



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**FACTORES ASOCIADOS A LA PREVALENCIA DE
DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2014**

**PRESENTADA POR
CÉSAR GUILLERMO BENDEZÚ IBARRA**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRÍA**

LIMA – PERÚ

2015



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**FACTORES ASOCIADOS A LA PREVALENCIA DE
DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2014**

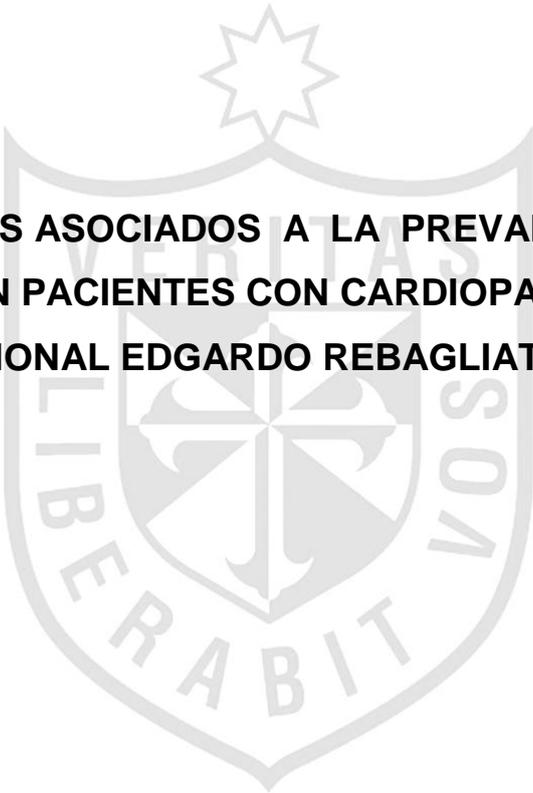
TESIS

PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRÍA

CÉSAR GUILLERMO BENDEZÚ IBARRA

LIMA -PERÚ

2015



**FACTORES ASOCIADOS A LA PREVALENCIA DE
DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2014**

ASESOR

César Aliaga Vargas Jefe del Servicio de hospitalización de Varones del Departamento de Salud Mental del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

MIEMBROS DEL JURADO

Presidente.- Juan Carlos Velazco Guerrero, Doctor en Salud Pública, docente de la Facultad de Medicina – USMP.

Miembro.- Zoel Aníbal Huatuco Collantes, Doctor en Medicina, docente de la Facultad de Medicina – USMP

Miembro.- Manuel Jesús Loayza Alarico, Doctor en Salud Pública, docente de la Facultad de Medicina - USMP

A mis madres Chelita y Beatriz, que siempre serán mi ejemplo a seguir.



AGRADECIMIENTOS A:

Diana Correa Suarez, mí esposa, por su apoyo y ayuda permanente.

Pedro Javier Navarrete Mejia, Doctor en Salud Publica, por su orientación y apoyo.

Patricia Rios Navarro, Especialista en Cardiología, por su ayuda y su amistad.

César Aliaga Vargas, Especialista en Psiquiatría, por su ayuda.



ÍNDICE

RESUMEN	01
ABSTRACT	02
INTRODUCCIÓN	03
CAPÍTULO I	06
MARCO TEÓRICO	06
1.1. Antecedentes de Estudio	06
1.2. Bases Teóricas	23
1.3. Definiciones Conceptuales	48
1.4. Formulación de Hipótesis	51
CAPÍTULO II	53
METODOLOGÍA	53
2.1. Tipo y Diseño de Estudio	53
2.2. Población y Muestra	53
2.3. Técnica e Instrumento de Recolección	54
2.4. Procesamiento y Análisis	54
2.5. Aspectos Éticos	54
CAPÍTULO III	55
RESULTADOS	55
CAPÍTULO IV	66
DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	66
4.1. Discusión	66
4.2. Conclusiones	73
4.3. Recomendaciones	75
FUENTE DE INFORMACIÓN	76
ANEXOS	81

INDICE DE TABLAS

TABLA N° 1: Asociación Entre Sexo y Depresión - Servicio de Cardiología – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2014.	61
TABLA N° 2: Asociación Entre Estado Civil y Depresión - Servicio de Cardiología – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2014.	62
TABLA N° 3: Asociación Entre Grado de Instrucción y Depresión – Servicio de Cardiología – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2014.	62
TABLA N° 4: Asociación Entre Ocupación y Depresión - Servicio de Cardiología – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2014.	63
TABLA N° 5: Asociación Entre Nivel Socioeconómico y Depresión – Servicio De Cardiología – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2014.	63
TABLA N° 6: Asociación Entre Antecedentes de Enfermedad Mental Personal y Depresión - Servicio De Cardiología – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2014.	64
TABLA N° 7: Asociación Entre Antecedentes de Enfermedad Mental Familiar y Depresión - Servicio de Cardiología – Hospital Nacional edgardo rebagliati martins – 2014.	64
TABLA N° 8: Asociación Entre Antecedentes de Enfermedad Cardiológica y Depresión - Servicio De Cardiología – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2014.	65
TABLA N° 9: Asociación Entre Comorbilidad y Depresión - Servicio de Cardiología – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2014.	65

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICO N° 1: Porcentaje de Pacientes Hospitalizados en Relación al Sexo - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2014.	55
GRÁFICO N° 2: Cantidad de Pacientes Hospitalizados en Relación al Estado Civil - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2014.	55
GRÁFICO N° 3: Pacientes Hospitalizados en Relación al Grado de Instrucción - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2014.	56
GRÁFICO N° 4: Pacientes Hospitalizados en Relación al Nivel Socioeconómico - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2014.	56
GRÁFICO N° 5: Pacientes Hospitalizados en Relación a la Ocupación - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2014.	57
GRÁFICO N° 6: Pacientes Hospitalizados en Relación a los Antecedentes de Enfermedad Mental Personal y Familiar- Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2014.	58
GRÁFICO N° 7: Pacientes Hospitalizados en Relación a la Comorbilidad - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2014.	59
GRÁFICO N° 8: Pacientes Hospitalizados en Relación a Los Habitos Nocivos - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2014.	60
GRÁFICO N° 9: Pacientes Hospitalizados en Relación a la Depresión - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2014.	61

RESUMEN

OBJETIVOS: Identificar los factores asociados a la pprevalencia de depresión en pacientes con cardiopatía isquémica hospitalizados en el servicio de cardiología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

METODOLOGÍA: Estudio Retrospectivo, Analítico, Transversal, Observacional. Diseño no experimental enmarcado en los diseños epidemiológicos. La población a estudiar estuvo comprendida por los pacientes internados en el servicio de hospitalización de cardiología en el periodo comprendido entre los meses de octubre y diciembre del 2014.

RESULTADOS: La prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados por cardiopatía isquémica fue de un 30%, el sexo que predominó fue de un 75% de varones, un 62% de los pacientes eran adultos mayores, en relación al desarrollo de depresión no hubo un predominio de ningún sexo presentando porcentajes similares, dentro de los factores de nivel de instrucción, ocupación y dependencia desarrollaron mayor porcentaje de depresión los de instrucción primaria, los desocupados y los dependientes, por último los antecedentes de depresión, enfermedad cardíaca y comorbilidad previas tuvieron altos porcentajes .

CONCLUSIONES: Se encontró que la depresión presenta porcentajes altos en pacientes con enfermedades crónicas como la cardiopatía isquémica y en mayor medida si estos se encuentran hospitalizados, produciendo una morbilidad y mortalidad significativas.

PALABRAS CLAVES: Depresión, ansiedad, serotonina, comorbilidad, cardiopatía, isquemia.

ABSTRACT

OBJECTIVES: To identify the factors associated with the prevalence of depression in patients with ischemic heart disease hospitalized in the cardiology department of the National Hospital Edgardo Rebagliati Martins

METHODOLOGY: retrospective, analytical, cross-sectional, observational study. Study Non-experimental design framed in epidemiological designs. study population was comprised of patients admitted to the cardiology service hospital in the period between October and December 2014 .

RESULTS: The prevalence of depression in patients hospitalized for ischemic heart disease was 30 % , the sex predominance was 75 % male , 62% of the patients were elderly, in relation to the development of depression there was a predominance of any sex presenting similar percentages , among the factors of level of education , occupation and dependence developed depression greater percentage of the primary instruction , the unemployed and dependents , finally a history of depression , cardiac disease and previous comorbidities had higher percentages

CONCLUSIONS: We found that depression has high percentages in patients with chronic diseases such as ischemic heart disease and further if they are hospitalized, producing significant morbidity and mortality

KEYWORDS: Depression, anxiety, serotonin, comorbidity, heart disease, ischemic

INTRODUCCIÓN

Una reciente proyección de la salud de la población futura concluyó que en 2030 los trastornos depresivos unipolares y la cardiopatía isquémica se situarán entre las tres causas principales (junto con el VIH/SIDA) de carga de enfermedad en todo el mundo. Esta visión del futuro se modificaba escasamente al situar las proyecciones en escenarios basados en la situación actual, pesimistas u optimistas, y coincide con las anteriores proyecciones de enfermedad global basadas en la evidencia científica. Estudios que fueron realizados por la (OMS), la depresión esta catalogada como una de las primeras causas de discapacidad a nivel mundial.^{1,2}

A menudo la cardiopatía y la depresión presentan comorbilidad, se considera que tienen una relación bidireccional y se asocian con un deterioro funcional físico sustancial y, en líneas generales, equivalentes.³⁻⁵ Las pruebas científicas obtenidas a partir de estudios prospectivos de cohortes sanas han reforzado las conclusiones previas de que la depresión se relaciona con el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

La depresión y ansiedad causan cambios en el funcionamiento biológico y siquicos. Se le atribuye: alteración en el funcionamiento de los trombocitos, alteración en la coagulación sanguínea, alteración en el sistema inmunológico, alteración autonómica, eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, y función endotelial.

En la depresión hay un incremento en la concentración de proteína C reactiva, IL 6, IL 1 y TNF α . Se ha visto que influyen la conducta y la falta de tratamiento, alteraciones dietéticas y sedentarismo.

La ansiedad y la depresión altera la calidad de vida del paciente y si a eso sumamos un infarto se altera tanto vínculo familiar, social, y económico. Estudios realizados relacionan que las mujeres son mas predisponentes que los hombres a padecer depresión y mas aun cuando hay antecedentes en la familia. La utilidad de escalas e Inventarios para la Depresión es que puede detectar y cuantificar la depresión.

La depresión aumenta el riesgo a padecer enfermedades como ACV, enfermedad de las arterias coronarias y diabetes.

La investigación se formuló la siguiente pregunta: ¿Cuales son los Factores asociados a la prevalencia de depresión en pacientes con cardiopatía isquémica hospitalizados en el servicio de cardiología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2014? y se planteó como objetivo Identificar los factores asociados a la prevalencia de depresión en pacientes con cardiopatía isquémica hospitalizados en el servicio de cardiología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Enfermedad de las arterias coronarias (EAC) en primer lugar y la depresión en segundo lugar se estima serán principales causas discapacidad y mortalidad en el mundo.

La valoración para Depresión y Ansiedad no están estandarizadas dentro de los cuidados de pacientes hospitalizados por enfermedades cardíológicas en para pacientes con (SCA), mientras que si la valoración de la presencia de otras patologías que incrementan la morbi-mortalidad (Diabetes Mellitus, Disfunción Ventricular).

La investigación brindara información valiosa para la generación y planificación de estrategias y a la vez en la toma de decisiones en el manejo de los pacientes con (EAC) y Depresión.



CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO

Velasco desarrolló la investigación titulada Ansiedad y Depresión en Síndrome Coronario Agudo. Una alteración en la regulación del sistema nervioso autónomo cardíaco en pacientes con trastornos de ansiedad y/o depresión y cardiopatía isquémica; esta ligada con altos índices de morbilidad y mortalidad cardíaca. El objetivo fue determinar la prevalencia de depresión en sujetos con SICA. Se encuestaron 139 pacientes con SICA y se utilizó en el estudio un diseño transversal. En hospitalización aquellos pacientes con cardiopatía isquémica y depresión fueron evaluados con escalas que miden ansiedad y depresión. (Hospitalized Anxiety Depression Scale [HADS]) y DMI-10, respectivamente, con alfa de Cronbach >0.85 . De acuerdo a los criterios de la American Psychiatric Association. DSM-IV TR. Se determinó que la prevalencia de Depresión en SICA fue con DMI-10 de 42 (31.2%); IC 95%(23.4–38.9) y por el inventario de HADS de 12 (8.6%); IC (3.9–13.2) $P<0.005$, y la ansiedad de 53 sujetos (38.12%); IC (30.1–46.1) $P<0.05$. Además el inventario de DMI-10 y HADS tuvo una correlación con el estadístico τ_b de Kendall de 0.350 con valor de $P<0.005$. Y grado de acuerdo por estadístico de Kappa ponderado para variables ordinales $K_w=0.586$ con valor de $P=<0.05$. Se reportada en esta muestra (8.6-31.2%), fue durante los primeros días posterior al SICA y difiere a lo reportado en la literatura, 15-

40%. La depresión > parece ser similar a lo reportado en la literatura mundial.¹³

González realizó la investigación titulada Síntomas depresivos en pacientes con cardiopatía coronaria. La cardiopatía coronaria, tienen una continuidad elevada de manifestaciones depresivas (17 a 27%), lo que aumenta el riesgo de eventos cardiovasculares y fallecimiento. El objetivo fue conocer la prevalencia de síntomas depresivos en un grupo de pacientes con coronariopatía isquémica. Fue un estudio prospectivo, descriptivo y transversal en pacientes que ingresaron al Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Lic. Benito Juárez García, del Instituto Mexicano del Seguro Social, con cardiopatía coronaria. Para el diagnóstico de síntomas depresivos se aplicó el Inventario para Depresión de Beck. Se estudiaron 56 pacientes, 11% con infarto agudo de miocardio, 61% con angina estable y 28% con angina inestable. El promedio global del inventario fue de 21.08 9.7 puntos. La prevalencia de síntomas depresivos fue de 43 en 56 (77%). La calificación promedio de los pacientes con síntomas depresivos fue de 24.77.6 puntos. La investigación concluyó que la prevalencia de síntomas depresivos fue elevada. Es importante identificar la depresión en pacientes con coronariopatía isquémica, ya que el tratamiento antidepresivo puede mejorar el pronóstico de la cardiopatía.¹⁴

Martinez et al desarrollaron la investigación titulada determinar la prevalencia de depresión y factores asociados en adultos mayores de 65 años hospitalizados. Estudio transversal prospectivo, realizado en el Hospital

General de Zona 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Torreón, Coahuila, México, en pacientes mayores de 65 años, de uno y otro sexo, hospitalizados entre junio y diciembre de 2003. Se aplicaron las siguientes escalas: de Yesavage para depresión, de Katz y Lawton para dependencia, y de Folstein, versión Lobo, para demencia.

