

Distrés psicológico y necesidades de información insatisfechas en pacientes con insuficiencia cardíaca y disfunción ventricular sin trastorno psiquiátrico previamente diagnosticado. Estudio transversal en un centro de referencia nacional

Psychological distress and unsatisfied information needs in heart failure patients and ventricular dysfunction without previously diagnosed psychiatric disorder. Cross-sectional study in a national reference center

Carlos Silva-Ruz^{1*}, Marco A. Martínez- Ríos², Brenda Carbajal-Gutiérrez¹, Óscar J. Fiscal-López³, Eduardo Chuquiure-Valenzuela¹, Daniel García-Romero⁴ y Juan J. Sánchez-Sosa^{5†}

¹Departamento de Cardiología Adultos, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez; ²Departamento de Hemodinámica, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez; ³Consulta externa, Clínica de Insuficiencia Cardíaca, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez; ⁴Servicio de Medicina Interna, Hospital General de México Eduardo Liceaga; ⁵Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México

[†]Trabajo parcial de doctorado del primer autor bajo la dirección del último.

Resumen

Introducción: La insuficiencia cardíaca crónica (ICC) es una enfermedad que reduce de manera aguda y progresiva la funcionalidad física. El paciente comúnmente sufre de recaídas intermitentes que aumentan la probabilidad de comorbilidades como insomnio crónico, deterioro cognitivo, alteraciones en la respuesta sexual, estrés psicológico, síntomas de trastorno de ansiedad y depresión y disminución de las conductas de autocuidado. **Objetivo:** Identificar las principales necesidades de apoyo psicológico en pacientes con IC. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal y analítico. Se evaluaron 150 pacientes con ICC del Centro Especializado en Insuficiencia Cardíaca del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez de noviembre de 2018 a abril de 2019. Se aplicaron los inventarios: Calidad de vida en pacientes con IC (Minnesota), Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), termómetro del distrés psicológico (escala analógica visual) y el Inventario de Necesidades de Información del Paciente con IC. **Resultados:** Treinta y tres por ciento de los pacientes perciben un nivel alto de distrés psicológico que requiere asistencia inmediata y el 26.6% reporta un nivel medio que requiere monitoreo. Las principales necesidades de información reportadas por los pacientes fueron información sobre la toma de medicamentos (53.7%) y manejo del estrés psicológico (43.9%). **Conclusión:** En pacientes con IC es relevante la valoración activa de distrés psicológico y necesidades de información no cubiertas, resaltando de este modo la importancia de su identificación y el correcto diseño y aplicación de intervenciones basadas en la evidencia enfocadas a su resolución.

Palabras clave: Insuficiencia cardíaca. Distrés. Ansiedad. Depresión.

Correspondencia:

*Carlos Silva-Ruz
E-mail: carlosruz382@gmail.com

Fecha de recepción: 05-10-2020
Fecha de aceptación: 08-04-2021
DOI: 10.24875/ACM.200004531

Disponible en internet: 28-05-2021
Arch Cardiol Mex. 2022;92(1):36-41
www.archivoscardiologia.com

1405-9940 / © 2021 Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Abstract

Introduction: Heart failure (HF) is a chronic disease that acutely and progressively reduces physical functionality. The patient commonly suffers from intermittent relapses that increase the likelihood of comorbidities such as chronic insomnia, cognitive impairment, alterations in sexual response, psychological distress, symptoms of anxiety and depression disorder, and decreased self-care behaviors. The objective of this study was to identify the main needs for psychological support in patients with HF. **Methodology:** A descriptive, cross-sectional and analytical study was carried out. Participants were selected through consecutive non-probability samples. 150 patients with a diagnosis of HF who attended the Specialized Center for Heart Failure at the National Institute of Cardiology "Ignacio Chávez" were evaluated from November 2018 to April 2019, applying the inventories: Quality of life in patients with HF (Minnesota), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), psychological distress thermometer (visual analog scale) and the HF Patient Information Needs Inventory. **Results:** 33% of the patients perceive a high level of psychological distress that requires immediate assistance and 26.6% report a medium level that requires monitoring. The main information needs reported by the patients were information on taking medications (53.7%) and managing psychological distress (43.9%). **Conclusion:** Active assessment of psychological distress and unmet information needs is relevant in patients with heart failure, thus highlighting the importance of their identification and the correct design and application of evidence-based interventions aimed at their resolution.

Keywords: Heart failure. Distress. Anxiety. Depressive symptoms.

