto que tienen sobre ésta. Por ejemplo, Sarkar, Ali y Whooley (2007), evaluaron a 1024 pacientes con cardiopatía isquémica, de los cuales el 54% tenían antecedentes de infarto y el 59% habían sido sometidos a una revascularización coronaria. La puntuación media de la autoeficacia fue de 9,7, lo que corresponde a las respuestas entre "ninguna confianza" y "algo de confianza". Encontraron que la autoeficacia se correlaciona de manera negativa con la hospitalización; es decir, los pacientes con mayor número de hospitalizaciones o estancias prolongadas, reportaban niveles bajos de autoeficacia. Además de predecir cuatro dominios del estado de salud: mayor carga de los síntomas, mayor limitación física, peor calidad de vida y peor estado de salud general.

Por otro lado, existen estudios que demuestran que la autoeficacia facilita la adhesión al tratamiento y contribuye a la mejora de la calidad de vida de los pacientes. Entre mayor nivel de autoeficacia reporten, mayor será su nivel de calidad de vida relacionada con la salud (Katch et al., 2010; Sarkar, et. al. 2009; Arnold et. al., 2005).

De acuerdo a diversos estudios, los pacientes que poseen un alto nivel de autoeficacia obtienen resultados benéficos y satisfactorios durante la recuperación, además de que se relaciona con un estilo de vida saludable, conductas de autocuidado, bienestar psicológico, mejor calidad de vida y asistencia a los programas de rehabilitación cardíaca (Fors, Ulin, Cliffordson, Ekman y Brink, 2014).

Existen estudios que demuestran que la percepción de síntomas referentes a la enfermedad afecta las conductas de salud de los pacientes y la seguridad para mantener cambios conductuales a largo plazo así como la rehabilitación cardíaca después de sufrir un infarto. De lo contrario, los pacientes con una mínima percepción de síntomas presentan una recuperación más rápida, contribuyendo a una mejor calidad de vida relacionada con la salud (Steca, et al., 2013).

En un estudio realizado por Steca y colaboradores (2013), en el que evaluaron a 172 pacientes con una edad promedio de 66 años y con diagnóstico de enfermedad coronaria, encontraron que la percepción de enfermedad se correlaciona negativamente con la depresión, y positivamente con la satisfacción de la salud y la calidad de vida, al igual que con la autoeficacia.

3.3 Intervención Psicológica

Las intervenciones psicológicas están enfocadas en modificar el estilo de vida, ya que de esta forma se establecen programas interdisciplinarios que permiten reducir el riesgo de mortalidad, hospitalización, mejorando la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes cardíacos. Entre los objetivos de estos programas encontramos:

- Aliviar síntomas.
- Reducir los factores de riesgo.
- Prevención de complicaciones.
- Mejorar la calidad de vida relacionada con la salud del paciente.

Cambio en el estilo de vida

Permite la modificación de los factores de riesgo cardiovasculares como la obesidad, el tabaquismo, el consumo de alcohol, la alimentación poco saludable y el estrés, ya que estos son de mayor impacto que los factores genéticos. Se basa en la realización de conductas saludables.

- Dieta cardio-saludable. Cubre las mismas recomendaciones de energía y nutrientes que la dieta saludable, y tiene como objetivos (Figueroa, 2007; Ministerio de sanidad y consumo, 2006):
 - Mantenimiento de un peso corporal adecuado.
 - Disminución de la absorción de colesterol.
 - Incremento en el consumo de leche, verduras, frutas y alimentos con alto contenido en fibra.
 - Disminuir el consumo de azúcar, dulces y harinas refinadas.

- Evitar el consumo excesivo de alcohol.
- Ejercicio físico. Se utilizan dos tipos de ejercicio: 1) isotónico, que consiste en caminar, trotar, andar en bicicleta o nadar, su principal característica es que utiliza en forma rítmica grandes grupos musculares; 2) isométricos, son los que permiten mejorar la fuerza y la resistencia muscular, preparan al paciente para los esfuerzos de la vida diaria (Figuerola, 2007; 1er consenso nacional de aterosclerosis, 2004; Sainz, 2009). Entre los objetivos del ejercicio regular encontramos:
 - Mantener niveles de normotensión.
 - Contribuir a un estado de bienestar físico y psicológico.
 - Fortalecimiento de los músculos.
 - Disminución del estrés psicológico.
 - Mejorar la calidad y duración del sueño.
 - Efectividad contra la ansiedad y la depresión.
- Disminución del consumo de tabaco.
- Adecuado control de la toma de medicamentos.
- Desarrollo de habilidades de control de impulsos, la tolerancia y el manejo de la frustración.
- Disminución de factores de estrés familiar, laboral y social.
- Práctica de métodos de relajación.

Existe evidencia de que la modificación del estilo de vida contribuye a la disminución del riesgo cardiovascular y un adecuado manejo de la enfermedad cardíaca (Márquez, 2009).

Es importante resaltar que para el logro de dichos objetivos es indispensable el trabajo interdisciplinario que involucre a profesionales de cardiología, psicología, enfermería, rehabilitación cardíaca y trabajo social, ante lo cual se crean los programas de rehabilitación cardíaca.

Los tratamientos o intervenciones psicológicas, para reducir los factores de riesgo y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad cardíaca tienen como objetivos (Peláez, 2010):

- Reducir y/o eliminar los síntomas ansiosos y depresivos.
- Controlar los factores de estrés pre o post infarto con el fin de reducir el riesgo cardíaco y la muerte súbita.
- Restaurar el funcionamiento mental.
- Desarrollar conductas saludables de vida.
- Evitar los fármacos que producen mayor riesgo de enfermedad cardíaca y / o trastornos depresivos y ansiosos.

Además, las diversas intervenciones terapéuticas que se han empleado, están dirigidas a proporcionar control directo sobre una o varias funciones cardiovasculares, instruyendo al paciente en habilidades de afrontamiento del estrés, tales como (Fernández, Martín y Domínguez, 2003; Alarcón y Ramírez, 2006):

- **Biofeedback.** Procedimiento que consiste en suministrar información fisiológica que en condiciones normales la persona no puede disponer, con la intención de que al poseer dicha información el individuo pueda modificar el funcionamiento de dichas variables. Existe evidencia de que esta técnica contribuye a la reducción a corto plazo de los niveles de hipertensión.
- **Entrenamiento en habilidades de relajación.** El entrenamiento autógeno, control de la respiración y la meditación, se han aplicado como técnicas indirectas de control de la presión arterial, consiguiendo ese efecto mediante la reducción de la reactividad al estrés.
- **Psicoeducación.** Método mediante el cual se le otorga al paciente y su familiar información referente a su enfermedad, recuperación, estilo de vida, así como los factores de riesgo y protección de la enfermedad cardíaca, con el objetivo de disminuir o eliminar el impacto de la negación de factores psicoemocionales relacionados con la enfermedad.

- **Terapias cognitivos-conductuales.** Tienen como objetivo desarrollar en los pacientes con enfermedad cardiovascular habilidades de afrontamiento ante el estrés y así, disminuir el impacto de los acontecimientos desagradables. Estas técnicas incluyen:
 - Intervenir en el entorno del paciente para disminuir el impacto de los acontecimientos estresantes y manejarlos de una manera adecuada.
 - Reforzar habilidades para el cambio.
 - Utilizar métodos de evaluación personal, tales como la autocrítica.
 - Aprender a utilizar un método de manejo del estrés.

Las intervenciones cognitivo-conductuales son muy efectivas para mejorar la calidad de vida y reducir la frecuencia de subsiguientes acontecimientos coronarios. Estas intervenciones han sido benéficas en la mejora de resultados cardíacos y contribuyen a una mejor adherencia al tratamiento (Graves y Miller, 2003).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En pacientes con cardiopatía isquémica candidatos a revascularización coronaria, la morbilidad psicológica caracterizada por ansiedad y depresión produce efectos nocivos en su recuperación, modificando de manera negativa la calidad de vida relacionada con la salud. La autoeficacia y la percepción de la enfermedad son aspectos positivos que tienen los pacientes para afrontar la enfermedad cardíaca, mostrando un impacto favorable en diferentes ámbitos de su vida, incluyendo la calidad de vida relacionada con la salud. No obstante, esta relación también ha mostrado variabilidad en diferentes poblaciones, asumiendo diversos autores que esto obedece al efecto de aspectos socio-culturales (Sarkar, Ali y Whooley, 2007; Katch et al., 2010; Steca, et al., 2013). Considerando lo anterior y que en México no se cuenta con evidencia que sustente la relación de estos factores protectores en pacientes con enfermedad coronaria candidatos a revascularización coronaria planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación que tienen la autoeficacia cardíaca y la percepción de enfermedad con la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cardiopatía isquémica candidatos a revascularización coronaria?

JUSTIFICACIÓN

En México, durante el 2006 la cardiopatía isquémica tuvo una tasa de defunciones de 51.3 muertes por 100 mil habitantes, representando un mayor número de ingresos hospitalarios y afectando a la calidad de vida de las personas que la padecen (Secretaría de Salud, 2008).

Diversas investigaciones han estudiado las variables psicosociales que contribuyen al empeoramiento de la enfermedad cardíaca y la calidad de vida relacionada con la salud; sin embargo, actualmente también son valorados los factores protectores involucrados en la enfermedad coronaria y con ello en la CVRS, entre los cuales encontramos la autoeficacia y la percepción de enfermedad. En diferentes poblaciones, estas variables han mostrado tener efectos favorables en la vida del paciente, niveles

altos de autoeficacia y una adecuada percepción de enfermedad tienden a una mayor adherencia terapéutica, a una recuperación post quirúrgica favorable, a la disminución de días de hospitalización, además de un incremento en la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (Fors, Ulin, Cliffordson, Ekman y Brink, 2014; Sarkar, et. al. 2009).

Dada la importancia de la autoeficacia y la percepción de enfermedad y considerando que son factores psicológicos susceptibles de evaluación y modificación, los resultados de esta investigación podrían tener importantes implicaciones para el diseño e implementación de intervenciones por parte del psicólogo de la salud que coadyuven a la disminución de la comorbilidad emocional (ansiedad y depresión), al fortalecimiento de los factores protectores y el mejoramiento de la calidad de vida relacionada con la salud del paciente con cardiopatía isquémica candidato a revascularización cardíaca. Esto conlleva al desarrollo de un trabajo multidisciplinario en donde cardiólogos, trabajadores sociales, enfermeros, fisioterapeutas y psicólogos trabajen conjuntamente con el fin de favorecer la salud del paciente.

