

Perfil Psicosocial de Pacientes Atendidos en una Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante Cardíaco

Psychosocial Profile of Patients Treated in a Heart Failure and Cardiac Transplant Unit

DOI: <https://doi.org/10.26852/28059107.562>

Mónica Becerra-Niño¹, Carolina Hernández-Pinzon², Diana Molano-Barrera³, Freddy Mendivelso⁴, Carlos Arias-Barrera⁵

Resumen

Este estudio descriptivo de corte transversal tiene como objetivo describir el perfil psicosocial de los pacientes atendidos durante el periodo de septiembre de 2011 a septiembre de 2013 en la Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante Cardíaco de la Clínica Universitaria Colombia de la ciudad de Bogotá. La muestra fue de 185 pacientes a quienes se les aplicó el Cuestionario de Salud PHQ-9, Evaluación Cognitiva de Montreal - MoCA, APGAR familiar y cuestionario de apoyo social de DUKE - UNC. Eventualmente se encontró que el 22,5% presentó síntomas de depresión leve, el 54,1% mostró disfunción cognitiva leve, el 94% contaba con una red de apoyo social adecuada y el 92,4% contaba con una familia funcional. Se concluye que los aspectos psicológicos y la disponibilidad de una red de apoyo familiar y social juegan un papel importante en el proceso salud-enfermedad de la persona con insuficiencia cardíaca, pudiendo afectar positiva o negativamente en el manejo médico, las conductas de autocuidado y en el mantenimiento de la calidad de vida. Asimismo es necesario que el equipo de salud incluya al paciente y familia en el diseño e implementación del plan de atención para lograr cumplir las metas terapéuticas.

Palabras clave: psicosocial, depresión, cognitivo, familia, apoyo social, insuficiencia cardíaca.

Abstract

This cross-sectional descriptive study aims to describe the psychosocial profile of patients treated during the period from September 2011 to September 2013 in the Heart Failure and Heart Transplant at the Clínica Universitaria Colombia in Bogotá. The Health Questionnaire PHQ-9, Montreal Cognitive assessment - MoCA, family APGAR and the Social Support Questionnaire of DUKE - UNC were applied to a sample of 185 patients. we found that 22.5% have symptoms of mild depression, 54.1% have mild cognitive dysfunction, 94% had a network of adequate social support, and 92.4% had a functional family. We conclude that psychological aspects, family's availability, and social network support play an important role in the health-disease process of heart failure patients. Moreover, such psychological features can have either a positive or negative impact in medical management, self-care behavior, as well as in maintaining high quality of life. It is necessary for the health team to include the patient and his family in the design and implementation of the care plan to achieve the therapeutic goals.

Keywords: Psychosocial; Depression; Cognitive; Family; Social Support; Cognitive; Heart Failure.

¹Especialista en Psicología Médica y de la Salud. Psicóloga, Servicio de Salud Mental, Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Unidades de Cuidado Intensivo, Clínica Universitaria Colombia E-mail: mobecerra@colsanitas.com – <https://orcid.org/0000-0002-7931-1981>

²Magister en Enfermería con Énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular, Profesor asistente, Facultad de enfermería, Universidad Antonio Nariño.

³Especialista en Enfermería Cardiorrespiratoria. Enfermera, Unidad de Insuficiencia Cardíaca, Clínica Universitaria Colombia.

⁴Medico Epidemiólogo, Departamento de investigaciones, Clínica Reina Sofía.

⁵Cardiólogo, Coordinador de Cardiología, Clínica Universitaria Colombia.

Citar como: Becerra-Niño, M., Hernández-Pinzon, C., Molano-Barrera, D., Mendivelso, F. y Arias-Barrera, C. (2022). Perfil psicosocial de pacientes atendidos en una unidad de insuficiencia cardíaca y trasplante cardíaco. Meridiano. Revista Colombiana de Salud Mental, 1(1), 3-17.

Introducción

La Insuficiencia Cardíaca (IC) es un síndrome clínico que genera gran impacto en la población, considerándose uno de los problemas de salud pública en el mundo. Los servicios de salud, se han interesado por crear estrategias para la evaluación e intervención de personas diagnosticadas con esta enfermedad y la conformación de grupos multidisciplinarios es una de ellas, proponiendo tratamientos integrales para el manejo y cuidado de la salud.

Las investigaciones sobre enfermedades crónicas han aumentado a partir del interés de la comunidad científica por comprenderlas (Whelton et al., 2002). Para la Psicología resulta importante establecer las distintas formas de cómo las personas afrontan el proceso de Salud-Enfermedad, ya que se producen ajustes en el estilo de vida que se acompañan de cambios emocionales (Cardozo y Rondón, 2016). Otros autores describen que el padecimiento crónico modifica la percepción de sí mismo y de la vida propia, a lo cual la persona se debe adaptar (Álvarez, 2006).

El proceso de enfermedad es una alteración en el bienestar físico y mental de la persona. Existen enfermedades que son frecuentes y de menor gravedad, y otras cuyo proceso es crónico (Pablo et al., 2016) de alto costo y altamente impactantes en la vida de quienes la padecen y sus familias. Una de ellas es la IC, que se define como una entidad patológica de gran impacto en la población general, estimándose como un problema de salud pública a nivel mundial. En Colombia, según el sistema RIPS esta enfermedad genera el 6% de las hospitalizaciones en adultos, con una tasa global de mortalidad del 2% (Torres et al., 2011). Su prevalencia es del 2,3%, que de acuerdo para el número de habitantes en el país, corresponde a cerca de 1.097.201 pacientes con falla cardíaca (Gomez, 2016).

De acuerdo a la fracción de eyección (FEVI), la insuficiencia cardíaca se clasifica en tres categorías. Los pacientes vinculados a la Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante Cardíaco de la Clínica Universitaria Colombia son aquellos que tienen

una FEVI reducida (<40%). Los síntomas típicos de la IC son: disnea, disnea paroxística nocturna, capacidad de ejercicio reducida, fatiga, cansancio, aumento de tiempo de recuperación después de ejercicio, edema maleolar; y los menos típicos son tos nocturna, sibilancias, sensación de hinchazón, pérdida de apetito, saciedad precoz, confusión (especialmente en ancianos), depresión y palpitaciones. Resulta importante tener presente la clase funcional con los estadios de la insuficiencia cardíaca descritas por la American Heart Association/American College of Cardiology (AHA/ACC) - guías norteamericanas de insuficiencia cardíaca AHA/ACC, teniendo en cuenta que de acuerdo a su clase funcional la persona tendrá mayor o menor grado de limitación para realizar sus actividades de la vida diaria, lo cual repercutirá en su calidad de vida (Saldarriaga et al., 2017).

