



UNIVERSIDAD DE MURCIA

**DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO**

**Evaluación de patrones de Personalidad, Estrés y Síntomas
Psicopatológicos en pacientes portadores de un Desfibrilador
Automático Implantable (DAI)**

**Silvia Alcaraz Andreu
2021**



TESIS DOCTORAL

Evaluación de patrones de Personalidad, Estrés y Síntomas Psicopatológicos en pacientes portadores de un Desfibrilador Automático Implantable (DAI)

Autora:

Dña. Silvia Alcaraz Andreu

Dirigida por:

**Dra. Dña. Carmen Godoy Fernández
Dra. Dña. María Dolores Hidalgo Montesinos**

Murcia, 2021

Agradecimientos

Después de estos seis años, que han supuesto un esfuerzo, dedicación e implicación inimaginable me gustaría agradecer en primer lugar a mis directoras de tesis, Carmen Godoy y Lola Hidalgo vuestra profesionalidad, dedicación y paciencia, porque sin vosotras este trabajo no hubiera visto la luz. Gracias también a Encarna Fernández, por tus palabras de ánimo y apoyo, por tu profesionalidad y cariño.

A todos los profesionales de la Unidad de Arritmias del Hospital Virgen de la Arrixaca, por vuestra acogida y por haber colaborado en este estudio. En especial a Dr. Juan José Sánchez, por tu ayuda desinteresada y dedicación y como no, a todos los pacientes de la Unidad de Arritmias, que formaron parte imprescindible de este estudio.

A mi familia, y en especial a mis padres, porque parte de lo que soy hoy se lo debo a ellos. Gracias por el apoyo incondicional, por compartir conmigo la ilusión sin cuestionarme y darme todas las oportunidades. Parte del éxito de haber llegado hasta aquí, es vuestro. A mis hermanos, Ángel y José, por creer siempre en mi. A mis sobrinos, porque con ellos soy la mejor versión de mí misma y con su sonrisa hacen todo mucho más fácil. Gracias por recordarme lo que de verdad es importante.

A mis amigos, por compartir conmigo este largo camino. Gracias por vuestro apoyo y por haber formado parte de esto, vosotros sabéis quienes sois... Gracias por esos momentos de risas y desconexión tan necesarios. A Lole, por haber hecho que me mantenga cuerda en todo momento y ser mucho más que mi psiquiatra favorita. Y en especial a ti, Paqui, por tus palabras de ánimo cada día, por motivarme como nadie en los momentos más difíciles, por ser como una hermana. Estoy convencida que, sin ti, no hubiera llegado hasta aquí.

Por último, y aún más especial si cabe, a mi compañero de viaje, Enrique. Gracias por tu paciencia infinita, a pesar del tiempo que esta tesis nos ha robado. Gracias por ayudarme a no rendirme nunca.

En general gracias a todas y cada una de las personas que han vivido conmigo la realización de esta tesis, por el apoyo, vuestro ánimo y cariño.

A mis padres...

Abreviaturas

AN: afectividad negativa

CV: calidad de vida

DAI: desfibrilador automático implantable

ECV: enfermedades cardiovasculares

FV: fibrilación ventricular

HHS: hipotálamo hipofisario-suprarrenal

IAM: infarto agudo de miocardio

IS: inhibición social

MSC: muerte súbita cardíaca

NSE: nivel socioeconómico

OMS: Organización Mundial de la Salud

TEPT: trastorno de estrés postraumático

TV: taquicardia ventricular

TVS: taquicardia ventricular sostenida

FRCV: factores de riesgo cardiovasculares

GPC: Guías de práctica clínica

DT: Desviación típica

PTCA: Patrón de conducta tipo A

DS-16: The type D scale-16

DS-14 The type D scale-14

DSM-5: Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5

PRC: Programa de rehabilitación cardíaca

TCC: Terapia Cognitivo Conductual

PIP: Programa de intervención psicológica

EAE-G: Escala de apreciación del estrés general

STAXI-2: Inventario de expresión de ira estado - rasgo

ETAF: Escala Tipo A de Framingham

LSB-50: Lístado de síntomas breves

ÍNDICE:

CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN GENERAL	10
1.1 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	11
1.2 ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	13
1.3 DESFIBRILADOR AUTOMATICO IMPLANTABLE: DEFINICIÓN, EPIDEMIOLOGÍA Y TIPOS DE PREVENCIÓN	14
1.3.1 Implante de un DAI por prevención primaria y prevención secundaria.....	17
1.4 VARIABLES PSICOLÓGICAS EN PACIENTES PORTADORES DE UN DAI	19
1.4.1 Patrones de Personalidad	20
1.4.2 Estrés	23
1.4.3 Ajuste psicológico tras la implantación.....	28
1.5 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS	31
CAPITULO 2: ADAPTACIÓN Y VALIDACION DE LA ESCALA DE PERSONALIDAD TIPO D (DS-14) A POBLACIÓN ESPAÑOLA	34
2.1 INTRODUCCIÓN	35
2.2 MÉTODO	37
2.2.1 Participantes	37
2.2.2 Instrumentos	38
2.2.3 Procedimiento.....	39
2.2.4 Análisis de datos.....	39
2.3 RESULTADOS	40
2.3.1 Evidencias de validez interna	40
2.3.2 Análisis de ítems y fiabilidad	41
2.3.3 Prevalencia de la Personalidad Tipo D.....	42
2.3.4 Variables demográficas y Personalidad Tipo D	43
2.3.5 Variables Clínicas y Personalidad Tipo D.....	44
2.3.6 Afectividad Negativa e Inhibición Social y variables clínicas.....	44
2.4 DISCUSION Y CONCLUSIONES	44
CAPITULO 3: AJUSTE PSICOLÓGICO EN PACIENTES PORTADORES DE UN DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE EN FUNCION DEL MOTIVO DE PREVENCIÓN: PRIMARIA FRENTE A SECUNDARIA	47
3.1 INTRODUCCIÓN	48
3.2 MÉTODO	50
3.2.1 Participantes	50
3.2.2 Instrumentos	50
3.2.3 Procedimiento.....	52
3.2.4 Análisis de datos.....	53

3.3 RESULTADOS	53
3.3.1 Tipo de prevención (primaria frente a secundaria) y ajuste psicológico	55
3.4 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	56
CAPITULO 4: PACIENTES PORTADORES DE UN DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE: DIFERENCIAS DE GÉNERO EN PERSONALIDAD, ESTRÉS E IRA.	60
4.1 INTRODUCCIÓN	61
4.2 MÉTODO	62
4.2.1 Participantes	62
4.2.2 Instrumentos	64
4.2.3 Procedimiento	65
4.2.4 Análisis de datos	65
4.3 RESULTADOS	66
4.3.1. Diferencias de género en personalidad, estrés e ira.....	67
4.3.2 Variables de personalidad, estrés e ira en pacientes portadores de un DAI..	67
4.3.3 Análisis de redes	68
4.4 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	70
CAPITULO 5: UNA PROPUESTA DE PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES PORTADORES DE UN DAI	73
5.1 INTRODUCCIÓN	74
5.1.1 Programas de Rehabilitación Cardíaca basados en la evidencia: beneficios.	76
5.2 OBJETIVOS	81
5.2.1 Objetivos Generales.....	81
5.2.2 Objetivos Específicos	81
5.3 EQUIPO DE INTERVENCIÓN	82
5.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN E INCLUSIÓN	82
5.4.1 Criterios inclusión	82
5.4.2 Criterios de exclusión	83
5.5 DERIVACIÓN	83
5.6 PROCESO DE EVALUACIÓN	84
5.6.1 Pruebas y protocolo de evaluación psicológica.....	84
5.7 PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA	89
5.7.1 Fase I. Psioeducativa.....	89
5.7.2 Fase II. Intervención Psicológica.....	92
5.7.3 Fase III. Mantenimiento y seguimiento	95
5.8 VALORACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	95
CAPITULO 6: DISCUSIÓN GENERAL	97

6.1 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	98
6.1.1 Personalidad Tipo D y adaptación de la escala DS-14.....	99
6.1.2 Ajuste psicológico en función del motivo de prevención: primaria vs secundaria	101
6.1.3 Adaptación psicológica tras la implantación y diferencias en función del género	104
6.2 LIMITACIONES	108
CAPITULO 7: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	110
CAPITULO 8: ANEXOS	136
8.1 ANEXO I	137
8.2 ANEXO II	138
8.3 ANEXO III	143

CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN GENERAL

1.1 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Este trabajo se incluye en la línea de investigación de la Psicología de la Salud y su punto de partida es el modelo biopsicosocial (McHugh y Vallis, 1986). El modelo biopsicosocial de la salud es un proceso integrador de la dimensión biológica, psicológica y social del individuo, los cuales interactúan para explicar la salud y la enfermedad (Velasco-Arias, 2009). Este modelo asume de manera explícita las diferentes variables que inciden en la salud (Havelka et al., 2009; Sperry, 2008).

En la práctica clínica se ha evidenciado que no todos los pacientes con el mismo diagnóstico, en una fase de evolución similar y con el mismo tratamiento, reaccionan igual; en algunos la enfermedad cursa favorablemente y en otros son frecuentes las recaídas y hospitalizaciones; existe una gran variabilidad en el curso evolutivo de la enfermedad, en la presentación de síntomas, en la formulación de quejas, en las respuestas a los tratamientos y en muchas otras variables. La investigación psicosocial ha demostrado la importancia moduladora de las variables psicosociales en el inicio y evolución del desarrollo de las enfermedades (Godoy, 2000).

Conocemos como determinadas variables psicológicas y sociales de los individuos influyen en la adaptación al cáncer como proceso de enfermedad (Barroilhet et al., 2005), en el desarrollo de episodios asmáticos (Jáuregui Presa y Tejedor Alonso, 2004) y en casi todas las patologías crónicas contamos con suficiente evidencia empírica del papel innegable del factor psicosocial. En el campo que nos ocupa, el de las enfermedades cardiovasculares, conocemos el papel del apoyo social como factor de gran importancia en el ajuste de la enfermedad cardíaca (Montero et al., 2012), la fuerte asociación de trastornos afectivos (depresión y ansiedad) con la cardiopatía coronaria, de manera preferente en el sexo masculino (Cerezo et al., 2018), o como el patrón de Personalidad Tipo A predice de manera independiente la muerte cardíaca súbita en pacientes que han padecido al menos un infarto de miocardio (Brackett y Powell, 1988).

En los países más desarrollados, las principales causas de muerte súbita extrahospitalaria son la cardiopatía isquémica (65%), las enfermedades del miocardio (10-15%), las hemorragias intracraneales (20%) y la muerte súbita arrítmica en corazón

estructuralmente normal (5%) (síndrome del QT largo, síndrome de Brugada, síndrome QT corto) y taquicardia ventricular familiar catecolaminérgicas (Pujol-Robinat, 2018). Dentro de las enfermedades cardiovasculares, la muerte súbita cardíaca (MSC) se define como una muerte natural, no violenta e inesperada que se produce y se atribuye a causas cardíacas siendo la arritmia ventricular el mecanismo fisiopatológico final. Tiene un gran impacto socioeconómico, y supone una incidencia en Europa de 400000 muertes anuales y un 40% de los casos ocurren antes de los 65 años (Mendis y Norrving, 2011).

El Desfibrilador Automático Implantable (DAI) como medio de detección y tratamiento de las arritmias, es capaz de identificar y tratar con eficacia las taquicardias ventriculares. Diversas Guías de Práctica Clínica (GPC) (Al-Khatib et al., 2018; Piori et al., 2015; Zipes, 2006) recogen indicaciones de la implantación del DAI como tratamiento de primera elección en pacientes con arritmias ventriculares, que tienen riesgo de sufrirlas o muerte súbita (Eisenberg, 2013). Su implantación, además, se asocia con una disminución de la mortalidad de los pacientes con insuficiencia cardíaca (Al-Khatib et al., 2018; Piori et al., 2015). Es precisamente este grupo de pacientes, el que nos interesa investigar.

La bibliografía existente plantea que los pacientes portadores de un desfibrilador mostraban niveles altos de ansiedad y/o depresión tras la implantación del dispositivo (Figuroa-López et al., 2016; Magyar-Russell, 2011). Otros estudios muestran que la experiencia de descargas provoca cambios en el estado psicológico y la Calidad de Vida (CV) tras la implantación de un DAI y afecta de forma diferente a cada paciente (Paneque et al., 2014).

Determinar qué variables psicosociales y psicopatológicas influyen en este tipo de pacientes o interfieren en su ajuste psicológico tras la implantación abre una línea de investigación sobre aspectos escasamente estudiados y de gran relevancia e interés para la práctica clínica. Parece evidente que la ansiedad y la depresión han sido estudiadas en este tipo de pacientes, pero hasta ahora la casuística de las investigaciones es muy reducida respecto a otros síntomas psicopatológicos, rasgos de personalidad y/o estrés que pueden ser determinantes en la adaptación psicológica de estos pacientes tras la implantación del dispositivo (Alcaraz et al., 2020).

1.2 ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó en mayo del 2017 que las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo y que cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa lo que supone un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. En España, en 2020, el grupo de enfermedades del sistema circulatorio se mantuvo como primera causa de muerte con el 23% del total (53201 fallecidos y con una tasa de 112.2 por cada 100.000 habitantes). Por sexo, fue la tercera causa de muerte en varones (105.3) y la primera causa de mortalidad femenina (118.8 muertes por cada 100000 mujeres) (Instituto Nacional Estadística, 2020). De aquí a 2030, casi 23.6 millones de personas morirán por alguna enfermedad cardiovascular, principalmente por cardiopatías y accidentes cerebrovasculares (OMS, 2017). Por todo lo anterior, se prevé que estas enfermedades sigan siendo una de las principales causas de muerte.

Las ECV son un grupo de alteraciones del corazón y de los vasos sanguíneos (OMS, 2017) y hace referencia a las enfermedades del aparato cardiovascular que son consecuencia de aterosclerosis y que comparten características similares respecto a su causa, fisiopatología, pronóstico y tratamiento (Zannad et al., 2008). Según las características clínicas al momento de su manifestación se clasifican en:

- ***Cardiopatía isquémica o cardiopatía coronaria***: enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el musculo cardíaco. Es la forma más frecuente de la enfermedad y representa casi la mitad de los casos. De acuerdo con el patrón de manifestación podemos hablar de infarto de miocardio, angina de pecho, insuficiencia cardíaca, etc.
- ***Enfermedades cerebrovasculares***: enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro.
- ***Arteriopatías periféricas***: enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores y por aterosclerosis en arterias periféricas.
- ***Cardiopatías congénitas***: malformaciones del corazón presentes desde el nacimiento.

La causa más frecuente es la formación de depósitos de grasa en las paredes de los vasos sanguíneos que irrigan el corazón o el cerebro. Suelen tener su causa en la presencia

de una combinación de factores de riesgos (OMS, 2017). Se entiende como factor de riesgo a cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Los factores de riesgo más importantes para la aparición de enfermedad cardiovascular son los niveles de colesterol, el tabaquismo y la hipertensión arterial. Históricamente, los factores de riesgo cardiovasculares se han dividido entre modificables y no modificables. Relacionados con el primer grupo encontramos el tabaquismo (Fernández-Gonzalez y Figueroa-Oliva, 2017) que es puramente conductual en su origen, las dietas malsanas, la obesidad (Bryce-Moncloa et al., 2017), el sedentarismo (Leiva et al., 2017) y el consumo de alcohol, la hipertensión arterial, el colesterol, la diabetes (Vega-Jimenez et al., 2018) y la hiperlipidemia. Otros tales como la ira, el estrés y la hostilidad son también factores de riesgo potencialmente modificables (Plá y Rodríguez, 2006). En el segundo grupo, factores de riesgo no modificables, se incluye la edad, el género (masculino), los antecedentes familiares de ECV y la carga genética. Estos factores de riesgo son indicativos de un aumento del riesgo de sufrir ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y otras complicaciones. (Zannad et al., 2008).

Tener un mayor conocimiento acerca de los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) ha supuesto una disminución de la tasa de mortalidad (Plá y Rodríguez, 2006). La educación de la población acerca de estos factores de riesgo, la evaluación regular y la modificación de estilos de vida pueden reducir significativamente el riesgo individual de sufrir un evento cardíaco, aún cuando existen factores de riesgo no modificables. Algunos de los factores psicosociales implicados en el desarrollo de la enfermedad coronaria incluyen el estrés ocupacional, la ansiedad, el aislamiento social, la hostilidad, la ira, y el patrón de Personalidad Tipo A. Claramente existe solapamiento entre algunos de estos estresores, cada uno de los cuales puede afectar negativamente al corazón por separado (Plá y Rodríguez, 2006).

1.3 DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE: DEFINICIÓN, EPIDEMIOLOGÍA Y TIPOS DE PREVENCIÓN.

El Desfibrilador Automático Implantable (DAI) constituye actualmente el tratamiento de primera elección para los pacientes que han presentado arritmias ventriculares

malignas, elevado riesgo de padecerlas o muerte súbita cardíaca (Eisenberg, 2013; Gregoratos et al., 2002; Zipes, 1998). El DAI ha demostrado reducir el riesgo de mortalidad en pacientes cardíacos con taquicardia ventricular (TV), fibrilación ventricular (FV) o parada cardíaca y posteriormente se mostró el beneficio del tratamiento mediante desfibrilador para los pacientes con riesgo de muerte súbita (Priori et al., 2016). La MSC se define como un suceso fatal no traumático e inesperado que se produce en la primera hora tras la aparición de síntomas en un sujeto aparentemente sano. Si no se presencia la muerte, la definición se aplica cuando la víctima estaba en buen estado de salud 24 horas antes del evento (Priori et al., 2016). La muerte súbita cardíaca es la responsable del 50% de la mortalidad de las enfermedades cardiovasculares en los países desarrollados y la fibrilación ventricular es la arritmia causante de la muerte súbita en la mayoría de los pacientes (Eisenberg, 2013; Zipes, 1998).

El DAI monitoriza el ritmo cardíaco y administra un tratamiento como respuesta a una taquicardia que cumple con unos criterios de frecuencia cardíaca y duración. Varias guías de práctica clínica recogen las indicaciones para el tratamiento de DAI en pacientes con arritmias ventriculares o riesgo de sufrirlas (Al-Khatib et al., 2017; Priori et al., 2016; Zipes et al., 2006). El número de implantes de DAI en España ha aumentado de un modo relevante en los últimos años (ver Figura 1).

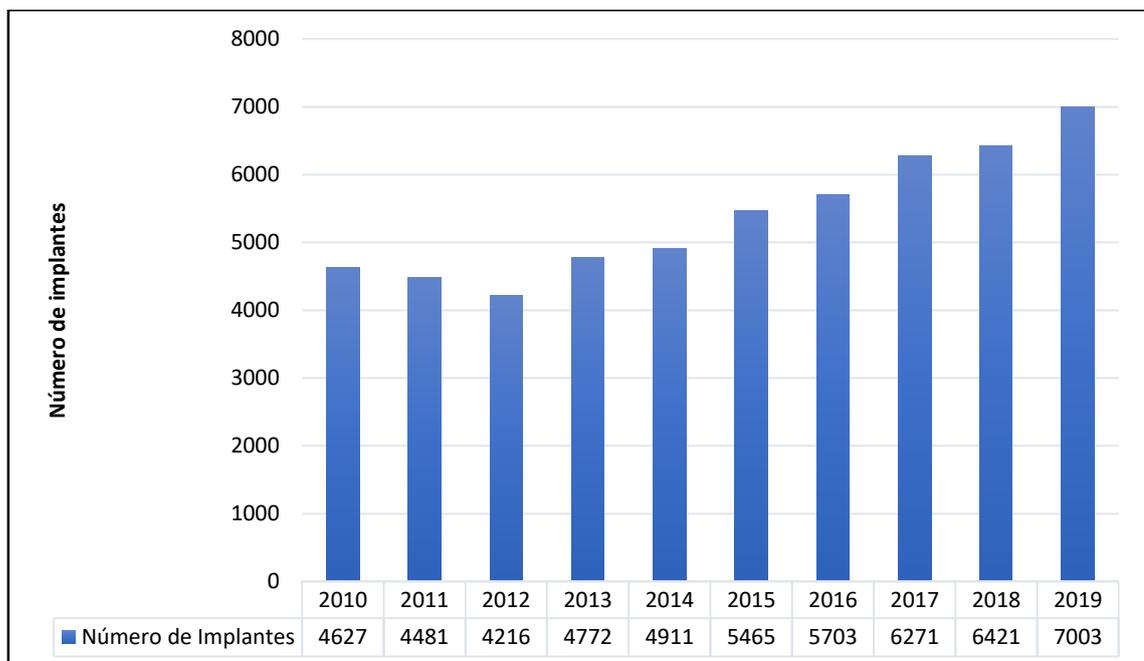


Figura 1 *Número Total de implantes registrados en España en los años 2010 -2019. DAI: Desfibrilador Automático Implantable*

El Registro Español de Desfibrilador Automático Implantable del año 2019 recoge un número total de implantes (primoimplantes y recambios) de 7003, un dato que nos muestra un aumento en comparación con 2018 (6421) y con 2017 (6273) (Fernández et al., 2020; Fernández et al., 2019). Por tanto, las cifras de 2019 representan un incremento de implantes de DAI en España y que el número total de implantes por millón de habitantes ha aumentado hasta el valor máximo desde que se registra esta actividad. Este registro también muestra que la tasa media de implantes con respecto a Europa ha descendido por primera vez.

Concretamente, en la Región de Murcia en 2019, el número total de implantes fue de 191 respecto a los 144 en 2018 y se realizaron en los siguientes centros hospitalarios (ver Figura 2).

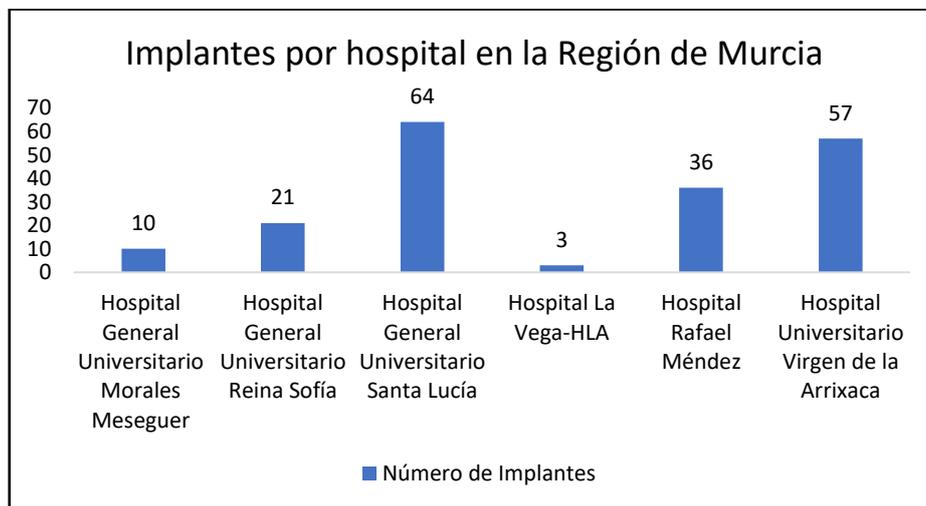


Figura 2 *Número de implantes por centro implantador en la Región de Murcia en 2019*

El número total de implantes en España sigue siendo inferior a la media de la Unión Europea y el registro de 2019 confirma que se mantienen esas diferencias en la tasa de implantes por millón de habitantes entre comunidades autónomas, encontrándose varias por encima de la media nacional, entre ellas la Región de Murcia. Analizando las características sociodemográficas de los pacientes con DAI, cabe señalar que fueron varones en su mayoría (82,1% del total de la muestra) y la edad media del total de pacientes fue de 62.1 ± 13.8 años en 2019 (Fernández et al., 2020).

Respecto a los tipos de cardiopatía, en España la más frecuente es la isquémica (52,3%) seguida de la miocardiopatía dilatada (25.2%) y la hipertrófica (8.4%), el grupo de las alteraciones eléctricas primarias – síndrome de Brugada y síndrome de QT Largo-

(3,2%), las valvulopatías (1,8%) y la Miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (1,3%). (ver Figura 3). No existen datos publicados para el año 2020, ya que se publicarán en los próximos meses.

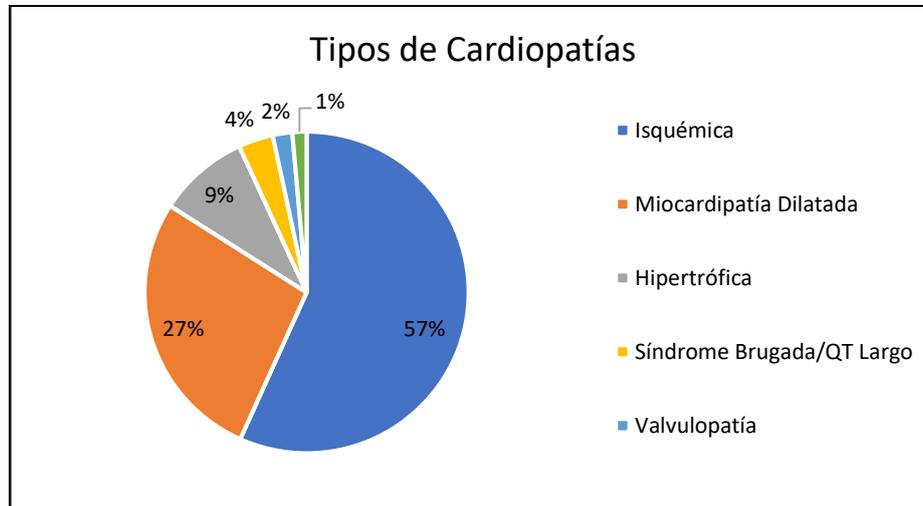


Figura 3 Tipo de Cardiopatía que motivó el implante en España en 2019

El uso del DAI se ha hecho extensivo para aquellos pacientes que han sobrevivido a un episodio de arritmia ventricular (prevención secundaria) o para quienes tienen un alto riesgo de sufrirla (prevención primaria) (Epstein, 2008). Las GPC (Piori et al., 2015; Zipes 2006) pretenden reunir y evaluar toda la evidencia relevante durante un proceso sobre un tema en particular con el fin de ayudar a los facultativos a tomar sus decisiones en su práctica diaria, seleccionando el mejor tratamiento para un paciente teniendo en cuenta los riesgos y los beneficios de un procedimiento diagnóstico y terapéutico concreto (Piori et al., 2016). Estas guías recomiendan implantar un DAI como prevención primaria para pacientes con uno o más factores de riesgo y como prevención secundaria para pacientes con antecedentes de muerte súbita recuperada o arritmias ventriculares sostenidas (Gutiérrez-Carretero, 2013).

1.3.1 Implante de un DAI por prevención primaria y prevención secundaria

La prevención primaria es una indicación de implante de DAI para prevenir la muerte súbita. Se refiere a individuos con riesgo, pero que todavía no han presentado

ningún episodio de taquicardia ventricular sostenida (TVS), FV o parada cardíaca (Gutiérrez-Carretero, 2013).

En ausencia de TV/FV o síncope, la prevención primaria se indica en una variedad de escenarios clínicos para reducir la mortalidad potencial de arritmias ventriculares sostenidas (Gutiérrez-Carretero, 2013). Las GPC (Priori et al., 2016; Zipes et al., 2006) y otros artículos (González-Torrecilla, 2008; Gutiérrez-Carretero, 2013) recogen las indicaciones de implantación de DAI para prevención primaria y secundaria. El implante de un DAI para prevención primaria se realiza en pacientes según tengan o no una cardiopatía isquémica, así como también se valora su implantación de forma precoz o tardía tras un IAM (Gutiérrez-Carretero, 2013).

Por otro lado, la prevención secundaria hace referencia a la indicación de implante del DAI exclusivamente para pacientes que han sobrevivido a una o más paradas cardíacas o TVS y para aquellos pacientes con condiciones cardíacas asociadas a un alto riesgo de muerte súbita que han presentado un síncope inexplicable. Los pacientes con TVS, FV o síncope de alto riesgo tienen indicación de prevención secundaria de DAI (Epstein, 2008; Gutiérrez-Carretero, 2013).

En función del tipo de implantación ya sea primaria o secundaria, se encuentran diferencias entre la aceptación y el estado psicológico de los pacientes después de la misma. Los pacientes cuyo motivo de implantación fue primaria, presentaban mayor preocupación tras la implantación del dispositivo, siendo las mujeres las que muestran mayor inquietud, mayores niveles de ansiedad y una peor CV (Rahmawati et al., 2016). En contraposición, Bilge et al., (2006) no encontró diferencias entre pacientes cuyo motivo de implantación fue primaria y secundaria en niveles de ansiedad y tampoco en síntomas de depresión (Rahmawati et al., 2016). Sin embargo, la presencia de descargas, incrementa el riesgo de ansiedad (Jacq et al., 2009). Un estudio de Groeneveld et al., (2007) mostró que los pacientes con DAI por prevención secundaria experimentaban más descargas que los pacientes por prevención primaria y estas descargas iban asociadas a una peor CV en los pacientes cuyo motivo de implantación era secundario. Esto puede explicarse por el hecho de que los pacientes con un DAI por prevención secundaria han experimentado o sobrevivido a una parada cardíaca o una arritmia ventricular y esto hace que se incremente el riesgo de volver a padecerla por lo que pueden entender la implantación del dispositivo como un salvavidas.

Por otro lado, aquellos pacientes cuyo motivo de implantación era por prevención secundaria mostraron una mayor aceptación del implante en un periodo de tiempo más corto que los de prevención primaria (Konstantino et al., 2015). Además, se debe tener en cuenta que, tras la implantación del DAI, la incidencia de arritmias ventriculares y de descargas de alta energía es elevada lo cual tiene repercusiones importantes en la CV de los pacientes y en el pronóstico de la enfermedad (Conte et al., 2015).

No cabe duda, que independientemente del tipo de prevención, la implantación del DAI influye en el ajuste psicológico y en el bienestar emocional de los pacientes. Sin embargo, y aunque se conocen algunas de las variables psicológicas que afectan a este tipo de pacientes, no se han estudiado otras variables como la Personalidad Tipo D y otros síntomas psicopatológicos y psicosomáticos.

1.4 VARIABLES PSICOLÓGICAS EN PACIENTES PORTADORES DE UN DAI

A pesar de que la mayoría de los pacientes se adaptan bien al dispositivo y su aceptación es generalmente alta entre los pacientes y sus familias (Pedersen et al., 2013), la CV y los problemas psicológicos asociados al uso después de la implantación del DAI requieren especial atención (Dunbar, 2005). La ansiedad, la depresión, la ira y el miedo son las respuestas psicológicas más comunes tras la implantación del dispositivo (Dunbar, 2005; Sola, 2005). Otros estudios, afirman que entre el 25-33% de los pacientes refieren problemas psicológicos después de la misma (Hoogwegt, 2012; Pedersen et al., 2011). Bilge et al., (2006) confirmó que cerca de la mitad de los pacientes con DAI tienen depresión y ansiedad. Además, varias investigaciones han vinculado la aparición y la evolución de la enfermedad arterial coronaria y más concretamente la implantación del DAI, con variables psicológicas como la Personalidad Tipo D, la ira y la hostilidad, otras emociones negativas, el estrés y más recientemente el Trastorno de Estrés Posttraumático (Allan, 2014; Chida y Steptoe, 2009; Denollet et al., 2013; Lampert, 2009; Lampert, 2016; Pedersen y Denollet, 2006).

Los autores Vaccarino y Bremner (2017) en su estudio acerca de la relación existente entre los factores psicológicos y las ECV, definen que los factores de riesgo psicológicos y psiquiátricos para las ECV se pueden clasificar en cuatro categorías: 1) estrés agudo desencadenante de episodios cardíacos; 2) estresantes crónicos, como estrés

laboral, bajo nivel socioeconómico (NSE), problemas conyugales o de dependencia, y falta de apoyo social; 3) rasgos de la personalidad, y 4) trastornos psiquiátricos, como depresión o ansiedad.

- 1) ***Estrés agudo desencadenante de episodios coronarios agudos.*** Se ha demostrado el aumento de ingresos hospitalarios debidos a síndromes coronarios agudos tras vivir un acontecimiento estresante como por ejemplo desastres naturales, atentados terroristas o eventos deportivos como competiciones (Steptoe y Brydon, 2009). Esto debido a que causan un alto estrés emocional. Los episodios cardíacos también pueden ser desencadenados por el esfuerzo físico, por ejemplo, correr.
- 2) ***Estrés crónico.*** Entre los agentes de estrés crónico más comunes que suelen afectar a la población se encuentran los de índole laboral, los económicos y el nivel socioeconómico bajo, problemas conyugales y familiares y el bajo apoyo social (Vaccarino y Bremner, 2017).
- 3) ***Rasgos de personalidad.*** La ira, la hostilidad y otros estados de ánimo semejantes han sido estudiados como factores de riesgo de las ECV (Chida y Steptoe, 2009). La Personalidad Tipo A así como la Personalidad Tipo D también se definieron como un factor de riesgo de estas enfermedades (Denollet, 2005; Freidman y Rosenman, 1959; Steca et al., 2016). Varias investigaciones han conseguido establecer una relación sobre estos patrones de personalidad y los trastornos cardiovasculares y la mortalidad en pacientes con ECV (Denollet, 2000; Denollet et al., 1996; Denollet et al., 2012; Denollet et al., 1995; Denollet et al., 2000; Svansdottir et al., 2012).
- 4) **Trastornos Psiquiátricos de depresión y ansiedad.** Existen estudios que avalan la relación de la depresión y los trastornos de ansiedad con el riesgo de ECV y que han mostrado estas relaciones (Mallik et al., 2006; Vaccarino y Bremner, 2017; van den Broek et al., 2009).

1.4.1 Patrones de Personalidad

En los últimos años, la aparición y la progresión clínica de las enfermedades cardiovasculares se ha asociado con variables psicológicas, incluyéndose entre dichas variables, los rasgos y estilos de personalidad (Steca et al., 2016). Existe una clara

evidencia de que la personalidad ha sido descrita como un determinante de estrés crónico y como un factor de riesgo psicológico asociado al desarrollo de este tipo de patologías. Otro estudio encontró que la Personalidad Tipo A era un factor independiente de la muerte súbita en pacientes con infarto de miocardio (Brackett y Powell, 1988). La Personalidad Tipo A, también conocida como Patrón de Conducta Tipo A (PCTA) fue definida en los años setenta como un factor de riesgo psicológico asociado a la enfermedad cardiovascular, siendo los pacientes diagnosticados con PCTA los que tenían mayor riesgo de sufrir un infarto de miocardio (Freidman y Rosenman, 1959). Dicho Patrón de personalidad se caracteriza por una alta competitividad y ambición, motivación de logro, impaciencia, agresividad, hostilidad social y vulnerabilidad al estrés. Posteriormente, se comenzó a investigar la hostilidad como la principal dimensión del PCTA más predictor de los trastornos cardiovasculares y con mayor predisposición conductual que indicara más eficazmente la posibilidad de presentar un trastorno cardiovascular. Ya que la hostilidad se mostraba como el componente más tóxico y nocivo del PCTA en cuanto a indicador de riesgo coronario, la investigación se centro sobre la hostilidad como dimensión. Surgió así el complejo ira-hostilidad, un constructo que engloba los distintos aspectos (Barefoot, 1992), un componente cognitivo (hostilidad), un componente afectivo-emocional (ira) y un componente conductual (agresión). La hostilidad hace referencia a la predisposición a experimentar una combinación de ira, irritabilidad, enfado y resentimiento. Esto hizo que se focalizara la investigación en las variables de Ira y Hostilidad (Riska, 2000) y en uno de sus componentes, la Expresión de la Ira como factor de riesgo independiente de la enfermedad coronaria y estrechamente relacionado con la reactividad cardiovascular y el desencadenamiento de problemas cardíacos (Chida y Steptoe, 2009). Por todo lo anterior, es necesario estudiar y analizar la influencia del constructo de Personalidad Tipo A en pacientes portadores de un DAI independientemente del motivo de prevención.

