



Universidad  
Latina

# UNIVERSIDAD LATINA

---

---

Propiedades Psicométricas del Inventario de  
Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)  
y la Escala de Retiro de Patrón de  
Conducta tipo A (ERCTA) en una población  
de pacientes con enfermedades cardiovasculares

## **T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A :

**BIBIAN HERRERA NAVARRETE**

ASESOR: DR. OSCAR GALINDO VÁZQUEZ

CIUDAD DE MÉXICO, ENERO DE 2017



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

Gracias a todas las personas que estuvieron conmigo a lo largo de ésta carrera.

A mi hermana Iris gracias por ser un ejemplo y un apoyo incondicional (algún día seré como tú), te admiro y te quiero infinitamente.

Sofía gracias por ayudarme a hacer tareas te quiero hasta el cielo.

Gerardo mi compañero de vida gracias por enseñarme a ser mejor ser humano, por estar cuando más lo necesito, por impulsarme a terminar la tesis y seguir adelante siempre fuerte, tienes mi admiración y amor incondicional.

Chio hermana del alma gracias por acompañarme en esos años de universidad y por hacerme parte de tu familia, no sé qué hubiera hecho sin ti.

Agradezco a mi tutor de tesis Oscar Galindo, por el profesionalismo, apoyo durante todo éste proceso, por compartir sus conocimientos e impulsarme a continuar con mis estudios.

## Índice

<b>Resumen.....</b>	<b>i</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>ii</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>iii</b>
<b>Capítulo 1. Enfermedades cardiovasculares.....</b>	<b>1</b>
1.1 Epidemiología.....	1
1.2 Factores de riesgo.....	2
1.3 Clasificación.....	5
1.4 Hipertensión arterial.....	6
1.5 Cardiopatía isquémica.....	8
1.6 Arritmias.....	9
1.7 Comorbilidad.....	10
<b>Capítulo 2. Cardiología conductual.....</b>	<b>12</b>
2.1 Antecedentes.....	12
2.2 Aspectos psicológicos de las enfermedades cardiovasculares.....	13
2.3 Intervenciones psicológicas en cardiología conductual.....	14
<b>Capítulo 3. Ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades cardiovasculares.....</b>	<b>17</b>
3.1 Ansiedad.....	17
3.2 Depresión.....	19
3.3 Instrumentos de medición de ansiedad y depresión.....	21
<b>Capítulo 4. Patrón de Conducta tipo A.....</b>	<b>27</b>
4.1 Definición.....	27
4.2 Características.....	27
<b>Capítulo 5. Metodología.....</b>	<b>30</b>
5.1 Planteamiento del problema y justificación.....	30
5.2 Pregunta de investigación.....	31
5.3 Objetivo general.....	31

5.4 Objetivos Específicos.....	31
5.5 Hipótesis.....	31
5.6 Variables.....	32
5.7 Muestreo.....	33
5.8 Criterios de inclusión y exclusión.....	34
5.9 Tipo de estudio.....	34
5.10 Proceso de obtención del consentimiento informado.....	34
5.11 Instrumentos.....	35
5.12 Análisis estadístico.....	35
5.13 Resultados.....	36
5.14 Discusión - conclusiones.....	38
5.15 Limitaciones.....	41
5.16 Perspectiva Futura.....	42
Referencias.....	43
Anexos.....	57

## Resumen

Las enfermedades cardiovasculares son un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos, que frecuentemente se asocian con la aparición de ansiedad y depresión durante la evolución de la enfermedad cardíaca, ya que causan cambios fisiopatológicos, concurrentemente la conducta tipo A se ha definido como un claro indicador de riesgo coronario. La presente investigación tuvo por objeto validar el Inventario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y la Escala de Retiro de Patrón de Conducta tipo A (ERCTA) en una población de 200 pacientes con enfermedades cardiovasculares. Se utilizó un diseño transversal no experimental. Fueron 41 % mujeres y 59 % hombres, con una edad promedio de 59.79 años (D.E. = 12.2), con nivel de estudios de educación secundaria 11%, bachillerato 28%, licenciatura 42%. Respecto al estado civil 4.5% eran solteros, casados 67.5%, separados 16% y viudos 12%. El 71% dijo tener otra enfermedad además de la cardiopatía, en comparación con el 29% que refiere no tener otra enfermedad. La HADS presentó un solo factor con 14 ítems, un alfa de la escala global  $\alpha = 0.947$ , y una varianza explicada de 59.6%. En tanto la estructura factorial del ERCTA a un factor presentó un instrumento con 8 ítems con un alfa de la escala global  $\alpha = 0.930$ , y una varianza explicada de 67.3 %. La validez concurrente entre ambos instrumentos por medio de correlación mostró resultados significativos ( $r$  de Pearson de .437,  $p < 0.001$ ). La HADS y el ERCTA son instrumentos válidos y confiables para su uso en atención clínica e investigación en pacientes con enfermedades cardiovasculares que es una población que puede requerir atención psicosocial a lo largo de la atención de su salud.

Palabras clave: Ansiedad, Conducta tipo A, Depresión, Enfermedades cardiovasculares, Propiedades Psicométricas.

## ABSTRACT

Cardiovascular diseases are a group of disorders of the heart and blood vessels, which are frequently associated with the onset of anxiety and depression during the course of heart disease, as they cause pathophysiological changes. Concurrent type A behavior has been defined as a clear indicator of coronary risk. The present study aimed to validate the Hospital Anxiety and Depression Inventory (HADS) and the Type A Behavior Pattern Retirement Scale (ERCTA) in a population of 200 patients with cardiovascular diseases. A non-experimental transverse design was used. They were 41% women and 59% men, with a mean age of 59.79 years (D.E. = 12.2), with secondary education level 11%, baccalaureate 28%, university 42%. Regarding marital status, 4.5% were single, married 67.5%, separated 16% and widowed 12%. 71 % said they had another disease in addition to heart disease, compared to 29% who said they had no other disease. The HADS presented a single factor with 14 items, an alpha of the global scale  $\alpha = 0.947$ , and an explained variance of 59.6%. While the factorial structure of ERCTA for one single factor presented an instrument with 8 items with an alpha of the global scale  $\alpha = 0.930$ , and an explained variance of 67.3%. The concurrent validity between both instruments by means of correlation showed significant results (Pearson's  $r$  of .437,  $p < 0.001$ ). HADS and ERCTA are valid and reliable instruments for use in clinical care and research in patients with cardiovascular diseases who are a population that may require psychosocial care throughout their health care.

Key words: Anxiety, Type A Behavior, Depression, Cardiovascular Diseases, Psychometric Properties.

## INTRODUCCIÓN

Se calcula que de aquí a 2030 morirán en el mundo cerca de 23,3 millones de personas por enfermedad cardiovascular (ECV), principalmente por cardiopatías y accidentes cerebrovasculares (ACV), y se prevé que sigan siendo la principal causa de muerte (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Anderson et al., 1991, citado por Baena et al., 2005, la ECV tiene un origen multifactorial y resaltan por su relevancia los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) por ejemplo la edad y el sexo como FRCV no modificables y el consumo de tabaco, la hipertensión arterial (HTA), hipercolesterolemia y la diabetes como FRCV modificables.

En 2010, la principal causa de mortalidad general en México fueron las enfermedades del corazón, con 105, 144 defunciones, lo que corresponde a 97.0 por cada 100 mil habitante, actualmente en México, en la población adulta (20-69 años), hay más de 17 millones de hipertensos, cerca de 14 millones de dislipidémicos, aproximadamente 6 millones de diabéticos, alrededor de 35 millones de adultos con sobrepeso u obesidad y 15 millones presentan tabaquismo, todos estos datos representan un alto riesgo para la adquisición de enfermedades cardiovasculares (Sistema Nacional de Información en Salud, 2013).

La prevalencia de ansiedad en pacientes con patología cardíaca crónica va de 5 a 10%, y se eleva a 50% en pacientes con patología cardíaca aguda (Sullivan, La Croix, Speretus & Hecht, 2000).

Los estudios pioneros realizados por Roseman y Friedman pusieron de relieve el papel que jugaban ciertos rasgos de la personalidad y de carácter para entender cierta predisposición a sufrir enfermedades coronarias (Roseman & Friedman, 1961).

Se ha demostrado que los eventos estresantes precipitan la depresión, y la amenaza de muerte y la pérdida de autonomía que acompañan a los pacientes con IC son estresores que generan depresión y disminuyen la calidad de vida, una vez que se desarrolla la depresión, su efecto se asemeja mucho a los síntomas de la IC, como fatiga e incapacidad funcional, lo cual puede empeorar el síndrome clínico, el resultado aparente es un ciclo en



el que los dos trastornos se refuerzan invariablemente entre sí (Davidson, Rieckman & Rapp, 2005).

La depresión y la ansiedad influyen en el empeoramiento clínico al incrementar la mortalidad, el mal pronóstico vital, la pérdida de apetito y el adelgazamiento físico, y disminuir el deseo de vivir y los cambios posibles en el estilo de vida (Pintor, 2006).

Por ello es importante medir y evaluar las condiciones de los pacientes para poder prevenir la enfermedad o posibles recaídas, con el fin de identificar sintomatología ansiosa, depresiva o conducta tipo A es necesario contar con instrumentos válidos y confiables para la población mexicana.

La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) creada por Zigmund y Snaith (1983), consta de 14 ítems, se ha utilizado ampliamente para evaluar sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes con diferentes padecimientos crónicos.

Por otra parte, el patrón de conducta tipo A es un constructo psicológico propuesto por los cardiólogos Friedman & Rosenman (1976), se refiere a conductas de impaciencia, competitividad, sobrecarga, dependencia social, pérdida de control, hostilidad, entre otros. La escala ERCTA fue desarrollada por Rodríguez-Sutil, Gil-Corbacho y Martínez en 1996, consta de 8 ítems.

# Capítulo 1

## Enfermedades cardiovasculares

La enfermedad cardiovascular (ECV), aunque se establece de forma lenta y subclínica durante décadas, se manifiesta la mayoría de las veces de manera abrupta e imprevista (Achiong, Achiong & Achiong, 2015), se debe a trastornos del corazón y los vasos sanguíneos, entre ellos las cardiopatías coronarias (ataques cardíacos), las enfermedades cerebro vasculares (apoplejía), el aumento de la tensión arterial (hipertensión), las vasculopatías periféricas, las cardiopatías reumáticas, las cardiopatías congénitas y la insuficiencia cardíaca (Organización Mundial de la Salud, 2015).

### 1.1 Epidemiología

Las ECV son la principal causa de muerte en todo el mundo, se calcula que en 2012 murieron por ésta causa 17,5 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo, de las cuales, 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,7 millones, a los accidentes cerebro vasculares (AVC). Para las personas con ECV o con alto riesgo cardiovascular (debido a la presencia de uno o más factores de riesgo, como la hipertensión arterial, la diabetes, la hiperlipidemia o alguna ECV ya confirmada), son fundamentales la detección precoz y el tratamiento temprano, por medio de servicios de orientación o la administración de fármacos, según corresponda (OMS, 2015).

En Latinoamérica y el Caribe hay dos veces más muertes por enfermedades no transmisibles que por enfermedades transmisibles, las tasas de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), son muy altas en Latinoamérica y no han sufrido modificaciones muy significativas entre 1980 y 1990. Algunos ejemplos: Argentina: 46.6 y 46.4, Chile 29.4 y 29, Honduras 15 y 13.9, Puerto Rico 40.5 y 34, Uruguay 44.1 y 41.4%, respectivamente. La prevención de las enfermedades cardiovasculares debe basarse en el cambio de hábitos de vida y secundariamente en la utilización de medios farmacológicos (Bunout & Escobar, 2000).

En 2010, la principal causa de mortalidad general en México fueron las enfermedades del corazón, con 105, 144 defunciones, lo que corresponde a 97.0 por cada 100 mil habitantes, actualmente en México, en la población adulta (20-69 años) (Sistema Nacional de Información en Salud, 2013).

Durante décadas, la ECV ha sido la principal causa de muerte y discapacidad en los países occidentales, y sólo recientemente, con la mejora de los tratamientos no quirúrgicos como la angioplastia y los avances del tratamiento médico, ha empezado a reducirse el impacto de la ECV para quedar por detrás del cáncer en cuanto a la mortalidad asociada (Roger, Lloyd-Jones, Adams & Brown, 2011). En personas de más de 65 años la primera causa de muerte es la cardiopatía que plantea considerables dificultades para el diagnóstico y el tratamiento (Roger et al., 2011).

## **1.2 Factores de riesgo.**

Los factores de riesgo son aquellas variables de origen biológico, físico, químico, psicológico, social, y cultural que influyen más frecuentemente en los futuros candidatos a presentar enfermedad (Huerta, 2001).

Los factores de riesgo son aquellos signos biológicos o hábitos adquiridos que se presentan con mayor frecuencia en los pacientes con una enfermedad concreta, la enfermedad cardiovascular tiene un origen multifactorial, y un factor de riesgo debe ser considerado en el contexto de los otros. Los factores de riesgo cardiovascular, clásicos o tradicionales, se dividen en 2 grandes grupos: no modificables y modificables (Vega, Guimará & Vega, 2011).

Los factores no modificables se definen como aquellos que por sus propias características establecen una condición propicia para la aparición o no de la enfermedad, tales como edad, sexo y nivel socioeconómico (Pelegrián, García & Garcés, 2009).

La edad es un factor que mantiene una relación directa con el inicio de la enfermedad; se dice que entre mayor es la edad, mayor es el riesgo de padecer algún tipo de ECV, siendo fundamentalmente crítico este factor a partir de los 35 años, y con un máximo riesgo a partir de los 60 (Segura, Agustí & Parodi, 2006).

La presión arterial, tanto sistólica como diastólica, se incrementa conforme avanza la edad, aunque se mantiene sin cambios notables en los últimos años de vida. La edad de inicio de la hipertensión son los 35 años aproximadamente, aumentando ligeramente hasta las proximidades de los 45 (Santín, 1999). Aunque el envejecimiento no es causa directa de las ECV, éstas, en efecto, son más comunes en personas de edad avanzada, puesto que al pasar los años los sistemas homeostáticos (actúan mediante procesos de retroalimentación y control, cuando se produce un desequilibrio interno por varias causas, estos procesos se activan para reestablecer el equilibrio), del organismo van perdiendo sus funciones y se debilitan de forma tal que el organismo se vuelve más susceptible de padecer alguna patología cardiovascular (Georgieva, 2007).

Además de la edad, el sexo es otro de los factores no modificables asociados a las ECV, las estadísticas reportadas en los últimos años indican que los hombres por debajo de los 50 años tienen una incidencia más elevada de padecer algún tipo de ECV que las mujeres de la misma edad, esto puede deberse a la influencia que tienen los estrógenos en los vasos sanguíneos y el sistema cardiovascular en las mujeres (Cuevas, 2008; Segura et al., 2006). Sin embargo, algunos estudios muestran que a partir de 55 años las mujeres sufren infartos, insuficiencia cardíaca y muerte cardiovascular con mayor frecuencia (Alfonzo, Bermejo y Segovia, 2006). Por ello, se supone que las ECV en las mujeres se asocian con la menopausia y con el número e intensidad de los factores de riesgo que afrontan (Georgieva, 2007).

Otra de las variables que tienen mayor repercusión en la incidencia de ECV es el nivel socioeconómico, definido por Adler y Ostrove (1999) como la ocupación del individuo, los recursos económicos, el nivel social y la educación. Así, se considera el nivel socioeconómico bajo como uno de los predictores más significativos de la salud cardiovascular. Por tanto, un nivel socioeconómico más elevado se relaciona con la posposición del inicio de las ECV, lo que puede significar también que se dispone de un mayor acceso a los servicios de salud (Franks, Winters, Tancredi & Fiscella, 2011; Jeemon & Reddy, 2010; Williams, Kooner, Steptoe & Kooner, 2007).

Rosvall, Engström, Berglund & Hegblad (2008) en una investigación con el objeto de estimar la incidencia de factores de riesgo tales como el consumo de tabaco, la hipertensión arterial (HTA) y la proteína C reactiva (según el estatus socioeconómico)

sobre la ECV, identificaron que las personas con bajo nivel socioeconómico tenían un mayor riesgo de futuras ECV; es decir, el ajuste de los factores de riesgo depende del nivel socioeconómico relativo, lo cual implica promover nuevos programas destinados a actuar según tales niveles.

Se estima que 1) a menor edad, mayor es la salud cardiovascular y menor el nivel de riesgo a enfermar; 2) la mujer percibe mejor su estado de salud y al mismo tiempo mantiene cuidados más estrechos respecto a ella, además de que dispone de más factores fisiológicos que la protegen, y 3) el estatus socioeconómico se ha relacionado directa e indirectamente como un factor que protege la salud, de manera que cuanto más altos son los niveles de salario, escolaridad y ocupación, mejor será la salud cardiovascular (Faleiros & Gerald, 2007).