Para la Organización Mundial de la Salud la IC toma características de “epidemia”, presentando un incremento en mortalidad, pérdida de años productivos, aislamiento psicosocial, repercutiendo en un alto coste para los sistemas de salud. De acuerdo a lo anterior, resulta importante describir y entender las características biopsicosociales de esta población e implementar planes de intervenciones eficientes y eficaces para disminuir el índice de morbi-mortalidad (Rázuri, 2017).

Para una visión integradora de los procesos de salud-enfermedad, se debe dejar a un lado el modelo biomédico. Por lo tanto, los procesos de salud-enfermedad se deben explicar y comprender teniendo en cuenta también los principios que regulan el comportamiento humano y que se hallan ligados a formas y estilos de vida, con implicaciones en lo social, lo cultural, lo psicológico y lo político (Baeta, 2015).

El ser humano es un ser integral y bajo esta mirada amplia se puede definir la salud como un estado de bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de enfermedad, y sitúa a las emociones en un lugar central dentro del proceso de salud/enfermedad.

En el proceso de enfermedad se hace necesario iniciar cambios en la vida cotidiana, experimentando pérdida de control sobre sí mismos. En princi-

pio, una respuesta adaptativa, como el estrés o una reacción emocional, no constituye un riesgo para la salud. Sin embargo, puede migrar a cuadros clínicos de ansiedad o depresión que pueden afectar la condición clínica (Quiceno y Vinaccia, 2012).

Adicionalmente, la investigación sobre la capacidad cognitiva de los pacientes con IC es limitada. Los estudios realizados han demostrado que la IC es un factor de riesgo independiente para el deterioro cognitivo. Así, los pacientes con esta patología tienen cuatro veces más riesgo de desarrollar deterioro cognitivo, comparado con la población en general. Esto se asocia con una mayor mortalidad, hospitalización repetida y mala calidad de vida. Sin embargo, la valoración de las funciones cognoscitivas, no se realiza rutinariamente (Harkness et al., 2011).

El deterioro cognoscitivo repercute en la comprensión de la enfermedad y la necesidad del tratamiento. También limita la capacidad funcional de la persona, el cumplimiento terapéutico/adherencia al tratamiento y el poder llevar a cabo su autocuidado (García, 2015). En consecuencia, la presencia de deterioro cognitivo en las personas mayores con IC se asocia independientemente con peores resultados clínicos (Harkness et al., 2012).

Es importante que el equipo de salud reconozca el deterioro cognitivo y sus implicaciones en pacientes con IC, ya que este déficit probablemente contribuye con implicaciones clínicas como, disminución en la capacidad de atender y comprender los materiales educativos del paciente y la incapacidad de evaluar y auto-controlar los síntomas (Davis y Allen, 2013).

En la valoración integral a los pacientes con IC también resulta importante evaluar la red de apoyo sociofamiliar. El apoyo social según Roca y Perez (2019), son los recursos sociales existentes en su vínculo con el ambiente a través de las relaciones interpersonales y que pueden ser percibidos de manera positiva o negativa, influyendo en su bienestar y capacidad de funcionamiento frente a la enfermedad (Roca y Pérez, 2019). Se describe también como un proceso de interacción entre personas o grupos que a través del contacto sistemáti-

co establecen vínculos de amistad e información, apoyo material, emocional y afectivo en la solución de situaciones cotidianas en momentos de crisis (Vega y González, 2019).

El apoyo social influye en aspectos relacionados con los procesos de salud y enfermedad, puede repercutir directamente en la morbilidad y la mortalidad como resultado de sus efectos en los sistemas neuroendocrino, inmunológico y cardiovascular (Uchino et al., 1996).

El apoyo familiar influye positiva o negativamente en la adherencia al tratamiento. Los pacientes al sentirse apoyados, disminuyen el riesgo de depresión, mejorando su autoestima, optimismo, control del estrés, comportamiento y adherencia al tratamiento (Ackerman, 2003). Una familia funcional está asociada a un mayor uso de estrategias de afrontamiento, más apoyo sociofamiliar, menos estrés psicológico y menos problemas conductuales en el paciente (Saunders, 1999).

Desde la visión integradora de salud-enfermedad, es importante conocer el perfil psicosocial de la persona con IC para comprender su comportamiento frente a su situación actual de salud y qué factores protectores y/o de riesgo tiene para lograr la adherencia al tratamiento. Estos hallazgos permiten al equipo de salud establecer planes de atención adaptados a las necesidades de la persona. Así, el objetivo del presente trabajo fue describir el perfil psicosocial de los pacientes atendidos durante el periodo de septiembre de 2011 a septiembre de 2013 en la Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante Cardíaco de la Clínica Universitaria Colombia de la ciudad de Bogotá.

Materiales y métodos

Tipo de estudio. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal.

Población y muestra. De los 414 pacientes atendidos en el periodo transcurrido entre septiembre 2011 a septiembre de 2013 en la unidad de insuficiencia cardíaca y trasplante cardíaco de la Clínica

Universitaria Colombia de la ciudad de Bogotá, se reclutaron 185 que cumplían los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión. Pacientes a quienes se les haya aplicado los 4 instrumentos de medición - Cuestionario de Salud PHQ – 9 (Patient Health Questionnaire 9), Evaluación Cognitiva Montreal (Montreal cognitive assessment / MoCA, Cuestionario de Duke – UNC y APGAR.

Criterios de exclusión. (a) Paciente con diagnóstico de Trastorno Neurocognitivo. (b) Paciente con Diagnóstico de Trastorno Depresivo (previo a la valoración de psicología).

Instrumentos de medición. Las variables socio-demográficas se obtuvieron de la historia clínica de los pacientes que conformaron la muestra. Las variables cualitativas fueron medidas a través de la aplicación de los instrumentos de medición: cuestionario de salud PHQ-9, evaluación Cognitiva de Montreal - MoCA, APGAR familiar y cuestionario de apoyo social de DUKE - UNC.