Introducción

La insuficiencia cardiaca crónica (ICC) es una enfermedad que reduce de manera aguda y progresiva la funcionalidad física de quien la padece. De acuerdo con la guía de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC)¹, los principales síntomas de este padecimiento son la disnea, el edema en tobillos y la fatiga. Estos síntomas repercuten en el bienestar físico y psicológico de quien la padece; los pacientes presentan limitaciones en su trabajo, relaciones sociales, pérdida gradual de su autonomía, constantes reingresos hospitalarios y efectos secundarios de la medicación².

La persistencia de uno o más síntomas asociados a la enfermedad promueve la aparición de síntomas compatibles con trastorno de ansiedad generalizada y trastorno depresivo. Se ha observado que síntomas comunes de la ICC como fatiga, disnea, dolor y ansiedad están asociados con sintomatología depresiva³. Otros de los problemas más comunes de carácter cognitivo, emocional e instrumental en pacientes con ICC son la sintomatología ansiosa, deterioro en funciones cognitivas y problemas en el autocuidado; factores que afectan negativamente la respuesta al tratamiento⁴.

En el aspecto instrumental, disminuyen las conductas de autocuidado, actividad física, actividades planificadas, adherencia a la medicación y se incrementan conductas de riesgo como el consumo de tabaco e ingesta de alcohol⁵. El aumento en el número de síntomas es un predictor para desarrollar sintomatología depresiva en pacientes con ICC, por lo que se

recomienda una evaluación periódica en esta población⁶. Este tipo de afecciones originan complicaciones y deterioro en la calidad de vida, el número de reingresos hospitalarios e incrementa la mortalidad⁷⁻⁹.

Otra de las variables que ha sido ampliamente estudiada en pacientes con enfermedad cardiovascular (ECV) es el estrés. Las investigaciones que han estudiado los efectos que tiene el estrés psicológico en pacientes con IC han identificado que algunas características sociodemográficas como el bajo ingreso económico, el desempleo y el número de hospitalizaciones están asociadas con altos niveles de estrés percibido. Además, el estrés incrementa la posibilidad de reingresos hospitalarios^{10,11}.

Actualmente en la guía europea para el tratamiento de la IC¹ se reconoce como un aspecto clave comprender los síntomas depresivos y de cualquier otro problema psicológico que podría afectar a la adherencia al tratamiento y/o conductas de autocuidado y a la aparición de otras complicaciones. Sin embargo, debido a falta de evidencia científica sobre la efectividad de intervenciones psicológicas en pacientes con IC, el tratamiento actualmente recomendado para tratar sintomatología depresiva ha sido el uso de fármacos como sertralina, fluoxetina, paroxetina y fluvoxamina.

Las intervenciones psicológicas se han utilizado de manera mínima como una opción de primera línea de tratamiento¹². El objetivo del presente estudio fue identificar las principales necesidades de apoyo psicológico en pacientes con IC del centro especializado en IC del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal de noviembre de 2018 a abril de 2019 en el centro de referencia nacional para enfermedades cardiovasculares (ECV). El Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez atiende anualmente a pacientes con ICC de todos los estados de la república mexicana en su centro especializado en IC. Este protocolo fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (18-1044). Se seleccionaron pacientes de la clínica especializada en IC con diagnóstico de ICC. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con una clasificación funcional I, II, III y IV de acuerdo con la *New York Heart Association* (NYHA), fracción de expulsión de ventrículo izquierdo (FEVI) de $\leq 40\%$ documentada por algún método de imagen (resonancia magnética, tomografía axial computarizada y/o medicina nuclear), y que aceptaran participar en el estudio mediante consentimiento informado. Se excluyeron pacientes con alguna comorbilidad psiquiátrica diagnosticada, con algún impedimento físico que hubiera imposibilitado su evaluación (no poder hablar y en un estado clínicamente deteriorado), y aquellos con evaluaciones incompletas.

Instrumentos de evaluación

Posterior a la aplicación de los cuestionarios de evaluación se realizó un análisis de fiabilidad y factorial exploratorio para identificar las propiedades psicométricas de cada instrumento utilizado en este estudio excepto para la escala analógica visual.