Se incluyeron 320 personas con edad promedio de 72 años. Diez pacientes se catalogaron como portadores de demencia (3.1 %) y fueron eliminados del estudio. Se encontró depresión en 50 % y dependencia en 62 % con la escala de Katz, y en 75 % con la de Lawton. En el análisis bivariado existió asociación entre depresión y edad mayor de 80 años, sexo femenino, hospitalización en el servicio de medicina interna, dependencia, vivir solo y presencia de enfermedades crónicas degenerativas. En la regresión logística persistió asociación con el sexo femenino, vivir solo, dependencia y estar hospitalizado en el área de medicina interna. Se concluyó que la prevalencia de depresión en el adulto mayor hospitalizado fue elevada. Depender de otras personas que no pertenezcan a la familia nuclear y ser portador de patologías crónicas fueron los factores que más se asociaron.¹⁵

Arilla et al desarrollaron la investigación titulada Patología depresiva en pacientes con cardiopatía isquémica. En un elevado porcentaje de pacientes con cardiopatía isquémica se puede apreciar algún grado de depresión, y esta asociación parece incrementar el riesgo de morbilidad y mortalidad. Además de las consecuencias sobre el pronóstico y la calidad de vida, hay dificultades para el diagnóstico y el tratamiento de la depresión en estos pacientes. El objetivo fue detectar la sintomatología depresiva e pacientes

hospitalizados por cardiopatía isquémica. Material y método: Se investigaron todos los pacientes hospitalizados por cardiopatía isquémica desde el 1 de mayo de 2003 al 30 de abril de 2004, quedando la muestra constituida por 86 pacientes. Se utilizó el cuestionario GHQ, versión española de 28 ítems (Lobo et al, 1986) y la escala Hamilton para la depresión (Hamilton, 1967). resultados: El cuestionario GHQ fue positivo en un 38,4% de los pacientes. Se apreció depresión en un 33% de los pacientes con GHQ positivo, que equivale al 11,6% de la muestra total. En el momento del alta del hospital, a 9 pacientes (10,5%) se les prescribió tratamiento psicofarmacológico (fundamentalmente antidepresivos). En el análisis estadístico se alcanzó significación estadística entre la escala GHQ y los antecedentes personales psiquiátricos, en general, y entre la depresión y los antecedentes depresivos. La investigación concluyó que los pacientes ingresados por cardiopatía isquémica tienen más posibilidades de sufrir malestar psíquico y depresión, incrementándose el uso de antidepresivos. La depresión está más vinculada a la patología psiquiátrica previa y no a la enfermedad cardíaca.¹⁶

Wainwright et al desarrollaron la investigación titulada el trastorno depresivo mayor, incluido su curso clínico, y la mortalidad asociada a cardiopatía isquémica. Fue un estudio prospectivo de cohortes con 8.261 varones y 11.388 mujeres con edades comprendidas entre los 41 y los 80 años, sin manifestaciones clínicas de cardiopatía y participantes de la cohorte de Norfolk, RU, del estudio European Prospective Investigation into Cancer (EPIC). Los autores realizaron una evaluación transversal del

trastorno depresivo mayor durante el período 1996-2000 e identificaron todas las muertes posteriores debidas a cardiopatía isquémica a través del enlace con información procedente del Office for National Statistics del RU. Desde el 31 de julio de 2006 se registraron 274 muertes debidas a cardiopatía isquémica sobre un denominador compuesto por 162.974 personas-año (el período mediano de seguimiento fue de 8,5 años). Los participantes que tuvieron depresión mayor en la evaluación inicial del año precedente tuvieron una probabilidad 2,7 veces mayor de morir durante el período de seguimiento debido a cardiopatía isquémica que los que no la tuvieron, con independencia de la edad, el sexo, el hábito tabáquico, la presión arterial sistólica, el colesterol, la actividad física, el índice de masa corporal, la diabetes, la clase social, el consumo intenso de alcohol y el empleo de fármacos antidepresivos. Esta asociación persistió tras excluir la información de los primeros 6 años del seguimiento. Al tener en cuenta las medidas de los antecedentes de depresión mayor (que incluyeron lo reciente del inicio, la recurrencia, la cronicidad y la edad al inicio) se constató que lo reciente del inicio era el factor que se asociaba más estrechamente con la mortalidad debida a cardiopatía isquémica. La depresión mayor se asoció común aumento del riesgo de mortalidad por cardiopatía isquémica. La asociación fue independiente de los factores de riesgo establecidos de cardiopatía isquémica y no se redujo a lo largo de varios años a partir de la evaluación original.¹⁷

Simeón desarrolló la investigación titulada La depresión y sus factores asociados entre los pacientes que asisten a clínicas de enfermedades

crónicas en el suroeste de Trinidad. Este estudio determinó la prevalencia de la depresión y los factores asociados con ella, entre los pacientes que asisten a las clínicas en el suroeste de Trinidad. El mismo consistió en una encuesta transversal que utiliza una muestra de pacientes consecutivos en cuatro clínicas grandes. A fin de determinar la presencia de la depresión, validamos una escala de depresión de Zung modificada y aplicada por un entrevistador. La escala de Zung modificada, a un índice límite de 60, tiene una sensibilidad de 60% y una especificidad de 94%. Se recibieron setecientos treinta y cuatro cuestionarios respondidos, lo que equivale a una tasa de respuesta de 76%. Los pacientes fueron fundamentalmente indotrininitenses (70%), mayores de 50 años (76.4%) y mujeres (72.3%). La prevalencia de la depresión fue 28.3%. Hubo diferencias estadísticas significativas en el nivel de depresión por edad, sexo, nivel educacional alcanzado, y ocupación ($p < 0.05$). Hubo también diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión por el número de quejas que se presentaban, el número de enfermedades crónicas, la presencia de artritis, la presencia de diabetes mellitus junto con otras enfermedades crónicas, y la presencia de cardiopatías isquémicas ($p < 0.05$). No se hallaron diferencias significativas en relación con la etnicidad ($p = 0.97$) o la presencia de diabetes mellitus por sí sola ($p = 0.34$). Los resultados de la regresión logística indican que los predictores independientes de la depresión ($p < 0.05$) fueron: el nivel educacional alcanzado, poseyendo aquellos con niveles de educación más altos, menos depresión; el número de quejas, presentándose en aquellos con más quejas, una mayor probabilidad de sentirse deprimidos; la presencia de artritis y

género femenino. Es imprescindible desarrollar una política encaminada a abordar los problemas de salud mental de los pacientes que asisten a estas clínicas de enfermedades crónicas.¹⁸

Vorchheimer en la Investigación titulada Depresión persistente afecta a la adherencia a los comportamientos de prevención secundaria tras un síndrome coronario agudo (2006). La persistencia de los síntomas depresivos después de la hospitalización es un fuerte factor de riesgo para la mortalidad después de los síndromes coronarios agudos (SCA). La mala adherencia a las conductas de prevención secundaria puede ser un mediador de la relación entre la depresión y el aumento de la mortalidad. El Objetivo fue determinar si las tasas de adherencia a riesgo de reducir los comportamientos se vieron afectados por el estado depresivo durante la hospitalización y 3 meses más tarde. Estudio de cohorte prospectivo observacional. Participantes quinientos sesenta pacientes fueron incluidos dentro de los 7 días después de la aec. De ellos, 492 (88%) pacientes completaron los 3 meses de seguimiento. Se utilizó el inventario de depresión de beck (bdi) para evaluar los síntomas depresivos en el hospital y 3 meses después del alta. Se evaluó la adherencia a 5 comportamientos de reducción de riesgos por el autoinforme del paciente a los 3 meses. Se utilizó el análisis χ^2 para comparar las diferencias en la adherencia entre los 3 grupos: persistentemente sin depresión (bdi <10 en la hospitalización y 3 meses); remitente deprimido (bdi \geq 10 en la hospitalización; <10 a los 3 meses); y persistentemente deprimido pacientes (bdi \geq 10 en hospitalización y 3 meses). En comparación con los pacientes no deprimidos

persistentemente, deprimidos persistentemente reportado tasas más bajas de la adhesión a dejar de fumar (odds ratio ajustado [OR] 0,23, 95% intervalo de confianza [IC 95%] 0,05 hasta 0,97) medicamentos, teniendo (OR ajustada 0,50, 95% CI 0.27 a 0.95), hacer ejercicio (OR ajustada CI 0,57, 95%: 0,34 a 0,95), y la asistencia a la rehabilitación cardiaca (OR ajustado 0,5; IC del 95%: 0,27 a 0,91). No hubo diferencias significativas entre los pacientes deprimidos y no deprimidos persistentemente remitentes. La persistencia de los pacientes deprimidos eran menos propensos a adherirse a comportamientos que reducen el riesgo de recurrencia de la AEC. Las diferencias en la adherencia a estas conductas pueden explicar en parte por qué la depresión predice la mortalidad tras un SCA. ¹⁹

Whooley en la investigación titulada La depresión y la enfermedad cardiovascular: la curación de los quebrantados de corazón (2006). El trastorno depresivo mayor es un factor de riesgo para el desarrollo de incidentes eventos de enfermedad coronaria en pacientes sanos y para los resultados cardiovasculares adversos en pacientes con enfermedad coronaria. La depresión está presente en 1 de 5 pacientes ambulatorios con enfermedad coronaria es decir en un 20% en general y en 1 de 3 pacientes ambulatorios con insuficiencia cardiaca congestiva, sin embargo, la mayoría de los casos no son reconocidos o debidamente tratada. No se sabe si el tratamiento de la depresión mejora los resultados cardiovasculares, pero el tratamiento antidepresivo con inhibidores de la recaptación de serotonina es generalmente seguro, alivia la depresión, y mejora la calidad de vida. En este artículo se evalúa la importancia de la depresión mayor en pacientes

con enfermedad cardiovascular, y constituye una guía práctica para la identificación y el tratamiento de este trastorno.²⁰

Wulsin et al evaluaron si la depresión está asociada con la serotonina en la sangre entera en pacientes ambulatorios con enfermedad coronaria estable (CHD) (2006). La depresión se asocia con enfermedad coronaria incidente y con los resultados cardiovasculares adversos. La desregulación de la serotonina periférica, común a la depresión y las enfermedades del corazón, puede contribuir a esta asociación. Se realizó un estudio transversal de 791 participantes con enfermedad coronaria estable inscrito en el corazón y el alma de estudio y no tomar la medicación antidepresiva. Se evaluó la depresión mayor con el computadorizada entrevista horario de diagnóstico (ecid-iv) y se mide la serotonina sangre total (edt) del ayuno muestras de sangre venosa. Resultados: De los 791 participantes, 114 (14%) tenían depresión mayor actual (último mes), 186 (24%) tenían pasado (pero no actual) de depresión mayor, y 491 (62%) no tenían antecedentes de depresión. Ajustada a la edad media de la EDT fue mayor en los participantes con depresión mayor actual (139 +/- 6,5 ng / ml) que en aquellos con depresión pasado (120 +/- 5,0 ng / ml) o sin antecedentes de depresión (119 +/- 3.1 ng / ml) ($p = 0,02$). Esta asociación se mantuvo sin cambios después de ajustar por características demográficas, comorbilidades médicas, uso de medicamentos y gravedad de la enfermedad cardíaca ($p = 0,02$). Cuando se analizó la serotonina como una variable dicotómica, actual depresión se asoció con un 70% más probabilidades de tener WBS en el cuartil más alto (OR ajustada = 1,71; IC

del 95% = 1,03 a 2,83; $p = 0,04$). En esta muestra de pacientes con enfermedad coronaria estable, la depresión mayor actual se asoció de forma independiente con los niveles medios de la EDT superiores. Los estudios futuros deben examinar si elevada WBS puede contribuir a los resultados adversos en pacientes con depresión y las enfermedades del corazón.²¹

Cherr en el estudio Evaluar la asociación entre la depresión y la mortalidad o los eventos cardiovasculares fuera de la pierna afectada después de la revascularización PAD (2008). En los pacientes con enfermedad arterial periférica (PAD), la depresión se asocia con una peor permeabilidad y síntomas recurrentes en la pierna tratada, pero su asociación con la muerte o eventos cardiovasculares en otros lechos vasculares es desconocida. Estudio de cohorte retrospectivo. Doscientos cincuenta y siete pacientes consecutivos sometidos a revascularización de la extremidad inferior de EAP sintomática en una sola institución entre enero de 2000 y mayo de 2005 se incluyeron en este estudio. Por protocolo, los pacientes fueron seleccionados previamente para la depresión y diagnosticados por el médico de atención primaria. Los resultados evaluados incluyeron una combinación de muerte o eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE, enfermedad coronaria, PAD contralateral, o evento cerebrovascular), así como las principales categorías de resultado de muerte, enfermedad coronaria, PAD contralateral o eventos cerebrovasculares. Resultados: En la revascularización, 35,0% de los pacientes habían sido diagnosticados con depresión. Las personas con depresión fueron significativamente más jóvenes y más probabilidades de consumir tabaco. Mediante el análisis de tablas de vida, los pacientes con

depresión han aumentado de forma significativa el riesgo de muerte / MACE, enfermedad coronaria, y eventos PAD contralateral, pero no los eventos cerebrovasculares o muerte. En el análisis multivariante, los pacientes con depresión estaban en riesgo significativamente mayor de muerte / MACE (hazard ratio [HR] = 2,05; $p < 0,0001$), PAD contralateral (HR = 2,20; $p = 0,009$), y eventos de enfermedad coronaria (HR = 2,31; $p = 0,005$), pero no los eventos cerebrovasculares o muerte. La depresión es común entre los pacientes sometidos a revascularización de EAP sintomática. Después de la intervención, los pacientes con depresión se incrementan significativamente el riesgo de eventos de enfermedad coronaria y la progresión de la PAD contralateral. Se requiere un análisis prospectivo para confirmar estos resultados.²²

Burell et al en la investigación Factores psicosociales durante el primer año después de un evento de enfermedad coronaria en los casos y referentes. Prevención secundaria en el Proyecto de Uppsala Atención Primaria de Salud (SUPRIM) (2007). Un gran número de estudios han reportado en el patrón de los factores de riesgo psicosocial previa a eventos de enfermedad coronaria, pero pocos han investigado la situación durante el primer año después de un evento, y ninguno ha sido controlado. Para ello hemos realizado un estudio de casos y testigos en los que se evaluó la prevalencia de una serie de factores psicosociales. Trescientos cuarenta y seis masculinos y femeninos enfermedad cardíaca coronaria casos no más de 75 años de edad, dados de alta en los últimos 12 meses y 1.038 referentes de la población general y que coincide con los casos por edad, sexo y lugar de

vida, recibió un cuestionario postal en la que se solicitó información sobre el estilo de vida, psicosocial y de calidad de vida. resultados: los casos fueron, como era de esperar, de baja por enfermedad en un grado mayor que los referentes, informaron de fitness más pobre, peor salud percibida, un menor número de actividades de tiempo libre, pero informaron inesperadamente mejor apoyo social, y puntos de vista más optimista del futuro que los referentes. No hubo diferencias entre mayúsculas y referentes importantes en el estrés diario la vida, los acontecimientos vitales estresantes, agotamiento vital y estado de ánimo depresivo, la superación o la prueba de orientación de vida. Sin embargo, las mujeres informaron situaciones menos favorables que los hombres en relación con los acontecimientos vitales estresantes que afectan a los demás, agotamiento vital y estado de ánimo depresivo, la superación, de autoestima, de sueño y de presentación de informes de los síntomas, y casos de mujeres informaron de la situación más desfavorable de todos los grupos. Conclusión: en este primer estudio controlado de la situación durante el primer año después de una enfermedad de episodios de ec y condición de género tanto parecía ser determinantes del bienestar psicológico, con el estatus de género aparentemente el más fuerte. Esto puede tener implicaciones para los programas de rehabilitación cardíaca.²³

