



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

RELACIÓN DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN CON LA CALIDAD DE  
VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: EL ROL MEDIADOR DEL  
OPTIMISMO DISPOSICIONAL EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA  
ISQUÉMICA

**T E S I S**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

**FLORES MENDOZA JESSICA BERENICE**

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: DR. SANTIAGO RINCÓN SALAZAR

COMITÉ: DR. JOSÉ LUIS ACEVES CHIMAL

DRA. FABIOLA ITZEL VILLA GEORGE

LIC. ENRIQUETA CECILIA RUEDA BOLAÑOS

LIC. ANA KAREN TALAVERA PEÑA

PROYECTO FINANCIADO POR EL CONACYT: SALUD-2013-01-201124

Ciudad de México

OCTUBRE 2016



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.

<b>ÍNDICE</b>	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES GENERALES</b>	2
1.1 Psicología Positiva.....	2
1.2 Psicología de la Salud.....	3
1.3 Cardiología Conductual.....	4
<b>CAPÍTULO 2: SISTEMA CARDIOVASCULAR Y CARDIOPATÍA ISQUÉMICA</b>	5
2.1 Anatomía y fisiología del corazón.....	5
2.2 Cardiopatía Isquémica.....	7
2.3 Patogenia de la cardiopatía isquémica.....	9
2.4 Manifestaciones clínicas.....	10
<b>CAPÍTULO 3: FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA</b>	13
3.1 Ansiedad y Depresión.....	14
3.2 Optimismo disposicional.....	15
3.3 Calidad de Vida Relacionada con la Salud.....	18
<b>CAPÍTULO 4: MEDIACIÓN Y MODERACIÓN EN ENFERMEDADES CRÓNICAS</b>	19
4.1 Calidad de vida y ansiedad generalizada.....	21
4.2 Calidad de vida relacionada con la salud y el Optimismo disposicional en enfermos renales crónicos.....	22
4.3 Calidad de vida, optimismo disposicional, ansiedad, depresión, autoeficacia y apoyo social percibido en pacientes con insuficiencia renal crónica.....	23
4.4 Calidad de vida relacionada con la salud y la Depresión en adultos con diabetes Mellitus tipo II.....	24
4.5 Calidad de vida, ansiedad, depresión y optimismo disposicional en pacientes con lupus eritematoso sistémico.....	24
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	26
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	27
<b>OBJETIVO</b> .....	28
<b>MÉTODO</b> .....	29
<b>RESULTADOS</b> .....	37

<b>DISCUSIÓN</b> .....	47
<b>CONCLUSIONES</b> .....	50
<b>REFERENCIAS</b> .....	51
<b>ANEXOS</b> .....	60

## ÍNDICE DE TABLAS

**Tabla 1.** Distribución de pacientes de acuerdo a sus características demográficas (pág.37)

**Tabla 2.** Niveles de Ansiedad de la muestra de pacientes con Cardiopatía Isquémica (pág.38)

**Tabla 3.** Niveles de Depresión de la muestra de pacientes con Cardiopatía Isquémica (pág.38)

**Tabla 4.** Estadísticos descriptivos de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (pág. 39)

**Tabla 5.** Estadísticos descriptivos del Optimismo disposicional (pág. 40)

**Tabla 6.** Estadístico de fiabilidad de los instrumentos utilizados (pág. 41)

**Tabla 7.** Correlación del Optimismo Disposicional (OD), Ansiedad y depresión con parámetros de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) (pág. 42)

**Tabla 8.** Correlación del Optimismo Disposicional (OD) con Ansiedad y Depresión (pág. 43)

**Tabla 9.** Modelo 1 Optimismo disposicional como variable explicativa sobre la relación Ansiedad y CVRS (pág. 43)

**Tabla 10.** Modelo 2 Optimismo disposicional como variable explicativa sobre la relación Depresión y CVRS (pág. 45)

## ÍNDICE DE FIGURAS

**Figura 1.** Esquema del corazón (pág.7)

**Figura 2.** Esquema de la aterosclerosis (pág.8)

**Figura 3.** Distribución del dolor en CI (pág.10)

**Figura 4.** Modelo de la función mediadora de una tercera variable. (pág.19)

**Figura 5.** Modelos de la función moderadora de una tercera variable (pág.20)

**Figura 6.** Categorías generales de niveles de Ansiedad en pacientes con Cardiopatía Isquémica (pág.38)

**Figura 7.** Categorías generales de niveles de Depresión (pág.39)

**Figura 8.** Dominios de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en percentiles (pág. 40)

**Figura 9.** Porcentaje de las categorías del Optimismo disposicional (pág. 41)

**Figura 10.** Modelo 1 Porcentaje de la varianza de la relación entre Ansiedad y Calidad de Vida Relacionada con la Salud explicada por el Optimismo disposicional (pág. 44)

**Figura 11.** Modelo 2 Porcentaje de la varianza de la relación entre Depresión y Calidad de Vida Relacionada con la Salud explicada por el Optimismo disposicional (pág. 46)

## DEDICATORIA

*"El amor es sufrido, es benigno; el amor no tiene envidia, el amor no es jactancioso, no se envanece; no hace nada indebido, no busca lo suyo, no se irrita, no guarda rencor; no se goza de la injusticia, mas se goza de la verdad. Todo lo sufre, todo lo cree, todo lo espera, todo lo soporta. El amor nunca deja de ser..."*

***Es para mí un honor dedicar esta tesis al AMOR, a mi DIOS, porque gracias a él y con él, yo SOY.***

## AGRADECIMIENTOS

Aquí se escribe un sueño, una bella e intrépida Odisea inmarcesible, de la cual doy gracias primeramente a mi DIOS por haberme permitido culminar esta carrera tan brillante, hermosa y llena de aprendizajes. Un día alguien me compartió esta promesa ***"Mira que te mando que te esfuerces y seas valiente, no temas ni desmayes porque yo el Señor tu Dios estaré contigo a donde quiera que vayas. Josué 1:9"*** y ahora soy testigo de que gracias a él fue posible este bello sueño.

Quiero Agradecer a mis queridos padres, a ti ***mamá Bety*** por haberme formado como una mujer valiente, fuerte, resiliente e irrompible, por haberme inspirado dese niña con la siguiente frase, que ahora comprendo así: ***"Tú eres tu propio límite y para lo imposible sólo falta un poco más"***, gracias por haberme mostrado un camino empedrado porque ahora a través de él construyo un castillo perenne y fuerte. Gracias a ti mi querido ***papá Daniel***, por haber grabado en mi corazón el temor a Dios e inculcado valores como el amor, la constancia, perseverancia, fidelidad, responsabilidad y honestidad, agradezco la fortaleza y templanza que sembraste en mi corazón con tus enseñanzas, porque ahora estoy segura que aun cuando llegaré a la vejez no me apartaré de ellas. Ustedes mis queridos padres son la bendición más bonita de mi vida y estoy orgullosa de ser su hija. Agradezco a mis ***hermanitos Dany y Joshua*** porque fueron inspiración a mi vida y un pilar importante para culminar este sueño. ***Los AMO a ustedes mi familia.***

Agradezco a mi ***abuelita Irlanda Piña*** y a mi ***abuelita Gloria Estrada*** por haberme brindado muchas enseñanzas en pro de mi bienestar e integridad, por procurar mi espiritualidad y mostrarme la virtud de ser un agente de cambio y una linda ser humana a través de su ejemplo.

También quiero agradecer a las flores más bellas de mi vida, a mis queridas tías ***Flor, Esmeralda y Janeth*** las cuales desde niña me brindaron su apoyo

incondicional para poder llegar hasta aquí, es una bendición y fortuna ser su sobrina y tenerlas en mi corazón.

Un día una querida Maestra angelita y estimada amiga me compartió lo siguiente: ***“La Sabiduría es tener sueños bastante grandes como para no perderlos de vista mientras se persiguen”*** lo cual se convirtió en el motor de mis sueños y ahora te agradezco a ti ***Mary Santillán*** por haber confiado en mí y procurado el lema que me mueve a tener siempre un sueño en mi mente y corazón.

Quiero agradecer también a ***Alain Santiago*** por no colgarse el título de amigo pues no tengo palabras para agradecer todo lo que hiciste por mí, tú fuiste mi maestro y mi guía académica, te mereces mi respeto y más grande admiración porque gracias a ti este sueño se tejió, me inspiraste para poder atreverme a proponer y desarrollar este trabajo y ahora soy feliz por haberlo logrado.

Así mismo quiero agradecer a dos incondicionales amigas que estuvieron desde el principio de este sueño y además de motivarme, me ayudaron para no rendirme y a pesar de las dificultades fueron un sostén importante en mi vida, gracias a ustedes mis estimadas amigas ***Mariana Ávila, Diana Álvarez, Lupita Paz y Berenice Yañez,*** a ustedes les dedico la siguiente frase de mi estimado ***Shakespeare*** ***“Estamos diseñados del mismo material del que tejemos nuestros sueños”***.

***De manera muy especial y decorosa*** quiero agradecer al ***Dr. José Luis Aceves Chimal,*** por haberme brindado su apoyo académico al enseñarme a hacer investigación, por haberme dado la oportunidad de participar en el CMN 20 de Noviembre y haberse convertido en mi tutor y modelo a seguir, a usted le agradezco tanto por haberme levantado en el momento crucial de este sueño y mostrado que hay segundas oportunidades para ser mejor, espero algún día poder tener el privilegio de devolverle a alguien lo que usted hizo por mí.

También quiero agradecer a mi estimado ***Director Santiago Rincón Salazar,*** por haberme instruido metodológicamente y enseñarme a hacer las cosas con cuidado y dedicación, así como a la ***Dra. Fabiola Itzel Villa George,*** a la ***Lic. Enriqueta Cecilia Rueda Bolaños*** y a la ***Lic. Ana Karen Talavera Peña*** por el tiempo que me brindaron en apoyo a la elaboración y revisión del presente trabajo, a ustedes les dedico la siguiente frase: ***“Los pequeños detalles siempre, siempre son los más importantes”***

Quiero agradecer al ***Dr. Carlos Gonzalo Figueroa López*** y a la ***Dra. Bertha Ramos del Río,*** por haberme dado la oportunidad de conocer a la Psicología clínica y de la Salud, la Cardiología conductual y Psicología positiva porque si no hubiera sido por ustedes, no me hubiera enamorado de estas áreas y líneas de

investigación. Así mismo quiero reconocer y agradecer al Programa de Psicología de la Salud conformado por compañeros como **Alan, Eduardo, Yanin, Melina, Rocío, Tala, Citlali y Víctor** pues fue una experiencia extraordinaria estar con ustedes, la cual me llevo a identificar y reconocer áreas de oportunidad para mi formación profesional como psicóloga y como persona, a ustedes les dedico esta frase **“... y al final el amor que recibes es igual al amor que das”**.

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (**CONACYT**) en la culminación de mis estudios de Licenciatura y en la elaboración de este trabajo de investigación, con el programa “Preparación psicológica para procedimientos invasivos en cardiopatía isquémica” **SALUD-2013-01-201124**.

***“Si lo puedes soñar lo puedes lograr” Walt Disney***

***Porque***

***“Todo lo puedo en Cristo que me fortalece Filipenses 4:13”***.

## RESUMEN

La cardiopatía isquémica constituye una de las primeras causas de morbimortalidad en México y como enfermedad crónica degenerativa, repercute en la disminución de la calidad de vida y bienestar psicológico del individuo. El objetivo del presente estudio fue analizar el efecto mediador en términos de varianza explicada del optimismo disposicional en la relación que presentan la ansiedad y la depresión con la calidad de vida relacionada con la salud en una muestra de 54 pacientes de  $63 \pm 9$  años de edad con diagnóstico de cardiopatía isquémica, atendidos en el Servicio de Cirugía Cardiorácica del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE. Mediante un diseño analítico, transversal retrospectivo se evaluó la ansiedad y la depresión, con la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS), la calidad de vida relacionada con la salud con el cuestionario (CVRS) y el optimismo disposicional con el Test de Orientación Vital-Revisado (LOT-R). Con análisis de regresión lineal múltiple, se determinó el rol mediador que el optimismo disposicional podría desempeñar sobre la relación ansiedad, depresión y CVRS. En el primer modelo 20.97% de la varianza de la relación entre Ansiedad y CVRS se explicó por el Optimismo disposicional, pues de una  $\beta = -.348$  se pasó a  $\beta = -.275$ . Por su parte en el segundo modelo, 11.47% de la varianza de la relación entre Depresión y CVRS se explicó por el Optimismo disposicional, de una  $\beta = -.523$  se pasó a  $\beta = -.463$ . Ambos modelos predijeron una CVRS alta. Estos resultados señalan que los pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica, presentan optimismo disposicional alto, lo cual les permite percibir una alta calidad de vida relacionada con la salud ante la presencia de sintomatología ansiosa depresiva.

**Palabras clave:** Optimismo disposicional, Ansiedad, Depresión, Calidad de Vida Relacionada con la Salud, Cardiopatía isquémica.

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la primera causa de morbimortalidad en los países industrializados, determinando más del 45% de todos los fallecimientos acaecidos después de los 65 años. Son, además, la segunda causa de deterioro funcional y de pérdida de independencia y se han posicionado como la principal causa de muerte en el mundo, ya que cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa. En 2012 la tasa global de mortalidad por ECV en mayores de 65 años fue de 21,17/1.000 habitantes, de 0,55/1.000 habitantes para enfermedad hipertensiva, de 5,2/1.000 habitantes para cardiopatía isquémica (CI) y de 7,02/1.000 habitantes para enfermedad cerebrovascular (OMS, 2013).

En el mundo, cada 4 segundos ocurre un infarto agudo de miocardio y cada 5 segundos un evento vascular cerebral. En México, durante 2010, en la población adulta (20-69 años) se identificaron más de 17 millones de hipertensos, más de 14 millones de dislipidémicos, más de 6 millones de diabéticos, más de 35 millones de adultos con sobrepeso u obesidad y más de 15 millones con grados variables de tabaquismo, de los cuales, poco más de 87 mil personas murieron a causa de alguna enfermedad del corazón, afectando principalmente a la población de 65 años y más (INEGI, 2011). En el 2006, la cardiopatía isquémica en México tuvo una tasa de defunciones de 51.3 muertes por 100 mil habitantes, constituyendo un importante problema de salud pública (Secretaría de Salud, 2008). Se calcula que en 2008 murieron 17.3 millones de personas por ECV, lo cual representa un 30% de todas las muertes registradas. Se prevé que en el año 2030 morirán cerca de 23,3 millones de personas por esta causa (Velázquez, et al. ,2007; OMS, 2013). En América Latina y el Caribe las ECV han ocasionado el 31% del total de las defunciones, de las cuales el 10.9% corresponden a enfermedades isquémicas del corazón (Secretaría de Salud, 2001; Di Cesare, 2011).

Al escudriñar el presente trabajo de investigación se podrá conocer una gama de aportaciones científicas que den sustento a los modelos explicativos propuestos, así como los resultados obtenidos de los mismos.

# 1. ANTECEDENTES GENERALES

## 1.1 Psicología positiva

Históricamente la psicología ha concentrado su preocupación en enfermedades mentales, en problemas psicoemocionales y psicosociales que afectan al hombre, sin relevar necesariamente las características positivas del ser humano (Seligman y Gilham, 1999; Kholer, 2004; Cuadra y Florenzano, 2003), limitando el estudio del hombre en su aspecto integral. Sin embargo, el último tiempo, desde una mirada más humanista, se ha instado a los profesionales de la psicología a detenerse a estudiar las características más positivas de las personas, entendiendo que éstas permitirían no concentrarse sólo en lo negativo de los seres humanos (reduccionismo) y a su vez, que son las emociones positivas aquellas que permitirían potenciar la prevención de patologías psicoemocionales (Vera, 2006).