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación de la autoeficacia y la percepción de la enfermedad con la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cardiopatía isquémica candidatos a revascularización coronaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

En los pacientes con cardiopatía isquémica candidatos a revascularización coronaria, se tienen como objetivos:

- Describir el nivel de autoeficacia.
- Describir la percepción de enfermedad.
- Describir la calidad de vida relacionada con la salud.
- Describir la relación entre la autoeficacia y la percepción de enfermedad con la calidad de vida relacionada con la salud.

- Determinar la relación de la autoeficacia y la percepción de la enfermedad con la calidad de vida relacionada con la salud considerando el sexo, la edad y la esoclaridad de los pacientes.

MÉTODO

Diseño

Se realizó un estudio transversal.

Participantes

Participó una muestra intencional no probabilística de 87 pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica candidatos a revascularización coronaria en la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAЕ) del Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS y de la Unidad de Cardiocirugía del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica aceptados en sesión médico quirúrgica para revascularización coronaria.
- Hombres y mujeres.
- Mayores de 40 años.
- Alfabetizados.

Criterios de exclusión

- Tener algún padecimiento psiquiátrico.
- Pacientes con otra enfermedad cardíaca agregada y trastornos metabólicos severos.

ESCENARIOS

- Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) del Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS.
- Unidad de Cardiocirugía del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE.

VARIABLES

Dependiente:

Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Definición conceptual:

Percepción que la persona tiene del impacto que ha provocado la enfermedad o el tratamiento sobre su sentimiento de bienestar y su estado funcional, considerando los dominios físico, emocional y social (Fernández, et al., 2001; Urzúa, 2010).

Definición operacional:

Puntuación total obtenida en el Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS). Donde puntajes bajos indican limitaciones en la CVRS y puntajes altos indican que el paciente se percibe con una alta calidad de vida (Ramos, Figueroa, Alcocer y Rincón, 2011).

Independientes:

Percepción de enfermedad

Definición conceptual: Representaciones o esquemas cognitivos que los pacientes elaboran sobre su enfermedad, incluyen cinco factores: 1. *Identidad*, 2. *Consecuencias*, 3. *Causas*, 4. *Duración*, y 5. *Cura/Control* (Quiceno y Vinaccia, 2010).

Definición operacional:

Puntuaciones obtenidas en el Cuestionario Breve de Percepción de Enfermedad. Sus rangos de puntuación son: 2- 10 (no mortal) y 11-19 (mortal).

Autoeficacia Cardíaca

Definición conceptual:

Creencia que tienen los pacientes sobre su capacidad para realizar las actividades que se relacionan con los síntomas y desafíos impuestos por la enfermedad cardiovascular (O'Neil, et. al., 2013).

Definición operacional:

Puntuación total obtenida en la Escala de Autoeficacia (Sullivan et. al, 1998, versión validada por Fors et al., 2014). Para el presente estudio se realizó una categorización de la variable. Su rango de puntuación es de 7-40 baja autoeficacia y de 41 a 52 alta autoeficacia; y sus dimensiones:

1. Control de los síntomas: 0-13 baja y 14-16 alta
2. Control de la enfermedad: 4-13 baja y 14-16 alta
3. Mantenimiento de actividades: 0-13 baja y 14-21 alta

Covariables: Sexo, Edad, Escolaridad

INSTRUMENTOS

- **Ficha de identificación** (anexo 1). Se diseñaron una serie de preguntas que recaban datos personales del paciente como nombre, edad, sexo, ocupación, entre otros.
- **Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud**(anexo 2) versión validada en pacientes mexicanos con enfermedad cardíaca (Ramos, et al., 2011) del original Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire. Consta de 23 reactivos los cuales se responden utilizando una escala tipo Likert que va de 1 a

4, 5 ó 6 puntos. La escala presenta una *Alfa de Cronbach* de 0.88. El cuestionario se modificó en relación a la sintomatología de la cardiopatía isquémica y se divide en siete factores:

1. **Limitaciones físicas** ($\alpha=.84$): hace referencia a la limitación percibida para realizar actividades físicas debido a la enfermedad cardíaca.
2. **Síntomas** ($\alpha=.84$): se refiere a la presencia, frecuencia, severidad y cambios en el tiempo de los síntomas.
3. **Calidad de vida** ($\alpha=.66$): cuantifica el impacto de la condición del paciente en la calidad de vida.
4. **Interferencia social** ($\alpha=.84$): evalúa en qué medida la condición del paciente le impide relacionarse con sus familiares y amigos.
5. **Autoeficacia** ($\alpha=.41$): se refiere al conocimiento y control de los síntomas.
6. **Estado funcional** ($\alpha=.89$): es la combinación de limitaciones físicas y los síntomas.
7. **Resumen clínico** ($\alpha=.90$): hace referencia a la calidad de vida relacionada con la salud. Incluye el estado funcional, la calidad de vida y la interferencia social. Entre más cercano puntúe a 100 mayor CVRS.

Las dimensiones Limitaciones Físicas, Síntomas, Interferencia Social y Estado Funcional, se interpretan inversamente, mayores puntuaciones menor interferencia, sintomatología e impacto funcional.

- **Escala de Autoeficacia en la Enfermedad Cardíaca de Sullivan** en su versión validada por Fors et al. (2014, Anexo 3). Se compone por 13 ítems en los que se les pide a los pacientes que califiquen qué tan seguros están de saber o poder hacer cada una de las situaciones que se les menciona. Utilizan una escala Likert que va de 0 (nada confiado) a 4 (completamente confiado). Presenta un *Alfa de Cronbach* de 0.89. Se divide en tres dimensiones:

4. Control de los síntomas ($\alpha=.70$)
5. Control de la enfermedad ($\alpha=.81$)
6. Mantenimiento de actividades (.69)

- **Cuestionario Breve de Percepción de Enfermedad**(anexo 4). Se compone por nueve ítems con una escala de respuesta de 0 a 10, los cuales se adaptaron en una escala likert de 0-3, excepto el reactivo nueve en donde se le pide al paciente que enumere los tres factores más importantes que causaron su enfermedad. Sus rangos de puntuación son: 2- 10 (no mortal) y 11-19 (mortal). La confiabilidad de cada una de sus dimensiones se obtuvo mediante un test-retest de fiabilidad (Broadbent, Petrie, Main, Weinman, 2006; Moss et al., 2002):
 1. *Consecuencias* (Ítem 1, $r=.71$)
 2. *Duración* (Ítem 2, $r=.73$)
 3. *Control personal* (Ítem 3, $r=.42$)
 4. *Efectividad del tratamiento* (Ítem 4, $r=.70$)
 5. *Identidad* (Ítem 5, $r=.75$)
 6. *Conciencia* (Ítem 6, $r=.66$)
 7. *Emoción* (Ítem 8, $r=.72$)
 8. *Comprensión de la enfermedad* (ítem 7, $r=.61$)

En las dimensiones Control, Efectividad del Tratamiento y Comprensión de la Enfermedad puntuaciones bajas indican incremento de las variables.

PROCEDIMIENTO

La evaluación se realizó de forma individual en una sesión de aproximadamente una hora en el área de hospitalización. Previo a la aplicación de los instrumentos, los pacientes eran informados sobre el Programa de Psicología y el objetivo de la evaluación, posteriormente firmaron un “Consentimiento Informado”. Los instrumentos se aplicaron en el siguiente orden:

1. Consentimiento Informado
2. Ficha sociodemográfica
3. Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud
4. Cuestionario de Autoeficacia Cardíaca
5. Cuestionario Breve de Percepción de Enfermedad

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se realizó bajo los principios de la bioética, es decir, en la autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia. Todos los pacientes que participaron en la evaluación psicológica fueron voluntarios y debidamente informados sobre sus derechos institucionales tales como el acceso a un servicio humano y de calidad, la opción de participar o no, y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a ningún tipo de desagavios, la confidencialidad de la información y el respeto de sus creencias.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se utilizó el paquete estadístico STATA v 13. Se realizaron análisis descriptivos para identificar las características sociodemográfica de la muestra y las puntuaciones de las variables de interés. Posteriormente, se efectuó un análisis bivariado (Rho de Spearman, considerando la significancia estadística con un valor de $p < 0.05$) y un análisis de regresión múltiple, ajustando el modelo por sexo, edad y escolaridad (Figura 4).

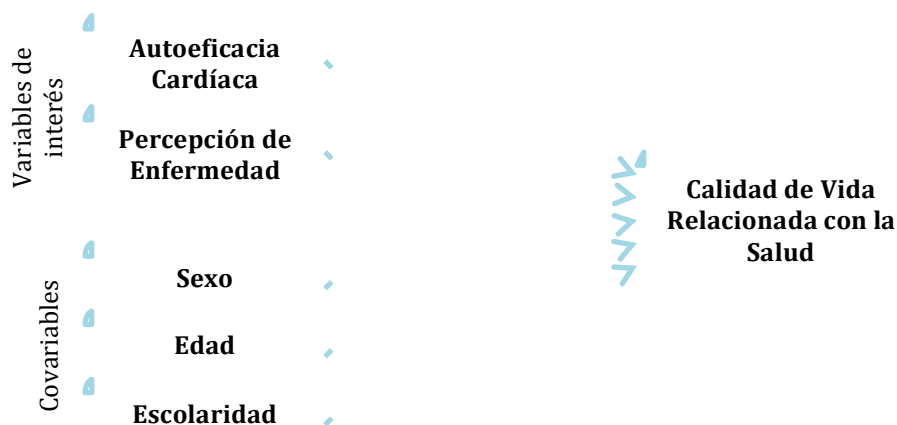


Figura 4. Modelo Conceptual del estudio.