El cuestionario de calidad de vida física y emocional del paciente con insuficiencia cardíaca Minnesota (ML-HFQ)¹³ contiene 21 ítems, con una varianza explicada del 62.0% y un coeficiente alfa de 0.90. Es una escala tipo Likert cuya puntuación va de 0 a 105, un puntaje alto indica una mala calidad de vida y un puntaje menor indica una buena calidad de vida, siendo de 0 a 35 buena, 36 a 70 moderada y 71 a 105 mala. El inventario de sintomatología ansiosa y depresiva (HADS) contiene 14 ítems¹⁴, con una varianza explicada del 44.4% y un coeficiente alfa de 0.79. Este inventario escala tipo Likert puntúa de 0 a 21 para ansiedad y depresión; los puntos de corte son: de 0 a 7 implica ausencia de ansiedad y/o depresión, de 8 a 10 se requiere una valoración a detalle y de 11 a 21 indica presencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva clínicamente importante.

La escala analógica visual «Termómetro del distrés psicológico» se adaptó con el listado de síntomas

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes por sexo

	Hombres 107 (%)	Mujeres 43 (%)	Total 150 (%)
Número de participantes	107 (71.35)	43 (28.7)	150 (100%)
Edad (años), media (DE)	51.74 (14.62)	55.07 (15.61)	
Clase funcional NYHA			
I	60 (56.1)	15 (34.9)	
II	33 (30.8)	18 (41.9)	
III	13 (12.1)	9 (20.9)	
IV	1 (1.0)	1 (2.3)	
FEVI, media y (DE)	29.29 (11.40)	29.50 (10.64)	
Etiología de la ICC			
Isquemia	33	8	41
Cardiomiopatía dilatada	52	21	73
Valvular	1	1	2
Hipertensiva	1	0	1
Congénita	3	3	6
Idiopática	5	2	7
Otros	12	8	20

DE: desviación estándar; NYHA: *New York Heart Association*; FEVI: fracción de expulsión del ventrículo izquierdo; ICC: insuficiencia cardíaca crónica.

físicos para pacientes con IC¹⁵. Su puntuación es de 0 a 10, siendo el punto de corte 6 para identificar malestar emocional clínicamente relevante que requiere asistencia. El inventario de necesidades de información del paciente con IC explora las necesidades de información en áreas como medicación, nutrición, ejercicio, apoyo psicológico, pronóstico, calidad de vida e indicaciones generales en el paciente con IC¹⁶. Cuenta con una varianza explicada del 58.1% y un coeficiente alfa de 0.91. Es una escala tipo Likert que evalúa las necesidades de información con mayor frecuencia en sus distintos rubros.

Resultados

Durante los seis meses de estudio se consideraron para evaluación a 156 participantes, de los cuales tres se eliminaron al no completar la evaluación y tres se excluyeron debido a diagnóstico psiquiátrico, finalmente se incluyeron 150 pacientes con diagnóstico de ICC. Ciento siete (71.3%) eran hombres, con una edad promedio de 51.74 ± 14.62 y 43 (28.7%) mujeres con una edad promedio de 55.07 ± 15.51 . La FEVI fue del $29.29 \pm 11.40\%$ en hombres y del $29.50 \pm 10.64\%$ en mujeres. La [tabla 1](#) muestra la FEVI en la población general y

por sexo, así como la etiología de la IC. Respecto a la clase funcional NYHA, en hombres: 60 (56.1%) clase I, 33 (30.8%) clase II, 13 (12.1%) clase III, y 1 (1.0%) clase IV; en mujeres: 15 (34.9%) clase I, 18 (41.9%) clase II, 9 (20.9%) clase III y 1 (2.3%) clase IV. Los síntomas que reportaron fueron problemas para dormir ($n = 66$, 44%), problemas en la respuesta sexual ($n = 41$, 27.3%), dificultad para caminar, bajar o subir pisos ($n = 79$, 52.7%), sensación de debilidad en el cuerpo ($n = 71$, 47.3%), falta de aire ($n = 65$, 43.3%) y edema en manos, pies o tobillos ($n = 33$, 22%).

Respecto al distrés psicológico, observamos que 49 pacientes (32.7%) requerían asistencia psicológica debido al elevado nivel de distrés (Fig. 1). Los principales problemas que influyen en el elevado nivel de distrés fueron preocupación sobre la enfermedad ($n = 96$, 64%) y problemas económicos ($n = 85$, 56.7%) (Fig. 2).

Los resultados del inventario HADS mostraron que 148 pacientes (99%) refirieron no tener síntomas asociados a trastorno depresivo y 131 (86.2%) no los tuvieron asociados a trastorno de ansiedad. Dos pacientes (1%) refirieron que presentaban síntomas depresivos que desde la valoración psicológica requerían revisión clínica y 11 (8%) refirieron síntomas de ansiedad. El 5.8% (8) de los pacientes refirieron síntomas relevantes asociados a trastorno de ansiedad por enfermedad tales como preocupaciones constantes y pensamientos no deseados sobre su condición médica.