Es así que surge la psicología positiva, que es una rama de la psicología cuyo objeto de estudio son las características positivas como el optimismo, la alegría, el sentido del humor, la creatividad, la esperanza, la certidumbre, la confianza, etcétera, que permiten dar cuenta, que éstas son una realidad de los seres humanos y que, por lo tanto, merecen ser estudiadas científicamente para explicar cómo actúan en las personas y cómo se puede alcanzar la felicidad. (Pardina 1999, citado en Kholer, 2004).

La misión de esta rama psicológica es la de potenciar a las personas y sociedades a que prosperen sin centrarse sólo en lo patológico (Padrós, 2002). Seligman (1998, citado en Vera, 2006), acuñó el término “*Psicología Positiva*” para dar cuenta de aquella corriente de la psicología, que como ya se señaló en el párrafo anterior, promueve el rescate de las cualidades de los seres humanos, por sobre la negación de éstas. La psicología positiva debe ser concebida como una rama de la psicología que busca entender, a través de investigaciones científicas, los procesos a la base de las emociones positivas de los seres humanos (Vera, 2006). La premisa tras estos estudios es que éstas permitirán enfrentar de forma más saludable situaciones cotidianas a través de la adquisición de estrategias que permiten vivir sintiéndose saludable psíquica y físicamente.

## 1.2 Psicología de la salud

El área de Psicología de la Salud surgió a finales de los 70's como resultado del interés en la interrelación entre la vida emocional y los procesos corporales dando lugar a la medicina psicosomática basada en la Medicina y Psicoanálisis, posteriormente la Medicina Conductual demuestra que los eventos psicológicos - principalmente las emociones- tienen influencia sobre las funciones corporales encontrando así el vínculo entre la mente y el cuerpo.

En sus inicios se basaba en cuatro suposiciones básicas: a) que la conducta es un factor de riesgo, b) la modificación del comportamiento reduce el riesgo para la salud, c) el comportamiento se puede modificar y d) las intervenciones pueden resistir un análisis de costo/eficacia.

Sarafino (1994) enfatiza cuatro metas de la Psicología de la Salud: 1) promoción y mantenimiento de la salud, 2) prevención y tratamiento de la enfermedad, 3) detección de la enfermedad y 4) Rehabilitación.

Taylor (2007) señala que el principal interés del psicólogo de la salud son los aspectos psicológicos de la promoción y mantenimiento de la salud así como los factores psicosociales que contribuyen a la salud y enfermedad, por lo que es indispensable que su formación se adapte a teorías y métodos dirigidos a la labor en los sistemas de salud.

En la formación de los psicólogos de la salud se deben incluir los siguientes aspectos:

1. Formación que incluya conocimientos de evaluación e intervención comportamental.
2. Epidemiología.
3. Anatomía, fisiología y psicofisiología.
4. Farmacología (tratamientos del dolor y el estrés).
5. Intervenciones médico-quirúrgicas de diversas enfermedades.

6. Instrumentos en el área de registro de datos psicofisiológicos y técnicas de evaluación.
7. Biofeedback
8. Aspectos clínicos generales respecto a los pacientes-médicos
9. Neuropsicología (Schwartz & Weiss, 1978 en Rodríguez, 2010).

### **1.3 Cardiología conductual**

En la actualidad, una de las principales enfermedades crónicas que conllevan una baja en la calidad de vida son las enfermedades cardiovasculares que ocupan un lugar muy importante en la mortalidad en México. El INEGI (2008) reportó que en el año 2007 el 33.2% de la población murió a causa de enfermedades del corazón, ubicándose como la primer causa de defunciones en nuestro país. Así mismo, que en la población adulta de México existen más de 17 millones de hipertensos, más de 14 millones de dislipidémicos (personas que tienen alguna alteración del metabolismo de los lípidos), más de seis millones de diabéticos, más de 35 millones de adultos con sobrepeso u obesidad y más de 15 millones con grados variables de tabaquismo todos ellos relacionados con la enfermedad isquémica.

Por lo tanto, las enfermedades cardiacas se han convertido en un tema de relevancia para los especialistas en salud surgiendo así la Cardiología Conductual que une la labor de cardiólogos y psicólogos quienes han hecho notar que los factores biológicos no son los únicos factores de riesgo sino que existen los factores psicosociales que afectan directamente al corazón, principalmente el estrés, depresión, ansiedad y algunos patrones de comportamiento (Figuroa, Domínguez, Ramos & Alcocer, 2009).

## 2. SISTEMA CARDIOVASCULAR Y CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

El sistema cardiovascular se compone por los vasos sanguíneos (arterias, venas y capilares), vasos linfáticos y el corazón. Es el encargado de transportar la sangre a los distintos tejidos del organismo, por medio de la cual aporta oxígeno, sustancias nutritivas, hormonas y otros elementos necesarios para el correcto funcionamiento de las células, órganos y sistemas del cuerpo. De igual forma recoge el dióxido de carbono y los desechos producidos por las células para que sean eliminados (Santos, 2006).

### 2.1 Anatomía y fisiología del corazón

El corazón es la bomba que impulsa la sangre a los vasos para llevarla hacia los órganos, tejidos y células del organismo. Está situado en el tórax, por encima del diafragma, músculo que separa las cavidades torácica y abdominal; a ambos lados de él están los pulmones. Cada día el corazón late de 100 mil a 200 mil veces y su peso varía según la edad, el tamaño (parecido al de un puño cerrado) y el propio peso de la persona. Así se considera que en hombres oscila entre 250-350 gr y 200-300gr en mujeres (Ballesteros, 2009; Tortora y Derrickson, 2006). El corazón se compone de endocardio (la capa de células que recubre por dentro las cavidades cardíacas), miocardio (músculo que permite ejercer la función de bomba) y pericardio (la capa celular que envuelve el corazón por fuera). De igual forma consta de cuatro cavidades: dos en el lado derecho y dos en el lado izquierdo, es por esto que se habla de un corazón derecho y otro izquierdo. Las cavidades situadas en la parte superior se denominan *aurículas*, y las dispuestas en la parte inferior *ventrículos*. En un funcionamiento normal las aurículas se comunican con los ventrículos por medio de válvulas, las cuales se aseguran de que la sangre fluya en una sola dirección; la sangre llega a las aurículas las cuales la bombean por medio de las válvulas hacia los ventrículos y posteriormente a todo el cuerpo (Sauvage, 2003).

De acuerdo a Santos (2006) el corazón se encarga de realizar dos tipos de circulación de sangre:

1. Circulación mayor (sistémica): sale del corazón 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): lleva la sangre hacia los pulmones para la oxigenación y eliminación de CO<sub>2</sub>.

Al igual que los demás tejidos del cuerpo, el músculo cardíaco necesita sangre rica en oxígeno para funcionar, y requiere desechar la sangre a la que se ha extraído el oxígeno; para ello el miocardio posee su propia red de vasos sanguíneos: la *circulación coronaria*, la cual se compone de dos arterias principales (derecha e izquierda) que nacen de la aorta ascendente y rodean al corazón, como una corona que rodea la cabeza. La sangre fluye fácilmente de las arterias coronarias hacia los capilares y las venas coronarias cuando el corazón se relaja; contrario a cuando el corazón se contrae, ocasionando un bajo flujo de sangre (Tortora et al., 2006).

Con base en Berridge (2008), las arterias principales van por la superficie del corazón y, progresivamente, se van ramificando en otras más pequeñas que penetran en el músculo cardíaco para llevar sangre a todas las células y puedan realizar su adecuado funcionamiento.

La arteria coronaria izquierda tiene dos ramas adicionales para llevar la sangre al músculo cardíaco:

- *Rama descendente anterior izquierda (rama interventricular anterior)* se ubica en el surco interventricular anterior y provee de sangre oxigenada a las paredes de ambos ventrículos.
- *Rama circunfleja*: recorre el surco coronario y distribuye sangre oxigenada a las paredes del ventrículo y la aurícula izquierda.

Por otra parte, la arteria coronaria derecha, tiene las siguientes ramas:

- *Rama interventricular posterior (descendente posterior)*: discurre por el surco interventricular posterior y provee de oxígeno a las paredes de ambos ventrículos.

- *Rama marginal*: ubicada en el surco coronario y transporta sangre oxigenada al miocardio del ventrículo derecho.

De acuerdo con Tortora (et al., 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 miocardio reciba el oxígeno necesario para su funcionamiento (Ver figura 1).

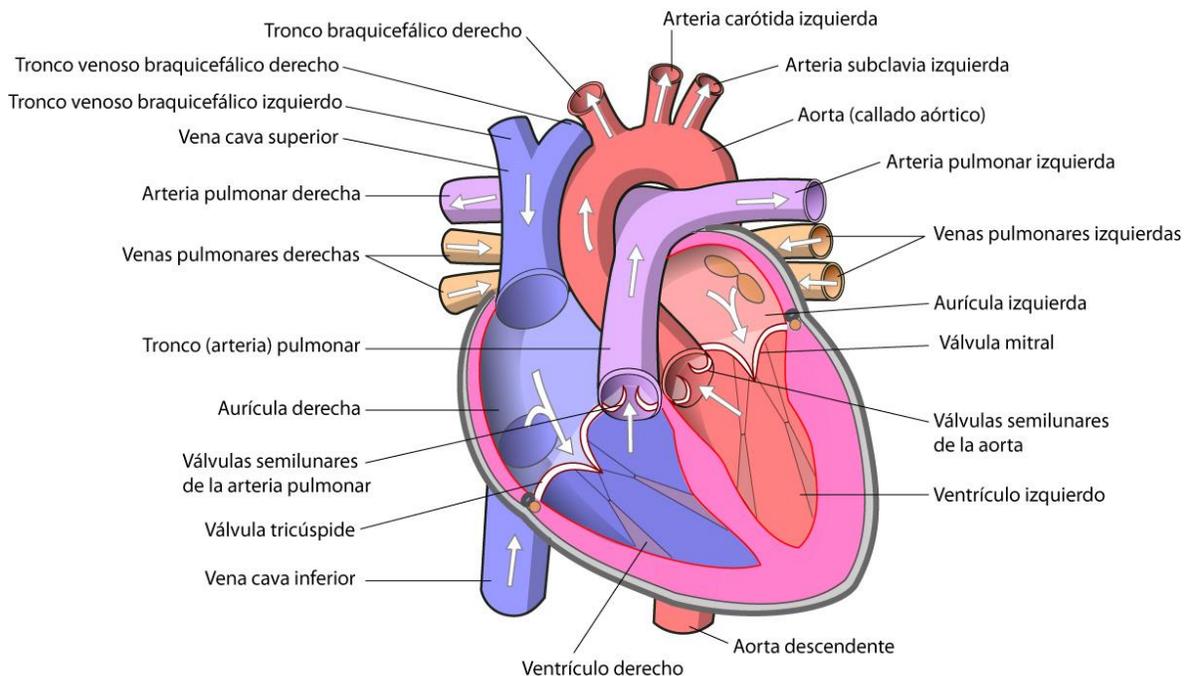


Figura 1. Esquema del corazón

## 2.2 Cardiopatía isquémica

La cardiopatía isquémica (CI), 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 (Tortora et al., 2006).

La cardiopatía isquémica se ha convertido en un importante problema de salud en el mundo, ya que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) en el año 2008, esta enfermedad se posicionó como la primer causa de muerte, ocasionando 12.8% del total de las defunciones.

En México, de acuerdo a Sánchez (2009) la CI cobró la vida de 397 934 individuos en el lapso 2000-2007. Este último año reportó la más alta tasa de defunciones con 51.5 muertes, afectando principalmente a los hombres.

La causa más frecuente de la cardiopatía isquémica es la aterosclerosis (Ver figura 2), 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, ocasionando una angina de pecho, un infarto agudo de miocardio o la muerte súbita (Marrupe, 2009; Tortora, et al., 2006).

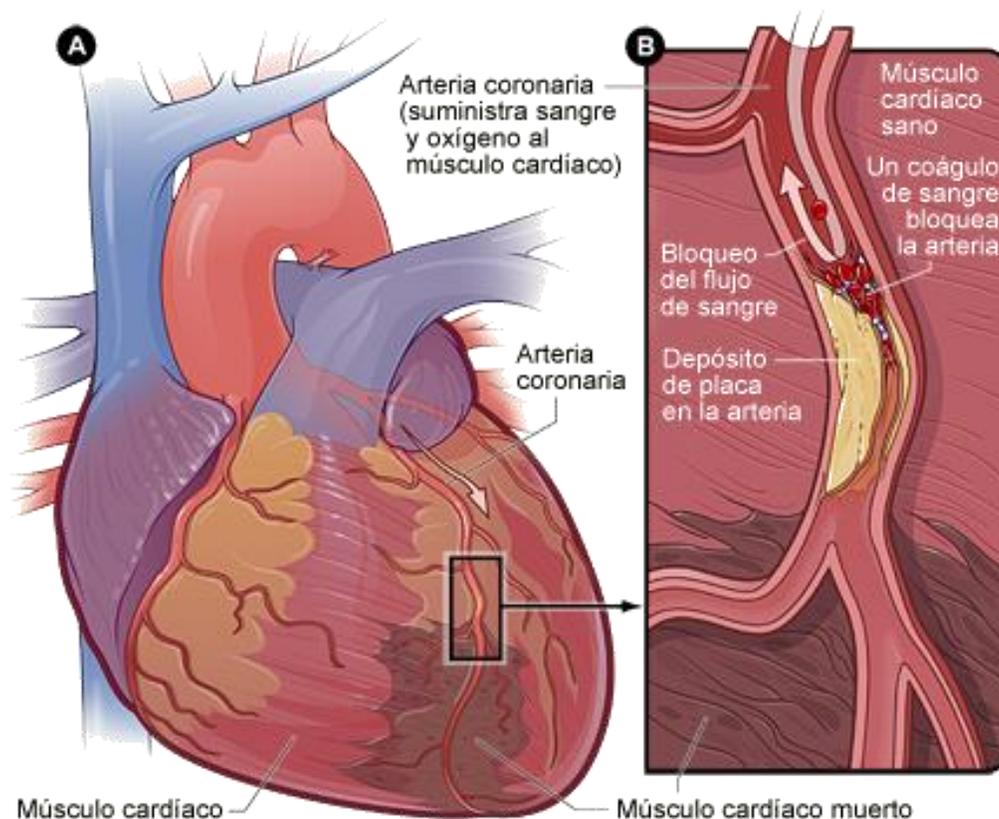


Figura 2. Esquema de la aterosclerosis

Las personas diagnosticadas con una enfermedad cardíaca y/o que sobrevive a un evento cardíaco, 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). 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, 2006).

### **2.3 Patogenia de la Cardiopatía isquémica**

En la actualidad y a partir de los años 90, la cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte en adultos mayores de 40 años en nuestro país. La ruptura de la placa aterosclerótica y la consecuente trombosis, es el componente patogénico más estudiado en los síndromes isquémicos coronarios agudos; la biología de la placa ha cobrado relevancia ya que se sabe que la presencia de núcleo lipídico y casquete fibroso delgado y características inflamatorias como gran infiltrado de macrófagos y linfocitos son la piedra angular en la fisiopatología de los mismos, ya que según diversos autores la inflamación juega un papel relevante en la inestabilidad de la placa y la trombogenicidad está dada por la presencia de factor tisular (García,2005).

Se han realizado múltiples estudios y se han identificado cuatro claros factores de riesgo para esta enfermedad, tales como: el tabaquismo, la hipercolesterolemia, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. Además también existe cierta predisposición familiar para su desarrollo y cada vez más se le relaciona con el estrés, la vida sedentaria y la obesidad. Entre los síntomas de la cardiopatía isquémica, el síntoma principal es el dolor de carácter opresivo en el pecho, el cual se localiza en la zona anterior del tórax, retroesternal o precordial, suele irradiar a

hombros, cuello, y brazos, preferentemente el izquierdo. La duración del mismo y el alivio tras el reposo puede ayudar a diferenciar los distintos síndromes que engloba esta enfermedad. La presencia de síntomas acompañantes del tipo de náuseas, vómitos y sudoración fría, es típica de los casos de infarto y ayuda a su diagnóstico (Rivero, Castro, Galindo y Rodríguez, 2005).