RESULTADOS

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

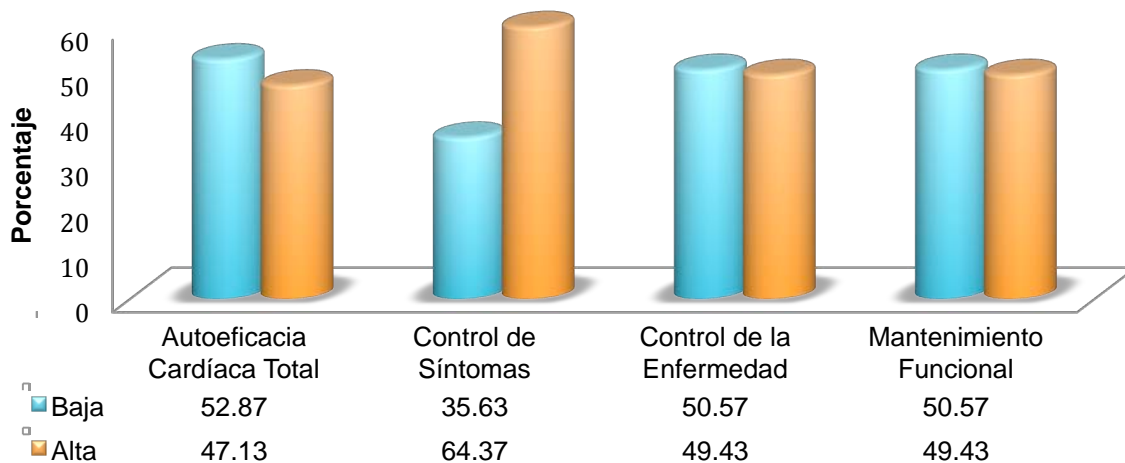
Se evaluaron 87 pacientes, la mayoría fueron hombres (79.3%), con una edad de 63 ± 8.6 años. El 73.6% fueron casados o vivían en unión libre, en un bajo porcentaje fueron viudos o divorciados (12.6% y 5.7%, respectivamente). La mayor proporción mostró nivel escolar de licenciatura (33.3%) y bachillerato (24.1%). Solo el 36.8% fueron jubilados y el resto con algún tipo de actividad laboral. El 75.9% recibió atención médica en el ISSSTE (Tabla 3).

N=87	%	n
Edad 63 ± 8.6 años (42-78)		
Sexo		
Hombres	79.3	69
Mujeres	20.7	18
Estado Civil		
Soltero	8.0	7
Casado (a)/ Unión libre	73.6	64
Viudo	12.6	11
Divorciado	5.7	5
Escolaridad		
Sabe leer y escribir	4.6	4
Primaria	17.2	15
Secundaria	13.8	12
Preparatoria/Carrera técnica	24.1	21
Licenciatura	33.3	29
Posgrado	6.9	6
Ocupación		
Hogar	11.5	10
Empleado	20.7	18
Comerciante	18.4	16
Profesionista	12.6	11
Jubilado/ Pensionado	36.8	32
Hospital		
ISSSTE	75.9	66
IMSS	24.1	21

Tabla 3. Datos Sociodemográficos de la muestra.

AUTOEFICACIA CARDÍACA (AC)

El instrumento mostró una consistencia interna aceptable ($\alpha=.81$). El análisis descriptivo indicó que el 47.13% de la muestra percibe una alta autoeficacia en la enfermedad cardíaca total. Respecto a las dimensiones del cuestionario, el 64.37% reportó niveles altos de autoeficacia para el control de los síntomas y el 49.43% presentó una alta autoeficacia para el control de la enfermedad y para el mantenimiento funcional (Gráfica 1).

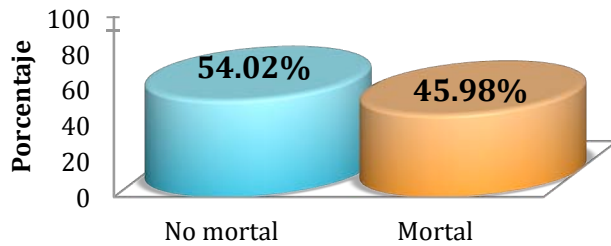


Gráfica 1. Niveles de Autoeficacia Cardíaca Total y por Dimensión

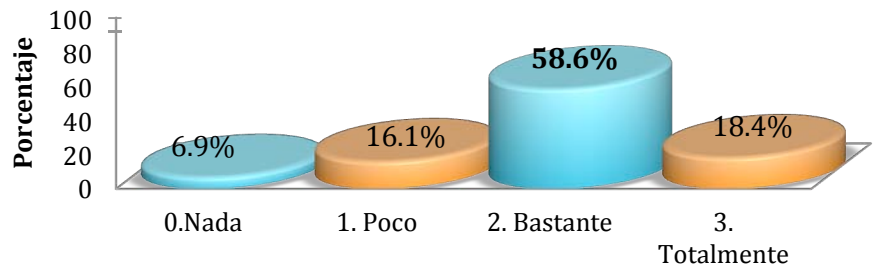
PERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD (PE)

De acuerdo a los resultados obtenidos, el 54% de los pacientes perciben la enfermedad como no mortal (Gráfica 2). Respecto a las dimensiones, los pacientes reportaron que su enfermedad afecta de poco o nada su vida (16.1 y 6.9% respectivamente, Gráfica 3), el 54% piensa que esta durará poco tiempo (Gráfica 4), además perciben bastante o control total sobre la misma (46% y 19.5%, respectivamente, Gráfica 5) y el 43.7% cree que su tratamiento ayuda a mejorarla bastante o completamente (40.2%, Gráfica 6). La mayoría de los pacientes refirieron pocos o ningún síntoma (51.7% y 33.3%, respectivamente, Gráfica 7), el 21.8% no se siente preocupado debido a su cardiopatía

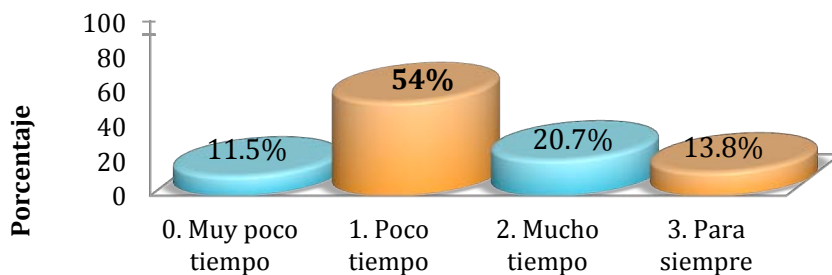
(Gráfica 8), el 46% la entiende bastante aunque conserva ciertas dudas (comprensión, Gráfica 9), y 26.4% le afecta poco o nada emocionalmente (16.1%, Gráfica 10).



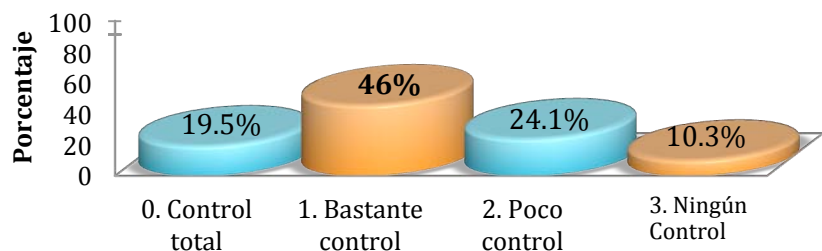
Gráfica 2. Percepción de Enfermedad



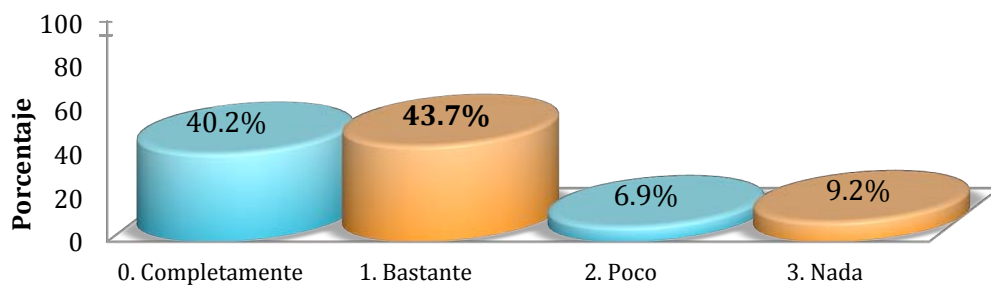
Gráfica 3. Consecuencias de la Enfermedad:
¿Cuánto afecta su enfermedad cardíaca a su vida?



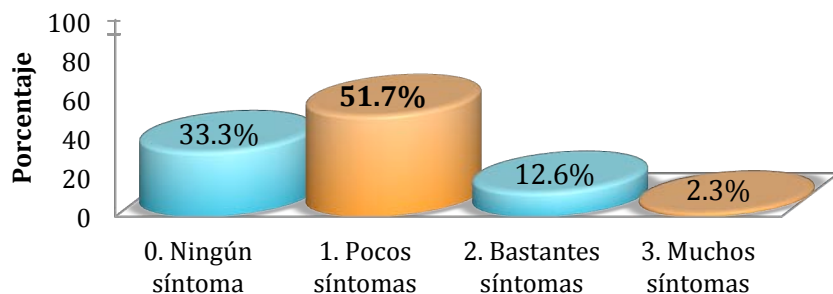
Gráfica 4. Duración de la Enfermedad:
¿Cuánto cree ud. que durará su enfermedad cardíaca?



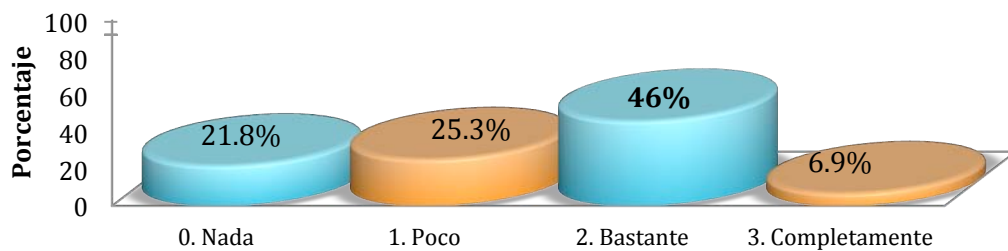
Gráfica 5. Control de la Enfermedad:
¿Cuánto control siente ud. que tiene sobre su enfermedad cardíaca?