El cuestionario de Salud PHQ – 9 (Patient Health Questionnaire 9), consta de nueve ítems que evalúan cada uno de los nueve criterios del DSM IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) para evaluar la severidad de la depresión. Es el módulo de evaluación de depresión del PRIME-MD, instrumento de diagnóstico para enfermedades mentales. Tiene una escala que va desde 0 (para nada) hasta 3 (casi todos los días), por lo tanto, el puntaje va de 0 a 27, clasificándose así: 0-4 sin depresión, 5 – 9 depresión leve, 10 – 14 depresión moderada, 15 – 19 depresión moderadamente severa (depresión mayor) y 20 – 27 depresión severa (depresión mayor severa). De acuerdo a la investigación de Cassian-Miranda et al. (2020) se concluye que la versión colombiana del PHQ-9 es un instrumento válido y confiable para el cribado de depresión, con un punto de corte ≥ 7 y un α de Cronbach de 0,80.

La Evaluación Cognitiva Montreal (Montreal cognitive assessment / MoCA) ha sido diseñada para evaluar las disfunciones cognitivas leves. Este instrumento examina las siguientes habilida-

des: atención, concentración, funciones ejecutivas (capacidad de abstracción), memoria, lenguaje, capacidades visoconstructivas, cálculo y orientación. Puntaje de 30-26 se considera normal. Si el puntaje es menor de 26 se estima que las funciones cognitivas se encuentran alteradas. El estudio de Pereira-Manrique y Reyes (2013), arrojó altos niveles de confiabilidad y de validez de constructo (α Cronbach = 0.75), en el uso del test de MOCA en población adulta de la ciudad de Bogotá.

El cuestionario de Duke – UNC es utilizado para la medición del apoyo social funcional, evalúa cuantitativamente dos dimensiones: el apoyo confidencial, que hace referencia a la posibilidad de contar con personas para comunicarse, por el cual las personas pueden recibir información, consejo, o cuentan con personas con las que pueden compartir problemáticas; y el apoyo afectivo, que puede definirse en demostraciones de amor, cariño, empatía o pertenencia a algún grupo (Bellón et al., 1996). Este instrumento fue validado en pacientes estadounidenses y posteriormente traducido al español por Bellon et al. (1996) y validado en población española, con un alfa-Crombach de 0,90.

APGAR es una técnica para explorar la función familiar, desarrollada por Gabriel Smilkstein en 1978. Este instrumento se ha venido incorporando a la práctica clínica del médico de familia. En su versión en español se considera que es un instrumento válido, fiable con una buena consistencia interna: alfa-Cronbach de 0,793 (Bellón et al., 1996) (Forero et al., 2006). APGAR se deriva de los cinco componentes de la función familiar: Adaptabilidad (Adaptability), la utilización de los recursos intra y extrafamiliares para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un factor de estrés durante un período de crisis. (Maddaleno et al. 1987). Cooperación (Partnership), relativo a la participación en la toma de decisiones y responsabilidades, definiendo el grado de poder de los miembros de la familia. Desarrollo (Growth), referente a la posibilidad de maduración emocional y física, así como de autorrealización de los miembros de la familia, por el apoyo mutuo. Afectividad (Affection) la relación de amor y atención entre los miembros de la familia. Capacidad resolutoria (Resolve), compromiso o determinación

de dedicar tiempo (espacio, dinero) a los miembros de la familia.

Análisis Estadístico. Las variables cualitativas y factores sociodemográficos se analizaron mediante distribuciones de frecuencias absolutas y relativas expresadas en porcentajes; en las variables cuantitativas, se utilizaron medidas de tendencia central (promedio y mediana) y medidas de dispersión (rango y desviación estándar). La normalidad se analizó con el estadístico de Shapiro-Wilks y se calcularon intervalos de confianza del 95%.

Resultados

Características Sociodemográficas. Un total de 185 pacientes fueron incluidos en el estudio con predominio del género femenino (n=110; 59,4%) sobre el masculino (n=75; 40,5%). La edad promedio de los pacientes fue de 66 años, con edad mínima de 19 y máxima de 91 años. El estado civil casado (n=104; 56,2%), el nivel educativo primaria (n=76; 41,1%) y la ocupación de pensionado (n=79; 42,7%) fueron las características más relevantes (Tabla 1).

Tabla 1
Características Sociodemográficas

Variable	Masculino		Femenino		Total	
	n=75		n=110		n=185	
Edad (años)	μ (\pm D.E)	Mín. - Max	μ (\pm D.E)	Mín. - Max	μ (\pm D.E)	Mín. - Max
	66 (\pm 12)	22 - 91	66 (\pm 13)	19 - 86	66 (\pm 12)	19 - 91
Estado civil	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%
	Casado(a)	25 (33.3)	23.7 - 44.5	79 (71.8)	62.7 - 79.3	104 (56.2)
Viudo(a)	25 (33.3)	23.7 - 44.5	4 (3.6)	1.4 - 8.9	29 (15.6)	11.1 - 21.6
Soltero(a)	11 (14.7)	8.3 - 24.3	10 (9.0)	5.0 - 15.9	21 (11.3)	7.5 - 16.7
Separado(a)	10 (13.3)	7.4 - 22.8	10 (9.0)	5.0 - 15.9	20 (10.8)	7.1 - 16.1
Unión libre	4 (5.3)	2.0 - 12.9	7 (6.3)	3.1 - 12.5	11 (5.9)	3.3 - 10.3
Total	75 (100)	Total	110 (100)	Total	185 (100)	
Nivel educativo						
Primaria	35 (46.7)	35.8 - 57.8	41 (37.3)	28.8 - 46.5	76 (41.1)	34.2 - 48.2
Secundaria	23 (30.7)	21.3 - 41.8	24 (21.8)	15.1 - 30.4	47 (25.4)	19.6 - 32.1
Pregrado	6 (8.0)	3.7 - 16.3	29 (26.4)	19.0 - 35.2	35 (18.9)	13.9 - 25.1
Técnico	9 (12.0)	6.4 - 21.2	10 (9.1)	5.0 - 15.9	19 (10.3)	6.6 - 15.4
Postgrado	2 (2.7)	0.7 - 9.2	6 (5.5)	2.5 - 11.3	8 (4.3)	2.2 - 8.2
Total	75 (100)		110 (100)		185 (100)	
Ocupación						
Pensionado (a)	28 (37.3)	27.2 - 48.6	51 (46.4)	37.3 - 55.6	79 (42.7)	35.8 - 49.9
Hogar	34 (45.3)	34.5 - 56.5	10 (9.1)	5.0 - 15.9	44 (23.8)	18.2 - 30.4
Empleado (a)	4 (5.3)	2.0 - 12.9	23 (20.9)	14.3 - 29.4	27 (14.6)	10.2 - 20.4
Cesante	3 (4.0)	1.3 - 11.1	16 (14.5)	9.1 - 22.3	19 (10.3)	6.6 - 15.4
Independiente	5 (6.7)	2.8 - 14.6	10 (9.1)	5.0 - 15.9	15 (8.1)	4.9 - 12.9
Estudiante	1 (1.3)	0.2 - 7.1	0 (0)		0 1 (0.5)	0.0 - 2.9
Total	75 (100)		110 (100)		185 (100)	