Los factores modificables, son las características que pueden transformarse o cambiarse, tales como diabetes mellitus (que puede modificarse o controlarse), tabaquismo, hipercolesterolemia y dislipidemia (Catalán et al., 2014; Cofán, 2014; Royo-Bordonada et al., 2014), sedentarismo (Moreno, Cruz & Fonseca, 2014), obesidad (Palomo et al., 2013), periodontitis (Fernández, Rubiano & Martínez, 2013), menopausia (Dosi, Bhatt, Shah & Patell, 2014), depresión, ansiedad, estrés, apoyo social deficiente, patrones de personalidad A y D y hostilidad (Blanco, 2011; Smith & Blumenthal, 2011), insomnio (Canivet, Nilsson, Lindeberg, Karasek & Ostergren, 2014), mala alimentación (Galve et al., 2014) y HTA (Catalán et al., 2014; Galve et al., 2014; Royo-Bordonada et al., 2014). Sin embargo, para efecto de esta revisión, se aborda la HTA por ser el principal factor de riesgo de las ECV.

El control adecuado de la hipertensión es una prioridad, ya que los pacientes con hipertensión no controlada tienen mayor riesgo de mortalidad cardiovascular, que se dobla con cada 20/10 mmHg de aumento de la presión arterial (Kanai & Krum, 2013).

Está demostrado que el cese del consumo de tabaco, la reducción de la sal de la dieta, el consumo de frutas y hortalizas, la actividad física regular y la evitación del consumo nocivo de alcohol reducen el riesgo de ECV, por otro lado, puede ser necesario prescribir un tratamiento farmacológico para la diabetes, la hipertensión o la hiperlipidemia, con el fin de reducir el riesgo cardiovascular y prevenir ataques cardíacos

y accidentes cerebrovasculares, las políticas sanitarias que crean entornos propicios para asegurar la asequibilidad y disponibilidad de opciones saludables son esenciales para motivar a las personas para que adopten y mantengan comportamientos sanos (Organización Mundial de la Salud, 2015).

La obesidad es un factor de riesgo cardiovascular cuya prevalencia está aumentando rápidamente en nuestra sociedad para convertirse en un problema de salud no sólo en adultos, sino también en niños y adolescentes, la diabetes mellitus, por su parte, puede ser considerada en sí misma un equivalente de enfermedad cardiovascular (López-Jiménez, 2009).

La presencia del patrón conductual de tipo A añade riesgo de padecer un infarto cerebral en edades más tempranas, probablemente por su contribución al proceso aterosclerótico. Algunas investigaciones han mostrado la asociación de altos niveles de ira y hostilidad con la prevalencia, intensidad y progresión de la aterosclerosis coronaria y carotídea (Barefoot et al., 1994).

Algunos autores (Laude et al., 1997), han comunicado que la influencia del patrón conductual con características que predisponen al estrés y los eventos estresantes parece estar relacionados con mecanismos autonómicos y neuroendocrinos que se activan en condiciones de estrés. Los individuos que expresan altos niveles de ira muestran también altas respuestas de la presión arterial sistólica en un test de estrés por ejercicio, hallazgo que refleja una respuesta simpática exagerada (Markovitz, 1998).

La combinación de dos o más factores de comportamiento produce un efecto acumulativo, e incluso sinérgico, que propicia una mayor incidencia de las ECV, la combinación de una dieta poco saludable, inactividad física y consumo de tabaco y alcohol inciden en estas enfermedades, como señalan Cerecero, Hernández, Aguirre, Valdez y Huitrón (2009), “80% de los casos cardiovasculares podrían evitarse si se adoptan estilos de vida saludables”.

### **1.3 Clasificación**

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2015) se clasifican de la siguiente manera:

- **Cardiopatía coronaria:** es una enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco.
- **Enfermedades cerebrovasculares:** son enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro;
- **Arteriopatías periféricas:** son enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores;
- **Cardiopatía reumática:** son lesiones del músculo cardíaco y de las válvulas cardíacas debidas a la fiebre reumática, una enfermedad causada por bacterias denominadas estreptococos;
- **Cardiopatías congénitas:** son malformaciones del corazón presentes desde el nacimiento.
- **Trombosis venosas profundas y embolias pulmonares:** son coágulos de sangre (trombos) en las venas de las piernas, que pueden desprenderse (émbolos) y alojarse en los vasos del corazón y los pulmones.

#### **1.4 Hipertensión arterial**

La hipertensión arterial (HTA) es definida por la Sociedad Europea de Hipertensión y la Sociedad Europea de Cardiología (2013) como una elevación de la presión arterial sistólica de  $\geq 140$  mmHg, o una presión arterial diastólica de  $\geq 90$  mmHg, representando así uno de los principales riesgos cardiovasculares, la HTA es uno de los factores de riesgo más importantes para padecer enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y falla renal que son otras importantes causas de mortalidad en México (Stevens, 2008).

La HTA, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta. Los vasos sanguíneos

llevan la sangre desde el corazón a todas las partes del cuerpo (Organización Mundial de la Salud, 2016).

La HTA es un problema de salud pública creciente en todo el mundo, puesto que es un factor de riesgo cardiovascular importante que contribuye a producir enfermedades cardiovasculares como el ictus (trastorno brusco de la circulación cerebral, que altera la función de una determinada región del cerebro) y el infarto de miocardio (Kanai & Krum, 2013).

La prevalencia de hipertensión arterial en México es de 30.05%. Al igual que en otros países, la frecuencia de hipertensión se vincula con la edad, la obesidad y el género, y es el segundo motivo de consulta en el primer nivel de atención. Sólo 19.4% de los pacientes hipertensos con tratamiento se encuentra bajo control, esto es, con cifras de presión arterial menores de 140/90 mmHg (Velázquez et al., 2000).

La razón de ésta epidemia de hipertensión descontrolada no es clara; se han realizado estudios de investigación que proponen diversas explicaciones, entre ellas la falta de observancia del tratamiento, la edad, el género, el estado civil, el costo de los fármacos, la comorbilidad y causas relacionadas con los sistemas de salud, entre otras (Victor et al., 2008).

En los adultos es habitual el aumento de la presión diastólica, con presión sistólica normal o elevada, comúnmente llamada Hipertensión esencial. Es más frecuente en varones y se ha asociado con el sobrepeso típico de esta edad y el desarrollo en el individuo de síndrome metabólico (Du Cailar et al., 2004).

El panel de expertos del Joint National Committee [JNC] (2014) recomienda tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en adultos de más de 60 años si su presión arterial sistólica es mayor de 150 mmHg o la diastólica mayor de 90 mmHg. Además, si en este grupo se consiguen cifras de presión arterial sistólica menores de 140 mmHg y no asocia efectos adversos, el tratamiento no precisa ajustes.

- En la población con hipertensión, el JNC 8 recomienda tratamiento farmacológico para reducir la presión arterial diastólica por debajo de 90 mmHg. A pesar de que la evidencia es menor, también recomiendan iniciar tratamiento para disminuir la presión arterial sistólica por debajo de 140 mmHg.



- Para aquellos pacientes con enfermedad renal crónica y Diabetes mellitus mayores de 18 años, la recomendación es la administración de tratamiento médico con un objetivo de presión arterial menor de 140/90 mmHg (Joint National Committee, 2014).

La hipertensión arterial es probablemente el factor de riesgo más importante en el desarrollo de la cardiopatía coronaria y duplica el riesgo existente en una población normal de las arterias que soportan hipertensión, velocidad de síntesis o de incorporación de colesterol (Ortega, Castillo, Heredero, Castro & Rojas 2001).

Entre los factores que se han identificado y que contribuyen a la aparición de HTA, diversos estudios citan la edad, una alta ingesta de sodio, dietas elevadas en grasas saturadas, tabaquismo, inactividad física y presencia de enfermedades crónicas como obesidad, dislipidemias y diabetes (Kearney, Whelton, Reynolds, Whelton & Jiang, 2004).

### **1.5 Cardiopatía isquémica**

La cardiopatía isquémica (CI) es una enfermedad que afecta los vasos sanguíneos coronarios y provoca isquemia e infarto del miocardio (Achiong, et al., 2015). La CI constituye la primera causa de morbimortalidad tanto en países desarrollados como en desarrollo (Organización Mundial de la Salud, 2014), la activación plaquetaria (Los procesos de activación plaquetaria comprenden complejas rutas de señalización que involucran sistemas de proteínas, las propiedades funcionales y estructurales de las plaquetas están estrechamente relacionadas, lo que les confiere un alto potencial trombogénico, contribuyendo sustancialmente en el desarrollo de un infarto cerebral) es mayor en pacientes con cardiopatía isquémica que cursan con depresión en comparación a los no deprimidos, con incremento también en la activación de los receptores de glicoproteínas (moléculas compuestas por una proteína unida a uno o varios glúcidos, simples o compuestos) (Watkins, Blumenthal & Corney, 2002).

El principal síntoma consiste en un malestar en el pecho en forma de dolor, punzada o apretón habitualmente relacionado con un esfuerzo, y que en algunos casos se alivia con el reposo, tal malestar puede estar acompañado de: sensación de entumecimiento,

hormigueo o dolor en los brazos - en especial el izquierdo -, mandíbula, cuello, espalda o estomago; sudoración fría y excesiva; sensación de falta de aire, confusión o mareo; ganas repentinas de ir al baño; sensación de muerte inminente; nauseas o vómito (Araujo, 2011).

Entre los factores de riesgo se encuentra: edad (mayores de 45 en hombre y 55 en mujeres); antecedentes familiares con enfermedad cardiaca prematura; sobrepeso y obesidad; tabaquismo, colesterol elevado; presión arterial elevada; diabetes; falta de actividad física y estrés (Araujo, 2011).

## **1.6 Arritmias**

Las arritmias provienen de alteraciones en los canales iónicos cardíacos (canales de sodio, calcio y potasio) y tienen los receptores adrenérgicos (Adrenoreceptores son una clase de receptores asociados a la proteína G, los cuales son activados por las catecolaminas adrenalina, epinefrina, noradrenalina, norepinefrina, y dopamina) como objetivo, pueden provenir de una alteración en la formación del impulso eléctrico (automaticidad), o de una alteración en la conducción del impulso (Nacur & Brandao, 2011).

Las arritmias cardiacas son muy prevalentes en todos los grupos de edad y pueden darse tanto en el contexto de una cardiopatía subyacente como en corazones estructuralmente normales, los 3 mecanismos principales de las arritmias cardiacas son las alteraciones en el automatismo (alteraciones en la iniciación de los impulsos), la actividad desencadenada (AD) o triggered activity (se define como la iniciación del impulso causado por pospotenciales), y la reentrada (impulso que no se extingue después de haber activado al corazón, sino que vuelve a excitar fibras previamente despolarizadas, pero que están fuera de su periodo refractario) (Gaztañaga, Marchlinski & Betensky, 2012).

### **Clasificación de las arritmias**

Las arritmias se clasifican de acuerdo con su frecuencia en: Según la frecuencia auricular o ventricular en taquiarritmias o bradiarritmias; según su origen, en

supraventriculares (episodios de frecuencia cardíaca rápida) y ventriculares (contracciones ventriculares); según sus manifestaciones clínicas en sintomáticas y no sintomáticas (Viera et al., 2006).

*Taquiarritmias:* Se denomina a toda arritmia cuya frecuencia sobrepasa los 100 latidos por minuto, aumenta el consumo de oxígeno del miocardio, y puede generar episodios isquémicos y aumentar la mortalidad (Lorentz & Vianna, 2011). Dentro de las taquiarritmias, se encuentra la Taquicardia Paroxística Supraventricular (*TPSV*), Fibrilación y Flutter Auricular (*FA*) y Taquicardia Ventricular (*TV*); la Bradiarritmias se expondrán en su manejo global, pues las precisiones en su manejo definitivo normalmente no se realizan en la Atención Primaria de Salud (Viera et al., 2006).

*Bradiarritmias:* Se denomina a las arritmias cuya frecuencia ventricular es menor de 60 latidos por minuto. A causa de un fallo en la generación del impulso, que ocurre cuando las células marcapasos (son capaces de producir espontáneamente potenciales de acción, se dice que estas células son automáticas), no son capaces de generar los impulsos eléctricos apropiados, se observa con frecuencia en el contexto de procesos degenerativos, aunque cualquier foco automático normal puede estar afectado, es posible que su fallo sólo se aprecie cuando se produzca la supresión de la función de las células marcapasos superiores, por lo tanto, el fallo del nódulo sinusal (estructuras que compone el sistema de conducción del corazón) causará pausas de mayor o menor importancia dependiendo de la función de las células marcapasos subsidiarias (Gaztañega et al., 2012).

## **1.7 Comorbilidad**

El término comorbilidad hace referencia a la presentación en un mismo individuo de dos o más enfermedades o trastornos distintos (Kadesjo & Gillberg, 2001).

La asociación entre obesidad y enfermedad cardiovascular es compleja y no se limita a factores mediadores tradicionales, diversos estudios han demostrado que la obesidad podría causar enfermedad cardiovascular (López-Jiménez et al., 2011).

La obesidad, el síndrome metabólico y la diabetes mellitus son tres condiciones interrelacionadas que comparten una serie de mecanismos fisiopatológicos y que se

observan con frecuencia para dirigir, de forma sucesiva, a complicaciones cardiovasculares, el hecho de que su prevalencia está aumentando alarmantemente debe impulsar medidas para prevenir estas complicaciones (Alegría, Velasco & Azcarate, 2008).

En caso de obesidad se tiene que favorecer una educación para el control de peso, disminuir el consumo de sodio a menos de 100 mmol/día (6 g de NaCl), practicar en forma regular el ejercicio físico de tipo aeróbico de 30 a 40 minutos/día la mayor parte de la semana. Suspender el uso del tabaco. Reducir la ingesta de grasa poliinsaturada y de alimentos ricos en colesterol. Por cada kilogramo que se logre reducir de peso corporal se traducirá en una disminución de la presión arterial de 1.6 a 1.3 mm Hg en un número considerable de pacientes (Huerta, 2001).

Por otra parte, la diabetes mellitus es un factor riesgo conocido para desarrollar alguna enfermedad cardiovascular, es de dos a cinco veces más frecuente y tiene peor pronóstico en pacientes con diabetes que sin ella, especialmente en mujeres, el riesgo de padecer un infarto de miocardio es más alto, la diabetes viene precedida por un largo periodo de hiperglucemia asintomática (Hancu & Deleiva, 2001).

## **Capítulo 2.**

### **Cardiología Conductual**

#### **2.1 Antecedentes**

La cardiología conductual es una extensión de la medicina conductual. Históricamente, la implicación de la psicología en el área de la salud se remonta a comienzos del siglo XX, pero hasta hace relativamente poco tiempo era muy reducido el número de psicólogos que investigaban problemas relacionados con la medicina (particularmente los trastornos cardiovasculares) en los países del Primer Mundo, y mucho menos en los países en vías de desarrollo (Matarazzo, 1987).

Hacia la década de 1970, los psicólogos comenzaron a desarrollar investigación y tratamientos que apuntaban a la promoción de la salud y al análisis de las enfermedades crónicas; esta serie de investigaciones condujeron a sentar las bases de dos nuevos campos de investigación: la medicina conductual y la salud conductual (Matarazzo, 1987), la relación entre factores psicosociales y la enfermedad coronaria ha sido y aún continúa siendo de interés para las ciencias médicas, dando origen a la llamada cardiología conductual (Figuroa, Domínguez, Ramos & Alcocer, 2009).

Los trastornos cardiovasculares han destacado los tres principales temas de la medicina conductual y de la psicología de la salud en los últimos treinta años: 1) las conductas saludables y la prevención cardiovascular, ya que los factores de riesgo conductuales modificables (por ejemplo el tabaquismo, la dieta o el sedentarismo) contribuyen al desarrollo de la enfermedad cardiaco-coronaria (ECC) y el cambio de comportamiento es un componente esencial de la prevención de esta enfermedad (Bennet & Murphy, 1999; Sacks, 2001); 2) la relación entre el estrés y los trastornos cardiovasculares, es decir, los efectos anatómicos y psicobiológicos en el desarrollo y curso de la enfermedad cardiovascular, y 3) los aspectos psicosociales de la ECC y el cuidado médico, es decir, el impacto social y emocional sobre los pacientes y sus familiares (Smith, Orleans & Jenkins, 2004).

La cardiología conductual representa un punto de vista alternativo respecto a que la enfermedad cardíaco-coronaria y el riesgo cardiovascular no son inevitables y se pueden prevenir, de acuerdo con esto, las causas de la enfermedad cardíaca no se encuentran únicamente en el corazón, sino que también son producto del estilo de vida y de los efectos de los factores psicosociales –particularmente el estrés– y la manera en que se afrontan, es un campo que surge de la práctica clínica basada en el reconocimiento de que las conductas “patógenas” del estilo de vida, los factores emocionales y el estrés crónico pueden fomentar o agudizar la hipertensión, la aterosclerosis y los eventos cardíacos adversos, hay evidencia creciente de que la modificación del estilo de vida (como hacer ejercicio) y los esfuerzos que se hacen para prevenir el riesgo cardiovascular y promover la salud cardiovascular para incorporar las intervenciones psicosociales pueden ser efectivos para mejorar los desenlaces entre los pacientes con enfermedad cardíaca (Figuroa & Ramos, 2006).

## **2.2 Aspectos psicológicos de las enfermedades cardiovasculares.**

Según la Sociedad Argentina de Cardiología, los factores de riesgo psicosocial (FRPS) en relación a las enfermedades cardíacas, son todos aquellos rasgos de personalidad, experiencias traumáticas, condiciones sostenidas de estrés, que junto con situaciones de aislamiento social o bien ausencia de soportes afectivos adecuados, conducen a cambios fisiológicos que perjudican la salud coronaria, pudiendo predisponer la aparición de eventos agudos (SAC, 2001).