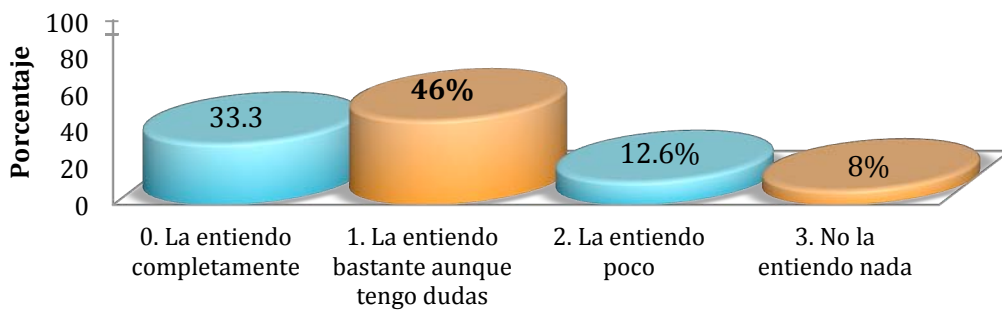
Gráfica 6. Efectividad del Tratamiento:
¿En qué medida cree ud. que su tratamiento ayuda a mejorar su enfermedad



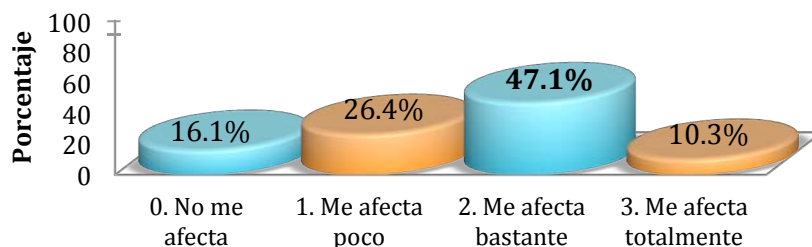
Gráfica 7. Identidad:
¿En qué medida siente ud. síntomas debidos a su enfermedad cardíaca?



Gráfica 8. Conciencia de la Enfermedad:
¿En qué medida está ud. preocupado por su enfermedad?



Gráfica 9. Comprensión de la Enfermedad:
¿En qué medida siente ud. que entiende su enfermedad cardíaca?



Gráfica 10. Emoción:

¿En qué medida le afecta emocionalmente su enfermedad cardíaca?

La consideración de los pacientes respecto a las posibles causas de su enfermedad (ítem 9) mostró como predominante al estilo de vida (63%) que incluye alimentación inapropiada, tabaquismo y sedentarismo; seguido de factores psicológicos (16.5%) como ansiedad y estrés (Tabla 4).

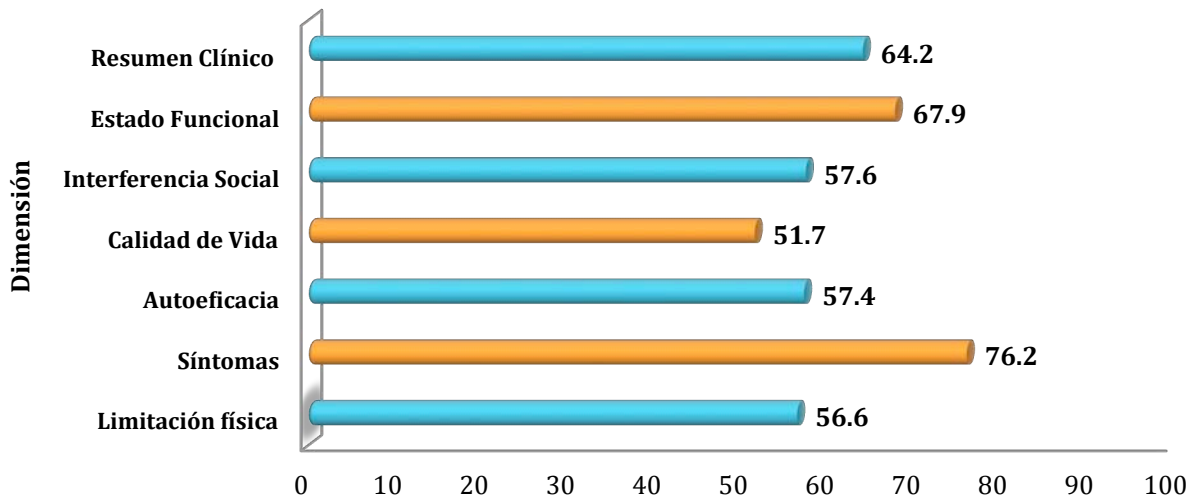
	FACTORES PSICOLÓGICOS	ESTILO DE VIDA	FACTORES BIOLÓGICOS	NO SABE
R E S P U E S T A S	-ESTRÉS -ANSIEDAD -CORAJE -TRISTEZA	-MALA ALIMENTACIÓN -TRABAJAR MUCHO -DESVELO -QUEHACERES DOMÉSTICOS -SEDENTARISMO -TABAQUISMO -NO ACUDIR A REVISIÓN MÉDICA	-HERENCIA -GENÉTICA -COLESTEROL -DIABETES -EDAD -TRIGLICERIDOS	-NO SÉ -NADA
% RESPUESTAS	16.5% (43)	63% (154)	11.5% (30)	12.6% (33)

Tabla 4. Causas a las que los pacientes atribuyen su enfermedad cardíaca.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS)

Los pacientes reportaron una percepción en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud regular, la cual se ve representada por el Resumen Clínico (media= 64.2, Gráfica 11). Respecto a las dimensiones los pacientes se perciben limitados para realizar actividades cotidianas como bañarse, caminar una cuadra, realizar quehaceres, domésticos entre otras (Limitaciones Físicas, media=56.65), además la presencia, frecuencia y severidad de los síntomas que reportan es regular (Síntomas, media= 76.23, mayor puntuación refleja menos síntomas), se sienten poco seguros de saber qué hacer si su enfermedad empeora (Autoeficacia,

media=57.41) y su percepción de bienestar y satisfacción respecto a su cardiopatía es media (Calidad de vida, media=51.75). Por último en el Estado Funcional obtuvieron una media de 67.99, lo cual refleja el impacto moderado que perciben los pacientes en cuestiones de su funcionamiento físico, conjunto al igual que el impacto de los síntomas.



Gráfica 11. Puntuación promedio de las dimensiones de Calidad de vida Relacionada con la Salud.

AUTOEFICACIA, PERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD Y CVRS

Se identificó el tipo de distribución de los datos. En el caso de la variable dependiente (CVRS) se transformó a su cuadrado para normalizarla. Se efectuó un análisis bivariado mediante la Correlación de Spearman encontrando que la CVRS se asocia positivamente con la Autoeficacia Cardíaca Total (AC) ($p=.007$) y negativamente con la Percepción de Enfermedad ($p=.001$) (Tabla 5).

También se incluyeron las dimensiones del cuestionario de CVRS, encontrando que la Autoeficacia se asocia positivamente con tres dimensiones: Síntomas ($p=0.003$), Calidad de Vida ($p=0.005$) y Estado Funcional ($p=0.04$). Indicando que a mayor autoeficacia los pacientes puntúan alto en estos factores, es decir, reportan menos síntomas e interferencia social y mayor calidad de vida.

Respecto a la Percepción de Enfermedad, esta se asoció negativamente con todas las dimensiones de la CVRS ($p < 0.01$) excepto la Autoeficacia, indicando que entre más amenazante perciban su cardiopatía la percepción de CVRS es menor.

	Autoeficacia Cardíaca		Percepción de la Enfermedad	
	r_s	p	r_s	p
CVRS	0.28	0.007	-0.45	0.001
Limitación física	0.08	0.43	-0.39	0.001
Síntomas	0.31	0.003	-0.30	0.004
Calidad de vida	0.29	0.005	-0.34	0.001
Interferencia Social	0.19	0.07	-0.25	0.017
Estado Funcional	0.21	0.04	-0.44	0.001

Tabla 5. Análisis de correlación Autoeficacia Cardíaca y Percepción de la Enfermedad con la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS).

Posteriormente, se realizó un análisis de regresión múltiple ajustado por las variables sociodemográficas sexo, edad y escolaridad. La Tabla 6 muestra los coeficientes de regresión de cada una.

La Percepción de Enfermedad (PE) mantuvo una relación significativa con la CVRS. Sin embargo esta asociación demostró que conforme incrementa la puntuación de PE (ver como amenazante y mortal la enfermedad, que no la entiendan y se sientan afectados por la misma) la CVRS tiende a disminuir. Además, el sexo se asoció de forma significativa con la CVRS, es decir los hombres perciben menor CVRS en comparación con las mujeres.

Respecto a la Autoeficacia, al realizar el ajuste por covariables su relación con la CVRS no se mantuvo significativa.

Variable	Coeficiente	ES	p	IC 95%		β	R^2
Autoeficacia	41.01	20.71	0.051	-0.20	82.23	0.195	0.32
Percepción de Enfermedad	-255.32*	60.87	0.001	-376.47	-134.17	-0.410	
Sexo	-1013.75*	503.79	0.048	-2016.33	-11.16	-0.192	
Edad	-25.60	23.74	0.228	-72.86	21.65	-0.101	
Escolaridad	-74.70	154.47	0.630	-382.11	232.71	-0.047	
<i>Constante</i>	8464.88	2117.79	0.000	4250.35	12679.43		

Tabla 6. Resultados del modelo de regresión de la CVRS.**

Nota: **CVRS²; $F_{(5,80)}=7.58$; * $p<0.05$; ES: error estándar; IC: Intervalo de Confianza al 95%

DISCUSIÓN

La Autoeficacia y la Percepción de la Enfermedad son características psicológicas que han mostrado ser positivas en personas que enfrentan enfermedades graves, entre las que se incluye la cardiopatía isquémica, mostrando que cuando los pacientes las poseen en condiciones de alto puntaje presentan mejor evolución post-procedimiento de revascularización coronaria, menores grados de ansiedad y de depresión y una mayor percepción de calidad de vida relacionada con la salud (Kang y Yang, 2012; O'Neil, Berk, Davis y Stafford, 2010; Sarkar, Ali y Whooley, 2007). En este sentido, el objetivo de la presente investigación fue determinar la relación que tienen la Autoeficacia y la Percepción de Enfermedad con la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en pacientes con cardiopatía isquémica candidatos a revascularización coronaria.

De los pacientes evaluados la mayoría fueron hombres casados con una edad promedio de 63 ± 8.7 años y una escolaridad inferior a secundaria, lo cual coincide con lo encontrado en estudios previos (Kang y Yang, 2010; O'Neil et al. 2014; Escobedo, Rodríguez y Buitrón, 2015).

Los resultados de la correlación de Spearman mostraron una relación significativa de la Autoeficacia y Percepción de Enfermedad con la Calidad de Vida Relacionada con la Salud ($p=0.007$ y 0.001 , respectivamente). Esto coincide con un estudio realizado por Sarkar, Ali y Whooley (2007) en donde encontraron que los pacientes que perciben una baja autoeficacia tienden a una baja calidad de vida. De igual forma Steca y colaboradores (2013) demostraron que la Percepción de Enfermedad se asocia con el nivel de calidad de vida percibido.

