



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO BOLÍVAR  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
“DR. FRANCISCO BATISTINI CASALTA”  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA**

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN COMO FACTORES DE RIESGO EN  
PACIENTES CON INFARTO AL MIOCARDIO**

**ASESOR:**

Dra. Vaccaro Campo, Yolirma

**CO-ASESOR:**

Dr. Henry Rodney

**Trabajo de Grado presentado por:**

**Br:** Corales Santaella, Jennifer del Valle

C.I. 16.571.635

Br: Ortiz Díaz, Omar Antonio

C.I. 15.117.353

Como requisito para optar al título de  
Médico Cirujano

**Ciudad Bolívar, Octubre 2009**



## ÍNDICE GENERAL

|                                                         |             |
|---------------------------------------------------------|-------------|
| <b>ÍNDICE GENERAL .....</b>                             | <b>ii</b>   |
| <b>INDICE DE TABLAS.....</b>                            | <b>iv</b>   |
| <b>DEDICATORIA.....</b>                                 | <b>vi</b>   |
| <b>AGRADECIMIENTO .....</b>                             | <b>vii</b>  |
| <b>RESUMEN.....</b>                                     | <b>viii</b> |
| <b>INTRODUCCION .....</b>                               | <b>1</b>    |
| <b>JUSTIFICACIÓN .....</b>                              | <b>15</b>   |
| <b>OBJETIVOS.....</b>                                   | <b>17</b>   |
| Objetivo General .....                                  | 17          |
| Objetivos Específicos .....                             | 17          |
| <b>MATERIALES Y METODOS .....</b>                       | <b>19</b>   |
| Tipo De Investigación .....                             | 19          |
| Universo .....                                          | 19          |
| Muestra.....                                            | 20          |
| Criterios de Inclusión .....                            | 20          |
| Criterios de Exclusión .....                            | 20          |
| <b>RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....</b>              | <b>21</b>   |
| Escala de Hamilton para la depresión y la ansiedad..... | 21          |
| Escala de ansiedad y depresión de Goldberg. ....        | 22          |
| <b>ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....</b> | <b>23</b>   |
| Materiales A Utilizar .....                             | 23          |
| Análisis Estadísticos.....                              | 23          |
| <b>RESULTADOS.....</b>                                  | <b>24</b>   |
| Tabla 1 .....                                           | 25          |
| Tabla 2.....                                            | 26          |
| Tabla 3 .....                                           | 27          |



|                                        |           |
|----------------------------------------|-----------|
| Tabla 4 .....                          | 28        |
| Tabla 5 .....                          | 29        |
| Tabla 6 .....                          | 31        |
| Tabla 7 .....                          | 33        |
| Tabla 8 .....                          | 35        |
| Tabla 9 .....                          | 37        |
| Tabla 10 .....                         | 39        |
| Tabla 11 .....                         | 40        |
| Tabla 12 .....                         | 41        |
| <b>DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....</b>    | <b>42</b> |
| <b>CONCLUSIONES.....</b>               | <b>47</b> |
| <b>RECOMENDACIONES.....</b>            | <b>49</b> |
| <b>REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS .....</b> | <b>50</b> |
| <b>APÉNDICE .....</b>                  | <b>53</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>                    | <b>55</b> |



## INDICE DE TABLAS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 1: Niveles de Ansiedad y Depresión, en Pacientes con Infarto al Miocardio, Aplicando las Escalas de Ansiedad y Depresión de Hamilton y Goldberg. Unidad de Cuidados Coronarios, Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar Mayo – Noviembre 2008. ....            | 24 |
| Tabla 2: Niveles de Depresión según Sexo en Pacientes con Infarto al Miocardio, Aplicando las Escalas de Depresión de Hamilton y Goldberg. Unidad de Cuidados Coronarios. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Mayo – Noviembre 2008. ....                       | 25 |
| Tabla 3: Niveles de Depresión según la Edad en Pacientes con Infarto al Miocardio, Aplicando las Escalas de Depresión de Hamilton y Goldberg. Unidad de Cuidados Coronarios. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Mayo – Noviembre 2008. ....                    | 26 |
| Tabla 4: Niveles de Ansiedad según Sexo en Pacientes con Infarto al Miocardio, Aplicando las Escalas de Ansiedad de Hamilton y Goldberg. Unidad de Cuidados Coronarios. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Mayo – Noviembre 2008. ....                         | 27 |
| Tabla 5: Niveles de Ansiedad según la Edad en Pacientes con Infarto al Miocardio, Aplicando las Escalas de Ansiedad de Hamilton y Goldberg. Unidad de Cuidados Coronarios. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Mayo – Noviembre 2008. ....                      | 28 |
| Tabla 6: Niveles de Ansiedad y Depresión según Sexo en Pacientes con Infarto al Miocardio, Aplicando las Escalas de Depresión y Ansiedad de Hamilton y Goldberg. Unidad de Cuidados Coronarios. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Mayo – Noviembre 2008. .... | 29 |
| Tabla 7: Niveles de Ansiedad y Depresión según la Edad en Pacientes con Infarto al Miocardio, Aplicando las Escalas de Depresión de Hamilton y Goldberg. Unidad de Cuidados Coronarios. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Mayo – Noviembre 2008. ....         | 30 |
| Tabla 8: Evolución Cronológica de los Niveles de Depresión en Pacientes con Infarto al Miocardio, Aplicando las Escalas de Depresión de Hamilton y Goldberg. Unidad de Cuidados Coronarios. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Mayo – Noviembre 2008. ....     | 31 |
| Tabla 9: Evolución Cronológica de los Niveles de Ansiedad en Pacientes con Infarto al Miocardio, Aplicando las Escalas de Depresión de Hamilton y Goldberg. Unidad de Cuidados Coronarios. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Mayo – Noviembre 2008. ....      | 33 |
| Tabla 10: Relación entre la Hipertensión Arterial y los Niveles de Depresión, Ansiedad y Mixtos en Pacientes con Infarto al Miocardio. Unidad de                                                                                                                                             |    |



|                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Cuidados Coronarios. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez.<br>Ciudad Bolívar. Mayo – Noviembre 2008.....                                                                                                                                                       | 34 |
| Tabla 11: Relación entre los Hábitos Tabáquicos y los Niveles de Depresión,<br>Ansiedad y Mixtos en Pacientes con Infarto al Miocardio. Unidad de<br>Cuidados Coronarios. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez.<br>Ciudad Bolívar. Mayo – Noviembre 2008.....  | 35 |
| Tabla 12: Relación entre los Hábitos Alcohólicos y los Niveles de Depresión,<br>Ansiedad y Mixtos en Pacientes con Infarto al Miocardio. Unidad de<br>Cuidados Coronarios. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez.<br>Ciudad Bolívar. Mayo – Noviembre 2008..... | 36 |



## DEDICATORIA

La culminación de esta Tesis de Grado; fruto de nuestro esfuerzo, se la dedicamos muy especialmente:

A Nuestros padres, quienes fueron ejemplo de constancia y tenacidad para el logro de nuestras metas.

A Nuestros hermanos, quienes han sido los compañeros ideales, y los amigos perfectos, por todo el apoyo incondicional brindado.

A Nuestros familiares, amigos y todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron para que el cumplimiento de esta meta se hiciera realidad.....graduarnos.

A nuestros compañeros de estudios, quienes con los que luchamos juntos y dejaron una profunda huella de amistad.

A todos los Médicos instructores, quienes nos enseñaron responsabilidad, constancia, perseverancia y ética de trabajo.

***Omar y Jennifer***



## **AGRADECIMIENTO**

Sentimos especial agradecimiento a todas aquellas personas que han contribuido a la realización y culminación de este trabajo.

Nuestro asesores por haber depositado su confianza en nosotros, para la realización de este estudio.

A todas aquellas personas que prestaron, su valiosa colaboración y ayuda incondicional para la culminación de éste trabajo.

A todos ellos Gracias.



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO BOLÍVAR  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
“DR. FRANCISCO BATISTINI CASALTA”  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA**

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN COMO FACTORES DE RIESGO EN  
PACIENTES CON INFARTO AL MIOCARDIO.**

Corales Santaella, Jennifer del Valle, Ortiz Díaz, Omar Antonio.

**RESUMEN**

La aparición de un Infarto al Miocardio no se debe a un factor de riesgo específico, sino a la suma de varios. Una vez presente varios factores el cuadro clínico inicial se presenta en el 50% de los casos por un factor desencadenante como: el ejercicio vigoroso, el estrés crónico o algún otro trastorno médico o quirúrgico. Partiendo de esto se planteó una investigación cuyo propósito fundamental es determinar los niveles de ansiedad y depresión como factor de riesgo en pacientes con infarto al miocardio en la Unidad de Cuidados Coronarios en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez (CHURP) de Ciudad Bolívar entre los meses de Mayo y Noviembre de 2008. Este estudio es descriptivo, de corte transversal, prospectivo. Se evaluaron un total 56 pacientes. Los resultados muestran que el grupo etario más frecuente fue el comprendido entre 48 y 57 años con un 37,5 % (21), seguido del grupo etario 58 a 67 con 23,2% (13 casos). La mayor incidencia estuvo en el sexo masculino en 32 pacientes (57,1%) sobre el femenino en 24 pacientes (42,9%). La mayoría de pacientes presentó un nivel leve de ansiedad, 25 paciente (44,6%), seguido de 22 pacientes (39,3%) con nivel moderado y solo se observaron 2 pacientes (3,6%) con un nivel severo de ansiedad; y ausente 7 pacientes (12,5 %). El nivel de depresión más frecuente, fue el leve en 36 pacientes (64,3%) seguido de nivel moderado en 10 pacientes (17,9 %), y el severo en 3 pacientes (12,5%) y ausente 7 pacientes (12,5%). La ansiedad fue el trastorno más frecuente en 25 pacientes (44,6%). No hay relación entre la hipertensión arterial y los niveles de depresión y ansiedad o ambos; se observó relación entre los hábitos tabáquicos y los niveles de depresión y ansiedad o ambos, se observó ansiedad en 12 (21%) y depresión en 5 (9%) y ambos trastornos en 49 (88%) y con ausencia de estos trastornos 7 (13%) en pacientes con hábito tabáquico activo. En cuanto a la relación entre el hábito alcohólico y los niveles de depresión, ansiedad y ambos solo se observó trastorno de ansiedad y depresión en 5 (9%) pacientes respectivamente, 6 (11%) con ambos trastorno y con ausencia de trastorno 2 (4%). En Conclusión: La depresión y la ansiedad son factores de riesgo independientes en la aparición de la enfermedad cardíaca.





**Palabras Claves: Ansiedad, Depresión, Infarto al Miocardio, Enfermedad Cardiovascular**



## INTRODUCCION

El corazón es el órgano del cuerpo humano que más trabaja, durante toda la vida bombea la sangre rica en oxígeno y nutrientes vitales a través de una red de arterias a todas partes del cuerpo. Él mismo tiene su propia red de arterias que se conoce con el nombre de arterias coronarias, y que son responsables del transporte de sangre oxigenada a las paredes musculares del corazón (miocardio). Si este flujo sanguíneo se ve interrumpido se produce una alteración conocida como infarto al miocardio (IM), en otras palabras conocido vulgarmente como ataque al corazón<sup>1</sup>.

Esta es una de las entidades que se diagnostican con mayor frecuencia en países industrializados<sup>2</sup>. Su aparición como epidemia es un reflejo de la creciente longevidad de la población, lo que permite la manifestación de enfermedades crónicas degenerativas como la arteriosclerosis, de la adopción de las dietas cárnicas ricas en grasas y de la disminución de la práctica de ejercicios, consecuencia de una mayor mecanización de la sociedad<sup>3</sup>.

Casi todas las causas de infarto agudo al miocardio es desencadenado cuando la placa arterioesclerótica se agrieta, se rompe y facilita la trombogénesis, de modo que forma un trombo mural en el sitio de la ruptura y ello culmina en la oclusión de la arteria coronaria<sup>2</sup>. Estas placas de ateromas, son placas de sustancia amarillenta y compuesta de colesterol, grasas y otras partículas que crecen lentamente causando el estrechamiento de la luz del vaso (estenosis), lo que provoca el descenso de la circulación de la sangre. Cuando la demanda de oxígeno supera el aporte, se produce isquemia, una falta de oxígeno en los tejidos. Los períodos prolongados de isquemia producen daño tisular que pueden ser lo suficientemente grave como para causar un infarto al miocardio. La gravedad de este evento depende de la cantidad de músculo cardíaco afectado, la duración de la isquemia y la extensión del infarto<sup>1</sup>.



El infarto es facilitado por factores de riesgos como Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM), tabaquismo, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia, (relacionados con la obesidad) y otros factores psicosociales<sup>2</sup>.

La HTA hace mucho tiempo se ha relacionado como una causa de enfermedad coronaria. La presión arterial superior a 140/90mmHg diagnostican HTA. Por otro lado las enfermedades cardiovasculares son de dos a cuatro veces más frecuentes en los diabéticos y más aún porque estos pacientes generalmente son obesos e hipertensos. Es decir, la obesidad trae consigo varios factores de riesgo asociados (HTA, DM, hipercolesterolemia y sedentarismo) que contribuyen al infarto al miocardio<sup>1,2</sup>.