Burton et al en la investigación titulada Diagnóstico y tratamiento de la depresión después de la detección de rutina en pacientes con enfermedad coronaria o la diabetes: un estudio de cohorte de base de datos (2013). La depresión es común en las enfermedades crónicas y la detección de la

depresión ha sido ampliamente recomendada. No ha habido grandes estudios de cribado de la depresión en la atención de rutina para los pacientes con enfermedades crónicas. Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo para examinar el calendario de nuevo diagnóstico de depresión o de trato en relación con la revisión anual para la depresión en pacientes con enfermedad coronaria (ec) o la diabetes. Examinamos una base de datos derivado de 1,3 millones de pacientes registrados con las prácticas generales en Escocia para el año que comienza el 1 abril de 2007. Los pacientes elegibles habían ya sea chd o diabetes, fueron seleccionados para la depresión durante el año y, o bien recibimos un nuevo diagnóstico de depresión o comenzamos una nueva curso de antidepresivo (excepto los de uso común para el tratamiento de la neuropatía diabética). El análisis fue por el método de series de casos de auto-controlado con la medida de resultado ser la incidencia relativa (ri) en el período de 1-28 días después de la detección en comparación con otros momentos. Un total de 67.358 pacientes fueron seleccionados para la depresión y el 2269 recibió un nuevo diagnóstico o tratamiento iniciado. Para el período posterior a la detección, la ri fue 3,03 [intervalo de confianza del 95% (ic) 2,44 a 3,78] para el diagnóstico y 1,78 (ic del 95%: 1,54 a 2,05) para el tratamiento. El número necesario a la pantalla (ic del 95%: 886-1104) 976 para un nuevo diagnóstico y 687 (ic del 95%: 586-853) para el nuevo tratamiento antidepresivo. El cribado sistemático para la depresión en pacientes con enfermedad crónica en los resultados de la atención primaria en un aumento significativo, pero pequeño en nuevo diagnóstico y tratamiento en las siguientes 4 semanas.²⁴

Gulliford et al en la investigación titulada La prevalencia de la depresión y la utilización de la atención de salud de la morbilidad única y múltiple: un estudio de cohorte de base poblacional (2013). Este estudio tuvo como objetivo determinar si la depresión en pacientes con condiciones a largo plazo está asociado con el número de morbilidades o el tipo de comorbilidad. Un estudio de cohorte de 299 a 912 participantes de entre 30 a 100 años. La prevalencia de la depresión, se evaluaron las tasas de utilización y los costos de atención de salud en relación con el diagnóstico de la diabetes mellitus (DM), enfermedad coronaria (CHD), accidente cerebrovascular y cáncer colorrectal. Resultados: La edad de prevalencia de depresión fue del 7% en los hombres y 14% en mujeres sin morbilidad. La frecuencia de la depresión mayor en morbilidades individuales incluyendo DM (hombres 13%, mujeres 22%), las enfermedades del corazón (hombres 15%, mujeres 24%), accidente cerebrovascular (hombres 14%, mujeres 26%) o cáncer colorrectal (hombres 10%, mujeres 21%). Los participantes con diabetes concomitante, las enfermedades del corazón y derrame cerebral tenían una muy alta prevalencia de depresión (hombres 23%, mujeres 49%). La tasa relativa de la depresión por una morbilidad fue de 1,63 [intervalo de confianza del 95% (IC) 1,59 a 1,66], dos morbilidades (IC del 95%: 1,89 a 2,03) 1,96 y tres morbilidades 2,35 (IC del 95% 2,03-2,59). En comparación con los que no tienen la morbilidad, la depresión se asoció con mayores tasas de utilización de servicios de salud y el aumento de los costos de cualquier nivel de morbilidad. En las mujeres de 55 a 64 años sin la morbilidad, el costo promedio de atención de salud anual fue de £ 513 sin depresión y £ 1074 con la depresión; cuando tres morbilidades estuvieron

presentes, el costo fue de £ 1495 sin depresión y £ 2878 con la depresión. La prevalencia de la depresión y los costos de atención de salud están más fuertemente asociados con el número de morbilidades que la naturaleza del diagnóstico co-mórbida.²⁵

Chan et al en la investigación titulada ¿Están los síntomas depresivos asociados con la mortalidad cardiovascular entre los chinos mayores: un estudio de cohorte de 64.000 personas en Hong Kong? (2013). La depresión se asoció positivamente con la enfermedad cardiovascular (ECV) o la mortalidad en estudios previos. Sin embargo, si la asociación observada se explica por el estado de salud no está clara. El objetivo fue estudiar la asociación de síntomas depresivos con enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular y enfermedad cardíaca coronaria (chd) la mortalidad en ancianos chinos en hong kong, y si las asociaciones variaron según el sexo o estado de salud. Diseño: estudio poblacional prospectivo. Marco: ancianos centros de salud. Participaron un total de 62.839 personas mayores de 65 años (21.473 hombres y 41.366 mujeres) matriculados durante julio 1998-diciembre 2001 en los 18 centros de salud de los ancianos del departamento de salud de hong kong. Medidas: quince ítems escala de depresión geriátrica (gds) se utilizó y la presencia de síntomas depresivos fue definida por gds puntuación de 8 o más. La cohorte fue seguida por la mortalidad hasta el 31 de marzo de 2009. Los síntomas depresivos sólo se asociaron con la mortalidad coronaria en varones (hazard ratio [hr] 1,41, 95% intervalo de confianza [ic]: 1,08 a 1,84; p para la interacción de género = 0,02) ajustado por edad, la educación, el gasto

mensual, el tabaquismo, el consumo de alcohol, actividad física, índice de masa corporal, estado de salud, y la autopercepción de la salud. Puntuación gds se asoció con mortalidad por accidente cerebrovascular (hr ajustado de manera similar 1,02 por puntuación, ic del 95%: 1,00 a 1,04) en todas las materias (ajustado también por género), y la mortalidad por ec (1,04 [1.1 a 1.7]) en los hombres. El estado de salud atenuada pero no modificó ninguna asociación. Los síntomas depresivos se asociaron de forma independiente con una mayor mortalidad por enfermedad coronaria en los hombres chinos de más edad, y con mayor mortalidad por accidente cerebrovascular en ambos sexos. Sin embargo, la atenuación por el estado de salud y la falta de coherencia por sexo indican que estas asociaciones podrían ser estudios no causales y más por los ensayos de tratamiento y la aleatorización mendeliana son necesarios.²⁶

Nishikawa et al en la investigación Diferencias sub-étnicas en la depresión, la angustia post-traumático, y la ideación suicida en los pacientes con enfermedad coronaria (2013). El estudio de los pacientes ambulatorios cardíacos que participan en un programa de cribado de salud mental tuvo como objetivo explorar: a) sub-étnica diferencias en la severidad y / o prevalencia de la depresión, trastorno de estrés post-traumático, y la ideación suicida, y b) si la intrusión y síntomas de evitación de la angustia por igual o diferente a predecir la severidad de la depresión entre los grupos sub-étnicas. Fueron reclutados Quinientos noventa Europeo (n = 103) y de inmigrantes hispanos (n = 487) pacientes ambulatorios cardíacos: Los participantes completaron medidas de depresión y estrés postraumático

síntomas y se clasificaron en subgrupos étnicos según orígenes regionales y nacionales. Para las comparaciones regionales, América del Sur y los pacientes hispanos caribeños mostraron mayores síntomas de depresión que los caucásicos nacidos en Estados Unidos (UBC). Se encontraron diferencias significativas en la proporción de pacientes de cribado positivo para la depresión entre los grupos subétnicos regionales. Cuando estos grupos fueron estratificados aún más por el origen nacional, los pacientes colombianos y dominicanos demostraron niveles más altos de depresión que los pacientes de la UBC. Pacientes dominicanos reportaron mayores niveles de angustia que los pacientes de la UBC. Se encontraron diferencias significativas en las tasas de pantallas de depresión positivas entre las comparaciones entre la UBC y subgrupos étnicos nacionales hispanos. Por último, análisis de regresión escalonada reveló que los síntomas de intrusión pronosticaron severidad de la depresión mejor que los síntomas de evasión entre todos los grupos sub-étnicos probados. Los resultados sugieren que el colapso de subgrupos étnicos en etiquetas étnicas catchall puede socavar las estrategias de cribado de alta resolución para condiciones.²⁷

Alfonso et al en la investigación titulada Determinar si la ECV y la depresión interactúan para aumentar la mortalidad en los hombres mayores (2012). Este estudio de cohorte siguieron 4.805 hombres mayores durante 6,0 años o hasta la muerte usando información de vinculación de registros administrativos. En el momento de la entrada en el estudio, los participantes proporcionaron información sistemática acerca de las enfermedades prevalentes arterial periférica y enfermedad coronaria y antecedentes de

accidente cerebrovascular pasado. Se consideró que los hombres con alguna de estas condiciones de tener cvd. Los participantes con una puntuación total de 7 o más en el tema 15-escala de depresión geriátrica fueron clasificados como deprimidos. Los datos sociodemográficos y clínicos fueron obtenidos utilizando procedimientos estándar. Los hombres con ecv tenían mayor riesgo de mortalidad que los hombres sin enfermedad cardiovascular (hr = 1,5; ic del 95% = 1.3 a 1.7), y los hombres con depresión tenían mayor riesgo de mortalidad que los hombres sin depresión (hr = 1,8; ic del 95% = 1.3- 2.6). La interacción entre la depresión y las enfermedades cardiovasculares no tuvo ningún efecto evidente de la mortalidad (hr = 1,0 ic 95% = 0,6-1,5). Todos los análisis se ajustaron por edad, la educación, la organización de la vida, la agrupación duque de apoyo social, tabaquismo y antecedentes de diabetes, hipertensión y dislipidemia. La depresión y las enfermedades cardiovasculares no interactúan para aumentar la mortalidad, lo que sugiere que es poco probable que reduzca la mortalidad atribuida a la depresión, y viceversa el manejo exitoso de las enfermedades cardiovasculares.²⁸

1.2. BASES TEÓRICAS

La depresión

Es un trastorno del estado de ánimo, episódico, recurrente o crónico caracterizado por tristeza, pena, sentimientos de soledad, infelicidad, desesperanza, culpabilidad y pensamientos negativos que en depresiones severas pueden acompañarse de pensamientos o ideas suicidas, también se

evidencia un desgano y falta de voluntad en cosas que anteriormente la persona disfrutaba ,tendencia marcada al llanto y muchas veces un trastorno de ansiedad puede acompañar a la depresion.

La depresion influye en otros roles de la vida del paciente en el laboral, familiar y social por lo que la calidad de vida se ve afectada, la persona siente que en su trabajo su desempeño es bajo (afeccion cognitiva), se aísla de sus amistades y la familia es testigo de multiples quejas y molestias físicas, irritabilidad, incluso alteraciones del apetito y sueño.

Desde el punto de vista medico el diagnostico es clínico pero se puede acompañar de evaluaciones a travez de test o escalas que apoyen y confirman lo planteado y se pueden especificar sobre los grados de depresion, cuando se habla del origen se encuentra generalmente muchos factores que influyen de los cuales hay alguno que sobresale a los demás. Generalmente las frustraciones que son parte de la vida y pueden actuar como los factores desencadenantes principales entre los que podemos encontrar la muerte de un ser querido, una infidelidad o decepcion amorosa, perdidas económicas o la aparición de una enfermedad grave, a todo esto hay que mencionar que la personalidad y por consiguiente la forma de responder a diversas situaciones de la vida diaria es tambier un factor importante en la posibilidad de desarrollar una depresion , en la personalidad influye las vivencias que tiene cada ser humano desde que tiene conciencia, la eduacion familiar que es muy particular, la educación escolar y personas que pueden llegar a ser muy influyentes en su vida como modelo a copiar. También la parte genética

influye, hay una relación importante ya que esta reportado en muchas historias clínicas de pacientes antecedentes de abuelos, padres y hermanos con depresión.

Epidemiología

La depresión o trastorno depresivo dentro de los trastornos psiquiátricos en los países sudamericanos alcanza cifras de alrededor del 5% en segundo lugar encontramos los trastornos de ansiedad seguidos por la distimia, el TOC (trastorno obsesivo compulsivo), el trastorno de pánico y trastorno afectivo bipolar como trastornos más frecuentes dentro del campo de la salud mental, en la mayoría de estos países se informa que cuentan con estrategias planificadas para estos trastornos mentales.

En relación a reportes de países como EEUU y europeos las mujeres durante el embarazo y postparto pueden llegar a presentar diagnósticos de depresión que llegarían a cifras cercanas entre el 19% y 39% aproximadamente.

A comienzos del siglo 21 en la población del Perú se ha encontrado también como trastornos psiquiátricos más frecuentes a la depresión y ansiedad en ese orden, información que no solo se refiere a la capital limeña sino que también a zonas urbanas de la sierra en donde la depresión también afecta a los menores de edad. (Saavedra, s. f.). En los menores de edad en la adolescencia se evidencia mayor tendencia de riesgo suicida presentando en cifras cercanas al 30% una idea o deseo suicida en algún momento de la

etapa depresiva. (Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” [IESM “HD-HN”], 2003).

Etiología

Se desconoce la etiología de los trastornos afectivos, la mayoría de los autores coinciden en un origen multifactorial es decir intervendrían hormonas, neurotransmisores, la herencia (genética), las citoquinas y un rol psicosocial.

La teoría monoaminérgica de la depresión refiere un defecto de funcionamiento en la neurotransmisión de la serotonina y noradrenalina es decir de una hipoactividad serotoninérgica y/o noradrenergica por lo que se entendería la alta eficacia en el tratamiento de la depresión de los modernos antidepresivos más específicos es decir los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y antidepresivos duales es decir que actúan sobre la serotonina y noradrenalina.

En estudios de laboratorio se ha encontrado una disminución del principal metabolito de la serotonina (5-HIAA, ácido 5-hidroxi-indol-acético) en el LCR y una menor captación de serotonina por las plaquetas en pacientes suicidas y deprimidos no suicidas, por otro lado también niveles bajos del principal metabolito de la noradrenalina (MHPG, metoxihidroxifenilglicol) en orina pueden encontrarse bajos en pacientes deprimidos. **Molécula** de serotonina. El eje serotonina-dopamina parece cumplir un papel fundamental en el desarrollo de los trastornos depresivos. En este descubrimiento se funda el

efecto de los modernos antidepresivos, inhibidores de la recaptación de serotonina. Los neurotransmisores serotonina, dopamina tienen un rol fundamental en lo que refiere a la fisiopatología de los trastornos depresivos y el desarrollo de la enfermedad, por lo que los fármacos antidepresivos más actuales tienen su principal mecanismo de acción a este nivel actuando como inhibidores de la recaptación de serotonina.

Existen evidencias de alteraciones en el sistema inmune (citoquinas) y en el eje hipotálamo-hipofisario adrenal que estarían en relación con disminución de transportadores del neurotransmisor serotonina de células linfocitarias en un trastorno depresivo.

A pesar de los adelantos en relación a los tratamientos con evoluciones favorables no se ha identificado aún un marcador biológico para la depresión es decir una alteración de tipo biológico común y estable en todos los pacientes deprimidos por esto no se habla de enfermedad sino de psicopatología o trastorno.

Debido a esto se prefiere interpretar como correlatos biológicos y no marcadores, debido a que pueden o no presentarse durante la depresión dichas alteraciones por ejemplo desarrollar depresión es más probable durante la alteración del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal pero este es más un dato estadístico y no un marcador de enfermedad biológico.

En relación a la herencia hay evidencia de datos en las historias clínicas de familiares cercanos (padres, hijos, abuelos) con antecedentes de depresión pero así mismo pacientes con depresión muchas veces son casos aislados en una familia sin dichos antecedentes.