Resultados Depresión. De acuerdo con los resultados del Cuestionario de Salud PHQ-9, 66,5% de los pacientes no presentaron síntomas de depresión, el 22,2% presentan síntomas de depresión leve, el 8,1% de depresión moderada, el 2,7% de depresión moderadamente severa y el 0,5% de depresión severa (Tabla 2). Resultados Funciones Cognitivas. El estado de las funciones cognoscitivas, a partir de los hallazgos de la evaluación cognitiva de Montreal MoCA, muestra que el 54,1% presenta una disfunción cognitiva leve y el 45,9% presentan una función cognitiva normal (Tabla 2).

Resultados Apoyo Social. El 94% de los pacientes contaba con una red de apoyo social adecuada, esto fue evidente en sus dos dimensiones, en la de apoyo confidencial 86% y en la de apoyo afectivo 94% (Tabla 2). Resultados funcionalidad Familiar. El 92,4% de los pacientes contaba con una familia funcional, mientras que el 5,4% con una familia con disfunción leve y el 2,2% on una familia con disfunción grave (Tabla 2).

Tabla 2
Distribución de Características Psicológicas y Socio-familiares

Función	Escala	Masculino		Femenino			
		n=75		n=110			
		n (%)	IC95%	n (%)	IC95%		
Variables psicológicas	Cognitiva	Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA) Función cognitiva normal	29 (38.7)	28.4 - 49.9	56 (50.9)	41.7 - 60.0	
		Disfunción cognitiva leve	46 (61.3)	50.0 - 71.5	54 (49.1)	39.9 - 58.3	
		Total	75 (100)		110 (100)		
	Depresión	Cuestionario de Salud (PHQ-9)					
		Sin depresión	48 (64.0)	52.7 - 73.9	75 (68.2)	58.9 - 76.1	
		Depresión leve	19 (25.3)	16.8 - 36.2	22 (20.0)	13.6 - 28.4	
		Depresión moderada	6 (8.0)	3.7 - 16.3	9 (8.2)	4.3 - 14.8	
		Depresión moderadamente severa	2 (2.7)	0.7 - 9.2	3 (2.7)	0.9 - 7.7	
		Depresión severa	0 (0)		0 1 (0.9)	0.1 - 4.9	
	Total	75 (100)		110 (100)			
Variables socio-familiares	Disfunción familiar	APGAR Familiar Familia funcional		67 (89.3)	80.3 - 94.4	104 (94.5)	88.6 - 97.4
		Disfunción leve	6 (8.0)	3.7 - 16.3	4 (3.6)	1.4 - 8.9	
		Disfunción grave	2 (2.7)	0.7 - 9.2	2 (1.8)	0.5 - 6.3	
		Total	75 (100)		110 (100)		
	Red de apoyo social	DUKE - UNC Dimensión confidencial					
		Adecuado	64 (85.3)	75.6 - 91.6	97 (88.2)	80.8 - 92.9	
		Inadecuado	11 (14.7)	8.3 - 24.3	13 (11.8)	7.0 - 19.1	
		Total	75 (100)		110 (100)		
		Apoyo afectivo					
		Adecuado	69 (92.0)	83.6 - 96.2	103 (93.6)	87.4 - 96.8	
Inadecuado		6 (8.0)	3.7 - 16.3	7 (6.4)	3.1 - 12.5		
Total	75 (100)		110 (100)				

Discusión

En el proceso de salud de las personas con enfermedad crónica se presentan factores psicológicos y sociales que pueden afectar el proceso de ajuste y adaptación al diagnóstico, la aceptación de la enfermedad y en la adherencia del tratamiento. La persona que ha desarrollado una enfermedad crónica se enfrenta a una situación de estrés y amenaza contra el bienestar y su vida normal, dado por la incapacidad y la presencia de síntomas físicos y psicológicos, sumado a el malestar emocional por creencias, miedos, e incertidumbres que sugiere el desarrollo de una enfermedad.

Para identificar el estado emocional relacionado con síntomas de depresión de los pacientes atendidos desde septiembre de 2011 a septiembre de 2013 en la Unidad de Insuficiencia Cardíaca de la Clínica Colombia, se aplicó el PHQ-9. De acuerdo con la clasificación que da este instrumento de medición, una parte importante del grupo evaluado, más de la mitad, no presentaron síntomas de depresión lo cual supone un factor protector para el paciente, ya que la trayectoria de síntomas depresivos predice la calidad de vida futura relacionada con la enfermedad y la remisión de síntomas depresivos es un fuerte predictor para esto (Dekker et al., 2011).

El porcentaje de pacientes sin depresión se puede relacionar con el concepto de Salud Positiva. Si la ausencia de enfermedad no garantiza la salud, debe haber otra clase de salud no asociada a la enfermedad. La salud positiva representa, parcialmente, esta perspectiva, agrupando dimensiones, como la salud social, física, intelectual, espiritual y emocional, permitiendo la interacción entre componentes. La salud puede experimentarse desde el hecho mismo de tener salud, de estar saludable, entonces su definición se multiplicaría, ya que la vivencia de estar sano es diferente en cada persona (Juárez, 2011).

Siguiendo la clasificación que da el PHQ-9, una cuarta parte del grupo evaluado presentó síntomas de depresión leve, lo cual se debe tener en cuenta por las implicaciones que tienen los trastornos del

En el proceso de salud de las personas con enfermedad crónica se presentan factores psicológicos y sociales que pueden afectar el proceso de ajuste y adaptación al diagnóstico, la aceptación de la enfermedad y en la adherencia del tratamiento. La persona que ha desarrollado una enfermedad crónica se enfrenta a una situación de estrés y amenaza contra el bienestar y su vida normal, dado por la incapacidad y la presencia de síntomas físicos y psicológicos, sumado a el malestar emocional por creencias, miedos, e incertidumbres que sugiere el desarrollo de una enfermedad.