Las personas sedentarias tienen el doble de probabilidad de padecer un infarto al miocardio en comparación con las personas que realizan ejercicios habitualmente; los ejercicios aeróbicos moderados, disminuyen la frecuencia cardíaca, disminuyen la presión arterial, mejoran los niveles de colesterol, bajan los niveles de azúcar, previenen trombos y reducen el estrés tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, la enfermedad coronaria es mucho más frecuente en hombres que en mujeres y, en el caso de los adolescentes, en ambos géneros está aumentando muy lentamente<sup>2</sup>.

Por otro lado el tabaco contribuye al desarrollo de la aterosclerosis bajando los niveles de HDL y deteriorando la elasticidad de los vasos sanguíneos; el fumar es el responsable de casi el 20% de todas las muertes de origen cardíaco, los fumadores tienen 2,5 veces mayor riesgo de sufrir IM, esta proporción aumenta mucho más si existen valores de colesterol por encima de 200 mg/dl y LDL mayor a 160 mg/dl con HDL menor de 35 mg/dl<sup>3</sup>.



Todo esto quiere decir que la aparición de un IM no se debe a un factor de riesgo específico, sino a la suma de varios. Una vez presente varios factores el cuadro clínico inicial se presenta en el 50% de los casos por un factor desencadenante como: el ejercicio vigoroso, el estrés ocasional o algún otro trastorno médico o quirúrgico<sup>4</sup>.

El IM puede comenzar en cualquier momento del día o de la noche, pero se ha señalado variaciones circadianas, de tal forma que algún grupo de enfermos muestran el ataque por las mañanas, unas cuatro horas luego de despertar<sup>5</sup>.

El primer síntoma que aparece es el dolor torácico opresivo, semejante al de la angina de pecho pero con mayor intensidad, duración mayor a 15 minutos y constante. Habitualmente es retroesternal o precordial, irradiado al brazo izquierdo, a ambos brazos en su cara medial y/o al cuello o mandíbula<sup>6</sup>. Existen otros síntomas asociados como disnea, náuseas, vómitos y diaforesis<sup>7</sup>.

A la exploración física el paciente siempre prefiere estar incorporado, por la sensación de ahogo o falta de aire, una facies álgica y la referencia de muerte súbita. Habitualmente una frecuencia cardíaca normal indica que el enfermo no presenta un compromiso hemodinámico significativo<sup>8</sup>. El pulso a menudo es débil, la presión arterial es normal o varía, alta por la ansiedad o bajos por insuficiencia cardíaca. Existen ruidos cardíacos débiles y puede escucharse un cuarto ruido<sup>9</sup>.

Existen dos formas de presentación electrocardiográfica que son, un IM sin elevación del segmento "ST" y elevación del segmento "ST". El tamaño del IM es rutinariamente mucho menor de lo que se observa en los casos con onda "Q". La necrosis miocárdica acompañada de la liberación de diversas macromoléculas, como enzimas, mioglobinas y proteínas contráctiles que han sido evaluadas como potenciales marcadores para el diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM). La detección de la elevación de CK y MB – CK es rutina. El 15% de la CK en el



miocardio está en forma de *MB – CK*, la que confiere su especificidad y sensibilidad para el diagnóstico del IM. La troponina *T* y la troponina *I* son también dos marcadores diagnósticos altamente sensibles y específicos que a las 12 o 16 horas nos da un 90% de seguridad diagnóstica del IM<sup>10</sup>.

El trastorno depresivo mayor (TDM) es frecuente, se presenta en un 15% de la población general, y en mujeres puede alcanzar el 25%. La incidencia es elevada en pacientes de asistencia primaria (10%) y en pacientes hospitalizados (15%). Independientemente del país o la cultura el TDM tiene una prevalencia de 2:1 a favor de las mujeres que en hombres y se presenta en el 50% de los casos alrededor de los 40 años<sup>11</sup>.

Hoy en día es bastante obvia la existencia de profundas conexiones entre las emociones de una persona y sus reacciones físicas. Dentro de los factores psicosociales que se estudian los más importantes son: el patrón de comportamiento tipo A, estrés psicológico, presión laboral, aislamiento social, depresión y ansiedad<sup>11</sup>.

En los últimos años las investigaciones científicas han demostrado que algunas enfermedades físicas pueden llevar a una enfermedad depresiva y además acarrear problemas mentales, tales como: el accidente cerebro vascular, el infarto al miocardio, el cáncer, la enfermedad de Parkinson, y los trastornos hormonales. La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación. Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales<sup>12</sup>.

Diversos estudios se han encargado de analizar las variables biopsicosociales relacionadas con enfermedades isquémicas cardiovasculares. Dentro de la exploración e interjuego entre la presencia de patologías isquémicas se han estudiado



las respuestas cognitivo emocionales de estas personas frente a situaciones percibidas como fuente potencialmente estresante: Los factores laborales, el desmejoramiento de la calidad de vida, los conflictos sociales y familiares. Podría afirmarse que determinando la influencia de estos factores psicológicos en las enfermedades cardiovasculares da un impacto considerable en el diseño y la implementación de estudios de prevención de los mismos, resulta imprescindible la identificación de factores psicosociales que conducen a conductas favorables para aumentar el riesgo cardiovascular<sup>6,12,13</sup>.

El sufrir un infarto agudo de miocardio (IAM) suele condicionar un cambio en el estilo de vida. La renuncia a determinados hábitos, el verse obligado en ciertos casos a un replanteamiento de la actividad laboral, junto al temor a la reaparición del síndrome coronario agudo, y el cumplimiento de las normas pautadas por los médicos, pueden desencadenar un estado de desasosiego. Un primer episodio de IAM se acompaña de un creciente sufrimiento psicológico que se desarrolla en los tres a seis meses posteriores y hasta cinco años después del infarto<sup>1, 13,14</sup>.

Se puede afirmar que la persona que sufre una crisis coronaria de la magnitud del IAM queda, de una u otra forma, obligada a someterse a un proceso de adaptación a nuevas circunstancias<sup>15</sup>.

La vivencia del IAM puede ocasionar, dependiendo de la personalidad del sujeto y de la intensidad de la lesión o de sus consecuencias, una reacción de duelo (por la pérdida de su status anterior), un trastorno adaptativo (a menudo, con estado de ánimo depresivo) o un trastorno del estado de ánimo. Aproximadamente el 65% de pacientes que han sufrido un IAM experimentan síntomas de depresión. La depresión mayor está presente en el 15 al 27% de estos pacientes. La depresión después del IAM ha sido asociada a un incremento de la mortalidad cardiovascular<sup>15,16,17</sup>.



No obstante, hay que tener en cuenta el estado premórbido del paciente que sufre un IAM, ya que se ha descrito que estas personas presentan una prevalencia de depresión mayor significativamente más alta en los seis meses previos al IAM que el resto de la población<sup>18</sup>.

Un estudio prospectivo realizado por Todaro *et al* establecía la relación entre las emociones negativas y la incidencia de infarto y enfermedad coronaria en hombres ancianos, de manera que tales emociones sirven como predictoras de incidencia de enfermedad coronaria<sup>7</sup>. Los trastornos emocionales y la enfermedad coronaria coexisten comúnmente,<sup>8</sup> en este sentido, hay suficientes evidencias de que la depresión es un factor de riesgo para la morbilidad y la mortalidad cardíacas, especialmente para aquellos con un reciente IAM<sup>5, 9, 10, 11, 12</sup>.

Con frecuencia la depresión no se diagnostica y no se trata en pacientes con enfermedad cardiovascular. Parece haber considerables problemas en el diagnóstico y tratamiento de la depresión después de un infarto de miocardio,<sup>19</sup> tal vez se dé esta circunstancia por la creencia errónea de que la depresión es una reacción normal a la enfermedad cardiovascular, y porque los pacientes pueden ser reacios a expresar los síntomas de depresión. Se calcula que sólo un 25% o menos de los pacientes cardíacos con depresión mayor son diagnosticados, y solamente la mitad de dichos pacientes recibe tratamiento de su depresión<sup>20</sup>.

En un estudio detectaron, mediante el Inventario de Depresión de Beck, que el 30,9% de los pacientes muestran elevadas puntuaciones durante su hospitalización por IAM; a los doce meses la tasa de síntomas depresivos alcanzaba al 37,2%<sup>21</sup>.

En un trabajo realizado por Luutonen *et al*, utilizando la misma escala, encuentran que la proporción de pacientes con síntomas depresivos era del 21,2% durante su estancia en el hospital, del 30% a los 6 meses y del 33,9% a los 18 meses,



concluyendo que a los 18 meses ninguno de los pacientes recibía una adecuada medicación antidepresiva<sup>22</sup>. Los médicos de atención primaria deben tener presente que la depresión se rige como un factor independiente de riesgo de enfermedad cardiovascular en personas previamente sanas<sup>23</sup> y que puede predecir el desarrollo de enfermedad coronaria en estos sujetos<sup>24</sup>.

Las personas deprimidas que padecen enfermedad cardiovascular previa, especialmente IAM, presentan de 2 a 3,5 veces mayor riesgo de muerte que aquellos otros pacientes que no están deprimidos<sup>25</sup>. La depresión después del IAM es un significativo factor de predicción de accidentes cardíacos a un año vista para la población japonesa, y su presencia aumenta el riesgo especialmente en los pacientes ancianos<sup>26</sup>.

Los enfermos con IAM y clínica de depresión tienen mayores niveles de comorbilidad médica que los no deprimidos. La cardiopatía isquémica continúa siendo la primera causa individual de fallecimientos en varones y la tercera en mujeres, siendo responsable del 11% y del 10% del total de muertes respectivamente, en 1997<sup>27</sup>.

La incidencia de IAM (número de casos nuevos por 100.000 habitantes y año) en población española de 35 a 64 años es de las más bajas del mundo y parece estar estabilizada en los últimos 10-15 años, pero el envejecimiento de la población por la mayor esperanza de vida y las bajas tasas de natalidad- hará que aumente por sí mismo el número de casos de IAM y angina inestable en España<sup>28</sup>. La depresión tiene una prevalencia de vida en la población general del 15 al 20%, con un claro predominio femenino 2:1<sup>29</sup>.

La depresión está actualmente reconocida como un factor de riesgo de enfermedad de las arterias coronarias. Aproximadamente el 40% de los pacientes que





sufren infarto agudo de miocardio, desarrollan posteriormente depresión, la que se ha denominado “depresión cardiotóxica”. Este tipo de depresión empeora el pronóstico cardíaco de los pacientes, por ello debe ser tratada adecuadamente, ya que aumenta el riesgo de reinfarcto durante el primer año, e incrementa el riesgo de mortalidad<sup>30</sup>.

Existen varias hipótesis sobre el mecanismo biológico entre la alteración de la enfermedad y el empeoramiento de la condición cardíaca. Los sujetos deprimidos presentan plaquetas con una mayor predisposición a la coagulabilidad, lo que favorece a la aparición del infarto. De todas formas también podría tratarse de una alteración en el equilibrio hormonal<sup>14</sup>.

Pero algunos pacientes con depresión (en especial cuando no reciben tratamiento), ven modificada la Variabilidad de la Fuerza Cardíaca, que es una función vegetativa, es decir automática, pero controlada por el cerebro, y esto puede causar alteraciones en el ritmo cardíaco, en algunos casos peligrosos. Además se incrementan fenómenos inflamatorios, que, como ya se ha demostrado, es factor de riesgo para producir enfermedad coronaria<sup>14,36</sup>.

La depresión no es solo una enfermedad que afecta al cerebro o al estado de ánimo del paciente, sino también a algunos órganos del cuerpo. Por ejemplo, en el caso de las mujeres, reduce la densidad mineral ósea haciéndolas más vulnerables a fracturas de cadera y columna, fenómeno que se acrecienta con la llegada de la menopausia. Por otro lado estar deprimido disminuye la actividad del sistema inmunológico por lo que el organismo es más propenso a sufrir infecciones<sup>15,23</sup>.

La *American Heart Association* considera la depresión como uno de los seis campos de mayor impacto de discapacidad generados por la enfermedad cardiovascular, es frecuentemente incapacitante y afecta al individuo y a la sociedad. Aproximadamente el 15% de la población ha sufrido durante su vida un episodio



depresivo mayor y éste se asocia con una pérdida de la productividad laboral, al igual que con un aumento de comorbilidades psiquiátricas y orgánicas<sup>26</sup>.

De acuerdo con los estudios científicos, aquellos pacientes que sufren depresión tras un infarto agudo de miocardio y son tratados con antidepresivos del tipo ISRS, tienen un riesgo del 43% menor de volver a sufrir infarto o de fallecer. La depresión triplica el riesgo de fallecer tras sufrir un ataque de corazón, incluso la depresión leve lo hace, el riesgo de muerte se intensifica con la severidad de la depresión<sup>31</sup>.

La depresión está asociada con síntomas de sufrimiento emocional, cambios de apetito y patrones del sueño, fatiga y agotamiento, disforia y en casos extremos desesperanza, desamparo o desvanecimiento e ideas suicidas; por eso es un precursor frecuente de enfermedad coronaria y normalmente acompaña a la recuperación. La evidencia sugerida puede experimentarse en uno de cada cinco pacientes que han sufrido un ataque al corazón<sup>32</sup>.