Posteriormente se realizó un análisis de regresión múltiple ajustado por las variables sociodemográficas sexo, edad y escolaridad. La Percepción de Enfermedad continuó mostrando una relación significativa con la CVRS ($p=0.001$), indicando que los pacientes que perciben su enfermedad como algo mortal y amenazante, su calidad de vida relacionada con la salud tiende a disminuir. Esto coincide con lo encontrado por

Foxwell et al. (2013) quienes reportaron que la percepción de enfermedad se correlaciona con la CVRS, además predice el comportamiento de ésta en pacientes con enfermedad coronaria.

Referente a la Autoeficacia, al realizar el análisis de regresión su asociación con la CVRS ya no fue significativa, lo cual podría obedecer a aspectos como el nivel académico alcanzado y la actividad laboral. También se identificó que los pacientes perciben una baja autoeficacia. Lo cual concuerda con lo reportado por ejemplo Sarkar, Ali y Whooley (2007), quienes encontraron que los pacientes con enfermedad coronaria presentan niveles bajos de autoeficacia.

Además se identificó que los hombres perciben una menor CVRS en comparación a las mujeres, tal como lo menciona Tásic y colaboradores (2013) quienes reportaron que las mujeres presentan una mayor CVRS a diferencia de los hombres.

Los datos obtenidos en el Cuestionario Breve de Percepción de Enfermedad indicaron que los pacientes perciben como no mortal su enfermedad, es decir, reportan pocos síntomas, creen que su tratamiento contribuye a mejorar su cardiopatía, la cual entienden bastante. Esto se sustenta con lo encontrado por Mosleh y Almalik (2014), quienes reportaron características similares en pacientes con CI. Además mencionaron que las principales causas a las que los pacientes le atribuyen su enfermedad son los factores de riesgo como el sobre peso u obesidad, lo cual coincide con los hallazgos de esta investigación, ya que la principal causa atribuida fue el Estilo de Vida, seguido por los Factores Psicológicos, lo cual es de suma relevancia para el trabajo del psicólogo ya que son elementos susceptibles de modificación en beneficio de la salud del paciente.

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud mostró una baja puntuación, exceptuando la sintomatología y el estado funcional, lo cual difiere a lo encontrado por Tásic y colaboradores (2013), quienes demostraron que los pacientes con enfermedad coronaria perciben una adecuada CVRS.

Las variaciones en los diferentes análisis observadas en este estudio, podrían obedecer a factores socioculturales ya que la población analizada mostró baja uniformidad en la

percepción de las diferentes dimensiones incluidas en cada constructo de evaluación, no obstante, la influencia de la Percepción de Enfermedad en la CVRS fue significativa, sugiriendo que la atención y el tratamiento de pacientes con cardiopatía isquémica debe de ser abordada de una manera integral, es decir, dentro de un trabajo multidisciplinar en el que se enmarca la necesidad de la participación del psicólogo de la salud con el objetivo de diseñar e implementar programas de intervención psicológica que permitan disminuir la comorbilidad emocional, desarrollar, incrementar y fortalecer los factores psicológicos protectores y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud en estos pacientes sobre todo al ser sometidos a un evento vital como la cirugía cardíaca, ya que como lo mencionan Scharloo et al. (2005), la adecuada percepción de enfermedad en pacientes con enfermedad crónica, podría ayudarlos a hacer frente de una manera óptima a su enfermedad, antes, durante y después de un tratamiento.

Lo anterior, podría generar grandes beneficios no sólo para el paciente sino también para su cuidador principal, para el equipo de profesionales de la salud que incluye al psicólogo, cardiólogo, nutriólogo y fisioterapeuta, y para la institución.

Por un lado para el cuidador principal, el hecho de que el paciente cuente con recursos psicológicos que le permitan afrontar de una manera favorable la enfermedad, optimizar su recuperación y tener mayor independencia, repercute positivamente en el estado emocional de este, ya que de lo contrario, como menciona Espín (2012) a mayor dependencia que tenga el paciente debido a la enfermedad mayor será la carga percibida por el cuidador.

Respecto al cardiólogo, nutriólogo y fisioterapeuta, estos hallazgos son de suma importancia ya que con el trabajo del psicólogo de la salud en el fortalecimiento de los factores protectores contribuirá a la adherencia al tratamiento y a los programas de rehabilitación cardíaca por parte de los pacientes (Thomas, 2006; Morgan et al., 2014), esto sumado a la disminución de días de hospitalización también beneficia a la institución ya que el hecho de que inicien, desarrollen y concluyan favorablemente el proceso de rehabilitación disminuye los gastos generados por la enfermedad la cual se ha convertido en un importante problema de salud pública (Secretaría de Salud, 2008).

Entre las ventajas de la presente investigación podemos mencionar que en México no existe literatura disponible respecto a la autoeficacia y la percepción de enfermedad en pacientes con cardiopatía isquémica candidatos a revascularización coronaria, y en cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud lo más cercano que hay son los hallazgos en pacientes con insuficiencia cardíaca y portadores de un dispositivo de estimulación cardíaca. Esto crea las bases para continuar con el estudio de diversos factores protectores involucrados en la enfermedad coronaria en pacientes mexicanos.

Se sugiere para futuras investigaciones la validación de instrumentos específicos para medir estas variables en población mexicana, así como la implementación de un programa de intervención con el objetivo de fortalecer los factores positivos e identificar su impacto en la recuperación posquirúrgica y en la calidad de vida relacionada con la salud del paciente, al igual que el trabajo psicológico con los cuidadores principales del paciente.

CONCLUSIONES

La Autoeficacia y la Percepción de Enfermedad se asocian significativamente con la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en pacientes con cardiopatía isquémica candidatos a revascularización coronaria al no contemplar variables sociodemográficas como la edad, sexo y escolaridad de los pacientes. Sólo la Percepción de Enfermedad mostró una relación significativa con la CVRS independientemente de las variables sociodemográficas de esta población atendida en la Unidad Médica de Alta Especialidad del Centro Médico Nacional SXXI del IMSS y en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE.

Los hallazgos del presente estudio enmarcan la necesidad de la intervención de psicólogos de la salud en la atención y tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas como la cardiopatía isquémica, contribuyendo al fortalecimiento de los factores psicológicos protectores intrínsecos en las personas como la Autoeficacia y la Percepción de la Enfermedad.

REFERENCIAS

- 1er Consenso Nacional de Aterosclerosis (2004). Recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la Aterosclerosis. Sociedad Uruguaya de Aterosclerosis y Sociedad Uruguaya de Cardiología.
- Aalto, M. A., Heijmans, M., Weinman, J. y Aro, R. A. (2005). Illness Perceptions in coronary heart disease. (Resumen) DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.03.001>
- Acosta, P. E., Navarrete, C. D. Y Corsini, M. M. (2011). Protocolo de cardiopatía coronaria. Servicio de Salud Araucanía Sur. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. doi:10.1177/14745151114563885
- Alarcón, R. y Ramírez, V. E. (2006). Medicina psicosomática en enfermedad cardiovascular II. Consideraciones sobre el tratamiento. *Revista colombiana de Psiquiatría*; 35(3): pp. 362-379.
- Amariles, P., Machuca, M., Jiménez, F. A., Silva, C. M., Sabater, D., Baena, M. I., Jiménez, M. J. y Faus, M. J. (2004). Riesgo cardiovascular: componentes, valoración e intervenciones preventivas. *Ars Pharmaceutica*;45(3): pp 187-210.
- Anand, S. S., Islam, S., Rosengren, A., Franzosi, M. G., Steyn, K., Yusuf, A. H., Keltai, m., et. A. (2008). Risk factors for myocardial infarction in women and men: insights from the INTERHEART study. *European Heart Journal*; 29(7). DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehn018>
- Antman, E., Selwyn, A. Y Loscalzo, J. (2012). Cardiopatía isquémica. En Harrison (2012). *Principios de medicina interna*; pp.1998-2014.
- Archury, D., Rodríguez, C. S., Agudelo, C. L., Hoyos, S., J. y Acuña, E. J. (2011). Calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asiste al programa de rehabilitación cardíaca. *Investigación en enfermería: imagen y desarrollo*; 13(2): pp. 49-74.
- Arnold, R., Ranchor, AV., DeJongste, M.J., Koëter, G.H., Ten Hacken, NH., Albers, R., y Sanderman, R. (2005). *Behavioral Medicina*, 31(3),107-115.
- Arteaga, A., Bustos, P., Soto, R., Velasco, N. y Amigo, H. (2010). Actividad física y su asociación con factores de riesgo cardiovascular. Un estudio en adultos jóvenes. *Revista de Medicina de Chile*; 138; pp.1209-1216.
- Australian Institute of Health and Welfare (2011). Cardiovascular disease.
- Ballesteros, L. E., Ramírez, L. M. y Forero, P. L. (2010). Estudio del seno coronario y sus tributarias en individuos colombianos. *Revista Colombiana de Cardiología*; 17(1): pp.9-15.
- Ballesteros, P. (2009). Anatomía del corazón. En Ferré, LI. Y Miguel, MC. (2009). *Libro de la salud cardiovascular del hospital clínico San Carlos y la Fundación BBVA*. Balbao: Fundación BBVA.
- Bandura, A. (1994). *Self-efficacy*. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81).
- Bandura, A. (2001). Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. Universidad de Stanford. Recuperado de: <http://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/effguideSpanish.html>
- Barra, A. E. (2004). Apoyo Social, Estrés y Salud. *Psicología y Salud*; 14(2): pp. 237-243.