Genética

Genes relacionados a que una persona sea vulnerable a desarrollar un trastorno depresivo.

- GATA 1: disminuye el tamaño del cerebro aumentando la depresión
- CALM2, SYN1, RAB3A, RAB4B y TUBB4: disminuidos por GATA1
- SLC6A15: aumenta la vulnerabilidad en relación al transporte de aminoácidos
- MKP-1: se encuentra aumentado cuando hay depresión.
- FTO: influye en la depresión el gen de la obesidad.
- CREB1 -depresión en mujeres.
- GRM7 -receptor metabotrópico del glutamato.
- FNDC -(factor neurotrófico derivado del cerebro) al suprimirlo aumenta la ansiedad y la depresión.
- 5-HTTLPR -variante del gen transportador de serotonina.
- P11 -su deficiencia provoca depresión.
- SERT-s -gen transportador de serotonina corta.
- SERT-l -gen transportador de serotonina larga.
- RNF123RNF123 –altera el hipocampo.
- PDE4B: aumenta el padecimiento a sufrir depresión.

- hipocreatina: disminuye la depresión.

Se a identificación en la región cromosómica 3p25-26, situada en el brazo corto del cromosoma 3, en la que hay un total de 214 genes.

Factores ambientales

Existirían según estudios relación entre los aditivos agrícolas usados como pesticidas y desarrollo de trastornos depresivos.

Investigaciones de diversos tipos coinciden en que sumado a muchos factores refieren que deficiencias (mala nutrición, cultural, geográfica) o excesos (intoxicaciones crónicas, sobredosificaciones) tanto de vitaminas del complejo B como la vitamina C y también oligoelementos (hierro, zinc, magnesio, litio, cobre) pueden influir en la aparición de una depresión.

También se documenta la influencia de las estaciones del año así como de los ritmos circadianos con la susceptibilidad de desarrollar depresión, o en algunos casos con cambios de humor, factores que pueden sumarse en la aparición de dicho trastorno.

Psicología

La personalidad es un factor importante en el desarrollo de la depresión, dentro de esta la formación de la autoestima, la tolerancia a la frustración, el desarrollo de límites personales y hacia los demás, el manejo del estrés mal desarrollados pueden predisponer, las personas con baja autoestima suelen generalizar de forma pesimista el mundo y a ellos mismos algunos autores refieren que también podría hablarse de una etapa temprana de la depresión.

Se hace referencia a un problema aprendizaje es decir un tipo de conducta aprendida es decir adquirida por ejemplo condicionamiento de tipo clásico el cual es enseñado por terceros como la evitación, aislamiento, dependencia factores que influirían de manera importante en el autoestima y facilitarían una depresión de tipo social aprendida .

Investigaciones científicas en los últimos años han relacionado diversas enfermedades medicas con trastornos mentales como por ejemplo cardiopatías isquémicas, enfermedades oncológicas, accidentes cerebrovasculares, enfermedades endocrinológicas, neurológicas (E. parkinson) todas estas pueden llevar a una depresión. Estas enfermedades y la depresión pueden prolongar mejoría y recuperación y en muchos casos empeorar el pronóstico. La suma de frustraciones de la vida como la muerte de un ser querido, malas relaciones sociales, problemas económicos, problemas familiares o de pareja como ya fue mencionado pueden precipitar una depresión que representa una serie de síntomas que completaran un síndrome. La persona luego de una depresión en los siguientes episodios pueden ser desencadenados por estímulos o un estrés mas leve o incluso sin evidencia de estrés .Es importante remarcar que ya sea por un origen medico(organico) o adquirido, condicionado, se debe hablar de un síndrome (psicopatología) y ser diagnosticado como depresión pero el especialista psiquiatra es el llamado a analizar si el origen es hormonal, psicológico, neuronal, o multifactorial.

Clasificación

Existen varios trastornos depresivos, en general el (DSM-IV-TR) los cataloga como: trastorno depresivo ligero (pocos síntomas , solo provoca deterioro menor del desempeño laboral y actividades sociales habituales), trastorno depresivo moderado (síntomas como insomnio, y empieza interferir con nuestra vida habitual), y aquel donde existe un ánimo depresivo de un mínimo de 14 días, desmotivación por las cosas al que se suman disminución del apetito e insomnio es decir un trastorno depresivo mayor. También cabría nombrar la distimia o trastorno distímico (2 años como mínimo de duración pero solo con síntomas depresivos leves). Existen cálculos de que la prevalencia de la depresión varía del 2 al 32% a nivel mundial y duplicaría en frecuencia la incidencia en la población femenina.

Trastornos depresivos

F32.x	Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2x)
F33.x	Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3x)
F34.1	Trastorno distímico (300.4)
F32.9	Trastorno depresivo no especificado (311)

Criterios para el diagnóstico de F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2x)

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- 0 Leve
- 1 Moderado
- 2 Grave sin síntomas psicóticos
- 3 Grave con síntomas psicóticos
- 4 En remisión parcial/en remisión total
- 9 No especificado

Especificar (para el episodio actual o para el más reciente):

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

Criterios para el diagnóstico de F33.x Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3x)

A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- 0 Leve
- 1 Moderado
- 2 Grave sin síntomas psicóticos
- 3 Grave con síntomas psicóticos
- 4 En remisión parcial/en remisión total
- 9 No especificado

Especificar (para el episodio actual o el más reciente):

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

Especificar:

Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica)

Con patrón estacional.

Criterios para el diagnóstico de F34.1 Trastorno distímico (300.4)

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. pérdida o aumento de apetito.
2. insomnio o hipersomnia.
3. falta de energía o fatiga.
4. baja autoestima.
5. dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.
6. sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años

Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad

Especificar (para los últimos 2 años del Trastorno distímico):

Con síntomas atípicos.

DIAGNÓSTICO

Fundamentalmente para diagnosticar un trastorno depresivo nos basamos en la clínica basándonos en los criterios ya establecidos. El especialista psiquiatra sabe que es importante evaluar es decir descartar primero etiología orgánica (otras enfermedades médicas), farmacológica, tóxica que estén presentando signos y síntomas similares a una depresión.

Dentro de la información de la historia clínica se debe ser lo más detallado posible, son importantes los antecedentes familiares debido a la carga genética no solo en relación a la depresión así como también de otros trastornos psiquiátricos, por lo tanto los antecedentes personales de depresiones muy tempranas en la vida, la severidad, si fueron tratados y su evolución son determinantes en el tratamiento y no deben ser la única información, a esto se suma averiguar hábitos nocivos como drogas, alcohol, conductas de riesgo, antecedentes de autoagresión e intentos suicidas anteriores, siempre es importante a parte de la información que da el paciente contrastarla con la de la familia debido a que en la experiencia clínica se dan hallazgos importantes.

Los profesionales con los conocimientos adecuados y la experiencia encargados del diagnóstico son los médicos psiquiatras debido a que es fundamental el descarte de una etiología orgánica en un primer momento y en caso sea necesario el uso de medicación son los únicos autorizados a indicarla como profesionales de apoyo se encuentran los psicólogos clínicos.

En relación a las escalas de medición de apoyo al diagnóstico podemos citar algunos como la Escala de Depresión de Zung, en adultos mayores la Escala de Depresión de Yesavage, el Test de Depresión de Hamilton, de Goldbergo, de Beck entre otros. Estos instrumentos servirían en otro aspecto como una medida en la evolución del trastorno antes y después de la terapéutica farmacológica y de psicoterapia. En relación a esta última existen hoy en día muchas clases de psicoterapia como la Psicoterapia Cognitiva conductual, la Conductista, la Racional Emotiva, la Sistémica, La Transaccional, la Gestalt, etc, de eficacia ya conocida.

DEPRESIÓN Y ENFERMEDAD

Desde el punto de vista de la medicina en los últimas décadas existe evidencia que los trastornos depresivos es decir del estado de ánimo se asocian con frecuencia entre otras enfermedades médicas con las enfermedades cardiovasculares. En un principio se pensó en una causa efecto, es decir que el paciente cardiológico presentaba dicho trastorno depresivo (leve moderado o severo) en relación a las características de severidad del problema cardiovascular especialmente si se trataban de eventos agudos y se aceptó como un factor de riesgo asociado independiente

del mal pronóstico del cuadro cardiovascular. Actualmente existen estudios psicoimmunoneuroendocrinos que explican la interacción entre el trastorno depresivo y la enfermedad cardiovascular por lo tanto el dar importancia a esta relación en el tratamiento influirá en la evolución y pronóstico del paciente con enfermedad cardiovascular.

Es sabido por la fisiopatología que los eventos agudos (inestabilidad de placa, factores hemodinámicos y trombosis superpuesta) son favorecidos por la presencia de alteraciones vinculadas a la depresión (y también en otras alteraciones psiquiátricas). La depresión se asocia con niveles elevados de citoquinas pro inflamatorias, leucocitosis y reclutamiento de macrófagos que generan inestabilidad de placa; por otro lado la respuesta exagerada en pacientes deprimidos ante situaciones que generan hostilidad, ira y estrés agudo produce vasoconstricción y elevación de la presión arterial a través de la liberación de catecolaminas, favoreciendo de esta manera la rotura de la placa; finalmente, la agregación plaquetaria asociada a la depresión favorece la trombosis, que puede llevar a un grado de obstrucción coronaria de tal magnitud que produzca un evento agudo.

DEPRESIÓN Y SUS FACTORES DE RELACIÓN CON LA ECV

La relación con el riesgo de desarrollar una cardiopatía isquémica en el transcurso de un trastorno depresivo estaría ligada con el factor de conducta de los pacientes y el factor fisiológico.

En relación a la conducta existirían hábitos nocivos como el uso de drogas, tabaquismo, dependencia al alcohol, sedentarismo, mala alimentación que como consecuencia traería la aparición de obesidad morbida, hipertensión arterial, resistencia a la insulina y diabetes (componentes del síndrome metabólico) e inadecuado cumplimiento de los tratamientos indicados. La mala adherencia a la medicación indicada (y consecuentemente un aumento del riesgo de reinternaciones) ha sido demostrada en pacientes con síntomas de estrés postraumático luego de un IAM, habiéndose detectado estos síntomas en 10%-20% de los pacientes luego de un IAM). En relación al factor fisiológico en la depresión se encontrarían alteraciones fisiológicas relacionadas con el estrés emocional crónico tales como hiperactividad simpaticoadrenal que se detecta por aumento del nivel de catecolaminas en sangre y orina, y disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca, inestabilidad eléctrica ventricular, reacción isquémica al estrés mental, alteraciones en la regulación del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal que se manifiesta por hipercortisolemia y reducida respuesta en la secreción de ACTH ante la infusión del factor liberador del cortisol (CRF por "corticotropin releasing factor") y alteraciones de marcadores biológicos, vinculados a la activación plaquetaria e inflamatoria (niveles elevados de interleuquina -IL-1_ y factor de necrosis tumoral -TNF-_, entre otros) y del sistema inmunitario. Cabe señalar que las neuronas serotoninérgicas a nivel de sus terminales presentan similitudes fisiológicas con las plaquetas. Este hallazgo, importante para la investigación del papel de la serotonina y de los inhibidores de su recaptación en las sinapsis serotoninérgicas, lamentablemente implica que la función plaquetaria se altere en forma paralela con las alteraciones de la

neurotransmisión vinculadas con la depresión. Es así que se encontró en el transcurso de un trastorno depresivo alteraciones de las funciones plaquetarias, tales como la reducción de los sitios de unión del transportador de la serotonina por imipramina, así como aumentos de los sitios de unión del receptor 5HT₂ de la serotonina en la superficie plaquetaria. La sertralina, potente inhibidor selectivo dosis-dependiente de la recaptación de la serotonina, regula a la baja los receptores cerebrales de la serotonina, y también lo hace en las plaquetas, lo que podría explicar un mecanismo de la acción CV de los ISRS en esta enfermedad.

FACTORES GENÉTICOS

Desde el enfoque genético existiría una relación probable entre la cardiopatía isquémica y los trastornos depresivos referido a una vulnerabilidad genética común, y se han propuesto como genes estudiados los vinculados a la inflamación y la serotonina. Muchas alteraciones de tipo genético se han relacionado a riesgo cardiovascular y depresión. Es conocido que la depresión o la respuesta de la persona al estrés son factores de riesgo para la cardiopatía isquémica, también se suman la activación plaquetaria mediada por el neurotransmisor monoaminérgico serotonina o la proliferación de músculo liso y se encontró que dichos factores de riesgo mencionados estarían relacionados con el genotipo LL del SLC6A4. Otro gen involucrado, el gen de la enzima convertidora de la angiotensina (en relación a sus polimorfismos) se relacionan con depresión, hipercortisolismo y actividad de la

enzima conversora, marcadamente vinculada esta última con la patología cardiovascular.

PREVALENCIA

De acuerdo a las estadísticas epidemiológicas de cada país se pueden encontrar grandes diferencias en relación a la prevalencia de los trastornos depresivos pero su frecuencia ya importante desde varios años atrás y su aumento continuo si son reconocidos mundialmente. En general se considera una prevalencia-vida de 10 a 25% en mujeres y un 5 a 12% en varones. Entre los factores influyentes de las diferencias en la prevalencia se podrían citar factores culturales, sociales, sistemas de salud, criterios diagnósticos, enfoques de tipo clínico, etc.

La gravedad de la enfermedad médica de los pacientes aumentaría la prevalencia de trastorno depresivo mayor, y también se verifica un aumento en los porcentajes de prevalencia de acuerdo al tipo de población (comunidades pequeñas hasta un 4%, estadísticas de atención primaria hasta un 20%, pacientes hospitalizados por causas médicas hasta un 25%). En relación al trastorno depresivo menor en atenciones ambulatorias han presentado cifras de prevalencia hasta un 16%.

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD: FACTORES PSICOSOCIALES

Según estadísticas mundiales, el trastorno de ansiedad en primer lugar y el trastorno depresivo en segundo lugar son los trastornos psiquiátricos más frecuentes.