Los resultados del inventario Minnesota reportaron que 98 (61.8%) pacientes tienen una buena calidad de vida a pesar de la enfermedad y 37 (27.2%) se mantienen en un nivel moderado, mientras que 15 (11%) participantes consideran tener una mala calidad de vida a causa de la IC. Respecto a las necesidades de aprendizaje, observamos que los participantes requerían información en los siguientes tópicos: “¿Qué puedo hacer yo como paciente para mejorar el funcionamiento de mi corazón?” ($n = 102$, 68.0%) y “¿Cómo afecta el estrés a mi corazón?” ($n = 82$, 54.7%) (Fig. 3).

Discusión

Las serias afectaciones que sufren los pacientes con IC pueden reflejarse a nivel cognitivo, emocional e instrumental. Los pacientes que fueron evaluados reportaron en su mayoría una buena calidad de vida, pero con dificultades físicas que limitan de manera importante su funcionalidad; síntomas como la disnea, edema en las extremidades, problemas para caminar e insomnio se

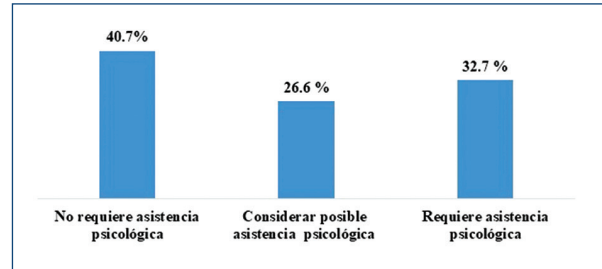


Figura 1. Porcentaje de niveles de distrés psicológico en pacientes con insuficiencia cardíaca e indicación clínica.

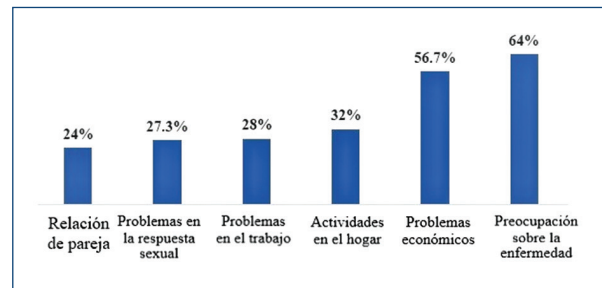


Figura 2. Principales problemáticas que influyen en el nivel de distrés psicológico en pacientes con insuficiencia cardíaca.

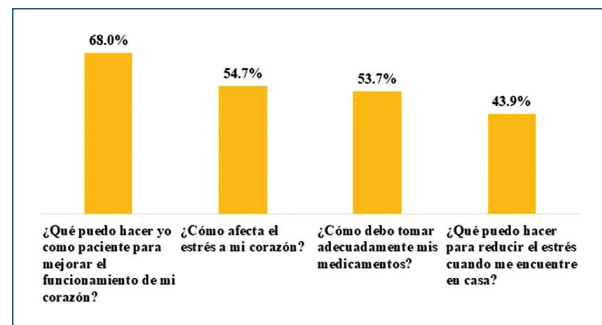


Figura 3. Principales necesidades de aprendizaje del paciente con insuficiencia cardíaca.

han documentado previamente y afectan gradualmente la calidad de vida del paciente con IC^{1,2} y están en riesgo de sufrir de sintomatología depresiva^{3,4}.

El nivel de distrés psicológico en los pacientes con IC es resultado de la presencia de síntomas propios de la enfermedad y alteraciones en áreas vitales como el desarrollo profesional, académico y relaciones interpersonales. Como consecuencia disminuyen significativamente las conductas relacionadas con el bienestar

emocional, y la ausencia de estas explican el desarrollo de estados depresivos^{5,6} y pobres o nulas conductas de autocuidado¹⁷. En esta investigación, a pesar de no haber incluido a pacientes con previo diagnóstico psiquiátrico, se ha identificado la presencia de distrés psicológico en una proporción importante que es ocasionado por diferentes preocupaciones.