- Barrantes, M. (2010). Factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud en apcientes con cardiopatía coronaria y diabetes mellitus. *Revista Médica Herediana*; 21(3).
- Barth, J., Schneider, S y von Känel, R. (2010). Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Psychomatic Mmedicine*; 72(3): pp. 229-238.
- Baylor College of Medicine (2015). Coronary Artery Disease y Coronary Bypass Surgery. Recuperado de: <https://www.bcm.edu/healthcare/care-centers/cardiothoracic/procedures/coronary-artery-disease-coronary-bypass>
- Broadbent, E., Petrie, J. K., Main, J. y Weinman, J (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal os Psychosomatic Research*; 60: pp. 631-637.
- Bunevicius, A., Sataniute, M., Brozaitiute, M., Stropute, D., Bunevicius, R. y Denollet, J. (2013). Type D (distressed) personality and its assessment with th DS14 Lithuanian patients with coronary heart disease. *Journal of Psychology*; 18(9).
- California cardiovascular consultants and medical associates. Imagen Cardiopatía Isquémica. Recuperado de: <http://cccma.org/conditions-coronary-heart-disease.html>
- Carrasco, O. M. y del Barrio, G. V. (2002). Evaluación de la autoeficacia en niños y adolescentes. *Psicothema*; 14(2): pp. 323-332.
- Colombo, E. y Ghignone, S. (2005). Tabaquismo. *Archivos Argentinos de Pediatría*; 103(5); 450-475.
- Cuartas, M.V., Escobar, Z.A., Lotero, G.E., Lemos,, H.M., Arango, L.J. y Rogers,H. (2008). Los factores psicosociales implicados en la cardiopatía isquémica. *Revista CES de Psicología*; 1(2).
- Encuesta de Salud y Nutrición (2012). Evidencia para la política en salud. <http://ensanut.insp.mx>
- Escobedo, P. J., Rodríguez, A. G. y Buitrón, G. V. (2010). Morbilidad y mortalidad por cardiopatía isquémica en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Estudio ecológico de tendencias en población amparada por el Instituto Mexicano del Seguro Social entre 1990 y 2008. *Archivos de Cardiología de México*; 80(4).
- Espín, A. (2012). Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*; 38(3): 393-402.
- Espinosa, L. (2008). Factores de riesgo cardiovascular, epidemiología y enfermedad. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(3), 233-236.
- Fernández, A. E., Martín, D. M. y Domínguez, S. F. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*; 15(4): pp. 615-630.
- Fernández, O. A. (2009). Capítulo 28. Que es el infarto agudo d miocardio. En Ferré, LI. Y Miguel, MC. (2009). *Libro de la salud cardiovascular del hospital clínico San Carlos y la Fundación BBVA*. Balbao: Fundación BBVA.
- Figuroa, L. C. (2007). Estilo de vida, manejo de estrés y su relación con la salud cardiovascular. Tesis doctoral. UNAM.
- Figuroa, L. C., Domínguez, T. B., Ramos, B. y Alcocer, L. (2009). Emergencia de la cardiología conductual en la práctica clínica. *Psicología y Salud*; 19(1): pp. 151-155.

- Flórez, A. L. (2007). *Psicología Social de la Salud. Promoción y Prevención*. Colombia: Manual Moderno.
- Fors, A. Ulin, K., Cliffordson, Ekman, I. y Brink, E. (2014). The cardiac self-efficacy scale, a useful tool with potential to evaluate person-centred care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. DOI: 10.1177/1474515114548622
- Francoise, C. G. (2009). Psicología Positiva: una nueva perspectiva en Psicología. *Revista diversitas-perspectivas en Psicología*; 2(2): pp. 311-319.
- García, J. M., Moreno, F. G. y Rivero, R. L. (2013). Presencia de conducta tipo "A" que refieren Friedman y Rosenman en enfermeras de hospitales de México. *Enf. Neurol.*; 12(3): pp.147-152.
- Gómez, G. A., Miranda, C. G., Pleguezuelos, C. E., Bravo, E. R., López, L. A., Expósito, T. J. et al. (2015). Recomendaciones sobre rehabilitación cardiac en la cardiopatía isquémica de la SOCIEDAD DE rehabilitación Cardio-Respiratoria (SORECAR). *Rehabilitación*; 49(2): pp. 102-124.
- Góngora, V., y Casullo, M. (2009). Factores protectores en salud mental: un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria*; 26(2): 183-205.
- González, G. R. Y Alcalá R., J (2010). Enfermedad isquémica del corazón, epidemiología y prevención. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*; 53(5): pp. 35-43.
- Guerrero, A. J. y Sánchez, A. J. (2012). Factores protectores y estilo de vida saludable e pacientes con riesgo cardiovascular: un análisis de ruta. Tesis de licenciatura: Universidad Centrooccidental Lisandro Alvarado.
- Guerrero, C. y Palmero, F. (2006). Percepción de control y respuestas cardiovasculares. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
- Hernández, P. Ma. A. (2012). Relación entre ansiedad y depresión con los estilos de afrontamiento en paciente candidato a dispositivo electrónico implantable. Tesis de licenciatura: UNAM.
- Holt, G. R., Phillips, W. D., Jameson, A. K., Cooper, C., Dennison, M. F., Peveler, C. R. (2013). The relationship between depression, anxiety and cardiovascular disease: findings from the Hertfordshire Cohort Study. <http://www.westga.edu/~vickir/Healthcare/HC14%20FacilitatingResiliency/Link%2010%20--%20Self-Efficacy.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2009). Estadísticas a propósito del día mundial del corazón. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2009/corazon09.asp?c=2740&ep=21>.
- Kang, Y, Yang. I.S. y Kim, N. (2010). Correlates of health behaviors in patients with coronary artery disease. *Asian Nursing Research*; 4(1).
- Katch, H., y Mead, H. (2010). The role of self-efficacy in cardiovascular disease self- management: a review of effective programs. Dove Medical Press. doi: 10.2147/PI.S12624
- Koerich, C., Aparecida, B. M., Lorenzini, E. A., Marcellino, L. G. y Dorneles, G. (2013). Myocardial revascularization: strategies for coping with the disease and the surgical process. *Acta Paulista de Enfermería*; 26(1).

- Lanas, Z. F. y Serón, S. P. (2012). Rol del tabaquismo en el riesgo cardiovascular global. *Revista de medicina clínica CONDES*; 23(06); pp. 699-705.
- Leiva, P.J. (2014). Capítulo 9. Clasificación de los síndromes coronarios agudos. En Pérez, A. J. (2014). *Cardiología en el área de urgencias*. Masso Doyna México. Pp. 81-86
- López, J. F., Pérez, T. C., Zeballos, P., Anchique, C., Burdiat, G., González, K., et al. (2013). Consenso de Rehabilitación Cardiovascular y Prevención Secundaria de las Sociedades Interamericana y Sudamericana de Cardiología. *Revista Uruguaya de Cardiología*; 20(2): pp. 189-224.
- Macin, S., Bono, J., Ramos, H., Rengel, E., Suasnabar, R., Zapata, G., et al. (2009). Guías de manejo de cardiopatía isquémica crónica: angina crónica estable. Federación Argentina de Cardiología.
- Márquez, C. F., Téxon, F. O., Chávez, N. A., Hernández, L. S., Marín, R. S. y Berlín, L. S. (2009). Eficacia clínica de la modificación del estilo de vida en el riesgo cardiovascular en prehipertensos: estudio PREHIPER I. *Revista española de cardiología*; 62(01): pp. 86-90. DOI: 10.1016/S0300-8932(09)70025-9
- Marrupe, L. (2009) Enfermedad de las arterias coronarias. La coronariografía. En *Libro de la salud cardiovascular del hospital clínico San Carlos y la Fundación BBVA*. Balbao: Fundación BBVA.
- Ministerio de sanidad y consume (2006). Guía de buena práctica clínica para una alimentación cardiosaludable. International Marketing & Communication: Madrid, España.
- Montero, P., Rueda, B. y Bermúdez, J. (2012). Relación de la personalidad tipo D y el agotamiento vital con las emociones negativas y el ajuste psicológico a la enfermedad cardíaca. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*; 17(2): pp. 93-106.
- Mora, P. J. (2009). Programa de prevención y rehabilitación cardíaca. En Portuondo, M T., Martínez, C. T., Delgado, P. J., García, H. P., Gil A. D., Mora P. J., et al., (2009). Manual de Enfermería en Prevención y Rehabilitación Cardíaca. Madrid: Asociación Española de Enfermería en Cardiología.
- Morgan, K., Villiers-Tuthill, A., Barker, M. y McGee H. (2014). The contribution of illness perception to psychological distress in heart failure patients. *BMC Psychology*.
- Morrison, V. y Bennett (2008). *Psicología de la Salud*. Madrid: Pearson Educación.
- Najafi, G. T. y Emani, T. (2014). Abstract. Strategies for creating normal life: Iranian coronary heart disease patients perspectives on coping strategies. Doi: 10.1111/jocn.12428.
- National Heart, Lung, and Blood Institute (2014). How Is Coronary Heart Disease Diagnosed? Recuperado de: <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/cad/diagnosis>
- Nekouei, Z. K., Yousefy, A., Doost, H. T. N., Manshaee, G., & Sadeghei, M. (2014). Structural Model of psychological risk and protective factors affecting on quality of life in patients with coronary heart disease: A psychocardiology model. *Journal of Research in Medical Sciences : The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 19(2), 90–98.
- Nitsche, M. P., Bitran, M., Pedrals, N. Echeverría, G. y Rigotti, A. (2014). Recursos psicosociales positivos y salud cardiovascular. *Revista Médica de Chile*; 142: pp.1316-1323.
- Norfazilah, A., Samuel A., Law PT., Alinaa, A, Nurul, A., Syahnaz, MH., et al. (2010). Illness perception among hypertensive patients in primary care centre UKMMC. *Malaysian Family Physician*; 8(3).

- Norma Oficial Mexicana (NOM-037-SSA2-2012). Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.
- O'Neil, A., Berk, M., Davis, J. y Stafford, L. (2013). Cardiac-self efficacy predicts adverse outcomes in coronary artery (CAD) patients.
- Olivari, M. C. y Urra, M. E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería*; 13(1): pp. 9-15.
- Organización mundial de la Salud (2010). Referencia electrónica. Recuperado de: <http://www.who.int/es>
- Organización Mundial de la Salud (2013). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2015). Factores de riesgo. Recuperado de: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- Peláez, H. V. (2010). Actividad autonómica ante el estrés psicológico del paciente con insuficiencia cardíaca. Tesis de licenciatura: UNAM
- Pereyra, G. C., Millei, J. y Dorina, S. (2011). Factores de Riesgo psicosociales en la Enfermedad Cardíaca. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*; 20(3): PP.221-229.
- Quiceno, M. J. y Vinaccia, S. (2010). Percepción de enfermedad: una aproximación a partir del Illness Perception Questionnaire. *Psicología del Caribe*; 25: pp 56-83.
- Quiles, M.Y., Terol, C.Ma., Tirado, G.S., y Beléndez, V.M. (2007) Estructura factorial de la versión española del "cuestionario de percepción de enfermedad revisado" (IPQ-R) en pacientes con un trastorno del comportamiento alimentario y sus familiares. *Cuadernos de Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*; 82: 9-22.
- Ramos, B., Figueroa, C., Alcocer, L. y Rincón S. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con insuficiencia cardíaca. *EN-CLAVES del pensamiento*; V(10): pp. 173-189.
- Rivero, T.F., Castro, G.N., Galindo, P.E., y Rodríguez, S.J. (2005). Cardiopatía isquémica y sus factores de riesgo. *Archivo médico de Camagüey*, 9(1).
- Rodríguez, T. (2007). *Estrategia de atención psicológica a pacientes con infarto agudo al miocardio en fase hospitalaria*. Tesis Doctoral Universidad Central de las Villas: Cuba.
- Rojas, C. Ma. (2008). Factores de riesgo psicosociales asociados a la insuficiencia cardíaca. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Romero, M. R. y Romero, Z. H. (2010). Reflexiones sobre calidad de vida relacionada con la salud. *Revista Médica del Seguro Social*; 48(1): pp. 91-102.
- Roohafza, H., Talaei, M., Pourmoghaddas, Z., Rajabi, F. y Sadeghi, M. (2011). Association of social support and coping strategies with acute coronary syndrome: A case-control study. *Journal of Cardiology*; 59: pp. 154-159.
- Sainz, F. M. M. (2009). Guía sobre estilos de vidasaludables. Asociación Nagusiak Mmartxan.