Posteriormente, se comenzó a desarrollar otra línea de investigación centrada en otro constructo de personalidad denominado Personalidad Tipo D (distressed), como predictor de enfermedades cardiovasculares. Fue un concepto introducido por Denollet, Sys y Brutsaert (1995), y se ha definido en base a dos dimensiones: la tendencia a experimentar simultáneamente emociones negativas (Afectividad Negativa) y a inhibir su expresión durante la interacción social (Inhibición Social). En particular, *la Afectividad Negativa* (AN) se refiere a la tendencia de un individuo a experimentar emociones

negativas de forma prologada y en el mayor número de situaciones. Las personas con una alta AN suelen manifestar más sentimientos de disforia, tristeza, tensión, preocupación e irritabilidad. Además, suelen tener una visión más negativa de sí mismas (Denollet, 2000). Por otro lado, la *Inhibición Social* (IS) se define como la predisposición a inhibir la expresión de las emociones negativas en situaciones de interacción social. Las personas con una alta IS tienden a evitar las interacciones sociales dado que anticipan reacciones negativas por parte de los demás. Además, suelen sentirse inhibidas, tensas e inseguras en compañía de otros (Denollet et al., 2010). Este constructo de personalidad fue asociado a la enfermedad cardiovascular (Denollet et al., 1995; Denollet et al., 1996; Denollet, 2000; Denollet et al., 2000) e introducido como un factor moderador del estado de salud de los pacientes cardíacos (Tulloch y Pelletier, 2008).

Para la evaluación de este constructo de personalidad, Denollet (1998) diseñó inicialmente una escala específica de 16 ítems denominada (DS-16) pero fue la escala posterior denominada DS-14 (The type D Scale-14) (Denollet, 2005) la que se desarrolló específicamente para evaluar la AN, IS y la Personalidad Tipo D. Esta escala fue validada principalmente en población belga y holandesa (Denollet, 2005) y posteriormente se validó en otros países (Christodoulou et al., 2013; Grande et al., 2004; Gremigni y Sommaruga, 2005; Kaur et al., 2014; Lim et al., 2011; Montero et al., 2017; Svansdottir et al., 2012; Pedersen et al., 2009; Perderson y Denollet, 2004; Yun et al., 2008; Weng et al., 2013). Es una escala auto aplicada que consta de un total de 14 ítems subdivididos en dos subescalas; 7 ítems evalúan la dimensión de AN que comprenden a su vez tres rasgos: disforia (ítems 4, 7 y 13), preocupación (ítems 2 y 12) e irritabilidad (ítems 5 y 9) y los otros 7 que evalúan la IS que comprende otros tres rasgos: malestar en situaciones sociales (ítems 6, 8, 14) desconfianza (ítems 10, 11) y falta de competencia social (ítems 1, 3) (Denollet, 2005). Para que se pueda determinar la presencia de Personalidad Tipo D los sujetos tienen que obtener puntuaciones iguales o superiores a 10 en ambas escalas, tanto en AN como en IS (Denollet, 2005). Los pacientes con Personalidad Tipo D tienden a experimentar emociones negativas como la ansiedad, sentimientos de hostilidad, ira y ánimo depresivo (Plá y Rodríguez, 2006). A la vez, inhiben estas emociones y evitan el contacto social. La prevalencia de Personalidad Tipo D en pacientes cardíacos oscila entre un 26 y un 53%, en pacientes con hipertensión en un 54%, (Denollet, 2005) y entre 20-30% en pacientes con un DAI (Pedersen et al., 2010). También se ha estudiado la presencia de este tipo de personalidad en población general encontrándose una

prevalencia del 19% (Denollet, 2005). La Personalidad Tipo D ha sido propuesta como un factor de pronóstico de mortalidad en las enfermedades cardiovasculares independientemente de otros factores de riesgo biológico y de la severidad de la enfermedad (Denollet et al., 1996). Además, se ha demostrado que la Personalidad Tipo D predice resultados adversos incluida la mortalidad, la morbilidad y el deterioro del estado de salud de varios grupos de pacientes que padecen diferentes tipos de enfermedades cardiovasculares (Svansdottir et al., 2012) y enfermedad coronaria (Denollet et al., 2000; Denollet et al., 2006). Investigaciones establecen la Personalidad Tipo D como un factor predictor de peor pronóstico en pacientes de enfermedad coronaria (Denollet y Conraads, 2011), con una baja adherencia al tratamiento (Williams et al., 2011) y a estrés emocional en pacientes con enfermedad cardiovascular (Denollet y Brutsaert, 1998) También se relaciona con un mayor riesgo de sufrir nuevos eventos cardíacos tras sufrir el infarto, a un peor ajuste psicológico a la enfermedad, deterioro en la CV y a un mayor riesgo de mortalidad (Montero et al., 2017).

1.4.2 Estrés

La relación entre el estrés y las enfermedades cardiovasculares suscita interés desde hace algunas décadas ya que se incluye como factor de riesgo psicosocial para la cardiopatía isquémica y para las de enfermedades que aborda el estudio de este trabajo. La respuesta de estrés, un mecanismo fisiológico adaptativo mediante el cual el organismo responde a situaciones de vida o muerte, da lugar a la activación del sistema simpático suprarrenal y del eje hipotálamo hipofisario- suprarrenal (HHS), con la consiguiente liberación de cortisol y catecolaminas (Vaccarino y Bremner, 2017). Este concepto ha ido evolucionando a lo largo del tiempo desde la respuesta básica de “lucha o huida” ante una amenaza, a la respuesta actual en que se comprenden mejor las complejas interacciones del entorno físico y social con el cerebro y el resto del organismo, en las que se ven involucrados los sistemas neuroendocrino, autónomo, metabólico e inmunitario (McEwen, 2012).

La activación de estos sistemas prepara al individuo para enfrentarse a los agentes causantes de estrés. Sin embargo, los intentos de adaptación reiterados debidos a una exposición crónica al estrés pueden dar lugar a alteraciones patológicas. Se han empleado

términos como desequilibrio o desarmonía de la homeostasis, discrepancia entre expectativa y percepción del entorno y alostasis. El término alostasis, acuñado por Sterling y Eyer (1988), hace referencia a la capacidad para mantener la estabilidad del medio interno frente a la influencia de elementos externos, es decir, a la adaptación. Cuando la alostasis es ineficaz o inadecuada o el agente que la motiva se prolonga en el tiempo, no se alcanza la adaptación, dando lugar a lo que se conoce como carga alostática, que traduce el desgaste producido por la infra o sobreactividad de los sistemas alostáticos. Estos conceptos han sido asumidos por McEwen, quien define el estrés como una amenaza real –o interpretada– a la integridad fisiológica o psicológica de un individuo que da lugar a respuestas específicas, fisiológicas o conductuales, con el fin de recuperar la homeostasis, y cuya cronicidad es potencialmente patogénica (McEwen, 1988; McEwen, 2000). Cuando la respuesta al agente es excesiva, repetitiva o, sobre todo, prolongada en el tiempo, como sucede en el estrés crónico, se produce la carga alostática, que puede entenderse como una sobrerreacción de los mecanismos adaptadores capaz de generar enfermedad transformando un mecanismo protector y de ajuste transitorio de sistemas frente a la agresión en otro de efecto prolongado con alto poder patogénico. La respuesta del organismo implica la participación de distintos sistemas reguladores de la homeóstasis, que sufren alteraciones funcionales en el estrés crónico, constituyendo así la base del desarrollo de enfermedades cardiovasculares, metabólicas, inmunológicas y psiquiátricas (ver Figura 4) (McEwen, 1988; McEwen, 2000).

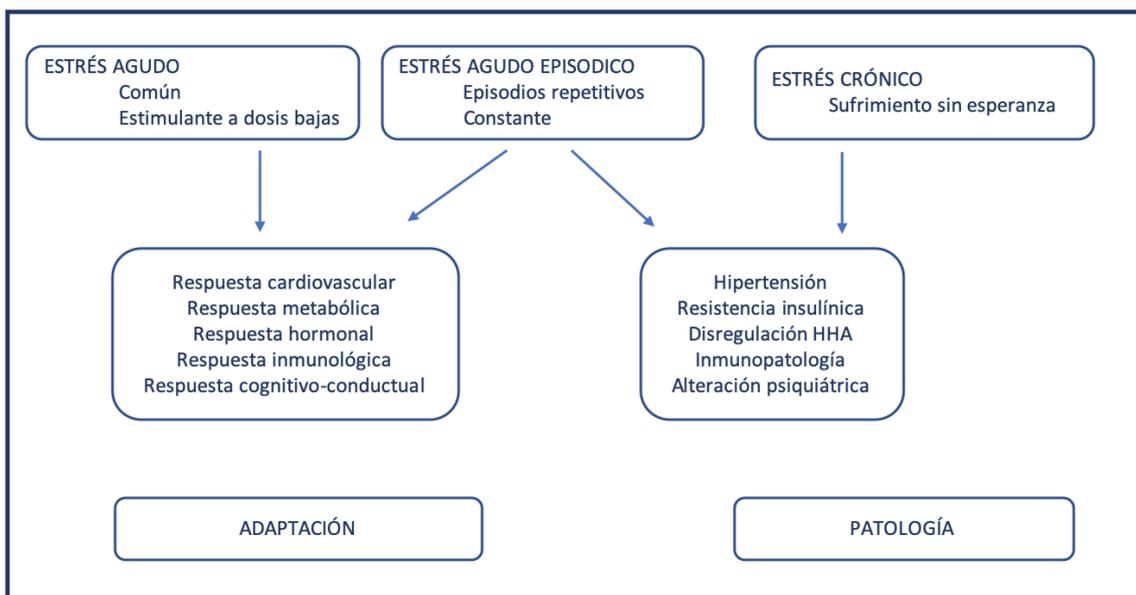


Figura 4 Tomada de: McEwen, 2000. El estrés agudo desencadena respuestas adaptativas, mientras que el estrés crónico da lugar a carga alostática con mal adaptación que induce el desarrollo de patología.

Tanto los mecanismos biológicos como el estilo de vida de los pacientes desempeñan un papel importante, debido a que el estrés cuando va asociado a otros problemas psicológicos como el Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT) o la depresión, promueve comportamientos nocivos, como el tabaquismo, el alcoholismo, el consumo de drogas, malos hábitos alimentarios e incumplimiento de las medidas de prevención y de los tratamientos recomendados. Los acontecimientos estresantes que vivencia un paciente a lo largo de su vida pueden ser un desencadenante de enfermedad crónica cardiovascular (Vaccarino y Bremner, 2017).

Los efectos del estrés agudo sobre las enfermedades cardiovasculares se han documentado en varios estudios epidemiológicos que lo relacionan directamente con la muerte súbita, con las complicaciones después de un IAM y su incidencia. En el estudio MILIS (Multicenter Investigation of limitation of infarct size), los resultados mostraron que el 48% de los pacientes con IAM describieron uno o más posibles desencadenantes psicológicos previos al infarto, siendo el estrés emocional el desencadenante más frecuente descrito (14% de los casos) (Tofler et al., 1990).

Además de otros trastornos psicológicos, cada vez más, los datos avalan que el DAI puede desencadenar un TEPT tras la implantación (Vaccarino y Bremner, 2017). El TEPT es un trastorno de ansiedad y está asociado a un acontecimiento traumático y según la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DMS – 5 es una amenaza para la supervivencia o la integridad física del paciente que va acompañada de una intensa sensación de miedo, horror e indefensión. En la siguiente figura se recogen los criterios del DSM – 5 (2013) para el TEPT. (ver Figura 5).

Criterios de Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5

A. Exposición de la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p.ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuesto a detalles del maltrato infantil).

Nota: el criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños, puede existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (p.ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (estas reacciones se pueden producir de forma continua, y en la expresión más extrema de una pérdida completa del entorno presente).

Nota: en los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico e intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto con una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes.

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas.)

<p>2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p.ej., “estoy mal”, “no puedo confiar en nadie” “el mundo es muy peligroso” “tengo los nervios destrozados”)</p> <p>3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse así mismo o a los demás.</p> <p>4. Estado emocional negativo persistente (p.ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).</p> <p>5. Disminución importante del interés o en la participación de actividades significativas.</p> <p>6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.</p> <p>7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p.ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).</p> <p>E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s) que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.3. Hipervigilancia.4. Respuesta de sobresalto exagerada.5. Problemas de concentración.6. Alteración del sueño (p.ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto). <p>F. La duración de la alteración (criterios B, C, D y E) es superior a un mes.</p> <p>G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.</p> <p>Especificar si:</p> <p>Con síntomas disociativos: los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Despersonalización: experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p.ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).2. Desrealización: experiencia persistente o recurrente de realidad del entorno (p.ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como real, como en un sueño, distante o distorsionado). <p>Nota: para utilizar este subtipo los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., desvanecimiento, comportamiento durante intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p.ej., epilepsia parcial compleja).</p> <p>Especificar si:</p> <p>Con expresión retardada: si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos 6 meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).</p>

Figura 5 Tomado de: Asociación Americana de Psiquiatría, *Criterios Diagnósticos de Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5 (2013)*

Se debe destacar que el TEPT es relativamente frecuente en población normal con una prevalencia a lo largo de toda la vida de 10-12% en las mujeres y del 5-6% en los hombres (Vaccarino y Bremner, 2017). Muchas complicaciones clínicas se han encontrado en pacientes con TEPT, especialmente síntomas cardiovasculares (Qureshi et al., 2009). También se ha confirmado una relación entre el TEPT y las ECV atendiendo

más a síntomas y no a un diagnóstico de TEPT (Vaccarino y Bremner, 2017). El hecho de que pueda aparecer como consecuencia de un síndrome coronario agudo, cuya prevalencia es uno de cada ocho pacientes, se asocia también con un mayor riesgo de sufrir episodios cardíacos y una mayor mortalidad (Edmondson et al., 2012). El TEPT es especialmente prevalente en supervivientes de paradas cardíacas, con una prevalencia entre el 27-28% (Ladwig et al., 2008). Entre los pacientes con DAI, muchos de los cuales son supervivientes de una parada cardíaca o un infarto de miocardio, el TEPT hace que se triplique el riesgo de mortalidad (Ladwig et al., 2008). Tras la implantación del DAI, al tratarse de un problema crónico de salud, estos pacientes pueden ser particularmente propensos a desarrollar TEPT dado que el dispositivo puede servir como recordatorio de la presencia de la enfermedad cardíaca (Ladwig et al., 2008). Varios estudios han demostrado que tanto el TEPT como la ansiedad ya sean independientes o cuando están relacionados con la Personalidad Tipo D se asocian con un mayor riesgo de mortalidad en pacientes con un DAI (Habibovic et al., 2013; Ladwig et al., 2008; van de broek et al., 2009). El estudio de Sears et al., (2011) concluyó que aproximadamente el 20% de los pacientes portadores de un DAI tiene TEPT.

Entre los trastornos de ansiedad, el TEPT se está revelando como un posible factor de riesgo de ECV. Como por definición el TEPT está relacionado directamente con un trauma psicológico, el efecto del TEPT sobre las ECV podrían reflejar las consecuencias a largo plazo del trauma sobre la salud física (Vaccarino y Bremner, 2017).

1.4.3 Ajuste psicológico tras la implantación

Son diversas las alteraciones psicopatológicas o los síntomas psicopatológicos que aparecen tras la implantación de un DAI y que afectan al bienestar psicológico y a la CV de los pacientes. Esto puede deberse, en primer lugar, a un posible empeoramiento de la situación funcional y psicológica de los pacientes tras la implantación. En segundo lugar, a las modificaciones del estilo de vida que tendría que hacer el paciente tras la implantación, así como la limitación de alguna actividad que realizaba con anterioridad, el trabajo o la conducción de vehículos que puede afectar negativamente a su CV (Kalbfleisch et al., 1989; Junt, et al., 1997; Heller et al., 1998; Akiyama et al., 2001). Otro factor que puede influir en este malestar y presentación de síntomas psicopatológicos son

las descargas. La presencia de las mismas de manera inesperada y dolorosa, se asocian en la mayoría de las ocasiones con miedo e incertidumbre que pueden afectar al paciente y ser consideradas incluso como una amenaza para la supervivencia. En la mayoría de los estudios, el desarrollo de descargas frecuentes y repetidas tiene un impacto negativo para la CV de los pacientes (Ahmad et al., 2000; Carrol y Hamilton, 2005; Hegel et al., 1997; Heller et al., 1998; Namerow et al., 1999; Schron et al., 2002). Sin embargo, otros estudios han demostrado que en ocasiones puede provocar el efecto contrario en pacientes y familiares, al proporcionar una sensación de seguridad y “salvavidas” frente a la posibilidad de experimentar un fallo cardíaco o una consecuencia grave de una arritmia ventricular (Carrol et al., 1999). Groeneveld (2007) estudió la relación entre el estrés psicológico y la CV en pacientes portadores de un DAI en función del motivo de prevención. En sus resultados señaló que entre el 24-40% de los pacientes tanto de prevención primaria como secundaria tenían preocupación excesiva sobre la carga de objetos pesados, mantener relaciones sexuales y la conducción de vehículos lo que elevaba su grado de estrés. En general, los estudios con DAI han puesto de manifiesto que el efecto del dispositivo sobre la CV es beneficioso o neutro (Peinado-Peinado et al., 2008). Otro estudio (Figuroa-López et al., 2016) demostró que en general los pacientes aceptaban su dispositivo, pero sin embargo ningún paciente aceptó totalmente la implantación del mismo, pues generalmente presentaban dificultades para retomar su vida cotidiana. Este mismo estudio también encontró que la mitad de los pacientes mostraba algún nivel de depresión y/o ansiedad (Figuroa-López et al., 2016). Otro autor (Dunbar, 2005) ha reportado que estas variables psicológicas pueden precipitar las descargas en pacientes portadores de DAI.

La depresión puede ser un factor que contribuya al desarrollo o progresión de la ECV o ser secundario a la presencia de ECV, o también es posible que la depresión y la ECV se desarrollen simultáneamente debido a mecanismos comunes (Vaccarino y Bremner, 2017). La depresión es un trastorno con una gran prevalencia y constituye un problema creciente a nivel general. La depresión es tres veces más frecuente en pacientes cardíacos que en población general y el 15-30% de los cardiopatas la padecen de forma clínicamente significativa (Mallik et al., 2006). Su prevalencia también es mayor en las mujeres que en los hombres y es especialmente alta en los pacientes que han sufrido un infarto de miocardio, aproximadamente del 40% en las mujeres más jóvenes (Mallik et al., 2006). La mayor prevalencia de depresión en este tipo de pacientes apoya el hecho de

que las depresiones pueden aparecer como consecuencia de trastornos médicos, como en este caso lo son las enfermedades coronarias (Nicholson et al., 2006). Otro motivo podría ser que la depresión es un factor de riesgo de enfermedad coronaria. Los pacientes portadores de un DAI constituyen un grupo de alto riesgo en cuanto a angustia emocional o *emotional distress*, con tasas de prevalencia de entre 20-35% para síntomas de ansiedad y depresión (Pedersen et al., 2010; Sears y Conti, 2002). Los síntomas de ansiedad parecen ser particularmente importantes en pacientes portadores de DAI debido al potencial del dispositivo para proporcionar descargas incontrolables y en la mayoría de las ocasiones impredecibles (Pedersen et al., 2010). Estas descargas son comunes en pacientes portadores de un DAI y ocurren después de la implantación (Moss et al., 2012; Probst et al., 2010; Miyazaki et al., 2013). (Bonny et al., 2017) encontró una tendencia a una mayor incidencia de descargas inapropiadas en aquellos pacientes que no habían experimentado síncope o eventos cardíacos antes de la implantación del DAI, es decir, pacientes cuyo motivo de implantación era primario, particularmente durante los primeros tres años después de la implantación. Independientemente del tipo de prevención, la presencia de estas descargas inapropiadas se asocia con un peor pronóstico en este tipo de pacientes (Tung et al., 2008; Swerdlow y Ellenbogen, 2013).

Estos síntomas de estrés emocional que incluyen además de ansiedad y depresión y rasgos como la Personalidad Tipo D se han asociado con eventos cardíacos y mal pronóstico tanto en pacientes con enfermedad cardíaca como en pacientes portadores de un DAI. Incrementa también el riesgo de arritmias ventriculares (Van den Broek et al., 2009) y la mortalidad (Denollet et al., 2012).

La presencia de síntomas psicopatológicos y/o el diagnóstico de estos trastornos psicológicos puede también depender de cuál haya sido el motivo de implantación del dispositivo. Estudios como el de Rahmawati et al., (2016) demostraron que los pacientes cuyo motivo de implantación era por prevención primaria presentaban mayores niveles de ansiedad, excesiva preocupación por el DAI y una baja CV en comparación con los pacientes cuyo motivo de implantación era por prevención secundaria.

Los síntomas de depresión y ansiedad son los más estudiados hasta el momento en pacientes portadores de un DAI tras la implantación (Bilge et al., 2006; Burns et al., 2005; Schulz et al., 2013; Crossmann et al., 2007; Hoogwegt, 2012; Pedersen et al., 2011; Pedersen et al., 2007; van den Broek et al., 2008; Sola y Bostwick, 2005;). La CV también

se ha estudiado, así como las descargas asociadas a complicaciones psicológicas en este tipo de pacientes tras la implantación (Schulz et al., 2013). Otras variables psicológicas como los constructos de Personalidad, la ira y la hostilidad, la afectividad negativa, el estrés e incluso el TEPT se han estudiado y vinculado a la evolución de enfermedad coronaria y más concretamente a la implantación del DAI (Allan, 2014; Chida y Steptoe, 2009; Denollet et al., 2013; Lampert, 2009; Lampert, 2016; Perderson y Denollet, 2006; van den Broek et al., 2011). Sin embargo, poco es lo que se sabe acerca de otros síntomas psicopatológicos y psicosomáticos que pueden influir en el ajuste psicológico y la adaptación al dispositivo tras la implantación, en el malestar de los pacientes y como pueden determinar el pronóstico de la enfermedad.

1.5 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS

En esta tesis se han examinado y estudiado la presencia de variables psicológicas asociadas al ajuste psicológico de pacientes portadores de un desfibrilador automático implantable, en función del motivo de implantación, ya sea primario o secundario y en función del género. Para alcanzar los objetivos planteados se han diseñado cuatro estudios, cada uno de los cuales con sus objetivos específicos.

Estudio 1

La Personalidad Tipo D se ha definido como un factor de riesgo psicológico asociado al desarrollo de patologías cardiovasculares, como factor predictor de un pronóstico negativo y con una baja adherencia al tratamiento (Denollet y Conraads, 2011). Se asocia también a un peor ajuste psicológico de la enfermedad, a una baja CV y un mayor riesgo de mortalidad (Montero et al., 2017). Existe también la premisa que la Personalidad Tipo D podría ser un constructo general, estable y universal para población comunitaria (Kupper et al., 2013). Por todo ello, en este primer estudio nos planteamos la adaptación y validación de la escala de Personalidad Tipo D (DS-14) a población española lo que permitiría disponer de un instrumento de evaluación para identificar tanto en población general como en pacientes con ECV un mayor riesgo de evolucionar negativamente en su enfermedad, así como relacionar este tipo de personalidad con otras variables de salud como la hipertensión y la enfermedad cardíaca.

Estudio 2

Además de la Personalidad, objetivo de estudio en el trabajo anterior, la ansiedad, la depresión o la CV han sido variables muy estudiadas en pacientes portadores de un desfibrilador tras su implantación (Bilge et al., 2006; Magyar-Russell et al., 2011; Paneque et al., 2014; Pedersen et al., 2005; Saskia et al., 2014; Van den Broek et al., 2008). Sin embargo, no se ha estudiado hasta el momento la relación entre el motivo de implantación y otras variables y síntomas psicopatológicos y psicosomáticos. En este trabajo los objetivos han sido los siguientes:

- Analizar las diferencias en el ajuste psicológico en variables como la hostilidad, la somatización o las alteraciones del sueño entre otras, en función del motivo de implantación (primaria frente a secundaria).
- Evaluar si el miedo a las descargas y el grado de malestar subjetivo derivado de la enfermedad pueden determinar el ajuste psicológico de estos pacientes y si está o no influenciado por el motivo de implantación (prevención primaria y secundaria).

Estudio 3

Las repercusiones psicológicas derivadas de la implantación de un DAI presentan diferentes pautas de comportamiento en función del género, es decir, son diferentes entre hombres y mujeres (Denollet, 2005; Israelsson et al., 2017; Israelsson et al., 2018; Montero et al., 2017). Esas diferencias evidencian la necesidad de evaluar y analizar, en una muestra de pacientes con DAI, sus características de personalidad, su nivel de estrés, así como de ira, desde una perspectiva de género. Los objetivos específicos de este estudio fueron:

- Determinar la presencia de la AN.
- Evaluar la incidencia del PTCA en este tipo de pacientes.
- Evaluar el número y la intensidad de acontecimientos estresantes presentes en la vida de los pacientes.
- Establecer patrones de relaciones entre personalidad, estrés e ira en pacientes portadores de DAI.

Estudio 4

Diversos son los estudios que avalan la eficacia de los Programas de Rehabilitación Cardíaca (PRC) en pacientes portadores de un desfibrilador. Los resultados han mostrado que estos programas reducían los niveles de angustia psicológica (Fitchet et al., 2003), mejoraban el funcionamiento físico y el ajuste psicológico de los pacientes con DAI después de la implantación (Dougherty et al., 2004), disminuían la ansiedad y la recurrencia de arritmias ventriculares con la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) (Chevalier et al., 2006), reducían significativamente la ansiedad, la depresión y mejoraba la CV de estos pacientes (Frizelle et al., 2004). También se ha encontrado una mejoría significativamente mayor con la TCC para los síntomas del TEPT y los síntomas de evitación para hombres y mujeres y una mejoría significativamente mayor en los síntomas depresivos y la CV (Irvine et al., 2011). Por todas estas evidencias, y tras los resultados obtenidos en los estudios anteriores, se ha realizado una propuesta de un Programa de Intervención Psicológica, cuyos objetivos generales son los siguientes:

- Aumentar y mejorar el estado de salud y/o bienestar psicológico de los pacientes portadores de un DAI.
- Reducir posibles factores de riesgos y mantener activos los cambios que haya realizado el paciente en su estilo de vida.
- Disminuir la posibilidad de arritmias ventriculares, descargas inapropiadas y otros problemas y contraindicaciones derivadas de la enfermedad.
- Crear un espacio psicoterapéutico para la evaluación y la intervención psicológica.

**CAPITULO 2: ADAPTACIÓN Y VALIDACION
DE LA ESCALA DE PERSONALIDAD TIPO D
(DS-14) A POBLACIÓN ESPAÑOLA**

2.1 INTRODUCCIÓN

Son numerosos los estudios que han investigado las relaciones entre estados emocionales tales como la ansiedad, la depresión y el estrés que preceden a la enfermedad cardiovascular o son consecuencia de la misma (Biing-Liung et al., 2008; Rosengren et al., 2014; Saskia Lang et al., 2014; Steinberg et al., 2008) y la personalidad como factor de riesgo (Kupper y Denollet, 2007; Pedersen y Denollet, 2003; Pedersen et al., 2010).

La Personalidad Tipo D (distressed), concepto desarrollado por Denollet (1995), está asociada al riesgo de padecer enfermedades cardíacas (Denollet, 2000; Denollet et al., 1995; Emons et al., 2007). Se ha definido como la tendencia a experimentar simultáneamente dos características estables de personalidad, que son la Afectividad Negativa (AN) y la Inhibición Social (IS). La AN se refiere a la tendencia a experimentar emociones negativas a lo largo del tiempo y en diversas situaciones; una alta afectividad negativa implica síntomas de disforia, ansiedad e irritabilidad, visión negativa de uno mismo y ansiedad anticipatoria de problemas inminentes (por ejemplo “a menudo me siento infeliz”, “a menudo estoy bajo de ánimo”, “a menudo me encuentro preocupado por algo” o “a menudo estoy de mal humor”). La IS hace referencia a la tendencia a inhibir la expresión de emociones y a evadir la confrontación en las interacciones sociales para evitar reacciones negativas en otros, implica malestar en las interacciones sociales y ausencia de habilidades sociales (por ejemplo “a menudo me siento inhibido en las relaciones sociales”, “me resulta difícil empezar una conversación” o “cuando me relaciono con alguien no sé de qué hablar” (Denollet, 2005).

La escala DS-14 fue específicamente desarrollada para evaluar Personalidad Tipo D. Está formada por dos subescalas, la Afectividad Negativa y la Inhibición Social. Desde un punto de vista clínico, las personas con Personalidad Tipo D tienden a preocuparse excesivamente, tiene una visión pesimista de la vida, se sienten tensos, infelices e irritables. Al mismo tiempo, es menos probable que muestren emociones negativas por miedo al rechazo y a la desaprobación limitando sus vínculos personales y mostrándose incómodos con personas extrañas (Pedersen y Denollet, 2003).

En población general se ha encontrado que la presencia de características de Personalidad Tipo D tenía un impacto negativo en el estado de salud mental con una mayor prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad, trastornos de estrés postraumático, estrés mental,

escaso apoyo social y con estrategias pasivas de afrontamiento ante la vida (Denollet, 2005; Kupper y Denollet 2014). Así mismo, se encontró que dicha personalidad incidía de forma negativa sobre la salud física, con más problemas somáticos, un peor estado de salud (Svansdottir et al., 2013) y mayor impacto de la enfermedad sobre el individuo (Denollet, 2010). Este tipo de personalidad es un factor de vulnerabilidad al estrés psicológico, asociado a mecanismos de promoción de enfermedad y problemas laborales en personas sanas (Mols y Denollet, 2010).

En el campo de las ECV la Personalidad Tipo D ha sido relacionada con un aumento en la morbilidad y la mortalidad en la cardiopatía isquémica (Denollet et al., 1996; Denollet et al., 2013; Pedersen et al., 2010), con respuestas inadecuadas a los tratamientos en la cardiopatía (Denollet, 2000), con mayor estrés psicológico y la obtención de un menor beneficio del tratamiento médico (Pedersen y Denollet, 2003). Así mismo, se ha relacionado con el inicio precoz de la enfermedad coronaria (Ketterer et al., 2004), con baja CV (Denollet, 2005; Habibovic, 2011), con mayor riesgo de arritmia ventricular después de la implantación de un desfibrilador (van den Broek et al., 2009), con baja adherencia a los tratamientos en pacientes con infarto de miocardio (Willians et al., 2011), con un pronóstico cardíaco negativo, con mayor inestabilidad emocional en los pacientes y como predictor de riesgo independiente de muerte cardíaca (Denollet et al., 2013; Pedersen, et al., 2010).

Por otro lado, se ha examinado la asociación entre Personalidad Tipo D, estado psicológico, y hábitos de salud, evaluando personalidad, ansiedad y depresión (Starrenburg et al., 2013). Los resultados mostraron un incremento de ansiedad (Jiang et al., 2004), depresión (Widdershoven et al., 2013) y estrés en aquellos sujetos con Personalidad Tipo D. A su vez, estos pacientes también presentaban un consumo mayor de antidepresivos, hipnóticos, y hábitos de vida no saludables (Svansdottir et al., 2012).

En población española son escasas las investigaciones sobre este constructo, si bien se ha constatado la relevancia que tiene la Personalidad Tipo D y el agotamiento vital en la presencia de emociones negativas y su asociación con un bajo ajuste psicológico, en pacientes con enfermedad cardíaca (Montero et al., 2012).

Dada la relevancia del constructo, el objetivo de este primer estudio es la validación de la escala DS-14 en población española, lo que permitiría disponer de un instrumento de evaluación para identificar pacientes con cardiopatías y con mayor riesgo de evolucionar negativamente en su enfermedad e incluirlos en programas de prevención y tratamiento psicológico.

2.2 MÉTODO

2.2.1 Participantes

Se seleccionó una muestra incidental de 1257 sujetos de la población general, de los que un 41.1% (517) fueron varones y un 58.9% (740) mujeres, con un rango de edad de 18 a 80 años, siendo la media de edad para los varones de 37.09 ($DT=14.73$) y de 34.50 ($DT=14.85$) para las mujeres.

Las características sociodemográficas de la muestra se recogen en la Tabla 1. En cuanto al estado civil, del total de la muestra, el 43.5% de las mujeres y el 47% de los hombres eran solteros. El 38.1% de los hombres y el 30% de las mujeres estaban casados en primeras nupcias, siendo los porcentajes inferiores al 5% en viudos/as y separados/as. En cuanto a la situación laboral un 25.9% de los hombres y un 38.2% de las mujeres eran estudiantes. Respecto a las variables de salud, encontramos que un 20.2% del total de la muestra padecían hipertensión (11.8% en varones y un 8.4% en mujeres) y un 7.8% del total de la muestra presentaban patología cardíaca (4.4% hombres y 3.4% mujeres).

Tabla 1
Frecuencia y porcentaje de participantes en función de características sociodemográficas y de salud.

	Hombres (n=517) 41.1%	Mujeres (n=740) 58.9%
Estado Civil		
Soltero	225(43.5%)	350(47.3%)
Vive en pareja	70 (13.5%)	83 (11.2%)
Viudo	4 (.8%)	29 (3.9%)
Separado/divorciado	12 (2.3%)	41 (5.5%)
Casado 1° Nupcias	197(38.1%)	229(30.9%)
Casado 2° Nupcias	9 (1.7%)	8 (1.1%)
Nivel de Estudios		

Sin estudios	17 (3.3%)	19 (2.6%)
Sabe leer y escribir	47 (9.1%)	67 (9.1%)
Estudios Primarios	19 (3.7%)	19 (2.6%)
Estudios Secundarios	29 (5.6%)	48 (6.5%)
Bachillerato/COU	103 (20%)	137(18.5%)
FP1/FP2	89(17.2%)	82 (11.1%)
Estudios Universitarios	178(34.5%)	305(41.3%)
Estudios Postgrado	32 (6.2%)	58 (7.8%)
Otros	2 (.4%)	4 (.5%)
Situación Laboral		
Empleado	302(58.4%)	303 (41%)
Jubilado	39 (7.5%)	13 (1.8%)
Invalidez	5 (1.0%)	2 (.3%)
Estudiante	134(25.9%)	282(38.2%)
Desempleo y/o paro	28 (5.4%)	57(7.7%)
Baja laboral (IT)	1 (.2%)	0 (0%)
Ama/o de casa	4 (.8%)	78 (10.6%)
Autónomo	4 (.8%)	4 (.5%)
Padece Hipertensión	61(11.8%)	62 (8.4%)
Patología Cardíaca	23 (4.4%)	25(3.4%)

2.2.2 Instrumentos

Escala de Personalidad Tipo D (DS-14) (Denollet, 2005). La DS-14 está constituida por 14 ítems que forman dos subescalas, cada una de ellas compuesta por 7 ítems. La subescala de Afectividad Negativa está formada por 7 ítems del tipo “A menudo me siento infeliz”, “Tengo una visión pesimista de las cosas”, “A menudo siento que estoy preocupado por algo”. La subescala de Inhibición Social está formada por otros 7 ítems del tipo “Soy una persona cerrada”, “A menudo me siento inhibido en las relaciones sociales” y “Me gustaría mantener la gente a distancia”. El formato de respuesta es una escala graduada de 5 puntos que va desde 0-Falso hasta 4-Verdadero. El total de puntuaciones de cada subescala oscila en un rango de 0 a 28 puntos. Los ítems que componen la escala DS-14 pueden verse en el Anexo I. Denollet (2005) reportó un coeficiente alfa de .88 para la escala de AN y de .86 para la de IS y con una correlación ítem-total corregida entre .52 y .75. Las puntuaciones entre ambas escalas presentaron

una correlación moderada ($r = .37$). Además, Denollet (2005) encontró que, en población general, las puntuaciones en IS correlacionaron negativamente con el rasgo de extraversión ($r = - .59$) y las puntuaciones en AN correlacionaron positivamente con neuroticismo ($r = .68$).