Los pacientes con CI constituyen una población en riesgo de presentar alteraciones psicológicas y un impacto en su calidad de vida relacionada con la salud (Soto y Failde, 2004). En este sentido, se han estudiado diversas variables que afectan la enfermedad cardíaca de manera negativa, tales como el estrés, la personalidad tipo A, la ansiedad y la depresión; sin embargo, existen algunos factores que pueden contribuir de manera positiva al manejo de la enfermedad, como es el caso del optimismo disposicional y la percepción de la calidad de vida que el paciente tiene de su enfermedad (Soto, et al., 2004; Arnold, et al., 2005).

## 2.4 Manifestaciones clínicas

La cardiopatía isquémica se caracteriza por el dolor de carácter opresivo localizado en la zona anterior del tórax, retroesternal o precordial, irradiando a hombros, cuello, y brazos, preferentemente el izquierdo, llamado angina de pecho (Ver figura 3), (Lyon, Thomas, Cobb, y Mayet, 2012).

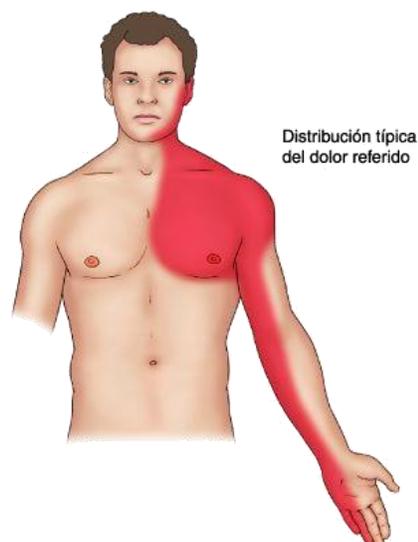


Figura 3. Distribución del dolor en CI

Síntomas conjuntos (Palastanga, Field y Soames, 2000).

- Dolor en el cuello o la mandíbula
- Dolor en el hombro o brazo
- Dificultad para respirar
- Debilidad, fatiga y mareo
- Palpitaciones irregulares del corazón
- Náuseas
- Sudoración

La duración de la angina de pecho ayuda a diferenciar los distintos síndromes que engloba esta enfermedad. Los cuales son (Blandenier, 1998):

- Angina de reciente comienzo

Se corresponde con el crecimiento de una placa de ateroma que ha obstruido alrededor del 50% de la luz arterial.

- Angina estable

Es aquella que apareció hace más de 30 días y no ha tenido cambios en su evolución, se distinguen cuatro grados:

Grado I: No se produce con actividad física ordinaria, sino con un esfuerzo rápido agotador o de larga duración.

Grado II: Se produce cuando se camina con rapidez o durante mucho tiempo, o al subir escaleras.

Grado III: Limita de forma importante la actividad física convencional.

Grado IV: Puede aparecer en reposo.

- Angina inestable

Es aquella que ha variado su patrón habitual, haciéndose más frecuente o apareciendo con esfuerzos menores, puede terminar en infarto agudo al miocardio.

- Angina Prinzmetal

Aparece durante el reposo, muy frecuentemente en el momento del sueño, y empeora temprano en la mañana. El paciente refiere opresión o dolor retroesternal progresivamente intenso acompañado de palidez, diaforesis, angustia y usualmente tiene una duración de 5 a 10 minutos, aunque puede llegar a durar 30 minutos o más.

- Infarto del miocardio

El infarto es consecuencia de la obstrucción de una arteria coronaria por un trombo, provocando la muerte (necrosis) del área que irriga la arteria obstruida. Por tanto, la gravedad del infarto de miocardio dependerá de la cantidad de músculo cardíaco que se pierda.

El infarto se manifiesta por un dolor en el pecho de similares características a la angina, pero mantenido durante más de 20 minutos, puede ir acompañado de fatiga, sudor frío, mareo o angustia y podría ocurrir en reposo.

- Cardiopatía isquémica crónica

Generalmente son pacientes que han sufrido uno o más ataques cardíacos y han sobrevivido a ellos, pero continúan teniendo problemas cardíacos debido a que la parte del miocardio que no se infartó, el corazón aumenta de tamaño, esto a su vez causa un aumento en la demanda cardíaca, trayendo más problemas porque no se podrá suplir adecuadamente al corazón debido a la obstrucción coronaria. Estos pacientes constituyen el 50% de los que reciben trasplantes cardíacos.

- Muerte súbita cardíaca

Es el paro cardíaco en el cual se presentaron síntomas una hora antes de la muerte, o no se presentaron nunca, sus causas son por aterosclerosis coronaria, estenosis aórtica, hipertensión sistémica, comúnmente arritmias letales (fibrilación ventricular).

Es así como estas manifestaciones clínicas son importantes para encender un foco de alerta indicando que algo en el corazón no está funcionando adecuadamente, el personal médico al detectar alguno de estos síntomas se valdrá de algunos procedimientos diagnósticos para verificar el funcionamiento del corazón es de esta manera que se puede dar un diagnóstico certero (Jadraque, Coma, González y López, 1998).

### **3. FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**

Un factor de riesgo es un término que combina un concepto clásico de motivo de enfermedad, con probabilidad, predicción y pronóstico. Constituye un elemento medible en la cadena causal de la enfermedad y suele ser un fuerte predictor de un riesgo a padecer ésta (Espinosa, 2008). En este sentido, los estudios empíricos han prestado su mayor atención a identificar los factores de riesgo que contribuyen a la aparición y empeoramiento de la enfermedad, en este caso, cardíaca, entre dichos factores de riesgo encontramos a la Ansiedad y Depresión, como los trastornos que más se presentan en pacientes hospitalarios. Sin embargo, actualmente, se plantea la necesidad de encontrar nuevas formas de abordaje, ante lo cual se consideran los factores protectores; es decir, aquellos factores que previenen la enfermedad, promueven la salud y se relacionan con el bienestar psicológico, éstos son abordados en dos formas: factores a fortalecer en momentos de salud (prevención) y factores de fortalecimiento de los aspectos positivos en momentos de enfermedad (Góngora y Casullo, 2009).

En este sentido existen factores que pueden contribuir de manera positiva al manejo de la enfermedad cardíaca y al mejoramiento de la Calidad de Vida de los pacientes; tales como el Optimismo disposicional y la Resiliencia.

### 3.1 Ansiedad y Depresión

La ansiedad es una reacción emocional implicada en los procesos de adaptación ante eventos adversos o peligros reales o imaginarios, que prepara al organismo para reaccionar ante esa situación de peligro o amenaza dirigida contra su cuerpo o modo de vida (Crandall, Halterman y Mackner, 2007).

Es importante resaltar algunos estudios en poblaciones cardíacas, los cuales se han llevado a cabo siguiendo la línea de investigación de cardiología conductual, entre los cuales encontramos la tesis de licenciatura titulada “Calidad de vida, ansiedad y depresión: comparación entre pacientes con insuficiencia cardíaca y pacientes con arritmia cardíaca potencialmente letal” (Sarmiento, 2011), en donde se reportó que un 27.9% de los pacientes con arritmia cardíaca (n=70) presentan algún grado de ansiedad, mientras que el 30.7% de los mismos pacientes presentan algún grado de depresión.

La ansiedad tiene diversas consecuencias médicas y psicológicas en pacientes con alguna enfermedad cardíaca, en especial cuando es persistente o grave, e incluye la dificultad de adherencia a los tratamientos prescritos y la realización de cambios en el estilo de vida recomendados por el médico; el fracaso para realizar dichas modificaciones incrementa el riesgo de sufrir eventos cardíacos agudos y de tener complicaciones en el hospital después de un síndrome coronario agudo (Moser, 2007). Ciertos estudios muestran que la ansiedad predice el desarrollo de la enfermedad arteriocoronaria (Kawachi et al., 1994; Kawachi, Sparrow, Vokonas & Weiss, 1994), y otros que ejerce influencias negativas significativas en los resultados posteriores a un Infarto agudo al miocardio (Booth-Kewley y Friedman, 1987).

La depresión es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, baja autoestima, actitud pesimista, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria del individuo durante un período de tiempo prolongado (Snaith, 2003). Por lo tanto es de gran importancia estudiar estas variables como factores psicológicos asociados a la cardiopatía isquémica.

Rozanski, Blumenthal y Kaplan (citado en Zuñiga y Perreira, 2010) mencionan que la depresión tiene repercusiones en los pacientes con enfermedades coronarias como: hábitos de vida poco saludables, alteraciones en la función plaquetaria, menor variabilidad del ritmo cardiaco, efecto arritmogénico e hipercortisolemia. Por otro lado, la presencia de depresión también es común en este tipo de pacientes y hay tres veces más posibilidades de sufrir una depresión mayor en los pacientes con enfermedad coronaria cuando se comparan con la población general.

Un estudio efectuado en Dinamarca en el año 2003, vigiló durante un año a 763 pacientes que sufrieron un infarto, para determinar si la depresión eleva la mortalidad. Se concluyó que la mortalidad se incrementó en pacientes con depresión grave (Rusisch, 2003). Así mismo, se han señalado otros factores fisiopatológicos que vinculan la depresión con la cardiopatía isquémica, entre los cuales se encuentran la frecuencia de disfunción plaquetaria y endotelial, las alteraciones en el sistema nervioso autónomo y en el eje hipotalámico adrenal, los procesos inflamatorios, la baja variabilidad de la frecuencia cardiaca, el hipercortisolismo y los mayores niveles de proteína C reactiva (Costa, et al., 2005).

### **3.2 Optimismo disposicional**

El optimismo disposicional (OD) se define como un conjunto más o menos estable de expectativas positivas generalizadas acerca de la probabilidad de ocurrencia de eventos favorables, que facilita la disposición de los recursos personales, dirigidos a solucionar las situaciones estresantes (Ji, Zhang, Osborne y Guan, 2004; Scheier, Carver, 1985).

El optimismo disposicional y en general las creencias optimistas han sido estrechamente relacionados con un mejor ajuste y afrontamiento ante diversas situaciones consideradas estresantes (Absetz, Aro, Rehnberg y Sutton, 2000) como puede serlo una competencia deportiva de alto rendimiento (El-Anzi, 2005; Londoño, 2009; Torres, 2004) hasta la respuesta ante enfermedades crónicas degenerativas como podrían ser las enfermedades cardiovasculares (Carrobbles, Remor Rodríguez-Alzamora, 2003) que parece facilitar la mayor espera de

resultados positivos de tratamientos complejos y por ende mejor adherencia a dichas prescripciones médicas.

Así mismo, algunos autores han asociado estrechamente el OD con la eficacia personal (Gillham, Shatte, Reivich y Seligman, 2001; Landa, Agular-Luzón y Salguero, 2008), pues la evaluación que hace la persona frente a la situación estresante como amenazante no depende, en gran medida, de la visión de la capacidad personal que tiene de afrontarlo efectivamente, tal como lo habían propuesto Lazarus y Folkman (1986) y lo confirma Bandura (1992). Así, en el optimismo disposicional el papel de las expectativas generalizadas para los buenos resultados refleja la voluntad del individuo de persistir cuando se está enfrentando a la adversidad y alcanzar las metas propuestas (Londoño, 2009).

Investigadores de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, en Estados Unidos, aseguran que las personas que tienen una visión más positiva de la vida y un mejor bienestar psicológico y optimismo, tienen menos riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, según los resultados de un estudio publicado en 'Psychological Bulletin', revista de la Asociación Estadounidense de Psicología (Bohem, 2012).

En concreto, en dicho hallazgo se revisaron más de 200 estudios publicados sobre los beneficios del optimismo para la salud y, en este sentido, encontraron que, además de que los optimistas tienen una mejor salud en general, también observaron cómo esta actitud ante la vida ayuda a reducir los factores de riesgo psicológicos como la depresión, ansiedad, estrés y los factores de riesgo cardiovascular, como la hipertensión y el colesterol elevado. Varios estudios ya habían demostrado que los estados psicológicos negativos, como el estrés, la depresión, la ansiedad o hostilidad, aumentaban el riesgo de sufrir problemas cardiacos pero, de momento, todavía no se habían analizado los efectos del estado de ánimo contrario. De este modo, la Dra. Bohem junto con algunos científicos, analizaron investigaciones que registraban factores como el grado de optimismo de un individuo, su satisfacción con la vida y su felicidad

Otra investigación realizada en el 2014 por el Hospital Universitario de Nefrología en Córdoba, estudió la relación entre el grado de optimismo disposicional con las complicaciones de la enfermedad crónica renal y la calidad de vida percibida en un grupo de pacientes de hemodiálisis y en su investigación no se encontró relación entre el optimismo disposicional y el número de ingresos, ni en la comorbilidad asociada. Sin embargo, los pacientes más optimistas demostraron tener mayor calidad de vida percibida relacionada con la salud.

Algunos estudios respaldan la estrecha relación entre optimismo y salud desde dos enfoques: una perspectiva conductual-cognitiva que lo entiende como una variable mediadora que propicia comportamientos saludables y el modelo psicofisiológico que plantea una relación más directa entre respuesta fisiológica y estados emocionales “aumento de la esperanza de vida y mayor percepción de bienestar” (Mera y Ortiz, 2012).

El optimismo, es quizás el más relevante de todos los rasgos positivos de la personalidad, además de estar asociado a un mayor bienestar parece tener un importante papel en la salud física de los individuos. Diferentes investigaciones han mostrado que el optimismo se relaciona con una mayor protección ante la enfermedad y con una mayor esperanza de vida (Maruta, Colligan, Malinchoc y Offord, 2000). Al parecer, las personas más optimistas generan ante situaciones de estrés unas respuestas de inmunocompetencia mejores que la de los pesimistas, tomando como indicador la actividad de las células Natural Killers (Sieber, Rodin, Larson, 1992). El optimismo, también se ha asociado a un mejor estado de ánimo, una mayor actividad citotóxica de células Natural Killers y un mayor número de células T4 auxiliares (Segerstrom, Taylor, Kemeny y Fahey, 1998).

Otros estudios sugieren que el optimismo puede prevenir enfermedades en dos sistemas básicos, como son el respiratorio y cardíaco (Valverde, Torres, Rahona, Gómez, 2009). Los comportamientos optimistas que se ejercen ante los problemas vitales en general, y de la salud en particular parecen favorecer un afrontamiento

activo del estrés y de los problemas de salud, lo cual se relaciona con conductas de solución de problemas, autocuidado y planes de recuperación (Rozanski, Blumenthal, Davidson, Saab y Kubzansky, 2005).

### **3.3 Calidad de Vida Relacionada con la Salud.**

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) se define como la 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, Hernández y Siegrist, 2001; Urzúa, 2010).

La CVRS constituye una importante variable de medida subjetiva del impacto que la enfermedad y su tratamiento producen en la vida de la persona (Soto, et al., 2004) y algunas variables psicológicas que han demostrado ejercer efecto sobre la calidad de vida relacionada con la salud son la depresión, la ansiedad, la incertidumbre acerca del futuro y el estrés, las cuales afectan de manera negativa el curso de la enfermedad reduciendo la CVRS de los pacientes. Sin embargo, existen factores protectores que tienen un efecto positivo en la enfermedad mejorando así la CVRS de los pacientes, tales como los estilos de afrontamiento, el apoyo social percibido, la percepción de la enfermedad, la autoeficacia, la resiliencia, el optimismo disposicional, entre otros (Soto, et al., 2004; Arnold, et al., 2005).