- Sánchez, B. J. (2009). Comportamiento de la mortalidad por cardiopatía isquémica en México en el periodo 2000-2007. *Gaceta Médica de México*; 145(5).
- Sánchez, S., Velasco, L., Rodríguez, R., & Baranda, J. (2006). Eficacia de un programa cognitivo-conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes médicamente enfermos. *Revista de investigación clínica*, 58(6), 540-546.
- Sanmiguel, D., Fornos, A. y Vicente, M (2010). Manejo farmacológico. En Fluixá, C. C. (coord) (2010). *Prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en atención primaria*. Pp. 20-45.
- Santos, S.J. (Ed). (2006). Manual para Padres de Niños con Cardiopatía Congénita. España: IMAGRAF S.L.
- Sarkar, U., Ali, S. y Whooley, M. (2007). Self-efficacy and health status in patients with coronary heart disease: findings from the heart and soul study. *Psychosom Med*; 69(4): pp. 306-312.
- Sauvage, L. (2003). Diga no a las enfermedades del corazón. Barcelona: Amot.
- Scharloo, M., Baatenburg de Jong, R., Langeveld, T., van Velzen-Verkaik, E., Doorn-op den Akker, M. Y Keptein, A. (2005). Quality of life and illness perception in patients with recently diagnosed head and neck cancer. *Head neck*; 27(10): pp. 857-863.
- Secretaría de Salud (2008). Programa de acción específico 2007-2012 Riesgo Cardiovascular. México: Secretaria de Salud.
- Secretaria de Salud (2015). Sobrepeso y obesidad. Recuperado de: http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=4034
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An Introduction. *American Psychologist*.
- Silva, F. C. y Agudelo, V. D. (2011). Creencias sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento como predictores de la calidad de vida en pacientes en rehabilitación cardiovascular. *Acta Colombiana de Psicología*; 14(1): pp. 47-60.
- Stephoe, A. y Molloy, J. G. (2007). Personality and heart disease. *Heart*; (93)7: pp. 783-784. DOI: 10.1136/hrt.2006.109355
- Suárez, F. C. (coord.)(2004). Protocolos de riesgo cardiovascular. Sociedad Española de Medicina.
- Sullivan, M., LaCroix, A., Russo, J. y Katon, W. (1998). Self-efficacy and Self-Reported Functional Status in Coronary Heart Disease: A Six-Month Prospective Study. *Psychosomatic Medicine*; 60:pp. 473-478.
- Talavera, P. A. (2012). Calidad de vida y afrontamiento a la descarga eléctrica en pacientes con desfibrilador automático implantable. Tesis de Licenciatura. UNAM
- Tásic, I., Lazarevic, G., Stonjanovic, M., Kostic, S., Rihter, M., Djordjevic, D, et al. (2013). (Abstract) Health-related quality of life in patients with coronary artery disease after coronary revascularization. *Central European Journal of Medicine*; 8(5): pp. 618-626.
- Texas Heart Institute (2014). Anatomía del corazón. Recuperado de: http://www.texasheart.org/HIC/Anatomy_Esp/anato_sp.cfm

- Thayer, J. F., Yamamoto S. S. y Brosschot J. F. (2009). The relationship of autonomic imbalance, heart rate variability and cardiovascular disease risk factors.
- Thomas R.J. Behavioral cardiology: where the heart and head meet. Business Briefing: US Cardiology 2006: 1-5.
- Toirac, N., Massip, T., y González, N. (2010). Prevalencia de factores de riesgo de cardiopatía isquémica en adultos mayores.
- Tortora, G. y Derrickson, B. (2006). *Principios de anatomía y fisiología*. Madrid: Médica Panamericana.
- Unantenne, N., Warren, N., Canaway, R. y Manderson, L. (2011). The strength to cope: spiritually and faith in chronic Disease. *Journal of Religion and Health*; 52: pp. 1147-1161.
- UNISDR (2009). Terminología sobre reducción de riesgo de desastres. Naciones Unidas.
- Unsar, S., Sut, N. y Durna, Z. (2007). Health-Related Quality of Life in Patients With Coronary Artery Disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*; 22(6): pp 501-507.
- Urzúa, M. A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*; 138(3): pp. 358-365.
- Valderrama, F. J., Botija, P., Fornos, A. (2010). Rehabilitación Cardíaca. En Fluixá, C. C. (coord) (2010). *Prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en atención primaria*. P.p. 64-76.
- Velázquez, M. O., Barinagarrementeria, A. F., Rubio, G. A., Verdejo, J., Méndez, B. M., Violante, R...Llora, E. A. (2007). Morbilidad y mortalidad de la enfermedad isquémica del corazón y cerebrovascular en México 2005. *Archivos de Cardiología de México*, 77(1),31-39.
- Villegas, C. A. (2012). Psicología de la salud: una aproximación al estudio de la percepción de la enfermedad en la adherencia a los padecimientos crónico degenerativos. Tesina de Licenciatura. UNAM
- Vinaccia, S. y Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas. *Diversitas*; 1(2).
- Watkins, L. L., Koch, G. G., Sherwood, A., Blumenthal, A. J., Davison, R. T., O'Connor, C., Sketch, M. (2013). Association of anxiety and depression with all-cause mortality in individuals with coronary heart disease.
- White, C., Haramati, L., Chen, J. Y Levsky, J. (2014). *Cardiac Imaging*. Oxford, University Press. pp 220-251.
- Wong, J. M., Sin, N. L. y Whooley, M. A. (2014). A comparison of cook-medley hostility subscales and mortality in patients with coronary heart disease: data from the heart and soul study. *Ppsychomatic Medicine*; 76(4): pp. 311-317. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000059.
- World Heart Federation (2013). Cardiovascular risk factors. Recuperado de: http://www.world-heart-federation.org/fileadmin/user_upload/documents/Fact_sheets/2012/PressBackgrounderApril2012Risk_Factors.pdf
- Yusuf, S., Reddy, S., Ôunpuu, S. Y Anand, S. (2001). Global burden of cardiovascular diseases. Part I: general considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. *Circulation*.

ANEXOS

ANEXO 1. Ficha de identificación

Datos Generales

Nombre completo: Edad:

Lugar de procedencia: Teléfono:

Fecha de nacimiento: Sexo: 1. Hombre 2. Mujer

Estado Civil: 1. Soltero(a) 2. Casado(a)/Unión libre 3. Viudo 4. Divorciado

Escolaridad:

- 1. Sabe leer y escribir
- 2. Primaria
- 3. Secundaria
- 4. Preparatoria/ carrera técnica
- 5. Licenciatura
- 6. Posgrado

Ocupación:

- 1. Hogar
- 2. Empleado
- 3. Comerciante
- 4. Profesionista
- 5. Jubilado/Pensionado

¿Cuánto tiempo lleva realizando esta actividad?

¿Qué tan satisfactorio es para ud?

- 1. Nada 2. Poco
- 3. Bastante 4. Totalmente

Religión:

- 1. Católica
- 2. Cristiana
- 3. Testigo de Jehová
- 4. Ninguna
- 5. Otra

En relación a su religión ¿Es creyente o practicante?

- 1. Creyente 2. Practicante 3. Ninguno

Desde que sabe que va a ser operado ¿disminuyó o aumentó su actividad religiosa?

- 1. Disminuyó 2. Se ha mantenido igual 3. Aumentó 4. No aplica

ANEXO 2. Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud⁴

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Las siguientes preguntas hacen referencia a su enfermedad cardíaca y a cómo podría afectar aspectos de su vida. Por favor complete las siguientes oraciones indicando la respuesta que mejor se aplique a usted.

1. Por favor indique con una X cuánto le ha limitado su enfermedad cardíaca (dificultad para respirar, dolor en el pecho, desmayos, sudoración, mareo, etc) en su habilidad para hacer las siguientes actividades en las **últimas dos semanas**.

Actividades:	1 Totalmente limitado	2 Muy limitado	3 Moderadamente limitado	4 Ligeramente limitado	5 Nada limitado	6 Limitado por otras razones o no hago esa actividad
a) Vestirse usted mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Bañarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Caminar una cuadra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Realizar quehaceres domésticos/ cargar su mandado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Subir varios escalones sin detenerse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Caminar rápido (como para alcanzar el camión)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Comparado con hace dos semanas, ¿han cambiado los síntomas de su enfermedad cardíaca (dificultad para respirar, dolor en el pecho, náuseas, sudoración, fatiga, etc)?

1. Empeorado mucho
 2. Empeorado ligeramente
 3. No han empeorado
 4. Mejorado ligeramente
 5. Mejorado mucho
 6. No he tenido ningún síntoma

3. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido dificultad para respirar, dolor en el pecho, náuseas, sudoración, fatiga, etc?

1. Todos los días
 2. Tres o más veces por semana
 3. Una a dos veces por semanas
 4. Nunca en las últimas dos semanas

⁴ Ramos, B., Figueroa, C., Alcocer, L. y Rincón S. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con insuficiencia cardíaca. *EN-CLAVES del pensamiento*; V(10): pp. 173-189.