Para identificar el estado emocional relacionado con síntomas de depresión de los pacientes atendidos desde septiembre de 2011 a septiembre de 2013 en la Unidad de Insuficiencia Cardíaca de la Clínica Colombia, se aplicó el PHQ-9. De acuerdo con la clasificación que da este instrumento de medición, una parte importante del grupo evaluado, más de la mitad, no presentaron síntomas de depresión lo cual supone un factor protector para el paciente, ya que la trayectoria de síntomas depresivos predice la calidad de vida futura relacionada con la enfermedad y la remisión de síntomas depresivos es un fuerte predictor para esto (Dekker et al., 2011).

El porcentaje de pacientes sin depresión se puede relacionar con el concepto de Salud Positiva. Si la ausencia de enfermedad no garantiza la salud, debe haber otra clase de salud no asociada a la enfermedad. La salud positiva representa, parcialmente, esta perspectiva, agrupando dimensiones, como la salud social, física, intelectual, espiritual y emocional, permitiendo la interacción entre componentes. La salud puede experimentarse desde el hecho mismo de tener salud, de estar saludable, entonces su definición se multiplicaría, ya que la vivencia de estar sano es diferente en cada persona (Juárez, 2011).

Siguiendo la clasificación que da el PHQ-9, una cuarta parte del grupo evaluado presentó síntomas de depresión leve, lo cual se debe tener en cuenta por las implicaciones que tienen los trastornos del estado de ánimo en un paciente con IC. Los pacientes deprimidos tienen menor probabilidad de adherencia al régimen farmacológico y modificación de su estilo de vida, aumentado la probabilidad de

En el proceso de salud de las personas con enfermedad crónica se presentan factores psicológicos y sociales que pueden afectar el proceso de ajuste y adaptación al diagnóstico, la aceptación de la enfermedad y en la adherencia del tratamiento. La persona que ha desarrollado una enfermedad crónica se enfrenta a una situación de estrés y amenaza contra el bienestar y su vida normal, dado por la incapacidad y la presencia de síntomas físicos y psicológicos, sumado a el malestar emocional por creencias, miedos, e incertidumbres que sugiere el desarrollo de una enfermedad.

Para identificar el estado emocional relacionado con síntomas de depresión de los pacientes atendidos desde septiembre de 2011 a septiembre de 2013 en la Unidad de Insuficiencia Cardíaca de la Clínica Colombia, se aplicó el PHQ-9. De acuerdo con la clasificación que da este instrumento de medición, una parte importante del grupo evaluado, más de la mitad, no presentaron síntomas de depresión lo cual supone un factor protector para el paciente, ya que la trayectoria de síntomas depresivos predice la calidad de vida futura relacionada con la enfermedad y la remisión de síntomas depresivos es un fuerte predictor para esto (Dekker et al., 2011).

El porcentaje de pacientes sin depresión se puede relacionar con el concepto de Salud Positiva. Si la ausencia de enfermedad no garantiza la salud, debe haber otra clase de salud no asociada a la enfermedad. La salud positiva representa, parcialmente, esta perspectiva, agrupando dimensiones, como la salud social, física, intelectual, espiritual y emocional, permitiendo la interacción entre componentes. La salud puede experimentarse desde el hecho mismo de tener salud, de estar saludable, entonces su definición se multiplicaría, ya que la vivencia de estar sano es diferente en cada persona (Juárez, 2011).

Siguiendo la clasificación que da el PHQ-9, una cuarta parte del grupo evaluado presentó síntomas de depresión leve, lo cual se debe tener en cuenta por las implicaciones que tienen los trastornos del estado de ánimo en un paciente con IC. Los pacientes deprimidos tienen menor probabilidad de adherencia al régimen farmacológico y modificación de su estilo de vida, aumentado la probabilidad de

eventos cardíacos recurrentes (Lane et al., 2005), incrementando síntomas propios de la enfermedad, deterioro de la calidad de vida y mayor riesgo de muerte (Lupón et al., 2011).

La American Heart Association menciona seis campos de mayor impacto de discapacidad generados por la enfermedad cardiovascular, dentro de los cuales está la depresión. Los pacientes con enfermedad coronaria tienen tres veces más de posibilidad de sufrir este trastorno, cuando se compara con la población general. Se ha encontrado que los predictores están dados por aislamiento social, preocupación por gastos de salud, deterioro del autocuidado y disminución de la calidad de vida, más no por la severidad de la enfermedad (Figueroa et al., 2010).

La presencia de síntomas de depresión asociados a la condición médica, permiten ratificar que el proceso de enfermedad no solo implica un deterioro en relación con síntomas físicos de la patología, si no que a su vez estos cambios impactan en la salud mental de la persona.

El MoCA se utilizó para identificar el estado cognitivo de los pacientes que participaron en este estudio, encontrando un predominio de deterioro cognitivo leve, lo cual se identifica como un factor de riesgo, ya que tener las funciones cognitivas alteradas, para el paciente con IC, supone una mayor mortalidad, más reingresos hospitalarios y mala calidad de vida como lo describen (Harkness et al. 2011). La prevalencia de IC, la fragilidad y el DC aumenta con la edad y que la ocurrencia simultánea de al menos dos de estas condiciones en el mismo individuo llegará a ser más frecuentes. La fragilidad y/o DC en personas mayores con IC se asocia independientemente con peores resultados clínicos (Harkness et al., 2012).

El DC probablemente contribuye a implicaciones clínicas, como disminución en la capacidad de atender y comprender los materiales educativos para el paciente y la incapacidad de evaluar y auto-controlar los síntomas (Bauer et al., 2011). Los porcentajes altos de DC en población con IC pueden ser explicados por el estadio avanzado de la enfermedad, el estado permanente de hipoperfusión cerebral dado por la falla cardíaca, además

eventos cardíacos recurrentes (Lane et al., 2005), incrementando síntomas propios de la enfermedad, deterioro de la calidad de vida y mayor riesgo de muerte (Lupón et al., 2011).

La American Heart Association menciona seis campos de mayor impacto de discapacidad generados por la enfermedad cardiovascular, dentro de los cuales está la depresión. Los pacientes con enfermedad coronaria tienen tres veces más de posibilidad de sufrir este trastorno, cuando se compara con la población general. Se ha encontrado que los predictores están dados por aislamiento social, preocupación por gastos de salud, deterioro del autocuidado y disminución de la calidad de vida, más no por la severidad de la enfermedad (Figueroa et al., 2010).

La presencia de síntomas de depresión asociados a la condición médica, permiten ratificar que el proceso de enfermedad no solo implica un deterioro en relación con síntomas físicos de la patología, si no que a su vez estos cambios impactan en la salud mental de la persona.