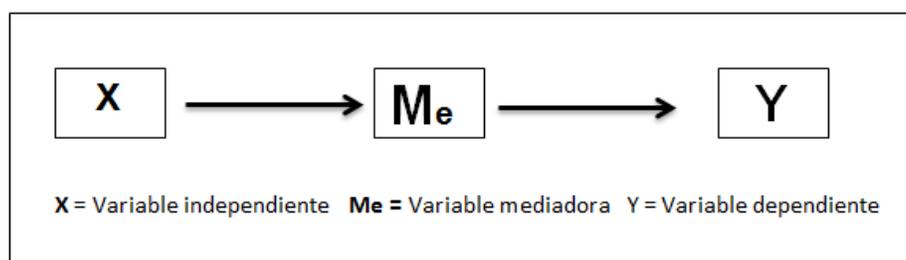
Es evidente que la enfermedad cardiovascular genera un impacto negativo en la calidad de vida del paciente cardíopata. Por lo anterior, es importante destacar un estudio que se realizó en España por (Soto, Márquez y Ramos, 2004), donde resaltan que el profesional de la salud debe intervenir en la mejora de la calidad de vida y que es una necesidad crear estrategias que brinden resultados destinados al control y manejo de los factores de riesgo y la enfermedad cardiovascular de una manera integral. Una de las estrategias que se han desarrollado para enfrentar la enfermedad cardiovascular son los programas de prevención de factores de riesgo y de rehabilitación cardíaca, dirigidos a pacientes adultos medios y adultos mayores con alteraciones y factores de riesgo asociados a

enfermedad cardiovascular. Así pues, la combinación de la magnitud del problema de la CI y del impacto de la enfermedad en la vida social, familiar y laboral del que la padece, junto a los factores psíquicos asociados a su evolución llevan a considerar la medida de la CVRS en CI como un aspecto fundamental a tener en cuenta en la atención a estos pacientes (Velázco, Del Barrio y Mestre, 1993).

#### 4. MEDIACIÓN Y MODERACIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

La identificación del papel mediador o moderador de variables predictoras del comportamiento humano, permiten reflejar la madurez y sofisticación alcanzada por un área de investigación, así como el desarrollo conceptual de la teoría que la soporta, permitiendo la identificación de factores que medien y moderen el comportamiento de las variables y permitan proponer modelos explicativos. A continuación se explicará la función de dichos modelos y su utilidad en el estudio de enfermedades crónicas.

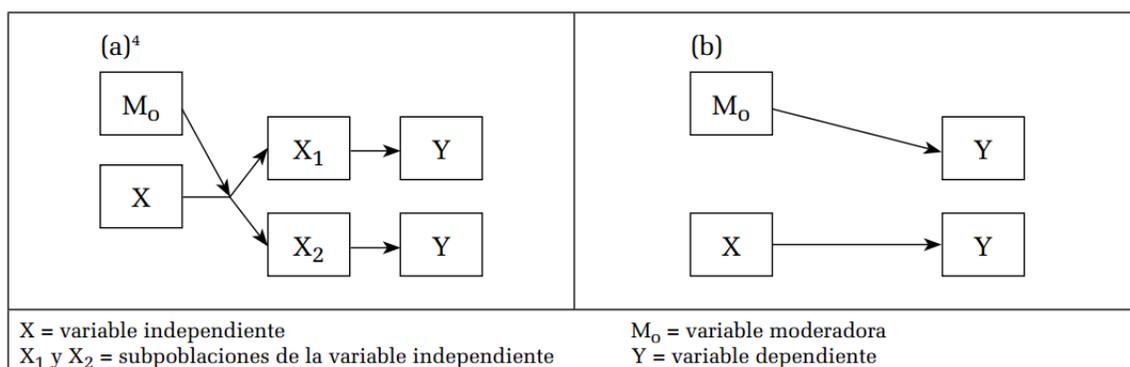
Baron y Kenny (1986) definen a los mediadores como variables intervinientes que dan cuenta de la relación entre la variable independiente y la variable dependiente. Es decir, la función mediadora de una variable, representan el mecanismo generativo a través del cual la variable independiente focal es capaz de influir sobre la variable dependiente de interés (Ver figura 1). Así, por ejemplo, si tomamos como variable independiente a una técnica psicoterapéutica y como variable dependiente el efecto terapéutico, la alianza terapéutica podría funcionar como una variable mediadora entre la variable independiente y la dependiente.



**Figura 4: Modelo de la función mediadora de una tercera variable.**

Así mismo dichos autores definen a los moderadores como variables intervinientes que afectan la dirección y/o la fuerza de la relación entre una variable independiente y una variable dependiente (reduciéndola, incrementándola, anulándola o invirtiéndola). Con base en estos autores, un moderador es el que divide una variable focal independiente en subgrupos que establecen sus dominios de máxima afectividad con respecto a una variable dependiente dada, implicando que la relación causal entre dos variables cambie como una función de la variable moderadora.

En términos causales, los moderadores siempre funcionan como variables independientes (Ver figura 2). Es decir, se encuentran en un mismo nivel que las variables independientes, en lo que se refiere a su rol como variables causales de una variable dependiente dada. Los mediadores, en cambio, se encuentran posicionados entre la variable independiente y la dependiente; ya que un mediador es una variable intermedia del proceso causal que relaciona a la variable independiente con la variable dependiente, de esta forma, la variable independiente antecede a la variable mediadora y esta última antecede a la variable dependiente (Baron y Kenny, 1986).



**Figura 5: Modelos de la función moderadora de una tercera variable.**

Si bien, variables psicológicas tales como el optimismo disposicional, la calidad de vida relacionada con la salud CVRS, la depresión y la ansiedad son constructos que se correlacionan, no se conoce realmente cuál es el papel que juegan cada una de estas variables en relación al problema central (las enfermedades

cardiovasculares, en específico la cardiopatía isquémica) o cuál es el mecanismo mediante el cual operan. Si bien existen estudios en donde se menciona la mediación de la depresión o la ansiedad en la CVRS en pacientes con otras enfermedades crónicas no se sabe de alguno en donde se pongan a prueba estos constructos en la presencia de cardiopatía isquémica. Por ejemplo, García Vicente et. al. (2007), concluyeron que el infarto agudo al miocardio (IAM) y el cuadro depresivo, que se desencadenaba posteriormente, mediaba la relación entre IAM y la CVRS, también Carper, et al. (2014) en un estudio que tuvo como objetivo comprender la calidad de vida de los dominios relevantes para los adultos con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y su asociación con la depresión y la angustia, encontraron que un incremento en la depresión y la angustia mediaban una peor CVRS.

Con base en Etchebarne, O' Connell y Roussos (2008), mencionan que los análisis de mediación y moderación podrían ayudar en el desarrollo de intervenciones centradas en el manejo de la ansiedad y la depresión, específicamente en población con obesidad, con el objetivo de mejorar la CVRS.

#### **4.1 Calidad de vida y ansiedad generalizada**

Algunas investigaciones que ponen de manifiesto la relación existente entre las variables de interés a estudiar, en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas y que dan sustento teórico a la presente investigación, se mostraran a continuación.

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) realizó un estudio descriptivo y transversal utilizándose un análisis de regresión lineal para determinar cómo predicen los factores clínicos y demográficos la discapacidad y la mala calidad de vida en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, encontrándose que la presencia de antecedentes heredofamiliares de trastornos de ansiedad, así como mayores puntajes en la Escala de Depresión de Hamilton, predicen una menor calidad de vida, a diferencia de una mayor edad, la cual predice una mayor calidad de vida en estos pacientes. Mayores niveles de

discapacidad se asociaron con el sexo masculino, una menor edad de los pacientes, comorbilidad con trastornos del Eje II, presencia de antecedentes heredofamiliares de trastornos de ansiedad y mayores puntajes en la Escala de Depresión de Hamilton. Por lo tanto, la sintomatología depresiva y los antecedentes familiares de ansiedad se asocian con una mala calidad de vida. Identificar estos factores en los pacientes podría guiar hacia un diagnóstico y tratamiento más integral y efectivo. Esto es, no sólo a tratar síntomas, sino a buscar una recuperación funcional y mejorar la calidad de vida del paciente (López de la Parra, et al., 2014).

#### **4.2 Calidad de vida relacionada con la salud y el Optimismo disposicional en enfermos renales crónicos**

El Centro de Hemodiálisis Nevada, del Hospital Perpetuo Socorro en el servicio de Nefrología, realizó una investigación para analizar si el optimismo disposicional guarda relación con el número de ingresos hospitalarios de los enfermos renales crónicos. Se estudiaron 239 pacientes en hemodiálisis que fueron categorizados en dos grupos respecto a las variables *ingresos /no ingresos hospitalarios en el último año* y *optimismo/pesimismo disposicional*. Se utilizaron los siguientes cuestionarios y variables: 1) O/P disposicional mediante el LOT-R de Scheier (1994) en su versión española: *a mayor puntuación, mayor grado de optimismo disposicional*. 2) Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) mediante las láminas COOP/WONCA: *a mayor puntuación peor calidad de vida referida*. 3) Índice de comorbilidad de Charlson (ICM). 4) Edad, tiempo en HD y sexo. Encontrándose que los pacientes optimistas (OD) presentaban un menor riesgo de ser ingresados que los pesimistas (PD) (OR: 0,55; IC 95%: 0,32–0,94;  $p < 0,05$ ) y los pacientes con ingresos hospitalarios mostraron una puntuación en el LOT-R significativamente menor que los que no ingresaron ( $19,4 \pm 5,7$  frente a  $22,3 \pm 4,6$ ;  $p = 0,001$ ). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a edad, tiempo en hemodiálisis, e índice de comorbilidad de Charlson entre los pacientes que ingresaron y los que no ingresaron. Los pacientes que ingresaron mostraban peor calidad de vida relacionada con la salud que los pacientes que no ingresaron (CW

total: 22,37 frente a 19,42;  $p < 0,001$ ). Los pacientes PD puntuaban significativamente más alto que los pacientes OD en las láminas COOP/WONCA en todas las dimensiones exploradas, excepto en las dimensiones 1 (estado físico) y 5 (cambios en el estado de salud). Concluyéndose que el rasgo de personalidad pesimista se asocia con los ingresos hospitalarios independientemente de la edad, el tiempo en diálisis y el grado de comorbilidad del paciente. Por otra parte los pacientes con un rasgo de personalidad optimista tienen una mejor salud percibida, es decir, una mejor CVRS (Morales, 2011).

#### **4.3 Calidad de vida, optimismo disposicional, ansiedad, depresión, autoeficacia y apoyo social percibido en pacientes con insuficiencia renal crónica**

La Universidad de Jaén realizó una investigación donde tuvo como objetivo valorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a tratamiento sustitutivo de diálisis, así como evaluar la capacidad predictiva de algunas variables psicosociales, tales como: apoyo social, autoeficacia, optimismo disposicional, depresión, ansiedad y estrategias de afrontamiento, sobre los niveles de CVRS. Evaluando la CVRS de 39 pacientes en hemodiálisis mediante el instrumento SF-36. La capacidad predictiva de las variables evaluadas se analizó mediante correlaciones bivariadas y análisis de regresión múltiple. Los resultados indicaron que los pacientes mostraron niveles de CVRS inferiores a los valores normativos del instrumento. La depresión fue el principal predictor de la CVRS, asociándose negativamente a todas sus dimensiones. El grado de preocupación, así como las estrategias de afrontamiento pasivo del estrés como la indefensión-desesperanza y el fatalismo, también se asociaron a menores niveles de CVRS. Por el contrario, la autoeficacia, el optimismo, el apoyo social y el espíritu de lucha se asociaron a mayores niveles de CVRS. Por lo tanto estos resultados tienen claras implicaciones clínicas, respecto a los aspectos a los que debe orientarse la intervención psicológica destinada a la mejora de la CVRS en los enfermos renales (Perales, et al., 2012).

#### **4.4 Calidad de vida relacionada con la salud y la Depresión en adultos con diabetes Mellitus tipo II**

Esta investigación se dirigió a comprender los dominios de la calidad de vida pertinentes para adultos con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), y las asociaciones relativas de la depresión y la diabetes con estos dominios. Los participantes fueron 146 personas con diabetes tipo 2 que fueron reclutados para participar en un ensayo controlado aleatorio de la terapia cognitivo-conductual para la adherencia y la depresión.

Se realizó un análisis factorial exploratorio sobre la Calidad de Vida relacionada con la Salud, a través del inventario (QOLI) para establecer dominios de calidad de vida pertinentes para esta población de pacientes. Se evaluaron los modelos de regresión múltiple jerárquica para cada dominio que surgió y para determinar asociaciones independientes de la gravedad de la depresión y la diabetes con la calidad de vida, independiente de los factores demográficos y de la enfermedad.

Los resultados indicaron que la gravedad de la depresión se asocia con una peor calidad de vida en el logro, el crecimiento psicosocial, y los dominios ambientales (de  $p < 0,01$ ), mientras que la diabetes y la angustia se asocian con una peor calidad de vida en el logro ( $p < 0,001$ ) de dominio y marginal asociado a la calidad de vida en el dominio crecimiento psicosocial ( $p < 0,10$ ). Las intervenciones diseñadas para tratar la depresión y la diabetes puedan conducir a una mejor calidad de vida, de una intervención de la depresión generalizada o una intervención para la diabetes por sí sola (Carper, et al., 2014).

#### **4.5 Calidad de vida, ansiedad, depresión y optimismo disposicional en pacientes con lupus eritematoso sistémico**

La Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB) Medellín, Colombia realizó una investigación donde caracterizó la relación entre Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y la ansiedad, depresión y optimismo disposicional, en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES), que se hallan en estado de remisión y de actividad lúpica a través de un estudio descriptivo-correlacional de corte transversal, sustentado en el paradigma integrativo de la investigación. La

muestra estuvo formada por 41 pacientes y los resultados demostraron afectaciones en la CVRS. Los pacientes presentaron un nivel moderado de ansiedad en sus dimensiones estado-rasgo, así como en depresión-rasgo, mientras que la depresión situacional resultó elevada. Así mismo presentaban también un alto nivel de optimismo disposicional, evidenciándose este como una estrategia de afrontamiento. Se encontraron diferencias significativas en la comparación de subgrupos de pacientes según se hallaran o no en estado de remisión y actividad de la dolencia. Para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, se utilizó el cuestionario SF36 y para evaluar la ansiedad y la depresión se utilizó el cuestionario HAD, y se trabajó con el cuestionario DIOP para medir el optimismo disposicional. El estudio evidenció que los pacientes percibieron una calidad de vida favorable en todas las dimensiones que conformaron el cuestionario SF36, no se encontraron niveles clínicamente significativos de ansiedad-depresión, y por último se encontró alta predisposición hacia el optimismo (Yenier y Pérez, 2014).

## JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primer causa de muerte en el mundo y son también las enfermedades crónico degenerativas que provocan más ingresos hospitalarios y más discapacidad a quienes las padecen, en México representan un 41% de los fallecimientos con una tasa de defunciones en Cardiopatía Isquémica de 51.3 muertes por 100 mil habitantes, constituyendo un importante problema de salud pública (INEGI, 2011). Los avances en la tecnología biomédica han permitido salvar las vidas de estos pacientes mediante la Cirugía de revascularización coronaria o Cirugía Coronaria (Bypass aorto-coronario)

El hecho de que la revascularización coronaria restablezca y mejore el flujo sanguíneo, en zonas del corazón con deficiente irrigación, debido a obstrucciones o estrecheces en la arterias coronarias producidas por la aterosclerosis, debería ser argumento suficiente para afirmar que el paciente tendrá mejoras en su calidad de vida, sin embargo, paradójicamente los pacientes antes, durante y después de su cirugía pueden experimentar problemas emocionales relacionados con el procedimiento invasivo al cual serán tributarios, tales como la ansiedad y depresión que repercutan de manera negativa en la misma.

Los pacientes diagnosticados con enfermedad isquémica constituyen una población en riesgo de presentar alteraciones psicológicas y una baja calidad de vida relacionada con la salud (Colin, 2001).