Cuestionario de características sociodemográficas. Se elaboró un cuestionario sociodemográfico, para recoger información sobre la edad, sexo, estado civil, número de hijos, profesión, nivel de estudios alcanzado, y preguntas referentes al ámbito laboral (situación actual, jornada laboral, y horario de trabajo). Además, se incluyeron dos preguntas que hacían referencia al estado de salud de los participantes, una de ellas acerca de la hipertensión y otra sobre la presencia o no de patología cardíaca. Este cuestionario puede encontrarse en el Anexo II y Anexo III.

2.2.3 Procedimiento

Los datos se recogieron entre febrero y mayo del 2014. Todos los sujetos fueron informados de los objetivos de la investigación y del carácter anónimo y confidencial de los datos registrados. Posteriormente, los sujetos dieron el consentimiento informado de su participación en la misma. El tiempo total de cumplimentación fue de 10 minutos aproximadamente.

2.2.4 Análisis de datos

Se realizó un análisis de componentes principales con rotación varimax, se consideraron tantos factores con eigenvalor mayor o igual a 1, además para la selección de factores se inspeccionó el gráfico de sedimentación. Se consideró que un ítem correlaciona/satura en un factor si su carga factorial es mayor o igual a .40. En segundo lugar, se realizó un análisis clásico de ítems y un análisis de la fiabilidad como consistencia interna. Por último, se realizaron análisis de frecuencias para la Personalidad Tipo D y sus dimensiones (Afectividad Negativa e Inhibición Social) respecto a las diferentes variables sociodemográficas y clínicas consideradas en este trabajo.

2.3 RESULTADOS

2.3.1 Evidencias de validez interna

Con el objetivo de analizar la estructura interna del cuestionario DS-14 se realizó un análisis de componentes principales con rotación varimax. Se identificaron dos factores con eigenvalor mayor de 1, siendo estos factores los que explicaron una mayor proporción de varianza respecto al resto (ver Figura 6). Así, estos factores, antes de la rotación, dieron cuenta de un 36.21% de la varianza y de un 15.94% respectivamente.

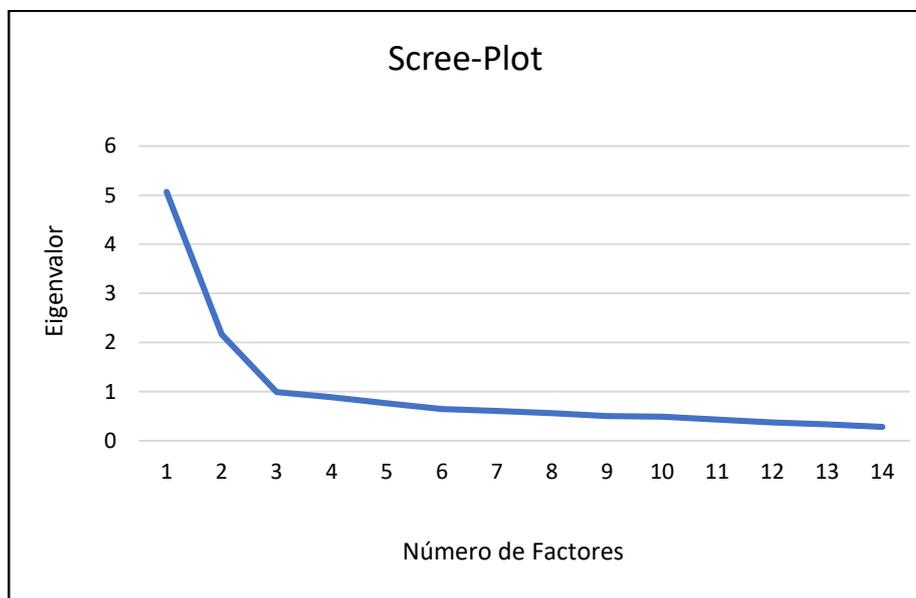


Figura 6 Scree-Plot: Identificación de factores con Eigenvalor

En la Tabla 2 se muestran las saturaciones factoriales (después de la rotación) obtenidas en cada uno de los factores. En el primer factor obtuvieron cargas factoriales mayores de .40 los ítems 2, 4, 5, 7, 9, 12 y 13 (Afectividad Negativa), el resto de ítems saturaron en el segundo factor (Inhibición Social). En el primer factor las cargas factoriales se encontraron entre el valor de .554 del ítem 2 y .803 del ítem 5. En el segundo factor, el rango de cargas factoriales fue de .470 del ítem 11 y .786 del ítem 8. El análisis del enunciado de los ítems del factor I (Afectividad Negativa) nos indica que se refiere a disforia (Ítem 4, 7 y 13), preocupación (2 y 12) e irritabilidad (ítem 5 y 9). Por otro lado,

el análisis del segundo factor (Inhibición Social) indica que los ítems se refieren a disconformidad en relaciones sociales (ítem 6, 8 y 14) e inhibición social (ítem 1 y 3).

Tabla 2.

Estructura factorial rotada (rotación varimax) para los ítems del cuestionario DS-14

Ítems	Factor I	Factor II
1. Cuando conozco a una persona me comunico fácilmente con ella	-.024	.697
2. Doy excesiva importancia a cosas que no la tienen	.554	.006
3. A menudo hablo con desconocidos	-.199	.501
4. A menudo me siento infeliz	.612	.059
5. A menudo estoy irritado	.803	.022
6. A menudo me siento inhibido en las relaciones sociales	.298	.697
7. Tengo una visión pesimista de las cosas	.703	.247
8. Me resulta difícil empezar una conversación	.191	.786
9. A menudo estoy de mal humor	.775	.181
10. Soy una persona cerrada	.273	.737
11. Me gustaría mantener la gente a distancia	.368	.470
12. A menudo siento que estoy preocupado por algo	.691	.147
13. A menudo estoy deprimido	.767	.217
14. Cuando me relaciono con alguien no se de que hablar	.222	.744
% Varianza Explicado	27.94	23.76

2.3.2 Análisis de ítems y fiabilidad

En la Tabla 3 se presentan el análisis clásico de ítems para cada uno de los ítems de la subescala de AN y de la subescala de IS, se muestran los estadísticos descriptivos distribucionales y el índice de discriminación (correlación ítem-total corregida). Con respecto a la escala de AN encontramos que la media de los ítems es moderada, la media de estos ítems se situó por debajo o cercana al valor central de la escala (2), obteniéndose una valoración más alta en el ítem 2 y la más baja en el ítem 13. El rango de correlación ítem-total subescala corregida se encontró entre el valor de .44 para el ítem 2 y .69 para el ítem 13.

Tabla 3
Distribución de porcentaje, media, desviación típica y correlación ítem-total corregida para los ítems de las subescalas AN e IS

	Categorías de respuesta					Media	Desviación Típica	Correlación ítem-total corregida
	Falso	Bastante falso	Intermedio	Bastante cierto	Verdadero			
AN								
Ítem 2	31.3%	32.7%	29.3%	4.3%	2.4%	1.95	1.15	.44
Ítem 4	25.8%	30.7%	22.1	14.9%	6.5%	1.46	1.21	.49
Ítem 5	21.5%	32%	29.4%	13.4%	3.7%	1.46	1.08	.67
Ítem 7	29.4%	29.9%	23.5%	12.3%	5%	1.34	1.17	.64
Ítem 9	31.9%	37.4%	21.2%	7.7%	1.8%	1.10	1.00	.67
Ítem 12	14.2%	22.6%	32.1%	22.4%	8.8%	1.89	1.16	.59
Ítem 13	41.8%	33.4%	15.4%	7.5%	1.9%	.94	1.02	.69
IS								
Ítem 1	31.3%	32.7%	29.3%	4.3%	2.4%	1.14	.99	.53
Ítem 3	9.6%	18.2%	32.5%	25.5%	14.2%	2.16	1.17	.28
Ítem 6	22.4%	31.5%	29.8%	12.7%	3.6%	1.44	1.08	.62
Ítem 8	27.2%	30.9%	26.4%	11.2%	4.3%	1.35	1.12	.68
Ítem 10	40.6%	32.7%	16.9%	7.5%	2.3%	.98	1.04	.67
Ítem 11	43.3%	30.9%	18.8%	5.6%	1.4%	.91	.98	.43
Ítem 14	30.5%	33.4%	15.4%	7.5%	1.9%	1.16	1.04	.65

Los ítems de la escala IS, presentaron valores medios bajos-moderados (cerca de 1), obteniendo la valoración más alta el ítem 3 (2.16) y la más baja el ítem 11 (.91). El rango de correlación ítem-total corregida se encontró entre el valor de .28 para el ítem 3 y .68 para el ítem 8. La fiabilidad del test se obtuvo a través del coeficiente alfa de Cronbach (1951) como expresión de la consistencia interna. Para los ítems de la escala de AN se obtuvo un valor de .84. Para la escala de IS el valor del coeficiente alfa fue de .81.

2.3.3 Prevalencia de la Personalidad Tipo D

Para el total de 1257 participantes, 373 (231 mujeres y 142 hombres) fueron clasificados con Personalidad Tipo D (29.7%) de acuerdo con las normas de interpretación de la escala DS-14, de puntuar igual o más de 10 en ambas subescalas (AN e IS).

2.3.4 Variables demográficas y Personalidad Tipo D

Tal y como se muestra en la Tabla 4, la distribución de frecuencias en Personalidad Tipo D no fue homogénea en función del estado civil (Chi-cuadrado (4) = 29.3512, $p \leq .01$) con un porcentaje de 6.1% para los viudos.

La distribución de frecuencias respecto a la situación laboral y Personalidad Tipo D no fue homogénea Chi-cuadrado (7) = 39.105, $p \leq .01$, cabe destacar la condición de jubilado/invalidez y ama/a de casa por tener un porcentaje más elevado de sujetos con Personalidad Tipo D, con un 7% y 10.8% respectivamente.

Tabla 4
Personalidad Tipo D y variables sociodemográficas y clínicas.

	Total (n=1257)	Tipo D (n=373)	No-tipo D (n=884)
Sociodemográficas			
Sexo			
Mujeres	58.9% (740)	61.9% (231)	57.6% (509)
Hombre	41.1% (517)	38.1 % (142)	42.4% (375)
Estado civil			
Soltero	45.7% (575)	46.9% (175)	45.2% (400)
Vive en pareja	12.2 % (153)	10.2% (38)	13% (115)
Viudo	2.6 % (33)	6.2% (23)	1.1% (10)
Separado/Divorciado	4.2% (53)	4.8% (18)	4% (35)
Casado	35.2% (443)	31.9% (119)	36.7% (324)
Situación Laboral			
Empleado	48.9% (614)	39% (145)	53.1% (469)
Jubilado	4.7% (59)	7% (26)	3.7% (33)
Estudiante	33.1% (416)	35.2% (131)	32.2% (285)
Desempleado/ paro	6.8% (85)	10.8% (40)	4.8% (42)
Ama/o de casa	6.5% (82)	10.8% (40)	4.8% (42)
Clínicas			
Hipertensión	9.8% (123)	12.4% (46)	8.7% (77)
Patología Cardíaca	3.8% (48)	5.9% (22)	2.9% (26)

2.3.5 Variables Clínicas y Personalidad Tipo D

Se definieron dos variables clínicas que están directamente relacionadas con la Personalidad Tipo D, por un lado, la hipertensión y por otro la presencia de patología cardíaca. Del total de la muestra, 123 pacientes padecen hipertensión, de los cuales un 12.4% puntúan igual o más de 10 en la escala de Personalidad Tipo D, frente a un 8.7% que no la presentan (ver Tabla 4). Del total de la muestra, 48 padecían alguna patología cardíaca de los cuales 22 presentaban Personalidad Tipo D.

2.3.6 Afectividad Negativa e Inhibición Social y variables clínicas

En este Estudio 1 también se ha analizado la relación entre hipertensión y patología cardíaca con respecto a las dimensiones Afectividad Negativa e Inhibición Social que definen la Personalidad Tipo D.

De esto modo, del total de la muestra que informó que padece hipertensión, siendo $n=123$, se encontró que un 56.1% (69 sujetos) puntuaron 10 o más puntos en la subescala de AN. También se encontró que un 54.5% (67) puntuó igual o más de 10 puntos en la subescala de IS. Respecto al grupo de sujetos que informaron padecer alguna patología cardíaca, un 64.6% (31 sujetos) puntuaron 10 o más en la subescala de AN y un 60.4% (29 sujetos) en la subescala de IS.

2.4 DISCUSION Y CONCLUSIONES

El objetivo de este estudio fue examinar la validez y la fiabilidad de la escala DS-14 en población general española. También ha sido evaluada y analizada la relación de la Personalidad Tipo D con algunas características clínicas (hipertensión y patología cardíaca).

La versión española de la escala DS-14 mostró adecuadas propiedades psicométricas. En el análisis de fiabilidad del test como consistencia interna, para ambos factores (AN e IS), se encontraron valores del coeficiente alfa de Cronbach superiores a .80. Estos resultados coinciden con los reportados en estudios previos en otros países

(Alcelik et al., 2012; Barnet et al., 2009; Bergvik et al., 2010; Christodoulou et al., 2013; Denollet, 2005; Grande et al., 2004; Juczynski y Oginska-Bulik, 2009; Kaur et al., 2014; Lim et al., 2011; Pedersen et al., 2009; Pedersen y Denollet, 2004; Sprindler et al., 2009; Svandottir et al., 2012; Vilchinsky et al., 2012; Wen et al., 2013; Yu et al., 2008; Yu et al., 2010). Por otro lado, el análisis factorial de los ítems mostró la estructura bidimensional de la DS-14 explicando ambos factores más del 50% de la varianza. Estos resultados replicaron los obtenidos con la versión original del instrumento en población holandesa (Denollet, 2005).

Denollet (2005), concluyó que la Personalidad Tipo D era más prevalente en pacientes coronarios (27%) y pacientes con hipertensión (54%) comparando con individuos de la población general (19%). En esta línea, los resultados de esta investigación confirman estos datos, ya que hay mayor prevalencia de Personalidad Tipo D en personas que reportaron tener hipertensión y patología cardíaca.

La escala DS-14 ha sido adaptada a otros países, en población general y en población con patología cardíaca. Son diversos los estudios que relacionan la Personalidad Tipo D en pacientes con enfermedad cardiovascular; por ejemplo, en Italia, la Personalidad Tipo D estaba presente en el 39% de la muestra de pacientes que acudían a un programa de rehabilitación cardíaca (Sogaro et al., 2010). En el trabajo de Christodoulou et al., (2013) en población griega, la prevalencia de Personalidad Tipo D fue mayor en este tipo de pacientes. Del mismo modo, en población islandesa, (Svandottir et al., 2012) la Personalidad Tipo D estuvo asociada a estilos de vida no saludables. Así mismo, el estudio transcultural de Kupper et al., (2013), ha puesto de manifiesto que el constructo de Personalidad Tipo D es general, estable y universal. En los EEUU, el trabajo de Barnet et al., (2009) mostró también las adecuadas propiedades psicométricas de la escala y su validez en pacientes crónicos. En Malasia, la escala también ha sido validada y es posible su uso para evaluar Personalidad Tipo D en población cardíaca (Kaur et al., 2014).

En resumen, los resultados obtenidos en el presente estudio se encuentran en la misma línea que los obtenidos en la adaptación del instrumento a otros países europeos, incluyendo Bélgica (Denollet, 2005), Alemania (Grande et al., 2004), Italia (Gremigni y Sommaruga, 2005), Dinamarca (Pedersen y Denollet, 2004) y países asiáticos como

Taiwán (Weng et al., 2013), Corea (Lim et al., 2011) y China (Yu et al., 2008; Yu et al., 2010).

En definitiva y como conclusión, la versión española de la escala DS-14 presenta adecuadas propiedades psicométricas lo que nos permite disponer de un instrumento para evaluar la Personalidad Tipo D, actualmente considerada como un factor de riesgo independiente de las enfermedades cardiovasculares.

**CAPITULO 3: AJUSTE PSICOLÓGICO EN
PACIENTES PORTADORES DE UN
DEFIBRILADOR AUTOMÁTICO
IMPLANTABLE EN FUNCION DEL MOTIVO
DE PREVENCIÓN: PRIMARIA FRENTE A
SECUNDARIA.**

3.1 INTRODUCCIÓN

La muerte súbita cardíaca es responsable del 50% de la mortalidad en la enfermedad cardiovascular en países desarrollados. La fibrilación ventricular es la arritmia causante de la muerte súbita en la mayoría de los pacientes y el desfibrilador automático implantable (DAI) constituye el tratamiento de elección en los pacientes con arritmias ventriculares malignas, elevado riesgo de desarrollarlas o muerte súbita cardíaca (Eisenberg, 2013; Zipes, 1998).

Ensayos clínicos aleatorizados han demostrado que la implantación del DAI disminuye la mortalidad en pacientes con fallo cardíaco y función ventricular reducida, así como en aquellos que han sufrido una muerte súbita (Bardy et al., 2005; Konstantino et al., 2015; Moss et al., 2002). El implante del DAI se aconseja en dos grupos de pacientes: para aquellos que han sufrido una muerte súbita o arritmias ventriculares malignas con función ventricular reducida (prevención secundaria) y para pacientes con riesgo de presentarlas (prevención primaria) (Zipes, 1998; Hohnloser y Israel, 2013).

Las descargas del DAI se asocian al miedo y a la incertidumbre por ser inesperadas y dolorosas, lo que puede afectar negativamente a la CV del paciente (Paneque et al., 2014). Un 50% de los pacientes presentan elevados niveles de ansiedad y depresión relacionadas con el miedo a una descarga y/o a un fallo del dispositivo (Atwater y Daubrt, 2012). Sin embargo, se debe destacar la presencia de problemas psicológicos entre el 25 – 33% de los pacientes sin que estos hayan sufrido ninguna complicación médica ni experiencias de descargas inapropiadas (Pedersen et al., 2011). En este sentido, numerosos estudios han descrito alteraciones psicopatológicas en los pacientes portadores de un DAI (Amaiz et al., 2017; Pedersen et al., 2005; Sears y Conti, 2002). Magyar-Russell et al., (2011) realizaron una revisión sistemática cuyos resultados mostraban una prevalencia de ansiedad entre el 27% y el 63% en pacientes portadores de un DAI mientras que la prevalencia de la depresión oscilaba entre el 10% y el 36%. Gostoli et al., (2016) confirman la alta prevalencia de estos trastornos psiquiátricos en pacientes portadores de un DAI. Así mismo, Saskia Lang et al., (2014) determinan que el 19% de los pacientes portadores de un DAI sufren ansiedad clínicamente relevante.

Las indicaciones en prevención primaria y secundaria de un DAI podrían establecer diferencias en la aparición de las alteraciones psicopatológicas de los pacientes tras el implante del DAI. Diferentes estudios han investigado la relación entre el motivo de implantación (prevención primaria frente a prevención secundaria) y la ansiedad que presentan los pacientes (Bilge et al., 2006; van den Broek et al., 2008). Los resultados de estos estudios muestran que no hay diferencias significativas entre el tipo de prevención (primaria frente a secundaria) y los niveles de ansiedad. Concluyen que estos niveles de ansiedad pueden deberse a la presencia de una o más descargas del dispositivo y podría no suponer un diagnóstico clínico de ansiedad.

Otra investigación de Rahmawati et al., (2016) concluye que, aunque la aceptación del dispositivo generalmente es alta, los pacientes que lo llevan implantado por prevención primaria podrían no comprender la necesidad del mismo a diferencia de lo que les sucede a los pacientes cuyo motivo de implantación es secundario. En prevención primaria presentan mayores niveles de ansiedad, excesiva preocupación por el DAI y baja CV en comparación con los pacientes cuyo motivo de implantación era por prevención secundaria (Rahmawati et al., 2016).

Constatando lo anterior, hay investigaciones que han estudiado la relación entre el motivo de implantación y variables psicopatológicas como la ansiedad y la depresión o la CV (Bilge et al., 2006; Magyar-Russell et al., 2011; Paneque et al., 2014; Pedersen et al., 2005; Saskia Lang et al., 2014; van den Broek et al., 2008). Sin embargo, no hay investigaciones que hayan estudiado la relación con otras variables psicopatológicas como la hostilidad, la somatización o alteraciones del sueño ni que hayan establecido posibles diferencias entre el tipo de prevención y el grado de malestar subjetivo derivado de la enfermedad.

Los objetivos de este estudio fueron analizar las diferencias en el ajuste psicológico, miedo a las descargas y el grado de malestar subjetivo derivado de la enfermedad en los pacientes con un DAI en función del motivo de implantación (primario vs secundario).

3.2 MÉTODO

3.2.1 Participantes

Se realizó un estudio con pacientes portadores de un DAI de la Unidad de Arritmias del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Hospital de tercer nivel de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Como criterios de inclusión se establecieron: 1) pacientes portadores de un DAI con un periodo mínimo de implantación de tres meses, y 2) mayores de 18 años. Así mismo, fueron excluidos aquellos pacientes mayores de 80 años de edad y con dificultades a nivel cognitivo para cumplimentar los cuestionarios.

La muestra final de este estudio fue de un total de 82 participantes; de ese total, un 75.6% hombres (n=62) y 24.4% mujeres (n=20), con edades comprendidas entre los 19 y 78 años, siendo la media de edad 54.60 y la DT de 14.23. El tiempo medio de implantación del DAI en estos pacientes fue de 4.80 años. En función del motivo de prevención, el tiempo medio de implantación para el grupo de prevención primaria y secundaria fue de 4.48 y 5.24 años, respectivamente.

3.2.2 Instrumentos

Se diseñó un cuestionario con preguntas sociodemográficas a fin de recoger información sobre la edad, sexo, estado civil, número de hijos, profesión, nivel de estudios alcanzado, así como, referentes al ámbito laboral (situación actual, jornada laboral, y horario de trabajo). Además, se incluyeron preguntas que hacían referencia a los antecedentes personales de los participantes (presencia o no de patología cardíaca, hipertensión, consumo de alcohol o drogas, etc.), sobre la historia clínica del paciente (motivo de implantación, etiología, años de implantación del DAI, antecedentes de patología cardíaca, antecedentes psiquiátricos/psicológicos, problemas de sueño, miedo a las descargas, etc.), y cuestiones relacionadas con el grado de estrés subjetivo en general que refería el paciente y el grado de malestar o sufrimiento subjetivo derivado de la enfermedad y en distintos ámbitos (laboral, personal y familiar). Este cuestionario puede encontrarse en el Anexo II y Anexo III.

La información acerca del ajuste psicológico de los pacientes en función del tipo de prevención, se recogió a través del Listado de Síntomas Breves (LSB-50) (De Rivera y Abuín, 2012). Este instrumento evalúa e identifica la presencia de síntomas psicopatológicos y psicosomáticos. El LSB-50 proporciona puntuaciones en dos escalas de validez, tres índices generales, nueve escalas y subescalas y un índice de riesgo psicopatológico. En la Tabla 5 se describen las diferentes escalas y subescalas del instrumento.

Para cada una de estas escalas, subescalas e índices se obtienen puntuaciones directas, percentiles y un perfil de sintomatología psicopatológica a partir de la representación gráfica de las puntuaciones percentiles. Los coeficientes de fiabilidad en las escalas del LSB-50 están comprendidos entre .79 y .90. En cuanto al índice de riesgo psicopatológico, el coeficiente alfa fue de .88, y el coeficiente de fiabilidad para el total de la prueba (índice global) fue de .96.

Tabla 5
Escalas, subescalas e índices del LSB – 50

Escalas de Validez: Permiten detectar posibles sesgos de respuestas que puedan afectar a los resultados en la prueba	
Minimización (MN)	Indica si el evaluado puede estar minimizando la frecuencia o la intensidad de los síntomas que padece.
Magnificación (Mag)	Indica si el evaluado puede estar magnificando su sintomatología, puntuando con alta intensidad de los síntomas que padece.
Índices Generales: Permite tener una visión global del nivel de sufrimiento psicopatológico del evaluado	
Índice Global de severidad (GLOBAL)	Indica el grado global de psicopatología del evaluado. Es una medida global de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicosomático.
Número síntomas presentes (NUM)	Indica el número de síntomas que presenta el evaluado (independientemente de su intensidad).
Índice intensidad síntomas presentes (INT)	Es un índice de la intensidad o severidad de los síntomas que el sujeto afirma tener. Nos indica específicamente la intensidad de los síntomas que afirma tener el evaluado.
Escalas y subescalas clínicas: Informa del perfil psicopatológico del evaluado	
Psicoreactividad (Pr)	Evalúa la sensibilidad en la percepción de uno mismo en relación con los demás y en relación a la propia imagen, así como formas de actuar y de pensar con exceso de autoobservación.
Hipersensibilidad (Hp)	Explora la sensibilidad tanto interpersonal como como intrapersonal, es decir, la excesiva focalización, bien en detalles de la relación interpersonal como en la valoración de uno mismo.
Obsesión-compulsión (Ob)	Evalúa la presencia de obsesiones y dudas continuas que inundan la mente así como la existencia de rituales o compulsiones.

Ansiedad (An)	Explora las manifestaciones tanto del trastorno de ansiedad generalizada como de cuadros de pánico y ansiedad fóbica. Incluye síntomas referidos a un temor o miedo irracional.
Hostilidad (Hs)	Evalúa la presencia de reacciones de pérdida de control emocional con manifestaciones súbitas o cotidianas de agresividad, ira, rabio o resentimiento.
Somatización (Sm)	Explora la presencia de síntomas de malestar somático o corporal debidos a procesos de somatización psicológica, aunque pueden ser manifestaciones de una patología médica.
Depresión (De)	Evalúa la presencia de síntomas como la tristeza, la desesperanza, la anhedonia, la enegría, la impotencia o ideación autodestructiva, y la culpa.
Alteraciones del sueño (Su)	Explora la presencia específica de alteraciones del sueño relevantes desde el punto de vista de la salud y el bienestar.
Alteraciones del sueño – ampliada (Su-a)	Explora la presencia específica de alteraciones del sueño junto con manifestaciones de las escalas de Ansiedad y Depresión que clínicamente están asociadas a problemas del sueño.

Índice de riesgo psicopatológico

Índice de riesgo psicopatológico (IRPsi)	Evalúa la presencia de síntomas asociados a la población clínica psicopatológica y Resulta predictivo para la inclusión del evaluado en una población psicopatología.
---	---

Nota: Tomado de: Adaptado de De Rivera, L. y Abuín, M. (2012). Listado de Síntomas Breves (LSB-50). (p) Madrid: Editorial TEA Ediciones, S.A.

3.2.3 Procedimiento

El proyecto se presentó conjuntamente con el equipo de la Unidad de Arritmias al Comité de Ética del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca para su aprobación. Posteriormente, a los pacientes se les ofreció participar en el estudio a través de su cardiólogo cuando acudían a una revisión rutinaria en la Unidad de Arritmias de dicho hospital. En caso de aceptar, fueron de nuevo citados en la consulta de cardiología, entre febrero del 2015 y mayo del 2017, para una entrevista semiestructurada individual con una de los psicólogos/as del equipo de investigación del estudio. En esta cita, los participantes fueron informados de los objetivos de la investigación, la confidencialidad y el anonimato del tratamiento de los datos obtenidos. Posteriormente, se les facilitó un consentimiento informado para su firma y se administraron los cuestionarios y los instrumentos psicológicos descritos. Se eliminaron los datos identificativos personales para garantizar la confidencialidad de la información. El tiempo medio de evaluación por paciente fue aproximadamente de una hora y media de duración. Los pacientes fueron evaluados de manera individual administrando a modo de entrevista todas las pruebas e instrumentos psicológicos de la batería de test.

Una vez administradas, se corrigieron los instrumentos. La prueba LSB-50 tenía corrección automática a través de su plataforma con acceso a internet y a través de esta vía se corrigieron todas las plantillas de respuesta y se obtuvieron los perfiles y el gráfico correspondiente a cada paciente en función de sus puntuaciones para su posterior interpretación.

3.2.4 Análisis de datos

Se realizaron análisis descriptivos univariados y bivariados de frecuencias y porcentajes, medias, y desviación típica. Para analizar las diferencias en sintomatología psicopatológica y psicosomática entre pacientes en función del motivo de implantación del DAI (prevención primaria frente a secundaria) se realizaron pruebas t de diferencias entre medias entre muestras independientes. También se realizaron pruebas z de diferencias entre proporciones. Se consideró un resultado estadísticamente significativo cuando el valor de probabilidad era menor o igual al .05. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS v. 22.0.

3.3 RESULTADOS

Del total de los pacientes de la muestra (N= 82), el 58.5% eran pacientes cuyo motivo de implantación del DAI fue por prevención primaria (35 varones y 13 mujeres; Media edad = 52.9; DT= 14.2) y el 41.5% restante fue por prevención secundaria (27 varones y 7 mujeres; Media de edad= 56.4; DT=14). En cuanto a la variable de estado civil, destacar que para ambos motivos de implantación (primaria vs secundaria), el estado civil más común en ambos casos era el de casado en primer matrimonio, con un 66.7% y 76.5%, respectivamente. La mayoría de pacientes con DAI, no son trabajadores en activo. Este porcentaje es algo menor en el grupo de prevención primaria (58.3%) con respecto al grupo de prevención secundaria (67.6%).

Casi la mitad de los pacientes de prevención primaria refieren tener sobrepeso e hipertensión, siendo este porcentaje menor en el grupo de prevención secundaria. Además, hay un mayor porcentaje de pacientes de prevención primaria que refieren consumo de alcohol, tabaco y drogas. Tras la implantación, un mayor número de

pacientes de prevención primaria referían haber experimentado síntomas de ansiedad y problemas de sueño frente a los pacientes cuyo motivo de implantación era por prevención secundaria. La distribución de frecuencias y porcentajes referidas a antecedentes personales, síntomas tras la implantación y grado de malestar subjetivo derivado de la enfermedad, en función del tipo de prevención, se muestran en la Tabla 6.

Tabla 6
Antecedentes personales, síntomas tras implantación y grado de malestar subjetivo derivado de la enfermedad en función del tipo de prevención

	Prevención Primaria (N=48)	Prevención Secundaria (N=34)
Antecedentes Personales		
Hipertensión	41.7% (n=20)	35.3% (n=12)
Sobrepeso	50% (n=24)	38.2% (n=13)
Consumo Alcohol	66.7% (n=32)	55.9% (n=19)
Consumo drogas	20.8% (n=10)	5.9% (n=2)
Fumador	77.1% (n=37)	63.6% (n=21)
Antecedentes Patología Cardíaca	60.4% (n=29)	61.8% (n=21)
Tipos de cardiopatía		
Miocardopatía Isquémica	27.1% (n=13)	42.4% (n=14)
Miocardopatía No isquémica	29.2% (n=14)	21.2% (n=7)
Miocardopatía Hipertrófica	22.9% (n=11)	21.2% (n=7)
Otras Miocardopatías	4.2% (n=2)	9.1% (n=3)
Canalopatía	14.6% (n=7)	3% (n=1)
Fibrilación Ventricular Idiopática	2.1% (n=1)	3% (n=1)
Síntomas tras implantación		
Ansiedad	33.3% (n=16)	26.5% (n=9)
Depresión	27.1% (n=13)	35.3% (n=12)
Problemas Sueño	35.4% (n=17)	23.5% (n=8)
Nº Descargas	12.9% (n=6)	63.2% (n=21)
Miedo a descargas	22.9% (n=11)	29.4% (n=10)
Grado de malestar subjetivo derivado de la enfermedad		

Leve	27.1% (n=13)	29.4% (n=10)
Moderado	10.4% (n=5)	5.9% (n=2)
Intenso	14.6% (n=7)	8.8% (n=3)

De los pacientes cuyo motivo de implantación del DAI fue secundario, el 35% había experimentado alguna descarga frente al 8.5% del grupo de prevención primaria. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el miedo que los pacientes presentaban por recibir una descarga en función de si el tipo de prevención fue primaria o secundaria ($z=.66$, $p=.51$).

Respecto al grado de malestar subjetivo derivado de la enfermedad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de prevención primaria o secundaria ($z=1.13$, $p=.26$). El 25% de los pacientes cuyo motivo de implantación había sido primario, mostró un nivel moderado o intenso en cuanto al nivel de malestar subjetivo con la enfermedad, comparado con el 14.71% del total de pacientes cuyo motivo de implantación es secundario.

3.3.1 Tipo de prevención (primaria frente a secundaria) y ajuste psicológico

En general, las escalas en las que se presenta un porcentaje superior al 20% de pacientes con DAI con puntuaciones iguales o superiores al percentil 84 son Minimización, Psicoreactividad, Obsesión y compulsión, Ansiedad, Somatización, Alteraciones del sueño y en el Índice de Riesgo Psicopatológico. En concreto, se encontró que un 43.9% de los pacientes con DAI presentó Alteraciones del sueño, estos resultados fueron independientes del tipo de prevención. Por otro lado, se encontró que un mayor porcentaje de pacientes del grupo de prevención primaria mostraron puntuaciones más altas (superiores al percentil 84) en Psicoreactividad, Obsesión y compulsión, Ansiedad, Somatización y el Índice de riesgo psicopatológico. Sin embargo, estas diferencias solo fueron estadísticamente significativas en Somatización (ver Tabla 7). Por otro lado, se encontró que, aunque solo un 18.3% del total de los pacientes presentaron puntuaciones en Hostilidad altas (Percentil \geq 84), un mayor porcentaje de estos pacientes fueron de prevención secundaria, en concreto un 29.4% del grupo de prevención secundaria frente al 10.4% del grupo de prevención primaria, y estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

En la Tabla 7 se presentan los porcentajes de pacientes con puntuaciones percentiles igual o superior a 84 en todas las escalas clínicas del LSB-50 para el total de la muestra y en función del motivo de implantación del DAI (prevención primaria frente a secundaria).