En un estudio más temprano, Cassen y Hackett encontraron evidencia objetiva de la depresión en el 50% de 70 pacientes seleccionados de una unidad de atención coronaria. Subsecuentemente un meta análisis Baoth-Kewley y Friedman, concluyeron que la depresión más que ningún otro atributo psicológico, tenía la asociación más fuerte con la enfermedad cardíaca.

Desde la perspectiva psiquiátrica Fernández señaló que la depresión es uno de los mejores predictores de la pobre adherencia de los cambios relacionados con los estilo vida y de las complicaciones cardiovasculares recurrentes, luego de un evento cardíaco. La depresión no es típicamente diagnosticada ni tratada en el 18% y 44% de los pacientes cardíacos sufren de una depresión severa suficiente como para requerir intervención psiquiátrica<sup>32,33</sup>.



En un estudio realizado en Barcelona - España, se encontró que el 65% de los pacientes estudiados con Infarto Agudo al Miocardio presentaron síntomas depresivos y 20% de ellos desarrollaron depresión mayor; sin embargo el porcentaje más alto por géneros fue en hombres, cuyo promedio de edad era de 71 años. De ellos el 44,4 % fumaban antes del IAM y 13,3 después. La prevalencia de obesidad era similar en ambos géneros (62,5%)<sup>35</sup>.

Por otro lado Shiotani *et al*, realizaron una investigación sobre el impacto de los síntomas depresivos en el pronóstico de pacientes con IAM, se evaluó un total de 1042 pacientes, de los cuales el 42% presentaron síntomas depresivos y dentro de estos la tasa de eventos cardíacos fue de 31,2% comparados con un 23% para los pacientes que no presentaron síntomas depresivos. Este seguimiento se realizó durante el plazo de un año; llegando a la conclusión de que la depresión que se produce después de un infarto de miocardio es un predictor importante de eventos cardiovasculares dentro de la población japonesa y sobre todo cuando se trata de personas mayores de 65 años<sup>35</sup>.

Hoy en día se sabe que la administración de cortisol induce la hipercolesterolemia, hiperglicemia e hipertensión, otras acciones de los esteroides son la injuria endotelial y, en hombres jóvenes y de mediana edad, se han correlacionado los niveles matutinos de cortisol plasmático con la presencia de moderada o severa aterosclerosis. En personas deprimidas se ha podido documentar la presencia de concentraciones urinarias y plasmáticas de noradrenalina y sus metabolitos elevados, lo que evidencia un estado hipersecretorio de la misma. La hiperactividad simpaticoadrenal contribuye al desarrollo de enfermedades cardiovasculares por medio de los efectos que estos ejercen sobre el corazón, los vasos sanguíneos y las plaquetas<sup>10,11</sup>.



Otro factor importante que contribuye a la enfermedad y menor sobrevida en pacientes deprimidos es la reducción de la variabilidad de la frecuencia cardíaca (VFC). Las fluctuaciones de dicha frecuencia pueden dar medida del funcionamiento de los sistemas de reacción rápida, como el simpático, parasimpático y el de renina-angiotensina. La generación de la frecuencia cardíaca y su control están regulados: por el hipotálamo, el sistema límbico y el tallo encefálico con la participación de neurotransmisores como la serotonina, acetilcolina, noradrenalina y la dopamina. La VFC puede hallarse disminuida en pacientes con enfermedad coronaria o insuficiencia cardíaca. Luego de un infarto al miocardio la variabilidad de la frecuencia cardíaca es un factor pronóstico importante; el riesgo de muerte súbita es mayor en pacientes con VFC reducida<sup>11,36</sup>.

Ziegelstein ha señalado que aproximadamente uno de cada seis pacientes experimenta depresión mayor luego de un IAM, y uno de cada tres presenta síntomas depresivos durante la hospitalización<sup>11</sup>. De todos modos, la depresión se encuentra con frecuencia subdiagnosticada e subtratada en pacientes con enfermedad cardiovascular. Se estima que solo el 25% o menos, de los pacientes cardíacos con depresión mayor están diagnosticados de ésta última; y cerca de la mitad reciben tratamiento antidepresivo<sup>34,35</sup>.

Algunos síntomas como el insomnio y la fatiga son comunes a la depresión y a la enfermedad coronaria; los médicos y los pacientes pueden erróneamente pensar que la depresión es una reacción normal a la enfermedad cardiovascular; los médicos pueden ser reacios a preguntar a sus pacientes acerca de los posibles síntomas depresivos; o los médicos pueden preferir no administrar tratamientos antidepresivos por temor a sus posibles efectos adversos<sup>13</sup>.

En un estudio del Centro Universitario de Duke, EEUU, que incluyó 357 pacientes en 15 meses, los pacientes con falla cardíaca y sin depresión presentaron



una mortalidad de 5,7% a los tres meses y 13,7% al año. Pacientes con falla cardíaca y con depresión aumentaron la mortalidad de 13% a los tres meses y 16.1% al año. Las remisiones hospitalarias de pacientes con enfermedad cardíaca y sin depresión fueron del 36,5% a los tres meses y 52,3% al año, mientras que aquellos con enfermedad cardíaca y depresión severa aumentaron las remisiones en 52,2% a los tres meses y 80,4% al año<sup>16,17,18</sup>.

Varios trabajos han señalado la relación entre el estrés o la depresión y el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, hasta el momento no se conocía en profundidad qué consecuencias tenía para la salud de los pacientes coronarios sufrir episodios de ansiedad durante un tiempo prolongado<sup>17</sup>.

Con el objetivo de dilucidar si padecer niveles cada vez más altos de ansiedad durante un período de tiempo se correspondía con un aumento en las posibilidades de padecer un ataque al corazón en enfermos de corazón, un equipo dirigido por el doctor Charles M. Blatt, director de investigación en la Lown Cardiovascular Research Foundation y profesor de la Universidad de Harvard (EEUU), puso en marcha un estudio en 516 pacientes con aterosclerosis<sup>17,18</sup>.

Los investigadores realizaron un seguimiento a estos enfermos durante más de tres años. Periódicamente, valoraron sus niveles de estrés a través de una serie de cuestionarios en los que se les preguntaban cuestiones como si en la última semana *"habían tenido la sensación de que algo malo iba a suceder"*, *"tardaban mucho tiempo en dormirse"* o *"habían tenido molestias gastrointestinales"*. Con los datos obtenidos, se dividió a los participantes en tres grupos en función de sus niveles de ansiedad. Durante el periodo de seguimiento fallecieron 19 pacientes y otros 44 sufrieron un ataque al corazón del que pudieron recuperarse. Los investigadores descubrieron que quienes presentaban un riesgo más alto (casi el doble que el resto) eran los pacientes con niveles más altos de ansiedad<sup>17,18</sup>.



Por el contrario, los pacientes más serenos presentaban una tasa de supervivencia mucho mayor. La investigación también puso de manifiesto que el peor pronóstico lo tenían aquellos pacientes cuya ansiedad había ido incrementándose a lo largo del tiempo. El riesgo de estos sujetos aumentaba era un 10% superior al resto. Por el contrario, aquellos enfermos que habían presentado un alto grado de ansiedad al inicio de la investigación pero habían logrado controlarla a lo largo de los años, tenían unos niveles bajos de riesgo<sup>17,18</sup>.

Por tanto, para los investigadores, en ningún caso pueden tomarse los niveles de ansiedad iniciales como efectivos para predecir las consecuencias en el futuro. Según los autores de este estudio, estos hallazgos no sólo muestran la necesidad de medir periódicamente los niveles de ansiedad de los enfermos cardiovasculares, sino la importancia de que los profesionales sanitarios controlen e intenten regular la ansiedad de sus pacientes. A pesar de todo, estos investigadores reconocen varias limitaciones en su estudio. Entre otras, el hecho de que la mayoría de los participantes fueran hombres en la tercera edad. "Los resultados podrían no ser extrapolables a otras poblaciones"<sup>17,18</sup>.

En Venezuela las enfermedades cardiovasculares resaltan como una de las principales causas de mortalidad en la población adulta y también como primer motivo de consulta en los servicios de emergencia y electivos. Se presentan las enfermedades cardiovasculares más comunes como son: la hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y la isquemia cerebral. En la población adulta de Caracas se obtienen cifras altas de la tensión arterial en aproximadamente 24% de las personas mayores de 20 años, y en la mitad de las personas mayores de 50 años. La hipertensión arterial es el factor de riesgo más frecuente en los pacientes jóvenes que tienen infarto al miocardio. Las formas de muerte más común las constituyen la cardiopatía isquémica, el infarto del miocardio y muerte súbita<sup>36</sup>.



En el Estado Bolívar encontraron una incidencia de niveles de depresión mayor en hombres que en mujeres, con una relación de 3:1 al igual que los niveles de ansiedad, 2:1. La incidencia de niveles mixtos de depresión y ansiedad fue de 32,26%, en pacientes en edades entre 30 a 50 años, los niveles encontrados tanto para la depresión y ansiedad fueron leves<sup>23</sup>.

De acuerdo a lo que plantea la teoría este estudio tiene la finalidad de medir los niveles de depresión y de ansiedad en los pacientes post-infartados que ingresan a la Unidad de Cuidados Coronarios del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Mayo – Noviembre 2008.



## JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades cardiovasculares, y dentro de ellas el infarto agudo del miocardio (IMA), constituyen un problema creciente de salud, al ser responsables del 20% de las muertes en el mundo, porcentaje que se eleva al 50% en los países desarrollados; estudios del Banco Mundial estiman que la cardiopatía coronaria será la primera causa de muerte en el mundo para el año 2020<sup>1</sup>.

A pesar del desarrollo vertiginoso de la terapéutica en los últimos años (trombolíticos y técnicas intervencionistas) no se ha logrado disminuir la mortalidad por debajo de 100 por cada 100000 habitantes (excepto unos pocos países como España y Finlandia), donde por ejemplo en Estados Unidos de América cerca de un millón y medio de pacientes sufren un IMA anualmente y el 25 % (al menos 500000 casos) desembocan en muerte<sup>3,4</sup>.

En EEUU aproximadamente una tercera parte de todas las muertes ocurridas son debidas a enfermedad isquémica coronaria y de éstas, la mitad atribuibles a IMA, cerca de la mitad ocurren dentro de la primera hora del inicio de la sintomatología y la probabilidad de fallecer como consecuencia directa de la enfermedad sigue siendo alta durante el primer año de su evolución, que para el resto de la población y puede persistir incluso durante los siguientes 10 años; no obstante es cierto que esta ha disminuido progresivamente a partir de 1976, y este descenso ha sido atribuido a una mejor calidad en la atención médica, a cambios en el estilo de vida de las personas, que incluye una disminución en los factores de riesgo implicados como desencadenantes de la enfermedad isquémica coronaria, aunque esto no ha podido ser demostrado concluyentemente<sup>13,14</sup>.





La depresión es un factor de riesgo de morbi-mortalidad cardíaca en pacientes con cardiopatía isquémica, especialmente tras un infarto agudo de miocardio<sup>1</sup>. Hasta tal punto se ha asociado a la cardiopatía isquémica con un incremento cuatro veces mayor en el riesgo de mortalidad durante los primeros seis meses después de un infarto agudo de miocardio, y su significativo pronóstico es comparable a poseer historia de disfunción ventricular izquierda durante un infarto<sup>2</sup> y, según algunos estudios al grado de Killip, la fracción de eyección o el pico de creatin kinasa<sup>3</sup>, si bien no todos los estudios prospectivos observacionales han encontrado una asociación entre depresión posterior a un infarto agudo de miocardio y mortalidad<sup>4</sup>.

Muchos estudios han comprobado que no solo el infarto de miocardio es una causa sino que es un factor desencadenante de ansiedad y depresión que pueden llevar al paciente a la exclusión de su medio social y laboral, lo que lo hace improductivo y recuperarse más lentamente. En la mayoría de los estudios registrados están referidos los trastornos de ansiedad y depresión como desenlace del infarto del Miocardio y no éste como desencadenante de la ansiedad y depresión.

De allí la importancia de este estudio, la cual radica en proporcionar a los pacientes postinfartados la atención médica y psicoterapéutica necesaria, para disminuir la morbimortalidad y permitirles una mejor calidad de vida.



## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Determinar los niveles de ansiedad y depresión como factor de riesgo en pacientes con infarto al miocardio en la unidad de cuidados coronarios en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar. Mayo – Noviembre 2008.

### **Objetivos Específicos**

1. Explorar los niveles de ansiedad y depresión, aplicando las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton y Goldberg.
2. Especificar los niveles de depresión según sexo, aplicando las escalas de depresión de Hamilton y Goldberg.
3. Indicar los niveles de depresión según la edad en pacientes con infarto al miocardio, aplicando las escalas de depresión de Hamilton y Goldberg.
4. Determinar los niveles de ansiedad según sexo en pacientes con infarto al miocardio, aplicando las escalas de ansiedad de Hamilton y Goldberg.
5. Distinguir los niveles de ansiedad según la edad en pacientes con infarto al miocardio, aplicando las escalas de ansiedad de Hamilton y Goldberg.