Desde el punto de vista de los factores psicosociales los aspectos macrosociales, clase social y rol sexual basados en estadísticas epidemiológicas, demostrarían cómo las desigualdades de poder y económicas, asociadas a las pertenencias a clases y categorías sociales situadas en diferentes posiciones de la estructura social, determinarían la presencia de trastornos psicológicos, por otro lado los procesos microsociales es decir sucesos de vida negativos y soporte social, actuarían como mediadores, explicando la influencia de los factores macrosociales de clase en los trastornos psicológicos. Todo esto se referiría a las capacidades sociales de enfrentamiento hacia el medio y los efectos que produce la integración en redes sociales sobre la identidad de la persona. Estos dos elementos (macro y microsociales), si bien se han desarrollado de forma empírica, se refieren a dos tradiciones psicológicas clásicas. La primera (según Durkheim) referida al nivel de integración social y la relación entre las capacidades del sujeto. La segunda, alude a los cambios del medio y las normas sociales. Ambas, son el eje explicativo de las conductas desviadas como el suicidio, por ejemplo. En el clásico estudio sobre el suicidio (estrechamente asociado a la depresión, ya que entre el 30 y 80 % de los suicidas han estado previamente deprimidos, aunque sólo un 1 % de los deprimidos se suicida), Durkheim hace de la integración social una de las claves de la explicación de éste: los sujetos demasiado aislados y los sujetos excesivamente integrados serían los que cometerían suicidio. Brown (1983), hablando sobre la depresión y la ansiedad, reproduce en parte este esquema: la depresión estaría asociada al aislamiento social, y la ansiedad a la fuerte integración. Durkheim También afirma que, cuando el cambio del medio hace

que las normas sociales planteen metas más allá de las capacidades de los sujetos, o cuando el cambio del medio y el aumento de las capacidades del sujeto deja sin sentido las normas sociales existentes, se producía el suicidio. En el fondo, las investigaciones sobre soporte social y las capacidades sociales planean lo mismo. Cuando los sucesos de la vida sobrepasan la capacidad de respuesta del sujeto, unido a una baja integración social, hay más posibilidades de trastornos psicológicos. Otra tradición psicológica, que enmarcan las investigaciones y teorías aquí expuestas, es el Interaccionismo Simbólico. El soporte, los sucesos de vida o integración social, las capacidades sociales, en resumen, el juego de roles sociales y los éxitos o las tensiones asociadas a ellos, son importantes en la medida que permiten la construcción de un sentido y una identidad positiva y estable para los sujetos. Sería el significado que los sujetos le asignan a las situaciones, a partir de su posición y con sus sistemas de representaciones socialmente dados, lo que explica el sufrimiento y el tipo de trastorno del sujeto. Los roles sociales y sus efectos en la representación de sí mismos, del mundo y de la autoestima de los sujetos, son los elementos explicativos centrales de la "enfermedad mental" que se inspiran en el Interaccionismo Simbólico. Para concluir, los factores psicológico-sociales actúan como mediadores claves en la configuración de la personalidad y de los comportamientos de ansiedad y depresión (autoestima y autoimagen, habilidades sociales y estrategias de enfrentamiento, baja capacidad de control, esquemas cognitivos, estilos de atribución de causalidad, nivel de expectativas, etc.). La evaluación de campo se enfocó sobre los aspectos macrosociales y microsociales, que pasamos a explicar brevemente. Clase social. Una información epidemiológica actual es

la existencia de riesgo de enfermedad y tasa de mortalidad diferentes, según las clases sociales. Si bien algún tipo de enfermedad es más frecuente entre las clases altas, cuanto más bajo es el nivel social, mayor es la presencia de enfermedades y tanto la mortalidad infantil como la de los adultos, aumentan. En estadísticas comunitarias, la mediana de trastornos psicológicos en la clase social más baja es de 35%, comparada con un 9 % en la clase más alta (Horwitz, 1984; In Paez, 1986). Por lo tanto habría una asociación entre la pertenencia a las clases bajas y una distribución de la salud negativa en relación a las clases bajas.

FACTOR SEXUAL

Es sabido que la esperanza de vida (mortalidad) de la mujer en relación al varón es mayor, en relación a la morbilidad el sexo femenino presenta una mayor prevalencia de las enfermedades crónicas y también mayores estadísticas en enfermedades agudas. La mujer sería más vulnerable a desarrollar síntomas depresivos en relación al hombre estudios epidemiológicos encontraron que las mujeres con más alto riesgo de presentar sintomatología depresiva y ansiogena serían las amas de casa, con un riesgo aun mayor aquellas que tienen a su cargo un enfermo crónico (Páez, 1986).

CARDIOPATIA ISQUEMICA Y FACTORES PSICOSOCIALES

En la cardiopatía isquémica ya son conocidos sus factores de riesgo habituales pero en relación al factor psicológico puede influir como un factor

clínico adverso en el desarrollo de una enfermedad cardiovascular. Es probable también que los factores psicológicos se asocien al nivel de riesgo de ECV: por ejemplo, se asocian al tabaquismo y al sedentarismo. Han sido evaluados múltiples factores psicológicos, como posibles factores de riesgo de cardiopatía isquémica algunos mas frecuentes como estados afectivos negativos (depresión, enojo, ansiedad, y desasosiego), tipo de personalidad (patrón conducta de tipo A, la personalidad tipo D, la hostilidad) factores sociales como el escaso apoyo social y la posición socioeconómica.

ESTADO AFECTIVO NEGATIVO Y SU RELACION CON LA CARDIOPATIA ISQUEMICA

El trastorno depresivo o depresión ha sido el mas estudiado en los últimos 10 años de entre todos los factores psicológicos. Esta dándose mucha importancia a los estudios que relación la depresión con la cardiopatiavascular, las recomendaciones clínicas recientes incluyen un examen de detección sistemática de la depresión y su tratamiento en los pacientes cardiacos como elementos de la asistencia estándar. La depresión puede presentarse de muchas formas en la investigación de la ECV por ejemplo desde síntomas depresivos subclínicos hasta un trastorno depresivo mayor (TDM).

Un trastorno depresivo es frecuente en los individuos con cardiopatía, mas aun después de un IM, es asi que más de 1 de cada 5 pacientes cumplen los criterios diagnósticos .La depresión es también 3 veces más frecuente en los pacientes que han sufrido un IM agudo que en la población general. Al inicio

las primeras investigaciones sobre la relación entre depresión y ECV se vieron influidas por los datos observacionales que indicaban que la depresión diagnosticada durante la hospitalización por cardiopatía isquémica (CI) se asociaba a un aumento significativo del riesgo de muerte en el año siguiente. Frasure-Smith et al fueron los primeros en demostrarlo en una pequeña muestra de pacientes hospitalizados por una CI, y observaron que la depresión durante la hospitalización aumentaba significativamente el riesgo de muerte en los 6 meses siguientes. Estos resultados se amplificaron poco después, cuando los autores extendieron su estudio y observaron que la depresión durante la hospitalización se asociaba a un aumento de más de 3 veces en el riesgo de CI en los 18 meses siguientes a la hospitalización

Uno de los resultados más interesantes es que la asociación entre depresión y eventos de CI parece tener una relación dosis-respuesta: a medida que aumentan los niveles, se incrementa también el riesgo de CI. Varios estudios han descrito que las diferencias individuales en los antecedentes y las características de la depresión pueden ser importantes factores determinantes de la relación entre ECV y depresión. Por ejemplo, la evidencia reciente indica que los individuos con depresión resistente al tratamiento pueden tener un mayor riesgo de CI. Aunque las definiciones son diversas, la depresión resistente al tratamiento incluye habitualmente a los individuos que no han respondido a un único ensayo de monoterapia, aunque se han aplicado también criterios más estrictos. En una reciente revisión, Carney et al han presentado una evidencia basada en varios ensayos clínicos que indican que los individuos con depresión resistente al tratamiento tienen mayor riesgo de muerte tras el IM.

CARDIOPATIA ISQUEMICA Y FACTORES SOCIALES

La posición socioeconómica (PSE) y el apoyo social (factores sociales) han tenido relación con los resultados clínicos de la cardiopatía isquémica. El apoyo social sería un amortiguador contra las situaciones vitales negativas y tendría una función protectora. Existen varias formas de apoyo social, el estructural hace referencia a tamaño, tipo y densidad de la red social de un individuo y la frecuencia de contactos que tiene con esa red. El apoyo funcional, incluye elementos de apoyo instrumental, económico, de información, valorativo y emocional. En una de las revisiones más completas sobre el apoyo social y la enfermedad cardíaca que se han publicado hasta la fecha, Lett et al realizaron una revisión detallada de los estudios publicados en los que se ha examinado la relación entre el apoyo social y la cardiopatía. Los autores observaron que un apoyo social escaso se asociaba a un aumento de 1,5 a 2 veces en el riesgo de cardiopatía isquémica tanto en poblaciones sanas como en pacientes cardíacos, y al parecer el apoyo funcional percibido era un factor predictivo del resultado clínico más importante que el apoyo estructural en las poblaciones cardíacas.

CARDIOPATIA ISQUEMICA Y POSICION SOCIOECONOMICA (PSE)

Desde el punto de análisis social estudios diversos demostrarían que la PSE estaría inversamente relacionada con el riesgo de cardiopatía isquémica. El estudio Whitehall fue uno de los primeros en poner de relieve que las diferencias sociales se asociaban a diferencias en los eventos cardíacos. Los

autores observaron que las diferencias de PSE en el funcionariado británico se asociaban a diferencias en los eventos cardiacos al demostrar que los aumentos progresivos de la PSE se asociaban a un efecto protector contra los resultados de Enfermedad cardiovascular. Lo más sorprendente de los resultados de este estudio es que ninguno de los grupos de PSE incluidos en el análisis se consideraba correspondiente a un estado de pobreza. Es interesante señalar que hay alguna evidencia de que los factores sociales interaccionan con otros factores psicosociales en la predicción de la EC. Por ejemplo, Merjonen et al observaron que la mayor hostilidad se asociaba a la EC únicamente en los varones con PSE inferiores.

1.3 Definiciones Conceptuales

Depresión: trastorno del estado de ánimo, episódico, recurrente o permanente, que se caracteriza por sentimientos de tristeza, incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana (anhedonia), alteraciones cognitivas y algunas veces ideas de muerte.

Cardiopatía: Enfermedad del sistema cardiovascular que puede ser aguda o crónica, puede ser de los vasos y/o de las estructuras propias del corazón.

Coronariopatía isquémica: Enfermedad del corazón relacionada con un desequilibrio entre el suministro de oxígeno y sustratos con la demanda cardíaca.

Ansiedad: Respuesta emocional en relación a pensamientos, ideas o situaciones de tipo estresantes que puede presentarse como una respuesta adaptativas o transformarse en un trastorno psiquiátrico.

Serotonina: Neurotransmisor-neuronal—monoaminérgico sintetizado en el sistema nervioso central (SNC), en las células enterocromafines (células de Kulchitsky) y en el tracto gastrointestinal de los animales y del ser humano. Relacionado con la depresión.

Isquemia: Se produce al existir una disminución transitoria o permanente del riego sanguíneo lo cual causa una disminución del aporte de oxígeno (hipoxia), de nutrientes y de la eliminación de productos del metabolismo de un tejido. Si el sufrimiento celular es muy intenso puede causar muerte celular (necrosis).

Personalidad: Es un conjunto de características psicológicas (ideas, emociones, comportamientos) de una persona, o una organización interna que determina que las personas actúen de maneras diferentes ante una misma situación.

Ateroesclerosis: Es cuando se produce una disminución de la luz o del calibre (estenosis) de las arterias llegando a veces a la oclusión del vaso alterando el flujo sanguíneo. Se debe a un endurecimiento de arterias de mediano y gran calibre.

Síndrome coronario agudo (SCA): Son el conjunto de síntomas y signos como consecuencia de la obstrucción de las arterias coronarias. El síntoma más común es dolor en el pecho, que puede ser irradiado hacia el brazo izquierdo o el ángulo de la mandíbula, de tipo opresivo, y asociado con náusea y sudoración.

Sistema nervioso autónomo (SNA): También llamado s.n.vegetativo sería parte del sistema nervioso que controla las acciones involuntarias, se divide en sistema simpático y parasimpático, recibe la información de las vísceras y del medio interno, para actuar sobre sus músculos, glándulas y vasos sanguíneos.

Plaquetas o trombocitos: Dicese cuando los megacariocitos se fragmentan a nivel del citoplasma y como consecuencia se formarían las plaquetas, fragmentos pequeños irregulares y sin núcleo, su vida media es entre 8 y 12 días. Tendrían un papel fundamental en la hemostasia y serían una fuente natural de factores de crecimiento.

Comorbilidad: Se refiere en medicina a que cuando además de una enfermedad o trastorno primario aparece uno o más trastornos o enfermedades asociado.

Factores sociodemográficos: características sociales de la población

- Edad
- Sexo
- Nivel socioeconómico
- Grado de instrucción

-Estado civil

1.4 Formulación de Hipótesis

Los factores asociados a la depresión en los pacientes con cardiopatía isquémica estarían en relación a la conducta y a factores fisiológicos. En relación a la conducta presentarían hábitos nocivos como tabaquismo, alcoholismo crónico y sedentarismo, hábitos alimenticios inadecuados, lo que puede contribuir a la presencia de hipertensión arterial, obesidad, resistencia a la insulina y diabetes (síndrome metabólico) y mal cumplimiento de los tratamientos. El mal cumplimiento o tratamiento irregular es decir muchas veces nuevos internamientos ha sido demostrada en pacientes con síntomas de estrés postraumático luego de una cardiopatía isquémica (CI), habiéndose detectado estos síntomas en hasta un 20% de los pacientes luego de una CI. Por otro lado, las alteraciones fisiológicas se relacionan al estrés emocional crónico, tales como hiperactividad simpaticoadrenal que se manifiesta por niveles elevados de catecolaminas en sangre y orina, y disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca, inestabilidad eléctrica ventricular, reacción isquémica al estrés mental, disregulación del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal que se manifiesta por hipercortisolemia y reducida respuesta en la secreción de ACTH ante la infusión del factor liberador del cortisol y alteraciones de marcadores biológicos, vinculados a la activación plaquetaria e inflamatoria (niveles elevados de interleuquina -IL-1 y factor de necrosis tumoral -TNF-, entre otros) y del sistema inmunitario.

Teniendo en cuenta los objetivos propuestos partimos de las siguientes hipótesis.

Los pacientes con cardiopatía isquémica deprimidos en relación a los no deprimidos presentan mayor asociación a:

-Sexo femenino.

-Mayor edad.

.Dependencia económica.

-Menor grado de instrucción.

-Patología depresiva previa.

-Patologías medicas comorbidas.



CAPÍTULO II METODOLOGÍA

2.1 TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO DE ESTUDIO

Estudio Retrospectivo, Analítico, Transversal, Observacional

Diseño no experimental enmarcado en los diseños epidemiológicos.

2.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población a estudiar estuvo comprendida por los pacientes internados en el servicio de hospitalización de cardiología en el periodo comprendido entre los meses de octubre y diciembre del 2014.

Criterios de Inclusión

- Pacientes hospitalizados en el servicio de cardiología con diagnóstico de cardiopatía isquémica.
- Pacientes que estén en capacidad mental y física de responder la evaluación

Criterios de Exclusión

- Historias clínicas incompletas, es decir, sin la variable de estudio.
- Pacientes que no comprendan el idioma español.

Muestra

Se trabajó con todos los pacientes que cumplan los criterios de inclusión y exclusión

2.3 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

Se acudió a los servicios de cardiología de hospitalización, se pidió al personal que se encuentra en el área de historias clínicas que seleccione a aquellas con coronariopatías isquémica, se procedió a recolectar los datos separando en dos grupos pacientes con coronariopatía con y sin depresión, también se anotaran las edades el sexo y el nivel socioeconómico y el grado de instrucción definido el paciente procederá a aplicar la escala de Hamilton par la depresión (HDRS).

Anexo 1 ficha de recolección de datos

Anexo2 Escla de depresión hamilton,

Anexo 3 escala Depresión Geriátrica de Yesavage

2.4 PROCESAMIENTO Y ANALISIS

Los datos de la presente investigación fueron procesados en un programa Excel 2010 y SPSS versión 21, se presenta la información en tablas y gráficos.

Para identificación de factores se hizo uso de Chi^2 .

2.5 ASPECTOS ETICOS

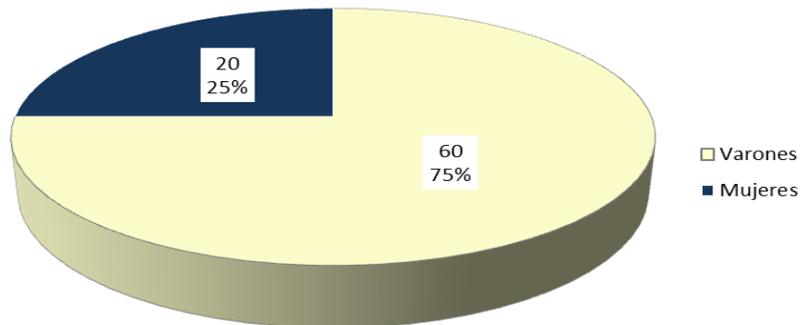
La presente investigación por su tipo y diseño no presenta problemas éticos.