La identificación de estas preocupaciones y problemas que los pacientes con IC expresan respecto a su enfermedad y vida personal son elementos relevantes para una atención adecuada e integral del paciente con IC^{10,11}. En este estudio se demuestra que un alto porcentaje de pacientes refieren estar preocupados respecto a su tratamiento, pronóstico y posibles intervenciones diagnósticas y terapéuticas. Además, refieren inquietud por problemas económicos, lo que puede ocasionar mala adherencia al tratamiento, dieta inadecuada, inasistencia a rehabilitación cardíaca, mala vigilancia de los signos y síntomas, y mal manejo del estrés. También se ha identificado que el deterioro de la vida sexual del paciente con IC es más frecuente de lo que se pensaba¹⁸. Esto puede repercutir en otras áreas en la vida del paciente como las relaciones interpersonales, por lo que es relevante explorar y proponer modelos de atención individual y de pareja, quien frecuentemente es el cuidador primario¹⁹.

Existe una necesidad de información en diversos temas que tiene el paciente con respecto a su padecimiento y que obedecen a necesidades individuales, por lo que es recomendable identificarlas desde el momento que el paciente ingresa por primera vez a los centros especializados en IC. En el aspecto psicológico estas necesidades pueden estar relacionadas con conductas de adherencia al tratamiento farmacológico y de regulación emocional (p. ej., el manejo de estrés). Es preciso atender dichas necesidades de aprendizaje, ya que permiten al paciente tener un mejor afrontamiento ante su padecimiento. Resulta importante atender al aspecto cognitivo, es decir, trabajar junto con el paciente las creencias que este tenga sobre su enfermedad y que en algunos casos limitan o facilitan aspectos relevantes en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas, en este caso IC. La inclusión del psicólogo de la salud dentro de los equipos multidisciplinarios puede generar un impacto positivo en las vidas de los pacientes, al favorecer el desarrollo de comportamientos dirigidos al autocuidado que al mismo tiempo impactan directamente en las tasas de reingreso hospitalario por IC.

Este estudio está limitado por la mínima presencia de sintomatología ansiosa y depresiva clínicamente relevante. Esto puede explicarse por la sensibilidad de

la escala utilizada, ya que solo evalúa la conducta verbal, el alto porcentaje de pacientes que reportaron una buena calidad de vida y el gran porcentaje que se encuentra en clasificación funcional NYHA I y II, además que en el estudio se excluyeron pacientes con diagnóstico previo de psicopatología. Estos resultados se pueden contrastar con los hallazgos en otra investigación²⁰, en la cual incluyeron pacientes clínicamente deteriorados en espera de un trasplante cardíaco y no se excluyeron aquellos con previo trastorno psiquiátrico, en esta población se identificaron hasta un 32% de pacientes con sintomatología ansiosa y depresiva.

Finalmente este estudio también brinda una primera descripción de las propiedades psicométricas de los inventarios aplicados a esta población, en la que se han identificado buenas propiedades psicométricas mediante un análisis factorial exploratorio (HADS¹⁴ varianza explicada del 44.4% y coeficiente alfa de 0.79, MLHFQ¹³ varianza explicada del 62.0% y un coeficiente alfa de 0.90 y el inventario de necesidades de información del paciente con IC¹⁶ con una varianza explicada del 58.1% y un coeficiente alfa de 0.9116), pero hace falta más investigación al respecto. Se sugiere para futuros estudios evaluar un mayor tamaño de muestra e incorporar nuevas escalas de evaluación psicológica, con la finalidad de describir la validez de constructo de los inventarios y su confiabilidad.

Conclusiones

El paciente con un diagnóstico de IC sufre descompensaciones que afectan su funcionalidad física y emocional, lo que requiere de una asistencia inicial y de seguimiento proporcionada por el psicólogo de la salud. Es importante diseñar y aplicar intervenciones basadas en la evidencia que permitan probar su eficacia o efectividad, y estén enfocadas al tratamiento en el manejo de distrés percibido, sintomatología depresiva, ansiedad y sintomatología física. Contar con la detección de necesidades de apoyo psicológico del paciente con enfermedad cardíaca permite, además de diseñar intervenciones confiables, actuar sobre problemas reales de este tipo de pacientes.

Agradecimientos

Agradecemos el apoyo recibido por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), que mediante el otorgamiento de la beca con número de apoyo: 728960 para estudios de doctorado se ha podido efectuar la presente investigación. También al Instituto

Nacional de Cardiología Ignacio Chávez por las facilidades para realizar esta investigación, y a la Oficina de Apoyo Sistemático a la Investigación Superior (OASIS) por el asesoramiento y apoyo para realizar este manuscrito.

Financiamiento

El presente estudio se llevó a cabo con el apoyo de la Beca Nacional para estudios de Posgrado Número: 728960 del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) con número de Curriculum Vitae Único (CVU) 919658.