Tabla 7

Puntuaciones percentiles > 84 en las escalas de LSB-50 en función del tipo de prevención

	% total de la muestra (N= 82)	Prevención Primaria (N=48)	Prevención Secundaria (N=34)	Z	p
Minimización	26.8% (n=22)	25% (n=12)	29.4% (n=10)	-.44	.65
Magnificación	100% (n=82)	0% (n=0)	0% (n=0)	a	-
Psicoreactividad	23.2% (n=19)	27.1% (n=13)	17.6% (n=6)	.99	.31
Hipersensibilidad	13.4% (n=11)	16.7% (n=8)	8.8% (n=3)	a	--
Obsesión-compulsión	22% (n=18)	25% (n=12)	17.6% (n=6)	.79	.42
Ansiedad	23.2% (n=19)	25% ((n=12)	20.6% (n=7)	.46	.64
Hostilidad	18.3% (n=15)	10.4% (n=5)	29.4% (n=10)	-2.19	.02
Somatización	28% (n=23)	35.4% (n=17)	17.6% (n=6)	1.76	.07
Depresión	15.9% (n=13)	18.8% (n=9)	11.8% (n=4)	a	--
Alteraciones del sueño	43.9% (n=36)	43.8% (n=21)	44.1% (n=15)	-.03	.97
Alteraciones del sueño – ampliada	29.3% (n=24)	29.2% (n=14)	29.4% (n=10)	-.02	.98
Índice de riesgo psicopatológico	28% (n=23)	33.3% (n=16)	20.6% (n=7)	1.26	.21

a. Las frecuencias son ≤ 5 y no se puede aplicar la prueba estadística

3.4 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este trabajo se ha evaluado el ajuste psicológico de pacientes portadores de un DAI, así como el miedo a las descargas y el grado de malestar subjetivo derivado de la

enfermedad. Estos aspectos psicopatológicos se han analizado en función del motivo de implantación (primario vs secundario).

Del total de la muestra analizada el 44% de los pacientes referían Alteraciones del sueño independientemente del tipo de prevención; la presencia de sintomatología de las Alteraciones del sueño fue similar en ambos grupos lo que puede deberse no tanto al motivo de prevención sino ir asociado a la media de edad de la muestra (54.6 años). Los trastornos del sueño son frecuentes en las personas mayores, aunque no están suficientemente reconocidos (López-Torres et al., 2007). Según los datos publicados por López-Torres et al., (2013), los trastornos del sueño, especialmente el insomnio relacionado con otro trastorno mental o secundario a una enfermedad médica, es un problema de salud frecuente que afecta aproximadamente a una de cada cuatro personas mayores y repercute de manera desfavorable en la valoración del estado de salud.

Por otro lado, se encontró que el 28% de los participantes en este estudio presentaron puntuaciones muy altas en la escala de Somatización (superiores al percentil 84). En esta escala clínica se encontraron diferencias parcialmente significativas entre ambos grupos (primaria vs secundaria), siendo un porcentaje mayor del grupo de prevención primaria. Estos pacientes presentaron una mayor presencia de síntomas de malestar somático o corporal como palpitaciones, mareos o desmayos, dolores de cabeza, entumecimiento y dolor muscular, dolores en el pecho y dificultad para respirar.

A la vista de los resultados aportados encontramos que los pacientes con DAI implantado por prevención primaria, en mayor porcentaje presentan valores muy altos en Psicoreactividad, Obsesión-compulsión, Ansiedad y Somatización, así como en el Índice de riesgo psicopatológico. Por el contrario, un mayor porcentaje de pacientes con DAI implantado por prevención secundaria, obtienen puntuaciones muy altas en la escala de Hostilidad. Estos pacientes presentaron más reacciones de pérdida de control emocional con manifestaciones de agresividad e ira, rabia o resentimiento. Sin embargo, en este estudio no se encontraron porcentajes elevados de pacientes con valores de depresión clínicamente relevantes, independientemente del motivo de implantación y tampoco se encontraron diferencias en depresión entre ambos grupos tal y como afirmaron en estudios anteriores Bilge et al., (2006) y Rahmawati et al., (2016). En definitiva, y según los resultados encontrados en el presente estudio, el ajuste psicológico de los pacientes

portadores de un DAI por prevención primaria fue similar al ajuste psicológico de los pacientes que llevan un DAI por prevención secundaria.

En relación al miedo a recibir descargas, encontramos mayor porcentaje en el grupo de prevención secundaria, casi un 30% de los sujetos. Si bien es cierto que son más los pacientes por prevención secundaria quienes experimentan o han sufrido alguna descarga (63.2% en este estudio) y esto puede explicar, que desarrollen más miedo a sufrirlas en el futuro o presenten ansiedad anticipatoria que los pacientes de prevención primaria (12.9% para esta muestra). Estos resultados son concordantes con los obtenidos por Groeneveld et al., (2007). Una posible explicación dada por estos autores es que los pacientes de prevención secundaria, por definición, han experimentado previamente un infarto o una arritmia ventricular y han sido evaluados respecto al riesgo de padecer una muerte súbita por lo que pueden encontrar en el desfibrilador un salvavidas. Por el contrario, Rahmawati et al. (2016) encontró que los pacientes por prevención primaria experimentan más descargas comparado con los pacientes por prevención secundaria.

Respecto al grado de malestar subjetivo derivado de la enfermedad, los pacientes cuyo motivo de implantación es primario presentan mayor grado de malestar. En consistencia con este estudio, Rahmawati et al., (2016) mostró que los pacientes cuyo motivo de implantación fue primario presentaban mayor preocupación asociado al desfibrilador y mayores niveles de ansiedad. Consideramos que esto puede explicarse porque los pacientes cuyo motivo de implantación ha sido primario no han padecido ningún síntoma de enfermedad relacionado con el infarto o con la arritmia ventricular que justifique la implantación del dispositivo y podrían no comprender la necesidad del mismo.

Los resultados del presente estudio sugieren la necesidad de evaluar determinadas variables psicopatológicas con mayor profundidad. Así, por ejemplo, se pone de manifiesto la necesidad de conocer y evaluar las alteraciones del sueño con instrumentos más concretos y específicos, que nos ayuden a establecer el peso específico que dichas alteraciones puede tener en el ajuste psicológico de este tipo de pacientes. Por otro lado, se ha puesto de manifiesto que la Hostilidad parece ser característica de los pacientes con DAI, en este sentido sería interesante ampliar este estudio con la evaluación de variables relacionadas tanto con la propia Hostilidad como con la Ira, así como con rasgos de

personalidad propios de estos perfiles, tales como las personalidades Tipo A o Tipo D. Estos rasgos de personalidad podrían influir en las alteraciones psicopatológicas de los pacientes independientemente del motivo de implantación.

Debido a la existencia en pacientes portadores de un DAI de alteraciones psicológicas y sintomatología clínicamente relevante, en la atención integral a estos pacientes, sería necesaria una evaluación psicológica previa a la implantación, que nos permita establecer programas de intervención de educación para la salud y programas de seguimiento y apoyo psicológico tras la misma. Es importante que la evaluación y el apoyo psicológico estén presentes con el fin de que se faciliten las intervenciones adaptadas a estos pacientes.

**CAPITULO 4: PACIENTES PORTADORES DE
UN DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO
IMPLANTABLE: DIFERENCIAS DE GÉNERO
EN PERSONALIDAD, ESTRÉS E IRA.**

4.1 INTRODUCCIÓN

Se sabe que cada vez es más común el implante de estos dispositivos (Desfibrilador Automático Implantable) dada la efectividad del tratamiento en fibrilaciones ventriculares (Figuroa-López et al., 2016). Desde un punto de vista epidemiológico en la muerte súbita existen diferencias de género, siendo su incidencia aproximadamente tres veces mayor en hombres (Kim et al., 2001). Estudios previos han demostrado que, entre un 70-80% de los pacientes con DAI, son hombres (Fernández et al., 2020) y que las mujeres presentan un perfil clínico diferente (Providencia et al., 2016). A pesar de que la mayoría de los pacientes se adaptan bien al dispositivo (Figuroa-López et al., 2016), entre el 25-33% de los pacientes refieren problemas psicológicos después de la misma (Hoogwegt et al., 2012) y las complicaciones tras su implantación son mayores en mujeres que en hombres (Moore et al., 2019).

En cuanto a la comorbilidad psicológica asociada con el implante de DAI más de la mitad de los pacientes mostró depresión y/o ansiedad (Figuroa-López et al., 2016), alteraciones del sueño (Alcaraz et al., 2020) y somatización (Alcaraz et al., 2020). Las mujeres informaron de una peor CV tras la implantación (Israelsson et al., 2018), mayor preocupación por el dispositivo, mostrando mayores niveles de ansiedad y depresión y una mayor necesidad de intervención psicológica tras la implantación (Rahmawati et al., 2013). Algunas características de personalidad han sido descritas como un determinante de estrés crónico y como un factor de riesgo psicológico asociado a la ECV. Por un lado, el Patrón de Conducta Tipo A y la hostilidad, y su principal componente la expresión de la ira, como factor de riesgo independiente de la enfermedad coronaria y estrechamente relacionado con la reactividad cardiovascular y el desencadenamiento de problemas cardíacos (Chida y Steptoe, 2009). Por otro, la Personalidad Tipo D, definida como la tendencia a experimentar simultáneamente emociones negativas y a inhibir su expresión durante la interacción social (Denollet, 2005). Un mayor riesgo de sufrir nuevos eventos cardíacos tras sufrir un infarto, se ha asociado a un peor ajuste psicológico a la enfermedad, deterioro en la CV y a un mayor riesgo de mortalidad. A pesar de que los datos aún son escasos, parece haber una mayor prevalencia de emociones negativas y Personalidad Tipo D en mujeres que en hombres (Denollet, 2005).

Los pacientes con ECV suelen manejar de manera inadecuada la ira, dada su tendencia a inhibir la expresión de esta y de otras emociones negativas con el fin de evitar la confrontación en los conflictos internos (Denollet et al., 2010). La ira y otras emociones negativas, pueden desencadenar repentinamente muerte súbita, arritmias ventriculares, así como aumentar a largo plazo la vulnerabilidad a estas (Lampert, 2016). Por otro lado, los acontecimientos estresantes que vivencia un paciente a lo largo de su vida pueden ser un desencadenante de ECV crónica. Varios estudios han mostrado que tanto la ansiedad, el TEPT y la Personalidad Tipo D se han relacionado con un mayor riesgo de mortalidad en pacientes con un DAI (Habibovic et al., 2013; Sears et al., 2011; van den Broek et al., 2009). Además, aproximadamente el 20% de pacientes portadores de DAI tiene TEPT siendo más frecuente en mujeres que en hombres (Sears et al., 2018).

Si bien encontramos que existen diferencias en función del género en pacientes portadores de un DAI tanto en las manifestaciones clínicas de la enfermedad como en las alteraciones psicopatológicas asociadas (ansiedad y depresión), hasta la fecha no hemos encontrado estudios que evalúen si hay diferencias de género en personalidad, estrés e ira en este tipo de pacientes. El objetivo de este estudio fue analizar, en una muestra de pacientes con DAI, sus características de personalidad, su nivel de estrés, así como de ira, en función del género.

4.2 MÉTODO

4.2.1 Participantes

Los pacientes de este estudio eran portadores de un DAI de la Unidad de Arritmias del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Hospital de tercer nivel de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Los criterios de inclusión fueron: a) pacientes portadores de un DAI con un mínimo de dos meses de implantación y b) mayores de 18 años. Los criterios de exclusión fueron: 1) tener 80 años o mayor y 2) presentar dificultades cognitivas para cumplimentar los cuestionarios. Como se puede ver en la Tabla 8, la muestra total fue de 89 pacientes, con edades comprendidas entre los 19 y 78 años. El 23.6% fueron mujeres con una media de edad de 55.9 años (DT=10.9). La media de edad para el grupo de varones fue de 55 (DT=14.91).

El tiempo medio de implantación del DAI para esta muestra fue de 5.11 años. En cuanto al consumo de sustancias, más de la mitad de los sujetos de la muestra consumían alcohol y eran o habían sido fumadores, siendo además este porcentaje mayor en hombres que en mujeres. Respecto al tipo de cardiopatía, la más diagnosticada en las mujeres fue la Miocardiopatía No Isquémica (38.1%) y en los hombres la Miocardiopatía Isquémica (38.2%).

Tabla 8
Distribución por sexo de antecedentes personales, historia clínica y descargas tras la implantación

	Hombres n= 68 %(n)	Mujeres n= 21 %(n)	Total Muestra n= 89 %(n)
Motivo Implantación			
Prevención Primaria	55.9% (38)	66.7% (14)	58.5% (52)
Prevención Secundaria	44.1% (30)	33.3% (7)	41.6% (37)
Antecedentes Personales			
Hipertensión	35.5 % (24)	52.4% (11)	39.3% (35)
Sobrepeso	50% (34)	47.6% (10)	49.4% (44)
Consumo Alcohol	67.6% (46)	47.6% (10)	62.9% (56)
Consumo drogas	16.2% (11)	9.5% (2)	14.6% (13)
Fumador	75% (51)	61.9% (13)	71.9% (64)
Antecedentes Patología Cardíaca	61.8% (42)	66.7% (14)	62.9% (56)
Tipos de cardiopatía			
Miocardiopatía Isquémica	38.2% (26)	23.8% (5)	34.8% (31)
Miocardiopatía No isquémica	23.5% (16)	38.1% (8)	28.1% (25)
Miocardiopatía Hipertrofica	19.1% (13)	23.8% (5)	20.2% (18)
Otras Miocardiopatías	7.4% (5)	-	5.6% (5)
Canalopatía S. Brugada	7.4% (5)	14.3% (3)	9% (8)
Fibrilación Ventricular Idiopática	2.9% (2)	-	2.2% (2)
Descargas tras implantación			
Ninguna	82.4% (56)	81% (17)	80.9% (73)
≥1	17.6 % (12)	19% (4)	17.9% (16)

4.2.2 Instrumentos

Escala de Personalidad Tipo D (DS-14) (Scale Type D Personality (DS-14) (Denollet, 2005). La escala incluye 14 ítems en dos subescalas, Afectividad Negativa (AN) e Inhibición Social (IS) de 7 ítems cada una. El formato de respuesta es graduado de 5 puntos que va desde 0 (falso) hasta 4 (verdadero). Se consideró las puntuaciones en la subescala de AN. El coeficiente alfa es de .88 para la escala de AN. Se utilizó la versión en español proporcionada por el autor que fue adaptada a población española (Alcaraz, Hidalgo y Godoy, 2018). La escala DS-14 puede verse en el Anexo I.

Escala Tipo A de Framingham (ETAF). Se usó la versión española adaptada (Haynes et al., 1978; Autores versión española: Del Pino et al., 1990). Evalúa el Patrón de Conducta Tipo A y consta de 10 ítems haciendo referencia a 3 factores: competitividad-dominancia, implicación en el trabajo y urgencia del tiempo. El formato de respuesta es dicotómico (1 si y 0 no). La puntuación total se obtiene como la suma de los puntos obtenidos en los 10 ítems dividido por el número total de ítems. La consistencia interna del instrumento en la adaptación española es de .71 (Del Pino et al., 1990).

Escala de Apreciación del Estrés. Escala General de Estrés (EAE – G) (Fernández y Mielgo, 2006). Esta escala evalúa la incidencia de acontecimientos estresantes que han tenido lugar a lo largo del ciclo vital del individuo. Consta de 53 ítems distribuidos en 4 áreas: salud, relaciones humanas, estilo de vida y asuntos laborales y económicos. El formato de respuesta es dicotómico (sí o no), y la intensidad se puntúa en una escala de 4 puntos desde 0 (nada de intensidad) hasta 3 (máxima intensidad). La fiabilidad del test evaluada por el método Test-Retest fue de .65 (Fernández y Mielgo, 2006).

Inventario de expresión de ira estado – rasgo (STAXI-2). State-Trait Anger Expression Inventory (Spielberger, 1999; Autores versión española: Miguel-Tobal et al., 2009). Este instrumento de 49 ítems evalúa la experiencia, la expresión y el control de la ira. Las escalas y subescalas son: Estado de Ira (subescalas: Sentimiento, Expresión Verbal y Expresión Física), Rasgo de Ira (subescalas: Temperamento de Ira y Reacción de Ira), Expresión Externa de la Ira, Expresión Interna de la Ira, Control Externo de la Ira, Control Interno de la Ira y un Índice de Expresión de Ira (IEI). El formato de respuesta es de 4 puntos desde “Casi nunca” hasta “Casi siempre”. Los individuos con puntuaciones superiores al centil 75 experimentan o expresan sentimientos de ira en un grado que interfiere con un comportamiento óptimo. La consistencia interna fue de .89 en la escala

de Estado de Ira y .82 en la escala de Rasgo de Ira. En las escalas de Expresión de la Ira los valores estuvieron entre .69 y .67 (Miguel-Tobal, Casa, Cano-Vindel y Spielberg, 2009).

Cuestionario sociodemográfico y de salud. Se utilizó el mismo cuestionario que en el estudio anterior con preguntas sociodemográficas, sobre los antecedentes personales de los pacientes y su historia clínica. Este cuestionario está disponible en el Anexo II y Anexo III.

4.2.3 Procedimiento

Después de obtener la autorización de los responsables del área y médicos especialistas de la Unidad de Arritmias del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca el proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética del hospital. La recogida de la muestra se realizó entre febrero de 2015 y mayo de 2017. Una vez informados del propósito del estudio, los pacientes eran informados por escrito de los objetivos de la investigación, la confidencialidad y el anonimato del tratamiento de los datos obtenidos. Posteriormente, firmaban un consentimiento informado previo al inicio de la entrevista. Durante la entrevista fue administrado el protocolo de evaluación (compuesto por todos los instrumentos psicológicos). El tiempo medio por evaluación fue de una hora y media por paciente.

4.2.4 Análisis de datos

Se realizaron análisis descriptivos de frecuencias y porcentajes, medias y desviación típica de las variables consideradas en este estudio. Para las variables de personalidad, estrés e ira, se analizaron las diferencias entre medias en función del género mediante una prueba t de Student para muestras independientes. Se analizaron las correlaciones entre dichas variables en función del género. Solo los valores de $p \leq .05$ se consideraron estadísticamente significativos. Todos los análisis estadísticos fueron realizados usando SPSS 22.0.

Adicionalmente se realizó un análisis de redes (network analysis) (Borsboom, 2017; Borsboom y Cramer, 2013; Fonseca-Pedrero, 2017). Se utilizó el método de

estimación LASSO (Least Absolute Shrinkage and Selection Operator), en concreto, EBICGLASSO, que está basado en correlaciones parciales regularizadas. Se estableció en .25 el valor del parámetro de *tunning*. Para analizar la estructura de la red se han tenido en cuenta las medidas de centralidad (Betweenness, Closeness y Strength) que permiten analizar la importancia relativa de cada variable dentro de la red en función de las conexiones que se establecen entre las mismas. Los análisis fueron realizados usando el programa JASP (JASP TEAM, 2020).

4.3 RESULTADOS

En términos generales, los pacientes participantes en este estudio obtuvieron puntuaciones moderadas en AN, aunque un 40.4% obtuvieron puntuaciones ≥ 10 (ver Tabla 9). Respecto al Patrón de Conducta Tipo A la media de las puntuaciones es superior a la media para población general. Sin embargo, en la variable de Intensidad del Estrés las puntuaciones fueron bajas para estos pacientes respecto a los valores medios de la población general. Por último, en Ira se observaron puntuaciones promedio moderadas, en el Rasgo de Expresión de la Ira, en el Control Externo y en el Índice de Expresión de la Ira.

Tabla 9
Medias y Desviaciones Típicas (DT) en las variables psicológicas en función del género

	Total de la muestra Media (DT) n=89	Hombres Media (DT) n= 68	Mujeres Media (DT) n= 21	t (gl)
Personalidad				
Afectividad				
Negativa	8.34 (6.55)	8.01 (6.30)	9.43 (7.37)	-.86 (87)
Personalidad				
Tipo A	.50 (0.23)	.51 (0.24)	.49 (.21)	.23 (87)
Estrés				
EAE Intensidad	29.42 (15.06)	27.54 (13.83)	35.48 (17.53)	-2.15 (87)*
Ira				
Rasgo Ira	16.56 (5.45)	15.93 (4.25)	18.62 (8.04)	-1.47 (23.54)
Expresión Externa	9.88 (3.80)	9.69 (3.74)	10.48 (4.05)	-.83 (87)
Control Externo	19.42 (5.58)	19.72 (5.15)	18.43 (6.85)	.80 (27.32)
Control Interno	15.48 (5.59)	15.51 (5.52)	15.38 (5.97)	.10 (87)
Índice Expresión Ira	23.55 (11.24)	22.87 (10.59)	25.76 (13.19)	-1.03 (87)

DT= Desviación Típica; gl=grados de libertad; *p \leq .05

4.3.1. Diferencias de género en personalidad, estrés e ira

En la Tabla 9 también se presentan las medias y desviaciones típicas en las variables de personalidad, estrés e ira en función de la variable género. Solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en Intensidad del Estrés, donde las mujeres presentaron, en promedio, puntuaciones más altas que los hombres.

4.3.2 Variables de personalidad, estrés e ira en pacientes portadores de un DAI

Con la finalidad de estudiar el patrón de relaciones entre las variables estudiadas se analizaron las correlaciones entre las mismas en función del género. Para los hombres se observó (ver Tabla 10) que la Expresión Interna de la Ira, Ira como Rasgo e Intensidad del Estrés mostraron relaciones estadísticamente significativas positivas y moderadas con AN y Personalidad Tipo A. La Ira como rasgo correlacionó positiva y moderadamente con la Intensidad del Estrés, y la Expresión Interna y Externa de la ira. Por último, la Expresión Externa y el Control Externo de la ira correlacionaron negativa y moderadamente.

Tabla 10

Correlaciones en función del género entre variables de personalidad, estrés e ira

	Control Interno	Control Externo	Expresión Interna	Expresión Externa	Rasgo Ira	EAE Intensidad	Person. Tipo A
	H/M	H/M	H/M	H/M	H/M	H/M	H/M
AN	-.11/-.42	-.24*/-.21	.37**/.27	.28*/.48*	.37**/.44*	.30*/.45*	.29*/.37
Person.Tipo A	.20/-.31	-.27*/-.21	.37**/.13	.25*/.49*	.38**/.41	.45**/.56**	
EAE In.	.13/-.61**	-.19/-.78**	.28*/-.22	.17/.53*	.42**/.36		
Rasgo Ira	.01/-.36	-.23/-.41	.30*/.07	.50**/.77**			
Expresión Externa	-.09/-.63**	-.40**/-.59**	.13/-.027				
Expresión Interna	.31*/.28	.15/.47					
Control Externo	.44**/.67**						

AN: Afectividad Negativa; Person. Tipo A: Personalidad Tipo A; EAE In.: Escala Apreciación del Estrés: Intensidad;

H= Hombres n= 68; M= Mujeres n=2; * p≤ .05; ** p≤ .01

Para las mujeres, y contrario a los hombres, se encontró una correlación estadísticamente significativa positiva y moderada entre la AN y la Personalidad Tipo A con el Control Interno y la Expresión Externa de la ira. Por otro lado, se encontró que, a diferencia de los hombres, la Intensidad del estrés estuvo relacionada tanto con el Control Interno y el Control Externo de la ira, siendo esta correlación alta y negativa.

4.3.3 Análisis de redes

Los resultados de la red estimada para cada grupo de pacientes en función del género se presentan en las Figuras 7 y 8. Los nodos de la red representan las variables del estudio (personalidad, ira y estrés) y las líneas (aristas) indican las conexiones entre las variables. La magnitud de la conexión entre variables está representada por el grosor de las líneas, donde líneas más gruesas indican asociaciones más cercanas a $|1|$; el sentido de la conexión viene representado por el color de las mismas. De este modo las asociaciones positivas, entre nodos de la red, están representadas por líneas de color azul y las asociaciones negativas por líneas de color rojo. Como se puede observar no todos los nodos (variables medidas) fueron igualmente importantes. En ambos grupos encontramos que “EXP_IRA” (Expresión de la ira) es el nodo de la red con los valores de centralidad más altos, siendo una de las variables que influye en muchos más nodos que el resto (ver Tabla 11). La centralidad de la Expresión de la ira era un resultado esperable dado que este índice está basado, y por lo tanto relacionado, con las cuatro escalas de Control Interno de la Ira, Control Externo de la Ira, Expresión interna de la Ira y Expresión Externa de la Ira. También se puede observar que en el grupo de mujeres “CON. EXT.IRA” (Control externo de la ira) es otro de los nodos de la red con valores altos de cercanía (closeness), intermediación (betweenness) y fuerza (strength). Sin embargo, en el grupo de varones este nodo no es central en la red, y si lo es la Expresión interna de la ira. Además, en el grupo de mujeres el estrés es otro nodo con valores altos de intermediación con una conexión positiva con el Patrón de Conducta Tipo A y negativa con el Control Externo de la Ira.

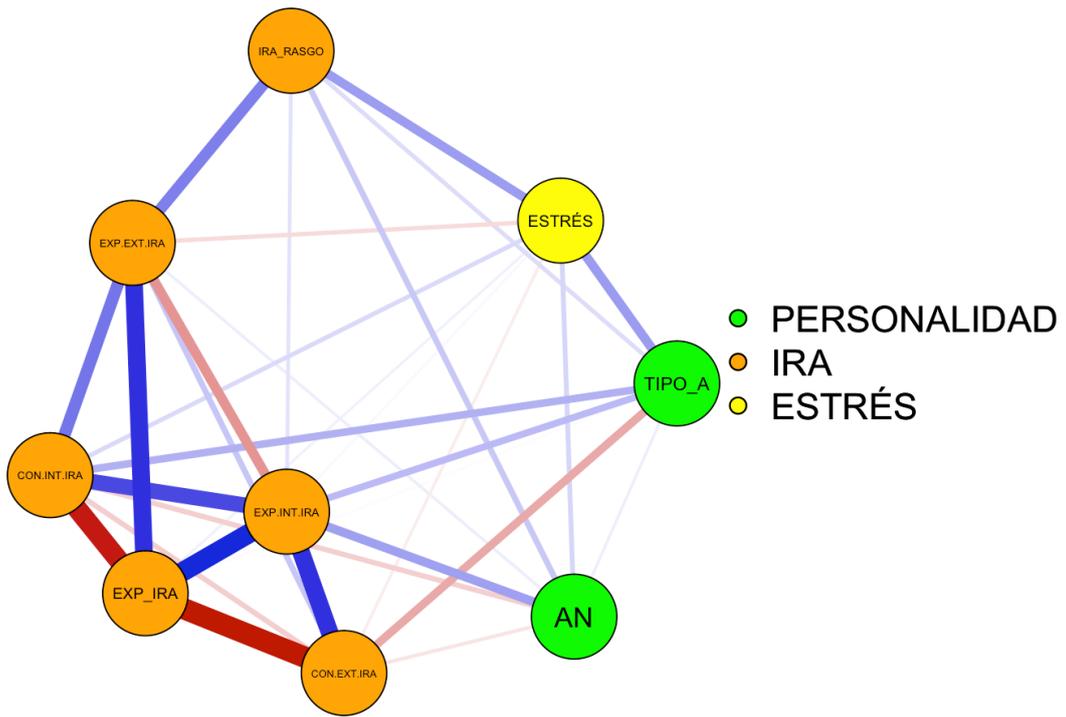


Figura 7 Red estimada para las variables de personalidad, ira y estrés en varones portadores de DAI

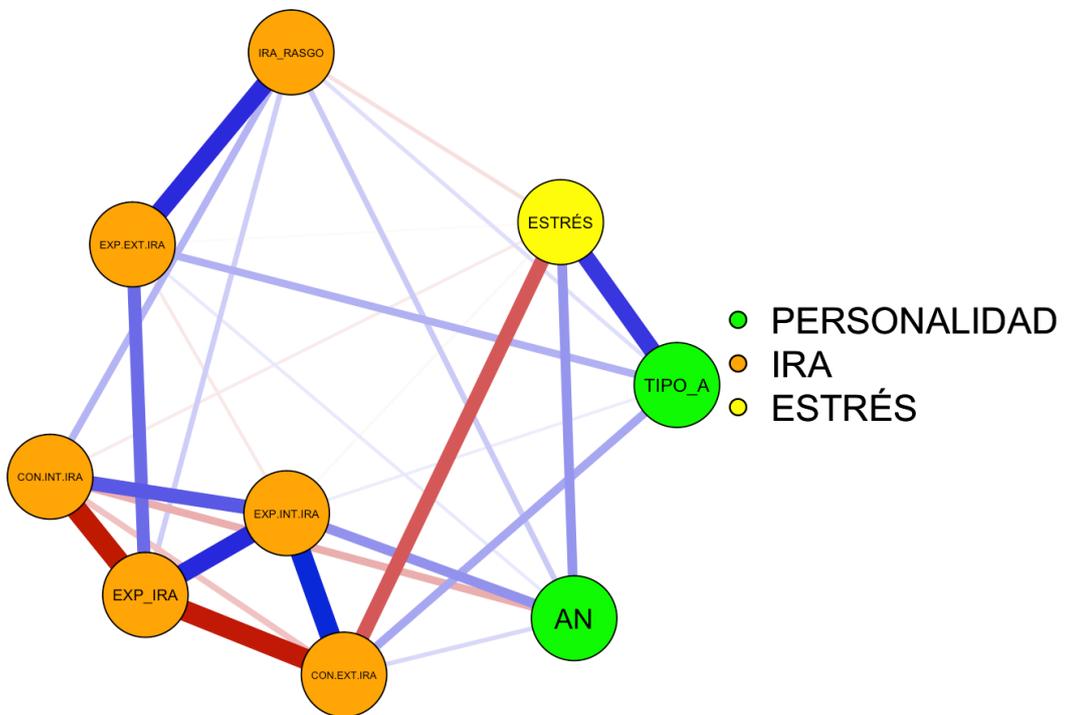


Figura 8 Red estimada para las variables de personalidad, ira y estrés en mujeres portadores de DAI

Tabla 11
 Medidas de centralidad

Variable	Varones				Mujeres			
	Betweenness	Closeness	Strength	Expected influence	Betweenness	Closeness	Strength	Expected influence
AN	-1.224	-1.207	-1.164	-.253	-.881	-1.000	-1.043	.116
EXP.EXT.IRA	1.071	.472	.338	.714	.358	-.236	-.632	.718
EXP.INT.IRA	1.071	.781	1.260	1.918	-.138	.882	.889	1.673
CON.EXT.IRA	-.765	.757	.366	-1.519	1.102	1.195	1.187	-1.042
CON.INT.IRA	-.765	.700	.645	-.461	-.881	.149	.233	-1.273
EXP_IRA	1.529	1.265	1.339	-.986	1.845	1.474	1.564	-.983
IRA_RASGO	-.306	-.462	-.994	.495	-.881	-1.238	-.811	.584
ESTRÉS	-.765	-1.449	-.959	.098	.358	-.253	-.384	-.461
TIPO_A	.153	-.858	-.832	-.006	-.881	-.973	-1.003	.669

Nota: Betweenness= Intermediación; Closeness=Cercanía; Strength=Fuerza; Expected influence=Influencia esperada.

4.4 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este estudio se ha analizado la asociación entre patrones de personalidad, estrés e ira en pacientes con un DAI y si existen diferencias en función del género. Los resultados encontrados ponen de manifiesto que un 40% de los participantes en este estudio presentan puntuaciones altas en AN, siendo este un rasgo típico de personas con Personalidad Tipo D. Puntuaciones altas en AN indican una tendencia a experimentar emociones negativas, sentimientos de disforia, preocupación, ira, ansiedad e irritabilidad y se relacionan con mayor riesgo de sufrir nuevos eventos cardíacos, peor ajuste psicológico a la enfermedad, y mayor riesgo de mortalidad (Denollet, 2005). Aunque en este trabajo no se han detectado diferencias estadísticamente significativas en AN en función del género, las mujeres puntuaron más alto que los hombres de manera similar a otras investigaciones (Denollet, 2005). Es más, la mitad de las mujeres participantes en este estudio (52.4%) puntuaron ≥ 10 en AN frente al 36.8% de los hombres.

En cuanto al Patrón de Conducta Tipo A, las puntuaciones medias de hombres fueron similares a las obtenidas en estudios anteriores (Del Pino et al., 1990), siendo similares en ambos sexos. Estos resultados sugieren la importancia de incidir en la evaluación del Patrón de Conducta Tipo A en mujeres y evitar el infradiagnóstico de dichas características de personalidad al ser un patrón cuya incidencia es más esperable en los hombres.

En este trabajo encontramos que la percepción del estrés fue similar en promedio a la de la población general, es decir, no informaron de un número mayor de eventos estresantes en su vida ni tampoco de una mayor intensidad del estrés respecto a los valores normativos de la población comunitaria. Esto podría deberse a la edad media de la muestra (55.9 años) lo que puede conllevar que no hayan referido haber experimentado en su vida eventos estresantes como pérdidas de familiares o seres queridos, procesos graves de enfermedad, etc. Y en caso de haber experimentado eventos estresantes la intensidad de los mismos no ha sido significativa. Sin embargo, se encontró que las mujeres puntuaban significativamente más alto que los hombres.

En cuanto a la ira en las subescalas de control externo e interno se obtuvieron puntuaciones superiores a la media para el total de la muestra, pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del género, aunque las puntuaciones medias en expresión interna de la ira fueron ligeramente superiores en mujeres. Estos resultados son congruentes con estudios previos en el que concluyeron que los pacientes con Personalidad Tipo D tenían una probabilidad cuatro veces mayor en puntuar alto expresión interna de la ira que los no Tipo D (Denollet et al., 2010). En este sentido, las mujeres portadoras de un DAI de nuestro estudio además de puntuar alto en AN, siendo este un rasgo típico de aquellas personas con Personalidad Tipo D, también obtuvieron puntuaciones ligeramente superiores en la expresión interna de la ira.

Con respecto al género, Bostwick y Sola (2007) refirió que existían datos contradictorios en la literatura médica y Alconero-Camarero et al., (2009) no encontraron diferencias relacionadas con el género en la CV de pacientes con DAI. En cuanto a la relación del género y la susceptibilidad a la psicopatología relacionada con el DAI, los estudios no son concluyentes (Peinado-Peinado et al., 2008). La mayoría de los pacientes portadores de DAI son varones, lo cual supone un problema para estudiar esta influencia (Peinado-Peinado et al., 2008). Algunos autores señalan que las mujeres portadoras de un DAI tienen un riesgo independiente de desarrollar trastornos del estado de ánimo y una peor CV (Dunbar et al., 1996; Sears y Conti, 2002; Walker et al., 2004). Otro estudio (Dickerson et al., 2000) concluyó que no se observaron diferencias significativas en función del género. En nuestro estudio, las relaciones entre variables en función del género, pone de manifiesto que se encuentran algunas pautas de comportamiento diferentes entre hombres y mujeres portadores de un DAI. En mujeres, la AN y

Personalidad Tipo A se asocian con el autocontrol en la expresión de la ira. Estos resultados van en la línea de los obtenidos por Denollet et al., (2004) quienes concluyeron que pacientes con Personalidad Tipo D tenían una probabilidad cuatro veces mayor a puntuar más alto en inhibición de la ira. Evaluar la Ira como rasgo es importante ya que el manejo inadecuado de la misma, así como la tendencia a inhibir su expresión con el fin de evitar la confrontación con conflictos internos, podría desencadenar arritmias ventriculares y descargas en pacientes tras la implantación (Denollet et al., 2010). Estos resultados irían en la línea de otros estudios que señalan que las mujeres con DAI tienen un riesgo independiente de desarrollar una menor CV y trastornos del estado de ánimo (Dunbar et al., 1996; Sears y Conti, 2002; Walker et al., 2004). En los hombres, AN y Personalidad Tipo A se relacionaron positivamente con sentir frecuentemente sentimientos de ira y necesidad de expresarlos.

Las diferencias encontradas en la red, en función del género, han identificado que el Control Externo de la Ira es un nodo que parece influir de forma importante en el resto de nodos. Su consideración en programas de intervención parece manifestarse como un aspecto clave dado su papel central y conexión con el Estrés.