Los datos serán tratados de forma anónima y de uso exclusivo para la presente investigación.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

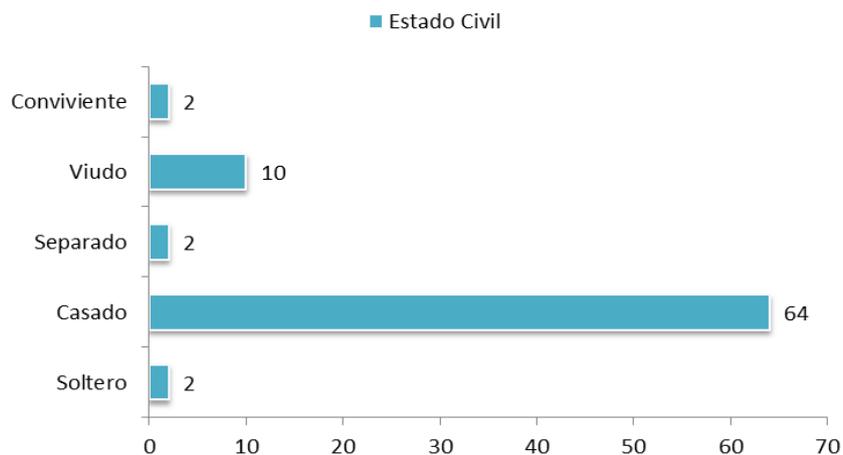
Gráfico N° 9: PORCENTAJE DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN RELACIÓN AL SEXO - HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS – 2014.



Fuente: Servicio de Hospitalización de Cardiología del HNERM.

El porcentaje de pacientes hospitalizados en relación al sexo tuvo un predominio de varones en un 75%

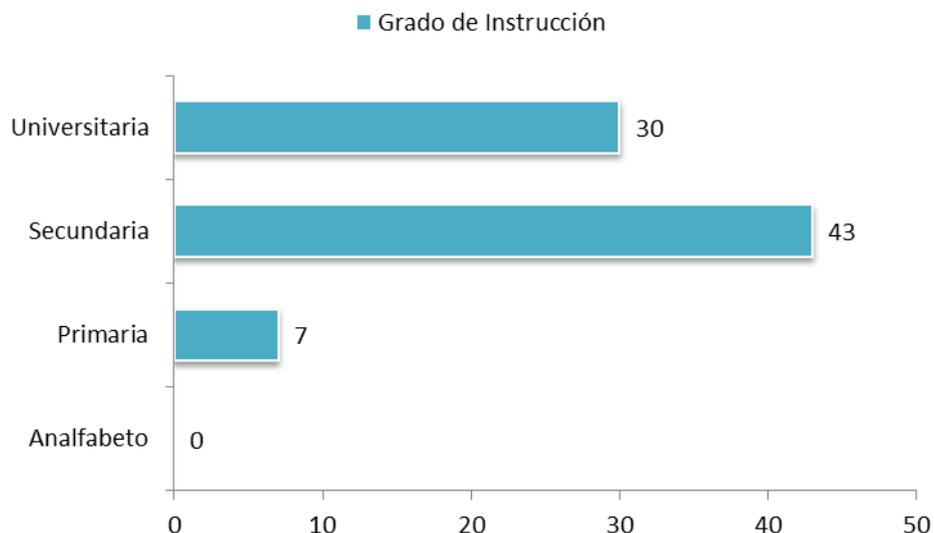
GRÁFICO N° 10: CANTIDAD DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN RELACIÓN AL ESTADO CIVIL - HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS – 2014.



Fuente: Servicio de Hospitalización de Cardiología del HNERM.

En relación al estado civil hubo un predominio en la cantidad de pacientes casados

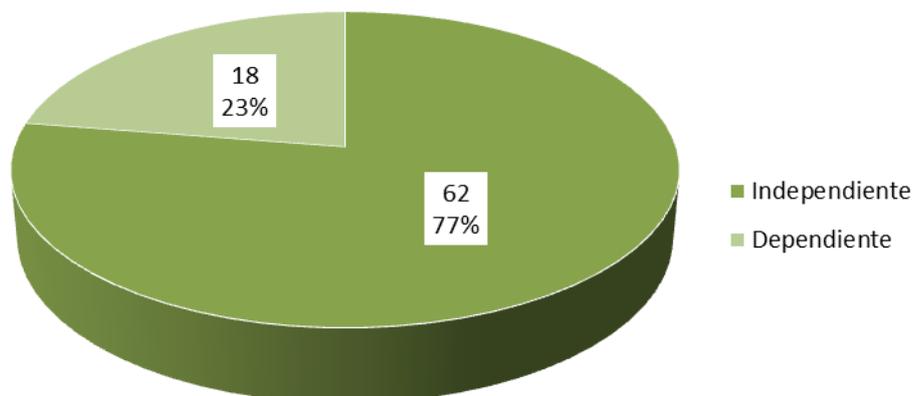
GRÁFICO N° 11: PACIENTES HOSPITALIZADOS EN RELACIÓN AL GRADO DE INSTRUCCIÓN - HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS – 2014.



Fuente: Servicio de Hospitalización de Cardiología del HNERM.

En relación al grado de instrucción predominó el nivel secundario

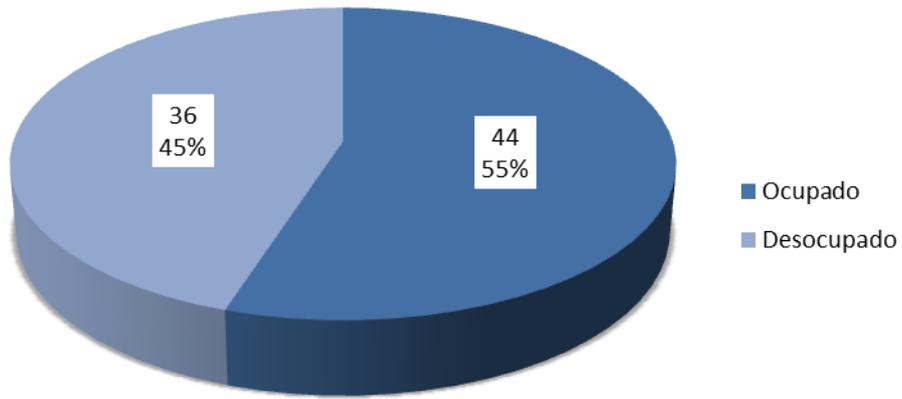
GRÁFICO N° 12: PACIENTES HOSPITALIZADOS EN RELACIÓN AL NIVEL SOCIOECONÓMICO - HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS – 2014.



Fuente: Servicio de Hospitalización de Cardiología del HNERM.

En relación al nivel socioeconómico 77% de los pacientes eran independientes

GRÁFICO N° 13: PACIENTES HOSPITALIZADOS EN RELACIÓN A LA OCUPACIÓN - HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS – 2014.



Fuente: Servicio de Hospitalización de Cardiología del HNERM.

En relación a la ocupación hubo un 55% de pacientes.

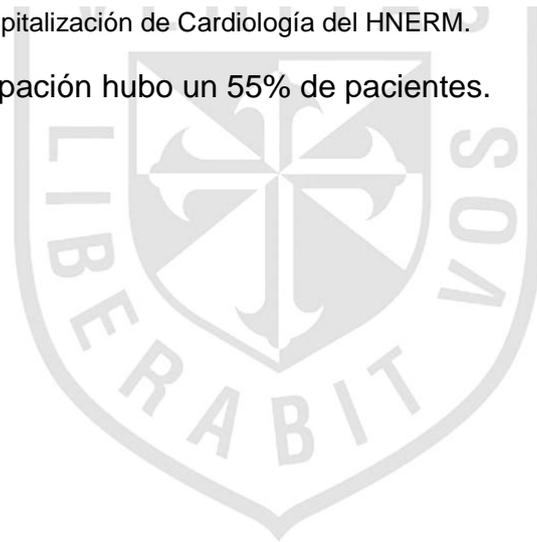
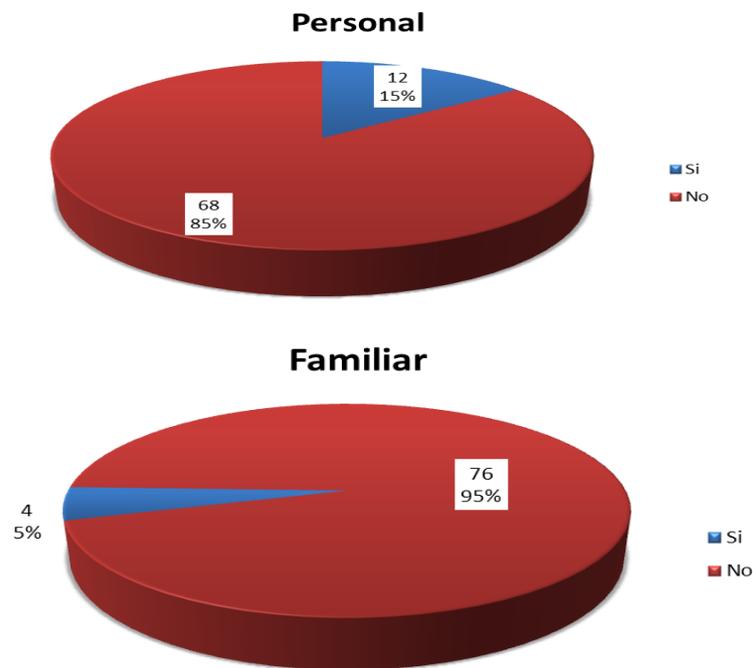


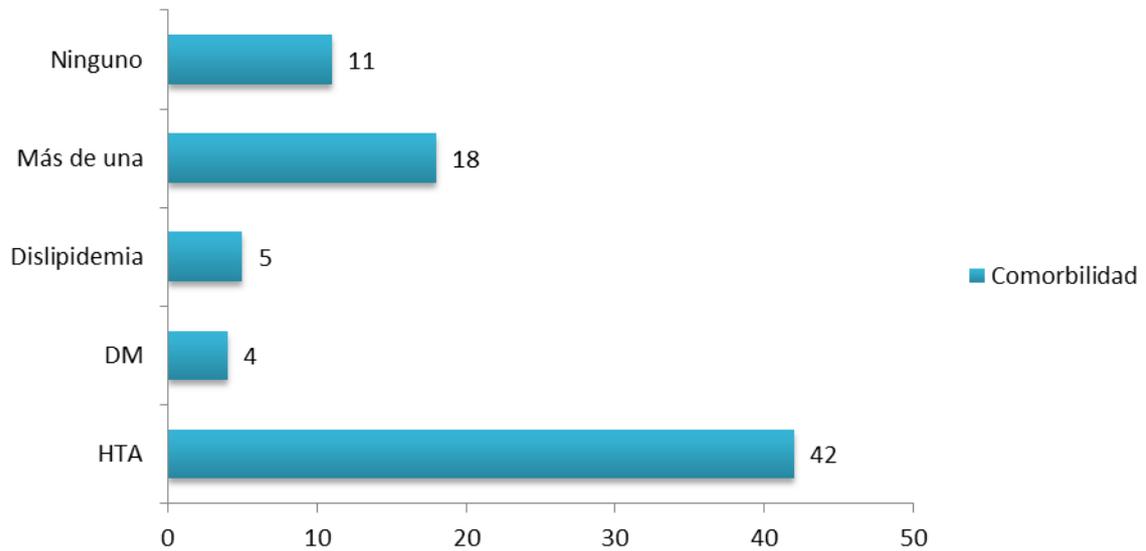
GRÁFICO N° 14: PACIENTES HOSPITALIZADOS EN RELACIÓN A LOS ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD MENTAL PERSONAL Y FAMILIAR- HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS – 2014.



Fuente: Servicio de Hospitalización de Cardiología del HNERM.

En relación al antecedente personal se encontró un 85% y tan solo un 5% en el familiar.

GRÁFICO N° 15: PACIENTES HOSPITALIZADOS EN RELACIÓN A LA COMORBILIDAD - HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS – 2014.

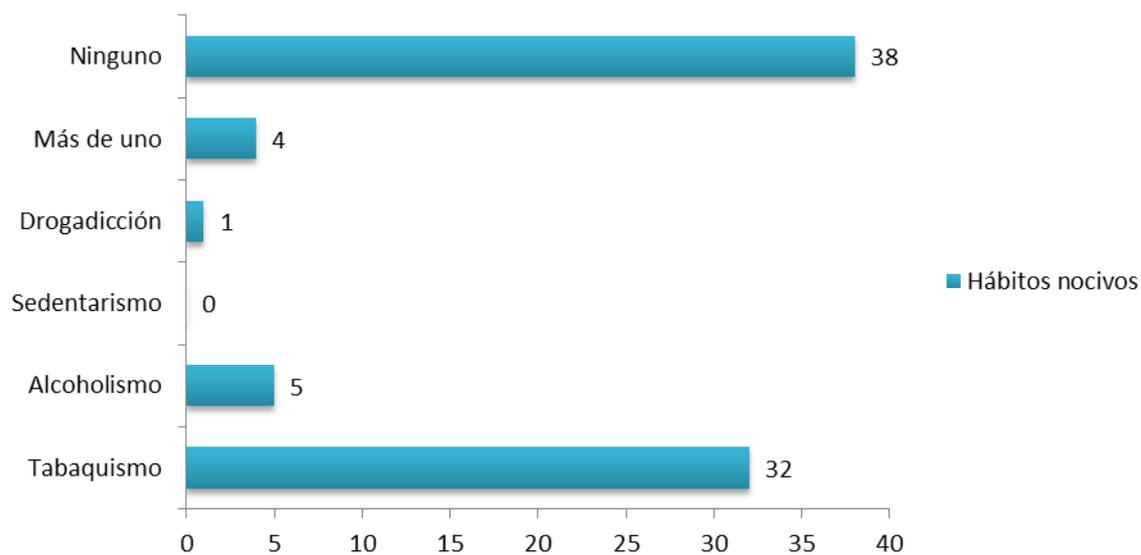


Fuente: Servicio de Hospitalización de Cardiología del HNERM

En relación a la comorbilidad predominó la HTA



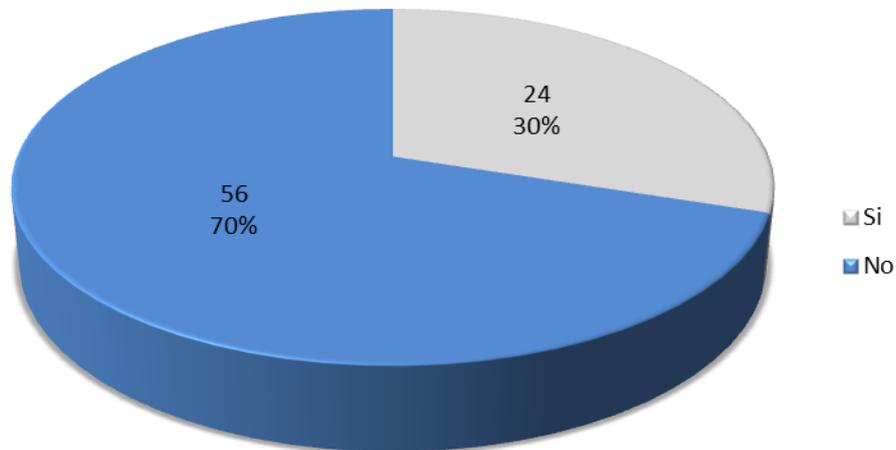
GRÁFICO N° 16: PACIENTES HOSPITALIZADOS EN RELACIÓN A LOS HABITOS NOCIVOS - HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS – 2014.