Debido a que toda enfermedad representa un reto y requiere de un proceso de adaptación a las nuevas circunstancias en que se desarrollará la vida del individuo, aquellos pacientes con Cardiopatía Isquémica que son tributarios a revascularización coronaria, ejemplificaran claramente la interrelación existente entre lo físico y lo psicológico , ya que en ocasiones los síntomas de afecciones psicológicas como la depresión o la ansiedad son confundidos con síntomas de la enfermedad y las expectativas positivas que facilitan la disposición del paciente a solucionar situaciones estresantes como la presencia de ansiedad y depresión

antes, durante y después de su cirugía, no se toman en cuenta para contribuir de manera favorable al mejoramiento de su calidad de vida.

Por lo cual, la presente investigación brindará un panorama del comportamiento de variables psicológicas entendidas como factores de riesgo y de protección, que pueden contribuir de manera eficaz al diseño e implementación de intervenciones en psicología positiva, poniendo énfasis en el factor protector denominado Optimismo disposicional como aquel recurso que pueda contribuir de manera favorable al mejoramiento de la calidad de vida, ante la presencia de factores psicológicos de riesgo como la ansiedad y depresión, a través de un grupo de expectativas positivas generalizables que puedan aumentar la probabilidad de ocurrencia de eventos favorables, en el transcurso del tratamiento, facilitando a su vez la voluntad del paciente de persistir cuando se está enfrentando a la adversidad y alcanzar las metas propuestas a través de sus recursos personales, dirigidos a solucionar las situaciones estresantes de su enfermedad cardiaca conocida como cardiopatía isquémica.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las enfermedades cardiovasculares son la primer causa de morbimortalidad a nivel mundial y en especial, la cardiopatía isquémica, la cual representa un área de oportunidad a trabajar desde el modelo biopsicosocial, no solamente a nivel médico sino a nivel individual, social, psicológico y hasta político, por ello, estudiar la CVRS en pacientes con enfermedad isquémica del corazón, es un aspecto que se debe tomar en cuenta y abordar no solamente desde el aspecto biomédico a través de tratamientos farmacológicos o quirúrgicos, tales como los cateterismos, las revascularizaciones coronarias o bypass, sino también a partir de aspectos psicosociales como lo son las intervenciones centradas en las variables asociadas al problema tanto negativas como ahora bien positivas. Tal es el caso de la ansiedad y la depresión, factores de riesgo que han y continúan teniendo impacto en las enfermedades crónico degenerativas y el optimismo disposicional como variable de la psicología positiva que tiende a tener repercusiones positivas en la CVRS del individuo, de este modo y debido a que no parecen existir estudios que

documenten el papel mediador que pudiera jugar el optimismo disposicional en la relación de la ansiedad, la depresión y la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cardiopatía isquémica, se plantea la siguiente interrogante ¿Cuál es el tamaño del efecto del optimismo disposicional en términos de varianza explicada en la relación ansiedad, depresión y CVRS en cardiopatía isquémica?

## **OBJETIVO GENERAL**

Analizar el efecto mediador del optimismo disposicional en términos de varianza explicada en la relación que presentan la ansiedad y la depresión con la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cardiopatía isquémica, atendidos en el Servicio de Cirugía Cardiotorácica del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE.

### **Objetivos específicos:**

- Determinar si existe relación entre los niveles de depresión y la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cardiopatía isquémica
- Determinar si existe relación entre los niveles de depresión y optimismo disposicional en pacientes con cardiopatía isquémica
- Determinar si existe relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y el optimismo disposicional en pacientes con cardiopatía isquémica
- Determinar si existe relación entre los niveles de ansiedad y los niveles de depresión, calidad de vida relacionada con la salud y optimismo disposicional en pacientes con cardiopatía isquémica
- Conocer el porcentaje de la varianza de la relación entre Ansiedad y Calidad de Vida Relacionada con la Salud, explicada por el Optimismo disposicional
- Conocer el porcentaje de la varianza de la relación entre Depresión y Calidad de Vida Relacionada con la Salud, explicada por el Optimismo disposicional

## MÉTODO

### Diseño

Se realizó un estudio analítico, transversal retrospectivo (Calvete, 2008)

### Participantes

Participó una muestra intencional no probabilística de 54 pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica atendidos en el Servicio de Cirugía Cardiorrástica del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE

#### *Criterios de Inclusión:*

- Pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica (dado por el cardiólogo responsable)
- Hombres y mujeres mayores de 30 y menores de 60 años
- Alfabetizados

#### *Criterios de exclusión:*

- Pacientes que presenten problemas de salud crónicos en etapa avanzada.
- Tener algún padecimiento psiquiátrico
- Con problemas auditivos o visuales que comprometieran un adecuado entendimiento con el Terapeuta.

### Escenario

La muestra fue obtenida en el servicio de cirugía cardiorrástica del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, ubicado en Av. Félix Cuevas, 540, Benito Juárez, Del Valle Centro, 03100 Ciudad de México, D.F.

## **Variable mediadora**

### Optimismo disposicional

#### *Definición conceptual:*

“Conjunto más o menos estable de expectativas positivas generalizadas acerca de la probabilidad de ocurrencia de eventos favorables que facilita la disposición de los recursos personales dirigidos a solucionar las situaciones estresantes” (Ji, Zhang, Osborne & Guan, 2004; Schei).

#### *Definición operacional:*

Respuestas que den los sujetos al LOT- R que demuestren la primacía de una dirección optimista o pesimista que se vea reflejado en una escala de 5 puntos, donde 1 es muy en desacuerdo y 5 muy de acuerdo , con base en los 6 ítems que midan la dimensión de optimismo en sus respectivas direcciones.

## **Variables independientes**

### Ansiedad

#### *Definición conceptual:*

Es una reacción emocional implicada en los procesos de adaptación ante eventos adversos o peligros reales o imaginarios, que prepara al organismo para reaccionar ante esa situación de peligro o amenaza dirigida contra su cuerpo o modo de vida (Crandall, Halterman y Mackner, 2007; Li, 2006).

#### *Definición operacional:*

Ansiedad - Puntuación obtenida en la subescala de ansiedad de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), cuya calificación en puntos, determinará el nivel de la ansiedad: Una puntuación  $\geq 3$  puntos indica la presencia de ansiedad, 0-2 Normal, 3-8 Leve/Moderada y  $>9$  Ansiedad severa (Zigmond y Snaith, 1983).

## Depresión

### *Definición conceptual:*

Es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, baja autoestima, actitud pesimista, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria del individuo durante un período de tiempo prolongado (Snaith, 2003).

### *Definición operacional:*

Depresión - Puntuación obtenida en la subescala de depresión de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD), cuya puntuación  $\geq 2$  puntos indica presencia de depresión, 0-1 Normal, 2-6 Leve/Moderada y  $>7$  severa depresión (Zigmond y Snaith, 1983).

### **Variable 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).

## VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

- Sexo
- Estado civil
- Escolaridad
- Ocupación

## Instrumentos

- *Ficha de identificación* (anexo 1). Se diseñaron una serie de preguntas que recaban datos personales del paciente como nombre, edad, sexo.
- *Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud* (anexo 2), versión validada en pacientes cardiopatas en población mexicana (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. Se divide en siete factores: Limitaciones físicas ( $\alpha=.84$ ), Síntomas ( $\alpha=.84$ ), Calidad de vida ( $\alpha=.66$ ), Interferencia social ( $\alpha=.84$ ), Autoeficacia ( $\alpha=.41$ ), Estado funcional ( $\alpha=.89$ ) y Resumen clínico ( $\alpha=.90$ ). La escala presenta una *Alfa de Cronbach de 0.8819*. El cuestionario se modificó en relación a la sintomatología de la cardiopatía isquémica resultando.
- *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión HADS* (Zigmond y Snaith, 1983). (anexo 3). *The Hospital Anxiety and Depression scale*, por sus siglas en inglés, permite detectar trastornos de ansiedad y depresión en un medio hospitalario no psiquiátrico o en medios de atención primaria. El contenido de la HADS está referido a los aspectos psicológicos de la ansiedad y depresión. La exclusión de síntomas somáticos (insomnio, fatiga, pérdida de apetito, etc.) evita equívocos de atribución cuando se aplica a individuos con algún tipo de enfermedad. Esta escala consta de 14 reactivos divididos en dos subescalas de 7 reactivos para cada trastorno, donde los reactivos impares corresponden al indicador Ansiedad y los pares a la Depresión. La HADS posee una escala de tipo Likert que va de 0 a 3, en donde los pacientes tienen que describir los sentimientos que han experimentado

durante la última semana. Esta breve escala consta de dos subescalas de 7 ítems intercalados. La subescala de Depresión está centrada en el concepto de *anhedonia* como síntoma nuclear de este cuadro clínico y que diferencia primordialmente la ansiedad de la depresión. Para el caso de la Ansiedad de 0 a 2 puntos se considera como nula, 3 a 8 leve/moderada, y >9 severa; y para la Depresión de 0 a 1 nula, de 2 a 6 leve/moderada, y >7 severa. Alpha de Cronbach de .85 con un punto de corte para la subescala de ansiedad y de 9 para la subescala de depresión.

- *Test de Orientación Vital-Revisado (LOT-R) de Scheier, 1994* en su versión española de Otero-López, 1998. Este cuestionario está compuesto por 10 ítems, cuatro de los cuales son de relleno (ítems 2, 5, 6, 8); es decir, sirven para hacer menos evidente el contenido del test y no tienen validez para el análisis. Los 6 ítems restantes pretenden medir la dimensión de OD: tres están redactados en sentido positivo (dirección optimismo) y tres en sentido negativo (dirección pesimismo). Se pregunta a los sujetos que indiquen el grado de acuerdo o desacuerdo con una frase, usando una escala Likert de 4 puntos, donde 0 es muy en desacuerdo y 4 muy de acuerdo. Alpha de Cronbach de .78 (anexo 4)

## **Procedimiento**

La evaluación se realizó de forma individual en una sesión de aproximadamente una hora. Se leyó cada uno de los reactivos de los cuestionarios y las opciones de respuesta. Previo a la aplicación de los instrumentos, los pacientes fueron informados sobre el Programa de Psicología y el objetivo de la investigación, quienes aceptaron participar firmaron un Consentimiento Bajo Información.

## **Análisis de los datos**

Los datos obtenidos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS para Windows versión 21.0. Así mismo se utilizó Rho de Spearman y correlación de *Pearson* para variables cualitativas (nominales) y cuantitativas (escalares)

respectivamente, considerando significancia estadística con un valor de  $p < 0.05$

- Características psicométricas de los instrumentos

Se realizaron análisis de fiabilidad de las escalas utilizadas para conocer la consistencia interna mediante el parámetro *alpha de Cronbach*

- Estadística descriptiva

Se efectuaron análisis descriptivos para el total de la muestra con el objetivo de explorar las características generales de las variables sociodemográficas: promedios y estimaciones de la distribución de edad, porcentaje de estado civil, ocupación y escolaridad

- Estadística inferencial

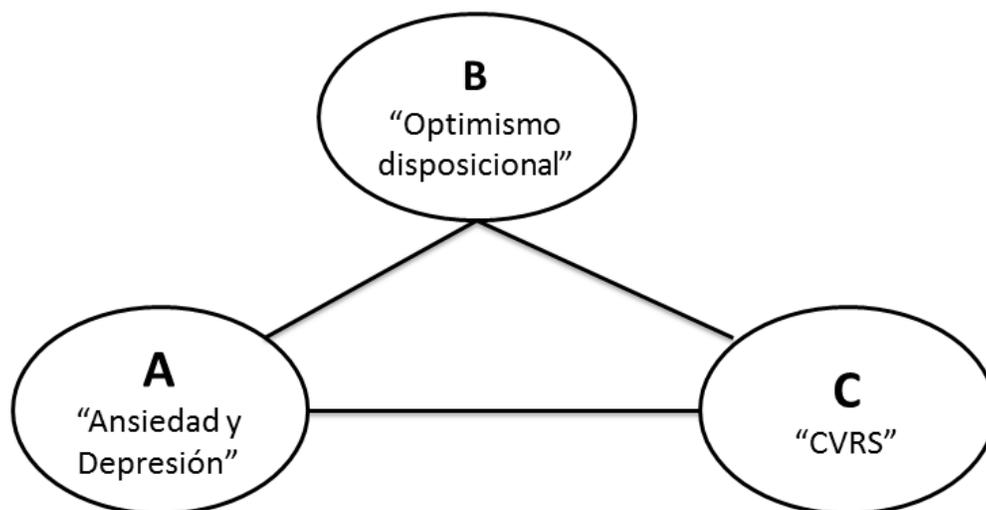
De acuerdo al tipo de distribución de las variables, se efectuaron los siguientes análisis:

*Análisis bivariado* entre la variable Moderadora (optimismo disposicional), la variable dependiente (CVRS) considerando cada uno de sus dominios, y las variables independientes ansiedad y depresión.

*Análisis multivariado*. Se realizaron dos modelos de regresión para identificar la varianza explicada siguiendo el método de Baron y Kenny (1986) aplicando los siguientes criterios:

- a. En un primer paso, la variable predictora (A) debe estar significativamente asociada a C.
- b. En un segundo paso, A debe estar asociada significativamente con la potencial variable mediadora (B, en este caso).
- c. En el tercer paso, la variable mediadora (B) debe asociarse con C cuando el efecto de la variable predictora A está controlado.
- d. El paso final consiste en mostrar que la fuerza de la asociación entre A y C se reduce significativamente cuando B es añadido al modelo.

Si la mediación es perfecta, el efecto directo de A en C será nulo, mostrando que B media completamente la relación. Si la asociación entre A y C permanece significativa, B es considerada mediadora parcial.



Nota: No se estandarizan las variables a comparación de la moderación.

### Consideraciones éticas

Esta investigación tomo en consideración los aspectos éticos de la investigación con seres humanos estipulados en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la Salud. Así como también se consideraron los siguientes principios bioéticos de (Beauchamp y James F. Childress, 1979):

#### 1. *Beneficencia*

- Se actuó en beneficio de los pacientes, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo prejuicios.

#### 2. *No maleficencia*

- No se realizaron actos que causaran daño o perjudicaran al paciente

### 3. *Justicia*

Se les brindo a los pacientes un trato digno con calidad y calidez humana con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad (ideológica, social, cultural, económica)

### 4. *Autonomía*

Todos los pacientes fueron debidamente informados sobre:

- Su derecho de participar o no
- La confidencialidad de la información personal que otorguen
- El resguardo de su intimidad
- El uso de la información con fines de investigación y beneficio del paciente
- Su derecho de retirar su consentimiento en cualquier momento sin que existan represalias.

## RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 54 pacientes de  $63\pm 9$  años de edad, la mayor proporción está representada por hombres (76%). Por otra parte el estado civil predominante fue casado o en unión libre (72%), el grado de escolaridad bachillerato y licenciatura (24 y 44% respectivamente) y la ocupación jubilado o pensionado (54%), tal como puede apreciarse en la tabla 1.

Tabla 1.

*Distribución de pacientes de acuerdo a sus características demográficas*

	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	41	76
Femenino	13	24
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	6	11
Casado/Unión libre	39	72
Viudo	6	11
Divorciado	3	6
<b>Escolaridad</b>		
Primaria	10	19
Secundaria	5	9
Bachillerato	13	24
Licenciatura	24	44
Posgrado	2	4
<b>Ocupación</b>		
Hogar	6	11
Empleado	10	19
Comerciante	4	7
Profesionista	6	11
Jubilado/Pensionado	28	52

Tabla 2.