El MoCA se utilizó para identificar el estado cognitivo de los pacientes que participaron en este estudio, encontrando un predominio de deterioro cognitivo leve, lo cual se identifica como un factor de riesgo, ya que tener las funciones cognitivas alteradas, para el paciente con IC, supone una mayor mortalidad, más reingresos hospitalarios y mala calidad de vida como lo describen (Harkness et al. 2011). La prevalencia de IC, la fragilidad y el DC aumenta con la edad y que la ocurrencia simultánea de al menos dos de estas condiciones en el mismo individuo llegará a ser más frecuentes. La fragilidad y/o DC en personas mayores con IC se asocia independientemente con peores resultados clínicos (Harkness et al., 2012).

El DC probablemente contribuye a implicaciones clínicas, como disminución en la capacidad de atender y comprender los materiales educativos para el paciente y la incapacidad de evaluar y auto-controlar los síntomas (Bauer et al., 2011). Los porcentajes altos de DC en población con IC pueden ser explicados por el estadio avanzado de la enfermedad, el estado permanente de hipoperfusión cerebral dado por la falla cardíaca, además

de la media de la edad. Definir el estado cognitivo, es un factor importante para los planes educativos y del manejo de la IC (Torres et al., 2011).

El apoyo social es un factor que afecta de manera importante al paciente con insuficiencia cardíaca (Pena et al., 2011). Según Murberg et al. (2014), el aislamiento social constituye un predictor significativo de mortalidad. Los pacientes que participaron del presente estudio contaron con apoyo social adecuado, esto fue evidente en sus dos dimensiones, en la de apoyo confidencial y en la de apoyo afectivo. Además, el apoyo social con la ayuda profesional, como se presenta en las unidades de insuficiencia cardíaca, se relaciona con resultados positivos en la salud de las personas, se hace evidente un efecto positivo en la salud mental de los pacientes, donde los vínculos sociales establecen mecanismos que mejoran el bienestar psicológico (Kawachi y Berkman, 2001). En otras palabras, el apoyo social puede ayudar a mejorar o mantener la calidad de vida (Arestedt et al., 2013) (Orozco y Castiblanco, 2015) y adicionalmente se ha descrito en la literatura que influye en el autocuidado de los pacientes con falla cardíaca, Gallagher et al. (2011) reportó que en los pacientes con falla cardíaca con un nivel alto de apoyo social se ve reflejado en un mejor cuidado de sí mismos.

Dentro del apoyo social, la familia juega un papel de gran importancia al ser el principal grupo de apoyo y de sostén, dentro del cual sus miembros establecen fuertes relaciones de reciprocidad y dependencia. Esta fuente de apoyo contribuye al bienestar emocional con un menor grado de ansiedad de los adultos que padecen una enfermedad crónica, así lo concluye Zabala et al. en su estudio (Vilató et al., 2015). También existe una relación entre la adherencia al tratamiento y el apoyo social (Ahrari, et al., 2014). El papel preponderante de la familia se muestra en que la mayoría de enfermos crónicos prefieren el cuidado y el apoyo de la familia más que de cualquier otra persona. El paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia terapéutica (Méndez et al., 2004).

Contando con una red de apoyo social y fami-

liar, también se hace importante poder evaluar la funcionalidad familiar. En su estudio, Méndez et al. (2004) realizaron la medición de funcionalidad familiar y se demostró que el aspecto emocional y la convivencia adecuada o inadecuada con la familia, influye en la conducta, desinterés o motivación para que el paciente sienta la necesidad y el deseo de vivir y esto lo lleve a un mejor control de su enfermedad.

En la presente investigación predominó una familia funcional para el grupo de pacientes evaluados, lo cual se constituye como un factor protector que contribuye a los resultados del tratamiento. La funcionalidad familiar es un aspecto importante para la elaboración del plan de atención y educación al paciente y su familia por parte del grupo multidisciplinario. En quienes se identifica una disfunción familiar, se estima un factor de riesgo para la adherencia al tratamiento establecido y la presencia de descompensaciones de la insuficiencia cardíaca. La relación existente entre la funcionalidad familiar y el riesgo de sufrir eventos de descompensación de la enfermedad se sustentan en los resultados del estudio realizado por Concha y Rodríguez (2010), en el cual se identifica que los pacientes que tienen disfunción familiar presentan mayor riesgo de presentar recaídas de su patología.

Los aspectos psicológicos juegan un papel importante en la salud y en la enfermedad, así como los socioambientales, y sin lugar a duda unido a los aspectos biomédicos. Se debe tener en cuenta que la prevención, el inicio de una enfermedad, la curación, o su tratamiento y rehabilitación se generan a partir de la participación de un individuo actuando (Orozco y Castiblanco, 2015). El modelo Biopsicosocial, resulta entonces, el más indicado para constituir planes de intervención multidisciplinaria. Tiene como características tres aspectos principales: es integrador, sistémico y comprensible; conceptos que en su conjugación pueden aportar de manera importante a la respuesta de la naturaleza del enfermar (Oblitas, 2008).

La presentación de síntomas de depresión muestra el impacto psicológico e indica la importancia de la asistencia psicológica para esta población. La salud emocional del paciente toma mayor relevancia en el abordaje, si está no es tenida en

cuenta como factor primordial a intervenir, el proceso de tratamiento y el objetivo de controlar los síntomas y el deterioro de la condición de salud, puede verse amenazado (Bueno y Buceta, 1997). La depresión afecta negativamente el manejo médico de la enfermedad y las conductas de autocuidado, y conduce a deterioro de la calidad de vida y altos costos en la atención primaria (Coventry et al., 2012).

Independientemente de los síntomas físicos de la enfermedad, ésta, puede causar discapacidad en otras áreas como lo es la cognitiva. Estas deficiencias cognitivas, como lo muestran los estudios, son prevalentes y repercuten en los resultados del tratamiento, tanto farmacológico, como en el cumplimiento de las indicaciones no farmacológicas (Lupón et al., 2008). Por tanto, identificar el DC será útil para guiar los planes de tratamiento y aumentar la adherencia y así minimizar el empeoramiento de los síntomas de insuficiencia cardíaca (García, 2015).

Disponer de una familia funcional y apoyo social adecuado son factores psicosociales que intervienen en la salud de las personas y es determinante en la salud mental de los pacientes con insuficiencia cardíaca. Se demuestra que la percepción de este apoyo en los pacientes en la Unidad de Insuficiencia Cardíaca es adecuada en sus diferentes dimensiones, lo cual supone efectos positivos en su salud, expresados en mejor calidad de vida y mayor adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, factores determinantes en el manejo y pronóstico de la enfermedad. Es necesario que el equipo de salud incluya en su plan de atención y educación a la familia del paciente para lograr el cumplimiento de las metas terapéuticas y poder determinar a tiempo factores de riesgo que puedan afectar la condición de salud del paciente.