Teniendo en cuenta que la mayoría de ensayos clínicos aleatorios con DAI han concluido que en general, el efecto del dispositivo sobre la CV es beneficioso o neutro (Peinado-Peinado et al., 2008), se pone de manifiesto la importancia de atender e intervenir desde una perspectiva psicológica a este tipo de pacientes para ayudar en el manejo de las emociones y el afecto negativo. Actualmente, se dispone de diversos recursos para ayudar al paciente en el proceso de adaptación al DAI tras su implantación, desde una adecuada programación del dispositivo hasta diversas terapias psicológicas, tanto farmacológicas como psicoterapéuticas. Sin embargo, teniendo en cuenta las diferencias de género y que la mayoría de los pacientes con DAI son varones (Peinado-Peinado et al., 2008), lo cual podría suponer un problema para estudiar esta influencia, los resultados encontrados en el presente estudio sugieren la necesidad de diseñar protocolos de intervención psicológica atendiendo a estas diferencias entre hombres y mujeres portadores de un DAI. Estos protocolos, deberán abordar el manejo de la AN, las características de la Personalidad Tipo A, el estrés y la ira, con el objetivo de mejorar la evolución y la adaptación psicológica al DAI tras su implantación.

**CAPITULO 5: UNA PROPUESTA DE
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
PSICOLÓGICA EN PACIENTES
PORTADORES DE UN DAI**

5.1 INTRODUCCIÓN

A pesar de que las ECV representan el principal problema de salud en los países desarrollados su pronóstico se ha visto mejorado por la prevención, el tratamiento y la rehabilitación (Cano et al., 2012). Por ello, surge el concepto de Rehabilitación Cardíaca (RC) como el conjunto de actividades necesarias para que el paciente con cualquier patología cardiovascular llegue a un nivel funcional óptimo desde el punto de vista físico, mental y social por medio del cual pueda reintegrarse por sus propios medios a la vida familiar y profesional (World Health Organization, 1964). Se conoce que los Programas de Rehabilitación Cardíaca (PRC) consiguen mejorar la CV y el pronóstico de los pacientes con cardiopatía. Para ello, es necesario que haya un trabajo multidisciplinar sobre factores psicosociales que mejorarán la CV y el control sobre los factores de riesgo que hará mejore el pronóstico (Maroto, 2009). Diversos estudios, establecen evidencias de una disminución de la mortalidad con los PRC en programas aleatorizados a corto y largo plazo (Kallio et al., 1979; Maroto et al., 2005; O'Connor, 1989; Taylor, 2004).

La relación costes-beneficios es claramente positiva. Las enfermedades cardiovasculares y sus consecuencias, suponen sin duda un gasto económico sanitario en nuestro país, que puede llegar a cuantificarse en 9000 millones de euros anuales. De media un paciente con enfermedad cardiovascular puede generar un gasto de unos 8000 anuales (Fundación Española del Corazón, 2011). A pesar de todo lo anterior, y de que la relación coste – beneficio de los programas de Rehabilitación Cardíaca es claramente positiva, el desarrollo de estos programas sigue siendo insuficiente (Papadakis et al., 2005).

Por todo ello la prevención se presenta como la herramienta más eficaz y eficiente (Cano et al., 2012), con el objetivo de reducir la mortalidad de sujetos con alto riesgo y disminuir los factores de riesgo (Maroto, 2009), mientras que los PRC son considerados como los más eficaces entre las intervenciones de prevención secundaria (Cano et al., 2012), y considerados como sistemas terapéuticos esenciales para el tratamiento de todos los pacientes con enfermedades cardiovasculares (Maroto, 2009). Estos programas deben incluir componentes específicos que reduzcan el riesgo cardiovascular, promover comportamientos sanos y su cumplimiento, generar una participación activa del paciente

en el programa y en su propio tratamiento y reducir la discapacidad promoviendo y mejorando los estilos de vida de los pacientes (Laprerie y Trochu, 2010).

La literatura apoya que, entre los aspectos psicológicos que se deben tener en cuenta en un PRC encontramos los síntomas depresivos, el estrés, el Patrón de Conducta Tipo A, sobre todo la hostilidad que se consideran factores de riesgo (Espinosa y Bravo, 2000) y que pueden llegar a ser desencadenantes de arritmias y descargas después de la implantación. Un metanálisis de 37 estudios efectuado por Dusseldorp (1999) concluía que la actuación psicoeducacional dentro de los PRC daba lugar a un descenso del 34% en la mortalidad y del 29% en reinfartos con un significativo efecto positivo ($p \leq .025$) en factores de riesgo como la tensión arterial, el sobrepeso, el control del tabaquismo, la práctica de ejercicio y los hábitos sanos de alimentación (Wasserman et al., 1999).

La GEG-Local (Grupo Colaborador Local de la Guía de Práctica Clínica), definió una guía de buena práctica clínica sobre las indicaciones de iniciar un PRC en pacientes con problemas cardiovasculares, entre los que se encuentran pacientes portadores de un DAI y otros dispositivos cardíacos (ver Tabla 12). Será el cardiólogo quien evalúe a los pacientes y valore la derivación para iniciar el programa de rehabilitación cardíaca (IETS, 2018).

Tabla 12

Indicaciones de rehabilitación cardíaca

- Post infarto de miocardio
- Post angioplastia
- Post cirugía cardíaca: valvular o revascularización miocárdica y cardiopatía congénita.
- Angina de pecho estabilizada
- Post trasplante cardíaco.
- Insuficiencia compensada.
- Portadores de dispositivos cardíacos (especificar tipos de dispositivos: DAI, resincronizador, etc.)
- Hipertensión pulmonar compensada (especifica si es primaria o secundaria)
- Enfermedad Vascular Periférica Sintomática

Tomado de: Guía de Práctica Clínica de Rehabilitación Cardíaca, IETS (2018)

Para que los PRC sean eficientes y eficaces deben ofrecer un planteamiento multidisciplinar y multifactorial, con protocolos de intervención psicológica en función de la patología a tratar y de la gravedad de la misma.

5.1.1 Programas de Rehabilitación Cardíaca basados en la evidencia: beneficios

A pesar de que las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la primera causa de muerte en el mundo, Expósito-Ordoñez (2017) afirmó que las defunciones debidas a esta enfermedad se habían reducido en un 30% debido a los avances médicos en fases agudas de la enfermedad, avances farmacológicos, programas de RC como prevención secundaria y debido también a la prevención primaria. Los PRC, son considerados los más eficaces para la prevención secundaria (Cano et al., 2012). Diversos son los estudios basados en la evidencia de los claros beneficios de los Programas de Rehabilitación Cardíaca.

El *Recurrent Coronary Prevention Project* (RCPP) (Friedman et al., 1982; Friedman et al., 1984) fue un ensayo en el que participaron un total de 865 pacientes víctimas de un infarto de miocardio, los cuales fueron asignados de manera aleatoria a un grupo control que recibiría asesoramiento cardíaco (formación sobre dietas y ejercicio) o a un grupo experimental en el que además de recibir este asesoramiento se incluía un módulo de modificación del Patrón de Conducta Tipo A. Los resultados demostraron que la tasa de recurrencia de los episodios cardíacos a los 4.5 años fue significativamente menor ($p \leq 0.005$) para los pacientes experimentales (12.9%) que para los pacientes del grupo control (21.2%). Se concluyó por tanto que las intervenciones centradas en la modificación de conducta eran eficaces reduciendo tanto la morbilidad como la mortalidad cardíaca.

Otro programa es el *Ischemic Heart Disease Life Stress Monitoring Programm* (IHDSLMM) (Frasure-Smith y Prince, 1989) en el cual se distribuyó a los pacientes aleatoriamente en dos grupos: uno de control de estrés en el que participaron un total de 229 pacientes y un grupo control con 224 pacientes. En el primero los pacientes eran atendidos por enfermería quienes proporcionaban durante un año apoyo social cuando el nivel de estrés era elevado. Los resultados mostraron que el grupo tratado registró una mayor disminución en las puntuaciones de estrés que los controles y, aunque las rehospitalizaciones y su duración no difirieron, hubo significativamente menos muertes en el grupo monitoreado. Se concluyó que la tasa de mortalidad de los pacientes tratados fue la mitad que lo controles y se sugiere que los programas de gestión del estrés pueden

tener un mayor impacto en la reducción de muertes cardíacas que en la prevención de episodios coronarios no letales.

En el *Lifestyle Heart Trial* (LHT) (Ornish et al., 1990; Ornish et al., 1993) realizaron una intervención intensiva en el estado de vida de los pacientes que incluía dieta, ejercicio físico, manejo del estrés (relajación y meditación) y apoyo grupal. Participaron 48 pacientes, los cuales fueron aleatoriamente asignados bien a un grupo de intervención con un programa de modificación del estilo de vida (n=28) o bien a un grupo control que solo recibía tratamiento médico (n=20). La evaluación se realizó en línea base (momento de asignación de los pacientes a los grupos), al año y a los cinco años. Los resultados mostraron reducciones en la angustia psicológica y la hostilidad en el grupo experimental después de un año ($p \leq .05$). Los pacientes sometidos al programa de modificación del estilo de vida también mostraron un descenso de colesterol (20.5%) y los episodios de angina se redujeron un 91% frente a un 165% de los pacientes del grupo control. Estos hallazgos ponen de manifiesto la importancia de abordar múltiples conductas de salud en la prevención secundaria de la enfermedad coronaria.

Burell (1996) realizó un estudio con 261 pacientes, tanto hombres como mujeres, quienes se habían sometido a una cirugía coronaria. Se distribuyeron al azar en dos grupos, uno de intervención psicológica conductual y otro control. El grupo de tratamiento realizó modificación del Patrón de Conducta Tipo A, entrenamiento en habilidades para hacer frente al dolor, la ansiedad y el estrés. Su duración fue de un año con sesiones de seguimiento los dos años posteriores. El estudio concluyó que el grupo experimental presentó una tasa de mortalidad significativamente inferior y una menor incidencia de episodios cardiovasculares que el grupo control.

En 2003, se diseñó un estudio prospectivo controlado aleatorio para investigar la influencia de la asistencia a un programa de Rehabilitación Cardíaca Integral (RCI) de doce semanas sobre la capacidad del ejercicio y el funcionamiento psicosocial de pacientes con DAI. Fueron 16 los pacientes que participaron y se asignaron al azar a un grupo para asistir al programa RCI o a otro que recibiría la atención habitual. Concluyeron que estos programas de RCI mejoraban la capacidad de ejercicio y reducían los niveles de malestar psicológico (Fitchet et al., 2003).

Los autores Dougherty et al. (2004) describieron el contenido y la estructura de un programa de intervención de enfermería diseñado para mejorar el funcionamiento físico y el ajuste psicológico de los pacientes con DAI después de la implantación. El programa de intervención se basó en la Teoría Social Cognitiva y los datos de una investigación previa que cubría 7 áreas de preocupación después de la implantación. Concluyeron que estos programas de educación hospitalarios inician un proceso de recuperación después de la implantación, pero deben completarse con más intervenciones que faciliten que el paciente vuelva a su funcionamiento físico y psicológico inicial.

Estudios como el de Chevalier et al., (2006) concluyeron que al disminuir la ansiedad y mejorar el equilibrio simpato-vagal, la TCC podría disminuir la propensión a arritmias ventriculares en pacientes con DAI. Sin embargo, estos efectos parecían estar limitados en el tiempo. De 253 pacientes con DAI, 70 fueron asignados al azar a Terapia Cognitivo Conductual (N=35) o a la atención médico convencional (N=35). Se evaluó la frecuencia cardíaca, el bienestar psicológico y la CV al inicio, a los tres meses y al año. Otros autores (Frizelle et al., 2004) también concluyeron que un programa integral de rehabilitación cardíaca que incorporó terapia cognitivo-conductual redujo, en los pacientes que participaron en el grupo de tratamiento, significativamente la ansiedad, la depresión y mejoró la CV de los pacientes con DAI respecto a los pacientes del grupo control (pacientes en grupo de espera de tratamiento). Otro estudio (Irvine et al., 2011) evaluó la TCC adaptada a pacientes con DAI y se probaron los efectos de interacción del grupo de tratamiento en función del género. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente al grupo de TCC o al grupo que recibía la atención cardíaca habitual. Los síntomas que se evaluaron fueron los niveles de ansiedad y depresión, síntomas del trastorno de estrés postraumático y ansiedad fóbica. También se evaluó la CV y las descargas del desfibrilador. Los resultados mostraron una mejoría significativamente mayor con la TCC para los síntomas del TEPT y los síntomas de evitación para hombres y mujeres y una mejoría significativamente mayor en los síntomas depresivos y la CV. No se observaron diferencias iniciales entre las condiciones de tratamiento; sin embargo, las mujeres puntuaron peor que los hombres en todas las variables psicológicas y de CV ($p \leq .05$). Concluyeron, por tanto, que una intervención de TCC para ayudar a la adaptación tras la implantación mejoró el funcionamiento psicológico durante el primer año después del implante.

El *Ensayo de Intervención de Mujeres de Estocolmo para la Enfermedad Coronaria del Corazón* (SWITCHD) es el sexto y más reciente estudio que utiliza una intervención psicológica independiente (Orth-Gomér et al., 2009). Se reclutó y aleatorizó a 237 mujeres con enfermedad coronaria a un programa de intervención psicológica grupal o atención habitual. El programa de intervención comenzó cuatro meses después de la hospitalización. Cada grupo tenía de cuatro a ocho mujeres y se reunió 20 veces en el transcurso de un año. Al año de seguimiento, la participación en la terapia de grupo resultó en niveles más saludables de varios marcadores inflamatorios. Durante un seguimiento medio de siete años, la participación en la terapia de grupo resultó en una reducción de tres veces en la mortalidad. Este estudio es particularmente importante porque estudios previos indicaron que los programas de intervención psicológica lograron reducir los eventos cardiovasculares o la mortalidad solo en hombres (Linden et al., 2007; Schneiderman et al., 2004). En su sección de discusión de los resultados del M-HART (análisis secundario), Cosette et al. (2001) señalaron cómo las mujeres pueden haber respondido menos al tipo de tratamiento ofrecido en el estudio M-HART. SWITCHD, sin embargo, demostró que las mujeres con cardiopatía coronaria y angustia psicológica se benefician de las intervenciones psicológicas ofrecidas en un formato adaptado a las mujeres. La intervención en SWITCHD se basó en observaciones realizadas durante un estudio de riesgo coronario femenino (Orth-Gomér et al., 2009).

Más recientemente, Habibović et al., (2017) realizaron un ensayo clínico de una intervención psicológica conductual en pacientes portadores de un DAI, los cuales fueron asignados al azar a un grupo WEBCARE (WEB-based distress management program for implantable CARDioverter dEfibrillator patients) (Pedersen et al., 2009) (N=175) y a un grupo control (N=175) que recibía la atención habitual tras la implantación. El grupo de WEBCARE recibió un entrenamiento de resolución de problemas de 6 lecciones durante doce semanas vía web. Este programa se adaptó a las necesidades de los pacientes e incluía información sobre cómo vivir con un DAI, cómo gestionar la ansiedad por las descargas y describía problemas psicológicos asociados a la implantación del dispositivo. Además, se les entregaba un CD con ejercicios de relajación. Los resultados no mostraron una reducción superior de la angustia o un aumento de la CV de los pacientes del grupo WEBCARE en comparación con el grupo control. Sin embargo, si se observó una

disminución comparable de la angustia y un aumento de la CV en ambas condiciones, es decir, en pacientes que habían recibido algún tipo de intervención tras la implantación.

Por otro lado, Dougherty et al. (2019) diseñaron y realizaron un ensayo clínico prospectivo aleatorizado (N=301) para comparar los resultados entre dos tipos de intervenciones, una que se centró estrictamente en el paciente con DAI (N=151) y otra que se amplió a incluir a la pareja y/o familiar (P+P) (N=150). Se llevó a cabo durante el primer año después del implante del DAI. Los resultados de este estudio demostraron que la intervención P+P es superior a una intervención solo dirigida al paciente para reducir los síntomas y la depresión del paciente, y a la misma vez mejora la confianza en sí mismo y el conocimiento sobre el DAI en el tiempo. Este tipo de intervención también demostró beneficios para la pareja tales como una reducción en la carga del cuidador y una mayor autoeficacia y conocimiento para cuidar con éxito al paciente portador de un DAI. Respecto al motivo de implantación, el grupo de pacientes cuyo motivo de implantación era secundario mostró una respuesta más fuerte a la intervención. Concluyeron por tanto que los programas de intervención posthospitalarios establecidos para pacientes portadores de un DAI deben incluir tanto al paciente como a su pareja íntima en la educación, apoyo y gestión de la atención domiciliaria.

Se requieren estudios futuros para examinar la aplicabilidad de modelos de atención combinada y que puedan llegar a centrarse en personalizar aún más los programas de intervención con el principal objetivo de aumentar la adherencia al tratamiento y mejorar los resultados. Además, se requiere un esfuerzo inicial para derivar y probar programas de intervención basados en la evidencia para pacientes portadores de un DAI con el fin de que dichos pacientes alcancen el funcionamiento físico y psicológico inicial, previo a la implantación.

5.2 OBJETIVOS

5.2.1 Objetivos Generales

Los objetivos generales que se plantean para este Programa de Intervención Psicológica son:

- Aumentar y mejorar el estado de salud y bienestar psicológico de los pacientes portadores de un DAI.
- Disminuir la posibilidad de arritmias ventriculares, descargas inapropiadas y otros problemas y contraindicaciones derivadas de la enfermedad.
- Apoyar la reducción de posibles factores de riesgos y mantener activos los cambios que haya realizado el paciente en su estilo de vida.

5.2.2 Objetivos Específicos

1.- Evaluar y establecer una orientación diagnóstica psicológica en aquellos casos en los que no se haya realizado antes.

2.- Realizar una atención e intervención psicológica fundamentalmente de carácter grupal en pacientes portadores de un DAI.

Los objetivos a conseguir con el paciente son los siguientes:

- Reducir el impacto emocional de la enfermedad y de la implantación del dispositivo.
- Facilitar la expresión y gestión emocional (estrés, ira, hostilidad, afectividad negativa, etc.)
- Mejorar la aceptación de la enfermedad y del dispositivo y las limitaciones que esto puede conllevar.
- Aumentar la CV y mejorar la calidad asistencial de los pacientes.

3.- Mantener la continuidad del aprendizaje y cuidados, durante todo el proceso de adaptación tras la implantación en colaboración con la Unidad de Arritmias del Hospital de referencia.

4.- Evaluar e identificar la presencia de síntomas psicopatológicos o posibles trastornos psicológicos que deban ser tratados de manera individual realizando entonces la derivación oportuna al profesional que corresponda.

5.3 EQUIPO DE INTERVENCIÓN

Para poder llevar a cabo los objetivos citados previamente el equipo de intervención debe contar con los siguientes profesionales:

- Cardiólogo/a
- Psicólogo/a Clínico

5.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN E INCLUSIÓN

5.4.1 Criterios inclusión

Los pacientes deben ser mayores de 18 años y portadores de un DAI con independencia del tiempo que haya transcurrido desde la implantación y el motivo de la misma, ya sea por prevención primaria o prevención secundaria.

En caso de que el motivo de implantación sea secundario, se incluirán en este programa de intervención psicológica todos los pacientes portadores de un DAI independientemente del tipo de cardiopatía que motivó la implantación del dispositivo:

- Miocardiopatía
 - Isquémica
 - No Isquemica
 - Hipertrófica
- Canalopatías
 - Síndrome de Brugada
 - Síndrome de QT Largo
- Otras cardiopatías:

○ Valvulopatías

También podrán participar en el programa aquellos pacientes que hayan experimentado o sufrido una muerte súbita y que no hayan sido diagnosticados de una enfermedad cardiovascular, o aquellos que a través de un estudio familiar tienen probabilidad de sufrir una muerte cardíaca sin diagnóstico de enfermedad y a quienes se le haya implantado un DAI como prevención primaria. La participación e inclusión en el programa será siempre voluntaria.

5.4.2 Criterios de exclusión

Serán excluidos del programa aquellos pacientes que superen los 80 años de edad. Tampoco participarán en el mismo aquellos pacientes que por su cardiopatía o enfermedad cardiovascular, su naturaleza o gravedad de la misma se encuentren en ingreso hospitalario. Además, también se considerará un criterio de exclusión las siguientes situaciones:

- Capacidad intelectual o cognitiva que impida la elaboración mental y la realización de la evaluación psicológica previa y posterior a la participación en el programa.
- Complicaciones graves derivadas de la enfermedad o que no se puedan contener de forma ambulatoria.
- Consumo de sustancias y adicciones, estén o no diagnosticadas.
- Presencia de conductas suicidas y/u otros síntomas psicopatológicos que no puedan controlarse en los periodos en los que el paciente se encuentra fuera de la asistencia hospitalaria y del programa.

5.5 DERIVACIÓN

Este programa de intervención se realizaría conjuntamente y en colaboración con la Unidad de Arritmias del Hospital de referencia y deberá previamente ser presentado al Comité de Ética de dicho hospital para su aprobación. La derivación a dicho programa debe ser realizada por el cardiólogo/a responsable en la consulta de revisión rutinaria

realizada en la Unidad de Arritmias, atendiendo a los criterios anteriormente expuestos. Se recomienda que se realice inmediatamente después de la implatación del dispositivo. Es también importante que se valore la disponibilidad del paciente para acudir, dado el compromiso y frecuencia de las sesiones que esto supone y trabajar la adherencia al tratamiento.

Una vez realizada la derivación del paciente al programa por parte del cardiólogo/a, se realizará una entrevista semiestructurada individual con el psicólogo/a responsable del programa y se realizará la evaluación psicológica previa al inicio del mismo. Además, en esta entrevista se informará a los participantes de los objetivos del programa, su carácter voluntario, la confidencialidad y el anonimato del tratamiento de los datos obtenidos, y la importancia del nivel de compromiso y adherencia con el programa y el tratamiento por parte del paciente.

5.6 PROCESO DE EVALUACIÓN

Tras recibir el informe de derivación, el psicólogo/a responsable del programa realizará una entrevista con el paciente para realizar una evaluación de la indicación de su participación en el programa. En primer lugar, se comenzará con la firma del consentimiento informado y el compromiso del paciente en la participación del programa y la adherencia al tratamiento. Se informará al paciente del cronograma del programa y la duración del mismo para que pueda así valorar su participación y compromiso. El paciente también firmará un compromiso de confidencialidad en el cuál se compromete a no divulgar, publicar, ceder o revelar directa o indirectamente cualquier información que se trate en las sesiones de psicoterapia en grupo durante el programa, siendo la duración de estas obligaciones de carácter indefinido y se mantendrán en vigor con posterioridad a la finalización del programa de intervención psicológica.

5.6.1 Pruebas y protocolo de evaluación psicológica

Posteriormente, se realizará la evaluación psicológica y se administrarán los cuestionarios y/o instrumentos diseñados y descritos a continuación:

Escala de Personalidad Tipo D (DS-14) (Scale Type D Personality (DS-14); Denollet, 2005). La escala DS- 14 está constituida por 14 ítems que forman dos subescalas, Afectividad Negativa e Inhibición Social, cada una de ellas compuesta por 7 ítems. El formato de respuesta es una escala graduada de 5 puntos que va desde 0 (falso) hasta 4 (Verdadero). El total de puntuaciones de cada subescala oscila en un rango de 0 a 28 puntos. Se define un perfil de Personalidad Tipo D cuando la puntuación de ambas escalas es igual o mayor a 10. En este estudio, se consideró las puntuaciones en la subescala de Afectividad Negativa. Denollet (2005) reportó un coeficiente alfa de .88 para la escala de Afectividad Negativa y de .86 para la de Inhibición Social y con una correlación ítem-total corregida entre .52 y .75. Las puntuaciones entre ambas escalas presentaron una correlación moderada ($r = .37$). Se utilizó la versión en español proporcionada por el autor que fue adaptada a población española, la cual mostró adecuadas propiedades psicométricas en población general (Alcaraz et al., 2018; Montero et al., 2017). La escala DS-14 puede verse en el Anexo I.

Escala Tipo A de Framingham (ETAF) (Haynes et al., 1978; Autores versión española: Del Pino et al., 1990). Esta escala evalúa el Patrón de Conducta Tipo A. Es una escala breve que consta de 10 ítems en la que se plantean cuestiones referidas a 3 factores: competitividad-dominancia, implicación en el trabajo y urgencia del tiempo. Los 5 primeros ítems admiten cuatro opciones de respuesta y los últimos cinco (del ítem seis al diez) solo dos. Para no ponderar de diferente manera unos ítems u otros, Haynes et al. (1978) valoraron para todos los ítems (y no solo del ítem seis al diez) únicamente dos alternativas de respuesta (si o no). El 1 se asigna cuando el enunciado describe la conducta bastante o muy bien (si) y 0 cuando la describe algo o nada en absoluto (no). La puntuación total era la suma de los puntos obtenidos de los 10 ítems dividido por el número de ítems. La puntuación total oscila entre 0 y 1. La consistencia interna del instrumento en la versión española es de .71 (Del Pino et al., 1990).

Listado de Síntomas Breves (LSB-50) (De Rivera y Abuín, 2012). Este instrumento evalúa e identifica la presencia de síntomas psicopatológicos y psicosomáticos. El LSB-50 distingue entre *síntomas de primer rango* y *de segundo rango*, siendo los primeros los que se relacionan con el ajuste y el bienestar personal y social con escasa presencia en la población general y los de segundo rango son aquellos que no están necesariamente relacionados con un desajuste personal, social y laboral significativo. El LSB-50 proporciona puntuaciones en dos escalas de validez (*Minimización* y *Magnificación*), tres índices generales (*Índice de Severidad Goblal*, *Número de síntomas*

presentes e Índice de Intensidad de Síntomas Presentes), nueve escalas y subescalas clínicas entre las que encontramos: *Psicoreactividad, Hipersensibilidad; Obsesión-compulsión; Ansiedad; Hostilidad; Somatización Depresión; Alteraciones del Sueño; Alteraciones del Sueño – Ampliada*, y por último, un *Índice de Riesgo Psicopatológico*. En la Tabla 5 (ver capítulo 3) se describen las diferentes escalas y subescalas del instrumento. Para cada una de estas escalas, subescalas e índices se obtienen puntuaciones directas, percentiles y un perfil de sintomatología psicopatológica a partir de la representación gráfica de las puntuaciones percentiles. Los coeficientes de fiabilidad en las escalas del LSB-50 están comprendidos entre .7 y .9. En cuanto al índice de riesgo psicopatológico, el coeficiente alfa fue de .88, y el coeficiente de fiabilidad para el total de la prueba (índice global) fue de .96.

Escala de Apreciación del Estrés. Escala General de Estrés (EAE – G) (Fernández y Mielgo, 2006). Esta escala tiene como objetivo conocer el peso de los diferentes acontecimientos en la vida de un individuo. La batería de test consta de cuatro escalas independientes: EAE-G (Escala General de Estrés), EAE-A (Escala de Acontecimientos Estresantes en Ancianos), EAE-S (Escala de Estrés Socio-Laboral) y EAE-C (Escala de Estrés en la Conducción). En este estudio utilizamos la escala EAE-G que evaluaba la incidencia de los distintos acontecimientos estresantes que han tenido lugar a lo largo del ciclo vital de cada sujeto. Consta de 53 ítems distribuidos en 4 grandes temáticas: salud, relaciones humanas, estilo de vida y asuntos laborales y económicos. El formato de respuesta es dicotómico (sí o no), y la intensidad se puntúa en una escala de 4 punto desde 0 (nada de intensidad) hasta 3 (máxima intensidad), comparándolo con su grupo normativo. La fiabilidad del test evaluada por el método Test-Retest fue de .65. (Fernández y Mielgo, 2006).

Inventario de expresión de ira estado – rasgo (STAXI-2). State-Trait Anger Expression Inventory (Spielberger, 1999; Autores versión española: Miguel-Tobal et al., 2009). Este instrumento fue utilizado para medir la experiencia, la expresión y el control de la ira. Consta de un total de 49 ítems para las siguientes escalas y subescalas: escala de Estado de Ira (con tres subescalas: Sentimiento, Expresión Verbal y Expresión Física), escala de Rasgo de Ira (con dos subescalas: temperamento de ira y reacción de ira), escala de Expresión Externa de la Ira, Expresión Interna de la Ira, Control Externo de la Ira, Control Interno de la Ira y un Índice de Expresión de Ira. El formato de respuesta es una escala de 4 puntos que va desde A (Casi nunca) hasta D (casi siempre) que indica la intensidad o la frecuencia con la que experimentan, expresan o controlan sus

sentimientos. En cuanto a la interpretación de las escalas y/o subescalas, aquellos sujetos con puntuaciones de ira por encima del centil 75 experimentan o expresan sentimientos de ira en un grado que interfiere con un comportamiento óptimo. El coeficiente alpha de Cronbach indica una buena consistencia interna, con valores de .89 en la escala de Estado de Ira, o .82 en la escala de Rasgo de Ira. En las escalas de Expresión de la Ira encontramos valores entre .69 y .67 (Miguel – Tobal et al., 2009)

Cuestionario sociodemográfico y clínico. Se diseñará un cuestionario con preguntas sociodemográficas con el fin de recoger información sobre la edad, sexo, estado civil, número de hijos, profesión, nivel de estudios alcanzado, así como, referentes al ámbito laboral (situación actual, jornada laboral, y horario de trabajo). También se incluirán preguntas que hagan referencia a antecedentes personales y médicos del paciente (presencia o no de patología cardíaca, hipertensión, consumo de alcohol o drogas, etc.), sobre la historia clínica del paciente (motivo de implantación, etiología, años de implantación del DAI, antecedentes de patología cardíaca, antecedentes psiquiátricos/psicológicos, problemas de sueño, miedo a las descargas, actividad física, hábitos de sueño, hábitos alimenticios, etc.), y cuestiones relacionadas con el grado de estrés subjetivo en general que experimentaba el paciente y el grado de malestar o sufrimiento subjetivo derivado de la enfermedad y en distintos ámbitos tanto el laboral, familiar como el personal. Este cuestionario se puede encontrar en el Anexo II y Anexo III.

El tiempo medio de evaluación por paciente se estima será aproximadamente de una hora y media de duración. Los pacientes serán evaluados de manera individual administrando a modo de entrevista todas las pruebas e instrumentos psicológicos del protocolo de evaluación.

Para garantizar el eficiencia y efectividad del programa, antes de incorporarse al programa de intervención psicológica, el psicólogo/a debe garantizar que se posee un informe del paciente tras la evaluación que comprenda los siguientes requisitos:

- Diagnóstico de su patología cardíaca.
- Implantación de un Desfibrilador Automático Implantable.
- Evaluación psicológica de las variables psicológicas con los instrumentos y cuestionarios descritos anteriormente:

- Personalidad Tipo D
 - Patrón de Conducta Tipo A
 - Estrés
 - Síntomas Psicopatológicos y Psicosomáticos
 - Ira y Hostilidad
- Evaluación de la capacidad funcional del paciente, considerando la necesidad de supervisión y futuras evaluaciones médicas, si se requirieran.

En dicho proceso de evaluación, se pretende:

- Valorar el estado psicológico y emocional del paciente
- Iniciar una relación psicoterapéutica positiva que favorezca la confianza, colaboración, implicación y motivación para el tratamiento psicológico, así como la conciencia de enfermedad y el compromiso a la adherencia al tratamiento.
- Explicar el funcionamiento del Programa de Intervención Psicológica en el que se va a participar.
- Conocer al equipo psicoterapéutico y tener el primer contacto.

Este proceso de valoración se puede completar con un periodo de observación grupal o individual para valorar: a) el desempeño, la actitud y la participación en las tareas y dinámicas del grupo; b) la relación que se mantenga con su pareja/conyuge y/o familiares y su red de apoyo familiar; c) la calidad de la relación con el equipo médico de la Unidad de Arritmias de procedencia, y d) la capacidad del grupo para acoger, integrar y ayudar al paciente.

Desde el momento en que el paciente inicie su participación en el Programa de Intervención Psicológica, el equipo psicoterapéutico de dicho programa establecerá una coordinación periódica con los profesionales de referencia Unidad de Arritmias de procedencia del paciente mediante reuniones para hacer un seguimiento del paciente no solo a nivel psicológico sino también médico.

Si por algún motivo, no se cumplen los criterios de inclusión en el programa, se contactaría con el cardiólogo/a de referencia y se elaboraría un informe que justifique de forma razonada los motivos, así como las recomendaciones que puedan aportarse.

En todos los supuestos, se remitirá un informe a la Unidad de Arritmias de procedencia y al cardiólogo/a de referencia donde se detallará el resultado de la evaluación psicológica previa a la incorporación del paciente ha dicho programa y siempre tras la autorización y consentimiento del paciente.

5.7 PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

El programa de intervención psicológica comenzará con una fase psicoeducativa que tendrá una duración de un mes y medio, continuará con una segunda fase de intervención psicológica con un total de seis sesiones y finalizará con una fase de seguimiento y control individual durante los siguientes doce meses. Se realizaría en régimen ambulatorio en el hospital de referencia del paciente con DAI. Las fases de dicho programa se detallan a continuación.

5.7.1 Fase I. Psicoeducativa

La psicoeducación es una intervención que proporciona una base teórica y práctica englobando los distintos factores implicados, tanto biológicos, psicológicos socioculturales y/o familiares con el fin de ayudar e instruir a los pacientes a comprender su enfermedad (qué les sucede), las causas de la misma y qué creencias, hábitos o costumbres pueden seguir siendo un factor de riesgo y perjudicar su pronóstico y/o evolución de la enfermedad (Losada y Zavalía, 2019). La psicoeducación puede ser utilizada dentro del ámbito de la prevención primaria con el fin de reducir factores de riesgo tales como el tabaquismo, la obesidad, el sedentarismo, dietas ricas en grasas, etc. pero en este programa se utilizará en el ámbito de la prevención secundaria en el contexto hospitalario/ambulatorio. Los objetivos principales de esta fase psicoeducativa del programa son: a) concienciar al paciente de la relación existente entre sus comportamientos y conductas que llevan a potenciar los factores de riesgo y el padecimiento recurrente de eventos cardíacos o descargas (apropiadas y/o inapropiadas); b) prevenir factores de riesgo; c) informar a los pacientes en lo relacionado al dispositivo, su implantación, posibles complicaciones, signos de alerta, cuándo consultar o acudir al cardiólogo/a, etc.

Esta formación e información supondría facilitar en el paciente la adherencia al tratamiento médico. Del mismo modo, son varios los factores que pueden influir en que la adherencia a la intervención psicológica y al programa en si mismo sea adecuada. Uno de ellos es la falta de información, tanto del paciente como de sus familiares cercanos, sobre la enfermedad. Esta falta de información puede también generar en el paciente pensamientos y creencias erróneas. Otros factores que también pueden condicionar esta adherencia al tratamiento es el curso y la gravedad de la enfermedad, el apoyo social del paciente, la situación económica, variables de tipo social y ambiental, y la accesibilidad al régimen ambulatorio, centro médico etc. (Fernández- Abascal et al., 2003). Para llevar a cabo esta parte informativa sobre el dispositivo, se entregará a cada uno de los pacientes el Manual del Paciente “Vivir con un DAI” de la Sociedad Española de Cardiología con el fin de que siempre puedan tener esa información detallada para su consulta. Entre los temas que se trataran en las sesiones, encontramos:

- ¿Qué es un DAI?
- ¿Por qué su implantación?
- ¿Cómo funciona un corazón sano?
- ¿Qué es una arritmia? Tipos de arritmias
- ¿Cómo funciona el DAI?
- Beneficios del DAI
- Aspectos a los que prestar especial atención y/o limitaciones
- Posibles complicaciones tras la implantación
- Señales de alerta a consultar con el cardiólogo/a

Esta fase psicoeducativa, será grupal e incluirá a los pacientes y de manera voluntaria, estos podrán ir acompañados por algún familiar. Se desarrollará en un entorno ambulatorio y tendrá una duración aproximada de 6 sesiones con una frecuencia semanal. Cada sesión tendrá una duración de 90 minutos y generalmente se impartirán por la tarde para favorecer la asistencia de los pacientes y sus familiares. Los grupos estarán formados por un máximo de 15 personas. Inicialmente, las dos primeras sesiones, serán muy estructuradas y a partir de las necesidades de los pacientes y de los conocimientos y la información que tengan sobre la enfermedad y/o el dispositivo, posteriormente, las sesiones siguientes estarán orientadas a desarrollar el tema planificado a tratar en dicha

sesión de los anteriormente citados, pero se enfocarán en las preguntas e inquietudes que tenga cada participante (Holtkamp et al., 2005). El equipo terapéutico que intervendrá en esta primera fase del programa esta formado por: cardiólogo/a y psicólogo/a clínico. El desarrollo del programa y la descripción de las sesiones se puede encontrar en la Tabla 13.