Conflicto de intereses

Los autores de este manuscrito declaran no tener conflictos de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2016;37(27):2129-200.
2. Naveiro-Rilo JC, Díez-Juárez MD, Flores-Zurutuza L, Rodríguez-García MÁ, Rebollo-Gutiérrez F, Blanco R. La calidad de vida en los enfermos con insuficiencia cardíaca: visión desde atención primaria de salud. *Gac Sanit*. 2012;26(5):436-43.
3. Herr JK, Salyer J, Lyon DE, Goodloe L, Schubert C, Clement DG. Heart failure symptom relationships: A systematic review. *J Cardiovasc Nurs*. 2014;29(5):416-22.
4. Moser DK, Arslanian-Engoren C, Biddle MJ, Chung ML, Dekker RL, Hammash MH, et al. Psychological aspects of heart failure. *Curr Cardiol Rep*. 2016;18(12):119.
5. Celano CM, Villegas AC, Albanese AM, Gaggin HK, Huffman JC. Depression and anxiety in heart failure: A review. *Harv Rev Psychiatry*. 2018;26(4):175-84.
6. Graven LJ, Martorella G, Gordon G, Grant Keltner JS, Higgins MK. Predictors of depression in outpatients with heart failure: An observational study. *Int J Nurs Stud*. 2017;69:57-65.
7. Aburuz ME. Anxiety and depression predicted quality of life among patients with heart failure. *J Multidiscip Healthc*. 2018;11:367-73.
8. Aggelopoulou Z, Fotos NV, Chatziefstratiou AA, Giakoumidakis K, Elefsiniotis I, Brokalaki H. The level of anxiety, depression and quality of life among patients with heart failure in Greece. *Appl Nurs Res*. 2017;34:52-6.
9. Chialà O, Vellone E, Klompstra L, Ortali GA, Strömberg A, Jaarsma T. Relationships between exercise capacity and anxiety, depression, and cognition in patients with heart failure. *Hear Lung*. 2018;47(5):465-70.
10. Cirelli MA, Lacerda MS, Lopes CT, de Lima Lopes J, de Barros ALBL. Correlations between stress, anxiety and depression and sociodemographic and clinical characteristics among outpatients with heart failure. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018;32(2):235-41.
11. Romano E, Andrew J, Stephen S, Kristie M, Andrew J, Nadine S, et al. Psychological stress and short-term hospitalizations or death in patients with heart failure. *Physiol Behav*. 2017;176(22):139-48.
12. Alpert CM, Smith MA, Hummel SL. Symptom burden in heart failure: assessment, impact on outcomes, and management. *Heart Fail Rev*. 2017;22(1):25-39.
13. Rector TS, Cohn JN. Assessment of patient outcome with the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire: Reliability and validity during a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pimobendan. *Am Heart J*. 1992;124(4):1017-25.
14. Herrera Navarrete B, Galindo Vázquez O, Lerma Talamantes A. Inventario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y Escala de Retiro de Patrón de Conducta tipo A en pacientes con enfermedades cardiovasculares: propiedades psicométricas. *Psicol y Salud*. 2018;28(1):121-30.
15. Almanza-Muñoz JJ, Juárez IR, Pérez S. Traducción, adaptación y validación del termómetro de distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. *Rev Sanid Milit Mex Blvd Man Ávila Camacho S Col Irrig Deleg Miguel Hidalgo CP*. 2008;62(5):209-17.
16. Yu M, Chair SY, Chan CWH, Liu M. Testing the psychometric properties of the Chinese version of the Heart Failure Learning Needs Inventory. *Hear Lung J Acute Crit Care*. 2010;39(4):262-74.
17. Kessing D, Denollet J, Widdershoven J, Kupper N. Psychological determinants of heart failure self-care: Systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med*. 2016;78(4):412-31.
18. Hoekstra T, Lesman-Leegte I, Luttik ML, Sanderma R, Veldhuisen DJV, Jaarsma T. Sexual problems in elderly male and female patients with heart failure. *Heart*. 2012;98(22):1647-52.
19. Steinke EE. How can heart failure patients and their partners be counseled on sexual activity? *Curr Heart Fail Rep*. 2013;10(3):262-9.
20. Sánchez R, Baillès E, Bastidas A, Pérez-Villa F, Bulbena A, Pintor L. Prospective psychiatric assessment of a cohort of Spanish heart transplant recipients. *Rev Española Cardiol (English Ed)*. 2015;68(12):1183-4.