Los factores de riesgo tradicionales como la hipertensión, el colesterol elevado, la obesidad y la diabetes, explican solamente el 40% de las enfermedades coronarias, como consecuencia, los factores de riesgo psicosocial como la ansiedad, la depresión, el estrés y los factores socioculturales, emergen con mayor claridad en el desarrollo de la enfermedad cardíaca (Kubzansky, Kawachi, Weiss & Sparrow, 1998).

Melamed, Shirom, Toker, Berliner & Shapira (2006), señala que los factores de riesgo psicosociales pueden suponer un riesgo para la salud física a través del desgaste de los tejidos y los órganos del cuerpo como resultado de una hiperactividad o actividad desregulada del sistema de estrés crónico. Entre los factores de riesgo psicosociales se

pueden mencionar la carga de trabajo, el poco control o poca autonomía laboral, el conflicto de roles, las altas demandas de trabajo, las limitaciones organizacionales, la supervisión y/o el liderazgo inefectivo, entre otros, varios de estos factores de riesgo psicosociales en el trabajo han relacionado a síntomas físicos tales como problemas gastrointestinales, insomnio, mareos, entre otros (Rosario et al., 2009).

Con el aumento de las enfermedades cardiovasculares ha habido un interés en examinar la asociación entre una pobre salud cardiovascular y el bienestar psicológico (Tuckey et al., 2010). Según Yohannes, Willgoss, Baldwin & Connolly (2010), las dos condiciones más comunes y menos tratadas comorbidamente son la depresión y ansiedad. Dichos autores encontraron que la depresión y la ansiedad tienen un impacto central en la función psicológica e interacción social de las personas con enfermedades cardiovasculares.

Un aspecto a subrayar es el rol mediador de varios factores relacionados con la depresión, que impactan negativamente en la función cardíaca, como: el fracaso en la adherencia al tratamiento y cuidado médico, el deterioro de la calidad de vida e incremento en el uso de sustancias (Wielgosz & Nolan, 2000).

Los cardiólogos que pasan por alto esta evidencia no sólo prestan un deficiente servicio profesional, sino que caen en serias implicaciones éticas al momento de ignorar los síntomas conductuales y psicológicos en sus pacientes (Figuroa et al., 2008).

Por ejemplo, se sabe que cuando un paciente está deprimido, con ira o bajo los efectos del estrés psicosocial crónico, no sólo se activa el sistema nervioso simpático y el eje hipotalámico pituitario adrenocortical, produciendo mayores niveles de cortisona y una mayor tasa cardíaca, sino que también ocurre una disfunción endotelial y diferentes formas de anormalidad plaquetaria (Eisenberger, Lieberman & Williams, 2003).

### **2.3 Intervenciones psicológicas en la Cardiología Conductual**

La intervención de la psicología en el campo de la salud se consolida cada día más (Tobón & Núñez, 2000), lo que es el resultado de los avances científicos en la conceptualización de la

salud. Al respecto, Godoy (1999) define a ésta como un proceso dado por una bidireccionalidad entre las dimensiones individuales y las características ambientales, cuyo resultado es un estado de equilibrio y el correspondiente bienestar biopsicosocial, por lo que la enfermedad constituye la pérdida momentánea o duradera de dicho equilibrio dinámico.

En el terreno de la psicología aplicada al campo de la salud, se ha comenzado a hacer una diferencia entre *estar* y *ser enfermo*. Se consideraba tradicionalmente que un agente externo producía el estado de enfermedad, pero ahora se sabe que intervienen otros aspectos además de los puramente biológicos, e incluso se habla de que se puede “aprender” a estar enfermo (Rodríguez et al., 2005).

Como señalan Cerecero, Hernández, Aguirre, Valdez y Huitrón (2009), “80% de los casos cardiovasculares podrían evitarse si se adoptan estilos de vida saludables”(p. 466). Como parte de la rehabilitación cardíaca y la prevención secundaria son las intervenciones psicológicas dirigidas a reducir los factores de riesgo y el aumento de afrontamiento eficaz, estas intervenciones son numerosas y a menudo mal definidas, e incluyen intervenciones como el asesoramiento de factores de riesgo y la psicoterapia (Rees, Bennet, West, Davey & Ebrahim, 2004).

Las intervenciones que incluyen alguna forma de manejo del estrés están bien definidas, son basadas en habilidades, y su objetivo es enseñar a los pacientes a hacer frente de manera más efectiva al estrés. Por lo general implican el uso de la relajación potencialmente más poderosa, en combinación con una variedad de estrategias cognitivas o conductuales (Meichenbaum, 1985), incluyendo las habilidades de resolución de problemas y técnicas de auto instrucciones o de reestructuración cognitiva (Rees et al., 2004).

Las intervenciones psicosociales o psicoeducativas pueden favorecer los resultados de rehabilitación de dos maneras: 1) facilitan la recuperación psicosocial, incluyendo que el paciente regrese a sus actividades cotidianas, 2) fomentan el cumplimiento del consejo médico y la modificación de conducta para disminuir el impacto de factores de riesgo. Las intervenciones del primer tipo incluyen técnicas para el manejo del estrés, mientras que las segundas emplean técnicas de modificación de la conducta, así como educación para la salud (Dusseldorp, Van Elderen, Maes & Meulman, 1999).



Las intervenciones educativo-informativas consisten en proporcionar información relevante sobre la enfermedad y su tratamiento y/o cómo afrontar los diferentes problemas (dónde obtener qué ayudas), las intervenciones psicoterapéuticas permiten actuar según la situación y necesidades individuales de cada paciente, pueden reflejar posiciones de orientación conductual, cognitiva, combinación de ambas, dinámica. En la intervención en grupo se facilita que los pacientes compartan experiencias y se movilizan procesos de aprendizaje vicario (Font & Rodríguez, 2007).

En general, la evidencia actual sugiere que las intervenciones psicológicas en pacientes con enfermedades cardiovasculares tienen pequeños efectos beneficiosos sobre la ansiedad y la depresión, pero ningún efecto sobre el total o mortalidad cardíaca, el efecto aparente sobre el infarto de miocardio no fatal puede ser debido a publicación o sesgo de verificación (Rees et al., 2004).

## **Capítulo 3.**

### **Ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades cardiovasculares**

La asociación entre la aparición de ansiedad y depresión y una evolución más larga de la enfermedad cardíaca apoya la hipótesis del padecimiento crónico de estrés como factor de riesgo, la enfermedad cardíaca conllevaría en los pacientes un notable desgaste emocional a lo largo de los años, en general con pérdida progresiva de su autonomía (Kupfer & Frank, 1992).

En la enfermedad cardíaca se sabe que la depresión y la ansiedad son factores de riesgo independientes en la aparición de una arteriopatía coronaria (es un estrechamiento de los pequeños vasos sanguíneos que suministran sangre y oxígeno al corazón), y que los síntomas depresivos subsindrómicos también se correlacionan con un mayor riesgo de mortalidad cardiovascular, también se ha observado que el estado de ánimo negativo puede predecir la mortalidad, independientemente de la gravedad de la enfermedad cardíaca (Strik, Denollet, Lousberg & Honig, 2003).

#### **3.1 Ansiedad.**

La ansiedad es un estado disfórico; es una sensación de aprehensión anticipación o temor al posible riesgo; también se puede definir como un estado fisiológico de excitación vegetativa, alerta, vigilancia o tensión (Hernández, 2012).

El estado de ansiedad tiene una naturaleza anticipatoria que en determinados momentos lo hace ser adaptativo, lo cual no sería posible sin una estrategia de afrontamiento, que disminuye; o bien, neutraliza la amenaza, guardando una relación directa con la intensidad de la respuesta de ansiedad; mientras mayor habilidad tenga el paciente para afrontar la situación amenazante, manifestará menores niveles de ansiedad (Piscitelli, Luque & Gómez, 2012).

La ansiedad causa cambios fisiopatológicos directos, se han relacionado con alteración de la función plaquetaria (mantenimiento del sistema circulatorio), coagulación sanguínea (proceso en el cual la sangre pierde liquidez), función inmune (protección del

organismo de agentes externos), alteración autonómica, eje hipotálamo- hipofisario-adrenal y función endotelial; todos los cuales juegan un rol en el desarrollo y progresión de la enfermedad inflamatoria crónica, la depresión y ansiedad se asocian con un deterioro en la calidad de vida en los pacientes que sufren un infarto e incrementan los gastos relacionados a los cuidados de la salud (Shah,White & Littler, 2004) .

En la actualidad dos de los problemas de salud más frecuentes en los Estados Unidos son la ansiedad y la cardiopatía isquémica, más de 12 millones de personas en los Estados Unidos tienen una historia de infarto de miocardio o angina de pecho (O'Conner et al., 2010), la depresión y ansiedad son dos condiciones frecuentes en pacientes con infarto o angina inestable con una prevalencia reportada del 17-40% y del 24-31%, respectivamente, se estima que para el año 2020 la depresión mayor y la cardiopatía isquémica serán las dos principales causas de mortalidad y discapacidad alrededor del mundo (Lane, Chong & Lip, 2006).

Se ha demostrado que pacientes con ansiedad cursan con desregulación del sistema nervioso autónomo, que conlleva a una reducción del tono vagal (tono que depende del control inhibitor del nervio vago sobre la frecuencia cardíaca y la conducción auriculoventricular) e hiperactividad simpática, éste fenómeno se asocia con un incremento de la frecuencia cardíaca en reposo, disfunción de la sensibilidad barorrefleja (interviene en el control a corto plazo de la presión arterial, su función puede modelarse como un mecanismo de realimentación negativa), y alteración de la repolarización ventricular; los cuales a su vez son marcadores predictivos de arritmia fatal y muerte súbita cardíaca (Carney, Freedland & Vieth, 2005).

Tiene diversas consecuencias médicas y psicológicas en pacientes con alguna enfermedad cardíaca, en especial cuando es persistente o grave, e inclusive 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).

La ansiedad que acompaña a un infarto de miocardio suele tener varias formas de expresión, por ejemplo, el paciente suele agravar su enfermedad atribuyéndole una

gravedad excesiva o negar la gravedad que tiene su enfermedad (González, 2007). Respecto a la ansiedad reportada en pacientes con insuficiencia cardiaca, las conductas más habituales son: la confrontación (acciones dirigidas hacia la acción como el contraataque, la reacción agresiva, es decir, la ira), el distanciamiento (evitaciones, escapes), represión, la búsqueda de apoyo social; se ha encontrado que el paciente generalmente presenta éstas conductas como una forma de mitigar o aliviar el malestar físico o psicológico generado que pueden derivar en conductas no saludables que afecten la calidad de vida (Lupón et al., 2008).

### **3.2 Depresión**

“La depresión es un trastorno que puede presentarse en todas las personas, se acompaña por alteraciones en el estado de ánimo, disminución de interés o placer, agitación, dificultad de concentración, sentimientos de culpa, baja autoestima, disturbios en el sueño y en el apetito, baja energía, puede volverse crónica o recurrente y convertirse en un importante impedimento en el empleo de las habilidades individuales y en las actividades cotidianas (Brown & Steer, 2006). Es un estado afectivo anormal por su intensidad, duración y condiciones de aparición, es un sentimiento de tristeza intenso; desproporcionado con respecto a la magnitud del hecho y persiste más allá de un periodo justificado (González, 2007).

Debido a los factores que intervienen en la depresión, se sabe que es multideterminada, una reacción ante situaciones frustrantes, injustas o que están fuera del control de la persona (Halloran, 1998), lo que se relaciona con las atribuciones y pensamientos negativos que son un importante factor de riesgo para los síntomas depresivos que favorecen una orientación negativa en la solución de problemas (Haugh, 2006).

Entre los principales síntomas están: sensación de incertidumbre, nerviosismo y preocupación, igual que cambios físicos y de conducta como temblores, palpitations y náuseas, además, trastornos cardiovasculares (taquicardia), respiratorios (dificultad respiratoria), gastrointestinales (anorexia), indigestión (gastritis), y síntomas psicósomáticos que están dados por cefaleas y desesperación, trastornos del sueño e

irritabilidad (González, 2007). La depresión es asociada con una respuesta de fase aguda como lo demuestra el incremento en la concentración de proteína C reactiva, interleucina 6, interleucina 1 y factor de necrosis tumoral alfa (Strike & Steptoe, 2002).

Tiene como síntomas cardinales a la tristeza o el estado de ánimo venido a menos, a la dificultad para elaborar al pensamiento, a la lenificación motora, el deprimido se siente desanimado, pesimista y desesperanzado, además de desesperado, así mismo se puede agregar a esta sintomatología la pérdida del interés por los objetos del entorno, cansancio o fatiga, sentimiento de culpa, ideas de suicidio y muerte disminución del apetito, estreñimiento, insomnio, impotencia o frigidez, la angustia en mayor o menor grado siempre está presente (Claude et al., 2003).

Se ha encontrado aumento en los niveles de serotonina, factor 4 y  $\beta$ -tromboglobulina (evitan que la heparina neutralice la trombina y otras enzimas de la coagulación) en pacientes con depresión mayor, los cuales están directamente relacionados con la agregación plaquetaria, los pacientes con depresión cursan con un nivel de leucocitos, fibrinógeno y factor VII más altos (Watkins et al., 2002).

De hecho, dado el abrumador número de estudios que relacionan la depresión con la enfermedad cardiovascular, las recomendaciones clínicas recientes incluyen un examen de detección sistemática de la depresión y su tratamiento en los pacientes cardiacos como elementos de la asistencia estándar (Lichtman et al., 2008).

Se han encontrado asociaciones entre la depresión y la mortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca ambulatorios y hospitalizados (Hernández et al., 2014).

En pacientes con insuficiencia cardíaca se observa que la depresión se asocia con limitaciones físicas y sociales iguales o mayores que las de otras enfermedades crónicas comunes, los predictores de una depresión posterior en estos pacientes se encuentran en factores como el aislamiento social, preocupación por los gastos de su salud, por pérdida de habilidad para cuidarse a sí mismos, y en general en la disminución de la calidad de vida relacionada con la salud, pero en pocos casos por la severidad de la enfermedad (Ramos, Figueroa, Alcocer & Rincon, 2011).

Además, la depresión y la ansiedad influyen en el empeoramiento clínico al incrementar la mortalidad, el mal pronóstico vital, la pérdida de apetito y el adelgazamiento físico, así como disminuir el deseo de vivir y los cambios posibles en el estilo de vida (Pintor, 2006).

También se observa que los predictores más confiables de padecer depresión posterior en pacientes con IC se encuentran relacionados con factores tales como el aislamiento social, la preocupación por los gastos ocasionados, la pérdida de la habilidad para cuidarse a sí mismos y, en general, la disminución de la calidad de vida, pero en muy pocos casos con la severidad de la enfermedad (Parajón, Lupón, González, Urrutia & Altimir, 2004). Otros factores potenciales presentes en pacientes deprimidos que se han visto influyen en el resultado son los relacionados a la conducta como la falta de adherencia al tratamiento, factores dietéticos y sedentarismo (Whooley, 2006).

Lupón et al., 2008, estudiaron síntomas depresivos, planteando que estos son comunes en pacientes con insuficiencia cardiaca, incluso en los más jóvenes, en el análisis se encontró que los síntomas depresivos mostraron una relación significativa con la mortalidad a un año, relacionado con la necesidad de hospitalización.

El tiempo de la depresión quizá sea relevante en la relación de la cardiopatía isquémica con la mortalidad cardiaca. Solo los episodios de depresión incidente (los síntomas de depresión presentes durante la hospitalización por infarto) han demostrado estar más relacionados al pronóstico cardiovascular (Lesperance, Frasure-Smith, Talajic & Bourassa, 2002).

Los pacientes que cursan con síntomas de ansiedad o depresión posterior a un infarto tienen un riesgo mayor de isquemia recurrente, re infarto o arritmia fatal (taquicardia ventricular/fibrilación ventricular), independientemente de otros factores de riesgo coronario y con relación directamente proporcional al nivel de intensidad de los síntomas (Kaptein et al., 2006).

### **3.3 Instrumentos para medir sintomatología de ansiedad y depresión**

En psicología, la psicometría es el área de conocimiento que estudia los instrumentos de medición elaborados que cuenten con las garantías científicas para su uso. La psicometría es el conjunto de métodos, técnicas y teorías implicadas en la medición de variables psicológicas; estudia las propiedades métricas exigibles en las mediciones psicológicas y establece las bases para que dichas mediciones se realicen de forma adecuada. El objetivo de la psicometría es proporcionar modelos para transformar los hechos en datos con la finalidad de asignar valores numéricos a los sujetos, sobre la base de sus respuestas (Muñiz, 1992).

### **Inventario de Depresión de Beck (BDI)**

Estudios recientes del BDI-IA, con el modelo original propuesto por Beck, Steer & Garbin (1988), que contiene 21 ítems, los cuales han arrojado una estructura factorial de dos dimensiones, en concordancia. El factor 1 se denomina cognitivo-afectivo y el factor 2, somático-vegetativo, los cuales explican el 37.41% y 6.28% de la varianza respectivamente, y muestran un alfa de Cronbach de .89 para el primero y .72 para el segundo (Mukhtar & Tian, 2008). No obstante, Steer, Beck & Brown (1989) han advertido que este arreglo podría variar de una población clínica a otra, lo que hace necesaria su confirmación en otras poblaciones.