6. Establecer la incidencia de niveles de ansiedad y depresión según sexo en pacientes con infarto al miocardio, aplicando las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton y Goldberg.
7. Describir la incidencia de niveles de ansiedad y depresión según la edad en pacientes con infarto al miocardio, aplicando las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton y Goldberg.
8. Clasificar la evolución cronológica de los niveles de depresión.
9. Destacar la evolución cronológica de los niveles de ansiedad.
10. Precisar la relación entre la hipertensión arterial y los niveles de depresión, ansiedad y mixtos en pacientes con infarto al miocardio.
11. Indagar la relación entre los hábitos tabáquicos y los niveles de depresión y ansiedad.
12. Determinar la relación entre los hábitos alcohólicos y los niveles de depresión y ansiedad.



## **MATERIALES Y METODOS**

### **Tipo De Investigación**

Es un estudio de tipo prospectivo y descriptivo analítico. Desde este punto de vista, la investigación descriptiva, es algo más que el proceso de recolección de datos y tabulación y se ocupa del análisis e interpretación que presentan los distintos indicadores que intervienen en la población objeto de estudio. Por otra parte describe la naturaleza real del fenómeno en estudio. Todo esto para determinar un enfoque que se hace sobre conclusiones dominantes, o sobre una persona, grupo o cosa que se conduce o funciona en el presente.

La utilización de este tipo de diseño, es debido a que los resultados han de servir para establecer el perfil de la investigación a seguir.

Asimismo, la investigación está orientada a analizar el problema; para conocer las características del mismo es necesario estar en contacto físico con los sujetos que conforman la población seleccionada; de allí que la investigación es considerada de campo.

### **Universo**

Se incluyeron en este estudio 56 pacientes que ingresaron a la unidad de cuidados coronarios de Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez con diagnóstico de Infarto del Miocardio desde mayo a noviembre del 2008.



### **Muestra**

Estuvo constituida por todos los 56 pacientes que ingresaron a la unidad de cuidados coronarios de Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez con diagnóstico de Infarto del Miocardio desde mayo hasta noviembre del 2008.

### **Criterios de Inclusión**

Pacientes con diagnóstico de Infarto al Miocardio ingresados a la unidad de cuidados coronarios.

### **Criterios de Exclusión**

Se excluyó en este estudio a todos los pacientes cuya gravedad clínica no permitiera la evaluación psiquiátrica, y pacientes con diagnóstico de Infarto al Miocardio ingresados en la unidad de cuidados intensivos.



## RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los datos en los pacientes con diagnóstico de Infarto al Miocardio que ingresan a la unidad de cuidados coronarios se obtuvieron a través de una ficha de recolección de información (Apéndice B), que incluye datos personales y datos clínicos: Número de historia y de teléfono, nombres y apellidos, edad, sexo, estado civil, ocupación, grado de instrucción y dirección; motivo de hospitalización y manejo médico de eventos coronarios anteriores; conocimiento del paciente acerca de su enfermedad y antecedentes de: hipertensión arterial sistémica, hábitos alcohólicos, tabáquicos y cafeícos.

### **Escala de Hamilton para la depresión y la ansiedad**

La escala de Hamilton para depresión (Anexo 1) está formada por 17 ítems, donde se manejan las siguientes variables: (1) Humor deprimido, (2) Sentimiento de culpa, (3) Suicidio, (4) Insomnio precoz, (5) Insomnio intermedio, (6) Insomnio tardío, (7) Trabajo y actividades, (8) Inhibición psicomotora, (9) Agitación psicomotora, (10) ansiedad psíquica, (11) Ansiedad somática, (12) Síntomas somáticos gastrointestinales, (13) Síntomas somáticos generales, (14) Síntomas genitales, (15) Hipocondría, (16) Pérdida de peso y (17) Perspicacia. Para cada ítem se obtiene una puntuación que oscila entre 0 y 4. La depresión se considerará como leve con valores de 16 a 20; la moderada de 21 a 25 y la severa mayor de 25 puntos.

La escala de Hamilton para ansiedad (Anexo 2) está formada por 14 ítems, cada uno maneja una variable como se menciona a continuación: (1) Humor ansioso, (2) Tensión, (3) Miedos, (4) Insomnio, (5) Funciones intelectuales, (6) Humor depresivo, (7) Síntomas somáticos musculares, (8) Síntomas somáticos generales, (9) Síntomas cardiovasculares, (10) Síntomas respiratorios, (11) Síntomas gastrointestinales, (12) Síntomas genitourinarios, (13) Síntomas del sistema nervioso autónomo y (14)



Conducta durante el transcurso del test. La puntuación de cada ítem es de 0 a 4 puntos, así la puntuación total del test está entre 0 y 56 puntos, considerando como ansiedad leve valores de 13 a 25 puntos; moderada 26 a 38 puntos y severa mayor de 39 puntos.

### **Escala de ansiedad y depresión de Goldberg.**

La escala de Goldberg para la ansiedad (Anexo 3) está formada por 9 ítems, donde se obtiene información del paciente acerca de: (1) Cómo se siente, (2) Si algo le preocupa, (3) Se siente irritable, (4) Tiene o ha tenido dificultad para relajarse, (5) Ha dormido mal o ha tenido dificultades para dormir, (6) Ha tenido dolores de cabeza o de nuca, (7) Ha sentido: Temblores, hormigueo, mareos, sudores, diarrea, (8) Le preocupa su salud y 9) Ha tenido dificultad para quedarse dormido. Los nueve ítems son de pregunta directa y se considera presencia de ansiedad cuando se tiene una valoración de cuatro o más respuestas afirmativas.

La escala de Goldberg para la depresión (Anexo 4) está formada igualmente por 9 ítems, de pregunta directa, donde se evalúan los siguientes aspectos: (1) Se ha sentido con poca energía, (2) Ha perdido el interés por las cosas, (3) Ha perdido la confianza en sí mismo, (4) Se ha sentido sin esperanza, (5) Ha tenido dificultad para concentrarse, (6) Ha perdido peso, (7) A qué hora se está despertando últimamente, (8) Se ha sentido enlentecido y (9) Tendencia a encontrarse peor en la mañana. La puntuación de la subescala de depresión tiene una valoración de 2 o más respuestas afirmativas.



## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

**Codificación y tabulación de datos:** Los datos se ordenaron en tablas estadísticas de distribución de frecuencia absoluta y relativa y de datos de asociación y se aplicó el Chi cuadrado como prueba de significación estadística.

**Presentación de resultados:** Los datos se presentaron en tablas convenientemente separadas para evaluar todas las variables de interés.

### Material A Utilizar

1. Instrumentos de recolección de datos: Lo constituyeron la ficha de recolección de información y las escalas de Hamilton y Goldberg para ansiedad y depresión.
2. Software:
  - 2.1. Microsoft Word
  - 2.2. Microsoft Excel
  - 2.3. Microsoft Power Point
  - 2.4. Internet Explorer

### Análisis Estadísticos

El análisis estadístico de los datos se realizó a través de la estadística descriptiva e inferencial a fin de dar respuesta a las variables en estudio.





## **RESULTADOS**

**Tabla 1**

**Niveles de Ansiedad y Depresión, en Pacientes con Infarto al Miocardio,  
Aplicando las Escalas de Ansiedad y Depresión de Hamilton y Goldberg. Unidad  
de Cuidados Coronarios, Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez.**

**Mayo – Noviembre 2008.**

**Ciudad Bolívar**

| TIPO DE<br>TRASTORNO | ESCALA DE<br>GOLDBERG |       | ESCALA DE<br>HAMILTON |       |
|----------------------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
|                      | <i>f</i>              | %     | <i>f</i>              | %     |
| Ansiedad             | 25                    | 44,6  | 36                    | 64,3  |
| Depresión            | 22                    | 39,3  | 10                    | 17,9  |
| Ansiedad y Depresión | 2                     | 3,6   | 3                     | 5,4   |
| Ausencia             | 7                     | 12,5  | 7                     | 12,5  |
| TOTAL                | 56                    | 100,0 | 56                    | 100,0 |

Fuente: Instrumentos de Investigación

De acuerdo con las dos escalas que se utilizaron en el estudio, Goldberg y Hamilton, la tabla 1 muestra que el tipo de trastorno más frecuente en los pacientes es la ansiedad, seguida por la depresión; sin embargo, los porcentajes de pacientes difieren entre las escalas. Con la escala de Goldberg se obtuvo 25 (44,6%) pacientes con ansiedad, mientras que con la de Hamilton se reportan 36 (64,3%) pacientes. De acuerdo con la escala de Goldberg, 22 (39,3%) pacientes presentan depresión, mientras la de Hamilton indica 10 (17,9%) pacientes con esta alteración. El número de pacientes con ambas anomalías, ansiedad y depresión, fue 2 (3,6%) en la escala de Goldberg y 3 (5,4%) en la de Hamilton. Ambas escalas coinciden en el número de pacientes que no presentan ansiedad ni depresión con 7 (12,5%) pacientes.



Tabla 2

**Niveles de Depresión según Sexo en Pacientes con Infarto al Miocardio, Aplicando las Escalas de Depresión de Hamilton y Goldberg. Unidad de Cuidados Coronarios. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Mayo – Noviembre 2008. Ciudad Bolívar.**

| NIVEL DE<br>DEPRESION | MASCULINO |      | FEMENINO |      |
|-----------------------|-----------|------|----------|------|
|                       | <i>f</i>  | %    | <i>f</i> | %    |
| Leve                  | 15        | 26,8 | 10       | 17,9 |
| Moderada              | 12        | 21,4 | 10       | 17,9 |
| Severa                | 1         | 1,8  | 1        | 1,8  |
| Ausente               | 4         | 7,1  | 3        | 5,4  |
| Total                 | 32        | 57,1 | 24       | 42,9 |

$$X^2=47,857, G=3$$

Fuente: Instrumentos de Investigación

En cuanto a los niveles de depresión según sexo (Tabla 2), 28 pacientes masculinos (50% de los pacientes en estudio) presentaron algún nivel de depresión, distribuyéndose de la siguiente manera depresión leve 15 (26,8%), moderada 12 (21,4%) y severa 1 (1,8%).

En el caso del sexo femenino, el número de pacientes con depresión leve, moderada y severa fue, respectivamente, 10(17,9%), 10 (17,9%) y 1 (1,8%).

Además 4 (7,1%) hombres y 3 (5,4%) mujeres no reportaron depresión.



**Tabla 3**

**Niveles de Depresión según la Edad en Pacientes con Infarto al Miocardio,  
Aplicando las Escalas de Depresión de Hamilton y Goldberg. Unidad de  
Cuidados Coronarios. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Mayo  
– Noviembre 2008. Ciudad Bolívar.**

| EDAD         | NIVELES DE DEPRESIÓN |             |           |             |          |            |          |             |
|--------------|----------------------|-------------|-----------|-------------|----------|------------|----------|-------------|
|              | Leve                 |             | Moderada  |             | Severa   |            | Ausente  |             |
|              | <i>f</i>             | %           | <i>f</i>  | %           | <i>F</i> | %          | <i>f</i> | %           |
| 28-37        | 2                    | 3,6         | 0         | 0,0         | 0        | 0,0        | 0        | 0,0         |
| 38-47        | 3                    | 5,4         | 2         | 3,6         | 1        | 1,8        | 1        | 1,8         |
| 48-57        | 10                   | 17,9        | 10        | 17,9        | 0        | 0,0        | 2        | 3,6         |
| 58-67        | 7                    | 12,5        | 3         | 5,4         | 0        | 0,0        | 3        | 5,4         |
| 68-77        | 3                    | 5,4         | 4         | 7,1         | 0        | 0,0        | 1        | 1,8         |
| 78-87        | 0                    | 0,0         | 3         | 5,4         | 1        | 1,8        | 0        | 0,0         |
| <b>TOTAL</b> | <b>25</b>            | <b>44,6</b> | <b>22</b> | <b>39,3</b> | <b>2</b> | <b>3,6</b> | <b>7</b> | <b>12,5</b> |

$$\chi^2 = 27,000, \text{ GI} = 3.$$

Fuente: Instrumentos de Investigación

En la tabla 3, que muestra los niveles de depresión para distintos rangos de edad, se observa que el nivel de depresión leve se presentó con mayor frecuencia en el grupo etareo de 48 a 57 años con 10 (17,9%) casos, seguido del grupo de 58 a 67 años con 7 (12,5%) casos. De la misma manera la depresión moderada se observa con mayor frecuencia en el grupo etareo de 48 a 57 años con un total de 10 (17,9%) pacientes; en los otros grupos de edades hubo entre 2 (3,6%) y 4 (7,1%) pacientes con nivel de depresión moderada excepto en el grupo de menor edad 28 – 37 años donde no se observó ningún caso. Se encontraron dos pacientes con nivel de depresión severa, uno con edad en el rango 38-47 años y el otro en el grupo de 78 a 87 años. En 7 (12,5%) pacientes no se observó depresión, estos pacientes pertenecen a varios grupos etareos.