<p>4. En las últimas dos semanas, ¿cuánto le ha molestado la sensación de mareos y/o náuseas? Ha sido fastidioso.</p>	<p>5. En las últimas dos semanas, ¿cuántas veces ha presentado dificultad para respirar, dolor en el pecho, náuseas, sudoración, fatiga y este hecho lo ha limitado para hacer lo que usted quiere?</p>
<p><input type="checkbox"/>1. Totalmente</p> <p><input type="checkbox"/>2. Mucho</p> <p><input type="checkbox"/>3. Moderadamente</p> <p><input type="checkbox"/>4. No he tenido ningún síntoma</p>	<p><input type="checkbox"/>1. Todo el tiempo</p> <p><input type="checkbox"/>2. Varias veces al día</p> <p><input type="checkbox"/>3. Por lo menos una vez al día</p> <p><input type="checkbox"/>4. Tres o más veces por semana (pero no todos los días)</p> <p><input type="checkbox"/>5. Una o dos veces por semana</p> <p><input type="checkbox"/>6. Nunca en las últimas dos semanas</p>
<p>6. ¿En las últimas 2 semanas, cuánto le ha molestado la dificultad para respirar (disnea)? Ha sido fastidioso.</p>	<p>7. ¿En las últimas 2 semanas, en promedio, cuántas veces se ha sentido limitado en su forma de hacer lo que usted quería a causa de los desmayos (Síncope)?</p>
<p><input type="checkbox"/>1. Totalmente</p> <p><input type="checkbox"/>2. Mucho</p> <p><input type="checkbox"/>3. Moderadamente</p> <p><input type="checkbox"/>4. Ligeramente</p> <p><input type="checkbox"/>5. No he tenido ningún síntoma</p>	<p><input type="checkbox"/>1. Todo el tiempo</p> <p><input type="checkbox"/>2. Varias veces al día</p> <p><input type="checkbox"/>3. Por lo menos una vez al día</p> <p><input type="checkbox"/>4. Tres o más veces por semana (pero no todos los días)</p> <p><input type="checkbox"/>5. Una o dos veces por semana</p> <p><input type="checkbox"/>6. Nunca en las últimas dos semanas</p>
<p>8. ¿En las últimas 2 semanas, cuánto le ha molestado el dolor en el pecho? Ha sido fastidioso</p>	<p>9. ¿En las últimas 2 semanas, en promedio, cuántas veces se ha visto forzado a modificar su estilo de vida, debido a los síntomas de su enfermedad?</p>
<p><input type="checkbox"/>1. Totalmente</p> <p><input type="checkbox"/>2. Mucho</p> <p><input type="checkbox"/>3. Moderadamente</p> <p><input type="checkbox"/>4. Ligeramente</p> <p><input type="checkbox"/>5. No he tenido ningún síntoma</p>	<p><input type="checkbox"/>1. Todos los días</p> <p><input type="checkbox"/>2. Tres o más veces por semana (pero no todos los días)</p> <p><input type="checkbox"/>3. Una a dos veces por semana</p> <p><input type="checkbox"/>4. Nunca en las dos semanas</p>
<p>10. Los síntomas de la enfermedad cardíaca pueden empeorar por varias razones, ¿Qué tan seguro está de saber qué hacer, o a quién llamar si su enfermedad cardíaca empeora?</p>	<p>11. ¿Qué tanto sabe sobre las cosas que tiene que hacer para controlar su enfermedad cardíaca.</p>
<p><input type="checkbox"/>1. Totalmente inseguro</p> <p><input type="checkbox"/>2. Muy inseguro</p> <p><input type="checkbox"/>3. Algo seguro</p> <p><input type="checkbox"/>4. Muy seguro</p> <p><input type="checkbox"/>5. Totalmente seguro</p>	<p><input type="checkbox"/>1. No sé nada en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/>2. No sé mucho</p> <p><input type="checkbox"/>3. Sé algo</p> <p><input type="checkbox"/>4. Conozco varias cosas</p> <p><input type="checkbox"/>5. Lo sé todo</p>

12. ¿En las últimas 2 semanas, qué tanto se ha sentido limitado para disfrutar la vida debido a su enfermedad cardíaca?	13. ¿Cómo le hace sentir el hecho de saber que tiene una enfermedad cardíaca?
<input type="checkbox"/> 1. Totalmente <input type="checkbox"/> 2. Mucho <input type="checkbox"/> 3. Moderadamente <input type="checkbox"/> 4. Ligeramente <input type="checkbox"/> 5. No me ha limitado disfrutar de la vida	<input type="checkbox"/> 1. Insatisfecho <input type="checkbox"/> 2. De algún modo satisfecho <input type="checkbox"/> 3. Moderadamente satisfecho <input type="checkbox"/> 4. La mayor parte del tiempo satisfecho <input type="checkbox"/> 5. Completamente satisfecho
14. ¿En las últimas 2 semanas, con qué frecuencia se ha sentido desalentado o deprimido debido a su enfermedad cardíaca?	
<input type="checkbox"/> 1. Todo el tiempo <input type="checkbox"/> 2. La mayor parte del tiempo <input type="checkbox"/> 3. Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 4. Nunca	

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

Actividades:	1 Totalmente limitado	2 Muy limitado	3 Moderadamente limitado	4 Ligeramente limitado	5 Nada limitado	6 No aplica o no lo hice
a) Los pasatiempos ya actividades recreativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Trabajar o realizar quehaceres domésticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Actividades:	1 Totalmente limitado	2 Muy limitado	3 Moderadamente limitado	4 Ligeramente limitado	5 Nada limitado	6 No aplica o no lo hice
a) Visitar a familia o amigos fuera de su casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Relaciones cercanas con sus amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cuántos puentes le van a realizar? 1 2 3 4 No sé

ANEXO 3. Escala de Autoeficacia Cardíaca⁵

AUTOEFICACIA CARDÍACA

Instrucciones: Considerando su enfermedad, conteste las siguientes preguntas evaluando qué tan seguro de saber o poder realizar lo que se menciona.

¿Qué tan seguro se siente de saber o poder...	0. Nada Seguro	1. Algo Seguro	2. Moderada mente Seguro	3. Muy Seguro	4. Totalmente Seguro	No aplica
1. Controlar el dolor en su pecho al cambiar sus niveles de actividad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Controlar la falta de aire al cambiar sus niveles de actividad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Controlar el dolor en su pecho al tomar sus medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Controlar la falta de aire al tomar sus medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. En qué momento llamar o visitar al doctor con relación a su enfermedad cardíaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hacerle entender a su médico las preocupaciones que usted tiene acerca de su enfermedad cardíaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Cómo tomar sus medicamentos para el corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Cuánta actividad física es buena para usted/ puede realizar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mantener sus actividades sociales habituales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mantener sus actividades habituales en casa con su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mantener sus actividades habituales en el trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mantener sus actividades sexuales habituales con su pareja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Hacer ejercicio aeróbico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁵ Sullivan, M., LaCroix, A., Russo, J. y Katon, W. (1998). Self-efficacy and Self-Reported Functional Status in Coronary Heart Disease: A Six-Month Prospective Study. *Psychosomatic Medicine*; 60:pp. 473-478.

ANEXO 4. Cuestionario Breve de Percepción de Enfermedad⁶

PERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD

Instrucciones: Por favor, responda las siguientes preguntas seleccionando el número que mejor represente su opinión.

<p>1. ¿Cuánto afecta su enfermedad cardíaca a su vida?</p> <p><input type="checkbox"/>0. Nada <input type="checkbox"/>1. Poco <input type="checkbox"/>2. Bastante <input type="checkbox"/>3. Totalmente</p>
<p>2. ¿Cuánto cree usted que durará su enfermedad cardíaca?</p> <p><input type="checkbox"/>0. Muy poco tiempo <input type="checkbox"/>1. Poco tiempo <input type="checkbox"/>2. Mucho tiempo <input type="checkbox"/>3. Para siempre</p>
<p>3. ¿Cuánto control siente usted que tiene sobre su enfermedad cardíaca?</p> <p><input type="checkbox"/>3. Ningún control <input type="checkbox"/>2. Poco control <input type="checkbox"/>1. Bastante control <input type="checkbox"/>0. Control total</p>
<p>4. ¿En qué medida cree usted que su tratamiento ayuda a mejorar su enfermedad cardíaca?</p> <p><input type="checkbox"/>3. Nada <input type="checkbox"/>2. Poco <input type="checkbox"/>1. Bastante <input type="checkbox"/>0. Completamente</p>
<p>5. ¿En qué medida siente usted síntomas debidos a su enfermedad cardíaca?</p> <p><input type="checkbox"/>0. Ningún síntoma <input type="checkbox"/>1. Pocos síntomas <input type="checkbox"/>2. Bastantes síntomas <input type="checkbox"/>3. Muchos síntomas</p>
<p>6. ¿En qué medida está usted preocupado por su enfermedad cardíaca?</p> <p><input type="checkbox"/>0. Nada <input type="checkbox"/>1. Poco <input type="checkbox"/>2. Bastante <input type="checkbox"/>3. Completamente</p>
<p>7. ¿En qué medida siente usted que entiende su enfermedad cardíaca?</p> <p><input type="checkbox"/>3. No la entiendo nada <input type="checkbox"/>2. La entiendo poco <input type="checkbox"/>1. La entiendo bastante <input type="checkbox"/>0. La entiendo completamente</p> <p style="text-align: center;">aunque tengo dudas</p>
<p>8. ¿En qué medida le afecta emocionalmente su enfermedad cardíaca?</p> <p><input type="checkbox"/>0. No me afecta <input type="checkbox"/>1. Me afecta poco <input type="checkbox"/>2. Me afecta bastante <input type="checkbox"/>3. Me afecta totalmente</p>
<p>9. Por favor mencione en orden de importancia tres factores que causaron su enfermedad:</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p>

⁶ Broadbent, E., Petrie, J. K., Main, J. y Weinman, J (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*; 60: pp. 631-637.

ANEXO 5. Consentimiento Informado

Carta de consentimiento informado

Yo _____ otorgo mi consentimiento para participar como voluntario(a) en una investigación para identificar las emociones y los pensamientos que se presentan al ser programado a una intervención quirúrgica cardiaca.

Como parte de esta investigación, contestaré algunos cuestionarios relacionados con el objetivo del mismo.

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

Estoy de acuerdo en que los terapeutas que realizan este protocolo en el hospital, se pongan en contacto conmigo, cada vez que tenga cita para revisión médica.

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

FIRMA DEL PACIENTE: -

FAMILIAR

NOMBRE: _____ **FIRMA:** _____

PARENTESCO: _____ **TELÉFONO:** _____ **FECHA:** _____

FIRMA: _____