En el terreno psiquiátrico, el instrumento ha mostrado tener una validez satisfactoria. La correlación entre los puntajes totales obtenidos en el BDI y el grado de severidad de la depresión asignado por los clínicos fue de 0.7, a partir de 1967, el BDI se ha venido utilizando en la población medicamente enferma para diagnosticar los cuadros depresivos (Torres, Hernandez & Ortega, 1991)

### **Escala de depresión del Centro de estudios epidemiológicos (CES-D).**

La escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D fue desarrollada por Radloff (1977), con 21 ítems, se creó en el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH), con la finalidad de detectar síntomas depresivos en poblaciones de adolescentes y adultos.

El CES-D ha mostrado una consistencia interna de .85 para población general y .90 para pacientes psiquiátricos; la confiabilidad test-retest es de .54 para población general y

.53 para pacientes psiquiátricos; c) el porcentaje de no respuesta es bajo, por lo que su aceptabilidad es alta, la escala es generalizable, pues en el análisis con subgrupos se obtuvo un coeficiente alfa mayor a .80 (Radloff, 1977).

La CES-D es una escala de auto informe, los cuales son representativos de los componentes más importantes de la sintomatología depresiva (Villalobos, 2010). Radloff (1977) informa que la escala se organiza alrededor de cuatro factores, a los cuales denominó: (a) afecto negativo (soledad, tristeza, angustia, llanto, etc.), (b) afecto positivo (sentirse tan bueno como los demás, esperanza, felicidad, disfrutar la vida, etc.), (c) síntomas somáticos y retardo motor (agotamiento, pérdida de apetito, pérdida de sueño, cansancio, etc.) y (d) problemas interpersonales (sentir que la gente no es amigable, sentirse odiado, etc.). Sin embargo, el mismo autor pidió precaución en el uso de los factores como una forma de escalas separadas.

### **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).**

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) desarrollado por Aarón Beck, el cual consta de 21 ítems, es uno de los instrumentos más empleados en población clínica y no clínica para evaluar sintomatología ansiosa, se ha estudiado tanto en población general como psiquiátrica, adolescentes y adultos, mostrando una alta consistencia interna (alfa superior a 0,90), así como una validez convergente mayor a 0,50 (Sanz, Vallar, Guía & Hernández, 2011).

Es una escala que mide de manera auto informada el grado de ansiedad, está especialmente diseñada para medir los síntomas de la ansiedad menos compartidos con los de la depresión; en particular, los relativos a los trastornos de angustia o pánico y ansiedad generalizada, de acuerdo con los criterios sintomáticos que se describen en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” para su diagnóstico (Sanz et al., 2011).

El BAI ha sido formulado para que discrimine entre los grupos de diagnóstico ansioso y no ansioso en una gran variedad de poblaciones clínicas, lo que amplía sus áreas de aplicación (Beck, Steer, & Garbin, 1988). Puede aplicarse a personas pertenecientes a poblaciones clínicas, y también a la población general, adultas y adolescentes (de 13 años de edad o más). Los datos que se aportan para la adaptación española corresponden a



personas de 17 años o más, mayoritariamente pertenecientes a familias con algún miembro universitario (Sanz, 2013).

### **Inventario de Ansiedad Rasgo: Estado (IDARE)**

El Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo fue construido por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970), el cual consta de 20 ítems, comprende escalas separadas de Autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R). En cuanto a los coeficientes de confiabilidad, estos son los más adecuados ya que de acuerdo a la propuesta de Campo-Arias & Oviedo (2008) se encuentran entre 0,80 y 0,90. Además de ello, conforme a Anastasi (1990), los valores de .80 o mayores permiten que el instrumento muestre inferencias sobre el individuo.

### **Escala de síntomas Depresivos de Zung (ESD-Z).**

Además, la Escala Auto administrada de Depresión de Zung, creada por W. Zung en 1965 y consta de 20 ítems, enfatiza en aspectos fisiológicos, dejando de lado el componente afectivo de la depresión. La puntuación se obtiene de una escala tipo Likert, de 1 a 4 para los ítems negativos y de 4 a 1 para los ítems positivos. El índice de la escala se obtiene sumando el puntaje de los valores otorgados a cada uno de los 20 ítems, el puntaje máximo es de 80 y se asume presencia de depresión con puntajes superiores al 50% (Lezama, 2012).

### **Escala de retiro de patrón de conducta tipo A (ERCTA).**

Escala Retiro de Patrón de Conducta tipo A (ERCTA): desarrollada por Rodríguez et al. (1996), compuesta por 8 ítems con formato de respuesta de 1 a 5 puntos, con un coeficiente de confiabilidad Cronbach de .6834 (con ítem 8 eliminado) considerado alto por sus autores dada su bajo número de ítems. Un análisis factorial hecho sobre datos de 397 participantes mostró una solución bifactorial explicativa de un 49.8% de la varianza, uno de los factores referido a orientación positiva al trabajo, y el otro a una tensión laboral o a aspectos negativos en el trabajo.

### **Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)**

La escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria -HADS-, diseñada por Zigmond y Snaith, 1983, consta de 14 ítems, ha sido el instrumento de autoevaluación más usado para

detectar malestar emocional (ansiedad y depresión) en poblaciones con enfermedad física, es un instrumento que ha mostrado fiabilidad y validez siendo utilizado tanto para el diagnóstico como para evaluar la gravedad del trastorno (Rivera et al., 2006).

Se compone de dos subescalas (HAD-A: ansiedad y HAD-D: depresión) de siete ítems cada una con puntuaciones de 0 a 3. Los propios autores recomiendan los puntos de corte originales: ocho para casos posibles y >10 para casos probables en ambas subescalas (Zigmond & Snaith, 1983; Bjelland, Dahlb, Haug & Neckelmann, 2002).

Bjelland et al., 2002, en una revisión de 747 estudios sobre la validez de la HADS en diferentes enfermedades crónico degenerativas, encontraron una adecuada estructura factorial del instrumento con un alfa de Cronbach para el factor de sintomatología ansiosa de 0.68 a 0.93 y para sintomatología depresiva de .67 a .90. En relación con la sensibilidad y especificidad para ambos factores es de 0.80. La conclusión es que la HADS es un instrumento válido y confiable para la población hospitalaria.

Entre sus ventajas, incluye, a) su sencillez y brevedad, que aumenta la probabilidad de aceptación para su uso, b) la posibilidad de evaluar ansiedad y depresión con la misma escala c) la exclusión de ítems de carácter somático que pudieran confundirse en la evaluación de pacientes con síntomas físicos asociados a la enfermedad médica como pérdida de apetito y/o energía, fatiga, insomnio, cambios en actividad, u otros trastornos fisiológicos, y d) sus ítems aluden a contenidos especialmente relevantes en contextos de salud, incluyendo respuestas cognitivas, emocionales y comportamentales de la ansiedad y la depresión (Terol et al., 2007).

Con el HADS se ha evaluado ansiedad y depresión tanto en enfermos físicos y mentales como en población general, obteniendo resultados que, en general, apoyan su uso como herramienta útil para detectar distrés psicológico en pacientes no psiquiátricos (Brennan, Worrall, McMillan, Gilbody & House, 2010).

El HADS ha sido utilizado en diferentes poblaciones en México, en población con Obesidad el inventario se realizó en un análisis test-retest obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.84 para la primera prueba, y para la segunda de 0.86 para la segunda, el coeficiente de correlación intraclase fue de 0.946, el HADS es un cuestionario aplicable a

sujetos con obesidad, es reproducible y tiene concordancia sustancial con la entrevista clínica (López et al., 2000).

Dentro de la población con HIV, el análisis factorial de componentes principales determinó un factor de valor eigen superior a uno que explica 54.65% de la varianza, el alfa de cronbach para el total de la escala final de 13 reactivos fue de 0.90, los reactivos de ansiedad y depresión estuvieron fuertemente correlacionados, lo que sugiere que el puntaje total puede medir distrés general (Noguera, Perez, Barientos, Robles & Sierra, 2013).

Mediante instrumentos de tamizaje válidos y confiables como el HADS, ha sido posible detectar posibles casos de sintomatología de ansiedad y depresión en pacientes hospitalarios, aplicado en pacientes oncológicos, se determinó un análisis factorial ajustado a dos factores presentó un instrumento con 12 reactivos, similar a la versión original, la consistencia interna de la escala global mostró un índice satisfactorio (0.86), los alfas de cronbach de cada su escala tuvieron un valor de .79 y .80 que explicaron el 48.04% de la varianza, la validez, por medio de correlación con las medidas concurrentes, mostró resultados significativos (r de Pearson de .51 a .71,  $p < 0.05$ ) (Galindo et al., 2015).

## **Capítulo 4.**

### **Conducta Tipo A**

#### **4.1 Definición.**

Desde hace más de una década, el patrón de conducta de tipo A se definió como un claro indicador de riesgo coronario (Willich, Maclure, Mittleman, Arntz & Muller, 1993), un grupo de investigaciones mostró que los altos niveles de ira y hostilidad se relacionaban significativamente con un incremento de la morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares (Everson et al., 1997).

El patrón de conducta tipo A (PCTA) que fue formulado por primera vez por Friedman & Rosenman (1959) y esto lo definieron como un complejo de acción-emoción caracterizado por un impulso continuo para lograr metas autoseleccionadas, pero definidas pobremente, fuerte inclinación a competir, deseos altos de reconocimiento, intento de ser rápido en la realización de sus tareas, implicación en diversas actividades y una gran alerta tanto mental como física.

Es un constructo psicológico útil a propósitos epidemiológicos propuesto por los cardiólogos Friedman & Rosenman (1976), referido a un conjunto de comportamientos de impaciencia, competitividad, sobrecarga, dependencia social, pérdida de control, hostilidad, entre los más importantes.

#### **4.2 Características.**

Los estudios pioneros realizados por Roseman y Friedman pusieron de relieve el papel que jugaban ciertos rasgos de la personalidad y de carácter para entender cierta predisposición a sufrir enfermedades coronarias (Roseman & Friedman, 1961). Evans (1991) define a las personas Tipo A, como individuos con un elevado deseo competitivo de logro y reconocimiento, junto con una tendencia hacia la hostilidad y la agresión, y una sensación extrema de urgencia en el tiempo e impaciencia.

En investigaciones de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) la incidencia de los de tipo psicológico es cada vez más analizada en su posible contribución a la

explicación del aumento de enfermedades cardiovasculares. Entre los factores con mayor sustento teórico se encuentra la personalidad como variable relevante (Smith & MacKenzie, 2006), y el tipo de personalidad más analizado en su relación con el desarrollo de ECV es el denominado Patrón de Conducta Tipo A (Beneit, 1995; Friedman & Rosenman, 1976, Smith & Ruiz, 2002).

En 1981, el *National Heart, Lung and Blood Institute*, concluyó que debiera añadirse el patrón de conducta tipo A a la lista oficial de factores de riesgo coronario tradicionales como: tabaquismo, elevados niveles de colesterol, obesidad, sedentarismo etc. (American Heart Association, 1981).

Se ha observado que las mujeres sufren menos infartos que los hombres, pero cuando los sufren invariablemente se trata de mujeres con PCTA (Friedman, 1996). En la actualidad la relación PCTA y las diversas variantes de ECV ha sido constantemente confirmada, sin embargo, su capacidad predictiva como factor de riesgo no ha sido identificada por sí sola, sino más bien como un determinante de ciertas conductas y estados que si afectan el riesgo cardiovascular tales como la ira, la hostilidad, agresión y estrés (Sparagon et al., 2001).

Las mujeres tienen mayor nivel de hostilidad encubierta, irritabilidad y dependencia que los hombres quienes muestran mayor agresividad instrumental y ataque, resulta difícil así aislar los efectos eventuales del PCTA de otras variables tales que la ira y el estrés, por estar éstas íntimamente ligadas a aquel (Kopper, 1993). Algunos autores han planteado que son sólo algunos componentes o dimensiones del PCTA los que constituyen riesgo cardiovascular, y que incluso otras de sus dimensiones actuarían como protectores frente a la ECV, particularmente, se propone que existiría un patrón conductual basado en la hostilidad como dimensión del PCTA, arguyéndose que ésta sería más dañina o nociva para el riesgo coronario que los otros componentes del PCTA (Iacovella & Troglia, 2003).

El resultado de diferentes investigaciones sugiere que la ira por sí sola constituye un factor de riesgo significativo de enfermedad coronaria (Palmero, Fernández-Abascal, Martínez & Cholí, 2002) y de trastornos cardiovasculares en general, (Fernández-Abascal, Martín & Domínguez, 2003), la ira se manifiesta diferentemente según el sexo y es esperable entonces que pueda producir efectos diferentes sobre la salud cardiovascular, hombres y mujeres expresan enojo de distinto modo probablemente a causa de la

deseabilidad social asociada a los roles de género y de cómo éstos modularían las conductas de expresión emocional (Hogan & Linden, 2005).

La reactividad psicofisiológica se ha vuelto relevante en la relación del PCTA y el riesgo coronario, ya que el daño arterial se produce debido a que quienes tienen PCTA responden habitualmente a las demandas del entorno, aumentando la actividad del sistema nervioso simpático de modo que su constante sobrecarga de actividad se cree puede precipitar un evento cardiovascular (Fernández-Abascal, Martín & Domínguez, 2003), hay una conexión entre fenómenos psicológicos y enfermedades cardiovasculares, puede, y debe, incluir numerosos y variados procesos fisiológicos, los más estudiados son la activación y la reactividad cardíaca, al respecto la explicación expresada con mayor frecuencia es la que plantea que el complejo ira-hostilidad se acompaña de intensas respuestas vegetativas, neuroendocrinas y hemodinámicas, que favorecen la aparición de arterosclerosis y/o fomentan su progresión, así como de las manifestaciones clínicas de los trastornos cardiovasculares (Palmero et al., 2007).

La conducta tipo A es extrovertida; corresponde a las personas que exteriorizan su respuesta al estrés mediante reacciones excesivas, la menos contrariedad se traduce en irritabilidad y en excesos importantes y desproporcionados de cólera en relación con los factores estresantes, corresponde a personas ambiciosas e impulsivas que viven constantemente bajo tensión, asumen una actitud de competencia con el medio y con ellas mismas queriendo siempre hacer más y ser mejores; son perfeccionistas, siempre se conducen con prisa, pendientes del reloj y preocupadas por el tiempo, poseen un sentido agudo de la realidad, son impacientes crónicos, tienen dificultad para relajarse, sacrificando muchas veces otras dimensiones de su vida, como la familia y la afectividad (Melgosa, 1995).

Las personas del tipo A están más predispuestas a la patología cardiovascular, hipertensión arterial, angina de pecho, infarto del miocardio y hemorragia cerebral (Melgosa, 1995). El patrón de conducta tipo A continúa siendo considerado como uno de los aspectos más nocivos de la personalidad, junto con la ira, la hostilidad, el cinismo y la desconfianza, todas ellas emociones negativas que perjudican a la salud coronaria (San Dámaso & Ferro, 2007; SAC, 2001; Rozanski, Blumenthal & Kaplan, 1999).

## Capítulo 5. Metodología

### 5.1 Planteamiento del problema y Justificación.

Las enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de muerte a nivel mundial, debido a la incidencia cada vez mayor, la literatura se ha centrado en los factores de riesgo modificables y no modificables, que ha demostrado que la ansiedad y depresión causa cambios fisiopatológicos directos, correlacionados con la conducta tipo A que se define como un claro indicador de riesgo coronario, en éste contexto es importante contar con instrumentos válidos y confiables que permitan valorar la condición psicológica de éste grupo de pacientes.

La presencia de ansiedad y depresión son comunes en pacientes con enfermedades cardíacas y hay tres veces más posibilidades de sufrir una depresión mayor en los pacientes con enfermedad coronaria cuando se comparan con la población general (Hernández et al., 2014). Se asocian a un mayor riesgo de sufrir sucesos cardíacos recurrentes y, como consecuencia, la muerte, dado que no hay adherencia al tratamiento farmacológico ni un cambio de comportamientos relacionadas con el estilo de vida (Lane, Chong & Lip, 2006).

La presencia del patrón conductual de tipo A (PCTA) añade riesgo de padecer un infarto cerebral en edades más tempranas, probablemente por su contribución al proceso aterosclerótico (Barefoot et al., 1994).

Por otra parte, en la investigación de los factores de riesgo cardiovascular la incidencia de factores de tipo psicológico es cada vez más analizada en su posible contribución a la explicación de la enfermedad cardiovascular, entre los factores con mayor sustento teórico es el denominado Patrón de Conducta tipo A (Smith et al., 2002).

Se ha observado que las mujeres sufren menos infartos que los hombres, pero cuando los sufren invariablemente se trata de mujeres con PCTA (Friedman, 1996), en la actualidad la relación de PCTA y las diversas variantes de EVC ha sido constantemente confirmada sin embargo su capacidad predictiva como factor de riesgo no ha sido

identificada por sí sola, sino más bien como un determinante de ciertas conductas y estados que si afectan el riesgo cardiovascular (Sparagon et al., 2001).