Tabla 4

**Niveles de Ansiedad según Sexo en Pacientes con Infarto al Miocardio,  
Aplicando las Escalas de Ansiedad de Hamilton y Goldberg. Unidad de  
Cuidados Coronarios. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Mayo  
– Noviembre 2008. Ciudad Bolívar.**

| NIVEL DE ANSIEDAD | MASCULINO |      | FEMENINO |      |
|-------------------|-----------|------|----------|------|
|                   | F         | %    | f        | %    |
| Leve              | 19        | 33,9 | 17       | 30,3 |
| Moderada          | 8         | 14,3 | 2        | 3,6  |
| Severa            | 1         | 1,8  | 2        | 3,6  |
| Ausente           | 4         | 7,1  | 3        | 5,4  |
| Total             | 32        | 57,1 | 24       | 42,9 |

$X^2 = 27,000$ ,  $Gl = 3$ .

Fuente: Instrumentos de Investigación

Al evaluar el nivel de ansiedad según sexo (tabla 4), se observa que el mayor porcentaje de pacientes tanto en masculino como en femenino presentaron nivel de ansiedad leve, con un total de 19 (33,9%) casos para el sexo masculino y 17 (30,3%) para el femenino. En el caso de sexo masculino, el nivel de ansiedad siguiente en cuanto a mayor número de casos es el moderado con 8 (14,3%) pacientes; mientras que en el sexo femenino el número de pacientes con nivel de ansiedad moderada y severa es el mismo con 2 (3,6%) pacientes en cada caso.



Tabla 5

**Niveles de Ansiedad según la Edad en Pacientes con Infarto al Miocardio,  
Aplicando las Escalas de Ansiedad de Hamilton y Goldberg. Unidad de  
Cuidados Coronarios. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez.  
Mayo – Noviembre 2008. Ciudad Bolívar.**

| EDAD         | NIVEL DE ANSIEDAD |             |           |             |          |            |          |             |
|--------------|-------------------|-------------|-----------|-------------|----------|------------|----------|-------------|
|              | Leve              |             | Moderada  |             | Severa   |            | Ausente  |             |
|              | <i>f</i>          | %           | <i>f</i>  | %           | <i>f</i> | %          | <i>f</i> | %           |
| 28-37        | 2                 | 3,6         | 0         | 0,0         | 0        | 0,0        | 0        | 0,0         |
| 38-47        | 6                 | 10,7        | 0         | 0,0         | 1        | 1,8        | 1        | 1,8         |
| 48-57        | 17                | 30,4        | 1         | 1,8         | 0        | 0,0        | 2        | 3,6         |
| 58-67        | 8                 | 14,3        | 2         | 3,6         | 0        | 0,0        | 3        | 5,4         |
| 68-77        | 3                 | 5,4         | 4         | 7,1         | 1        | 1,8        | 1        | 1,8         |
| 78-87        | 0                 | 0,0         | 3         | 5,4         | 1        | 1,8        | 0        | 0,0         |
| <b>TOTAL</b> | <b>36</b>         | <b>64,3</b> | <b>10</b> | <b>17,9</b> | <b>3</b> | <b>5,4</b> | <b>7</b> | <b>12,5</b> |

$$X^2 = 47,857, \text{ Gl} = 3$$

Fuente: Instrumentos de Investigación

La tabla 5 muestra que de los 36 pacientes con nivel de ansiedad leve, el grupo etareo más frecuente fue el de 48 a 57 años con 17 (30,4%) pacientes, seguido de los grupos 58 a 67 años con 8 (14,3%) y 38 a 47 años con 6 (10,7%) pacientes, respectivamente. Los pacientes con nivel de ansiedad moderada (10 en total – 17,9%) fueron todos mayores de 48 años, siendo los grupos más frecuentes el de 68 a 77 años con 4 (7,1%) pacientes y el de 78 a 87 años con 3 (5,4%) pacientes. Las edades de los pacientes con nivel de ansiedad severo se ubicaron en los grupos 38 a 47 años, 68 a 77 años y 78 a 87 años, con 1 (1,8%) paciente cada uno.



También destaca el hecho que todos los pacientes de mayor edad (78 a 87 años) presentaron niveles de ansiedad significativos (moderado y severo) mientras los de menor edad (28 a 37 años) presentaron ansiedad leve.



Tabla 6

**Niveles de Ansiedad y Depresión según Sexo en Pacientes con Infarto al Miocardio, Aplicando las Escalas de Depresión y Ansiedad de Hamilton y Goldberg. Unidad de Cuidados Coronarios. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Mayo – Noviembre 2008. Ciudad Bolívar.**

| NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN SEGÚN |                    |      |          |      |          |     |          |      |                    |      |          |      |          |     |          |      |
|---------------------------------------|--------------------|------|----------|------|----------|-----|----------|------|--------------------|------|----------|------|----------|-----|----------|------|
| SEXO                                  | ESCALA DE GOLDBERG |      |          |      |          |     |          |      | ESCALA DE HAMILTON |      |          |      |          |     |          |      |
|                                       | Leve               |      | Moderada |      | Severa   |     | Ausente  |      | Leve               |      | Moderada |      | Severa   |     | Ausente  |      |
|                                       | <i>f</i>           | %    | <i>f</i> | %    | <i>f</i> | %   | <i>f</i> | %    | <i>f</i>           | %    | <i>f</i> | %    | <i>f</i> | %   | <i>f</i> | %    |
| MASCULINO                             | 15                 | 26,8 | 12       | 21,4 | 1        | 1,8 | 4        | 7,1  | 19                 | 33,9 | 8        | 14,3 | 1        | 1,8 | 4        | 7,1  |
| FEMENINO                              | 10                 | 17,9 | 10       | 17,9 | 1        | 1,8 | 3        | 5,4  | 17                 | 30,4 | 2        | 3,6  | 2        | 3,6 | 3        | 5,4  |
| TOTAL                                 | 25                 | 44,6 | 22       | 39,3 | 2        | 3,6 | 7        | 12,5 | 36                 | 64,3 | 10       | 17,9 | 3        | 5,4 | 7        | 12,5 |

Fuente: Instrumentos de Investigación

La clasificación de acuerdo a los niveles de ansiedad y depresión según el sexo en pacientes con infarto al miocardio, aplicando las escalas de depresión de Hamilton y Goldberg (Tabla 6) permite apreciar que el grupo más numeroso lo constituyen, para ambas escalas, los pacientes masculinos con nivel de ansiedad y depresión leve con un total de 15 (26,8%) pacientes en la escala de Goldberg y 19 (33,9%) en la escala de Hamilton. En el caso del sexo masculino, el siguiente grupo con mayor frecuencia en ambas escalas es el que presenta niveles moderados de ansiedad y depresión con 12 (21,4%) según Goldberg y 8 (14,3%) según Hamilton. Para el nivel severo ambas escalas indican 1 (1,8%) paciente.

En el caso del sexo femenino, el número de pacientes clasificadas con niveles de ansiedad leve y moderada difiere notablemente entre las escalas; así Goldberg indica





10 (17,9%) pacientes con nivel de ansiedad y depresión leve mientras que Hamilton muestra 17 (30,4%) pacientes en esta condición; para el nivel moderado Goldberg señala 10 (17,9%) casos y Hamilton 2 (3,6%) casos. Para el nivel severo ambas escalas indican 3 (5,4%) pacientes.

Ambas escalas coinciden en el número de pacientes con ausencia de ambas condiciones tanto en masculino como en femenino.



Tabla 7

**Niveles de Ansiedad y Depresión según la Edad en Pacientes con Infarto al Miocardio, Aplicando las Escalas de Depresión de Hamilton y Goldberg. Unidad de Cuidados Coronarios. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Mayo – Noviembre 2008. Ciudad Bolívar.**

| EDAD         | NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN SEGÚN |             |           |             |          |            |          |             |                    |             |           |             |          |            |          |             |
|--------------|---------------------------------------|-------------|-----------|-------------|----------|------------|----------|-------------|--------------------|-------------|-----------|-------------|----------|------------|----------|-------------|
|              | ESCALA DE GOLDBERG                    |             |           |             |          |            |          |             | ESCALA DE HAMILTON |             |           |             |          |            |          |             |
|              | Leve                                  |             | Moderada  |             | Severa   |            | Ausente  |             | Leve               |             | Moderada  |             | Severa   |            | Ausente  |             |
|              | <i>f</i>                              | %           | <i>f</i>  | %           | <i>f</i> | %          | <i>f</i> | %           | <i>f</i>           | %           | <i>f</i>  | %           | <i>f</i> | %          | <i>f</i> | %           |
| 28-37        | 2                                     | 3,6         | 0         | 0,0         | 0        | 0,0        | 0        | 0,0         | 2                  | 3,6         | 0         | 0,0         | 0        | 0,0        | 0        | 0,0         |
| 38-47        | 3                                     | 5,4         | 2         | 3,6         | 1        | 1,8        | 1        | 1,8         | 6                  | 10,7        | 0         | 0,0         | 0        | 0,0        | 1        | 1,8         |
| 48-57        | 10                                    | 17,9        | 10        | 17,9        | 0        | 0,0        | 2        | 3,6         | 17                 | 30,4        | 1         | 1,8         | 1        | 1,8        | 2        | 3,6         |
| 58-67        | 7                                     | 12,5        | 3         | 5,4         | 0        | 0,0        | 3        | 5,4         | 8                  | 14,3        | 2         | 3,6         | 0        | 0,0        | 3        | 5,4         |
| 68-77        | 3                                     | 5,4         | 4         | 7,1         | 0        | 0,0        | 1        | 1,8         | 3                  | 5,4         | 4         | 7,1         | 1        | 1,8        | 1        | 1,8         |
| 78-87        | 0                                     | 0,0         | 3         | 5,4         | 1        | 1,8        | 0        | 0,0         | 0                  | 0,0         | 3         | 5,4         | 1        | 1,8        | 0        | 0,0         |
| <b>TOTAL</b> | <b>25</b>                             | <b>44,6</b> | <b>22</b> | <b>39,3</b> | <b>2</b> | <b>3,6</b> | <b>7</b> | <b>12,5</b> | <b>36</b>          | <b>64,3</b> | <b>10</b> | <b>17,9</b> | <b>3</b> | <b>5,4</b> | <b>7</b> | <b>12,5</b> |

Fuente: Instrumentos de Investigación

Según la escala de Golbert, en la tabla 7, se observa que el grupo etareo más frecuente para los niveles de ansiedad y depresión leve y moderado es el de 48 a 57 años con 10 (17,9%) casos. En el nivel leve destaca también el grupo 58-67 años con 7 (12,5%) casos. Esta misma escala reporta niveles de ansiedad severa en dos personas una “joven” de 38-47 años y una “mayor” 78-87 años.

De acuerdo con la escala de Hamilton, el nivel de ansiedad y depresión leve, se concentra entre 38 y 67 años, estos tres grupos acumulan 31 (55,3%) de 36 (64,3%) casos observados, siendo el de mayor frecuencia el grupo etareo 48 – 57 años con 17 (30,4%) casos, seguido por el grupo de 58 a 67 años con 8 (14,3%) casos. El nivel de



ansiedad y depresión moderada se observó a partir del tercer grupo etareo (48-57 años) siendo los más frecuentes el de 68 a 77 años con 4 (7,1%) y el de 78 a 87 años con 3 (5,4%). Se observa además, depresión severa en tres casos, cuyas edades corresponden a los grupos 48 – 57 años, 68 – 77 años y 78 – 87 años.

En cuanto a los pacientes que no presentan ansiedad ni depresión, los valores coinciden totalmente en las dos escalas (Goldberg y Hamilton).



Tabla 8

**Evolución Cronológica de los Niveles de Depresión en Pacientes con Infarto al Miocardio, Aplicando las Escalas de Depresión de Hamilton y Goldberg. Unidad de Cuidados Coronarios. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Mayo – Noviembre 2008. Ciudad Bolívar.**

| EVOLUCIÓN<br>CRONOLÓGICA | NIVELES DE DEPRESIÓN SEGÚN |             |           |             |          |            |                    |             |           |             |          |            |
|--------------------------|----------------------------|-------------|-----------|-------------|----------|------------|--------------------|-------------|-----------|-------------|----------|------------|
|                          | ESCALA DE GOLDBERG         |             |           |             |          |            | ESCALA DE HAMILTON |             |           |             |          |            |
|                          | Leve                       |             | Moderada  |             | Severa   |            | Leve               |             | Moderada  |             | Severa   |            |
|                          | <i>f</i>                   | %           | <i>f</i>  | %           | <i>f</i> | %          | <i>f</i>           | %           | <i>f</i>  | %           | <i>f</i> | %          |
| 1ra ENTREVISTA           | 15                         | 26,8        | 15        | 26,8        | 1        | 1,8        | 32                 | 57,1        | 5         | 8,9         | 2        | 3,6        |
| 2da ENTREVISTA           | 7                          | 12,5        | 4         | 7,1         | 0        | 0,0        | 3                  | 5,4         | 3         | 5,4         | 0        | 0,0        |
| 3ra ENTREVISTA           | 3                          | 5,4         | 3         | 5,4         | 1        | 1,8        | 1                  | 1,8         | 2         | 3,6         | 0        | 0,0        |
| <b>TOTAL</b>             | <b>25</b>                  | <b>44,6</b> | <b>22</b> | <b>39,3</b> | <b>2</b> | <b>3,6</b> | <b>36</b>          | <b>64,3</b> | <b>10</b> | <b>17,9</b> | <b>2</b> | <b>3,6</b> |

Fuente: Instrumentos de Investigación

Los datos mostrados en la tabla 8 revelan, de los 25 (44,6%) pacientes, que, de acuerdo con la Escala de Goldberg presentaron nivel de depresión leve, la mayor parte, 15 (26,8%) se observaron en la primera entrevista, le siguen 7 (12,5%) pacientes en la segunda y 3 (5,4%) en la tercera entrevista. De igual manera, la mayoría de pacientes con nivel de depresión moderada se observaron en la primera entrevista con 15 (26,8%), en la segunda y tercera entrevista el número fue menor con 4 (7,1%) y 3 (5,4%), respectivamente. Los 2 (3,6%) pacientes con nivel de depresión severa lo manifestaron 1 (1,8%) en la primera entrevista y el otro en la tercera entrevista.