*Niveles de Ansiedad de la muestra de pacientes con Cardiopatía Isquémica*

Categorías de niveles de Ansiedad					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	Nula	25	46.3	46.3	46.3
	Leve/Moderada	21	38.9	38.9	85.2
	Severa	8	14.8	14.8	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

Figura 6. Categorías generales de niveles de Ansiedad en pacientes con Cardiopatía Isquémica

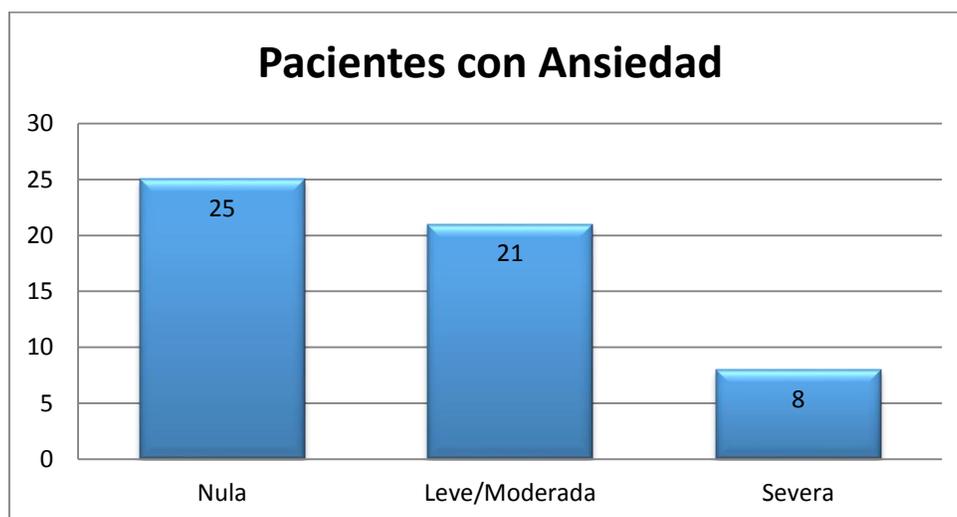


Tabla 3.

*Niveles de Depresión de la muestra de pacientes con Cardiopatía Isquémica*

Categorías de Depresión					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	Nula	19	35.2	35.2	35.2
	Leve/Moderada	25	46.3	46.3	81.5
	Severa	10	18.5	18.5	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

Figura 7. Categorías generales de niveles de Depresión.

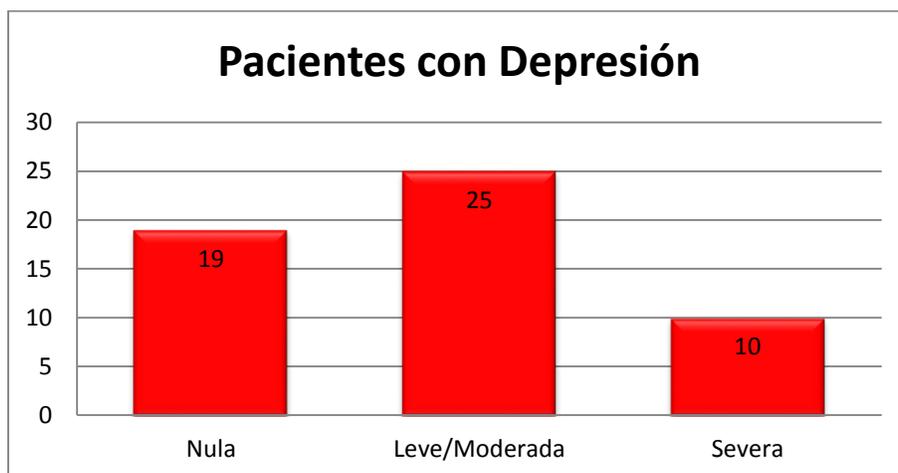


Tabla 4.  
*Estadísticos descriptivos de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud*

Estadísticos descriptivos de CVRS						
	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
<b>LIMITACIONES FÍSICAS</b>	54	100	0	100	63.94	20.264
<b>SÍNTOMAS</b>	54	61	39	100	83.49	15.469
<b>FRECUENCIA DE SÍNTOMAS</b>	54	75	25	100	88.78	15.452
<b>SEVERIDAD DE SÍNTOMAS</b>	54	58	42	100	82.25	14.092
<b>CAMBIOS A TRÁVES DEL TIEMPO</b>	54	100	0	100	68.52	36.570
<b>AUTOEFICACIA</b>	54	83	17	100	72.53	19.536
<b>CALIDAD DEVIDA</b>	54	88	12	100	64.48	20.313
<b>INTERFERENCIA SOCIAL</b>	54	100	0	100	70.56	23.019
<b>ESTADO FUNCIONAL</b>	54	71	29	100	74.58	14.983
<b>RESUMEN CLÍNICO</b>	54	75	22	98	71.78	14.458

Figura 8. Dominios de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en percentiles

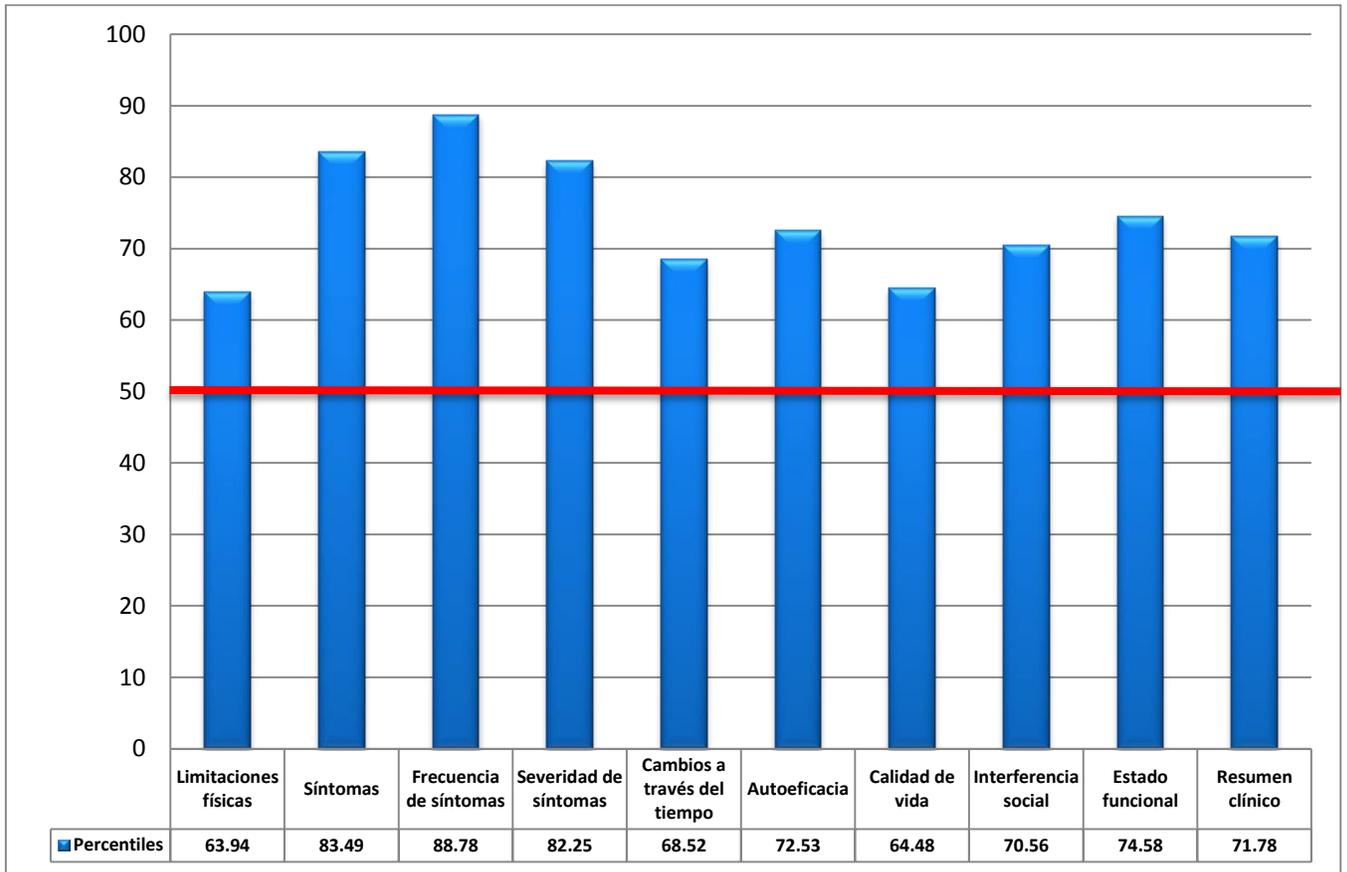


Tabla 5.  
*Estadísticos descriptivos del Optimismo disposicional*

Estadísticos descriptivos del Optimismo disposicional					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
<b>Optimismo disposicional</b>	54	9.00	24.00	19.5926	4.02126
<b>N válido (según lista)</b>	54				

Figura 9. Porcentaje de las categorías del Optimismo disposicional

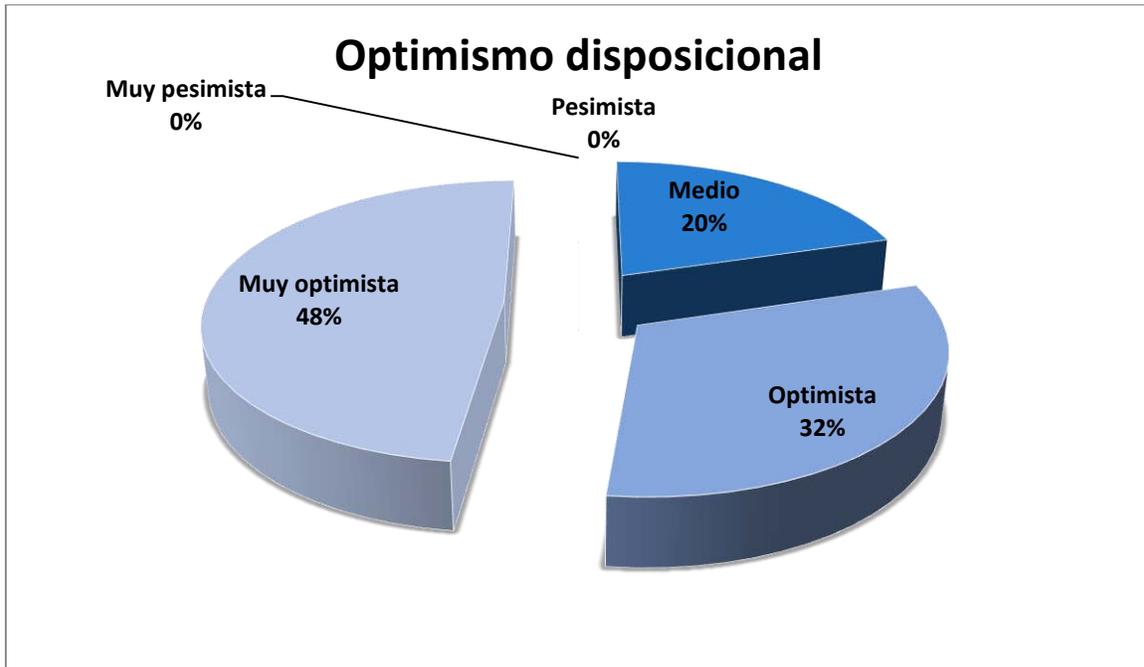


Tabla 6.  
*Estadístico de fiabilidad de los instrumentos utilizados*

Instrumentos	Alfa de Cronbach
CVRS	.848
HADS { Ansiedad	.803
Depresión	.752
LOT	.682

El análisis bivariado mostró una correlación significativa de los puntajes del Optimismo Disposicional, Ansiedad y Depresión con el puntaje de los parámetros considerados en la Calidad de Vida relacionada con la Salud, excepto en el OD con el puntaje global de la CVRS, Ansiedad con las limitaciones físicas, Autoeficacia y puntaje global de la CVRS; y la Depresión con la Autoeficacia.

Tabla 7.

*Correlación del Optimismo Disposicional (OD), Ansiedad y depresión con parámetros de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)*

CVRS		→	LF	S	FS	SS	CT	A	CV	IS	EF	RC
ANSIEDAD	Correlación de Pearson		-.347**	-.355**	-.289*	-.266*	-.318**	.048	-.327**	-.235*	-.322**	-.348**
	Sig. (unilateral)		.005	.004	.017	.026	.010	.366	.008	.044	.009	.005
	N		54	54	54	54	54	54	54	54	54	54
DEPRESIÓN	Correlación de Pearson		-.440**	-.351**	-.305*	-.225	-.357**	-.032	-.401**	-.522**	-.441**	-.523**
	Sig. (unilateral)		.000	.005	.012	.051	.004	.408	.001	.000	.000	.000
	N		54	54	54	54	54	54	54	54	54	54
O.D.	Correlación de Pearson		.235*	.366**	.373**	.381**	.150	.263*	.315*	.263*	.322**	.357**
	Sig. (unilateral)		.043	.003	.003	.002	.140	.027	.010	.027	.009	.004

*Nota:* LF = Limitaciones físicas, S = Síntomas, FS = Frecuencia de síntomas, SS = Severidad de síntomas, CT = Cambios a través del tiempo, A = Autoeficacia, CV = Calidad de Vida, IS = Interferencia Social, EF = Estado funcional, RC = Resumen clínico.

Tabla 8.

*Correlación del Optimismo Disposicional (OD) con Ansiedad y Depresión*

		Ansiedad	Depresión
<b>Optimismo disposicional (OD)</b>	Coefficiente de correlación		
		-.259*	-.353**
	Sig. (unilateral)	.029	.004
	N	54	54

Nota: \*\*. La correlación es significativa al nivel 0,01 (unilateral).

Tabla 9.

*Modelo 1 Optimismo disposicional como variable explicativa sobre la relación Ansiedad y CVRS*

Variable predictora	B	Error típico	$\beta$	t	significancia	Variable criterio
<i>Paso 1</i> <b>Ansiedad</b>	-.348	.130	-.348	-2.680	.010	<b>CVRS</b>
<i>Paso 2</i> <b>Ansiedad</b>	-.254	.134	-.254	-1.895	.064	<b>OD</b>
<i>Paso 3</i> <b>Ansiedad</b>	-.275	.130	-.275	-2.125	.038	<b>CVRS</b>
<b>Optimismo disposicional</b>	.287	.130	.287	2.212	.031	<b>CVRS</b>

En el primer paso del 1er modelo, se muestra que la Ansiedad se asocia significativamente con la Calidad de Vida Relacionada con la Salud CVRS (B = -.348, p = .010). En el segundo paso se muestra que la Ansiedad no se asocia significativamente con la CVRS (B = -.254, p = .064). En el tercer paso se introducen simultáneamente como variables predictoras en el modelo tanto la Ansiedad con el Optimismo disposicional y se muestra como dichas variables se asocian significativamente con la CVRS.

El paso final consistió en mostrar que la fuerza de la asociación entre Ansiedad y CVRS, se reduce cuando la variable “Optimismo disposicional” ha sido añadida al modelo. Tal y como puede observarse, el coeficiente no estandarizado de la variable Ansiedad pasa de ser  $-.348$  (en el primer paso) a  $-.275$  (en el tercer paso). Esto significa que un  $20.97\%$   $\{((-0.348) - (-0.275)) / -0.348\}$  de la varianza de la relación entre Ansiedad y CVRS se explica por el Optimismo disposicional.

Es decir, los resultados sugieren que parte de la asociación entre Ansiedad y CVRS se explicaría porque la Ansiedad afecta al Optimismo disposicional de estos pacientes y este a su vez, aumentan la CVRS. La figura 1 muestra la síntesis de los resultados del primer modelo.