En éste contexto en México no existen instrumentos validados en pacientes con cardiopatías que puedan medir ansiedad, depresión o conducta tipo A.

## **5.2 Pregunta de Investigación**

¿Cuáles son las propiedades Psicométricas del Inventario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y de la Escala de Retiro de Patrón de Conducta tipo A (ERCTA) en una población de pacientes con enfermedades cardiovasculares?

## **5.3 Objetivo general**

- Determinar las Propiedades psicométricas del Inventario de ansiedad y depresión Hospitalaria (HADS) en una muestra de pacientes con enfermedades cardiovasculares.
- Determinar las Propiedades psicométricas de la escala de Patrón de Conducta tipo A en una muestra de pacientes con enfermedades cardiovasculares.

## **5.4 Objetivos Específicos**

- 1) Piloteo y adaptación cultural del HADS y ERCTA.
- 2) Determinar la estructura factorial de componentes principales del HADS y ERCTA.
- 3) Obtener la confiabilidad por consistencia interna del HADS y ERCTA.
- 4) Conocer la validez convergente del HADS y ERCTA.

## **5.5 Hipótesis**

Se espera que la varianza explicada sea de al menos 40%, y la consistencia interna mayor a .70.



Se espera que la correlación del 80% de las escalas multi-item será de 0.7 o mayor utilizando el alfa de Cronbach.

## **5.6 Variables**

### **Ansiedad**

La ansiedad es un estado disfórico semejante al miedo cuando hay alguna situación manifiesta de peligro; es una sensación de aprehensión, anticipación o temor al posible riesgo; también se puede definir como un estado fisiológico de excitación vegetativa, alerta, vigilancia y tensión motora (Hernández, 2012), las personas pueden estar tensas, preocupadas o tener sensación de temor, se considera normal, se considera normal de cero a siete, dudoso de ocho a diez y problema clínico a partir de once puntos (Zigmond & Snaith, 1983).

### **Depresión**

La depresión es un estado afectivo anormal por su intensidad, duración y condiciones de aparición, caracterizado por un sentimiento de tristeza intenso; desproporcionado con respecto a la magnitud del hecho y persiste más allá de un periodo justificado (González, 2007). La escala se centra en la anhedonia, puesto que es probablemente el rasgo psicopatológico central de la depresión, así como pérdida de interés en las actividades cotidianas, tener pensamientos pesimistas o la capacidad de reír se considera normal de cero a siete, dudoso de ocho a diez y problema clínico a partir de once puntos (Zigmond & Snaith, 1983).

### **Conducta tipo A**

La conducta tipo A, es un constructo psicológico útil a propósitos epidemiológicos, refiere a un conjunto de comportamientos de impaciencia, competitividad, sobrecarga, dependencia social, pérdida de control y hostilidad (Rodriguez et al., 1998).

Entre las principales características se encuentra la competitividad, agresividad, irritabilidad, orientación al trabajo, preocupación por los plazos, urgencia, desde el punto

de vista físico esto se traduce en una tensión general, habla explosiva, estado de alerta, ritmo acelerado e irritación (Friedman & Rosenman, 1974)

## 5.7 Muestreo

El tamaño de muestra fue de 200 participantes con enfermedad cardiovascular, el cual se determinó de acuerdo con Nunally (1991), que indica un número mínimo de 10 participantes por reactivo. El muestreo fue por disponibilidad, con un media de edad de 59.79 años, en donde el 59% eran hombres y el 41% eran mujeres, en escolaridad se mostró Licenciatura con mayor porcentaje de 42%, cabe mencionar que el 60.5% no fuma, por otra parte la cardiopatía que más porcentaje obtuvo fue la hipertensión con un 58 %, seguida de la cardiopatía isquémica con un 13.5 %, además el 71 % mencionó tener otra enfermedad médica además de la cardiopatía, así como el 96.5 % mencionó no haber recibido atención en salud mental, por último, el 71.5 % de la muestra mencionó tener familiares con enfermedad cardiovascular (Ver Tabla 1 para descripción de muestra).

Tabla 1

*Descripción de la muestra de pacientes con enfermedades cardiovasculares*

	f	%		f	%
N	200	100			
<b>Edad</b> (rango)	31 – 88	x = 59.79	<b>Diagnóstico</b>		
			Hipertensión	118	58.0
<b>Genero</b>			Cardiopatía Isquémica	27	13.5
Masculino	118	59	Arritmia	5	2.5
Femenino	82	41	Sincope Vasovagal	8	4.0
<b>Escolaridad</b>			Cardiopatía Hipertensiva	1	0.5
Ninguna	5	2.5	Insuficiencia Aórtica	2	1.0
Primaria	14	7.00	Insuficiencia Cardíaca	20	10.0
Secundaria	22	11.00	Angina de Pecho	10	5.0
Bachillerato	56	28.0	Taquicardia Supraventricular	6	3.0
Licenciatura	84	42.0	Prótesis Valvular Aórtica	3	1.5
Posgrado	17	8.5	<b>Enfermedad comorbida</b>		
Otro	2	1.0	Si	142	71.0
<b>Estado civil</b>			No	58	29.0
Soltero	9	4.5	<b>Ha recibido atención en salud mental</b>		
Casado	135.5	67.5	Si	7	3.5
Separado	32	16.0			

Viudo	24	12.0	No	193	96.5
<b>Consumo de tabaco</b>			<b>Familia con enfermedad cardiovascular</b>		
Si	79	39.5	Si	143	71.5
No	121	60.5	No	57	28.5

## 5.8 Criterios de Inclusión y Exclusión

Los criterios de inclusión: 1. Pacientes con enfermedades cardiovasculares con diagnóstico médico confirmado, 2 En cualquier tratamiento médico por enfermedad cardiovascular y 3 Saber leer y escribir.

Criterios de exclusión: 1. Pacientes que decidan no participar en el estudio, 2 Afectaciones visuales y/o auditivas severas y 3 Afectaciones cognitivas (Identificadas a través de datos en expediente clínico).

Criterio de eliminación: Que el paciente decida no terminar de contestar los instrumentos.

## 5.9 Tipo de Estudio.

Validación de instrumentos psicométricos.

## 5.10 Procedimiento y proceso de obtención de consentimiento informado

La muestra se obtuvo por disponibilidad en las salas de espera de una clínica de segundo nivel de atención médica, el cual es un servicio ambulatorio. A lo(a)s pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión se les invitó a colaborar en la presente investigación, se les explicó el objetivo del estudio de forma clara y sin ambigüedades, la confidencialidad de los datos, el procedimiento, los riesgos y beneficios del presente estudio, también se aclaró que, si en algún momento durante su participación desea retirarse del mismo, lo podrían hacer, sin repercusiones en ninguno de los tratamientos que recibe o que deba recibir. Después de la comprensión del mismo y si aceptaron participar, se les solicitó que firmaran el documento de Consentimiento Informado y se entregó una copia

del Consentimiento informado firmado por el investigador, participante y dos testigos, además de los dos instrumentos (HADS y ERCTA). El llenado de los instrumentos se llevó a cabo aproximadamente en 15 minutos mientras el (la) paciente esperaba para entrar a consulta o después de la misma.

## **5.11 Instrumentos**

### **Inventario de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)**

La escala hospitalaria de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS por sus siglas en inglés), desarrollada por Zigmond y Snaith (1983), es una herramienta autoaplicada conformada por 14 ítems, se encontró una adecuada estructura factorial del instrumento con un alfa de Cronbach de 0.68 a 0.93 para el factor de sintomatología ansiosa y de .67 a .90 para sintomatología depresiva. En relación con la sensibilidad y especificidad para ambos factores es de 0.80. La conclusión es que la HADS es un instrumento válido y confiable para la población hospitalaria.

### **Escala de Retiro de Patrón de Conducta tipo A (ERCTA)**

La escala ERCTA desarrollada por Rodríguez-Sutil, Gil-Corbacho y Martínez (1996) para población española, cuenta con un coeficiente de confiabilidad con un alfa de Cronbach de .6834 con ítem 8, considerado alto por sus autores dada su bajo número de ítems, mostró una solución bifactorial explicativa de un 49.8% de la varianza, los factores son: orientación positiva al trabajo, y tensión laboral o a aspectos negativos en el trabajo. El alfa de Cronbach es de .74.

## **5.12 Análisis estadísticos**

Se determinó la estructura factorial de la escala por medio de un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax. La relación entre el HADS y el ERCTA se analizarán mediante el coeficiente de correlación de Pearson, y la consistencia interna con el alfa de Cronbach.

Se estableció la relación entre variables sociodemográficas y clínicas continuas mediante la correlación de Pearson y con pruebas *t*-Student de medidas independientes. El valor alfa establecido será de .05.

### 5.13 Resultados

#### *Fase I.*

Piloteo del instrumento HADS y el ERCTA en una muestra de 20 pacientes con cualquier diagnóstico cardiovascular. Se evaluó: dificultad de entender los ítems, confusión, dificultad para entender palabras, si consideró que la manera en que la pregunta es formulada es ofensiva y como el participante podría formularla; también se evaluó la comprensión de las opciones de respuesta. Como resultado se obtuvo que el 100% de los pacientes no tuvieron dificultad para entender las preguntas, las cuales fueron claramente entendidas, consideraron que las preguntas estaban redactadas de manera adecuada y no las consideraron ofensivas, no hubo dudas por lo que se pudo continuar con la fase II.

#### *Fase II.*

Aplicación del Instrumento del HADS y el ERCTA en una muestra de 200 pacientes con diagnóstico médico confirmado de problemas cardiovasculares.

Tabla 2  
*Análisis Factorial del HADS*

Escala global $\alpha=0.947$	Varianza explicada = 59.6%	Carga factorial	Varianza explicada	Alfa de Cronbach
<b>HADS -A Subescala ansiedad</b>				$\alpha=0.947$
1. Me siento tenso(a) o nervioso(a)		0.726		
3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder		0.788		
5. Tengo mi mente llena de preocupaciones		0.810		
7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado(a)		0.797		
9. Tengo una sensación extraña, como de "aleteo" en el estómago		0.756		
11. Me siento inquieto(a), como si no pudiera parar de moverme		0.807		
13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico		0.814		
<b>HADS - D Subescala de depresión</b>				
2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba		0.732		
4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas		0.792		
6. Me siento alegre		0.776		
8. Me siento como si cada día estuviera más lento		0.741		

10. He perdido el interés en mi aspecto personal	0.817
12. Me siento optimista respecto al futuro	0.64
14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión	0.793

Tabla 3.  
*Análisis factorial ERCTA*

Escala global $\alpha = 0.930$	Varianza explicada = 67.3	Carga factorial	Varianza explicada	Alfa de Cronbach
<b>Escala retiro de patrón de conducta tipo A (ERCTA)</b>				$\alpha = 0.930$
1. ¿Considera usted que vive sometido a un estrés?		0.798		
2. ¿Tiene usted un nivel de actividad?		0.827		
3. ¿Tiene usted tendencia al perfeccionismo?		0.830		
4. Su deseo de llegar a los máximos niveles profesionales y/o sociales es:		0.782		
5. Su nivel de competitividad es:		0.820		
6. Su sensación de prisa y falta de tiempo es:		0.853		
7. Su necesidad de estar atento a su trabajo u ocupaciones es:		0.826		
8. El grado de dificultad para comunicar sus emociones es:		0.826		

### Correlación del HADS y el ERCTA

En el Tabla 4 se muestra las asociaciones entre el HADS y el ERCTA. Las correlaciones fueron significativas (r de Pearson de 0,01 a 0,01,  $p < 0,01$ ).

Tabla 4.  
*Correlación entre ERCTA y HADS*

	HADS
ERCTA	.437**

\*\* La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

### Estructura factorial de la validación del Instrumento de HADS

El análisis factorial obtuvo en la prueba de esfericidad de Bartlett una ( $p = 0.01$ ) y un valor de 0.853 en la prueba de adecuación muestral Kaiser- Meyer-Olkin.

El análisis factorial con rotación varimax identificó un modelo con un factor con autovalores arriba de 1 que en conjunto explican el 59.6% de la varianza; los cuales resultaron similares a la versión original.

### ***Consistencia interna***

El análisis de consistencia interna del HADS demostró un alfa de Cronbach de los 14 reactivos de 0.947 (ver Tabla 2).

### ***Estructura factorial de la validación del Instrumento de ERCTA***

El análisis factorial obtuvo en la prueba de esfericidad de Bartlett una ( $p = 0.01$ ) y un valor de 0.953 en la prueba de adecuación muestral Kaiser- Meyer-Olkin.

Mediante el análisis factorial con rotación varimax se identificó un modelo con 1 factor con autovalores arriba de 1 que, en conjunto, explican el 67.3% de la varianza y resultaron similares a la versión original.

### ***Consistencia interna***

El análisis de consistencia interna del ERCTA identificó un alfa de Cronbach de los 8 reactivos de 0.930 (Ver Tabla 3).

## **5.14 Discusión y conclusiones**

La evaluación de la sintomatología psicológica en pacientes con cardiopatías es de gran relevancia, debido a que los problemas cardiovasculares es la primera causa de muerte a nivel mundial, por lo que los síntomas reportados por los pacientes se han convertido en una variable crítica en la toma de decisiones respecto al tratamiento. La medida de auto reporte de síntomas es fundamental para evaluar los efectos benéficos de los tratamientos farmacológicos, toxicidad y la calidad de la supervivencia (Wang et al., 2010).

Esto es relevante ya que, durante el curso de la enfermedad, el equipo de salud debe evaluar si los pacientes tienen percepciones negativas, poco realistas de sí mismos, su mundo y su futuro y tratar de reestructurar estos esquemas disfuncionales que pudieran inferir con la percepción de su calidad de vida (Innamorati et al., 2014). Las emociones

“negativas” se han asociado a un aumento de las tasas de muerte cardiovascular y a eventos cardíacos recurrentes (Smith & Blumenthal, 2011).

El presente estudio tuvo como propósito la adaptación cultural y validación de la HADS y el ERCTA en un grupo de 200 pacientes con cardiopatías. En ambos casos se identificó un solo factor esto podría indicar que en el caso de la sintomatología de ansiedad y depresión son evaluadas por los pacientes como síntomas indistintos, la HADS en este grupo de pacientes presentó una estructura unifactorial y confiabilidad aceptable, la estructura factorial del instrumento no coincidió con la de dos factores reportada en la versión original.

Esto podría estar explicado de acuerdo a Smith y Blumenthal, (2011) por un estado afectivo negativo, que es un rasgo más general tipificado por las experiencias emocionales negativas, que engloba tanto la ansiedad como la depresión.

En relación a la estructura unifactorial del ERCTA obtenida en este estudio contrasta con los dos factores originales: tensión o estrés laboral y nivel de ambición profesional identificada en la versión original de Rodríguez-Sutil et al. 1996, la diferencia con relación a la estructura factorial original, se puede deber en parte a que la muestra de la versión original son usuarios de centros de promoción de la salud, en contraste con la participantes mexicanos que contaron con diagnóstico de enfermedad cardiovascular confirmada, tratamiento médico y atención médica ambulatoria, por lo que en la vida de estos pacientes el estrés laboral puede estar implícito en las actividades laborales. Los cuales son diferentes a los dos componentes: “presión competitiva” (competitive drive) e “impaciencia” (impatience) que, según Matthews (1982), son factores que se asocian con la aparición de trastornos cardíacos; en comparación con la muestra del presente estudio que ya presentan enfermedades cardiovasculares diagnosticadas.

Por otra parte, ninguno de ellos puede ser identificado con la hostilidad que se ha identificado como un factor asociado a los problemas cardiovasculares (Palmero et al., 2007; Smith & Blumenthal, 2011), aunque el factor único denominado estrés y ambición laboral se halla conceptualmente relacionado.

En relación a la validez concurrente las escalas HADS y ERCTA se correlacionaron de manera positiva, estadísticamente significativa con una magnitud baja, esto respalda las asociaciones identificadas en diversos estudios de pacientes con cardiopatía; en México la HADS ha sido validada por Villegas (2004) en mujeres en puerperio complicado, embarazo



de alto riesgo, ginecología; en población oncológica por Galindo et al., 2015; por Rojas (1991) en población geriátrica; por Whaley (1992) en pacientes quemados, por López-Alveranga et al. (2002) en pacientes obesos; en VIH por Noguera et al., 2013 (Tabla 5).

Tabla 5  
Comparación de las diferentes validaciones del HADS

HADS	ÍTEMS	ALFA DE CRONBACH	% VARIANZA EXPLICADA	FACTORES	NÚMERO TOTAL DE ÍTEMS
HADS original Zigmond y Snaith (1983)	1,2,3,4,5 6,7,8,9,10 11,12,13,14			1 Ansiedad 2 Depresión	versión original de 14 reactivos
Propiedades psicométricas de (HADS) en población de pacientes oncológicos. Galindo-Vazquez 2015	1,2,3,4,5 6,9,10,11 12,13,14	0.86	48.04%	1 Ansiedad 2 Depresión	Versión de 12 Reactivos
(HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. Noguera-orozco et al., 2013	1,2,3,4,5 7,8,9,10 11,12,13,14	0.90	54.65%	1 Distrés	Versión de 13 reactivos
Exactitud y utilidad diagnóstica del HADS en una muestra de sujetos obesos mexicanos. López-Alveranga et al., 2000.	1,2,3,4,5,6 7,8,9,10,11 12,13,14	0.84		1 Ansiedad 2 Depresión	Versión de 14 Reactivos
Propiedades Psicométricas del Inventario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y la Escala de Retiro de	1,2,3,4 5,6,7,8 9,10,11	0.947	67.30%	1 Ansiedad Y depresión.	Versión de 14 Reactivos

Patrón de Conducta tipo A (ERCTA) en una población de pacientes con enfermedades cardiovasculares	12,13,14
---	----------

Como se puede observar en la tabla 5, la versión del HADS en población de pacientes con enfermedades cardiovasculares es el estudio con una mayor consistencia interna  $\alpha = 0.947$  lo cual puede indicar un estado afectivo negativo, como rasgo general mencionado previamente por Smith y Blumenthal (2011).