Tabla 13
Desarrollo de la Fase Psicoeducativa

<p><i>1ª Sesión</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentación del programa • Presentaciones de los miembros del grupo, equipo psicoterapéutico y normas de funcionamiento • Tema a tratar: factores de riesgo en ECV <p><i>2ª Sesión</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tema a tratar: definición ¿Qué es un DAI y como funciona? ¿Cómo funciona un corazón sano? ¿Qué es una arritmia? Tipos de arritmias • Tareas para casa <p><i>3ª Sesión</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas para casa • Tema a tratar: Preocupaciones y miedos tras la implantación del DAI • Debate: definición, experiencias personales, vivencias <p><i>4ª Sesión</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Debate: ¿Cuáles son los hábitos para reducir los factores de riesgo? • Tema a tratar: ¿Cómo modificar nuestros hábitos? • Tareas para casa: autorregistro de nuestros hábitos (actividad física, dieta, hábitos de sueño, etc.) <p><i>5ª Sesión</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas para casa • Debate: continuar con la explicación sobre factores de riesgo y hábitos de salud. • Tareas para casa: registrar cambios en los hábitos de salud y realizar autoregistros. <p><i>6ª Sesión</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas para casa • Debate: posibles complicaciones tras la implantación y señales de alerta a consultar con el cardiólogo/a • Resumen de todas las sesiones y recomendaciones

El fin último de esta fase es concentrarnos en la conducta y/o comportamiento del paciente haciendo especial hincapié en su responsabilidad sobre su participación y compromiso con el programa, en la disminución de conductas y/o hábitos de riesgo, así como fomentar hábitos de vida saludables. Los aspectos más emocionales se tratarán en la siguiente fase del programa.

5.7.2 Fase II. Intervención Psicológica

Dentro de los factores de riesgo relacionados con las ECV también encontramos la ira, la hostilidad, la ansiedad y la depresión (Arrarte, 2016). El diagnóstico de una ECV generalmente conlleva un ingreso hospitalario y con él surge generalmente una afectación psicológica. Se comienza una etapa de incertidumbre tras lo sucedido, miedos, y la presencia de emociones negativas como la ansiedad, un estado de ánimo depresivo, e irritabilidad (Rodríguez y Neipp, 2008).

Teniendo en cuenta, que los síntomas de depresión mayor se consideran un factor de riesgo en ECV, se deben de adoptar medidas dentro del programa de rehabilitación cardíaca (Mallol, 2017).

En otro estudio con una muestra grande de pacientes europeos con DAI y TRC-D que participaron en un estudio de cohorte REMOTE-CIED en el que participaron 5 países de Europa, entre los que se encuentra España, la prevalencia de ansiedad fue del 16%, la de depresión de un 19%, y el 25% de los pacientes informaron de uno o más síntomas de angustia en el primer mes tras la implantación. Los factores psicológicos informados por el paciente, es decir, las percepciones de la enfermedad, las preocupaciones relacionadas con el dispositivo y el estado de salud informado por el paciente fueron los más asociados a esa sensación de angustia. Es importante destacar, que este estudio, también señala que la asistencia a la rehabilitación cardíaca se asoció con una disminución de los sentimientos de angustia (Versteeg et al., 2017).

Otros autores, Berg et al., (2015), mostraron que la rehabilitación cardíaca integral, incluyendo tanto el entrenamiento físico como la intervención psicológica mejoró significativamente la salud en general y se encontraron resultados positivos tras la intervención en pacientes portadores de un DAI. Estas intervenciones deben estar dirigidas a necesidades y preferencias de los pacientes e incluir técnicas de reestructuración cognitiva y manejo del estrés para abordar sus creencias negativas sobre la enfermedad y el tratamiento y mejorar así sus habilidades de afrontamiento (Dunbar et al., 2012; Habibovic et al., 2013).

La identificación adecuada de estos pacientes es esencial ya que pueden beneficiarse de las intervenciones psicológicas y la rehabilitación cardíaca en términos de mejor pronóstico y una mejor CV (Versteeg et al., 2017). Además, los pacientes

portadores de un DAI necesitan rehabilitación cardíaca y parece recomendable una intervención combinada de entrenamiento psicoeducativo y de ejercicio (Berg et al., 2015).

Existe evidencia de que los pacientes que experimentan ansiedad o depresión después de la implantación de un DAI pueden recibir asistencia mediante una intervención terapéutica (Hirsh et al., 2009). Una revisión sistemática de 12 estudios concluyó que la TCC era la intervención más eficaz para reducir la ansiedad y la depresión en estos pacientes (Salmoirago-Blotcher y Ockene, 2009). Sin embargo, los autores también concluyeron que, debido a las limitaciones metodológicas de los estudios anteriores, se necesitan grandes ensayos controlados aleatorios de posibles intervenciones psicosociales y conductuales para estos pacientes. Estas conclusiones se difundieron con Dunbar et al., (2012), quienes añaden que, además de estudios más rigurosos de intervenciones psicológicas, existe la necesidad de medidas psicológicas más sensibles con las que medir el ajuste en pacientes con un DAI (Dunbar et al., 2012).

Tras todo lo comentado anteriormente, y dada la importancia demostrada de los factores psicológicos en la rehabilitación de pacientes con un DAI y centrándonos en la necesidad de trabajar esos factores se ha incluido dentro del programa de intervención psicológica una fase de intervención psicológica de las siguientes variables: Personalidad Tipo D (Afectividad Negativa), Personalidad Tipo A, Estrés, e Ira. Se desarrollará igualmente como la fase I, en un entorno ambulatorio y tendrá una duración de 6 sesiones con una frecuencia semanal. Cada sesión tendrá una duración de 90 minutos y se impartirán por la tarde para favorecer la asistencia de los pacientes y sus familias. Los grupos estarán formados por un máximo de 15 personas. Los contenidos y temas a tratar en las sesiones de esta fase son:

- Síntomas relacionados con el estado de ánimo (Afectividad Negativa)
- Malestar derivado de la enfermedad
- Miedo a las descargas y otros miedos
- Estrés
- Patrón de Conducta Tipo A
- Expresión y Control de la Ira

En la Tabla 14, se muestra la estructura y características del programa de intervención psicológica para cada una de las sesiones.

Tabla 14
Estructura de la Fase II. Intervención Psicológica

Sesión y Objetivo	Técnicas y actividades
<i>1ª Sesión.</i> – Presentación de esta fase del programa. Nuestro estado de animo y la Afectividad Negativa	Psicoeducación: emociones negativas y como gestionarlas
<i>2ª Sesión.</i> – Malestar derivado de la enfermedad: síntomas y creencias erróneas	Debate: ¿Cómo me afecta la enfermedad? Reestructuración Cognitiva Mindfulness
<i>3ª Sesión.</i> – Miedo a las descargas y otros miedos	Reestructuración Cognitiva
<i>4ª Sesión.</i> – Estrés: ¿Cómo identificar situaciones de estrés cotidianas? ¿Cómo manejarlas?	Técnica de Relajación de Jacobson Mindfulness
<i>5ª Sesión.</i> – ¿Qué es el Patrón de Conducta Tipo A: Ira y Hostilidad? ¿Qué efectos tiene la hostilidad y el enfado?	Psicoeducación: características Patrón de Conducta Tipo A
<i>6ª Sesión.</i> – ¿Cómo expresar y controlar mi ira, enfado y hostilidad?	Técnicas de autocontrol Psicoeducación: emociones negativas y como gestionarlas

Las técnicas de intervención psicológica utilizadas durante esta fase del programa son:

- Reestructuración Cognitiva
- Mindfulness
- Técnicas de relajación y autocontrol

Durante todas y cada una de las sesiones de esta fase de intervención es fundamental llevar a cabo una reunión de equipo semanal para valorar derivaciones a Salud Mental, la necesidad de elaborar un plan de tratamiento psicoterapéutico individualizado, revisión de objetivos y rediseño de sesiones si fuese necesario, así como la elaboración de informes de seguimiento de cada paciente. Es importante la supervisión de los casos para abordar posibles situaciones de crisis.

Además de esta coordinación interna del equipo psicoterapéutico que lleva a cabo el Programa de Intervención Psicológica, es importante también mantener la coordinación

durante todas las fases del programa con el equipo de cardiología de la Unidad de Arritmias del Hospital de referencia en cuestión y con los cardiólogos/as de referencia de los pacientes que acuden al programa, así como la coordinación con otros profesionales si fuese necesario.

5.7.3 Fase III. Mantenimiento y seguimiento

Esta tercera fase del programa de intervención se realizará una vez finalizadas todas las sesiones anteriormente planteadas, tanto las seis sesiones de la Fase I. Psicoeducativa como las seis sesiones de la Fase II. Intervención Psicológica. Este seguimiento se realizará individualmente, con los siguientes intervalos de tiempo, a los 3 meses y a los 6 meses después de haber finalizado el programa. Uno de los objetivos de esta fase de seguimiento y mantenimiento es identificar áreas deficitarias, conductas nocivas, presencia de emociones negativas, bajo control de impulsos y emociones y/u otras alteraciones o disfunciones que puedan presentarse y que deban ser identificadas para ser atendidas o bien derivadas y remitidas a otros especialistas que puedan intervenir para mejorar el estado de salud y bienestar del paciente. Es importante continuar con un estrecho seguimiento al menos en el primer año de manera sistemática para constatar el estado físico y psicológico del paciente, la adherencia al programa de intervención, las modificaciones en su estilo de vida, etc. El fin último es reducir la presencia de eventos cardíacos, es decir, disminuir la morbilidad y la mortalidad (Burdial, 2014).

5.8 VALORACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

La valoración y evaluación del programa se lleva a cabo tras finalizar la intervención para evaluar el impacto clínico y psicológico del programa en los pacientes que han participado en el mismo. Para valorar la efectividad y eficiencia objetiva del programa de intervención se debe realizar una evaluación pretest y postest a la participación de los pacientes en el programa de Intervención Psicológica. Con el fin de evaluar el programa de intervención psicológica implementado se realizarán mediciones en cuatro momentos temporales: 1) pretest antes del inicio de la intervención; 2) postest al finalizar el programa de intervención; 3) seguimiento a los 3 meses y 4) seguimiento a

los 6 meses. Además, se evaluará también a un grupo control equivalente, es decir, un grupo de pacientes con un DAI que cumplan con los criterios de inclusión y que no participe en el programa. Además de evaluar a los pacientes con el protocolo de evaluación definido previamente, también se evaluarán los siguientes aspectos, para los pacientes de ambos grupos experimental y control:

- Número de solicitudes imprevistas de asistencia sanitaria (puerta de urgencias)
- Derivaciones a Salud Mental
- Número total de consultas a su cardiólogo de referencia, fuera de la asistencia ambulatoria programa de seguimiento tras la implantación.
- Uso de psicofármacos tras la implantación o aumento y/o modificación de las dosis si ya se venían consumiendo.
- Cambios percibidos por los pacientes.
- Satisfacción con el programa de intervención.

CAPITULO 6: DISCUSIÓN GENERAL

6.1 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en esta tesis han permitido examinar y describir aquellas variables psicológicas y psicosomáticas asociadas al ajuste psicológico de pacientes portadores de un desfibrilador automático implantable, en función del motivo de prevención, ya sea primario o secundario, y en función del género. A su vez, se ha examinado la validez y la fiabilidad de la escala de personalidad DS-14, diseñada por Denollet (2005) para evaluar el constructo de Personalidad Tipo D y se ha adaptado a población española, relacionando la Personalidad Tipo D con algunas variables de salud como la hipertensión y la enfermedad cardíaca.

Tal y como se hace referencia en el capítulo 3, se han estudiado las diferencias en la relación entre el motivo de implantación (prevención primaria frente a secundaria) y variables psicológicas como la ansiedad y la depresión (Bilge et al., 2006; Magyar-Russell et al., 2011; Paneque et al., 2014; Pedersen et al., 2005; Saskia et al., 2014; van den Broek et al., 2008) que han sido estudiadas previamente y otras como son la hostilidad, la somatización y las alteraciones del sueño, no estudiadas hasta el momento en este tipo de pacientes.

Los constructos de personalidad como el Patrón de Conducta Tipo A y la Personalidad Tipo D, también han sido objeto de estudio en esta tesis ya que, como demuestran estudios anteriores, se han definido como factores de riesgo psicológico asociado al desarrollo de patologías cardiovasculares, como factores predictores de peor pronóstico y con una menor adherencia al tratamiento (Denollet y Conraads, 2011). Se han asociado a un peor ajuste psicológico de la enfermedad, a un mayor deterioro de la CV y a un mayor riesgo de mortalidad (Montero et al., 2017). Es por ello, el interés en evaluar estos constructos en pacientes portadores de un desfibrilador.

También se han analizado, en el capítulo 2, el miedo a las descargas y el grado de malestar subjetivo derivado de la enfermedad lo que ha permitido determinar si el grado de ajuste psicológico de estos pacientes está influenciado por el motivo de implantación (primario o secundario). Las diferencias entre el motivo de implantación y la presencia o no de síntomas de la enfermedad pueden ser determinantes en el ajuste psicológico de estos pacientes y del grado de malestar que les genere la enfermedad. Todo ello, además,

influye de manera directa en la presencia de mayores niveles de ansiedad (Rahmawati et al., 2016).

Por último, tal y como podemos ver en el capítulo 4, se han estudiado las repercusiones psicológicas derivadas de la implantación de un DAI como tratamiento de arritmias cardíacas en función del género en este tipo de pacientes lo que ha puesto de manifiesto que se presentan diferentes pautas de comportamiento entre hombres y mujeres. Las diferencias encontradas evidencian la necesidad de atender e intervenir, no solo desde una perspectiva médica sino también psicológica a estos pacientes después de la implantación del dispositivo. Es por ello, que en el capítulo 5 podemos encontrar una propuesta de un programa de intervención psicológica para este tipo de pacientes centrándonos en dos fases principales de intervención: la psicoeducativa y la intervención psicológica.

6.1.1 Personalidad Tipo D y adaptación de la escala DS-14

Según lo visto en el capítulo 2, la adaptación y versión española de la escala DS-14 mostró adecuadas propiedades psicométricas, similares a las mostradas en estudios similares previos realizados en otros países (Alcelik et al., 2012; Barnet et al., 2009; Bergvik et al., 2010; Christodoulou et al., 2013; Denollet, 2005; Grande et al., 2004; Juczynski y Oginska-Bulik, 2009; Kaur et al., 2014; Lim et al., 2011; Pedersen et al., 2009; Pedersen y Denollet, 2004; Sprindler et al., 2009; Svandottir et al., 2012; Vilchinsky et al., 2012; Wen et al., 2013; Yu et al., 2008; Yu et al., 2010).

En nuestro estudio, encontramos una prevalencia de Personalidad Tipo D en población comunitaria de un 29.7%, un porcentaje superior a lo obtenido en estudios previos. Por lo que podíamos concluir que 3 de cada 10 sujetos que participaron en el estudio fueron clasificados con Personalidad Tipo D. También encontramos una mayor prevalencia de Personalidad Tipo D en personas con hipertensión y con patología cardíaca. Sin embargo, no se encontraron diferencias en función del género en la proporción de sujetos con Personalidad Tipo D en población comunitaria. Estos resultados van en la línea de los estudios de Denollet (2005) quien encontró una prevalencia de la Personalidad Tipo D mayor en pacientes coronarios (27%) y pacientes hipertensos (54%) comparado con individuos de población comunitaria (19%).

Los resultados de nuestra investigación, tanto en población general como en población con patología cardíaca, son similares a las adaptaciones de esta escala que se ha realizado en otros países como Alemania (Grande et al., 2004), Italia (Gremigni y Sommaruga, 2005), Dinamarca (Perdersen y Denollet, 2004) y países asiáticos como Taiwán (Weng et al., 2013), Corea (Lim et al., 2011) y China (Yu et al., 2008; Yu et al., 2010). Estudios anteriores, en población general, han encontrado que las características de Personalidad Tipo D tienen un impacto negativo en el estado de salud mental con una mayor prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad, TEPT, estrés mental, escaso apoyo social y con estrategias pasivas de afrontamiento ante la vida (Denollet, 2005; Kupper y Denollet 2014). También se encontró que dicha personalidad incidía más problemas somáticos y un estado de salud inferior (Svansdottir et al., 2013). Además, supone un factor de vulnerabilidad al estrés psicológico, asociado a mecanismos de promoción de enfermedad en personas sanas (Mols y Denollet, 2010).

Posteriormente, y tras la adaptación de la escala DS-14 a población española y una vez validadas las propiedades psicométricas de la misma se evaluó la Personalidad Tipo D en pacientes portadores de un DAI. Los resultados concluyeron que la prevalencia para este tipo de pacientes fue de un 9% (n=8). Este resultado fue menor que los obtenidos en otros estudios con pacientes portadores de un DAI (Denollet, 2005).

A pesar de que la prevalencia de Personalidad Tipo D para este tipo de pacientes fue baja, se analizó la relación entre la subescala de AN de la Personalidad Tipo D en pacientes con hipertensión, enfermedad cardíaca y pacientes portadores de un DAI. Los resultados mostraron, como se puede ver en el capítulo 2, que el 56.1% de los pacientes hipertensos puntuaban 10 o más en esta subescala. Este resultado, fue del 64.6% en pacientes con enfermedad cardíaca. Por otro lado, los resultados mostrados en el capítulo 4, ponen de manifiesto que el 40% de los pacientes portadores de un DAI presentan puntuaciones altas en AN, siendo por tanto un rasgo típico de Personalidad Tipo D. Obtener puntuaciones altas en esta subescala indica la tendencia de los sujetos a mostrar emociones negativas que implica síntomas como la disforia, la ansiedad e irritabilidad, visión negativa de uno mismo y ansiedad anticipatoria a problemas inminentes. Estos síntomas se relacionan con un aumento de la morbilidad y mortalidad en la cardiopatía isquémica (Denollet et al., 1996; Denollet et al., 2013; Pedersen et al., 2010), con mayor riesgo de arritmia ventricular después de la implantación de un DAI (van den Broek et

al., 2009), con baja adherencia a los tratamientos en pacientes con infarto de miocardio (Williams et al., 2011), con un pronóstico cardíaco negativo, con mayor inestabilidad emocional en los pacientes y como factor predictor de riesgo independiente de muerte cardíaca (Denollet et al., 2013; Pedersen, et al., 2010). Respecto a la IS, la otra subescala del constructo de Personalidad Tipo D, los resultados mostraron que solo el 19.1% de los pacientes portadores de un DAI presentaban puntuaciones de 10 o superiores en esta subescala. Siendo las características que definen estas altas puntuaciones (Denollet, 2005; Denollet et al., 2010; Emons et al., 2007): la tendencia a inhibir la expresión de emociones y a evitar las interacciones sociales para evitar reacciones negativas en otros (por ejemplo, la desaprobación). Además, suelen ser personas que se sienten inhibidas, tensas e inseguras lo que implica malestar en las interacciones sociales y ausencia de habilidades sociales.

6.1.2 Ajuste psicológico en función del motivo de prevención: primaria vs secundaria

Uno de los objetivos planteados fue analizar las diferencias en el ajuste psicológico en función del motivo de implantación, ya fuese primario o secundario, en pacientes portadores de un desfibrilador. Para ello utilizamos la escala de síntomas breves LSB-50 (De Rivera y Abuín, 2012) lo que nos permitió determinar la existencia de alteraciones psicológicas, psicosomáticas y sintomatología clínicamente relevante en este tipo de pacientes y en función del motivo de implantación (primaria frente a secundaria).

Como en estudios anteriores (Bilge et al., 2006; Magyar-Russell et al., 2011; Paneque et al., 2014; Pedersen et al., 2005; Saskia et al., 2014; van den Broek et al., 2008), en el capítulo 3, se ha estudiado la relación del motivo de implantación y la presencia de variables psicológicas como la ansiedad, la depresión y la CV. Además, se ha ampliado al estudio de otras variables como la hostilidad, la somatización y las alteraciones del sueño mostrando diferencias en función del motivo de implantación pudiendo incluso suponer un diagnóstico clínico.

El análisis de los datos obtenidos muestra que del total de la muestra el 43.9% de los pacientes con DAI independientemente del motivo de implantación, presentó

alteraciones del sueño, lo que supone una puntuación percentil igual o superior a 84 en esta subescala clínica. Estos resultados son similares a los encontrados en el estudio de Habibovic et al. (2017) quienes demostraron que la alteración del sueño tenía una alta prevalencia (57%) en pacientes con DAI, un año después de la implantación. Además, determinaron también que una edad más joven en el paciente y altas puntuaciones en AN eran predictores independientes de alteraciones del sueño doce meses después del implante (Habibovic et al., 2018). En nuestro estudio, también podríamos relacionar las altas puntuaciones de AN con la presencia de alteraciones del sueño en pacientes portadores de un desfibrilador. Con respecto a los predictores de alteraciones del sueño o menor calidad de este, otras investigaciones han demostrado que una edad más joven, ser mujer, la ansiedad, la presencia de síntomas depresivos y la enfermedad cardíaca subyacente predice una menor calidad del sueño a lo largo del tiempo (Berg et al., 2012; St-Onge et al., 2016; Kwon et al., 2017). Los resultados encontrados en los estudios realizados en esta tesis no se encuentran en la línea de los trabajos previos de Kwon et al. (2017) y Habibovic et al. (2018), en concreto, se ha encontrado que los trastornos del sueño suelen ser más frecuentes en personas de edad más avanzada (López-Torres et al., 2007) y esto puede explicar que no se deba tanto al motivo de la prevención (primaria frente a secundaria) sino que pudiera ir asociado a la edad media de la muestra (54.6 años).

Por otro lado, se encontró que el 28% de los participantes en este estudio presentaron puntuaciones muy altas en la escala de Somatización (superiores al percentil 84). Estos pacientes presentaron una mayor presencia de síntomas de malestar somático o corporal como palpitaciones, mareos o desmayos, dolores de cabeza, entumecimiento y dolor muscular, dolores en el pecho y dificultad para respirar. Respecto a otros síntomas sobre depresión y ansiedad que han sido variables muy estudiadas para esta muestra de pacientes independientemente del motivo de implantación (Bilge et al., 2006; Magyar-Russell et al., 2011; Rahmawati et al., 2016; Saskia et al., 2014; Van den Broek et al., 2008), en este estudio, y como puede verse en el capítulo 3, no se señalan porcentajes elevados de pacientes con valores de depresión clínicamente relevantes, ya sea el motivo de implantación primario o secundario motivo y tampoco se encuentran diferencias en depresión entre ambos grupos tal y como afirmaron autores anteriores (Bilge et al., 2006; Rahmawati et al., 2016).

Si hacemos referencia al ajuste psicológico en función del motivo de implantación, en pacientes cuyo motivo de implantación fue primario, encontramos que un porcentaje mayor (35%) de este tipo de pacientes presentaron mayores puntuaciones en la escala de Somatización. Además de la escala de Somatización, en general se encontraron puntuaciones más altas en este tipo de pacientes, en las subescalas de Psicoreactividad, Obsesión-Compulsión, Ansiedad y el Índice de Riesgo Psicopatológico. En cuanto a la ansiedad, y a pesar de que la aceptación del dispositivo tras la implantación generalmente es alta, los pacientes que lo llevan implantado por prevención primaria podrían no comprender la necesidad del mismo. Esto a su vez podría justificar mayores niveles de ansiedad, excesiva preocupación por el dispositivo tras la implantación y una baja CV comparado con los pacientes cuyo motivo de implantación es secundaria (Rahmawati et al., 2016).

Así mismo, el 25 % de los pacientes cuyo motivo de implantación fue primario mostró un nivel moderado o intenso en cuanto al nivel de malestar subjetivo con la enfermedad comparado con el 14.7% del total de pacientes cuyo motivo de implantación fue secundario. En consistencia con estos resultados, Rahmawati et al. (2016) mostró que los pacientes cuyo motivo de implantación había sido primario presentaban más preocupación asociada al DAI y mayores niveles de ansiedad. Una explicación a esto podría ser el hecho de que los pacientes por prevención primaria no hayan padecido síntomas relacionados con la enfermedad cardiovascular, en este caso infarto o arritmia ventricular que justifique la necesidad de implantación de un desfibrilador y así mismo no podrían comprender la necesidad del mismo. Esto podría también ir relacionado con el hecho de que un menor número de pacientes cuyo motivo de implantación fue primario (23%) experimenten en algún momento miedo a recibir una descarga. El hecho de no tener síntomas de enfermedad y de por tanto reducir la probabilidad de descarga reduciría a su vez el miedo a la misma.

Si hablamos de pacientes con DAI cuyo motivo de implantación era secundario debemos destacar puntuaciones muy altas en la escala de Hostilidad. Estos pacientes se caracterizan por reacciones de pérdida de control emocional con manifestaciones de agresividad, ira, rabia o resentimiento. Se evalúan los impulsos o la necesidad de destrozarse algo, la sensación de estar irritable o fácilmente enojable, la presencia de ataques de ira que no puede controlar, gritos o tirar cosas, presencia de frecuentes

discusiones con otros y arrebatos de agresividad que llevan a golpear o incluso hacer daño a otros (De Rivera y Abuín, 2012).

En relación al miedo a recibir descargas, encontramos mayor porcentaje en el grupo de prevención secundaria, casi un 30% de los sujetos. Si bien es cierto que son más los pacientes por prevención secundaria quienes experimentan o han sufrido alguna descarga (63.2% en este estudio) y esto puede explicar, que desarrollen más miedo a sufrirlas en el futuro o presenten ansiedad anticipatoria que los pacientes de prevención primaria (12.9% para esta muestra). Estos resultados están en la línea de los obtenidos por Groeneveld et al (2007). Una posible explicación dada por estos autores es que los pacientes de prevención secundaria, por definición, han experimentado previamente un infarto o una arritmia ventricular lo que puede desarrollar ese miedo a volver a recibir una descarga o algún otro síntoma derivado de la enfermedad o de la implantación del DAI.

6.1.3 Adaptación psicológica tras la implantación y diferencias en función del género

A pesar de que como hemos comentado previamente, la mayoría de los pacientes se adaptan bien al dispositivo tras su implantación (Pedersen et al., 2013), entre el 25 y el 33% de los pacientes refieren problemas psicológicos después de la misma (Hoogwegt et al., 2012). Además, otros estudios han demostrado que tanto la ansiedad, el TEPT como la Personalidad Tipo D se han relacionado con un mayor riesgo de mortalidad en pacientes con un DAI (Ladwing et al., 2008; Van de Broek et al., 2009). Estos problemas son diferentes en función del género. Las diferencias en el ajuste psicológico y el análisis de las repercusiones psicológicas derivadas del tratamiento de las arritmias cardíacas tras la implantación del DAI entre hombres y mujeres se comentarán de forma más detallada a continuación, agrupadas en patrones de personalidad (Afectividad Negativa como subescala de la Personalidad Tipo D y Patrón de Conducta Tipo A) estrés e ira diferenciando entre expresión y control externo y/o interno de la misma.

Los resultados encontrados en el capítulo 4, ponen de manifiesto que el 40% de los pacientes participantes en este estudio presentaba puntuaciones altas en Afectividad Negativa (AN), siendo un rasgo típico de Personalidad Tipo D. Esto indica una tendencia

a experimentar emociones negativas, sentimientos de disforia, preocupación, ira, ansiedad e irritabilidad y se relacionan con mayor riesgo de padecer nuevos eventos cardíacos, peor ajuste psicológico a la enfermedad y un mayor riesgo de mortalidad (Pedersen et al., 2013). Además, se observaron puntuaciones más altas en AN en mujeres respecto a los hombres como han apoyado investigaciones previas en las cuales se concluye que parece haber una mayor prevalencia de emociones negativas y Personalidad Tipo D en las mujeres que en los hombres (Denollet, 2005; Montero et al., 2012).

En cuanto al Patrón de Conducta Tipo A las puntuaciones fueron similares en ambos sexos, sin embargo, las puntuaciones medias de hombres fueron similares a las obtenidas en estudios anteriores (Denollet, 2005). Estos resultados exponen la necesidad de incidir en la evaluación de este patrón de personalidad también en mujeres con el fin de evitar un infradiagnóstico de dichas características de personalidad en pacientes mujeres con DAI al ser un patrón cuya incidencia es más esperable en hombres. Podemos por tanto concluir que se debe evaluar e intervenir en las características de Personalidad Tipo A en estos pacientes, independientemente del género.

Ya que los acontecimientos estresantes que vivencia un paciente a lo largo de su vida pueden ser un desencadenante de enfermedad crónica cardiovascular, se evaluó en este tipo de pacientes la intensidad de estrés ya que los pacientes portadores de un DAI tras su implantación, pueden ser particularmente propensos a desarrollar un TEPT con síntomas que pueden persistir incluso varios años (Ladwing et al., 2008). En relación a esto, encontramos que las mujeres puntuaban significativamente más alto que los hombres. Estos resultados son congruentes con los encontrados por Rahmawati (2013) quién afirmó que el TEPT se da significativamente con más frecuencia en mujeres que en hombres portadores de un DAI. Además, un estudio de este mismo autor (Rahmawati et al., 2016) encontró que las mujeres mostraban una mayor preocupación asociada a la implantación del dispositivo; siendo esto consistente con un estudio previo del mismo autor (Rahmawati, 2013). Esto también iría en la línea de otras investigaciones que subrayan la necesidad de que este tipo de pacientes reciban una atención psicológica integral e interdisciplinar (Chevalier et al., 2006; Dougherty et al., 2004; Dougherty et al., 2019; Dunbar et al., 2012; Frizelle et al., 2004; Habibović et al., 2017; Irvine et al., 2011; Pedersen et al., 2009). Sin embargo, en ningún caso las puntuaciones fueron superiores a la puntuación media para grupos normativos. Esto puede deberse a que el

número y la intensidad de los agentes estresantes evaluados y acontecidos en sus vidas puede que no hayan sido relevantes o bien que esos eventos evaluados, fueron previos a la implantación del DAI y que por tanto no están relacionados con el problema crónico de salud o el dispositivo en sí mismo. También se observaron puntuaciones más altas en Ira tanto en ira como rasgo como en el Índice de Expresión de la Ira en las mujeres respecto a los hombres.

Las relaciones entre variables en función del género, pone de manifiesto que se encuentran algunas pautas de comportamiento diferentes entre hombres y mujeres portadores de un DAI. En concreto, en mujeres la AN y la Personalidad Tipo A se asocian con el autocontrol en la expresión de la ira. Esto confirma resultados de estudios previos (Montero et al., 2012) que han mostrado una relación positiva entre la Personalidad Tipo D y la ira interna. Denollet et al. (2010) encontraron que pacientes con Personalidad Tipo D tenían una probabilidad cuatro veces mayor a puntuar más alto en inhibición de la ira. Este mismo estudio también encontró que el manejo inadecuado de la ira, así como la tendencia a inhibir la expresión de la misma con el fin de evitar la confrontación con conflictos internos podría desencadenar arritmias ventriculares y descargas en pacientes tras la implantación (Denollet et al., 2010). Los resultados mostrados en el análisis de redes también han identificado que la Expresión de la Ira correlaciona de manera importante en el resto de nodos y que además es el nodo de la red cuyos valores de centralidad son más altos en ambos grupos. Que estos pacientes tengan puntuaciones elevadas en la Expresión de la Ira implica que suelen experimentar intensos sentimientos de ira que pueden ser a su vez expresados o suprimidos en conductas agresivas (Miguel-Tobal et al., 2009). Generalmente, la manera más frecuente a través de la cual un sujeto expresa la ira es a través de conductas agresivas dirigidas a otras personas u objetos (por ejemplo, golpeando a alguien o rompiendo cosas) o de forma verbal mediante críticas, sarcasmos, amenazas, etc. lo cuál podría generar problemas de salud importantes.

En las diferencias encontradas entre hombres y mujeres en la red, identificamos que en las mujeres el Control Externo de la Ira se relaciona de forma importante en el resto de nodos. Las personas que puntúan alto en este Control Externo de la Ira suelen gastar una gran cantidad de energía en prever y prevenir la experiencia y expresión exterior de la ira. Aunque a priori este control parece positivo, cuando es excesivo puede conducir a pasividad, depresión o al abandono. En los hombres, sin embargo, este nodo

no es central y si lo es la Expresión Interna de la Ira lo que supone que los pacientes varones con DAI tienden a experimentar sentimientos de ira, pero tienden a suprimirlos más que a expresarlos física o verbalmente.

Además, en las mujeres, el Estrés es otro nodo con una alta intermediación positiva con el Patrón de Conducta Tipo A. Esto es consistente con los resultados obtenidos donde las mujeres puntuaban significativamente más alto en estrés que los hombres. Esto también es consistente con la intermediación positiva del Patrón de Conducta Tipo A ya que hay evidencias claras de que la personalidad ha sido descrita como un determinante de estrés crónico. Este Patrón de personalidad se caracteriza, entre otras, por la agresividad, la impaciencia, la hostilidad social y la vulnerabilidad al estrés. Su principal componente, la hostilidad, hace referencia a esa predisposición por experimentar ira, irritabilidad, enfado y resentimiento, lo que apoya la intermediación con una conexión negativa con el Control Externo de la Ira.

Es importante destacar la importancia de los resultados de esta tesis, ya que ponen de manifiesto la existencia de alteraciones psicológicas y de sintomatología clínicamente relevante en pacientes portadores de un DAI, así como diferencias de género encontradas en las pautas de comportamiento en este tipo de pacientes. La presencia de estos síntomas y esas diferencias de género sugieren la necesidad de atender e intervenir psicológicamente dichas variables tanto en hombres como en mujeres. Para ello, y como se muestra en el capítulo 5, se hace una propuesta de un programa de intervención psicológica que abordaría las características del Patrón de Conducta Tipo A y Tipo D, concretamente la AN, el manejo y la gestión del estrés y la ira, con el objetivo de mejorar la adherencia al tratamiento y la adaptación psicológica de los pacientes con DAI al dispositivo tras la implantación.