### MODELO 1

Figura 10. Porcentaje de la varianza de la relación entre Depresión y Calidad de Vida Relacionada con la Salud explicada por el Optimismo disposicional

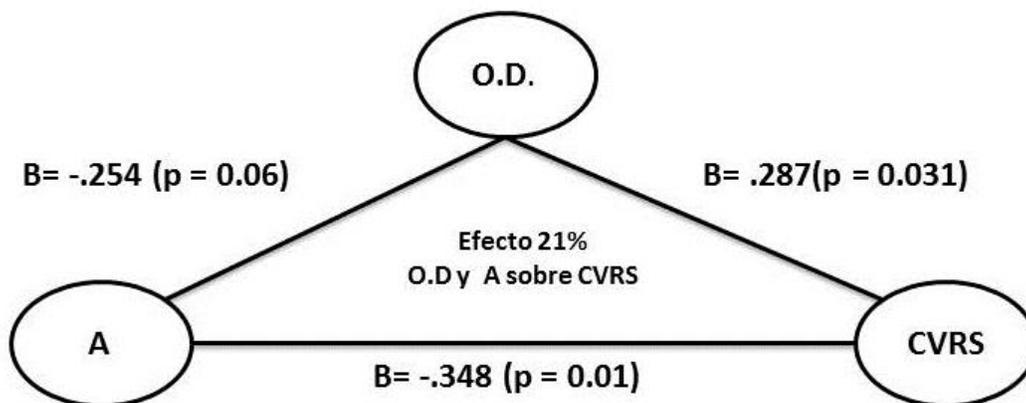


Tabla 10.

*Modelo 2 Optimismo disposicional como variable explicativa sobre la relación Depresión y CVRS*

Variable predictora	B	Error típico	$\beta$	t	Significancia	Variable criterio
<i>Paso 1</i> <b>Depresión</b>	-0.523	.118	-0.523	-4.430	.000	<b>CVRS</b>
<i>Paso 2</i> <b>Depresión</b>	-0.251	.134	-0.251	-1.869	.067	<b>OD</b>
<i>Paso 3</i> <b>Depresión</b>	-0.463	.119	-0.463	-3.906	.000	<b>CVRS</b>
<b>Optimismo disposicional</b>	.241	.119	.241	2.029	.048	<b>CVRS</b>

En el primer paso del 2do modelo, se muestra que la Depresión se asocia significativamente con la Calidad de Vida Relacionada con la Salud CVRS (B = -.523, p = .000). En el segundo paso se muestra que la Depresión no se asocia significativamente con la CVRS (B = -.251, p = .067). En el tercer paso se introducen simultáneamente como variables predictoras en el modelo tanto la Depresión con el Optimismo disposicional y se muestra como dichas variables se asocian significativamente con la CVRS.

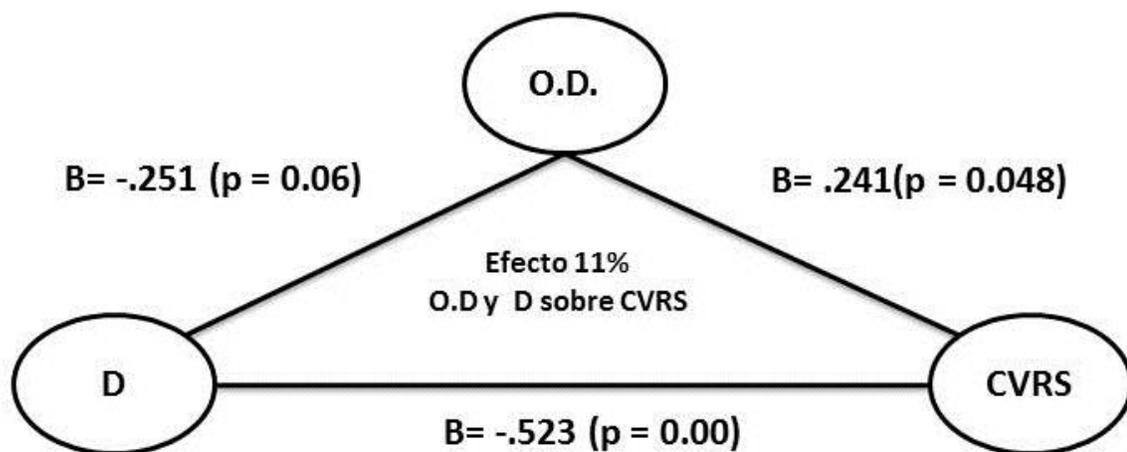
El paso final consiste en mostrar que la fuerza de la asociación entre Depresión y CVRS se reduce cuando la variable “Optimismo disposicional” ha sido añadida al modelo. Tal y como puede observarse, el coeficiente no estandarizado de la variable Depresión pasa de ser -.523 (en el primer paso) a -.463 (en el tercer paso). Esto significa que un 11.47%  $\{((-0.523) - (-0.463)) / -0.523\}$  de la varianza de la relación entre Depresión y CVRS se explica por el Optimismo disposicional.

Sin embargo, el hecho de que el coeficiente correspondiente a la Depresión (B = -.463, p = .000) continúe siendo estadísticamente significativo implica que sí existe evidencia de la relación de las variables estudiadas sin embargo al mejorar

los instrumentos de medición y aumentar el tamaño de muestra será más probable encontrar la mediación y ampliar el modelo. Es decir, estos resultados sugieren que parte de la asociación entre Depresión y CVRS se explicaría porque la Depresión afecta al Optimismo disposicional de estos pacientes y este a su vez, aumenta la CVRS de los mismos. La figura 2 muestra la síntesis de los resultados del segundo modelo.

## MODELO 2

Figura 11. Porcentaje de la varianza de la relación entre Depresión y Calidad de Vida Relacionada con la Salud explicada por el Optimismo disposicional.



## DISCUSIÓN

El optimismo disposicional es una característica psicológica que ha sido estrechamente relacionado con el ajuste y afrontamiento de las personas ante diversas situaciones estresantes, por ejemplo una competencia deportiva de alto rendimiento o padecer enfermedades crónico-degenerativas graves como las enfermedades cardiovasculares. Este mecanismo psicológico actúa de manera favorable como un mecanismo psicológico mediador que puede disminuir la ansiedad y la depresión, así como mejorar la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (Absetz, Aro, Rehnberg y Sutton, 2000; El-Anzi, 2005; Londoño, 2009; Torres, 2004; Carrobes, Remor Rodríguez-Alzamora, 2003; Yenier y Pérez, 2014).

La ansiedad y la depresión son trastornos psicológicos que se presentan con frecuencia en personas que padecen enfermedades graves, especialmente en las que padecen afección de un órgano vital como el corazón y deben ser sometidas a intervenciones quirúrgicas de alto riesgo como parte de su tratamiento. Estas entidades psicológicas han mostrado en diversos estudios que afectan negativamente la evolución postoperatoria y propician escasa adherencia al tratamiento médico, condicionando en los pacientes una percepción de mala calidad de vida relacionada con la salud (Rusisch, 2003).

Los hallazgos de este estudio mostraron una correlación significativa del Optimismo Disposicional, ansiedad y depresión con los dominios de evaluación de calidad de vida relacionada con la salud (Limitación física, síntomas, calidad de vida, interferencia social, autoeficacia y estado funcional), sugiriendo que el optimismo disposicional como factor psicológico protector podría tener un efecto sobre la ansiedad y la depresión. Esta consideración es apoyada por los hallazgos observados en un estudio realizado por la escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard en USA (Bohem, 2012), en donde se analizaron, en 200 estudios, los beneficios del optimismo disposicional sobre la salud y su efecto positivo sobre la ansiedad y la depresión en sujetos que tienen que afrontar situaciones de estrés elevado.

El optimismo disposicional, es quizás el más relevante de todos los rasgos positivos de la personalidad, el cual, además de estar asociado a un mayor bienestar, parece tener un importante papel en la salud física de los individuos, de tal manera, que en algunos estudios se ha observado que las personas más optimistas generan, ante situaciones de estrés, mejores respuestas de inmunocompetencia comparados con personas pesimistas, tomando como indicador la actividad de las células Natural Killers (Sieber, Rodin, Larson, 1992; Maruta, Colligan, Malinchoc y Offord, 2000).

La CVRS consiste en la percepción subjetiva del impacto que tiene la enfermedad y su tratamiento sobre las actividades y capacidades físicas en la vida de la persona (Soto, et al., 2004). La ansiedad y la depresión como factores desencadenantes de efectos negativos en la respuesta al evento de estrés por enfermedad grave y tratamiento de alto riesgo, han mostrado una fuerte relación con aspectos mórbidos que finalmente se traducen en una mala CVRS.

Finalmente, los hallazgos de este estudio, hacen evidente que los pacientes cuentan con Optimismo Disposicional como característica psicológica protectora que les permite afrontar condiciones de estrés grave, el cual, es representado por la enfermedad cardíaca que requiere que se le someta a un procedimiento quirúrgico de alto riesgo, con posibilidades de morbilidad y mortalidad considerables. Además, de que este Optimismo Disposicional coadyuva al reducir el efecto que tienen aspectos psicológicos negativos como la ansiedad y la depresión sobre la percepción de los pacientes sobre su calidad de vida relacionada con la salud, fortaleciendo así, la necesidad de integrar a los procedimientos de estudio y tratamiento de las enfermedades cardíacas, programas de atención psicológica dirigidos a fortalecer las características psicológicas positivas inherentes a las personas que les permitan afrontar con mayor eficiencia los aspectos de estrés grave relacionados con su enfermedad.

En cuanto a las limitaciones del estudio es importante mencionar que el objetivo de encontrar la mediación no se cumplió, por lo que es necesario considerar las siguientes áreas de oportunidad. En primer lugar, la naturaleza transversal del

mismo impide hacer consideraciones causales sobre las variables estudiadas. Si bien la literatura muestra que las enfermedades del corazón en especial la cardiopatía isquémica, la ansiedad y la depresión pueden producir un efecto negativo en la CVRS, lo contrario también es posible; es decir, que la presencia de una baja CVRS produzca un incremento en los síntomas psicológicos relacionados con este padecimiento, por lo cual se sugiere realizar estudios longitudinales con muestras más grandes ya que el uso de una muestra no probabilística impide que los resultados puedan generalizarse a una población mayor.

En segundo lugar se sugiere estandarizar el instrumento de medición del Optimismo disposicional LOT-R, haciéndolo más específico, acorde a población cardiaca y con enfoque dimensional para poder contrastar el constructo de Optimismo con base en la literatura propuesta y la dimensionalidad que se puede presentar en el mismo y así conocer a detalle la sensibilidad que tiene al relacionarse con otras variables y poder conocer las diferencias y relaciones que tiene con el constructo de pesimismo.

En tercer lugar se sugiere realizar análisis más profundos de mediación e inclusive moderación, para explicar dichas variables en términos predictivos del comportamiento humano.

Algunos estudios informan sobre el efecto psicofisiológico que tiene la ansiedad y la depresión en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos, sin embargo, en la presente investigación no se realizaron mediciones fisiológicas y de laboratorio, las cuales podrían tener un comportamiento negativo similar con la presencia de ansiedad y depresión postoperatoria, así como igualmente tener un efecto coadyuvante del Optimismo Disposicional y favorecer así una mejor evolución y recuperación física postoperatoria, contribuyendo a una atención integral del paciente con este tipo de enfermedad cardiaca.

## CONCLUSIONES

El optimismo disposicional tiene un papel importante como coadyuvante de los efectos negativos de la ansiedad y la depresión sobre la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con cardiopatía isquémica sometidos a cirugía de revascularización coronaria.

El efecto coadyuvante del Optimismo Disposicional indica la necesidad de la intervención de la Psicología de la Salud, Psicología positiva y Medicina Conductual en la atención y tratamiento de pacientes con cardiopatía isquémica que requieren tratamiento de alto riesgo quirúrgico.

Finalmente es importante señalar la importancia de esta investigación, la cual radica en identificar el mecanismo a través del cual la Cardiopatía isquémica afecta la CVRS de estos pacientes y como a su vez , esto permite observar que si bien es importante centrar los esfuerzos en el tratamiento farmacológico, quirúrgico, ejercicio y alimentación, atender variables de tipo psicológico será de gran importancia para disminuir su impacto y mejorar el bienestar, así como también centrar la atención en factores protectores como el Optimismo disposicional es un área de oportunidad en la investigación de Psicología de la Salud, para poder estudiar los recursos positivos propios del individuo que favorecen también a la mejora de su calidad de vida.

Si bien, se puede vislumbrar un panorama prometedor para el desarrollo de intervenciones psicológicas, con base en los factores protectores que promueve la Psicología positiva en pro de una mejora en la CVRS para las personas con alguna enfermedad crónico degenerativa como lo son las enfermedades cardiovasculares, esto a su vez representa una responsabilidad y gran área de oportunidad para los profesionales de la salud que ya trabajamos en esta cuestión y del sector salud en cuanto a políticas públicas que presten atención y brinden un tratamiento integral a través del trabajo multidisciplinario.

## REFERENCIAS

- Absetz, P., Aro, A., Rehnberg, G. y Sutton, S. (2000). Comparative optimism in the opinion of the risk of the chest cancer: Effects of the knowledge of factor of the experience and risk. *Psychology Health & Medecine*, 5(4), 367-391.
- Arias MA: Placa vulnerable: Métodos de identificación actual y futuro. Rev. Archivos de Cardiología de México 2006; 76(Supl. 2): 229-232.
- Arnold, R., Ranchor, AV., DeJongste, M.J., Koëter, G.H., Ten Hacken, N.H. Albers, R., y Sanderman, R. (2005). *Behavavioral Medicina*, 31(3) ,107-115.
- 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: Fundacón BBVA.
- Bandura, A. (1992). A self-efficay mechanism in psychobiologic functioning. En R. Schwarzer (Ed.), *Selfefficacy: Thought control of action* (pp. 3-38). Washington, DC: Hemisphere Publishing Corp.
- Baron, R. M., y Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Berridge, M., J. (2008). Smooth muscle cell calcium activation mechanisms. *Physiol* 586: 5047, New York.
- Blandenier, C. (1998). *Patología Cardiovascular adquirida de las principales enfermedades en nuestro medio*. Caracas, Venezuela: Consejo de desarrollo científico y humanístico.
- Bohem, I. (2012). El optimismo protege frente a las enfermedades cardiovasculares. 28/03/2016, de Psychological Bulletin Sitio web: [http://noticias.lainformacion.com/ciencia-y-tecnologia/psicologia/el-optimismo-protege-frente-a-las-enfermedadescardiovasculares\\_or2Y9CoRaXxpIrrOsBTOTm3/](http://noticias.lainformacion.com/ciencia-y-tecnologia/psicologia/el-optimismo-protege-frente-a-las-enfermedadescardiovasculares_or2Y9CoRaXxpIrrOsBTOTm3/)

- Booth-Kewley, S. y Friedman, H.S. (1987). Psychological predictors of heart disease a quantitative review, *Psychological Bulletin*, 101, 343-62.
- Carper, M.M., Traeger, I., Gonzalez, J. S., Wexler, D.J., Psaros, C., y Safren, S.A. (2014). The differential associations of depression and diabetes distress with quality of life domains in type 2 diabetes. *Journal of Behavioral Medicine*, 37 (3), 501-510.
- Carrobbles, J., Remor, E. y Rodríguez, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), 420-426.
- Colin, L.: *Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data*. *Lancet* 2006; 367: 1747-1757.
- Costa, C., Mateus, P. S., Mateus, C., Bettencourt, N., Santos, L, Adão, L., Sampaio, F., Fonseca, C., Simões, L., Coelho, R., Ribeiro, V. G. (2005). Síndrome Coronario Agudo y depresión. *Revista Portuguesa de Cardiología*, 24 (4), 507-516
- Crandall, W., V. Halterman, T., E. y Mackner, L., M. (2007). Anxiety and pain symptoms in children with inflammatory bowel disease and functional gastrointestinal disorders undergoing colonoscopy. 44(1):63-7
- Di Cesare, M. (2011). *El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafío, límites y acciones*. Recuperado de: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/9/44309/lcw395.pdf>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) SSA. 2006.*
- El-Anzi, F. O. (2005). Academia achievement and its relationship with anxiety, self-esteem, optimism, and pessimism in Kuwaiti students. *Social Behavior and Personality*, 33(1), 95-103.