Desde hace más de una década el patrón de conducta tipo A se definió como un claro indicador de riesgo coronario (Willich et al., 1993; Muller et al., 1994; Mittleman et al., 1995); un grupo de investigadores mostró que los altos niveles de ira y hostilidad se relacionaban significativamente con un incremento en la morbilidad por enfermedades cardiovasculares (Everson et al., 1997; Kawachi, Sparrow, Spiro, Vokonas & Weiss, 1996; Barefoot, Larsen, Von der Leith & Schroll, 1995).

Algunos autores (Laude et al., 1997; Everson et al., 1995), ha comunicado que la influencia del patrón de conducta tipo A con características que predisponen al estrés y los eventos estresantes parecen estar relacionados con mecanismos autonómicos y neuroendocrinos que se activan en condiciones de estrés. La evaluación de la conducta tipo A en pacientes con cardiopatías es fundamental debido a que puede ser un detonante de la enfermedad y al ser detectada se puede trabajar sobre ella y así evitar posibles recaídas.

Los resultados en general señalan que ambos instrumentos tuvieron adecuadas propiedades psicométricas, demostrando así que el HADS y ERCTA en este grupo de pacientes son válidos y confiables para investigación y actividad clínica con pacientes con enfermedad cardiovascular. Finalmente, aunque no es posible generalizar los resultados a toda la población; si podemos plantear que esta investigación corrobora lo reportado en otros estudios sobre las propiedades psicométricas de ambas escalas.

### 5.15 Limitaciones

Entre las limitaciones de éste trabajo se encuentra la falta de una entrevista clínica para confirmar los posibles casos de depresión o ansiedad como trastorno, que evidencien las variables a estudiar.

Otra limitación es que se empleó una sola medición, por lo que queda pendiente evaluar la estabilidad de ambos instrumentos a lo largo del tiempo, así como su sensibilidad al cambio antes procedimientos médicos y/o psicológicos para tener una perspectiva sobre los efectos de las intervenciones en este grupo de pacientes.

Se sugiere aplicar los cuestionarios por tipo de enfermedad, para así identificar las patologías con mayor ansiedad, depresión y conducta tipo A, así como la aplicación de cuestionarios en población que utiliza servicios médicos privados y públicos.

### **5.16 Perspectiva futura**

Como perspectiva futura se espera que el instrumento sea usado en población mexicana y así permita coadyuvar en una identificación oportuna de aquel grupo de pacientes que presenten sintomatología clínicamente significativa.

Se sugiere aplicar estos instrumentos en pacientes hospitalizados ya que el ambiente hospitalario, aislamiento social e interacción con el equipo médico puede incrementar los niveles de sintomatología psicológica, así como en pacientes en fase paliativa en los cuales principalmente la prevalencia alta de sintomatología depresiva es un problema de salud mental altamente recurrente.

De acuerdo a los hallazgos, las propuestas derivadas del presente estudio son continuar con las evaluaciones en los pacientes con enfermedades cardiovasculares a 6 y 12 meses estas mediciones ampliarán nuestro entendimiento con el objetivo de determinar con mayor exactitud las patologías que se ven más afectadas por la ansiedad, depresión o conducta tipo A.

## Referencias

- Achiong, A., Achiong, F., Achiong F. (2015). Prevención de la cardiopatía isquémica, un desafío de la atención primaria de salud. Universidad de ciencias médicas de Matanzas, Cuba.
- Adler, N. & Ostrove, J. (1999). Socioeconomic status and health: What we know and what we don't, En N. E. Adler, M. G. Marmot, B. S. McEwen y J. Stewart (Eds.): *Annals of New York Academy of Sciences, Socioeconomic Status and Health in Industrial Nations: Social, Psychological, and Biological Pathways*, vol. 896 (pp. 3-15). New York: The New York Academy of Sciences.
- Alegría, E., Velasco, A., & Azcárate, P. (2008). Avances en la cardiopatía isquémica aguda y crónica. *Revista Mexicana UnivNav*
- Alfonzo, F., Bermejo, J. & Segovia, J. (2006). Enfermedad cardiovascular en la mujer: ¿Por qué ahora? *Revista Española de Cardiología*, 59(3), 259-263.
- American Heart Association (1981). Coronary-prone behavior and coronary heart disease: a critical review. The review panel on coronary-prone behavior and coronary heart disease. *Circulation*, 63, 1199-1215.
- Anastasi, A. (1990). *Psychological testing*. Nueva York: Macmillan.
- Araujo, S. (2011). O projeto de uma psicologia científica em Wilhelm Wundt. *Uma nova interpretação*. Juiz de Fora: Editora Universidade Federal de Juiz de Fora.
- Baena, J., Del Val, J., Tomás, J., Martínez, J., Martín R., González, I.,...Oller, C. (2005). Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo en atención primaria. *Revista Española de Cardiología*. 58-04.
- Barefoot, J., Larsen, S., von der Leith, L., Schroll, M. (1995) Hostility, incidence of acute myocardial infarction, and mortality in a sample of older Danish men and women. *Am J Epidemiol*. 142: 477-84.
- Barefoot, J., Patterson, J., Haney, T., Cayton, T., Hickman, J., Williams, R. (1994). Hostility in asymptomatic men with angiographically confirmed coronary artery disease. *Am J Cardiol*. 74: 439-42.
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56, 893-897.

- Beck, A., Steer, R., & Garbin, M. (1988). Psychometric properties of Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beneit, M. (1995). Aspectos psicológicos de los trastornos cardiovasculares. En J.M. Latorre Postigo (Coord.). *Manual de ciencias psicosociales aplicadas II*, (pp.241-249). Madrid: Ed. Síntesis
- Bennet, P. & Murphy, S. (1999). Psychology and health promotion. Buckingham: Open University Press.
- Bjelland, I., Dahl, A., Haug, T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69-77.
- Blanco, J. (2011). Emociones “positivas” y salud cardiovascular. En Y. Cañoto, G. Peña y G. Yaber (Eds.): *Tópicos en Psico-logía de la Salud*. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello.
- Brennan, C., Worrall-Davies, A., McMillan, D., Gilbody, S. & House, A. (2010). The Hospital Anxiety and Depression Scale: A diagnostic metaanalysis of case-finding ability. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 371-378.
- Brown, G & Steer, R. (2006). *Inventario de depresión de Beck* Buenos Aires: Paidós.
- Bunout, D., Escobar E. (2000). Prevención de Enfermedades Cardiovasculares: ¿deben aplicarse los mismos criterios en América Latina que en Europa y Norteamérica?. *Revista Española de Cardiología*, 53: 889-895.
- Campo-Arias, A. & Oviedo, H. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Revista de Salud Pública*, 10(5), 831-839.
- Canivet, C., Nilsson, P., Lindeberg, S., Karasek, R. & Ostergren, P. (2014). Insomnia increases risk for cardiovascular events in women and in men with low socioeconomic status: A longitudinal, register-based study. *Journal of Psychosomatic Research*, 76(4), 292-299.
- Carney, M., Freedland, E., Veith, C. (2005) Depression the autonomic nervous system and coronary heart disease. *Psychosom Med*, 67:29-33.
- Catalán, A., Verdú, J., Grau, M., Iglesias, M., Val, J., Consola, A. & Comín, E. (2014). Prevalencia y control de factores de riesgo cardiovascular en la población general: ¿qué nos dice la historia clínica electrónica? *Atención Primaria*, 46(1), 15-24.

- Cerecero, P., Hernández, B., Aguirre, D., Valdez, R. & Huitrón, G. (2009). Estilos de vida asociados al riesgo cardiovascular global en trabajadores universitarios del Estado de México. *Salud Publica de México*, 51(6), 465-473.
- Claude, C., Beck, T., Danielle, D. (2003). Depresión y seguimiento pronostico por infarto agudo de miocardio de la admission hospitalaria. Canadian Medical Association or its licensor.
- Cofán, M. (2014). Mecanismos básicos: Absorción y excreción de colesterol y otros esteroides. *Clínica e Investigación en Arte-riosclerosis*, 26(1), 41-47.
- Cuevas, S. (2008). *Análisis de los factores de riesgo cardiovascular en el proceso de envejecimiento y su relación con el estrés oxidativo. Estudio piloto observacional*. Tesis inédita de doctorado. Murcia (España): Universidad de Murcia.
- Davidson, K., Rieckman, N. & Rapp, M. (2005). Definitions and distinctions among depressive syndromes and symptoms: implications for a better understanding of the depression cardiovascular disease association. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 6-9.
- Dosi, R., Bhatt, N., Shah, P. & Patell, R. (2014). Cardiovascular disease and menopause. *Journal of Clinical Diagnosis Re-search*, 8(2), 62-64.
- Du Cailar, G., Mimram, A., Fesler, P., Ribstein, J., Blacher, J., & Safar, M. (2004). Dietary sodium and presume in normotensive and essential hypertensive subjects. J Hypertension. Department of Internal Medicine and Hypertension, Lapeyronie Hospital, Montpellier, France.
- Dusseldrop, E., VanElderen, T., Maes, S., Meauman, J. (1999). A meta – anañysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health psychol.* 18;506-519.
- Eisenberger, N., Lieberman, M., & Williams, K. (2003). Does rejection hurt? An FMRI study of social exclusion. *Science*.
- Evans, P. (1991). Coronary heart disease. En M. Pitts y K. Philips (dirs). *The psychology of health. Anintroduction*. Londres: Routledge. 205-224
- Everson, S., Kauhanen, J., Kaplan, G., Goldberg, D., Julkunen, J., Tuomilehto, J., Salonen, J. (1997). Hostility and increased risk of mortality and acute myocardial infarction: the mediating role of behavioral risk factors. *Epidemiol.*

- Everson, S., McKey, B., Lovallo, W. (1995). Effect of trait hostility on cardiovascular responses to harassment in young men. *Intl J Behavior Medical* . 2: 172-91.
- Faleiros, L. & Geraldo, A. (2007). ¿Puede el nivel socioeconómico influenciar las características de un grupo de hipertensos? *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 15(5), 929-935.
- Fernández, E., Rubiano, C. & Martínez, M. (2013). Relación entre enfermedad periodontal y cardiovascular. *Gaceta Dental: Industria y Profesionales*, 245, 130-136.
- Fernández-Abascal, E., Martín, M., & Domínguez, F. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*, 15 (4), 615-630.
- Figueroa, L., & Ramos, R. (2004). Estrés: ¿riesgo cardiovascular de hipertensión? *Estrés y Salud. Cuadernos de Ciencias de la Salud y del Comportamiento*. México: FES-Zaragoza, UNAM.
- Figueroa, C., Domínguez, B., Ramos, B. & Alcocer, L. (2009). Emergencia de la cardiología conductual en la práctica clínica. *Psicología y Salud*, 19 (1), 151-155.
- Font, A., Rodríguez, E. (2007). Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*. Vol. 4, Núm.2-3. PP. 423-446
- Franks, P., Winters, P., Tancredi, D. & Fiscella, K. (2011). Do changes in traditional coronary heart disease risk factors over time explain the association between socioeconomic status and coronary heart disease? *BMC Cardiovascular Disorders*, 1, 11-28.
- Friedman, M. & Rosenman, R. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular finding. *Journal of the American Association*. 16, 1286-1296.
- Friedman, M. & Rosenman, R. (1976). *Type A Behavior and your Heart*. Nueva York:Knopf.
- Friedman, M. (1996). *Type A behavior: Its diagnosis and treatment*. New York, Plenum Press.
- Galindo, O., Benjet, C., Juárez, F., Rojas, E., Riveros, A., Aguilar-Ponce, J., Álvarez M., Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) para pacientes con cáncer en población mexicana. *Salud Mental*. 4(38).

- Galve, E., Alegría, E., Cordero, A., Fácila, L., Fernández, J. & Lluís-Ganella, C. (2014). Temas de actualidad en cardiología: riesgo vascular y rehabilitación cardiaca. *Revista Española de Cardiología*, 67(3), 203-210.
- Gaztañaga, L., Marchlinski, F., Betensky, B. (2012). Mecanismos de arritmias cardiacas. *Revista Española de cardiología*. 65(2):174–185.
- Georgieva, R. (2007). *Factores de riesgo cardiovascular y tratamiento hipolipemiente en la enfermedad cerebrovascular, cardiaca y periférica*. Tesis inédita de Doctorado. Granada: Universidad de Granada.
- Godoy, J. (1999). Psicología de la salud: Delimitación conceptual. En M.A. Simon (Ed.): *Manual de psicología de la salud* (pp. 77-114). Madrid: Biblioteca Nueva.
- González, P. (2007). Nivel de ansiedad y depresión en pacientes con infarto agudo de miocardio atendidos en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.
- Halloran, E. (1998). The role of marital power in depression and marital distress. *The American Journal of Family Therapy*, 26(1), 3-14.
- Hancu, N. & Deleiva, A. (2001). La hipoglucemia como factor de riesgo cardiovascular. *Cardiovasc Risk Factors*. 10, 263-268.
- Haugh, J. (2006). Specificity and social problem-solving: relation to depressive and anxious. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(4), 392-403.
- Hernández, S. (2012). Nivel de ansiedad estado del paciente cardiópata previo a estudio de tomografía computada. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. México, D.F. 20 (1), 94-98.
- Hernández, T., Figueroa, C., Ramos, B. & Alcocer, L. (2014). Relación de la depresión, ansiedad y calidad de vida en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardiaca. *Psicología y salud*. México, D.F. 24 (1), 25-34.
- Hogan, B. & Linden, W. (2005). Curvilinear relationships of expressed anger and blood pressure in women but not in men. Evidence from two samples. *Journal of Psychosomatic Research*, 59, 97-102.
- Huerta, B. (2001). Factores de riesgo para la hipertensión arterial. *Archivos de cardiología de Mexico*. Instituto Nacional de Cardiología. 71(1); 208-210.
- Iacovella, J. & Troglia, M. (2003). La hostilidad y su relación con los trastornos cardiovasculares. *Psico-USF*. 8 (1), 53-61.



- Innamorati, M., Lester, D., Balsamo, M., Erbuto, D., Ricci, F., Amore, M., & Pompili, M. (2014). Factor validity of the Beck Hopelessness Scale in Italian medical patients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36 (2), 300-307
- James, P., Oparil, S., Carter, B., Cushman, W., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., Lackland, D., LeFevre, M., MacKenzie, T., Ogedegbe, O., Smith, S., Svetkey, L., Taler, S., Townsend, R., Wright, J., Narva, A., Ortiz, E. (2014). Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8).
- Jeemon, P. & Reddy, K. (2010). Social determinants of cardiovascular disease outcomes in Indians. *Indian Journal of Medical Research*, 132, 617-622.
- Kadesjo, B., Gillberg, C. (2001). The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *J Child Psychol Psychiatry*. 42 (2):487-92.
- Kanai, T., Krum, H. (2013). Un tratamiento nuevo para una enfermedad antigua: tratamiento de la hipertensión arterial resistente mediante denervación simpática renal percutánea. *Revista Española de Cardiología*. 66 (9), 734-740.
- Kaptein, I., De Jonge, P., Brink, S., Krof, J. (2006). Course of depressive symptoms after myocardial infarction and cardiac prognosis. *Psychosom Med*; 68:662-8.
- Kawachi, I., Sparrow, D., Spiro, A., Vokonas, P., Weiss, S. (1996). A prospective study of anger and coronary heart disease: the Normative Aging Study. *Circulation*. 94: 2090-5.
- Kearney, P., Whelton, M., Reynolds, P., Whelton, H., Jiang, H. (2004). Worldwide prevalence of hypertension. *J Hypertens*; 22:11-19
- Kopper, B. (1993). Role of gender, sex role, identity and type A behavior in anger expression and mental health functioning. *Journal of Counseling Psychology*. 40, 232-236.
- Kubzansky, L., Kawachi, I., Weiss, S., T. & Sparrow, D. (1998). Anxiety and coronary disease: A synthesis of epidemiological, psychological and experimental evidence. *Annals of behavioral medicine*, 20 (2), 47-58.
- Kupfer, D., & Frank, E. (1992). The minimum length of treatment for recovery. En: Montgomery SA, Rouillon F, editors. Longterm treatment of depression. London: John Wiley & Sons LTD.