Los Programas de Rehabilitación Cardíaca, como prevención secundaria, han evidenciado ser eficientes y eficaces (Cano et al., 2012) reduciendo la mortalidad y los factores de riesgo (Maroto, 2009) pero además de reducir este riesgo el objetivo de nuestro programa es reducir comportamientos y conductas asociadas a factores de riesgo, así como promover comportamientos sanos y hábitos de vida saludables. El programa de intervención psicológica propuesto se centra en la necesidad de una atención integral de estos pacientes tras la implantación con el objetivo de reducir el impacto emocional de la

enfermedad facilitando la expresión y gestión emocional sobre todo de las emociones negativas, las situaciones de estrés, control de la expresión de la ira y la hostilidad. Este programa les permitiría, además de crear un espacio terapéutico para mejorar la aceptación de la enfermedad y la implantación del dispositivo, a mejorar la CV de los pacientes y mejoraría a su vez la calidad asistencial de los mismos.

Este programa favorecería una educación para la salud, con una primera fase de psicoeducación, así como la intervención psicológica de carácter grupal y finalmente una fase de mantenimiento, control y seguimiento.

Como futuras líneas de investigación, estas intervenciones adaptadas a este tipo de pacientes serían interesante que se realizaran también previas a la implantación del DAI lo que podría favorecer el conocimiento de las causas de la sintomatología, evaluar los síntomas y las variables psicológicas antes y después de la implantación del dispositivo y determinar por tanto la relación del ajuste psicológico a la enfermedad y al DAI.

6.2 LIMITACIONES

En los resultados de esta investigación podríamos encontrar algunas limitaciones, entre las cuales podríamos mencionar las siguientes. Al igual que en algunas investigaciones que tienen como objetivo a pacientes con una patología o una intervención médica concreta cuya prevalencia en la población no es muy elevada, encontramos que el procedimiento usado para la selección de la muestra fue incidental, si bien se ha asegurado que estén representados diferentes grupos de edad, diferentes niveles educativos y situaciones laborales. Además, los participantes incluidos en este estudio presentan características sociodemográficas similares a las reportadas en este tipo de pacientes. Una segunda limitación estaría en que el tamaño de la muestra no fue elevado, aunque si atendemos al número de pacientes con DAI en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, proporcionalmente es un porcentaje alto de los mismos. En este sentido encontramos que el número de participantes no fue lo suficientemente grande para poder realizar generalizaciones significativas en algunas de las variables medidas. Sería necesario realizar nuevos estudios con muestras de mayor

tamaño. En relación con la muestra, la mayoría de los pacientes y como ocurren en investigaciones similares son varones por la alta incidencia de las patologías cardiovasculares en el género masculino (Peinado-Peinado et al., 2008) lo cual podría suponer un problema para estudiar esta influencia y estas diferencias en cuanto a presencia de síntomas psicopatológicos y psicosomáticos, así como la presencia de variables de Personalidad Tipo A y D en función del género.

Otra limitación se refiere al tipo de diseño utilizado de corte transversal y al momento de evaluación de los pacientes. Los datos fueron recogidos en un único momento temporal tras la implantación del dispositivo lo que nos impide determinar si las variables psicológicas identificadas se presentaban en los pacientes antes de la implantación. En este caso, sería necesario llevar a cabo estudios longitudinales que incluyan evaluaciones psicológicas pre-post implantación que nos permitan evaluar y analizar los cambios psicológicos sufridos tras la implantación del dispositivo.

CAPITULO 7: REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmad, M., Bloomstein, L., Roelke, M., Berstein, A.D. y Parsonnet, V. (2000). Patient's attitudes toward implanted defibrillator shocks. *Pacing Clin Electrophysiol*, 23, 934-938.
- Akiyama, T., Powell, J.L., Mitchell, L.B., Ehlert, F.A. y Baessler, C. (2001). Resumption of driving after life-threatening ventricular tachyarrhythmia. *N Engl J Med*, 345, 391-397.
- Al-Khatib, S.M., Stevenson, W.G., Ackerman, M.J., et al. (2018). 2017 AHA/ACC/HRS Guideline for Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *Circulation*.138, e210–e271.
- Alcaraz, S., Hidalgo, M.D., Godoy, C. y Fernández, E. (2018) Spanish Validation of the Type D Personality Scale (DS-14). *Psicología Conductual*, 26(1), 197-211.
- Alcaraz, S., Hidalgo, M.D., Godoy, C., Fernández, E., Sánchez, J.J. y Garcia, A. (2020). Ajuste Psicológico en pacientes portadores de un desfibrilador automático implantado: prevención primaria frente a secundaria. Un estudio comparativo. *Revista Española de Salud Pública*, 94.
- Alcelik, A., Yildirim, O., Canan, F., Eroglu, M., Aktas, G. y Savli, H. (2012). A preliminary Psychometric evaluation of the type D personality construct in Turkish hemodialysis patients. *Journal Mood*, 12(1), 1-5.
- Alconero-Camarero, A.R., Cobo-Sánchez, J.L., Muñoz-Cacho, P., Sainz-Laso, R., Mancebo-Salas, N., Casaus-Pérez, M., Gutierrez-Caloca, N. y Olalla-Antolín, J.J. (2009). Análisis de la Calidad de Vida de las personas portadoras de un desfibrilador automático implantable. *Enfermería Clínica*, 19(5), 275–279.
- Allan, R. (2014). *John Hunter: Early Association of Type A Behavior With Cardiac Mortality. American Journal of Cardiology*, 114,148-150.
- Amaiz, R., Asher, E., Rozen, G., ... (2017). Reduction in depressive symptoms in primary prevention ICD scheduled patients - One year prospective study. *General Hospital Psychiatry*, 48, 37-41.
- Arrarte-Esteban, V.I. (2016). Análisis de las variables psicológicas en pacientes con cardiopatía isquémica aguda (Síndrome Coronario Agudo) según procedimiento empleado (Tesis Doctoral). Universidad Miguel Hernández de Elche, Alicante.

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Atwater, B.D. y Daubert, J.P. (2012). Implantable cardioverter defibrillators: risks accompany the life-saving benefits. *Heart*, 98(10), 764-72.
- Bardy, G.H., Lee, K.L. y Mark, D.B. (2005). Amiodarone or an implantable cardioverter defibrillator for congestive heart failure. *The New England Journal of Medicine*, 352, 225–37.
- Barefoot, J. C. (1992). Developments in the measurement of Hostility. En H. S. Friedman (Eds.). *Hostility, coping and health*. (pp. 13-21). Washington: American Psychological Association.
- Barnett, M., Ledoux, T., Garcini, L., y Baker J. (2009). Type D personality and Chronic Pain: Construct and Concurrent Validity of the DS-14. *Journal Clinical Psychology Medicine*, 16, 194-199. Doi: 10.1007/s10880-009-9152-0.
- Barroilhet Díaz, S., Forjaz, M.J., y Garrido Landívar, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Esp Psiquiatr*, 33 (6): 390-397.
- Berg, S.K., Pedersen, P.U., Zwisler, A.D., Winkel, P., Glud, C., Pedersen, B.D., y Svendsen, J.H. (2015). Comprehensive cardiac rehabilitation improves outcome for patients with implantable cardioverter defibrillator. Findings from the COPE-ICD randomised clinical trial. *European Journal Cardiovascular Nursing*, 14 (1), 34–44. doi: 10.1177/1474515114521920
- Bergvik, S., Sorlie, T., Wynn, R., y Sexton, H. (2010). Psychometric properties of the type D scale (DS-14) in Norwegian cardiac patients. *Scand Journal Psychology*, 51(4), 334-340.
- Biing-Liung, S., Avivi, Y.E., Todaro, J.F., Spiro, A., Laurenceau, J.P, Kenneth, D.W., y Niaura, R. (2008). Anxiety Characteristics independently and prospectively predict myocardial infarction in men. *Journal of the American College of Cardiology*, 51(2)15,113-119. doi:10.1016/j.jacc.2007.09.033
- Bilge, A., Ozben, B., Demircan, S., Cinar, M., Yilmaz, E., y Adalet, K. (2006). Depression and Anxiety Status of Patients with Implantable Cardioverter Defibrillator and Precipitating Factors. *PACE Pacing Clinical Electrophysiology*, 29, 619-26.
- Bonny, A., Talle, M.A., Vaugrenard, T., Taieb, J., y Ngactcha, M. (2017). Inappropriate implantable cardioverter-defibrillator shocks in Brugada syndrome: Pattern in

- primary and secondary prevention. *Indian Pacing and Electrophysiology Journal*, 17(1), 10-15 doi: 10.1016/j.ipej.2016.10.010
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16, 5–13.
- Borsboom, D., y Cramer, A. O. (2013). Network analysis: an integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 91–121.
- Bostwick, J.M. y Sola, C.L. (2007). An updated review of implantable cardioverter defibrillators, induced anxiety, and quality of life. *Psychiatric Clinics of North American*, 30, 677–88.
- Brackett, C.D. y Powell, L.H. (1988). Psychosocial and physiological predictors of sudden cardiac death after healing of acute myocardial infarction. *The American Journal of Cardiology*, 61, 979–983.
- Bryce-Moncloa, A., Alegría-Valdivia, E. y San Martín-San Martín, M.G. (2017). Obesidad y riesgo cardiovascular. *Anales Facultad Medicina*, 78(2), 202-206. doi: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13218>
- Burdiat, G. (2014). Rehabilitación Cardíaca después de un síndrome coronario agudo. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 29, 153-163.
- Burell, G. (1996). *Behavioral medicine interventions in secondary prevention of coronary heart disease*. En K. Orth-Gomér y N. Schneiderman (Eds.), *Behavioral Medicine Approaches to Cardiovascular Disease Prevention* (pp. 227-236). Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Burns, J.L., Serberm E.R., Keim, S., Sears, S.F. (2005) Measuring patient acceptance of implantable cardiac device therapy: initial psychometric investigation of the Florida Patient Acceptance Survey. *Journal Cardiovascular Electrophysiology*, 16(4), 384–90.
- Cano, R., Algualcil, I.M., Alonso, J.J., Molero, A. y Miangolarra, J.C. (2012). Programas de rehabilitación cardíaca y calidad de vida relacionada con la salud. Situación Actual. *Revista Española de Cardiología*, 65(1), 72-79. doi: 10.1016/j.recesp.2011.07.016
- Carroll, D.L. y Hamilton, G.A. (2005). Quality of life in implanted cardioverter defibrillator recipients: the impact of a device shock. *Heart Lung*, 34, 169-78.

- Carroll, D.L., Hamilton, G.A. y McGovern, B.A. (1999). Changes in health status and quality of life and the impact of uncertainty in patients who survive life-threatening arrhythmias. *Heart Lung*, 28, 251-60.
- Cerezo, G.H., Vicario, A., Fernández, R., y Enders, J. (2018). Prevalencia de depresión y ansiedad en la consulta cardiológica Estudio EPICA (Estudio sobre la prevalencia de depresión en pacientes Cardiovasculares). *Revista Argentina de Cardiología*, 47(1), 26-31
- Chevalier, P., Cottraux, J., Mollard, E., NanYao, S., Brun, S., Burri, H., Restier, L., y Adeleine, P. (2006). Prevention of implantable defibrillator shocks by cognitive behavioral therapy: A pilot study. *American Heart Journal*, 151, 191, e1–e6.
- Chida, Y., y Steptoe, A. (2009). The association of anger and hostility with future coronary heart disease: a meta-analytic review of prospective evidence. *Journal of the American College of Cardiology*, 53, 936-946.
- Christodoulou, C., Douzenis, A., Mommersteeg, P., Rallidis, L., Poullos, A., Efstathiou, V., Bouras, G., Varounis, C., Korkoliakou, P., Palios, J., Kremastinos, D. y Lykouras, L. (2013). A case-control validation of type D personality in Greek patients with stable coronary heart disease. *Annals of general Psychiatry*, 12, 38.
- College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines (writing committee to revise the ACC/AHA/NASPE2002 guideline up date for implantation of cardiac pace makers and antiarrhythmia devices) developed in collaboration with the American Association for Thoracic Surgery and Society of Thoracic Surgeons. (2008). *Journal of the American College of Cardiology*, 51, e1–62.
- Conte, G., Sieira, J., Ciconte, G., De Asmundis, C., Chierchia G.B., Baltogiannis, G., ... y Brugada, P. (2015). Implantable cardioverter-defibrillator therapy in brugada syndrome: 20-year single-center experience. *Journal of the American College of Cardiology*, 65, 879-888
- Cossette, S., Frasure-Smith, N., and Lesperance, F. (2001). Clinical implications of a reduction in psychological distress on cardiac prognosis in patients participating in a psychosocial intervention program. *Psychosomatic Medicine*, 63, 257–266.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16 (3), 297-334.

- Crossmann, A., Pauli, P., Kuhlkamp, V., y Wiedemann, G. (2007). Stability and cause of anxiety in patients with an implantable cardioverter defibrillator: a longitudinal two-year follow up. *Heart Lung*, 36, 87-95.
- De Rivera, L. y Abuín, M. (2012). Listado de Síntomas Breves (LSB-50). Madrid: Editorial TEA Ediciones, S.A; 79 p.
- Del Pino, A., Borges del Rosal, A., Díaz del Pino, S., Suarez, D. y Rodríguez, I. (1990). Propiedades Psicométricas de la escala tipo A de Framingham. *Psiquis*, 11:19-30.
- Del Pino, A., Gaos, M.T., Dorta, R., y García, M. (2004). Eficacia de un programa cognitivo- conductual para modificar conductas pronocoronarias. *Psicothema*, 16 (4), 654-660.
- Denollet, J. (1997). Personality, emotional distress and coronary heart disease. *European Journal of Personality*, 11(5), 343-358.
- Denollet, J. (2000). Type D personality: a potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 255-266.
- Denollet, J. (2005). DS-14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition and type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 67, 89-97.
- Denollet, J. y Brutsaert, D.L. (1998). Personality, disease severity, and the risk of long-term cardiac events in patients with a decreased ejection fraction after myocardial infarction. *Circulation*, 97, 167-73.
- Denollet, J., Gidron, Y., Vrints, C.J. y Conraads, V.M. (2010). Anger, suppressed anger, and risk of adverse effects in patients with coronary artery disease. *American Journal of cardiology*, 105,1555-60.
- Denollet, J., Pedersen, S.S., Ong, A.T.L., Erdman, R.A.M., Serruys, P.W. y Van Domburg, R.T. (2006). Social inhibition modulates the effect of negative emotions on cardiac prognosis following percutaneous coronary intervention in the drug-eluting stent era. *European Heart Journal*, 2, 171-177.
- Denollet, J., Pedersen, S.S., Vrints, C.J. y Conraads, V.M. (2013). Predictive Value of social inhibition and Negative Affectivity for cardiovascular Events and Mortality in patients With Coronary Artery Disease: Type D personality Construct. *Psychosomatic Medicine*, 75(9), 873-881.
- Denollet, J., Sys, S. U., Stroobant, N., Rombouts, H., Gillebert, T. C. y Brutsaert, D. L. (1996). Personality as independent predictor of long term mortality in patients with coronary heart disease. *Lancet*, 347(8999), 417-421.

- Denollet, J., Sys, S.U. y Brutsaert, D.L. (1995). Personality and mortality after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 57, 582–591.
- Denollet, J., Tekle, F. B., Pedersen, S. S., van der Voort, P. H., Alings, M., & Van den Broek, K. C. (2012). Prognostic importance of distressed (Type D) personality and shocks in patients with an implantable cardioverter defibrillator. *International Journal of Cardiology*, 167, 2705–2709. doi: 10.1016/j.ijcard.2012.06.114
- Denollet, J., Tekle, F., van der Voort, P., Alings, M. y van den Broek, K. (2013). Age-related differences in the effect of psychological distress on mortality: Type D personality in younger versus older patients with cardiac arrhythmias. *BioMed Research International*, 1-7. doi: 10.1155/2013/246035
- Denollet, J., Vaes, J. y Brutsaert, D. (2000). Inadequate Response to Treatment in Coronary Heart Disease: Adverse Effects of Type D Personality and Younger Age on 5-Year Prognosis and Quality of Life. *Circulation*, 102(6), 630-635.
- Denollet, J., Vaes, J. y Brutsaert, D.L. (2000). Inadequate response to treatment in coronary heart disease: Adverse effects of Type-D personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation*, 102, 630–635.
- Denollet, J., y Conraads, S.M. (2011). Type D personality and vulnerability to adverse outcomes in heart disease. *Cleve Clinic Journal of Medicine*, 78(1), 13-19. doi: 10.3949/ccjm.78.s1.02.
- Dickerson, S.S., Posluszny, M. y Kennedy, M.C. (2000). Help seeking in a support group for recipients of implantable cardioverter-defibrillators and their support persons. *Heart Lung*, 29, 87-96.
- Dougherty, C.M., Pyper, G.P. y Frasz, H.A. (2004). Description of a nursing intervention program after an implantable cardioverter defibrillator. *Heart Lung*, 33,183–190.
- Dougherty, C.M., Thompson, E.A. y Kundenchuk, P.J. (2019). Patient Plus Partner Trial: A Randomized Control Tiral of Two Interventions of improve outcomes following an initial implantable cardioverter Defibrillator. *Heart Rhythm*, 16(3), 453-459. doi:10.1016/j.hrthm.2018.10.011
- Dunbar, S.B. (2005). Psychosocial issues of patients with implantable cardioverter defibrillator. *American Journal of Critical Care*, 14, 294–303.
- Dunbar, S.B., Dougherty, C.M., Sears, S.F., Carroll, D.L., Goldstein, N.A., Mark, D.B., McDaniel, G., Pressler, S.J., Schron, E., Wang, P., y Zeigler, V.L. (2012).

Educational and psychological interventions to improve outcomes for recipients of implantable cardioverter defibrillators and their families: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 126(17), 2146-2172. doi: 10.1161/CIR.0b013e31825d59fd

Dunbar, S.B., Jenkins, L.S., Hawthorne, M. y Porter, L.S. (1996). Mood disturbance in patients with recurrent ventricular dysrhythmia before insertion of implantable cardioverter defibrillator. *Heart Lung*, 25, 253-61.

Edmondson, D., Richardson, S., Falzon, L., Davidson, K.W., Mills, M.A. y Neira, Y. (2012). Posttraumatic stress disorder prevalence and risk of recurrence in acute coronary syndrome patients: A meta-analytic review. *PLoS ONE*, 7(6), e38915. Doi: 10.1371/journal.pone.0038915

Eisenberg, M.S. (2013). *Resuscitate: how your community can improve survival from sudden cardiac arrest*. 2nd ed. Seattle: University of Washington Press.

Emons, W., Meijer, R., y Denollet, J. (2007). Negative affectivity and social inhibition in cardiovascular disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 63 (81) 9, 27-39.

Epstein, A.E., DiMarco, J.P., Ellenbogen, K.A., Mark Estes, N.A., Freedman, R.A., Gettes, L.S., Gillinov, M.A, Gregoratos, G., ... y Yancy, C. W. (2008). ACC/AHA/HRS 2008 Guidelines for Device-based therapy of cardiac rhythm Abnormalities: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the ACC/AHA/NASPE 2002 Guideline Update for Implantation of Cardiac Pacemakers and Antiarrhythmia Devices) developed in collaboration with the American Association for Thoracic Surgery and Society of Thoracic Surgeons. *Journal of the American College of Cardiology*, 51(21), e1-e62.

Espinosa Caliani, J.S. y Bravo Navas, J.C. (2000). *Rehabilitaci3n card3aca y atenci3n primaria* (pp. 59-63). Madrid: M3dica Panamericana.

Exp3sito-Ord33nez, M.E. (2017). Eficacia de la Rehabilitaci3n Card3aca en la recurrencia de eventos cardiovasculares y en la prevenci3n secundaria en pacientes coronarios del 3rea de Salud VII de la Regi3n de Murcia. Seg3n procedimiento empleado (Tesis Doctoral). Universidad Cat3lica de Murcia, Murcia.

Exp3sito-Ord33nez, M.E. (2017). Eficacia de la rehabilitaci3n en la recurrencia de eventos cardiovasculares y en la prevenci3n secundaria en pacientes coronarios

- del área de salud de la región de Murcia. Universidad Católica San Antonio de Murcia, España.
- Fernández González, E.M. y Figueroa Oliva, D.A. (2018). Tabaquismo y su relación con las enfermedades cardiovasculares. *Revista habanera de ciencias médicas*, 17(2), 225-235.
- Fernández Lozano, I., Osa Asensio, J., & Alzueta Rodríguez, J. (2020). Registro Español de Desfibrilador Automático Implantable. XVI Informe Oficial de la Sección de Electrofisiología y Arritmias de la Sociedad Española de Cardiología. *Revista Española de Cardiología*, 73(12), 1026-1037.
- Fernández Lozano, I., Osa Asensio, J., & Alzueta Rodríguez, J. (2019). Registro Español de Desfibrilador Automático Implantable. XV informe Oficial de la Sección de Electrofisiología y Arritmias de la Sociedad Española de Cardiología. *Revista Española de Cardiología*, 72 (12), 1054-1064.
- Fernández-Abascal, E.G, Martín Díaz, M.D. y Domínguez Sánchez, F.F. (2003). Factores de Riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*, 15 (4), 615-630.
- Fernández, J.L. y Mielgo, M. (2006). Escala de Apreciación del Estrés (EAE). Madrid: TEA.
- Figueroa-Lopez, C., Rocha-Rodriguez, V., Cigarroa-López, A. y Ramos-Del Río, B. (2016). Comorbilidad emocional y la aceptación psicológica al desfibrilador automático implantable. *Revista Mexicana de Cardiología*, 27 (1), s4-s12.
- Fitchet, A., Doherty, P.J., Bundy, C., Bell, W., Fitzpatrick, A.P. y Garratt, C.J. (2003). Comprehensive cardiac rehabilitation programme for implantable cardioverter-defibrillator patients: A randomized controlled trial. *Heart Lung*, 89, 155–160.
- Fonseca-Pedrero, E. (2017). Análisis de redes: ¿una nueva forma de comprender la psicopatología?. *Revista de Psiquiatría de Salud Mental*, 10(4), 206-215. doi: 10.1016/j.rpsm.2017.06.004
- Frasure-Smith, N. y Prince, R. (1989). Long-term follow-up of The Ischemic Heart Disease Life Stress Monitoring Program. *Psychosomatic Medicine*, 51, 485-513.
- Friedman, M. y Rosenman, R. H. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *Journal of the American Medical Association*, 169, 1286-1296.
- Friedman, M., Thorensen, C.E., Gill, J.J., Power, L., Ulmer, D., Thompson, L., Price, V., Rabin, D., Breall, W., Dixon, T., Levy, R. y Bourg, E. (1984). Alteration of

- type A behavior and reduction in cardiac recurrences in post-myocardial infarction patients. *American Heart Journal*, 108, 237-248.
- Friedman, M., Thorensen, C.E., Gill, J.J., Power, L., Ulmer, D., Thompson, L., Price, V., Rabin, D., Breall, W., Dixon, T., Levy, R. y Bourg, E. (1984). Alteration of type A behavior and reduction in cardiac recurrences in post-myocardial infarction patients. *American Heart Journal*, 108, 237-248.
- Friedman, M., Thorensen, C.E., Gill, J.J., Ulmer, D., Thompson, L., Powell, L., Price, V., Elek, S.R., Rabin, D.D., Breall, W.S., Piaget, G., Dixon, T., Bourg, E., Levy, R.A. y Tasto, D. (1982). Recurrent coronary prevention project study: Methods, baseline results and preliminary findings. *Circulation*, 66, 83-92.
- Friedman, M., Thorensen, C.E., Gill, J.J., Ulmer, D., Thompson, L., Powell, L., Price, V., Elek, S.R., Rabin, D.D., Breall, W.S., Piaget, G., Dixon, T., Bourg, E., Levy, R.A. y Tasto, D. (1982). Recurrent coronary prevention project study: Methods, baseline results and preliminary findings. *Circulation*, 66, 83-92.
- Frizelle, D.J., Lewin, R.J., Kaye, G., Hargreaves, C., Hasney, K., Beaumont, N. y Moniz-Cook, E. (2004). Cognitive-behavioural rehabilitation programme for patients with an implanted cardioverter defibrillator: A pilot study. *British Journal Health Psychology*, 9, 381–392.
- Fundación Española del Corazón, FEC. (2011). ¿Cuánto cuesta un enfermo cardiovascular?. <http://www.fundaciondelcorazon.com/corazon-facil/blog-impulso-vital/2208-cuanto-cuesta-enfermo-cardiovascular.html>
- Godoy, C. (2000). Validación Psicométrica de un cuestionario para la descripción y evaluación de la conducta de enfermedad (c.c.e). Estudio de fiabilidad y validez. Universidad de Murcia, España.
- González-Torrecillas, E. (2008). Indicaciones actuales del desfibrilador automático implantable. *Revista Española de Cardiología*, 8(A), 3a-8a. doi: 10.1016/S1131-3587(08)73533-7
- Gostoli, S., Bonomo, M., Roncuzzi, R., Biffi, M., Boriani, G. y Rafanelli, C. (2016). Psychological correlates, allostatic overload and clinical course in patients with implantable cardioverter defibrillator (ICD). *International Journal of Cardiology*, 220, 360-64. Doi: 10.1016/j.ijcard.2016.06.246
- Grande, G., Jordan J., Kummel, M., Struwe, C., Schubmann, R., Schlze, F., ... y Hermann-Lingen, C. (2004). Evaluation of the German Type D Scale (DS-14) and prevalence of the type D personality pattern in cardiological and

- psychosomatic patients and healthy subjects (German). *Psychotherapie Psychosomatiker Medizinische Psychologie*, 54, 413-422.
- Gregoratos, G., Abrams, J., Epstein, A.E., Freedman, R.A., Hayes, D.L., Hlatky, M.A., Kerber, R.E., ... y Smith, S. C. (2002). ACC/AHA/NASPE 2002 guideline update for implantation of cardiac pacemakers and antiarrhythmia devices: summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/NASPE Committee to Update the 1998 Pacemaker Guidelines). *Circulation*, 106, 2145-61. Doi: doi: 10.1161/01.cir.0000035996.46455.09
- Gremigni, P. y Sommaruga, M. (2004). Type D personality, a relevant construct in cardiology. Preliminary validation study of the Italian questionnaire. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 11(1), 7-18.
- Groeneveld, P., Matta, M., Suh, J., Yang, F. y Shea, J. (2007). Quality of life among implantable cardioverter-defibrillator recipients in the primary prevention therapeutic era. *Pacing Clinical Electrophysiological*, 30(4), 463-71.
- Gutiérrez-Carretero, E. (2013). Criterios de uso apropiado para implante de desfibrilador automático implantable y terapia de resincronización cardíaca 2013: comentarios y novedades. *Cirugía Cardiovascular*, 20 (2), 95-102. Doi:10.1016/S1134-0096(13)70021-4.
- Habibovic, M., Burg, M.M. y Pedersen, S.S. (2013). Behavioral interventions in patients with an implantable cardioverter defibrillator: lessons learned and where to go from here?. *Pacing Clinical Electrophysiology*, 36 (5), 578–590.
- Habibović, M., Denollet, J., Cuijpers, P., van der Voort, P. H., Herrman, J.-P., Bouwels, L., Valk, S. D. A., Alings, M., Theuns, D. A. M. J., y Pedersen, S. S. (2017). Web-Based Distress Management for Implantable Cardioverter Defibrillator Patients: A Randomized Controlled Trial. *Health Psychology*. Advance online publication. Doi: 10.1037/hea0000451
- Habibović, M., Pedersen, S.S., van den Broek, K.C., Theuns, D.A., Jordaens, L. y van der Voort, P.H. (2013). Anxiety and risk of ventricular arrhythmias or mortality in patients with an implantable cardioverter defibrillator. *Psychosomatic Medicine*, 75:36-41.
- Habibović, M., van den Broek, K. C., Theuns, D. A. M. J., Jordaens, L., Alings, M., van der Voort, P. H., y Pedersen, S.S. (2011). Gender disparities in anxiety and

- quality of life in patients with an implantable cardioverter-defibrillator. *Europace*, 13(12), 1723-1730. doi: 10.1093/europace/eur252
- Havelka, M., Lucanin, J.D., y Lucanin, D. (2009). Biopsychosocial model--the integrated approach to health and disease. *Collegium Antropologicum*, 33(1), 303-310.
- Haynes, S., Levine, S., Scotch, N., Feinleib, M., y Kannel, W.B. (1978). The relationships of psychological factors to coronary heart disease in the Framingham Study: I. Methods and risk factors. *American Journal of epidemiology*, 107, 362-383.
- Hegel, M.T., Griegel, L.E., Black, C., Goulden, L. y Ozahowski, T. (1997). Anxiety and depression in patients receiving implanted cardioverter-de- fibrillators: a longitudinal investigation. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 27, 57-69.
- Heller, S.S., Ormont, M.A., Lidagoster, L., Sciacca, R.R. y Steinberg, S. (1998). Psychosocial outcome after ICD implantation: a current perspecti- ve. *Pacing Clinical Electrophysiology*, 21, 1207-15.
- Hirsh, A.T., Sears, S.F. y Conti, J.B. (2009). Cognitive and behavioral treatments for anxiety and depression in a patient with an implantable cardioverter defibrillator (ICD): a case report and clinical discussion. *Journal of clinical Psychology in Medical Settings*, 16(3), 270–279. Doi: 10.1007/s10880-009-9160-0
- Hohnloser, S.H. y Israel, C.W. (2013). Current evidence base for use of the implantable cardioverter-defibrillator. *Circulation*, 128, 172–83.
- Holtkamp, K., Herpertz, Dahlmann, B., Vloet, T. y Ha- genah, U. (2005). Group Psychoeducation for Pa- rents of Adolescents with Eating Disorders: The Aachen, Taylor and Francis Group, Eating Disorders. *The Journal of treatment & Prevention*, 13, 381–390.
- Hoogwegt, M.T., Kupper, N., Theuns, D.A., Zijlstra, W.P., Jordaens, L. y Pedersen, S.S. (2012). Undertreatment of anxiety and depression in patients with an implantable cardioverter-defibrillator: impact on health status. *Health Psychological*, 6, 745–53.
- Instituto de evaluación y tecnología en salud e investigación (IETSI). (2018) *Guía de Práctica Clínica de Rehabilitación Cardíaca*.
- Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según causa de muerte. (2020). Nota de prensa publicada 10/12/2020 (Consultado 10/12/2020) Disponible en:

https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175

- Irvine, D.P., Firestone, J., Ong, L., Cribbie, R., Dorian, P., Harris, L., Ritvo, P., Katz, J.J., Newman, D., Cameron, D., Johnson, S., Bilanovic, A., Hill, A., O'Donnell, S. y Sears, S. (2011). Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavior Therapy Tailored to Psychological Adaptation to an Implantable Cardioverter Defibrillator. *Psychosomatic Medicine*, 73 (3), 226-233. doi: 10.1097/PSY.0b013e31820afc63
- Israelsson, J., Bremer, A., Herlitz, J., Axelsson, A.B., Cronberg, T., Djarv, T., Kristofferzon, M.L., Larsson, I., Lilja, G., Sunnerhagen, K.S., Wallin, E., Ågren, S., Åkerman, E., y Årestedt, K. (2017). Health status and psychological distress among in-hospital cardiac arrest survivors in relation to gender. *Resuscitation*, 114, 27–33.
- Israelsson, J., Thylén, I., Strömberg, A., Bremer, A. y Årestedt, A. (2018). Factors associated with health-related quality of life among cardiac arrest survivors treated with an implantable cardioverter-defibrillator. *Resuscitation*, 132, 78-84.
- Jacq, F., Foulldrin, G., Saviouré, A., Anselme, F., Baguelin-Pinaud, A., Cribier, S. y Thibaut, Florence. (2009). A comparison of anxiety, depression and quality of life between device shock and nonshock groups in implantable cardioverter defibrillator recipients. *General Hospital Psychiatry*, 31(3), 266-273. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2009.01.003
- JASP Team (2020). JASP (Version 0.14.1)[Computer software].
- Jáuregui Presa, I. y Tejedor Alonso, M.A. (2004). Asma y factores psicosociales. *Revista Española de Alergología e inmunología clínica*, 19, 101-109.
- Jiang, W., Kuchibhatla, M., Cuffe, M., Chistopher, E., Alexander, J., Clary, G., Blanzing, M., Gaulden, L., Califf, R., Krishman, R., y O' Connor, C. (2004). Prognostic value of anxiety and depression in patients with chronic heart failure. *Circulation*, 110, 3452-3456.
- Jucynski, Z., y Oginska-Bulik, N. (2009). Type D personality in Poland: validity and application of the Polish DS-14. *Polish Psychological Bulletin*, 40(3), 130-136.
- Junt, W., Anderson, M., Camm, A.J., Jordaens, L., Petch, M.C., Rosenqvist, M., Santini, M. y Lüderitz, B. (1997). Recommendations for driving of patients with implantable cardioverter defibrillators. Study Ground on «ICD and Driving» of

- the Working Groups on Cardiac Pacing and Arrhythmias of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal*, 18, 1210-1219.
- Kalbfleisch, K.R., Lehmann, M.H., Steinman, R.T., Jackson, K., Axtell, K., Schuger, C.D., Patrick, J. y Tchou, M.D. (1989). Reemployment following implantation of the au- tomatic cardioverter defibrillator. *American Journal of Cardiology*, 64 (3), 199-202. doi:10.1016/0002-9149(89)90457-8
- Kallio, J.A., Hamalainen, H., Hakkila, J. y Luurila, O.J. (1979). Reduction of sudden deaths by a multifactorial intervention program after myocardial infarction. *Lancet*, 2, 1091-1094.
- Kaur, S., Zainal, N., Low, W., Ramasamy, R., & Sidhu, J. (2014). Factor structure of Type D scale in Malaysian patients with coronary artery disease. *Journal of Psychiatry*, 15(2), 186-195.
- Ketterer, M., Denollet, J., Chapp, J., Thayer, B., Keteyian, S., Clark, V., y Deveshwar, S. (2004). Men deny and women cry, but who dies? Do the wages of "denial" include early ischemic coronary heart disease?. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(1), 119-123.
- Kim, C., Fahrenbruch, C.E., Cobb, L.A. y Eisenberg, M.S. (2001). Out-of-hospital cardiac arrest in men and women. *Circulation*, 104(22), 2699–703. Doi: 10.1161/hc4701.099784
- Konstantino, Y., Shafat, T., Novack, V., Novack, L. y Amit, G. (2015). Incidence of implantable cardioverter defibrillator therapy and mortality in primary and secondary prevention of sudden cardiac death. *Israel Medical Association Journal*, 17, 760–63.
- Kupper, N., Pedersen, S., Höfer, S., Saner, H., Oldridge, N., y Denollet, J. (2013). Cross-cultural analysis of Type D (distressed) personality in 6222 patients with ischemic heart disease: A study from the International HeartQoL Project. *International Journal of Cardiology*, 166(2), 327-333. Doi: 10.1016/j.ijcard.2011.10.08
- Kupper, N., y Denollet, J. (2007). Type D personality as a prognostic factor in heart disease: assessment and mediating mechanism. *Journal of Personality Assessment*, 89(3), 265-276. Doi: 10.1080/00223890701629797
- Kupper, N., y Denollet, J. (2014). Type D Personality is associated with Social Anxiety in the General Population. *International Society of Behavioral Medicine*, 21, 496-505. Doi: 10.1007/s12529-013-9350-x

- Ladwing, K.H., Baumert, J., Marten-Mittag, B. y Kolb, C. (2008). Posttraumatic stress symptoms and predicted mortality in patients with implantable cardioverter-defibrillators: Results from the Prospective Living with an Implanted Cardioverter-Defibrillator study, *Archives of General Psychiatry*, 65, 1324-1330. Doi: 10.1001/archpsyc.65.11.1324
- Lampert, R. (2009). Emotion and sudden cardiac death. *Expert Review of Cardiovascular Therapy*, 7(7), 723–725. doi: 10.1586/erc.09.75
- Lampert, R. (2016). Mental Stress and Ventricular Arrhythmias. *Current Cardiology Report*, 18, 118. doi: 10.1007/s11886-016-0798-6
- Laprerie, A.L. y Trochu, J.N. (2010). Non-medical and non-instrumental therapy in heart failure. *Revue du Praticien*, 60:935–9.
- Leiva, A.M., Martínez, M.A., Cristi-Montero, C., Salas, C., Ramírez-Campillo, R., Díaz Martínez, X., Aguilar-Farías, N. y Celis-Morales, C. (2017). El sedentarismo se asocia a un incremento de factores de riesgo cardiovascular y metabólicos independiente de los niveles de actividad física. *Revista Médica de Chile*, 145 (4).
- Lim, H., Lee, M., Ko, Y., Park, Y., Joe, S., Kim, Y., Han, C., Lee, Y., Pedersen, S.S., y Denollet, J. (2011). Assessment of the Type D Personality construct in the Korean population: A validation study of the Korean DS-14. *Journal of Korean Medical Science*, 26(1), 116-123. doi: 10.3346/jkms.2011.26.1.116
- Linden, W., Phillips, M.J., and Leclerc, J. (2007). Psychological treatment of cardiac patients: A meta-analysis. *European Heart Journal*, 28, 2972-2984.
- López-Torres, J., Boix, C., David, Y. y Tellez, J. (2007). Functional status in the elderly with insomnia. *Quality of Life Research*, 16, 279-86. doi: 10.1007/s11136-006-9125-9
- López-Torres, J., Navarro, B., Párraga, I., Andrés, F., Rabanales, J., y Simarro, M.J. (2013). El estado de salud de las personas mayores que sufren insomnio. *Gaceta Sanitaria*, 27, 47-52. doi:10.1016/j.gaceta.2011.11.014
- Losada, A. V. y Zavalía, C. (2019). Programa Psicoeducativo en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista Alternativas en Psicología*, 41, 131-146.
- Magyar-Russell, G., Thombs, B.D., Cai, J.X., Braveja, T., Kuhl, E.A., Singh, P.P., Barroso, M.M., Arthurs, E., Roseman, M., Amin, N., Marine, J.E y Zielgelstein, R.C. (2011). The prevalence of anxiety and depression in adults with implantable cardioverter defibrillators: a systematic review. *Journal of*

- Psychosomatic Research*, 71(4), 223–31. doi: 10.1016/j.jpsychores.2011.02.014.
- Mallik, S., Spertus, J.A., Reid, K.J. Krumholz, H.M., Rumsfeld, J.S., Weintraub, W.W., ... y Viccarino, V. (2006). Depressive symptoms after acute myocardial infarction: Evidence for highest rates in younger women. *Archives of Internal Medicine*, 166(8), 876-883. doi: 10.1001/archinte.166.8.876
- Mallik, S., Spertus, J.A., Reid, K.J., Krumholz, H.M., Rumsfeld, J.S., Waintraub, W.S., Agarwal, P., Santra, M., Bidyasar, S., Lichtman, J.H., Wenger, N.K., y Vaccarino, V. (2006) Depressive symptoms after acute myocardial infarction: Evidence for highest rates in younger women. *Arch Intern Med* 166(8), 876-883 Doi:10.1001/archinte.166.8.876
- Mallol, M. (2017). Trastornos Psiquiátricos frecuentes post infarto agudo y su relación pronóstica. Revisión de la literatura. *Revista de Ciencias Médicas*, 42 (2).
- Maroto Montero, J.M. (2009). *Rehabilitación Cardíaca*. Sociedad Española de Cardiología. Acción Médica. (pp. 1-17).
- Maroto Montero, J.M., Artigao, R., Morales, M.D., de Pablo, C. y Abaira, V. (2005). Rehabilitación cardíaca en pacientes con infarto de miocardio. Resultados tras 10 años de seguimiento. *Revista Española de Cardiología*, 58, 1181-1187. doi: 10.1157/13079912
- McEwen, B.S. (1988). Protecting and damaging effects of stress mediators. *The New England Journal of Medicine*, 338, 171-179. doi: 10.1056/NEJM199801153380307
- McEwen, B.S. (2000). The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance. *Brain Research Reviews*, 886, 172-1789. doi: 10.1016/s0006-8993(00)02950-4.
- McEwen, B.S. (2012). Brain on stress: How the social environment gets under the skin. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States*, 109(2),17180-17185. doi: 10.1073/pnas.1121254109
- McHugh, S., y Vallis, T. M. (Eds.). (1986). *Illness behavior: A multidisciplinary model*. Plenum Press.
- Mendis, S.P.P., y Norrving, B. (2011). *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control*. Geneva: World Health Organization.
- Miguel-Tobal, J.J., Casado, M.I., Cano-Vindel, A. y Spielberger, C.D. (2009). *Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2)*. 3º Ed. Madrid: TEA.