Conclusiones

El presente estudio corrobora la importancia de la detección temprana de síntomas afectivos, alteraciones cognitivas, composición y funcionalidad de la red de apoyo socio familiar, ratificando que en los procesos de salud-enfermedad debe existir una mayor comprensión y abordaje de las necesidades a nivel biológico, psicológico y social en los pacientes.

Se pone de manifiesto también, la importancia de la conformación de grupos multidisciplinarios integrados por medicina, psicología, enfermería, trabajo social y nutrición clínica, no solo para la evaluación, sino para la implementación de planes de intervención que integren aspectos biológicos, psicológicos y sociales, que garanticen un seguimiento y acompañamiento a esta población y se orienten a resultados efectivos y eficientes del tratamiento.

Se resalta el impacto positivo que genera el acompañamiento psicológico a pacientes y familiares, lo cual influye en el bienestar y la calidad de vida en la medida que favorece la generación de recursos psicológicos o estrategias de afrontamiento que son aplicables en diferentes contextos y en particular en el proceso de adaptación a la enfermedad y el tratamiento.

Los planes de intervención multidisciplinar, son percibidos por el paciente y su familia como un trato integral hacia sus necesidades físicas y emocionales, lo cual permitirá afrontar adecuadamente la situación en la que se encuentran y por consiguiente tendrá un impacto positivo en el curso de la condición médica.

Es importante continuar realizando investigación con referencia al tema y poder comparar la teoría con lo que se vive actualmente en la construcción y consolidación de las unidades de Insuficiencia cardíaca y seguir contribuyendo al desarrollo de nuevo conocimiento.

Declaración sobre conflictos de intereses Los autores de la presente investigación no reportan conflictos de interés a declarar.

Declaración de aspectos éticos Los autores declaran que los procedimientos seguidos en el estudio se ajustan a principios y normas éticas definidos en la Declaración de Helsinki de 1975 y sus posteriores revisiones protegiendo los derechos individuales de los participantes y disponiendo de un protocolo de investigación aprobado por el comité de ética médica. También se da cumplimiento a la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, investigación sin riesgo, al ser un estudio descriptivo de fuentes secundarias que no requiere de intervenciones en los participantes y para lo cual el comité de ética dispensó a los investigadores de la obtención de consentimiento informado. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de los participantes y el cumplimiento de la confidencialidad.

Referencias

- Ackerman, N. (2003). Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Ed. Hormé- Paidós.
- Ahrari S., Moshki M. y Bahrami M. (2014) The Relationship between Social Support and Adherence f Dietary and Fluids
- Restrictions among Hemodialysis Patients in Iran. *Journal of Caring Science*, 3(1), 11–9.
- Alvarez, L. (2006). Modelos explicativos y de intervención psicosocial de la enfermedad crónica. *MedUNAB*, 9(3), 250-256.
- Årestedt K., Saveman B., Johansson P. y Blomqvist, K. (2013). Social Support and its Association with Health-related Quality of Life Among Older Patients with Chronic Heart Failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 12(1), 69-77.
- Baeta, M. (2015). Cultura y Modelo Biomédico: Reflexiones en el Proceso de Salud Enfermedad. *Comunidad y Salud*, 13(2), 81-84.
- Bauer, L., Johnson, J., y Pozehl, B. (2011) Cognition in Heart Failure: an Overview of the Concepts and their Measures. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 23(11), 577-585.
- Bellón, J., Delgado A., Luna J. y Lardelli P. (1996). Validez y Fiabilidad del Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC-11, Atención Primaria, 18(4) 153-163.
- Bellón, J., Delgado, A., Luna, J., y Lardelli, P. (1996). Validez y Fiabilidad del Cuestionario de Función Familiar Apgar- familiar. *Atención Primaria*, 18(6), 289-296.
- Bueno, A. y Buceta, J. (1997). Tratamiento Psicológico después del Infarto de Miocardio: Estudio de Casos. *Dikinson*.
- Cardozo, I. y Rondón, B. (2016). La Salud desde una Perspectiva Psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(3), 1079-1107.
- Cassiani-Miranda, C. Cuadros-Cruz, A. Torres-Pinzón, H. Scoppetta, O. Pinzón-Tarazona, J. López-Fuentes, W. Paez, A. Cabanzo-Arenas, D. Ribero-Marulanda, S. Llanes-Amaya, E. (2020). Validity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for depression screening in adult primary care users in Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría (English ed.)*, 50 (1), 11-21.
- Concha, M. y Rodríguez, C. (2010). Funcionalidad Familiar en Pacientes Diabéticos e Hipertensos Compensados y Descompensados. *Theoria*, 19(1), 41-50.
- Coventry, P., Lovell, K., Dickens, C., Bower, P., Chew, G., Cherrington, A., Garrett, C., Gibbons, C., Baguley, C., Roughley, K., Adeyemi, I., Keyworth, C., Waheed, W., Hann, M., Davies, L., Jeeva, F., Roberts, C., Knowles, S. y Trials, L. (2012).
- Collaborative Interventions for Circulation and Depression (COINCIDE): study protocol for a cluster randomized controlled trial of collaborative care for depression in people with diabetes and/or coronary heart disease. *Trials*, 13(139), 1-20. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-13-139>.
- Davis, K. y Allen, J. (2013). Identifying Cognitive Impairment in Heart failure: a Review of Screening Measures. *Review. Pub Heart y Lung*, 2(2), 92-7.
- Dekker, R., Lennie, T., Albert, N., Rayens, M., Chug, M., Wu, J., Song, E. y Moser, D. (2011). Depressive Symptom Trajectory Predicts 1-Year Health-Related Quality of Life in Patients With Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*, 17(9), 755-763.
- Figueroa, C., Alcocer, L., Ramos, B., Hernández, T. y Gaona, B. (2010). Factores de Riesgo Psicosociales Asociados a la Insuficiencia Cardíaca. *Revista Mexicana de Cardiología*, 21(2), 70-74.
- Forero, L., Avendaño, M., Duarte, Z. y Campo, A. (2006). Consistencia Interna y Análisis de Factores de la Escala APGAR para Evaluar el Funcionamiento Familiar en Estudiantes de Básica Secundaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(1), 23-29.
- Gallagher R., Luttik M. y Jaarsma T. (2011). Social Support and Self-care in Heart failure. *Journal of Cardio-vasc Nursing*, 26(6) 439–445.
- García, J. (2015). Las Terapias de Intervención Cognitiva en el Tratamiento de los Trastornos de Conducta en la Enfermedad de Alzheimer. *Evidencias sobre su Eficacia y Correlaciones Neurobiológicas*. *Sciencedirect*, 30(1), 8-15.
- Gomez, E. (2016). Introduction, epidemiology of heart failure and the history of cardiac failure clinics in Colombia. *Revista Colombiana de Cardiología*, 23 (S1), 6-12.