De manera similar, en la escala de Hamilton la mayor parte de los pacientes con nivel de depresión leve se observaron en la primera entrevista con un total de 32 (57,1%), solo se observaron 3 (5,4%) en la segunda entrevista y 1 (1,8%) en la tercera entrevista; con nivel de depresión moderada, se observaron 5 (8,9%) pacientes en la primera entrevista, 3 (5,4%) en la segunda y 2 (3,6%) en la tercera; los 2 (3,6%) casos con nivel de depresión severa se observaron en la primera entrevista.



Tabla 9

**Evolución Cronológica de los Niveles de Ansiedad en Pacientes con Infarto al Miocardio, Aplicando las Escalas de Depresión de Hamilton y Goldberg. Unidad de Cuidados Coronarios. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Mayo – Noviembre 2008. Ciudad Bolívar.**

| NIVELES DE ANSIEDAD SEGÚN |                    |             |           |             |          |            |                    |             |           |             |          |            |
|---------------------------|--------------------|-------------|-----------|-------------|----------|------------|--------------------|-------------|-----------|-------------|----------|------------|
| EVOLUCIÓN<br>CRONOLÓGICA  | ESCALA DE GOLDBERG |             |           |             |          |            | ESCALA DE HAMILTON |             |           |             |          |            |
|                           | Leve               |             | Moderada  |             | Severa   |            | Leve               |             | Moderada  |             | Severa   |            |
|                           | <i>f</i>           | %           | <i>f</i>  | %           | <i>f</i> | %          | <i>f</i>           | %           | <i>f</i>  | %           | <i>f</i> | %          |
| 1ra ENTREVISTA            | 5                  | 8,9         | 12        | 21,4        | 1        | 1,8        | 16                 | 28,6        | 3         | 5,4         | 2        | 3,6        |
| 2da ENTREVISTA            | 17                 | 30,4        | 7         | 12,5        | 0        | 0,0        | 17                 | 30,4        | 4         | 7,1         | 1        | 1,8        |
| 3ra ENTREVISTA            | 3                  | 5,4         | 3         | 5,4         | 1        | 1,8        | 3                  | 5,4         | 3         | 5,4         | 0        | 0,0        |
| <b>TOTAL</b>              | <b>25</b>          | <b>44,6</b> | <b>22</b> | <b>39,3</b> | <b>2</b> | <b>3,6</b> | <b>36</b>          | <b>64,3</b> | <b>10</b> | <b>17,9</b> | <b>3</b> | <b>3,6</b> |

Fuente: Instrumento de Investigación

La evaluación cronológica de los niveles de ansiedad en los pacientes según la escala de Goldberg, mostrada en la tabla 9, revela que, para el nivel leve, la mayoría de los casos se observaron en la segunda entrevista con 17 (30,4%), en la primera entrevista se observaron 5 (8,9%) casos y en la tercera 3 (5,4%) casos más. En cuanto al nivel de ansiedad moderada, se observaron 12 (21,4%) en la primera entrevista, 7 (12,5%) en la segunda y 3 (5,4%) en la tercera, los casos de ansiedad severa se observaron en la primera y en la tercera entrevista con 1 (1,8%) en cada una de ellas.



En la escala de Hamilton 16 (28,6%) pacientes presentaron un nivel de ansiedad leve en la primera entrevista, 17 (30,4%) en la segunda entrevista y 3 (5,4%) en la tercera entrevista; con nivel moderada 3 (5,4%) pacientes en la primera entrevista, 4 (7,1%) en la segunda y 3 (5,4%) en la tercera; con nivel de ansiedad severa 2 (5,4%) pacientes en la primera entrevista y 1 (1,8%) en la segunda entrevista.



Tabla 10

**Relación entre la Hipertensión Arterial y los Niveles de Depresión, Ansiedad y Mixtos en Pacientes con Infarto al Miocardio. Unidad de Cuidados Coronarios. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Mayo – Noviembre 2008. Ciudad Bolívar.**

| TIPO DE TRASTORNO | HIPERTENSIÓN ARTERIAL |      |          |      |
|-------------------|-----------------------|------|----------|------|
|                   | SI                    |      | NO       |      |
|                   | <i>F</i>              | %    | <i>f</i> | %    |
| Ansiedad          | 25                    | 44,6 | 24       | 42,8 |
| Depresión         | 25                    | 44,6 | 24       | 42,8 |
| Mixtos            | 25                    | 44,6 | 24       | 42,8 |
| Ausencia de ambas | 6                     | 10,7 | 1        | 1,8  |

$\chi^2 = 47,857$ ;  $Gl = 3$

Fuente: Instrumentos de Investigación

Si hay relación entre la hipertensión arterial y los niveles de depresión y ansiedad en pacientes con infarto al miocardio, se observó que presentaron trastorno de depresión y ansiedad 25 (44,6%) pacientes con problemas de hipertensión y casi el mismo número, es decir 24 (42,8%) pacientes presentaron ansiedad y depresión sin sufrir hipertensión arterial. En los pacientes con ausencia de estos trastornos 6 (10,7%) presentaron problemas de hipertensión arterial y 1 (1,8%) no presentó hipertensión (Tabla 10).





Tabla 11

**Relación entre los Hábitos Tabáquicos y los Niveles de Depresión, Ansiedad y Mixtos en Pacientes con Infarto al Miocardio. Unidad de Cuidados Coronarios. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Mayo – Noviembre 2008. Ciudad Bolívar.**

| TIPO DE TRASTORNO | HÁBITOS TABÁQUICOS |      |          |      |
|-------------------|--------------------|------|----------|------|
|                   | SI                 |      | NO       |      |
|                   | <i>F</i>           | %    | <i>f</i> | %    |
| Ansiedad          | 12                 | 21,4 | 37       | 66,1 |
| Depresión         | 5                  | 8,9  | 44       | 57,9 |
| Mixtos            | 5                  | 8,9  | 37       | 66,1 |
| Ausencia de ambas | 7                  | 12,5 | 0        | 0,0  |

$\chi^2 = 47,857$ ;  $Gl = 3$

Fuente: Instrumentos de Investigación

Con respecto a la relación entre los hábitos tabáquicos y los niveles de depresión y ansiedad en pacientes con Infarto al Miocardio se observó ansiedad en 12 (21,4%) pacientes, depresión en 5 (8,9%) pacientes, con ambos trastornos 5 (8,9%) y con ausencia de estos trastornos 7 (12,5%) en pacientes con hábitos tabáquicos activo (tabla 11).



Tabla 12

**Relación entre los Hábitos Alcohólicos y los Niveles de Depresión, Ansiedad y Mixtos en Pacientes con Infarto al Miocardio. Unidad de Cuidados Coronarios. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Mayo – Noviembre 2008. Ciudad Bolívar.**

| TIPO DE TRASTORNO | HÁBITOS ALCOHÓLICOS |      |    |      |
|-------------------|---------------------|------|----|------|
|                   | SI                  |      | NO |      |
|                   | F                   | %    | f  | %    |
| Ansiedad          | 5                   | 8,9  | 51 | 91,1 |
| Depresión         | 5                   | 8,9  | 51 | 91,1 |
| Mixtos            | 6                   | 10,7 | 50 | 89,3 |
| Ausencia de ambas | 2                   | 3,6  | 5  | 8,9  |

$X^2 = 47,857$ ;  $Gl = 3$

Fuente: Instrumentos de Investigación

En cuanto a la relación entre los hábitos alcohólicos y los niveles de depresión y ansiedad en estos pacientes, la tabla 12 muestra que solo hubo 5 (8,9%) pacientes con hábitos alcohólicos y trastorno de ansiedad y depresión, 6(10,7%) pacientes con ambos trastornos y con ausencia de trastorno 2 (3,6%).



## **DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

Para este estudio se encuestaron 56 pacientes con Infarto al Miocardio en la Unidad de Cuidados Coronarios del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar en el lapso Mayo – Noviembre 2008. Utilizando las escalas de depresión y ansiedad de Goldberg y Hamilton se trató de determinar los niveles de estos trastornos en los pacientes y relacionarlos con otros factores de riesgo en el pronóstico de esta enfermedad.

En el presente estudio se encontró que los pacientes post-infartados presentaron niveles de ansiedad-depresión en un 44,6% que corresponde al más alto porcentaje de sintomatología presentado por los pacientes estudiados; en la revisión bibliográfica realizada no se encontraron datos que permitan la comparación con estos hallazgos, sin embargo se considera este resultado de gran importancia porque el diagnóstico de este tipo de trastornos permite proporcionar atención integral a estos pacientes.

De los pacientes post-infartados el 12,5% no presentaron síntomas de trastornos de ansiedad ni de depresión, hecho que se atribuye a los siguientes factores: rápida atención médica, uso de tratamientos ansiolítico tipo Bromazepam a dosis de 6 mg/día en el tratamiento de estos pacientes a su ingreso en la unidad y no conciencia con la gravedad de la enfermedad.

Un total de 57,2 % de los pacientes post-infartados con síntomas depresivos estaban en edades comprendidas entre 30 y 50 años siendo en su mayoría del sexo masculino aunque no hay datos que correlacionen estos parámetros en pacientes post-infartados, sabemos que la media de edad de inicio de la depresión esta alrededor de los 30 años y que un 50% de los pacientes inician este trastorno entre los 20 y los 50 años; siendo más elevada la incidencia en el sexo femenino por las implicaciones que



conlleva ser la que, entre otros aspectos, tiene a su cargo la responsabilidad de la familia.

De los pacientes post-infartados que presentaron niveles de ansiedad, 59,9 % pertenecían al sexo masculino, todos ellos en edades comprendidas entre 48 y 87 años, de los cuales uno falleció posterior a la primera entrevista, con la aplicación del método estadístico Chi cuadrado con 3 grados de libertad, se obtuvo un valor  $X^2 = 47,857$  a una  $p > 0,005$ . En este caso el sexo no tiene relación con el nivel de ansiedad ya que la población en estudio fue mayor el sexo masculino, diferenciándose estos resultados con los presentados por Brailowsky (1995), en donde concluye que la ansiedad es más frecuente en mujeres, con una relación 3:1. La incidencia de ansiedad en estas edades se debe a un temor más elevado a morir. La baja incidencia de pacientes ansiosos se explica probablemente en primer lugar por el uso de ansiolíticos en el tratamiento médico inicial de estos pacientes y en segundo lugar por la seguridad que para ellos significa la unidad de cuidados coronarios.

De los pacientes post-infartados, que presentaron niveles mixtos depresión-ansiedad; 44,6 % eran de sexo masculino y 63,64% estaban en edades comprendidas 41 y 50 años. Podríamos atribuir la mayor incidencia en hombres, tanto a la mayor frecuencia de Infarto de Miocardio en ellos como a la implicación de éste en el desarrollo social del paciente.

La evolución cronológica de los trastornos depresivos- ansiedad en pacientes post-infartados fue para la primera entrevista en todos los casos; desapareciendo estos síntomas en la segunda y tercera entrevista en la mayoría de los casos, hecho que se puede atribuir a la mejoría clínica y al éxito de la rehabilitación física, psíquica y educativa.



Los niveles de ansiedad en pacientes post-infartados evolucionaron en número de 2 hasta la segunda entrevista, hechos que concuerdan con datos aportados por Pasternak (1994), donde concluye que el estrés físico o emocional y la ansiedad se asocian al desencadenamiento de Cardiopatía Isquémica y muerte súbita, y está claro que la ansiedad aparece normalmente como temor a la muerte o a la incapacidad física, sin llegar a ansiedad patológica. Probablemente el hecho de la mejoría clínica, la buena atención en la unidad de cuidados coronarios y la gran gama de posibilidades terapéuticas y rehabilitación que se ofrece a estos pacientes hace que estos síntomas disminuyan con el tiempo.

El 64,2 % de pacientes post-infartados que presentaron niveles mixtos de depresión y ansiedad eran del tipo Leve para ambas entidades persistiendo éstos hasta la segunda entrevista.