- Espinosa, L. (2008). Factores de riesgo cardiovascular, epidemiología y enfermedad. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(3), 233-236. Recuperado de: [http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com\\_multicategories&view=article&id=987:factores-de-riesgo-cardiovascular-epidemiologia-clinica-y-enfermedad&Itemid=610](http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=987:factores-de-riesgo-cardiovascular-epidemiologia-clinica-y-enfermedad&Itemid=610)
- Etchebarne, I., O'Connell, M., y Roussos, A. (2008). Estudio de mediadores y moderadores en la investigación en Psicoterapia. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, (1), 33-56.
- Fernández, J.A., Hernández, R., y Siegrist, J. (2001). El perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC): un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica. *Atención primaria*; 28(10): 680-689.
- Figuroa, C. Domínguez, B., Ramos, B. & Alcocer, L. (2009) Emergencia de la cardiología conductual en la práctica clínica. *Psicología y Salud*, 19, (1), 151-155
- García Vicente, E., Del Villar-Sordo, V., García y García, E. I. (2007). La depresión tras el infarto agudo de miocardio. *Anales de Medicina Interna*, 24, 346-351.
- García MX: Fisiopatología y marcadores del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. *Rev Esp Cardiol* 2005; 5: 8-14 ISSN 1579-2242.
- Gillham, J. E., Shatté, A. J., Reivich, K. J. y Seligman, M. E. P. (2001). *Optimism, pessimism, and explanatory style*. En E. C. Chang (Ed.), *Optimism & pessimism* (pp. 53-75). Washington, DC: American Psychological Association.
- 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.

- Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. Estadísticas del Movimiento Natural de la Población. Año 2012. Madrid: INE, 2013
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2011). *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>
- Jadraque, L., Coma, I., González, I. y López, J. (1998). *Cardiopatía isquémica, angina de pecho e infarto de miocardio*. Madrid: Ediciones Norma.
- Ji, L., Zhang, Z., Osborne, E. y Guan, Y. (2004). Optimism across cultures: In response to the severe acute respiratory syndrome outbreak. *Asian Journal of Social Psychology*, 7(1), 25-34.
- Kawachi, I., Sparrow, D., Vokonas, P.S. y Weiss, S.T. (1994). Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease in men. The Normative Aging Study, *Circulation*, 90, 2225-9.
- Kholler, J (2004). Felicidad y modificabilidad cognitiva. *Liberabit*, 10, 68-81.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Londoño, C. (2009). Optimismo y salud positiva como predictores de la adaptación a la vida universitaria. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(1), 95-107
- López de la Parra, María del Pilar Marjan, Mendieta Cabrera, Danelia, Muñoz Suarez, Manuel Alejandro, Díaz Anzaldúa, Adriana, & Cortés Sotres, José Francisco. (2014). Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. *Salud mental*, 37(6), 509-516. Recuperado en 01 de enero de 2016, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000600009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000600009&lng=es&tlng=es).

Lyon, R., Thomas G., Cobb, V. y Mayet, J. (2012). *Guía rápida de cardiología*. (3ra edición) Barcelona, España: ELSEVIER.

Maruta T, Colligan RC, Malinchoc M, Offord KP. Optimists vs pessimists: survival rate among medical patients over a 30-year period. In Mayo Clinic Proceedings (2000, February); 75 (2): 140-143).

Mera PC y Ortiz M. La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. Ter Psicol. 2012; 30 (3): 69-78.

Mesa, C. P., Pérez, L. Ma D., Moreno, S. A. y Arrabal, S. R. *Manejo del paciente con cardiopatía isquémica aguda*. Recuperado de: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/cardisq.pdf>

Morales García, A.I. Optimismo disposicional en pacientes en hemodiálisis y su influencia en el curso de la enfermedad. *Nefrología (Madr.)* [online]. 2011, vol.31, n.2 [citado 2016-01-02], pp. 199-205. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-69952011000200013&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952011000200013&lng=es&nrm=iso). ISSN 0211-6995.

Moser, D.K. (2007). "The Rust of Life": Impact of anxiety on cardiac patients. *American Journal of Critical Care*, 16, 361-369.

Organización Mundial de la Salud (2012). *¿Cuál es la enfermedad que causa más muertes en el mundo?* Recuperado de: <http://www.who.int/features/qa/18/es/>

Organización Mundial de la Salud (2013). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>

Palastanga, N., Field. D. y Soames, R. (2000). *Anatomía y movimiento humano, estructura y funcionamiento*. (3ra edición). Barcelona, España: Paidotribo.

- Perales-Montilla, Carmen M.; GARCIA-LEON, Ana y REYES-DEL PASO, Gustavo A. Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Nefrología (Madr.)* [online]. 2012, vol.32, n.5 [citado 2016-01-02], pp. 622-630. Disponible en: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-69952012000700009&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952012000700009&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0211-6995. <http://dx.doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2012.Jun.11447>.
- Padrós, F. (2002). Disfrute y bienestar subjetivo. Un estudio psicométrico de la gaudibilidad. *Tesis doctoral en "Psicología del Aprenentatge Huma"*, Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona.
- 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). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211117623010>
- 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.
- Rodríguez, G. (2010) Desarrollo de Medicina Conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*; 1, (1), 5 -12
- Rozanski A, Blumenthal JA, Davidson KW, Saab PG, Kubzansky L. The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice. The emerging field of behavioral cardiology. *Journal of the American College of Cardiology*, 2005; 45(5): 637-651.
- Rusisch B,. (2003). Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression. *Biol Psychiatry* 2003; 54:227- 240.
- Sánchez, A., M. (2006). Prevalencia de factores de riesgo vascular en la población laboral española. *Revista Española de Cardiología*: 59 (5): 421-430

- Sánchez, B. J. (2009). Comportamiento de la mortalidad por cardiopatía isquémica en México en el periodo 2000-2007. *Gaceta Médica de México*; 145(5): 375-382. Recuperado de:  
[http://www.anmm.org.mx/GMM/2009/n5/15\\_vol\\_145\\_n5.pdf](http://www.anmm.org.mx/GMM/2009/n5/15_vol_145_n5.pdf)
- Santos, S.J. (Ed). (2006). Manual para Padres de Niños con Cardiopatía Congénita. España: IMAGRAF S.L.
- Sauvage, L. (2003). Diga no a las enfermedades del corazón. Barcelona: Amot.
- Secretaría de Salud (2001). *Programa de Acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial*. México: Secretaria de Salud
- Secretaría de Salud (2008). *Programa de acción específico 2007-2012 Riesgo Cardiovascular*. México: Secretaria de Salud.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247
- Segerstrom SC, Taylor SE, Kemeny ME, Fahey JL. Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *Journal of personality and social psychology*, 1998; 74(6): 1646.
- Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: an Introduction, *American Psychologist*, 55, 4-14
- Serafino, E. (1994) *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. New York: Jhon Wiley & Sons
- Sieber WJ, Rodin J, Larson L. Modulation of human natural killer cell activity by exposure to uncontrollable stress. *Brain, behavior, and immunity*, 1992; 6(2): 141-156.
- Snaith, R., P. (2003). "The Hospital Anxiety and Depression Scale." *Health and Quality of Life Outcomes*

- Soto, M. y Failde, I. (2004). La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11(8):505-514.
- Soto, M., Márquez, S., Ramos, I. (2004) Health-related quality of life in coronary heart disease compared to norms in Spanish population. *Qual Life Res* (en prensa).
- Taylor, S. (2007) *Psicología de la Salud*. México: McGraw-Hill Interamericana
- Tortora, G. y Derrickson, B. (2006). *Principios de anatomía y fisiología*. Madrid: Médica Panamericana.
- Valverde CV, Torres GH, Rahona JJ, Gómez D. Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 2009: 15-28.
- Velasco, J., Del Barrio, V., Mestre, M,. Validación de un nuevo cuestionario para evaluar la calidad de vida en pacientes postinfarto. *Rev Esp Cardiol* 1993; 46: 552-8.
- Velázquez, M. O., Barinagarrementería, 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. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2007/ac071e.pdf>
- Velázquez O., Rosas M, Lara EA, Pastelin HG, Sánchez CC, Grupo ENSA-2000, Attie F, Tapia R: *Prevalencia en interrelación de las enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México*. *Arch Cardiol Mex* 2003; 73: 62-77.
- Vera, B. (2006). Psicología positiva: Una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27, 3-8.

Yenier, E., Perez, M. Calidad de vida, ansiedad, depresión y optimismo disposicional en pacientes con lupus eritematoso sistémico. Revista Psicogente  
Facultad de Psicología, Universidad Simón Bolívar. [Vol. 17, Núm. 31 \(2014\)](#). Disponible en:  
<http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/ojs/index.php/psicogente/article/view/37>

Zuñiga, S. R., & Perreira, K. M. (2010). Depression and Anxiety among First-Generation Immigrant Latino Youth: Key Correlates and Implications for Future Research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(7), 470–477. <http://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181e4ce24>

## ANEXOS

### Anexo 1.

#### Ficha de identificación

Número de expediente \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: [ H ] [ M ] Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Procedencia: \_\_\_\_\_ Perioso de evolución: \_\_\_\_\_

Teléfono: casa/\_\_\_\_\_ cel. /\_\_\_\_\_

## Anexo 2.

### Cuestionario de Calidad de Vida Relacionado 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						
b) Bañarse						
c) Caminar una cuadra						
d) Realizar quehaceres domésticos/ cargar su mandado						
e) Subir varios escalones sin detenerse						
f) Caminar rápido (como para alcanzar el camión)						

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.)?	3. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido 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 <b>6) No he tenido ningún síntoma</b>	1) Todos los días 2) Tres o más veces por semana 3) Una a dos veces por semanas 4) Una en las dos semanas

<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>1) Totalmente 2) Mucho 3) Moderadamente 4) Ligeramente 5) No he tenido ningún síntoma</p>	<p>1) Todo el tiempo 2) Varias veces al día 3) Por lo menos una vez al día 4) Tres o más veces por semana (pero no todos los días) 5) Una o dos veces por semana 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>1) Totalmente 2) Mucho 3) Moderadamente 4) Ligeramente 5) No he tenido ningún síntoma</p>	<p>1) Todo el tiempo 2) Varias veces al día 3) Por lo menos una vez al día 4) Tres o más veces por semana (pero no todos los días) 5) 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>1) Totalmente 2) Mucho 3) Moderadamente 4) Ligeramente 5) No he tenido ningún síntoma</p>	<p>1) Todos los días 2) Tres o más veces por semana (pero no todos los días) 3) Una a dos veces por semana 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. ¿En las últimas 2 semanas, qué tanto se ha sentido limitado para disfrutar la vida debido a su enfermedad cardíaca?</p>
<p>1) Totalmente inseguro 2) Muy inseguro</p>	<p>1) Totalmente 2) Mucho</p>

3) Algo seguro 4) Muy seguro 5) Totalmente seguro	3) Moderadamente 4) Ligeramente 5) No me ha limitado disfrutar de la vida
12. ¿Cómo le hace sentir el hecho de saber que tiene una enfermedad cardíaca?	13. ¿En las últimas 2 semanas, con qué frecuencia se ha sentido desalentado o deprimido debido a su enfermedad cardíaca?
1) Insatisfecho 2) De algún modo satisfecho 3) Moderadamente satisfecho 4) La mayor parte del tiempo satisfecho 5) Completamente satisfecho	1) Todo el tiempo 2) La mayor parte del tiempo 3) Ocasionalmente 4) Nunca

14. 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 Totalment e limitado	2 Muy limitado	3 Moderada mente limitado	4 Ligerament e limitado	5 Nada limitado	6 No aplica/ no lo hice
<b>a) Los pasatiempos y actividades recreativas</b>						
<b>b) Trabajar o realizar quehaceres domésticos</b>						

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

Actividades	1 Totalment e limitado	2 Muy limitado	3 Moderada mente limitado	4 Ligerament e limitado	5 Nada limitado	6 No aplica/ no lo hice
<b>b) Visitar a familia o amigos fuera de su casa</b>						
<b>a) Relaciones cercanas con sus amigos</b>						

## LOT-R

	Estoy totalmente de acuerdo	Estoy de acuerdo un poco	Yo no estoy de acuerdo ni en desacuerdo	No estoy de acuerdo un poco	Estoy totalmente en desacuerdo
1. En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor	4	3	2	1	0
*2. Me resulta fácil relajarme	4	3	2	1	0
3. Si algo malo me puede pasar, estoy seguro de que me pasará	0	1	2	3	4
4. Siempre soy optimista en cuanto al futuro	4	3	2	1	0
*5. Disfruto demasiado de mis amistades	4	3	2	1	0
*6. Para mí es importante estar ocupado	4	3	2	1	0
7. Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera	0	1	2	3	4
*8. Difícilmente me molesto	4	3	2	1	0
9. Casi nunca cuento con que me sucedan cosas buenas	0	1	2	3	4
10. En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas	4	3	2	1	0

**Considerando sus propios sentimientos respecto a su enfermedad cardíaca, evalúe qué tan de acuerdo esta con las afirmaciones que se le darán a conocer, sea lo más honesto posible y recuerde que no hay preguntas correctas o incorrectas.**

NOTA: los reactivos, 2, 5, 6 y 8 son de entretela y no se consideran para calificar

## HADS

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde de prisa sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo realmente se sintió.

<p>Me siento tenso o nervioso.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Todos los días</li> <li>2. Muchas veces</li> <li>3. A veces</li> <li>4. Nunca</li> </ol>	<p>Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Como siempre</li> <li>2. No lo bastante</li> <li>3. Sólo un poco</li> <li>4. Nada</li> </ol>
<p>Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definitivamente y es muy fuerte</li> <li>2. Sí, pero no es muy fuerte</li> <li>3. Un poco, pero no me preocupa</li> <li>4. Nada</li> </ol>	<p>Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Al igual que siempre lo hice</li> <li>2. No tanto ahora</li> <li>3. Casi nunca</li> <li>4. Nunca</li> </ol>
<p>Tengo mi mente llena de preocupaciones.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La mayoría de las veces</li> <li>2. Con bastante frecuencia</li> <li>3. A veces, aunque no muy a menudo</li> <li>4. Sólo en ocasiones</li> </ol>	<p>Me siento alegre.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca</li> <li>2. No muy a menudo</li> <li>3. A veces</li> <li>4. Casi siempre</li> </ol>
<p>Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Siempre</li> <li>2. Por lo general</li> <li>3. No muy a menudo</li> <li>4. Nunca</li> </ol>	<p>Me siento como si cada día estuviera más lento.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Por lo general, en todo momento</li> <li>2. Muy a menudo</li> <li>3. A veces</li> <li>4. Nunca</li> </ol>
<p>Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca</li> <li>2. En ciertas ocasiones</li> <li>3. Con bastante frecuencia</li> <li>4. Muy a menudo</li> </ol>	<p>He perdido interés en mi aspecto personal.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Totalmente</li> <li>2. No me preocupo tanto como debiera</li> <li>3. Podría tener un poco más de cuidado</li> <li>4. Me preocupo al igual que siempre</li> </ol>
<p>Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mucho</li> <li>2. Bastante</li> <li>3. No mucho</li> <li>4. Nada</li> </ol>	<p>Me siento optimista respecto al futuro.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Igual que siempre</li> <li>2. Menos de lo que acostumbraba</li> <li>3. Mucho menos de lo que acostumbraba</li> <li>4. Nada</li> </ol>
<p>Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Muy frecuentemente</li> <li>2. Bastante a menudo</li> <li>3. No muy a menudo</li> <li>4. Rara vez</li> </ol>	<p>Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A menudo</li> <li>2. A veces</li> <li>3. No muy a menudo</li> <li>4. Rara vez</li> </ol>