DOI: 10.1016/j.rccar.2016.01.004

Harkness, K., Demers, C., Heckman, M. y McKrvin, M. (2011). Screening for Cognitive Deficits Using the Montreal Cognitive Assessment Tool in Outpatients ≥ 65 Years of Age With Heart Failure. *The American Journal of Cardiology*, 27, 1203-1207.

Harkness, K., Heckman, G. y McKelvie, R. (2012). The Older patient with Heart Failure: High Risk for Frailty and Cognitive Impairment. *Expert Rev Cardiovasc Ther. PubMed-indexed for MEDLINE*, 10(6), 779-95.

Juárez, F. (2011). The concept of health: An explanation of its uniqueness, multiplicity and health models. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70-79.

Kawachi I., y Berkman L. (2001). Social ties and Mental Health. *Journal of Urban Health*, 78(3), 458-67.

Lane, D., Chong, A. y Lip G. (2005). Intervenciones Psicológicas para la Depresión en Insuficiencia Cardíaca. https://www.cochrane.org/es/CD003329/VASC_intervenciones-psicologicaspara-la-depresion-en-la-insuficiencia-cardiaca.

Lupón, J., González, B., Santaeugenia, S., Altimir, S., Urrutia, A., Más, D., Díez, C., Pascual, T., Cano L. y Valle, V. (2008). Implicación Pronóstica de la Fragilidad y los Síntomas Depresivos en una Población Ambulatoria con Insuficiencia Cardíaca. *Revista Española de Cardiología*, 61(8), 835-42.

Maddaleno, M., Horwitz, N., Jara, C., Florenzano, R. y Salazar D. (1987). Aplicación de un Instrumento para Calificar el Funcionamiento Familiar en la Atención de Adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 58(3), 246-249.

Méndez, D. Gómez, V. García, M., Perez, J. y Navarrete, A. (2004) Disfunción Familiar y Control del Paciente Diabético tipo 2. *Revista Médica del IMSS*, 42(4), 281-284.

Murberg T., y Furze G. (2014). Depressive Symptoms and Mortality in Patients with Congestive Heart Failure: a six-year Follow-up study. *Medical Science Monitor*, 10(12), 643-648.

Oblitas, L. (2008). Psicología de la Salud: Una ciencia del Bienestar y la Felicidad. *AV. PSICOL*, 16(1), 9-28.

Orozco, G. y Castiblanco, O. (2015) Factores Psicosociales e Intervención Psicológica en Enfermedades Cró-

nicas No Transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(1), 203-217.

Pedraza, O., Salazar, A., Sierra, F., Soler, D., Castro, J., Castillo, P., Hernandez, M., y Piñeros, C. (2017). Confiabilidad, validez de criterio y discriminante del Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test, en un grupo de Adultos de Bogotá. *Acta Médica Colombiana*, 41(4). <https://doi.org/10.36104/amc.2016.693>

Pablo, R., Domínguez, B., Peláez, V., Rincón, S. y Orea, A. (2016). Sobrecarga y autoeficacia percibida en cuidadores primarios informales de pacientes con insuficiencia cardíaca. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 9(3), 152-158.

Pereira-Manrique F, Reyes M. (2013). Confiabilidad y Validez del Test Montreal Cognitive Assessment (MoCA) en población mayor de Bogotá, Colombia. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 13(2), 39-6.

Pena F., Amorim A., Fassbender C., Freitas R. y Oliveira J. (2011). Insuficiencia Cardíaca y Depresión: una Asociación con Resultados Negativos. *Insuficiencia Cardíaca*, 6(4), 179-187.

Quiceno, J. y Vinaccia, S. (2012). Resiliencia y Características Sociodemográficas en Pacientes Crónicos. *Psicología desde el Caribe*, 29(1), 87-104.

Rázuri GM. (2017). Programa Psicoeducativo de Intervención Psicológica para Mejorar la Adherencia al Tratamiento de Insuficiencia Cardíaca en Pacientes del Servicio de Cardiología del Hospital Luis Vernaza. (Tesis de Especialización Universidad de Guayaquil). Repositorio Institucional de la Universidad de Guayaquil. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/26562>.

Roca, M. y Pérez M. (1999). Apoyo Social: su Significación para la Salud Humana. Editorial Félix Varela.

Saldarriaga, C., Gomez, E., Navarrete, S., Robledo, G. y Gomez, J. (2017). Actualización 2017 -Versión de bolsillo. Consenso Colombiano 4 para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca. Archivo digital. <https://scc.org.co>

Saunders, J. (1999). Family Functioning in Families Providing care For a Family Member with Schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 20(2), 95 -113.

Torres, A., Sierra, A., Mora, B., Ibáñez, M., y Durán, E. (2011) Influencia de los Factores Psicosociales sobre el

Estado Clínico de Pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica Manejados en una Unidad Multidisciplinaria. *Revista Salud Bosque*, 1(1), 9-16.

Uchino B., Cacioppo J., y Kiecolt J. (1996). The relationship Between Social Support and Physiological Processes: a Review with Emphasis on Underlying Mechanisms and Implications for Health. *Psychol Bull*, 119(3), 488-531.

Vega, O. y González D. (2009). Apoyo social: Elemento Clave en el Afrontamiento de la Enfermedad Crónica. *Enfermería global*, 16(3), 1695-6141.

Vilató, F., Martín, A. y Pérez N. (2015) Adherencia Terapéutica y Apoyo Social Percibido en Personas que Viven con VIH/sida. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(4), 620-630.

Whelton, P., He, J., Cutler, J., Havas, S., Kotchen, T., Roccella, E. y Stout, R. (2002). Primary Prevention of Hypertension Clinical and Public Health Advisory From the National High Blood Pressure Education Program. *JAMA*, 288(15), 1882-1888. <https://doi.org/10.1001/jama.288.15.1882>