- Miyazaki, S., Uchiyama, T., Komatsu, Y., Taniguchi, H., Kusa, S., Nakamura, H., Hachiya, H., Isobe, M., Hirao, K., y Iesaka, Yoshito. (2013). Long-term complications of implantable defibrillator therapy in Brugada syndrome. *American Journal of Cardiology*, 111, 1448-1451. doi: 10.1016/j.amjcard.2013.01.295
- Mols, F., y Denollet, J. (2010). Type D Personality in the general population: a systematic review of health status, mechanisms of disease, and work-related problems. *Health and quality of life outcomes*, 8, 9.
- Montero, P., Rueda, P., y Bermúdez, J. (2012). Relación de la Personalidad Tipo D y el agotamiento vital con las emociones negativas y el ajuste psicológico a la enfermedad cardíaca. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(2), 93-106. doi: 10.5944/rppc.vol.17.num.2.2012.11318
- Montero, P., Rueda, P., y Bermúdez, J. (2017). Adaptación al castellano de la Escala DS-14 («Type D Scale-14») para la medida de la Personalidad Tipo D. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(1), 55. doi: 10.5944/rppc.vol.22.num.1.2017.16585
- Moore, K., Ganesan, A., Labrosciano, C., Heddle, W., McGavigan, A., Hossain, S., Horton, D., Hariharaputhiran, S. y Ranasinghe, I. (2019). Sex Differences in Acute Complications of Cardiac Implantable Electronic Devices: Implications for Patient Safety. *Journal of American Heart Association*, 8(2). doi: 10.1161/JAHA.118.010869.
- Moss, A.J., Zareba, W., Hall, W.J., Klein, H., Wilber, D.J., Cannom, ... Andrews, M.L. (2002). Prophylactic implantation of a defibrillator in patients with myocardial infarction and reduced ejection fraction. *The New England Journal of Medicine*, 346, 877– 883. doi: 10.1056/NEJMoa013474
- Namerow, P.B., Firth, B.R., Heywood, G.M., Windle, J.R. y Parides, M.K. (1999). Quality-of-life six months after CABG surgery in patients randomized to ICD versus no ICD therapy: findings from the CABG Patch Trial. *Pacing Clinical Electrophysiology*, 22, 1305-1313. doi: 10.1111/j.1540-8159.1999.tb00623.x
- Nicholson, A., Kuper H. y Hemingway, H. (2006). Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: A meta-analysis of 6362 events among 146538 participants in 54 observational studies. *European Heart Journal*, 27, 2763-2774. doi: 10.1093/eurheartj/ehl338

- O'Connor, G.T., Buring, J.E., Yusuf, S., Goldhaber, S.Z., Olmstead, E.M., Paffenbarger, R.S. y Hennekens, C.H. (1989). An overview of randomized trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction. *Circulation*, 80(2), 234-244. doi: 10.1161/01.cir.80.2.234
- Oginska-Bulik, N. (2014). Posttraumatic growth following the death of someone close—the role of temperament and resiliency. *Polish Journal of Applied Psychology*, 12, 29–44. doi: 10.1515/pjap-2015-0013
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). Recuperado de: <http://www.who.int/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). Recuperado de: <http://www.who.int/es/>
- Ornish, D., Brown, S.E., Scherwitz, L.S., Billings, J.H., Armstrong, W.T., Ports, T.A., McLanahan, S.M., Kirkeeide, R.L., Brand, R.J. y Gould, K.L. (1990). Can lifestyle change reverse coronary heart disease?. *Lancet*, 336, 129-133.
- Ornish, D., Scherwitz, L.S., Doody, R.S., Kerten, D., McLanahan, S.M., Brown, S.E., DePuey, G., Sonnemaker, R., Haynes, C., Lester, J., McAlister, G.K., Hall, R.J., Burdine, J.A. y Gotto, A.M. (1993). Effects of stress management training and dietary changes in treating ischemic heart disease. *Journal of the American Medical Association*, 249, 54-60. <https://www.ornish.com/wp-content/uploads/effects-of-stress-management-training.pdf>
- Orth-Gomér, K., Schneiderman, N., Wang, H.X., Walldin, C., Blom, M., and Jernberg, T. (2009). Stress reduction prolongs life in women with coronary disease. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 2, 25-32. doi: doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.108.812859
- Paneque, I., Carrión, M.R., Fernández, J.M., y Pinilla, P. (2014). Vivir con un desfibrilador automático implantable. Un estudio cualitativo de las experiencias de los pacientes. *Index Enfermería*, 23, 31-35. doi: 10.4321/S1132-12962014000100007
- Papadakis, S., Oldridge, N.B., Coyle, D., Mayhew, A., Reid, R.D., Beaton, L., Dafoe, W.A. y Angus, D. (2005). Economic evaluation of cardiac rehabilitation: a systematic review. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 12(6), 513-520. doi: 10.1097/01.hjr.0000186624.60486.e8.

- Pedersen, S. S. y Denollet, J. (2004). Validity of the Type D personality construct in Danish post-MI patients and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(3), 265-272 doi: 10.1016/S0022-3999(03)00614-7
- Pedersen, S. S., Spek, V., Theuns, D. A., Alings, M., van der Voort, P., Jordaens, L., Cuijpers, P., Denollet, J., y van den Broek, K. C. (2009). Rationale and design of WEBCARE: A randomized, controlled, web-based behavioral intervention trial in cardioverter-defibrillator patients to reduce anxiety and device concerns and enhance quality of life. *Trials*, 10, 120. doi: 10.1186/1745-6215-10-120
- Pedersen, S. S., Theuns, D. A. M. J., Jordaens, L. y Kupper, N. (2010). Course of anxiety and device-related concerns in implantable cardioverter defibrillator patients the first-year post implantation. *Europace*, 12, 1119–1126. doi: 10.1093/europace/euq154
- Pedersen, S. S., van Domburg, R.T., Theuns, D.A., Jordaens, L. y Erdman, R.A.M. (2005). Concerns about the implantable cardioverter defibrillator: a determinant of anxiety and depressive symptoms independent of experienced shocks. *American Heart Journal*, 149(4), 664-669. doi: 10.1016/j.ahj.2004.06.031
- Pedersen, S. S., Yagensky, A., Smith, O. R. F., Yagenska, O., Shpak, V. y Denollet, J. (2009). Preliminary evidence for the cross-cultural utility of the type D personality construct in the Ukraine. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16(2), 108-115. doi: 10.1007/s12529-008-9022-4.
- Pedersen, S., van den Broek, K., Erdman, R., Jordaens, L. y Theuns, D. (2010). Pre-implantation implantable cardioverter defibrillator concerns and Type D personality increase the risk of mortality in patients with an implantable cardioverter defibrillator. *Europace*, 12(10), 1446-1452. doi: 10.1093/europace/euq296
- Pedersen, S., y Denollet, J. (2003). Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 10(4), 241-248. doi: 10.1097/00149831-200308000-00005
- Pedersen, S.S. y Denollet, J. (2006). Is type D personality here to stay?: emerging evidence across cardiovascular disease patient groups. *Current Cardiology Reviews*, 2, 205-213. doi: 10.2174/157340306778019441
- Pedersen, S.S., Denollet, J., Spindler, H., Ong, A.T., Serruys, P.W., Erdman, R.A. y van Domburg, R.T. (2006). Anxiety enhances the detrimental effect of depressive symptoms on health status following percutaneous coronary interven- tion.

- Journal of Psychosomatic Research*, 61, 783–789. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.06.009
- Pedersen, S.S., van den Broek, K. y Sears, J. (2007). Psychological intervention following implantation of an implantable defibrillator: a review and future recommendations. *Pacing Clinical Electrophysiology*, 30, 1546-1554. doi: 10.1111/j.1540-8159.2007.00905.x
- Pedersen, S.S., van den Broek, K., Theuns, D., Erdman, R.A.M., Alings, M., Meijer, A., ... Denollet, J. (2011). Risk of chronic anxiety in implantable defibrillator patients: a multi-center study. *International Journal of Cardiology*, 147, 420-23. doi: 10.1016/j.ijcard.2009.09.549
- Pedersen, S.S., Yagensky, A., Smith, O., Yagenska, O., Shpak, V. y Denollet, J. (2009). Preliminary evidence for the cross-cultural utility of the type D personality construct in the Ukraine. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16(2), 108-115. doi: 10.1007/s12529-008-9022-4.
- Peinado-Peinado, R., Merino-Llorens, J.L., Roa-Rad, J.H., Marcia-Palafox, E. y Quintero-Henson, O. (2008). Calidad de vida y estado psicológico de los pacientes portadores de desfibrilador automático implantable. *Revista Española de Cardiología*, 8, 40-50. doi: 10.1016/S1131-3587(08)73537-4
- Plá, J., y Rodríguez, J.S. (2006). *Aspectos Psicológicos en las enfermedades cardiovasculares*. Sociedad Española de Cardiología.
- Priori, S.G., Blomström-Lundqvist, C., Mazzanti, A., Blom, N., Borggrefe, M., Camm, J. ... y van Veldhuisen, D.J. (2016). 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: The task force for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by: Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC). *European Heart Journal*, 36(41), 2793–2867. Doi: 10.1093/europace/euv319
- Probst, V., Veltmann, C., Eckardt, L., Meregalli, P.G., Gaita, F., Tan, H.L., Babuty, D., Sacher, F., Giustetto, C., Schulze-Bahr, E., Haussaguerre, M., Mabo, P., Le Marec, H., Wolpert, C y Wilde, A.A.M. (2010). Long-term prognosis of patients diagnosed with Brugada syndrome: results from the FINGER Brugada Syndrome Registry. *Circulation*, 121(5), 635–643. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.887026

- Providencia, R., Marijon, E., Lambiase, P.D., Bouzeman, A., Defaye, P., Klug, D., (2016). Primary Prevention Implantable Cardioverter Defibrillator (ICD) Therapy in Women—Data from a Multicenter French Registry. *Journal of American Heart Association*, 5(2), e002756. doi: 10.1161/JAHA.115.002756
- Pujol-Robinat, A. y Salas-Guerrero, M. (2018). Muerte súbita cardíaca en circunstancias especiales. *Revista Española de Medicina Legal*, 44 (1), 38-45. doi: 10.1016/j.reml.2017.10.003
- Qureshi, S., Pyne, J., Magruder, K., Schulz, P.E. y Kunik, M.E. (2009). The link between post-traumatic stress disorder and physical comorbidities: A systematic review. *Psychiatric Quarterly*, 80(2), 87-97. Doi: 10.1007/s11126-009-9096-4
- Rahmawati, A., Chishaki, A., Ohkusa, T., Sawarati, H., Tsuchihashi-Makaya, M., Ohtsuka, Yuko. ... y Chishaki, H. (2016). Influence of primary and secondary prevention indications on anxiety about the implantable cardioverter-defibrillator. *Journal of Arrhythmia*, 32(2), 102-107. doi: 10.1016/j.joa.2015.10.002
- Rahmawati, A., Chishaki, A., Sawarati, H., Tsuchihashi-Makaya, M., Ohtsuka, Y., Nakai, M. ... y Chishaki, H. (2013). Gender disparities in Quality of life and Psychological Disturbance in patients with Implantable Cardioverter Defibrillator. *Journal of the Japanese Circulation Society*, 77(5), 1158-1165. doi: 10.1253/circj.cj-12-1116.
- Riska, E. (2000). The rise and fall of Type A man. *Social Science Medicine*, 51, 1665e1674.
- Rodríguez, J. y Neipp, M.C. (2008). *Manual de Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rosengren, A., Hawken, S., Ounpuu, S., Sliwa, K., Zubaid, M., Almahmeed, W.A. ... y Yusuf, S. (2004). Interheart investigators: association of psychosocial risk factors of acute myocardial infarction 11119 cases and 13648 controls from 52 countries: case and control study. *Lancet*, 364 (9438), 953-962. doi: 10.1016/S0140-6736(04)17019-0.
- Salmoirago-Blotcher, E. y Ockene, I.S. (2009). Methodological limitations of psychosocial interventions in patients with an implantable cardioverter-defibrillator (ICD) A systematic review. *BMC Cardiovascular Disorder*, 9(1), 56. Doi:10.1186/1471-2261-9-56

- Saskia, M., Rüdiger, M., Wilke, S., Mechthild, M., Wolfgang, M., y Bernd, M. (2014). Anxiety disorders in patients with implantable cardioverter defibrillators: frequency, course predictors, and patients' request for treatment. *Pace*, 37, 35-47. Doi:10.1111/pace.12276.
- Schneiderman, N., Saab, P.G., Catellier, D.J., Powell, L.H., DeBusk, R.F., Williams, R.B., Carney, R.M., Raczynski, J.M., Cowan, M.J., Berkman, L.F., and Kaufmann, P.G. (2004). Psychosocial treatment within sex by ethnicity subgroups in the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Clinical Trial. *Psychosomatic Medicine*, 66, 475-483.
- Schron, E.B., Exner, D.V., Yao, Q., Jenkins, L.S., Steinberg, J.S., Cook, J.R. ... y Powel, J. (2002). Quality of life in the antiarrhythmics versus implantable defibrillators trial: impact of therapy and influence of adverse symptoms and defibrillator shocks. *Circulation*, 105, 589-594. doi: 10.1161/hc0502.103330
- Schulz, S., Massa, C., Grzbiela, A., Dengler, W., Wiedemann, G., y Pauli, P. (2013). Implantable Cardioverter defibrillator shocks are prospective predictors of anxiety. *Heart Lung*, 42, 105-111. doi: 10/1016/j.hrtlng.2012.08.006
- Sears, S.F. y Conti, J.B. (2002). Quality of life and psychological functioning of ICD patients. *Heart Lung*, 87, 488-493. doi: 10.1136/heart.87.5.488
- Sears, S.F., Hauf, J.D., Kirian, K., Hezelton, G. y Conti, J.B. (2011). Posttraumatic Stress and the Implantable Cardioverter-Defibrillator Patient. *Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology*, 4(2), 242-250. doi: 10.1161/CIRCEP.110.957670
- Sogaro, E., Schinina, F., Burgisser, C., Orso, F., Pallante, R., Aloï, T., Vanni, D., Pazzagli, A. y Fattitolli, F. (2010). Type D personality impairs quality of life, coping and short-term psychological outcome in patients attending an outpatients intensive program of cardiac rehabilitation. *Monaldi Archives for chest disease*, 74(4), 181-191. doi: 10.4081/monaldi.2010.259
- Sola, C.L., y Bostwick, J.M. (2005). Implantable cardioverter defibrillators, induced anxiety and quality of life. *Mayo clinic Proceedings*, 80(2), 232-237. doi: 10.4065/80.2.232
- Sperry, L. (2008). The Biopsychosocial Model and Chronic Illness: Psychotherapeutic Implications. *The Journal of Individual Psychology*, 64(3), 369-376.
- Spindler, H., Kruse, C., Zwisler, A.D., y Pedersen, S. (2009). Increased anxiety and depression in Danish cardiac patients with a type D personality: cross-validation

- of the type D Scale (DS14). *International Journal Behavior Medicine*, 16(2), 98-107.
- Starrenburg, A., Kraaijer, K., Pedersen, S., van Hout, M., Scholten, M., y van der Palen, J. (2013). Association of Psychiatric History and Type D personality with symptoms of anxiety, depression and health status prior to ICD implantation. *International Journal Behavior Medicine*, 20, 425-433. doi: 10.1007/s12529-012-9244-3
- Steca, P., D'Addario, M., Magrin, M.E., Miglioretti, M., Mozani, D., Pancani, L., Sirini, Scignaro, M., Vecchio, L., Fattiroli, F., Giannattasio, C., Cesana, F., Ricconono, S.P., y Greco, A. (2016). A Type A and Type D Combined Personality Typology in Essential Hypertension and Acute Coronary Syndrome Patients: Associations with Demographic, Psychological, Clinical, and Lifestyle Indicators. *PLoS ONE*, 11(9). doi:10.1371/journal.pone.0161840
- Steinberg, J., Joshi, S., Schron, E., Powell, J., Hallstrom, A., Mc Burnie, M., y de AVID Investigators. (2008). Psychosocial status predicts mortality in patients with life-threatening ventricular arrhythmias. *Heart Rhythm Society*, 5(3), 361-365. doi: 10.1016/j.hrthm.2007.11.010
- Steptoe, A. y Brydon, L. (2009). Emotional triggering of cardiac events. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 33(2), 63-70. doi: 10.1016/j.neubiorev.2008.04.010
- Sterling, P. y Eyer, J. (1988). Allostasis: a new paradigm to explain arousal pathology. En: Fisher S, Reason J (eds.), *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 629-49) New York: John Wiley.
- Svansdóttir, E., Denollet, J., Thorsson, B., Gudnason, T., Halldorsdóttir, S., Gudnason, V., van de Broek, K. y Karlsson, H. (2013). Association of Type personality with unhealthy lifestyle, and estimated risk of coronary events in the general Icelandic population. *European Journal of Preventive Cardiology*, 20(2), 322-330. doi: 10.1177/2047487312441723.
- Svansdóttir, E., van den Broek, K. C., Karlsson, H. D., Gudnason, T. y Denollet, J. (2012). Type D personality is associated with impaired psychological status and unhealthy lifestyle in Icelandic cardiac patients: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 12, 42. doi: 10.1186/1471-2458-12-42
- Swerdlow, C.D., y Ellenbogen, K.A. (2013). Implantable cardioverter-defibrillator leads: design, diagnostics, and management. *Circulation*, 128, 2062-2071. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.113.003920.

- Taylor, R.S., Brown, A., Ebrahim, S., Jolliffe, J., Noorani, H., Rees, K., Skidmore, Becky., Stone, J.A., Thomson, D.R., y Oldridge, N. (2004). Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *American Journal Medicine*, 116, 682-92. doi: 10.1016/j.amjmed.2004.01.009
- Tofler, G.H., Stone, P.H., Maclure, M., Edelman, E., Davis, V.G., Robertson, T., Antman, E.M. y Muller, J.E. (1990). Analysis of possible triggers of acute myocardial infarction (the MILIS study). *American Journal of Cardiology*, 66(1), 22-27. doi: 10.1016/0002-9149(90)90729-k
- Tung, R., Zimetbaum, P., y Josephson, M.E. (2008). A critical appraisal of implantable cardioverter-defibrillator therapy for the prevention of sudden cardiac death. *Journal of America Coll Cardiology*, 52, 1111-1121. doi: 10.1016/j.jacc.2008.05.058.
- Vaccarino, V. y Douglas Bremner, J (2017). *Aspectos psiquiátricos y conductuales de las enfermedades cardiovasculares*. Elsevier.
- Van den Broek, K., Nyklicek, I., Van der Voort, M.D., Alings, M. y Denollet, J. (2008). Shoks, personality and anxiety in patients with an implantable defibrillator. *Pace*, 31, 850-57. doi: 10.1111/j.1540-8159.2008.01099.x
- Van den Broek, K., Nyklicek, I., Van der Voort, P., Alings, M., Meijer, A. y Denollet, J. (2009). Risk of ventricular arrhythmia after implantable defibrillator treatment in anxious type D patients. *Journal of the American College of Cardiology*, 54(6), 531-537. Doi:10.1016/j.jacc2009.04.043.
- Van den Broek, K., Tekle, F., Habibovic, M., Alings, M., Van der Voort, P. y Denollet, J. (2011). Emotional distress, positive affect, and mortality in patients with an implantable cardioverter defibrillator. *International Journal of Cardiology*, 165(2), 327-332. Doi: 10.1016/j.ijcard.2011.08.071
- Vega Jiménez, J., Verano Gómez, N.C., Rodríguez López, J.E., Labrada González, E., Sánchez Garrido, A. y Espinosa Pire, L.N. (2018). Factores cardioaterogénicos y riesgo cardiovascular en diabéticos tipo 2 hospitalizados. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 47(2), 133-145.
- Velasco-Arias, S. (2009). *Sexos, género y salud*. España: minerva Ediciones
- Versteeg, H., Timmermans, I., Meine, M., Zitron, E., Mabo, P., & Denollet, J. (2017). Prevalence and risk markers of early psychological distress after ICD

- implantation in the European REMOTE-CIES study cohort. *International Journal of Cardiology*, 240, 208-213. doi:10.1016/j.ijcard.2017.03.124
- Vilchinsky, N., Yaakov, M., Sigawi, L., Leibowitz, M., Reges, O., Levit, O., et al., (2012). Preliminary evidence for the construct and concurrent validity of the DS-14 in Hebrew. *International Journal Behavior Medicine*, 19(2), 234-240.
- Walker, R.L., Campbell, K.A., Sears, S.F., Glenn, B.A., Sotile, R., Curtis, A.B. y Conti, J.B. (2004). Women and the implantable cardioverter defibrillator: a lifespan perspective on key psychosocial issues. *Clinical Cardiology*, 27(10), 543-546. doi: doi.org/10.1002/clc.4960271019
- Wasserman, K., Hansen, J.E., Sue, D.Y., Whipp, B.J. y Casaburi, R. (1999) Principles of exercise testing and interpretation: including pathophysiology and clinical applications (3.^a ed.) (p.p 115-138). Filadefia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Weng, C.Y., Denollet, J., Lin, C-L., Lin, T-K., Wang, W-C., Lin, J-J., Wong, S., y Mols, F. (2013). The validity of the Type D construct and its assessment in Taiwan. *BMC Psychiatry*, 13, 46. doi: 10.1186/1471-244X-13-46
- Widdershoven, J., Kessing, D., Schiffer, A., Denollet, J. y Kupper, N. (2013). How are depression and type D personality associated with outcomes in Chronic Heart Failure Patients?. *Spinger Science*, 10, 244-253. doi: 10/1007/S11897-013-0139-7.
- Williams, L., O'Connor, R., Grubb, N., y O'Carroll, R. (2011). Type D personality predicts poor medication adherence in myocardial infarction patients. *Psychology & Health*, 26(6), 703-712. doi:10.1080/08870446.2010.488265.CrossRef
- Williams, L., O'Connor, R.C., Grubb, N.R. y O'Carroll, R.E. (2011). Type D personality and illness perceptions in post-myocardial infarction patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 70, 141-144.
- Williams, L., O'Connor, R.C., Grubb, N.R. y O'Carroll, R.E. (2012). Type D personality and three-month psychosocial outcomes among patients post-myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 72, 422-426. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.02.007 PMID: 22656437
- World Health Organization: Technical Report Series 270. Rehabilitation of patients with cardiovascular diseases. Report of a WHO expert committee. Geneve, 1964.

- Yu, D., Thompson, D., Yu, C., Pedersen, S., y Denollet, J. (2010). Validating the type D personality construct in Chinese patients with coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(2), 111-118. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.01.014
- Yu, X., Zhan, J., y Liu, X. (2008). Application os the Type D Scale (DS-14) in Chinese coronary heart disease patients and healthy controls. *Journal of Psychosomatic*, 65, 595-601. doi: 10.1016/j.jpsychores.2008.06.009
- Zannad, F., Jakobsen, A., Heroys, J., Ralph, A., Rees, T., y Shaw, M. (2008). Cardiovascular high-risk patients treat to protect, but whom?. *The Medscape Journal of Medicine*, 10 (Supp), S2.
- Zipes, D.P. y Wellens, H.J. (1998). Sudden cardiac death. *Circulation*, 98(21), 2334-51. Review.
- Zipes, D.P., Camm, A.J., Borggreffe, M., Buxton, A.E., Chaitman, B., Fromer, M. ... y Page, R.L. (2006). ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for manage- ment of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force and the European Society of Cardiology Com. *Europace*, 8(9), 746–837. doi: 10.1093/europace/eul108.

CAPITULO 8: ANEXOS

8.1 ANEXO I**DS¹⁴**

Aquí le mostramos una serie de afirmaciones que las personas a menudo utilizan para describirse a si mismos. Por favor, lea cada una de estas afirmaciones y haga un *círculo* en el *número* más indicado a su respuesta. No hay respuestas correctas o incorrectas: su percepción es la única cosa que importa.

**0=FALSO 1=BASTANTE FALSO 2=INTERMEDIO 3=BASTANTE CIERTO
4=CIERTO**

¹ Cuando conozco una persona me comunico fácilmente con ella	0 1 2 3 4
² Doy excesiva importancia a cosas que no la tienen	0 1 2 3 4
³ A menudo hablo con desconocidos	0 1 2 3 4
⁴ A menudo me siento infeliz	0 1 2 3 4
⁵ A menudo estoy irritado	0 1 2 3 4
⁶ A menudo me siento inhibido ('cortado') en las relaciones sociales	0 1 2 3 4
⁷ Tengo una visión pesimista de las cosas	0 1 2 3 4
⁸ Me resulta difícil empezar una conversación	0 1 2 3 4
⁹ A menudo estoy de mal humor	0 1 2 3 4
¹⁰ Soy una persona cerrada	0 1 2 3 4
¹¹ Me gustaría mantener la gente a distancia	0 1 2 3 4
¹² A menudo siento que estoy preocupado por algo	0 1 2 3 4
¹³ A menudo estoy deprimido	0 1 2 3 4
¹⁴ Cuando me relaciono con alguien no se de que hablar	0 1 2 3 4

8.2 ANEXO II

UNIVERSIDAD DE MURCIA  **Cuestionario sociodemográfico para pacientes con DAI**

Fecha de administración:

NHC:

1. **Sexo:** Varón
 Mujer

2. **Edad:**

3. **Nacionalidad:**

4. **Estado Civil:** Soltero Separado/Divorciado
 Vive en pareja Casado 1er matrimonio
 Viudo Casado (2º nupcias o más)
 Otro (especificar)

5. **Nº Hijos:**

✓ **En caso de respuesta afirmativa, indique ¿cuáles estan a su cargo?**

6. **Profesión:**

7. Nivel de estudios

- Cursados:** Sin estudios (sabe leer y escribir)
 Educación Primaria (Graduado Escolar)
 Educación Secundaria (ESO)
 FP1 (formación Profesional grado medio)
 COU o Bachillerato
 FP2 (Formación Profesional grado superior)

- Estudios Superiores Universitarios (Diplomatura, grado o licenciatura)
- Estudio Oficiales de Postgrado (Máster o doctorado)
- Otros niveles (indicar)

- 8. Situación laboral:**
- Empleado Desempleado o en Paro
 - Jubilado Baja laboral (IT)
 - Invalidez Amo/a de casa
 - Estudiante

En caso de que haya trabajado alguna vez, responda a las siguientes preguntas:

- 9. Jornada Laboral** (nº horas diarias):
- Media Jornada (<6horas)
 - Jornada Completa (8h)
 - > 8 horas de trabajo.

- 10. Horario de trabajo:**
- Jornada partida Jornada Completa
 - Jornada Intensiva Turnos Rotativos
 - Nocturno

Ahora voy a formularle algunas preguntas sobre su estado de salud:

11. ¿Sufre de hipertensión? SI No

12. ¿Padece usted sobrepeso? SI No

13. ¿Padece usted Obesidad? No

14. ¿Ha consumido Alcohol? SI No

- ✓ **En caso de que sea consumidor o exconsumidor, indique con qué frecuencia:**
- A diario
 - 2 o 3 veces por semana

Solo fines de semana

15. ¿Es o ha sido fumador? SI No

✓ En caso de que sea fumador o exfumador, indique con qué

frecuencia: A diario

2 o 3 veces por semana

Solo fines de semana

16. ¿Ha consumido otro tipo de drogas? SI No

✓ En caso de respuesta afirmativa, indique cuál:

Y con qué frecuencia: A diario

2 o 3 veces por semana

Solo fines de semana

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su historia clínica:

17. ¿Tiene antecedentes psicológicos y/o psiquiátricos antes de la implantación del DAI? Sí No

✓ En caso de respuesta afirmativa, indique cuales

✓ Y si necesitó y/o recibió tratamiento, indique cual

18. ¿Relaciona algún acontecimiento previo con la crisis que propició la implantación del DAI? Sí No

✓ En caso de respuesta afirmativa, indique cuál de los siguientes fue el principal problema (la respuesta puede ser múltiple):

Matrimonial

Familiar

Cansancio o enfermedad

Trabajo, estudios o empleo

Problemas psicológicos

Las cuestiones que vienen a continuación están relacionadas con la experimentación de algunos síntomas tras la implantación del DAI, indique si o no acerca de las siguientes preguntas:

19. ¿Ha experimentado síntomas de ansiedad? Sí No

20. ¿Ha experimentado síntomas depresivos? Sí No

21. ¿Ha experimentado miedo a que se agote antes de tiempo la batería del DAI?

Sí No

22. ¿Ha experimentado miedo a tener una descarga? Si No

23. ¿Ha experimentado otros miedos relacionaros con el DAI? Sí No

✓ En caso de respuesta afirmativa, indique cual

24. ¿Ha experimentado problemas de sueño? Si No

25. ¿Ha recibido alguna descarga del DAI? Si No

✓ En caso de respuesta afirmativa, indique cuantas

✓ Relaciona las descargas con alguna de las siguientes situaciones:

Discusiones

Preocupaciones

Tensión y conflictos

Miedos

Estrés

Otras _____

El estrés es un aspecto muy importante a tener en cuenta en este tipo de patologías. Por ello, ahora vamos a hacerle algunas preguntas relacionadas con el estrés y con

el grado de malestar o sufrimiento que puede generarle algunos problemas cotidianos:

26. Indíquenos el grado de estrés que ha padecido en el último año:

Ninguno Leve Moderado Intenso

27. Indíquenos el grado de malestar o sufrimiento que le produce la enfermedad:

Ninguno Leve Moderado Intenso

28. Indíquenos el grado de malestar o sufrimiento que le producen los problemas laborales:

Ninguno Leve Moderado Intenso

29. Indíquenos el grado de estrés malestar o sufrimiento que le produce los problemas familiares:

Ninguno Leve Moderado Intenso

30. Indíquenos el grado de estrés malestar o sufrimiento que le produce los problemas personales:

Ninguno Leve Moderado Intenso

8.3 ANEXO III

UNIVERSIDAD DE
MURCIA



Preguntas sobre la Historia Clínica de pacientes con DAI

NHC:

31. ¿Cuál fue el motivo de implantación del DAI?

- Prevención primaria Prevención secundaria

32. Etiología

- 2.1 Miocardiopatías: Isquémica
 No Isquémica
 Hipertróficas
 Otras
- 2.2 Canalopatías: S. Brugada
 QT. Largo
- 2.3 Fibrilación ventricular idiopática

33. ¿Cuánto tiempo lleva implantado el DAI? Años Meses

34. Año de implantación del DAI

35. ¿Ha tenido o tiene otros problemas médicos? Sí No

En caso de respuesta afirmativa, indique cual:

36. ¿Tiene antecedentes familiares de patología cardiaca? Sí No

✓ En caso de respuesta afirmativa, indique la patología

✓ Y el parentesco con el paciente