Fuente: Servicio de Hospitalización de Cardiología del HNERM

Dentro de los hábitos nocivos encontrados predominó el tabaquismo

**GRÁFICO N° 9: PACIENTES HOSPITALIZADOS EN RELACIÓN A LA
DEPRESIÓN - HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS –
2014.**



Fuente: Servicio de Hospitalización de Cardiología del HNERM

En relación a la depresión se encontró una prevalencia del 30%

**TABLA N° 1: ASOCIACIÓN ENTRE SEXO Y DEPRESIÓN - SERVICIO DE
CARDIOLOGÍA – HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI
MARTINS – 2014.**

		Depresión		Total
		Si	No	
Sexo	Masculino	18	42	60
	Femenino	6	14	20
Total		24	56	80

Fuente: Servicio de Hospitalización de Cardiología del HNERM

P valor= 0.604

No existe asociación estadísticamente significativa entre el sexo del paciente y depresión.

**TABLA N° 2: ASOCIACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL Y DEPRESIÓN -
SERVICIO DE CARDIOLOGÍA – HOSPITAL NACIONAL EDGARDO
REBAGLIATI MARTINS – 2014.**

		Depresión		Total
		Si	No	
Estado civil	Soltero	1	1	2
	Casado	16	48	64
	Separado	1	1	2
	Viudo	6	4	10
	Conviviente	0	2	2
Total		24	56	80

Fuente: Servicio de Hospitalización de Cardiología del HNERM

P valor= 0.155

No existe asociación estadísticamente significativa entre el Estado civil del paciente y depresión.

**TABLA N° 3: ASOCIACIÓN ENTRE GRADO DE INSTRUCCIÓN Y
DEPRESIÓN - SERVICIO DE CARDIOLOGÍA – HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS – 2014.**

		Depresión		Total
		Si	No	
Grado de instrucción	Primaria	5	2	7
	Secundaria	12	31	43
	Universitario	7	23	30
Total		24	56	80

Fuente: Servicio de Hospitalización de Cardiología del HNERM

P valor= 0.040

Existe asociación estadísticamente significativa entre grado de instrucción del paciente y depresión.

**TABLA N° 4: ASOCIACIÓN ENTRE OCUPACIÓN Y DEPRESIÓN -
SERVICIO DE CARDIOLOGÍA – HOSPITAL NACIONAL EDGARDO
REBAGLIATI MARTINS – 2014.**

		Depresión		Total
		Si	No	
Ocupación	Ocupado	7	37	44
	Desocupado	17	19	36
Total		24	56	80

Fuente: Servicio de Hospitalización de Cardiología del HNERM

P valor= 0.021

Existe asociación estadísticamente significativa entre ocupación del paciente y depresión.

**TABLA N° 5: ASOCIACIÓN ENTRE NIVEL SOCIOECONÓMICO Y
DEPRESIÓN - SERVICIO DE CARDIOLOGÍA – HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS – 2014.**

		Depresión		Total
		Si	No	
Nivel socioeconómico	Independiente	14	48	62
	Dependiente	10	8	18
Total		24	56	80

Fuente: Servicio de Hospitalización de Cardiología del HNERM

P valor= 0.010

Existe asociación estadísticamente significativa entre NSE del paciente y depresión.

TABLA N° 6: ASOCIACIÓN ENTRE ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD MENTAL PERSONAL Y DEPRESIÓN - SERVICIO DE CARDIOLOGÍA – HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS – 2014.

		Depresión		Total
		Si	No	
Antecedentes de enfermedad	Si	10	2	12
	No	14	54	68
Total		24	56	80

Fuente: Servicio de Hospitalización de Cardiología del HNERM

P valor= 0.0001

Existe asociación estadísticamente significativa entre antecedentes de enfermedad del paciente y depresión.

TABLA N° 7: ASOCIACIÓN ENTRE ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD MENTAL FAMILIAR Y DEPRESIÓN - SERVICIO DE CARDIOLOGÍA – HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS – 2014.

		Depresión		Total
		Si	No	
Antecedentes de enfermedad mental familiar	Si	3	1	4
	No	21	55	76
Total		24	56	80

Fuente: Servicio de Hospitalización de Cardiología del HNERM

P valor= 0.078

No existe asociación estadísticamente significativa entre antecedentes de enfermedad familiar y depresión.

TABLA N° 8: ASOCIACIÓN ENTRE ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD CARDIOLÓGICA Y DEPRESIÓN - SERVICIO DE CARDIOLOGÍA – HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS – 2014.

		Depresión		Total
		Si	No	
Antecedentes de enfermedad cardiológica	Si	24	44	68
	No	0	12	12
Total		24	56	80

Fuente: Servicio de Hospitalización de Cardiología del HNERM

P valor= 0.009

Existe asociación estadísticamente significativa entre antecedentes de enfermedad cardiológica y depresión

TABLA N° 9: ASOCIACIÓN ENTRE COMORBILIDAD Y DEPRESIÓN - SERVICIO DE CARDIOLOGÍA – HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS – 2014.

		Depresión		Total
		Si	No	
Comorbilidad	HTA	12	30	42
	DM	0	4	4
	Dislipidemia	0	5	5
	Más de una	10	8	18
	Ninguna	2	9	11
Total		24	56	80

Fuente: Servicio de Hospitalización de Cardiología del HNERM

P valor= 0.037

Existe asociación estadísticamente significativa entre comorbilidad y depresión

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 DISCUSION

En el presente estudio se investigó los factores asociados en pacientes que desarrollaron depresión que estuvieron hospitalizados en el servicio de cardiología con el diagnóstico de cardiopatía isquémica y permitió encontrar datos importantes para la especialidad de psiquiatría y contribuir a información con la cual no contamos en nuestro medio especialmente en relación a trastornos psiquiátricos del tipo trastorno depresivo en enfermedades crónicas específicamente del tipo de cardiopatías isquémicas, dichos resultados han sido comparados con otros estudios los cuales ayudaron a nuestra investigación.

Los pacientes de nuestra muestra en estudio en un número total de 80 pacientes presentaron una prevalencia de depresión del 30% que corresponde a 60 pacientes, es decir de un total de 80 pacientes hospitalizados en el servicio de cardiología con diagnósticos de cardiopatía isquémica los citados desarrollaron síntomas depresivos durante su estancia hospitalaria coincidiendo con los valores que se encuentran en la literatura (15 – 40 %), estos datos son muy próximos a los encontrados por Velasco Víctor. (2008) en su investigación titulada “Ansiedad y Depresión en Síndrome Coronario Agudo” este estudio tuvo una muestra de 139 pacientes hospitalizados en el departamento de cardiología de la U.M.A.E., México en un hospital de tercer nivel y en donde se encontró una prevalencia de depresión

31.2% en pacientes hospitalizados por cardiopatía isquémica que desarrollaron síntomas depresivos durante su hospitalización y en donde señala como conclusión que la falta de regulación autonómica cardiaca en los pacientes portadores de depresión y/o ansiedad y cardiopatía isquémica están relacionados con altos índices de morbilidad y mortalidad cardiaca. Otro estudio Gonzales María (2006) realizado en el servicio de medicina de un hospital regional del instituto mexicano del seguro social cuyo título “Síntomas depresivos en pacientes con cardiopatía coronaria” presento una prevalencia de depresión elevada (77%) mayor que lo descrito en estudios internacionales, lo similar de esta investigación con nuestro estudio fue un número aproximado de pacientes de pacientes (56) y el grupo etario (33 a 90 años) y se señaló que aunque no hay suficiente evidencia de que el tratamiento antidepresivo reduzca el riesgo de enfermedad cardiovascular existen estudios que los pacientes con cardiopatía coronaria que recibieron tratamiento antidepresivo tuvieron mayor supervivencia que los que no lo tuvieron, lo limitante que señalan los investigadores de ese estudio fue el sesgo del número de pacientes estudiados, es decir el número reducido de casos .

En el año 2005 la investigación de Alfonso Martínez titulada “determinar la prevalencia de depresión y factores asociados en adultos mayores de 65 años hospitalizados” tuvo una prevalencia de depresión de 50%, cabe mencionar que aproximadamente el 62% de los pacientes es decir 49 de un total de 80 pacientes de nuestra muestra en estudio (42 años la menor edad y 89 la mayor) son adultos mayores. Arilla Ja et al y su investigación “Patología depresiva en pacientes con cardiopatía isquémica “(prevalencia 38.4%) y

Simeón DT “Depresión y factores asociados entre pacientes que asisten a clínicas de enfermedades crónicas “(prevalencia 28.3%) son estudios que presentan también prevalencias de depresión estadísticamente significativas y similares a nuestro estudio.

En relación a los factores asociados si bien es cierto de acuerdo a las estadísticas que la depresión es dos veces más frecuente en la mujer que en el hombre en la población en general a nivel mundial como también lo señala la revista peruana en el artículo “Historia Natural de la Depresión “ de la Revista Peruana de Epidemiología (vol. 14 del 2010)por el contrario encontramos que la patología cardiológica de tipo isquémica a diferencia de la depresión es más frecuente en el hombre y en la edad avanzada debido a que la cardiopatía isquémica es considerada una enfermedad degenerativa crónica que es característica en medicina en personas de la tercera edad predominantemente lo que explicaría porque el 75 % de los pacientes de la muestra de nuestro estudio son varones y en su mayoría adultos mayores, esto tendría relación similar con diversos autores por ejemplo, Martínez Mendoza JA et al ” Prevalencia de Depresión y Factores de Riesgo en el adulto Mayor Hospitalizado” que estudian la asociación de depresión con enfermedades crónico degenerativas que empiezan a aparecer en personas a partir de los 50 años en adelante y la cardiopatía isquémica es considerada una de ellas, es decir una enfermedad crónico degenerativa . Además de la mayor frecuencia de depresión en estas patologías crónicas mencionadas la asociación sería de doble vía ya que la depresión a su vez puede favorecer una evolución más

tórpida y un peor pronóstico de las enfermedades crónicas y de la incapacidad funcional.

Por lo antes mencionado se explicaría los resultados que encontramos en nuestro estudio de la tabla 1 “asociación entre sexo y depresión” que de acuerdo a los resultados de un total de 80 pacientes 60 eran masculinos y 18 desarrollaron depresión y corresponden a un 30% y de un total de 20 pacientes femeninas 6 desarrollaron depresión y correspondió también a un 30% es decir no existiría asociación estadísticamente significativa entre el sexo y depresión es decir ninguno de los dos sexos tendría valores significativos en relación al otro y no contrastaría con lo que se mencionó antes de que el sexo femenino en relación a los trastornos depresivos tendría una frecuencia del doble en relación al sexo masculino.

En relación a la depresión y el grado de instrucción la tabla 3 “Asociación entre grado de instrucción y depresión” del total de 80 pacientes el 71% del grupo de pacientes que tenían un grado de instrucción primaria desarrollaron depresión , 27% del grupo de pacientes que tenían grado de instrucción secundaria desarrollaron depresión y 23% del grupo de los pacientes que tenían grado de instrucción universitaria desarrollaron depresión por lo que existiría asociación estadísticamente significativa en relación al grado de instrucción es decir mientras mayor grado de instrucción tiene el paciente este sería un factor de protección para no desarrollar depresión ,y coincide con el estudio de Arilla J A , titulado “Patología depresiva en pacientes con cardiopatía isquémica “ en donde del total de pacientes que desarrollaron depresión el 75% tenían

estudios elementales (primarios), el 14% tenían estudios medios(secundarios) y tan solo un 5% de los que desarrollaron depresión tenían estudios universitarios lo cual presenta cifras similares con nuestro estudio, en el estudio de Arilla se señala que la depresión en pacientes con cardiopatía isquémica ocurre con mayor frecuencia en individuos con nivel de instrucción bajo y que el mayor grado de instrucción se transformaría talvez en un factor protector debido a los instrumentos con que contaría la persona para afrontar las frustraciones o el estrés resultante de las enfermedades y de la vida diaria.

La tabla 4 que relaciona " asociación entre ocupación y depresión" es decir si el paciente aún se encontraba trabajando ósea con una vida productiva a pesar de la edad ya que hubieron pacientes cercanos a los 90 años que aún eran laboralmente activos y por otro lado la tabla 5 "asociación entre nivel socioeconómico y depresión", el nivel socioeconómico que se refiere a la independencia económica relaciona con un ingreso mensual de dinero se encontró que en ambos factores la ocupación y el nivel socio económico si existían asociaciones estadísticamente significativas con la depresión ósea que fueron más propensos a desarrollar síntomas depresivos los que no tenían un trabajo estable que les aseguraba un ingreso de dinero mensual es decir el 47% de los pacientes que presentaron depresión eran desocupados frente al 15% con una ocupación laboral que presentaron depresión, por otro lado el 55% de los pacientes que presentaron síntomas depresivos era dependiente frente al 22% que presentaron depresión y era económicamente independiente, aquí también se veía como un factor de protección a que el paciente tenga una ocupación laboral y en consecuencia un ingreso de dinero

y por lo tanto le de cierta tranquilidad e independencia económica y lo exponga menos a las situaciones de estrés de tipo económico teniendo menos vulnerabilidad a desarrollar una depresión a pesar de su cardiopatía isquémica estos datos contrastaría con el estudio de Simeón DT titulado “Depresión y factores asociados entre pacientes que asisten a clínicas de enfermedades crónicas donde se encuentra que los pacientes con depresión (prevalencia 28.3%) en un su mayoría eran desocupados cabe mencionar también que en personas mayores que dependen económicamente de otros individuos, aunadas a la discapacidad que presentan y a enfermedades crónicas, se ve alterada de forma importante la esfera psicosocial, presentando sentimientos de inutilidad y desanimo, y serían más propensos a la depresión y en relación a nuestro estudio el 62% de nuestra muestra son adultos mayores.

Con respecto a los antecedentes de patología depresiva como se evidencia en la tabla 6 “ asociación entre antecedentes de patología depresiva del paciente y depresión “ si presento asocian estadísticamente significativa y se encontró que un 83% de los pacientes que presentaron depresión tenían antecedentes de depresión previa y solo un 24% que presentaron síntomas depresivos no tenían antecedentes de patología depresiva previa, lo que no presento una asociación estadísticamente significativa fueron los antecedentes familiares de depresión estos datos son similares con respecto a la asociación entre antecedentes de patología depresiva del paciente pero difieren con la asocian entre antecedentes de enfermedad depresiva familiar del estudio de Arilla JA et al “Patología depresiva en pacientes con cardiopatía isquémica “ donde señalan que los antecedentes personales de depresión presentaban también

una significación estadística y estaban en más de un 25% de los pacientes pero que también los antecedentes de patología depresiva familiar eran estadísticamente significativos, en este estudio descriptivo observacional de tipo prospectivo se investigaron todos los pacientes hospitalizados por cardiopatía isquémica en el hospital Royo Villanova de Zaragoza quedando una muestra constituida de 86 pacientes y señalaron en sus conclusiones que la depresión actual estaba más vinculada a la enfermedad depresiva previa del paciente y no a la enfermedad cardíaca.