Uno de los factores de riesgo es la hipertensión arterial sistémica; esta condición se encontró en 53,3% de los pacientes post-infartados, datos que no concuerda con los estudios realizados por Framingham (1994), donde concluye que en pacientes de mediana edad con tensión arterial mayor de 160/95 mmHg el riesgo de padecer Cardiopatía isquémica era de 5 veces más que para los pacientes normotensos. En este estudio se encontró que un 12,5% de estos pacientes no presentaron sintomatología de depresión ni ansiedad; mientras que un 33,2% presentó niveles de ansiedad-depresión, hecho que concuerda con lo concluido por Frasure (2000), en el que el impacto de la depresión en post-infartados era independiente de otros factores de riesgo para ambos sexos.

De acuerdo al chi cuadrado  $X^2 = 0,643$  y  $GL = 1$  se observó que existe relación entre la hipertensión arterial y los niveles de depresión, ansiedad y mixtos en pacientes con infarto al miocardio ya que el valor de  $p < 0,005$  está por encima de valor esperado en los pacientes que presentaron trastorno de depresión y ansiedad en



25 (44,6%) pacientes, es decir, trastorno mixto que si presentaron hipertensión arterial y solo 6 (10,7%) tuvieron ausencia de estos trastornos aunque presentaron problemas de hipertensión arterial.

El hábito alcohólico estuvo presente en 32,1% de los pacientes post-infartados, con la aplicación del chi cuadrado  $X^2 = 31,500$  y  $GL = 1$  se concluye que no existe relación entre el consumo de alcohol y los niveles de depresión y ansiedad en los pacientes; estos resultados son similares a los obtenidos por De Backer (1995), quien concluye que el alcohol muestra una relación incierta con el riesgo de enfermedad coronaria. De estos pacientes con hábitos alcohólicos un 58,33% presentó niveles de ansiedad-depresión.

El hábito tabáquico fue otro de los factores estudiados, obteniéndose 51,7% de fumadores, esto no se relaciona con la presencia de depresión y ansiedad ya que el valor del chi cuadrado  $X^2 = 10,286$  y  $GL=1$  obtenido está por debajo del valor esperado; este resultado difiere de los estudios realizados Pasternak (1994), donde determina que hay un incremento medio del 70% en la mortalidad y un riesgo de cardiopatía isquémica de entre tres y cuatro veces mayor en un varón que fuma 20 cigarrillos diarios con respecto al paciente no fumador. El riesgo de mortalidad es mayor en las mujeres fumadoras.

Aunque no hay estudios epidemiológicos previos en pacientes post-infartados que correlacionen el hábito tabáquico y los niveles de ansiedad y depresión este estudio arrojó un valor mayor para el tipo ansiedad con un 41,4%, seguido de los niveles de depresión con un 28,6%.

En este estudio se pudo observar que la depresión y la ansiedad son factores de riesgo independientes en pacientes post-infartados, estos resultados son corroborados por la literatura consultada donde se plantea que en el ámbito de la enfermedad



cardíaca se sabe que la depresión<sup>4</sup> y la ansiedad<sup>5</sup> son factores de riesgo independientes en la aparición de una arteriopatía coronaria, y que los síntomas depresivos subsíndromicos también se correlacionan con un mayor riesgo de mortalidad cardiovascular. Incluso se ha observado que el estado de ánimo negativo puede predecir la mortalidad, independientemente de la gravedad de la enfermedad cardíaca, en una evaluación a lo largo plazo después de un infarto de miocardio<sup>37</sup>.

En vista de esto es indispensable que en el equipo de salud de los pacientes infartados esté el psiquiatra para que trate la ansiedad y la depresión, porque está demostrado que los pacientes con infarto al miocardio que se presentan estas enfermedades tienen un mayor riesgo de morir que los que no se deprimen.



## CONCLUSIONES

Después de analizar y evaluar los datos obtenidos, podemos concluir que de la muestra estudiada:

La mayor incidencia de pacientes infartados estuvo en el sexo masculino.

Los niveles de ansiedad y depresión fueron mayores en los hombres que en las mujeres.

El tipo de trastorno más frecuente en los pacientes post-infartados fue la ansiedad, seguida de la depresión y finalmente los mixtos (ansiedad – depresión).

La mayoría de los pacientes con ansiedad, presentaron niveles leve y moderado y solo en dos casos se observó niveles severos.

El nivel de depresión presente en la mayoría de los pacientes fue el nivel leve, seguido del nivel moderado.

En relación a los niveles de depresión y ansiedad según la edad el nivel más frecuente fue el leve de los cuales en el grupo etareo más frecuente fue el comprendido entre 48 y 57 años seguido del grupo entre 58 y 67 años.

En la muestra de pacientes con infarto que presentaron niveles de depresión y ansiedad leve pertenecían en mayor proporción al grupo etareo 48 – 57 años.

Los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con infarto al miocardio evolucionaron en el tiempo con síntomas leve según la escala de Goldberg y Hamilton, encontrándose este cuadro en la primera entrevista, presentando disminución en la segunda y tercera entrevista.

En cuanto a la relación entre la hipertensión arterial y los niveles de depresión, ansiedad y mixtos en pacientes con infarto al miocardio se observó que los pacientes con hipertensión presentaron trastornos de depresión, ansiedad y mixto.

Se observó poca presencia de trastornos mixtos en pacientes con hábitos tabáquicos activos.





En cuanto a la relación entre los hábitos alcohólicos y los niveles mixtos de depresión y ansiedad en estos pacientes solo se observó trastorno de ansiedad y depresión en pocos casos.



## **RECOMENDACIONES**

El presente estudio invita a participar de manera activa y proactiva en la atención oportuna e integral a esta población afectada, creando programas de prevención primaria y promoción de la salud mental.

Se sugiere realizar nuevas investigaciones referentes al tema y concientizar la formación de un equipo multidisciplinario, constituido por psiquiatras, cardiólogos, psicólogos y visitadores sociales; con el fin de evaluar al paciente con infarto al miocardio en un contexto biopsicosocial.

Es fundamental fomentar la formación y educación de los médicos de atención primaria en la práctica correcta de la psiquiatría, ya que éstos exigen un conocimiento de las áreas de interrelación médico–psiquiátrica basado en un modelo biopsicosocial de la enfermedad y de la salud.

Es imprescindible, además de administrar tratamiento médico farmacológico, suministrar tratamiento psicoterapéutico, es decir, el cual es un coadyuvante eficaz en el tratamiento del IM, que permite reducir los trastornos psicológicos, la intensidad del dolor y el grado de discapacidad funcional.



## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Drory, I., Kravetz, S., Hirschberger, G. 2002 Israeli Study Group on First Acute Myocardial Infarction. Long-term mental health of men after a first acute myocardial infarction. Arch Phys Med Rehabil. Mar;**83**(3):352-9.
- 2- Stewart, R.A., North, F.M., West, T.M. 2003 Depression and cardiovascular morbidity and mortality: cause or consequence? Eur Heart J. **24**(22):2027-37.
- 3- Guck, T.P., Kavan, M.G., Elsasser, G.N., Barone, E.J.2001. Assessment and treatment of depression following myocardial infarction. Am Fam Physician;**64**(4):573
- 4- Glassman, A.H., O'Connor, C.M., Califf, R.M. 2002. Sertraline treatment of major depression in patients with acute MI or unstable angina. JAMA. 2002; **288**(6):701-9.
- 5- Rudisch, B., Nemeroff, C.B. 2003. Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression. Biol Psychiatry; **54**(3):227-40.
- 6- Araya, M.V., Madariaga, C., Ureta, C., Tomé, M., Bustos C. 2002 Depresión mayor como un nuevo factor de riesgo para enfermedad coronaria cardiaca en Chile. Rev Med Chil;**130**(11):1249-56.
- 7- Todaro, J.F., Shen, B.J., Niaura, R., Spiro, A., Ward, K.D. 2003. Effect of negative emotions on frequency of coronary heart disease (The Normative Aging Study).Am J Cardiol; **92**(8):901-6.
- 8- Tennant, C., McLean, L. 2001 The impact of emotions on coronary heart disease risk. J Cardiovasc Risk;**8**(3):175-83.
- 9- Carney, R.M., Freedland, K.E. 2003. Depression, mortality, and medical morbidity in patients with coronary heart disease. Biol Psychiatry;**54**(3):241-7.
- 10- Romanelli, J., Fauerbach, J.A., Bush, D.E., Ziegelstein, R.C. 2002. The significance of depression in older patients after myocardial infarction. J Am Geriatr Soc;**50**(5):969-70.
- 11- Gottfries, C.G. 2001. Late life depression. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 251 (Suppl 2):II57-61.
- 12- Drory, Y., Kravetz, S., Hirschberger, G. 2003. Israel Study Group on First Acute Myocardial Infarction. Long-term mental health of women after a first acute myocardial infarction. Arch Phys Med Rehabil;**84**(10):1492-8.
- 13- Luutonen, S., Holm, H., Salminen, J.K., Rislá, A., Salokangas, R.K. 2002. Inadequate treatment of depression after myocardial infarction. Acta Psychiatr Scand;**106**(6):434-9.



- 14- Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, D.G., Lip, G.Y. 2002. The prevalence and persistence of depression and anxiety following myocardial infarction. *Br J Health Psychol*;7(1):11-21.
- 15- Rugulies, R. 2002. Depression as a predictor for coronary heart disease. A review and meta-analysis. *Am J Prev Med.* **23**(1):51-61.
- 16- Jiang, W., Krishnan, R.R., O'Connor, C.M. 2002. Depression and Heart disease: evidence of a link, and its therapeutic implications. *CNS Drugs.* **16**(2):111-27.
- 17- Shiotani, I., Sato, H., Kinjo, K. 2002. Depressive symptoms predict 12-month prognosis in elderly patients with acute myocardial infarction. *J Cardiovasc Risk.*9(3):153-60.
- 18- Watkins, L.L., Schneiderman, N., Blumenthal, J.A., Sheps, D.S., Catellier, D., Taylor, et al. 2003. ENRICH Investigators. Cognitive and somatic symptoms of depression are associated with medical comorbidity in patients after acute myocardial infarction. *Am Heart J.* **146**(1):48-54.
- 19- Marrugat, J., Elosua, R., Martí, H. 2002. Epidemiología de la cardiopatía isquémica en España: estimación del número de casos y de las tendencias entre 1997 y 2005. *Epidem y Prev. Abr*;4(55):337-346.
- 20- Gabarron, E., Vidal, J.M., Haro, J.M., Boix, I., Jover, A., Arenas, M. 2002. Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en Atención Primaria. *Aten Primaria.* **29**(6):329-36.
- 21- Aragonés, E., Masdeu, R.M., Cando, G., Coll, G. 2001 Validez diagnóstica de la escala autoadministrada de depresión de Zung en pacientes de atención primaria. *Actas Esp Psiquiat.* **29**(5):310-6.
- 22- Aben, I. 2003. A comparative study into the one year cumulative incidence of depression after stroke and myocardial infarction. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*; **74**:581-5.
- 23- Benítez, J.M., Reina, M.D., Cortés, M.P., Morató, T. 2003. Ansiedad, depresión y conducta alimentaria en obesos sin diagnóstico psiquiátrico previo en atención primaria. *Interpsiquis.* 2002. **54**(6): 462-467
- 24- Bobes, J., Bousoño, M., González, M. P., Sáiz, P. A. 2001. Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria. *Masson S.A. Barcelona.* **32**(6):329-36.
- 25- Ríos, B., Carbonell, C., De Iceta, M. 1999 Depresión en patologías orgánicas, depresión en el anciano. *Edicomplet.* Madrid. 2(9):129-136.
- 26- Lasser, K., Boyd, J.W., Woolhandler, S., Himmelstein, D.U., McCormick, D., Bor, D.H. 2000. Smoking and mental illness. A population-base prevalence study. *Jama*; **284**:2606-10.



- 27- Glassman, A.H., Covey, L.S., Stetner, F., Rivelli, S. 2001 Smoking cessation and the course of major depression: a follow-up study. *Lancet*; **357**:1929-32.
- 28- Ziegelstein, R.C. 2001. Depression after myocardial infarction. *Cardiol Rev*; **9**(6):329-36.1):45-51.
- 29- Roberts, R.E., Kaplan, G.A., Shema, S.J., Strawbridge, W.J. 2000. Are the obese at greater risk for depression? *Am J Epidemiol*; **152**(2):163-70.
- 30- Faith MS., Matz PE., Jorge MA. 2002. Obesity-depression associations in the population. *J Psychosom Res*; **53**(4):935-42.
- 31- Nemeroff CB., Musselman DL., Evans DL. 1999 Depression and cardiac disease. *Depress Anxiety*. 8 (Suppl1) 71-9.
- 32- Pogosova, G.V., Zhidko, N.I., Mikheeva, T.G., Baichorov, L. 2003 Clinical effectiveness and safety of citalopram in patients with depression after myocardial infarction. *Kardiologiia*. **43**(1):24-9.
- 33- Roose, S.P. 2003. Treatment of depression in patients with heart disease. *Biol Psychiatry*; **54**(3):262-8.
- 34- Sauer, W.H., Berlin, J.A., Kimmel, S.E. 2003. Effect of antidepressants and their relative affinity for the serotonin transporter on the risk of myocardial infarction. *Circulation*; **108**(1):32-6
- 35- Kishi, Y., Robinson, R.G., Kosier, J.T. 2001. Suicidal ideation among patients with acute life-threatening physical illness: patients with stroke, traumatic brain injury, myocardial infarction, and spinal cord injury. *Psychosomatics*; **42**(5):382-90.
- 36- Carney, R.M., Freedland, K.E., Eisen, S.A., Rich, M.W., Jaffe, A.S. 1999. Major depression and medication adherence in elderly patients with coronary artery disease. *Health disease. Health Psychol*; **14**(1):88-90.
- 37- Gonzáles, M., Sanchez, M., Burgos, M., Castro, C., 2008. Síntomas depresivos en pacientes con cardiopatía coronaria. *Med inte mex*; **24** (3): 204 – 209.