- Lane, D., Chong, A. & Lip, G. (2006). *Intervenciones psicológicas para la depresión en la insuficiencia cardiaca* (Revisión Cochrane traducida). Chichester, UK: John Wiley y Sons, Ltd.
- Laude, D., Girard, A., Consoli, S., Mounier-Vehier, C. & Elghozi, J. (1997). Anger expression and cardiovascular reactivity to mental stress: a spectral analysis approach. *Clin Exp Hypertens*.
- Lesperance, F., Frasura-Smith, N., Talajic, M. & Bourassa, M. (2002). Five-year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction. *Circulation*, 105, 1049-1053.
- Lezama, S. (2012). Propiedades psicométricas de la escala de Zung para síntomas depresivos en población adolescente escolarizada colombiana. *Psychologia. Avances de la disciplina*. 91-101.
- Lichtman, J., Bigger, J., Blumenthal, J., Kaufmann, P., Lesperance, F., Mark, D., Shep, D., Tylor, B. (2008). Depression and coronary heart disease: recommendations for screening referral and treatment: a science advisory. *American Heart Association*.
- López, F., Batsis, J., Roger V., Brekke, L., Ting H., Somers, V. (2009). Trends in 10-years predicted risk of cardiovascular disease in the United States. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*.
- López, J., Vazquez, V., Arcila, D., Sierra, A., Gonzalez, J., & Salin, R. (2000). Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos. Instituto Nacional de ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.
- Lorentz, M., & Vianna, B. (2011). Arritmias cardíacas y anestesia. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 61 (6).
- Lupón, J., González, B., Santa Eugenia, S., Altimir, S., Urrutia, A., Dolores, M., Díez, C., Pascual, T., Cano, L., Valle, V. (2008). Implicación pronóstica de la fragilidad y los síntomas depresivos en población ambulatoria con insuficiencia cardíaca. *Revista Española de Cardiología*. 61-08.
- Markovitz, J. (1998). Hostility is associated with increased platelet activation in coronary heart disease. *Psychosom Med*. 60: 586-91.
- Matarazzo, J. (1987). Relationships of health psychology to other segments of psychology. En Stone, G., Weiss, S., Matarazzo, J., Miller, N., Rodin, J., Belar, C., Follick, M.,

- & Singer, J. (Eds.), *Health Psychology: A Discipline and a Profession*, 41-59. University of Chicago Press.
- Matarazzo, J. (1987). Relationships of health psychology to other segments of psychology. *Health Psychology: A Discipline and a Profession*. University of Chicago Press.
- Matthews, K. (1982). Psychological Perspectives on the Type A Behaviour Pattern. *Psychological Bulletin*, 91, 293-323.
- Meichembaum, D. (1985). *Stress inoculation training*. New York: Pergamon.
- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: Evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological Bulletin*, 132 (3), 327–353.
- Moreno, J., Cruz, H. & Fonseca, A. (2014). Evaluación de razones de prevalencia para sedentarismo y factores de riesgo en un grupo de estudiantes universitarios. Chía, Colombia. *Enfermería Global: Revista Electrónica Semestral de Enfermería*, 13(2), 114-122.
- Moser, D. (2007). “The Rust of life”: Impact of anxiety on cardiac patients. *American Journal of Critical Care*. 16 (4), 361-369.
- Mukhtar, F., & Tian, O. (2008). Exploratory and confirmatory factor validation and psychometric properties of the Beck Depression Inventory for Malays (BDI-Malays) in Malaysia. *Malaysian Journal of Psychiatry*, 17, 17-25.
- Muller, J., Abela, G., Nesto, R., Tofler, G. (1994). Triggers, acute risk factors and vulnerable plaques: the lexicon of a new frontier. *J Am Coll Cardiol*. 23: 809-13.
- Muñiz, J. (1992). Teoría clásica de los tests. Madrid: Pirámide.
- Nacur, M., Brandao, B. (2011). Arritmias Cardíacas y anestesia. *Revista Brasileira de Anestesiología*. 61 (6), 440-448.
- Noguera, M., Pérez, B., Barrientos V., Robles, R., & Sierra, J. (2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*. 21 (2), 29-37.
- Nunally, J. (1991). Teoría Psicométrica. México: Trillas. *Cardiología*.
- O'Connor, C., Jiang, W., Kuchibhatla, M., Silva, S., Cuffe, M., Callwood, D. (2010). Safety and efficacy of sertraline for depression in patients with heart failure: results of the sadhart-CHF (Sertraline Against Depression and Heart Disease in Chronic Heart Failure) trial. *J Am Coll Cardiol*. 56:692–9.

- Organización Mundial de la Salud. (2015). Enfermedades cardiovasculares. citado el 10 de septiembre de 2015. Consultado en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Enfermedades cardiovasculares. Consultado en [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/about\\_cvd/es/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/)
- Ortega, F., Castillo, J., Heredero, L., Castro, A., Rojas M. (2001). Factores genéticos y ambientales en pacientes con hipertensión arterial esencial en una población urbana de Cuba. *Archivo Instituto de Cardiología Mexico*.65:426-434.
- Palmero, F., Fernández-Abascal, E., Martínez, F. & Cholíiz, M. (2002). *Psicología de la Motivación y la Emoción*. (2º ed.). España: Mc Graw Hill.
- Palmero, F., Gómez, C., Guerrero, C., Capri, A., Díez, J., Diago, J. (2007). Hostilidad, Psicofisiológica y salud cardiovascular. *Avances en psicología Latinoamericana*, Bogotá Colombia. 25(1) ,22-43.
- Palomo, E., Giralt, P., Ballester, M., Ruiz, R., León, A. & Giralt, J. (2013). Prevalencia de obesidad y de factores de riesgo cardiovascular en una población de pacientes pediátricos con diabetes tipo II. *Anales de Pediatría*, 78(6), 382-388.
- Parajón, T., Lupón, J., González, B., Urrutia, A. & Altimir, S. (2004). Aplicación en España del cuestionario sobre calidad de vida “Minnesota Living WithHeartFailure” para la insuficiencia cardíaca. *Revista Española de Cardiología*.
- Pelegrín, A., García, F. & Garcés, E. (2009). Prevención de los trastornos cardiovasculares: una propuesta de actuación desde la actividad física y el entrenamiento psicológico. *Psicología y Salud*, 19(2), 261-269.
- Pintor, L. (2006). Insuficiencia cardíaca y enfermedad depresiva, una frecuente combinación tantas veces olvidada. *Revista Española de Cardiología*, 59(8), 761-765.
- Piscitelli, S., Luque, L. & Gómez R. (2012) Estudio sobre la ansiedad estado/rango en padres de adolescentes consumidores y no consumidores de droga. Relación con las estrategias de afrontamiento de los hijos.
- Radloff, L. (1977). The Ces- D scale, a self-report depression scale for research in the general population. *Journal of applied Psychological Measurement*. 1, 338- 401.

- Ramos, B., Figueroa, C., Alcocer, L., Rincon, J. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con insuficiencia cardiaca. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, México.
- Rees, K., Bennett, P., West, R., Davey, S., Ebrahim, S. (2004). Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2 (2), 29-32.
- Rivera, J., Alegre C., Ballina F., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B., Collado, A., Esteve, J., Martínez, F., Tornero, J., Vallejo, M. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 2, 55-66.
- Rodríguez, M., Frías, M. (2005). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. *Psicología y salud.* 15(2),169-185.
- Rodriguez-Sutil, C., Gil-Corbacho, P. & Martínez, R. (1996). *Presentación de la Escala Retiro de Patrón de Conducta Tipo A (ERCTA)* (Presentation of the ERCTA scale). *Psicothema*, 8, 1, 207-213.
- Roger, V., Go, A., Lloyd-Jones, D., Adams, R., Berry, J., Brown, T., Carthon, M., Dai, S., Simone, G., Ford, E., Fox, C. (2011). Heart disease and stroke statistics—2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation.* 123,18–209.
- Rojas G. (1991). Evaluar la validez de la escala de depresión geriátrica (GDS) y la escala de ansiedad y depresión para hospitales generales (HADS). Tesis de maestría. México: Facultad de Medicina, Depto d Psiquiatría, UNAM
- Rosario, E., Rovira, L., Rodríguez, A., Velázquez, A., Rosario, I., & Zapata, A. (2009). La relación entre estrés ocupacional, emociones en el lugar de trabajo, mobbing, autonomía de trabajo y conductas contraproducentes. Ponencia presentada en la 8va Conferencia Internacional Work, Stress, and Health
- Rosenman, R. & Friedman, M. (1961). Association of specific behavior pattern in women with blood and cardiovascular findings. *Circulation.* 24, 1173-1184.
- Rosenman, R. & Friedman, M. (1961). Association of specific behavior pattern in women with blood and cardiovascular findings. *Circulation*, 24, 1173-1184.
- Rosvall, M., Engström, G., Berglund, G., & Hedblad, B. (2008). C-reactive protein, established risk factors and social inequalities in cardiovascular disease - the significance of absolute versus relative measures of disease. *BMC Public Health*, 8, 1456-1466.

- Royo-Bordonada, M., Lobos, M., Brotons, C., Villar, F., Pablo, C., Armario, P., Cortés, O., Gil, A., Lizcano, A., Santiago, A. & Sans, S. (2014). El estado de la prevención cardiovascular en España. *Medicina Clínica*, 142(1), 7-14.
- Rozanski, A., Blumenthal, J. & Kaplan, J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99, 2192-2217.
- Sacks, F. (2001). Effects on blood pressure of reduced dietary sodium approaches to stop hypertension diet. *New England Journal of Medicine*. 344 (3).
- Santín, J. (1999). *Hipertensión arterial: factores de riesgo (síndrome plurimetabólico, tabaco, alcohol y menopausia)*. Tesis inédita de Doctorado. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Sanz, J. & Vázquez, C. (1988). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10, (2), 303-318.
- Sanz, J. (2013). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. Universidad Complutense de Madrid.
- Sanz, J., Villar, F., Guía, E & Hernandez, A. (2011). Evaluación del inventario BAI. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Madrid, España.
- Segura, L., Agustí, R. & Parodi, J. (2006). Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en el Perú (Estudio TORNA-SOL). *Revista Peruana de Cardiología*, 32(2), 82-128.
- Shah, S., White, S., Littler, A. (2004). Heart and mind: relationship between cardiovascular and psychiatric conditions. *Postgrad Med J*. 80:683-7
- Sistema Nacional de Información en salud. (2013). Diez principales causas de mortalidad en hombres y mujeres por grupo de edad. (Sin fecha de actualización). Consultado en <http://www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>
- Smith, P. & Blumenthal, J. (2011). Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular: epidemiología, mecanismos y tratamiento. *Revista Española de Cardiología*, 64(10), 924-933.
- Smith, T. & Ruiz, J. (2002). Psychosocial Influences on the Development and Course of Coronary Heart Disease: Current Status and Implications for Research and Practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70 (3), 548-568.

- Smith, T., & MacKenzie, J. (2006). Personality and risk of physical illness. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 435–467.
- Smith, T., Orleans, T. & Jenkins, D. (2004). Prevention and health promotion: Decades of progress, new challenges, and an emerging agenda. *Health Psychology*, 23(2).
- Sociedad Argentina de Cardiología. (2001). Consenso de prevención primaria y secundaria de la enfermedad coronaria. Comisión de aspectos psicosociales. *Revista Argentina de cardiología*. 69(1):1-11. Consultado en <http://www.sac.org.ar/files/files/comisionaspectsosociales>.
- Sparagon, B., Friedman, M., Breall, W., Goodwin, M., Fleischmann, N. & Ghandour, G. (2001). Type A behavior and coronary atherosclerosis. *Atherosclerosis* 156 (1). 145-149
- Spielberger, C., Gorsuch, R., & Lushene, R., (1970). Manual for State-Trait Anxiety Inventory: Consulting Psychologists Press.
- Steer, R., Beck, A., & Brown, G. (1989). Sexual differences on the Revised Beck Depression Inventory for outpatients with affective disorders. *Journal of Personality Assessment*, 53, 693-702.
- Strik, J., Denollet, J., Lousberg, R., Honig, A. (2003). Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction. *JAm Coll Cardiol*;42:1801-7.
- Sullivan, M., LaCroix, A., Speretus, J. & Hecht, J. (2000). Five-year prospective study of the effects of anxiety and depression on symptoms and function in patients with coronary heart disease, *American Journal Cardiology*, 86, 1135-1138.
- Terol, M. C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martín-Aragón, M., Pastor, M., & Reig, M. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Estrés (HAD) en población española. *Ansiedad y Estrés*, 13 (2-3), 163-176.
- Tobón, S. & Núñez, A. (2000). Psicología y sistema de salud en Latinoamérica. *Perspectivas en Psicología*, 3: 21-40.
- Torres–Castillo, M., Hernández- Malpica, E. & Ortega- Soto, H. (1991). Validez y reproductibilidad del inventario para Depresión de Beck en un hospital de cardiología. *Salud Mental*. 14(1).
- Tuckey, M., Dollard, M., Saebel, J., & Berry, N. (2010). Negative workplace behavior: Temporal associations with cardiovascular outcomes and psychological health

- problems in Australian police. *Stress and Health*, 26, 372-381. doi: 10.1002/smi.1306
- Vega, J., Guimar, M., Vega, L. (2011). Riesgo cardiovascular, una herramienta útil para la prevención de enfermedades cardiovasculares. *Revista Cubana de Medicina Integral*.
- Velázquez, M., Rosas, P., Lara, E., Pasteln, H., Attie, F., Tapia, C. (2000). Hipertensión arterial en México: resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA). *Arch Cardiol Mex*. 2002;72;71-84.
- Victor, R., Leonard, D., Hess, P., Bhat, G., Jones, J., & Vaeth P. (2008). Factors associated with hypertension awareness, treatment, and control in Dallas County, Texas. *Arch Intern Med* 2;168(12):1285-1293.
- Viera, B., Falcón, A., Navarro, V., Valladares, F., Penichet, R., & Castellón, C. (2006). Arritmias Cardiacas. *Revista de las ciencias de la salud de cienfuegos*. Cuba. 11 (1): 31-39.
- Villalobos, F. (2010). Estructura factorial y propiedades psicométricas de una escala de depresión en universitarios de Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 27, 110-116.
- Villegas, G. (2004). Reporte de experiencia profesional. Tesis de maestría en Psicología. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Watkins, I., Blumenthal, A., Carney, M. (2002) Association of anxiety with reduced baroreflex cardiac control in patients after acute myocardial infarction. *Am Heart J*;143:460
- Whaley, J. (1992). Diagnóstico de ansiedad y depresión en pacientes quemados (Escala HAD como una herramienta diagnóstica). Tesis de maestría. México: Facultad de Medicina, Depto de Psiquiatría, UNAM.
- Whooley, A. (2006). Depression and cardiovascular disease, healing the brokenhearted. *JAMA*; 295:2874-80
- Wielgosz, A. & Nolan, R. (2000). Biobehavioral factors in the context of ischemic cardiovascular diseases. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 339-345.
- Williams, E., Kooner, I., Steptoe, A. & Kooner, J. (2007). Psychosocial factors related to cardiovascular disease risk in UK South Asian men: A preliminary study. *British Journal of Health Psychology*, 12, 559-570.



- Willich, S., Maclure, M., Mittleman, M., Arntz, H., Muller, J. (1993). Sudden cardiac death. Support for a role of triggering in causation. *Circulation*.
- Yohannes, A., Willgoss, T., Baldwin, R., & Connolly, M. (2010). Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 1209–1221.
- Zigmond, A., & Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361–370.
- Zung, W. (1965). A self-rating depression scale. *Archive General of Psychiatry*, 12, 63-70.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### **Propiedades Psicométricas del Inventario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y la Escala de Retiro de Patrón de Conducta tipo A (ERCTA) en una población de pacientes con enfermedades cardiovasculares.**

**Propósito:** Usted está invitado(a) a participar voluntariamente en el presente proyecto de investigación, que busca validar las escalas: Inventario de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) y la Escala retiro de patrón de conducta tipo a (ERCTA) en una población de pacientes con enfermedades cardiovasculares. El proyecto está dirigido por la Estudiante de Psicología Bibian Herrera Navarrete supervisada por el Dr. Oscar Galindo Vázquez.

**Procedimiento:** Si usted decide participar en este proyecto, su colaboración consistirá en responder dos cuestionarios. Si usted tiene alguna duda o pregunta la investigadora le resolverá sus preguntas.

**Confidencialidad:** Toda la información que proporcione será estrictamente confidencial y privada, si llegará a publicarse los resultados de esta investigación nunca se hará mención de sus datos personales.

**Beneficios:** Con los resultados de este estudio se pueden proponer recomendaciones que ayudarán a mejorar las opciones de atención psicológica de los pacientes con enfermedades cardiovasculares.

**Riesgos:** Durante la entrevista se pueden tocar temas que le causen sentimientos, como intranquilidad, alegría o bien tristeza.

Yo, \_\_\_\_\_ declaro que estoy de acuerdo en participar en el proyecto de investigación: "Propiedades psicométricas del Inventario de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) y la Escala retiro de patrón de conducta tipo a (ERCTA) en una población de pacientes con enfermedades cardiovasculares", cuyo objetivo, beneficios y riesgos me fueron especificados por el investigador.

México D.F., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2016.