En la “Asociación entre antecedentes de enfermedad cardíaca y depresión” se encontró que si existe asociación estadísticamente significativa ya que de un total de 80 pacientes 68 de ellos, es decir que el 85% de los pacientes tenían antecedente de enfermedad cardíaca y tan solo 12 pacientes es decir un 15% no presentaban dichos antecedentes, estos resultados son similares a lo que Simeon D T en su investigación titulada “Depresión y sus factores asociados entre los pacientes que asisten a clínicas de enfermedades crónicas en el suroeste de Trinidad” este estudio consistió en una encuesta transversal de un total de 734 pacientes en cuatro clínicas grandes y señalan que hubo asociación estadísticamente significativa con los antecedentes de enfermedades crónicas como diabetes mellitus, artritis, enfermedades cardíacas y relacionaban el desarrollo de depresión con las quejas somáticas que van desarrollando los pacientes a través del tiempo. Otro estudio con resultados similares como el de WHOoley en su investigación “Depresión y enfermedad cardiovascular” señala que en más del 20% de los pacientes que desarrollaban depresión se encontró antecedentes de

enfermedades cardiovasculares, también en este estudio se señaló que la mayoría de los casos de depresión no eran reconocidos o debidamente tratados.

Con respecto a la “asociación entre comorbilidad y depresión “se encontró que un 63.75% (51 pacientes del total de 80) presentaban antecedentes de comorbilidad es decir HTA, Diabetes Mellitus y dislipidemia y un 22.5% más de una comorbilidad y ninguna tan solo un 13.7% por lo que sí existe asociación estadísticamente significativa es decir la comorbilidad como antecedente médicos de años atrás y relacionado con las quejas sintomáticas, restricciones, cambio en los hábitos de vida, medicación diaria a veces de varias pastillas influirían con el tiempo en una vulnerabilidad debido a las frustraciones diarias para el desarrollo de trastornos depresivos y se sumarían para facilitar el desarrollo de problemas orgánicos, en el estudio de Arilla J A et al, también se encuentra resultados similares, en más del 90% de los pacientes de esta investigación se encuentra como antecedentes HTA, DM, y el tabaquismo siendo la HTA la que aparece con mayor frecuencia esta muestra tuvo un total de 86 pacientes y se utilizó la escala de Hamilton para depresión.

4.2 CONCLUSIONES

- En esta investigación se encontró que los factores asociados como el grado de instrucción, la ocupación, el nivel socioeconómico si tuvieron asociación significativa y se encontraron resultados similares en estudios publicados, es decir que un nivel de instrucción universitario, el contar

con un trabajo, con un ingreso mensual económico podrían actuar como factores de protección para no desarrollar síntomas depresivos.

- El factor asociado al sexo no tuvo resultados similares en algunos estudios y tampoco con relación a depresión por si sola como patología única ya que en la literatura hablando específicamente la depresión tiene una frecuencia de aparición del doble en el sexo femenino en relación al sexo masculino, y en nuestro estudio hay una predominancia de pacientes masculinos tal vez debido a que las enfermedades cardiovasculares tienen una predominancia de varones pero por otro lado el porcentaje de casos de desarrollo depresión en cada sexo es similar y por lo tanto no tuvo significancia estadística
- La existencia de patología depresiva previa del paciente en este estudio tuvo un porcentaje alto y ha sido considerado por lo tanto como un factor asociado importante es decir tomaría importancia lo reportado en la literatura sobre los antecedentes depresivos y los mecanismos fisiopatológicos, un aumento de factores inflamatorios agudos como las interleuquinas que contribuyen a la inflamación crónica presente en la aterosclerosis y sumados los cambios hematológicos (plaquetas, CD4, etc.) se agregarían como factores para contribuir a la aterotrombosis coronaria.
- Las comorbilidades tuvieron como factores asociados una significación estadística, esto estaría explicado por el hecho de que se estudió un

grupo de pacientes con enfermedad cardiológica y la historia natural de patologías como la HTA, DM, Dislipidemia son un antecedente importante y frecuente de enfermedades cardiacas.

4.3 RECOMENDACIONES

De acuerdo con la presente investigación sería indispensable identificar los síntomas depresivos en el paciente con cardiopatía isquémica y con mayor razón en el que ha sufrido un infarto, y más en general en pacientes con enfermedades crónicas hospitalizados o ambulatorios es decir que en los hospitales existan programas de detección de alteraciones del estado de ánimo en el paciente hospitalizado y más aún si se trata de un adulto mayor con esto se podría ayudar a mejorar la calidad de vida y disminuir la morbilidad y mortalidad.

Los tratamientos con antidepresivos se relacionarían con una mejor calidad de vida en pacientes con trastornos depresivos y cardiopatía isquémica.

De acuerdo a estadísticas para el año 2020 la cardiopatía isquémica y la depresión estarán en los dos primeros lugares de morbilidad y mortalidad a nivel mundial produciendo costos importantes en cada país por lo que se debe planificar a nivel de políticas de salud programas actualizados en relación a estas problemáticas futuras.

FUENTE DE INFORMACIÓN

1. Mathers CD, Loncar D: Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med 2006; 3:e442;doi:10.1371/journal.pmed.0030442
2. Murray CJL, Lopez AD (Eds): The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability From Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Global Burden of Disease and Injury Series, vol 1. Cambridge, Mass, Harvard University Press, 1996
3. Rudisch B, Nemeroff CB: Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression. Biol Psychiatry 2003; 54:227– 240
4. Surtees PG, Wainwright NWJ, Khaw KT, Day NE: Functional health status, chronic medical conditions, and disorders of mood. Br J Psychiatry 2003; 183:299–303
5. Takeshita J, Masaki K, Ahmed I, Foley DJ, Li YQ, Chen R, Fujii D, Ross GW, Petrovitch H, White L: Are depressive symptoms a risk factor for mortality in elderly Japanese American men? The Honolulu-Asia Aging Study. Am J Psychiatry 2002; 159:1127–1132
6. Wulsin LR, Evans JC, Vasan RS, Murabito JM, Kelly-Hayes M, Benjamin EJ: Depressive symptoms, coronary heart disease, and overall mortality in the Framingham Heart Study. Psychosom Med 2005; 67:697–702

7. Wulsin LR, Singal BM: Do depressive symptoms increase the risk for the onset of coronary disease? a systematic quantitative review. *Psychosom Med* 2003; 65:201–210
8. SSA. Programa específico de depresión. [Serie en línea] 2002. [Citado el 6 de enero de 2015] Disponible en: <http://sersame.salud.gob.mx/depresion.htm>
9. Torres M, Hernández E, Ortega H. Validez y reproductibilidad del inventario para depresión de Beck en un hospital de cardiología. *Salud Mental* 1991; 14(2):1-6.
10. Velasco R., Gámez A., Villa F., García F. Ansiedad y Depresión en Síndrome Coronario Agudo Departamento de Cardiología de la U.M.A.E. H.E. N° 71 IMSS. Torreón, Coahuila. México. Febrero 2009
11. María del R. González Losa, Mónica I. Sánchez Pérez, Mirna Burgos Rosado, Carlos Castro Sansores. Síntomas depresivos en pacientes con cardiopatía coronaria Unidad de Investigación Interinstitucional Clínica y Epidemiológica, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Yucatán. Av. Itzáez núm. 498 por 59-A y 59, centro, Mérida, Yucatán, *Medicina Interna de México* Volumen 24, núm. 3, mayo-junio 2008
12. Martínez A. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado Instituto Mexicano del Seguro Social en Torreón, Coahuila, México
13. Arilla M. Servicio de psiquiatría del hospital royo villanova. Servicio aragonés de la salud. Zaragoza. España patología depresiva en

pacientes con cardiopatía isquémica. Una relación incierta. vol. 13. núm. 03. Mayo 2006.

14. Surtees G. Depression and Ischemic Heart Disease Mortality: Evidence From the EPIC-Norfolk United Kingdom Prospective Cohort Study. Fuente: American Journal of Psychiatry. Referencia: Volumen 165, número 4, página(s) 515-523 Fecha: Abril 2008
15. Maharaj RG, Reid SD, Misir A, Simeon DT. Depression and its associated factors among patients attending chronic disease clinics in southwest Trinidad. Department of Paraclinical Sciences, Public Health and Primary Care Unit, The University of the West Indies, St Augustine, Trinidad and Tobago. rmaharaj@fms.uwi.tt West Indian Med J. 2005 Dec; 54(6):369-74.
16. Kronish IM¹, Rieckmann N, Halm EA, Shimbo D, Vorchheimer D, Haas DC, Davidson KW. Persistent depression affects adherence to secondary prevention behaviors after acute coronary syndromes. Division of General Internal Medicine, Mount Sinai School of Medicine, New York, NY, USA. J Gen Intern Med. 2006 Nov;21(11):1178-83. Epub 2006 Aug 9.
17. Whooley MA (1). Depression and cardiovascular disease: healing the broken-hearted. JAMA. 2006 Jun 28;295(24):2874-81.
18. Wulsin LR¹, Musselman D, Otte C, Bruce E, Ali S, Whooley MA. Depression and whole blood serotonin in patients with coronary heart disease from the Heart and Soul Study. Psychosom Med. 2009 Apr;71(3):260-5.

19. Cherr GS(1), Zimmerman PM, Wang J, Dosluoglu HH. Patients with depression are at increased risk for secondary cardiovascular events after lower extremity revascularization. *Gen Intern Med.* 2008 May;23(5):629-34.
20. Mats G , Gunilla B , Lennart L , Henrik T. Factores psicosociales durante el primer año después de un evento de enfermedad coronaria en los casos y referentes. Prevención secundaria en Uppsala Proyecto de Atención Primaria de la Salud (SUPRIM) trastornos Cardiovasculares BMC 2007, 7: 36 DOI: 10.1186 / 1471-2261-36
21. Burton C , C Simpson , Anderson N . Diagnóstico y tratamiento de la depresión después de la detección de rutina en pacientes con enfermedad coronaria o la diabetes: un estudio de cohorte de base de datos. *Psychol Med* 2013 Mar; 43 (3): 529-37.
22. Bhattarai N; Charlton J; Rudisill C; Gulliford MC. Prevalence of depression and utilization of health care in single and multiple morbidity: a population-based cohort study. *Psychol Med*; 43(7): 1423-31, 2013 Jul.
23. Sun WJ, Xu L, Chan WM, Lam TH, Schooling CM. Are depressive symptoms associated with cardiovascular mortality among older Chinese: a cohort study of 64,000 people in Hong Kong? *China. Am J Geriatr Psychiatry.* 2013 Nov;21(11):1107-15.
24. Nishikawa Y, Rubinstein D, Annunziato RA. Beyond Hispanics: sub-ethnic differences in depression, post-traumatic distress, and suicidal ideation among patients with coronary heart disease. *Dis.* 2013 Summer;23(3):296-303.

25. Almeida OP, Alfonso H, Flicker L, Hankey GJ, Norman PE. Cardiovascular disease, depression and mortality: the Health In Men Study.
26. M. J. Geriatr Psychiatry. 2012 May; 20(5): 433-40.
27. Mori N, et al Historia natural de la depression. Rev. Peru. Epidemiol. Vol14 No 2 Agosto 2010.

ANEXOS

Anexo 01 Ficha de recolección de datos

Ficha Número:

Depresion: SI () NO ()

Factores
sociodemográficos

Sexo:

M ()

Edad:

F ()

Estado civil:

- 1.Soltero ()
- 2.Casado ()
- 3.Separado
- 4.Viudo ()
- 5.Conviviente ()

Grado de instrucción:

- 1.Analfabeto ()
- 2.Primaria ()
- 3.Secundaria ()
- 4.Universitaria ()

Nivel

socioeconómico:

- 1.Independiente ()
- 2.Dependiente ()

Ocupacion:

- 1.Ocupado ()
- 2.Desocupado ()

Antecedentes patológicos:

Antecedentes de enfermedad mental:

paciente SI () NO () ; y/o familiar SI () NO ()

Antecedente de enfermedad cardiológica:

SI () /NO ()

Comorbilidad:

- 1.HTA ()
- 2.DM ()
- 3.Dislipidemia ()
- 4.Mas de una ()
5. Ninguno

Habitos nocivos:

- 1.Tabaco ()
- 2.Alcohol ()
- 3.Sedentarismo ()
- 4.Drogas ()
- 5.Mas de uno ()
- 6.Ninguno ()

**Anexo 02 ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale
(HDRS)**

CRITERIOS DE OPERATIVOS DE VALORACIÓN	ÍTEMS
<p>Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente - Estas sensaciones las relata espontáneamente - Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto) - Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea a 	<p align="center">0 1 2 3 4</p>
<p>Sentimientos de culpa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente - Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones - Siente que la enfermedad actual es un castigo - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza 	<p align="center">0 1 2 3 4</p>
<p>Suicidio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Le parece que la vida no vale la pena ser vivida - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse - Ideas de suicidio o amenazas - Intentos de suicidio (cualquier intento serio) 	<p align="center">0 1 2 3 4</p>
<p>Insomnio precoz</p> <ul style="list-style-type: none"> - No tiene dificultad - Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño - Dificultad para dormir cada noche 	<p align="center">0 1 2</p>

<p>Insomnio intermedio</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche - Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar) 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>
<p>Insomnio tardío</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>
<p>Trabajo y actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos) - Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación) - Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad - Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda. 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
<p>Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palabra y pensamiento normales - Ligero retraso en el habla - Evidente retraso en el habla - Dificultad para expresarse - Incapacidad para expresarse 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
<p>Agitación psicomotora</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Juega con sus dedos - Juega con sus manos, cabello, etc. - No puede quedarse quieto ni permanecer sentado - Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios. 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>

<p>Ansiedad psíquica</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Tensión subjetiva e irritabilidad - Preocupación por pequeñas cosas - Actitud aprensiva en la expresión o en el habla - Expresa sus temores sin que le pregunten 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc.; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Ligera - Moderada - Severa - Incapacitante 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Síntomas somáticos gastrointestinales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen - Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Síntomas somáticos generales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. <p>Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2</p>	<p>0 1 2</p>
<p>Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Débil - Grave 	<p>0 1 2</p>

<p>Hipocondría</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Preocupado de si mismo (corporalmente) - Preocupado por su salud - Se lamenta constantemente, solicita ayuda 	0 1 2 3
<p>Pérdida de peso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana - Pérdida de más de 500 gr. en una semana - Pérdida de más de 1 Kg. en una semana 	0 1 2
<p>Introspección (insight)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se da cuenta que está deprimido y enfermo - Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. - No se da cuenta que está enfermo 	0 1 2 3

INTERPRETACIÓN

No deprimido: 0-7
Depresión ligera/menor: 8-13
Depresión moderada: 14-18
Depresión severa: 19-22
Depresión muy severa: >23

Anexo 03 Depresión Geriátrica de Yesavage

Cuestionario	
Escala de depresión geriátrica de Yesavage	
Pregunta a realizar	Respuesta
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
¿Siente que su vida está vacía?	SI
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
¿Sufre molestias por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
¿Se siente feliz muchas veces?	NO
¿Se siente a menudo abandonado?	SI
¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
¿Se siente lleno de energía?	NO
¿Siente que su situación es desesperada?	SI
¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO

Valoración global
Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue:
0-10: Normal.
11-14: Depresión (sensibilidad 84%; especificidad 95%).
>14: Depresión (sensibilidad 80%; especificidad 100%).