## **APÉNDICE**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

En el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, Venezuela, se está realizando un trabajo de grado titulado “Ansiedad y depresión como factor de riesgo en pacientes con infarto al miocardio”, con la finalidad de medir los niveles de depresión y de ansiedad en los pacientes postinfartados a fin de proporcionarles una atención médica y psicoterapéutica acorde y brindarle mejor calidad de vida.

Yo, \_\_\_\_\_ CI. \_\_\_\_\_, siendo mayor de 18 años, en uso pleno de mis facultades mentales y sin que medie coacción ni violencia alguna, en completo conocimiento naturaleza, forma, duración, propósito, inconvenientes y riesgos relacionados con el estudio, autorizo mediante la presente al equipo de investigadores, integrados por los Brs. Corales S., Jennifer y Ortiz D., Omar A; coordinados por los Drs. Yolirma Vaccaro y Henry Rodney a realizar el referido estudio.

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Legal

Fecha: \_\_\_\_\_



## APÉNDICE FORMATO DE INVESTIGACION

|                                                                   |                         |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| HC: _____                                                         |                         |
| Paciente: _____                                                   | Edad: _____ Sexo: _____ |
| Procedencia: _____                                                |                         |
| Estado civil: _____ ocupación: _____ grado de instrucción: _____. |                         |
| Motivo de hospitalización: _____                                  |                         |
| y                                                                 |                         |
| Manejo médico de eventos coronarios anteriores: _____             |                         |
| Conocimiento del paciente acerca de su enfermedad: _____          |                         |
| _____                                                             |                         |
| Antecedentes                                                      |                         |
| Hipertensión arterial sistémica: _____ hábitos alcohólicos: _____ |                         |
| tabáquicos: _____ y cafeicos: _____.                              |                         |
|                                                                   |                         |
|                                                                   |                         |



## **ANEXOS**





## **ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESION (HDRS)**

### **1. Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:**

0 Ausente

1 Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente

2 Estas sensaciones las relata espontáneamente

3 Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)

4 Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

### **2. Sentimiento de culpa:**

0 Ausente

1 Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente

2 Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones

3 Siente que la enfermedad actual es un castigo

4 Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

### **3. Suicidio:**

0 Ausente

1 Le parece que la vida no vale la pena ser vivida

2 Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir

3 Ideas de suicidio o amenazas

4 Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

### **4. Insomnio precoz:**

0 No tiene dificultad



1 Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño

2 Dificultad para dormir cada noche.

#### **5. Insomnio intermedio:**

0 No hay dificultad

1 Está desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche

2 Está despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)

#### **6. Insomnio tardío:**

0 No hay dificultad

1 Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir

2 No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

#### **7. Trabajo y actividades:**

0 No hay dificultad

1 Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)

2 Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)

3 Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad

4 Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.



**8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):**

- 0 Palabra y pensamiento normales
- 1 Ligeramente retrasado en el habla
- 2 Evidente retraso en el habla
- 3 Dificultad para expresarse
- 4 Incapacidad para expresarse

**9. Agitación psicomotora:**

- 0 Ninguna
- 1 Juega con sus dedos
- 2 Juega con sus manos, cabello, etc.
- 3 No puede quedarse quieto ni permanecer sentado
- 4 Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

**10. Ansiedad psíquica:**

- 0 No hay dificultad
- 1 Tensión subjetiva e irritabilidad
- 2 Preocupación por pequeñas cosas
- 3 Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
- 4 Expresa sus temores sin que le pregunten

**11. Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):**

- 0 Ausente
- 1 Ligera



- 2 Moderada
- 3 Severa
- 4 Incapacitante

**12. Síntomas somáticos gastrointestinales:**

- 0 Ninguno
- 1 Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen
- 2 Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.

**13. Síntomas somáticos generales:**

- 0 Ninguno
- 1 Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.
- 2 Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

**14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):**

- 0 Ausente
- 1 Débil
- 2 Grave

**15. Hipocondría:**

- 0 Ausente
- 1 Preocupado de si mismo (corporalmente)
- 2 Preocupado por su salud
- 3 Se lamenta constantemente, solicita ayuda

**16. Pérdida de peso:**

0 Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana

1 Pérdida de más de 500 g en una semana

2 Pérdida de más de 1 kg en una semana

**17. Perspicacia:**

0 Se da cuenta que está deprimido y enfermo

1 Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.

2 No se da cuenta que está enfermo

TOTAL PUNTUACIÓN: \_\_\_\_\_

La puntuación de 9 ítems varía entre 0 y 4. Los ocho ítems, cuya variable no se pudieron expresar de forma cuantitativa, se puntuaron de 0 a 2. La depresión se considerara como leve con valores de 16 a 20; la moderada de 21 a 25 y la severa mayor de 25 puntos.



### ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD

- 1) Humor ansioso
- 2) Tensión,
- 3) Miedos,
- 4) Insomnio,
- 5) Funciones intelectuales,
- 6) Humor depresivo,
- 7) Síntomas somáticos musculares,
- 8) Síntomas somáticos generales,
- 9) Síntomas cardiovasculares,
- 10) Síntomas respiratorios,
- 11) Síntomas gastrointestinales,
- 12) Síntomas genitourinarios,
- 13) Síntomas del sistema nervioso autónomo y
- 14) Conducta en el transcurso del test.

TOTAL PUNTUACIÓN: \_\_\_\_\_

La puntuación total Fluctúa entre 0 y 56, considerando como ansiedad leve valores de 13 a 25; moderada 26 a 38 y severa mayor de 39.



## ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION DE GOLDBERG (EADG)

### SUBESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
  2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
  3. ¿Se ha sentido muy irritable?
  4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?
- (Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando.)
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
  6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?
  7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos).
  8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
  9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

TOTAL ANSIEDAD: \_\_\_\_\_

**SUBESCALA DE DEPRESION**

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
  2. ¿Ha perdido Ud. el interés por las cosas?
  3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
  4. ¿Se ha sentido Ud. desesperanzado, sin esperanzas?
- (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar.)
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
  6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito).
  7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
  8. ¿Se ha sentido Ud. enlentecido?
  9. ¿Cree Ud. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

TOTAL DEPRESIÓN: \_\_\_\_\_

**CRITERIOS DE VALORACION**

Subescala de Ansiedad: 4 o más respuestas afirmativas.

Subescala de Depresión: 2 o más respuestas afirmativas.





**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**

|                  |                                                                                     |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TÍTULO</b>    | Ansiedad y Depresión como factores de riesgo en pacientes con Infarto al Miocardio. |
| <b>SUBTÍTULO</b> |                                                                                     |

**AUTOR (ES):**

| <b>APELLIDOS Y NOMBRES</b> | <b>CÓDIGO CULAC / E MAIL</b>                                                                                    |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Corales S. Jennifer Del V. | <b>CVLAC:</b> 16.571.635<br><b>E MAIL:</b> <a href="mailto:coralita4@hotmail.com">coralita4@hotmail.com</a>     |
| Ortiz D. Omar A.           | <b>CVLAC:</b> 15.117.353<br><b>E MAIL:</b> <a href="mailto:ortizomar01@hotmail.com">ortizomar01@hotmail.com</a> |

**PALÁBRAS O FRASES CLAVES:**

Ansiedad, Depresión, Infarto al Miocardio, Enfermedad Cardiovascular.



## METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

| ÀREA     | SUBÀREA     |
|----------|-------------|
| MEDICINA | PSIQUIATRIA |
|          |             |
|          | CARDIOLOGIA |

### RESUMEN (ABSTRACT):

La aparición de un Infarto al Miocardio no se debe a un factor de riesgo específico, sino a la suma de varios. Una vez presente varios factores el cuadro clínico inicial se presenta en el 50% de los casos por un factor desencadenante como: el ejercicio vigoroso, el estrés crónico o algún otro trastorno médico o quirúrgico. Partiendo de esto se planteó una investigación cuyo propósito fundamental es determinar los niveles de ansiedad y depresión como factor de riesgo en pacientes con infarto al miocardio en la Unidad de Cuidados Coronarios en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez (CHURP) de Ciudad Bolívar entre los meses de Mayo y Noviembre de 2008. Este estudio es descriptivo, de corte transversal, prospectivo. Se evaluaron un total 56 pacientes. Los resultados muestran que el grupo etario más frecuente fue el comprendido entre 48 y 57 años con un 37,5 % (21), seguido del grupo etario 58 a 67 con 23,2% (13 casos). La mayor incidencia estuvo en el sexo masculino en 32 pacientes (57,1%) sobre el femenino en 24 pacientes (42,9%). La mayoría de pacientes presentó un nivel leve de ansiedad, 25 paciente (44,6%), seguido de 22 pacientes (39,3%) con nivel moderado y solo se observaron 2 pacientes(3,6%) con un nivel severo de ansiedad; y ausente 7 pacientes (12,5 %). El nivel de depresión más frecuente, fue el leve en 36 pacientes (64,3%) seguido de nivel moderado en 10 pacientes (17,9 %), y el severo en 3 pacientes (12,5%) y ausente 7 pacientes (12,5%). La ansiedad fue el trastorno más frecuente en 25 pacientes (44,6%). No hay relación entre la hipertensión arterial y los niveles de depresión y ansiedad o ambos; se observó relación entre los hábitos tabáquicos y los niveles de depresión y ansiedad o ambos, se observó ansiedad en 12 (21%) y depresión en 5 (9%) y ambos trastornos en 49 (88%) y con ausencia de estos trastornos 7 (13%) en pacientes con hábito tabáquico activo. En cuanto a la relación entre el hábito alcohólico y los niveles de depresión, ansiedad y ambos solo se observó trastorno de ansiedad y depresión en 5 (9%) pacientes respectivamente, 6 (11%) con ambos trastorno y con ausencia de trastorno 2 (4%). En Conclusión: La depresión y la ansiedad son factores de riesgo independientes en la aparición de la enfermedad cardíaca.



## METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

### CONTRIBUIDORES:

| APELLIDOS Y NOMBRES | ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL |    |    |    |    |
|---------------------|-----------------------------|----|----|----|----|
|                     | ROL                         | CA | AS | TU | JU |
| MARIN ABIGAIL.      |                             |    | X  |    | X  |
|                     | CVLAC:                      |    |    |    |    |
|                     | E_MAIL                      |    |    |    |    |
|                     | E_MAIL                      |    |    |    |    |
| GRANADO ANGEL.      | ROL                         | CA | AS | TU | JU |
|                     |                             |    |    |    | X  |
|                     | CVLAC:                      |    |    |    |    |
|                     | E_MAIL                      |    |    |    |    |
| VACCARO YOLIRMA.    | ROL                         | CA | AS | TU | JU |
|                     |                             |    |    |    | X  |
|                     | CVLAC:                      |    |    |    |    |
|                     | E_MAIL                      |    |    |    |    |
|                     | E_MAIL                      |    |    |    |    |
|                     |                             |    |    |    |    |
|                     |                             |    |    |    |    |
|                     |                             |    |    |    |    |

### FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

|            |            |            |
|------------|------------|------------|
| 2009       | 11         | 09         |
| <b>AÑO</b> | <b>MES</b> | <b>DÍA</b> |

**LENGUAJE. Spa**



**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**

**ARCHIVO (S):**

| <b>NOMBRE DE ARCHIVO</b>                                                                   | <b>TIPO MIME</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| TESIS. Ansiedad y Depresión como factores de riesgo en pacientes con Infarto al Miocardio. | doc              |

**ALCANCE**

**ESPACIAL:** Psiquiatría y cardiología Hospital Ruiz y Páez

**TEMPORAL:** 5 años

**TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:**

Médico Cirujano

**NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:**

Pre-grado

**ÁREA DE ESTUDIO:**

Psiquiatría y Cardiología

**INSTITUCIÓN:**

Universidad de Oriente - Núcleo Bolívar



## **METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**

### **DERECHOS**

De acuerdo al artículo 44 del reglamento de trabajos de grado "Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participara al Consejo Universitario"

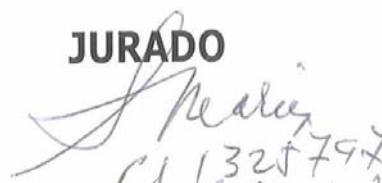
  
**AUTOR**  
C.I: 16571635

  
**AUTOR**  
C.I: 15117332

**AUTOR**

  
**TUTOR**

  
**JURADO**  
C.I: 4977785  
Angel Granados

  
**JURADO**  
C.I: 1325797  
Angel Keady