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Investigador

\_\_\_\_\_  
Testigo

Estudiante de Psicología  
Bibian Herrera Navarrete.  
Correo: [bian\\_bi@hotmail.com](mailto:bian_bi@hotmail.com)  
Supervisión Dr. Oscar Galindo Vázquez.  
Correo: [psigalindo@yahoo.com.mx](mailto:psigalindo@yahoo.com.mx)

**ANEXO 2**  
**Le agradecemos su colaboración en la presente evaluación,**  
**puede contestar con toda confianza.**

Estos cuestionarios se han construido con la finalidad de evaluar cómo se siente usted ante su enfermedad y tratamiento, y así ayudar al equipo de salud que le atiende a ofrecerle una mejor atención.

Lea cada frase y marque la respuesta que mejor indique cómo se ha sentido usted durante los últimos días.

DG1. Edad: \_\_\_\_\_ años.

DG 2. Sexo M ( ) F ( )

DG3. Estado Civil:

( ) Soltero(a) ( ) Casado(a) ( ) Separado(a) ( ) Viudo(a) Otro \_\_\_\_\_

DG4. Nivel de estudios:

( ) Ninguno ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Bachillerato ( )

Licenciatura

( ) Posgrado Otro ( )

DG5. Usted tiene alguna otra enfermedad o problema de salud diagnosticado aparte del problema cardiovascular por el que viene a esta clínica:

SI ( ) NO ( )

DG6. Si respondió **SI**, indique cual: \_\_\_\_\_

DG7. ¿Usted fuma? SI ( ) NO ( )

DG8. ¿Usted ha recibido anteriormente atención de algún servicio de salud mental? SI ( ) NO ( )

DG9. ¿En su familia, ha habido algún otro caso con una enfermedad cardiovascular? SI ( ) NO ( )

**INFORMACIÓN DE ESTE RECUADRO SERÁ LLENADO POR EL EQUIPO DE SALUD QUE LE ATIENDE:**

DG10. Tipo de diagnóstico cardiovascular: \_\_\_\_\_

DG11. ¿Desde hace cuánto tiempo le dieron el diagnóstico de su problema cardiovascular? (En meses): \_\_\_\_\_

DG12. Peso: \_\_\_\_\_

DG12. Presión arterial \_\_\_\_/\_\_\_\_

DG13. Tratamiento médico por la enfermedad cardiovascular en los últimos 6 meses. SI ( ) NO ( )

DG14. Indicar el tratamiento médico: \_\_\_\_\_

### ANEXO 3

#### INVENTARIO DE ANSIEDAD Y DEPRESION HOSPITALARIA – HADS -

**Este cuestionario se ha construido para ayudar al equipo de salud que le atiende a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas.**

1. Me siento tenso(a) o nervioso(a)

Todos los días

Muchas veces

A veces

Nunca

	3
	2
	1
	0

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba

Cómo siempre

No lo bastante

Sólo un poco

Nada

	0
	1
	2
	3

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder

Definitivamente y es muy fuerte

Sí, pero no es muy fuerte

Un poco, pero no me preocupa

Nada

	3
	2
	1
	0

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas

Al igual que siempre lo hice

No tanto ahora

Casi nunca

Nunca

	0
	1
	2
	3

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones

La mayoría de las veces

Con bastante frecuencia

A veces, aunque no muy a menudo

Sólo en ocasiones

	3
	2
	1
	0

6. Me siento alegre

Nunca

No muy a menudo

A veces

Casi siempre

	3
	2
	1
	0

7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado(a)

Siempre

Por lo general

No muy a menudo

Nunca

	0
	1
	2
	3

8. Me siento como si cada día estuviera más lento

Por lo general en todo momento

No Muy a menudo

A veces

Nunca

	3
	2
	1
	0

9. Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estomago

Nunca

En ciertas ocasiones

Con bastante frecuencia

Muy a menudo

	0
	1
	2
	3

10. He perdido el interés en mi aspecto personal

Totalmente

No me preocupo tanto como debiera

Podría tener un poco más de cuidado

Me preocupo al igual que siempre

	3
	2
	1
	0

11. Me siento inquieto(a), como si no pudiera parar de moverme

Mucho

Bastante

No mucho

Nada

	3
	2
	1
	0

12. Me siento optimista respecto al futuro

Igual que siempre

Menos de lo acostumbrado

Mucho menos de lo acostumbrado

Nada

	0
	1
	2
	3

13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico

Muy frecuentemente

Bastante a menudo

No muy a menudo

Nada

	3
	2
	1
	0

14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión

A menudo

A veces

No muy a menudo

Rara vez

	0
	1
	2
	3

## ANEXO 4

### Escala retiro de patrón de conducta tipo a (ERCTA)

1. ¿Considera usted que vive sometido a ocupaciones es:

- nulo
- bajo
- normal
- alto
- muy alto

7. Su necesidad de estar atento a su trabajo un estrés?

- muy alta
- alta
- normal
- baja
- muy baja

2. ¿Tiene usted un nivel de actividad?

- muy alto
- alto
- normal
- bajo
- muy bajo

8. El grado de dificultad para comunicar sus

emociones es:

- muy alto
- alto
- normal
- bajo
- muy bajo

3. ¿Tiene usted una tendencia al perfeccionismo?

- muy baja
- baja
- normal
- alta
- muy alta

4. Su deseo de llegar a los máximos niveles profesionales y/o sociales es:

- muy alto
- alto
- normal
- bajo
- muy bajo

5. Su nivel de competitividad es:

- muy bajo
- bajo
- normal
- alto
- muy alto

6. Su sensación de prisa y falta de tiempo es:

- muy baja
- baja
- normal
- alta
- muy alta



## ANEXO 5

### HOJA DE REGISTRO DE CASO POR PACIENTE CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.

#### PROTOCOLO DE INVESTIGACION

*“Validación del Inventario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en una población de pacientes con enfermedades cardiovasculares”*

#### Instrucciones para el Aplicador

**Instrucciones:** Informar al cuidador primario lo siguiente:

Este es un cuestionario acerca de usted y su salud. Es un cuestionario diseñado para identificar ansiedad y depresión.

El cuestionario fue diseñado, originalmente en inglés, y ahora se tradujo al español. Queremos estar seguros de que la traducción del cuestionario hace las preguntas de adecuadas y de la forma correcta, para este propósito, le pedimos tu ayuda.

Le pedimos que primero termine el cuestionario. Después de terminarlo, le haré una entrevista, para estar seguros que cada pregunta se hace de la manera apropiada.

#### ***Estructura de la entrevista.***

La entrevista debe ser directa, de cada reactivo, haciendo las siguientes preguntas.

1. ¿Tuvo dificultad para responder esta pregunta?
2. ¿Encontró esta pregunta confusa?
3. Las palabras utilizadas, ¿las encontró difíciles de entender?
4. ¿Sintió que la manera en que esta pregunta fue formulada es ofensiva?
5. ¿Cómo habría hecho la pregunta usted?

Cuando los pacientes con enfermedades cardiovasculares reporten alguna dificultad para responder, confusión, o dificultad para entender, o donde ellos sugieran palabras alternativas, ese reactivo debe ser registrado en la hoja de Respuesta del paciente, junto con los comentarios del paciente y las razones por las que encontró dificultad con el reactivo. Para facilitar y agilizar la entrevista no es necesario llenar la hoja con reactivos en donde los pacientes las encontraron aceptables

## Hoja de Registro de caso por paciente con enfermedad cardiovascular.

Encerrar en un círculo las palabras que el paciente encontró difíciles.

### Instrucciones.

Los(as) pacientes con enfermedades cardiovasculares a veces dicen que tienen los siguientes síntomas o problemas. Por favor indique hasta qué punto usted ha experimentado estos síntomas o problemas durante la última semana incluyendo el día de hoy. Por favor responda encerrando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso.

Encerrar en un círculo las palabras que el paciente encontró difíciles.

1. Me siento tenso(a) o nervioso(a)

**¿Encontró? Respuesta Comentarios o Razones**

Dificultad:	SI	NO	
Confusión:	SI	NO	
Palabras difíciles:	SI	NO	
Ofensivo:	SI	NO	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

---

Encerrar en un círculo las palabras que el paciente encontró difíciles.

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba

**¿Encontró? Respuesta Comentarios o Razones**

Dificultad:	SI	NO	
Confusión:	SI	NO	
Palabras difíciles:	SI	NO	
Ofensivo:	SI	NO	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

---

Encerrar en un círculo las palabras que el paciente encontró difíciles.

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder

**Respuesta    Comentarios o Razones**

**¿Encontró?**

Dificultad:	SI	NO	
Confusión:	SI	NO	
Palabras difíciles:	SI	NO	
Ofensivo:	SI	NO	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

Encerrar en un círculo las palabras que el paciente encontró difíciles.

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas

**¿Encontró?    Respuesta    Comentarios o Razones**

Dificultad:	SI	NO	
Confusión:	SI	NO	
Palabras difíciles:	SI	NO	
Ofensivo:	SI	NO	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

Encerrar en un círculo las palabras que el paciente encontró difíciles.

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones

**¿Encontró?    Respuesta    Comentarios o Razones**

Dificultad:	SI	NO	
Confusión:	SI	NO	
Palabras difíciles:	SI	NO	
Ofensivo:	SI	NO	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

Encerrar en un círculo las palabras que el paciente encontró difíciles.

6. Me siento alegre

**¿Encontró? Respuesta Comentarios o Razones**

Dificultad:	SI	NO	
Confusión:	SI	NO	
Palabras difíciles:	SI	NO	
Ofensivo:	SI	NO	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

\_\_\_\_\_

Encerrar en un círculo las palabras que el paciente encontró difíciles.

7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado(a)

**¿Encontró? Respuesta Comentarios o Razones**

Dificultad:	SI	NO	
Confusión:	SI	NO	
Palabras difíciles:	SI	NO	
Ofensivo:	SI	NO	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

\_\_\_\_\_

Encerrar en un círculo las palabras que el paciente encontró difíciles.

8. Me siento como si cada día estuviera más lento

**¿Encontró? Respuesta Comentarios o Razones**

Dificultad:	SI	NO	
Confusión:	SI	NO	
Palabras difíciles:	SI	NO	
Ofensivo:	SI	NO	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

\_\_\_\_\_

Encerrar en un círculo las palabras que el paciente encontró difíciles.

9. Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estomago

**¿Encontró? Respuesta Comentarios o Razones**

Dificultad:	SI	NO	
Confusión:	SI	NO	
Palabras difíciles:	SI	NO	
Ofensivo:	SI	NO	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

\_\_\_\_\_

Encerrar en un círculo las palabras que el paciente encontró difíciles.

10. He perdido el interés en mi aspecto personal

**¿Encontró? Respuesta Comentarios o Razones**

Dificultad:	SI	NO	
Confusión:	SI	NO	
Palabras difíciles:	SI	NO	
Ofensivo:	SI	NO	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

\_\_\_\_\_

Encerrar en un círculo las palabras que el paciente encontró difíciles.

11. Me siento inquieto(a), como si no pudiera parar de moverme

**¿Encontró? Respuesta Comentarios o Razones**

Dificultad:	SI	NO	
Confusión:	SI	NO	
Palabras difíciles:	SI	NO	
Ofensivo:	SI	NO	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

\_\_\_\_\_

Encerrar en un círculo las palabras que el paciente encontró difíciles.

12. Me siento optimista respecto al futuro

**¿Encontró? Respuesta Comentarios o Razones**

Dificultad:	SI	NO	
Confusión:	SI	NO	
Palabras difíciles:	SI	NO	
Ofensivo:	SI	NO	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

\_\_\_\_\_

Encerrar en un círculo las palabras que el paciente encontró difíciles.

13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico

**¿Encontró? Respuesta Comentarios o Razones**

Dificultad:	SI	NO	
Confusión:	SI	NO	
Palabras difíciles:	SI	NO	
Ofensivo:	SI	NO	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

\_\_\_\_\_

Encerrar en un círculo las palabras que el paciente encontró difíciles.

14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión

**¿Encontró? Respuesta Comentarios o Razones**

Dificultad:	SI	NO	
Confusión:	SI	NO	
Palabras difíciles:	SI	NO	
Ofensivo:	SI	NO	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

\_\_\_\_\_

Al respecto de las opciones de respuesta: ¿tuvo alguna duda?:

Nada:

\_\_\_\_\_

Un poco:

---

Bastante:

---

Mucho:

---

## ANEXO 6

### HOJA DE REGISTRO DE CASO POR PACIENTE CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.

#### PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

*“Validación de la Escala retiro de patrón de conducta tipo a (ERCTA) en una población de pacientes con enfermedades cardiovasculares”*

#### Instrucciones para el Aplicador

**Instrucciones:** Informar al paciente lo siguiente:

Este es un cuestionario acerca de usted y su salud. Es un cuestionario diseñado para identificar Patrón de conducta Tipo A.

El cuestionario fue diseñado, originalmente en inglés, y ahora se tradujo al español.

Queremos estar seguros de que la traducción del cuestionario hace las preguntas de adecuadas y de la forma correcta, para este propósito, le pedimos su ayuda.

Le pedimos que primero termine el cuestionario. Después de terminarlo, le haré una entrevista, para estar seguros que cada pregunta se hace de la manera apropiada.

#### *Estructura de la entrevista.*

La entrevista debe ser directa, de cada reactivo, haciendo las siguientes preguntas.

1. ¿Tuvo dificultad para responder esta pregunta?
2. ¿Encontró esta pregunta confusa?
3. Las palabras utilizadas, ¿las encontró difíciles de entender?
4. ¿Sintió que la manera en que esta pregunta fue formulada es ofensiva?
5. ¿Cómo habría hecho la pregunta usted?

Cuando los pacientes con enfermedades cardiovasculares reporten alguna dificultad para responder, confusión, o dificultad para entender, o donde ellos sugieran palabras alternativas, ese reactivo debe ser registrado en la hoja de Respuesta del paciente, junto con los comentarios del paciente y las razones por las que encontró dificultad con el reactivo. Para facilitar y agilizar la entrevista no es necesario llenar la hoja con reactivos en donde los pacientes las encontraron aceptables.



## Hoja de Registro de caso por paciente con enfermedad cardiovascular.

Encerrar en un círculo las palabras que el paciente encontró difíciles.

### Instrucciones.

Los(as) pacientes con enfermedades cardiovasculares a veces mencionan que tienen los siguientes síntomas o problemas. Por favor indique hasta qué punto usted ha experimentado estos síntomas o problemas durante la última semana incluyendo el día de hoy. Por favor responda encerrando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso.

Encerrar en un círculo las palabras que el paciente encontró difíciles.

1. ¿Considera Vd. que vive sometido a un estrés?

**¿Encontró? Respuesta Comentarios o Razones**

Dificultad:	SI	NO	
Confusión:	SI	NO	
Palabras difíciles:	SI	NO	
Ofensivo:	SI	NO	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

\_\_\_\_\_

Encerrar en un círculo las palabras que el paciente encontró difíciles.

2. ¿Tiene Vd. un nivel de actividad?

**¿Encontró? Respuesta Comentarios o Razones**

Dificultad:	SI	NO	
Confusión:	SI	NO	
Palabras difíciles:	SI	NO	
Ofensivo:	SI	NO	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

\_\_\_\_\_

Encerrar en un círculo las palabras que el paciente encontró difíciles.

3. ¿Tiene Ud. una tendencia al perfeccionismo?

**Respuesta    Comentarios o Razones**

**¿Encontró?**

Dificultad:	SI	NO	
Confusión:	SI	NO	
Palabras difíciles:	SI	NO	
Ofensivo:	SI	NO	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

\_\_\_\_\_

Encerrar en un círculo las palabras que el paciente encontró difíciles.

4. Su deseo de llegar a los máximos niveles profesionales y/o sociales es...

**¿Encontró?    Respuesta    Comentarios o Razones**

Dificultad:	SI	NO	
Confusión:	SI	NO	
Palabras difíciles:	SI	NO	
Ofensivo:	SI	NO	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

\_\_\_\_\_

Encerrar en un círculo las palabras que el paciente encontró difíciles.

5. Su nivel de competitividad es...

**¿Encontró?    Respuesta    Comentarios o Razones**

Dificultad:	SI	NO	
Confusión:	SI	NO	
Palabras difíciles:	SI	NO	
Ofensivo:	SI	NO	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

\_\_\_\_\_

Encerrar en un círculo las palabras que el paciente encontró difíciles.

6. Su sensación de prisa y falta de tiempo es...

**¿Encontró? Respuesta Comentarios o Razones**

Dificultad:	SI	NO	
Confusión:	SI	NO	
Palabras difíciles:	SI	NO	
Ofensivo:	SI	NO	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

\_\_\_\_\_

Encerrar en un círculo las palabras que el paciente encontró difíciles.

7. Su necesidad de estar atento a su trabajo u ocupaciones es...

**¿Encontró? Respuesta Comentarios o Razones**

Dificultad:	SI	NO	
Confusión:	SI	NO	
Palabras difíciles:	SI	NO	
Ofensivo:	SI	NO	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

\_\_\_\_\_

Encerrar en un círculo las palabras que el paciente encontró difíciles.

8. El grado de dificultad para comunicar sus emociones es...

**¿Encontró? Respuesta Comentarios o Razones**

Dificultad:	SI	NO	
Confusión:	SI	NO	
Palabras difíciles:	SI	NO	
Ofensivo:	SI	NO	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

\_\_\_\_\_

Al respecto de las opciones de respuesta: ¿tuvo alguna duda?:

Ninguna:

---

Un poco:

---

Bastante:

---

Mucho:

---