



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**ASOCIACIÓN ENTRE NIVEL DE CALIDAD DE VIDA Y ANSIEDAD
Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO
AGUDO AL ALTA HOSPITALARIA EN UN CENTRO DE SALUD DE
LA RED ESSALUD EN EL PERÍODO 2019-2020**

PRESENTADO POR

**MARCO RODOLFO FURLONG MILLONES
KATHERIN MOSTACERO BECERRA**

ASESOR

MARIO JOSUE VALLADARES GARRIDO

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

CHICLAYO- PERÚ

2022



**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/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**ASOCIACIÓN ENTRE NIVEL DE CALIDAD DE VIDA Y ANSIEDAD Y
DEPRESIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO
AGUDO AL ALTA HOSPITALARIA EN UN CENTRO DE SALUD DE
LA RED ESSALUD EN EL PERÍODO 2019-2020**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR
MARCO RODOLFO FURLONG MILLONES
KATHERIN MOSTACERO BECERRA**

**ASESOR
DR. MARIO JOSUE VALLADARES GARRIDO**

CHICLAYO, PERÚ

2022

JURADO

Presidente: Sosa Flores, Jorge Luis

Miembro: Becerra Gutiérrez, Lizzie Karen

Miembro: Lloclla Gonzales, Herry

DEDICATORIA

A mis abuelitos, Marina Coba y Victoriano Becerra, por todo su amor incondicional que me brindan, por su comprensión, motivación, sacrificio y esfuerzo que hicieron para poder culminar mi carrera.

A mi Madre, Gladys Becerra, por ser mi inspiración para lograr mis sueños, mi fuerza en momentos difíciles, por su perseverancia, abnegación y amor incondicional en todo momento, por su constante esfuerzo, por ser mi guía en cada paso de mi vida; junto a mi hermano, Aldahir, por ser mi cómplice en todo momento, por enseñarme a nunca desistir a pesar de los obstáculos. Siempre serán mi motor y motivo, tengo mucho por agradecerles.

A toda mi familia, por confiar en mí, por su apoyo incondicional; mucho de mis logros se los debo a ustedes, me motivaron constantemente para alcanzar mis
anhelos.

Katherin

AGRADECIMIENTOS

A Dios, quien me ha guiado y me ha brindado la fortaleza para seguir adelante, y por darme esta hermosa vocación.

A mi madre, por ser mi ejemplo de superación, humildad y sacrificio; enseñándome a valorar todo lo que tengo. Es una mujer que hace llenar de orgullo.

A nuestro asesor, el doctor Mario Valladares Garrido, por brindarnos sus conocimientos, asesoría y paciencia en el desarrollo de nuestra investigación y a todas las personas que de una y otra forma me apoyaron en la realización del este trabajo

ÍNDICE

JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
ÍNDICE	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
I. MATERIALES Y MÉTODOS	10
II. RESULTADOS	14
III. DISCUSIÓN	22
IV. CONCLUSIONES	27
V. RECOMENDACIONES	28
FUENTES DE INFORMACIÓN	29
ANEXOS	

RESUMEN

Objetivo: Identificar la asociación de la calidad de vida y la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con síndrome coronario agudo al alta hospitalaria en un centro de salud de la red EsSalud en el período 2019-2020. **Materiales y métodos:** Estudio, retrospectivo, observacional de corte transversal, analítico. Diseño no experimental enmarcado en los diseños epidemiológicos. La población a estudiar estuvo comprometida por los pacientes al alta en el servicio de hospitalización de cardiología en el periodo comprendido entre los meses de noviembre 2019 – diciembre 2020. **Resultados:** la mayoría de los pacientes tenía 60 años o más (56,5 %) eran hombres (76,5 %), tenía grado de instrucción superior (38,8 %), estado civil conviviente (45,8 %) y el 55,3 % de la población se encontraba empleada. La mediana del tiempo transcurrido desde el evento de síndrome coronario agudo (SICA) hasta la fecha de la entrevista fue de 10 meses, el 42,3 % y 25,9 % reportó consumir frecuentemente alcohol y tabaco, respectivamente. Respecto a antecedentes, el 21,1 % reportó tener diabetes y el 40 % respondió que era hipertenso, el 70,6 % tuvo buena calidad de vida. El 34,1 % de la población presentó depresión leve. Mientras que el 78,8 % tenía ansiedad leve. **Conclusiones:** Se concluye que los casos de SICA fueron más frecuentes en pacientes con una edad mayor o igual a 60 años, así como en varones. A su vez, estos pacientes se encuentran aislados el temor a la infección del COVID-19. Situación que impacta en forma negativa en los trastornos mentales como la ansiedad y depresión. El nivel socioeconómico, el grado de instrucción y la calidad de vida fueron factores asociados a la depresión, mientras el alcoholismo, la presencia de diabetes fueron factores asociados a la ansiedad. La calidad de vida no se asoció con la depresión, y ni la ansiedad.

Palabras clave: Ansiedad, depresión, síndrome coronario (**Fuente:** DeCS BIREME).

ABSTRACT

Objective: To identify the association between quality of life and the prevalence of anxiety and depression in patients with acute coronary syndrome at hospital discharge in a health center of the EsSalud network in the period 2019-2020.

Materials and methods: Retrospective, observational, cross-sectional, analytical study. Non-experimental design framed in epidemiological designs. The study population consisted of patients discharged from the cardiology hospitalization service in the period from November 2019 - December 2020.

Results: The majority of the patients were 60 years of age or older (56.5%), were male (76.5%), had a higher education (38.8%), cohabiting marital status (45.8%), and 55.3% of the population was employed. The median time elapsed from the acute coronary syndrome (ACS) event to the date of the interview was 10 months; 42.3% and 25.9% reported frequent alcohol and tobacco use, respectively. Regarding history, 21.1 % reported having diabetes and 40 % responded that they were hypertensive, 70.6 % had good quality of life. Thirty-four.1% of the population had mild depression. While 78.8 % had mild anxiety. **Conclusions:** It is concluded that cases of SICA were more frequent in patients with an age greater than or equal to 60 years, as well as in males. In turn, these patients are isolated from the fear of COVID-19 infection. This situation has a negative impact on mental disorders such as anxiety and depression. Socioeconomic level, educational level and quality of life were factors associated with depression, while alcoholism and the presence of diabetes were factors associated with anxiety. Quality of life was not associated with depression or anxiety.

Keywords: Anxiety, depression, coronary syndrome.

INTRODUCCIÓN

La depresión es un factor de riesgo para la mortalidad general, la mortalidad cardíaca (1). Además, una mayor severidad de depresión representa un mayor riesgo de nuevos eventos cardiovasculares (2). Estos resultados han llevado a incluir a la depresión dentro de los factores de riesgo para el mal pronóstico de los pacientes después de un SICA.

En Perú, se ha encontrado que la prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados por cardiopatía isquémica fue de un 30 %; con un predominio en el sexo masculino (75 %) y en los pacientes adultos mayores (62 %) (3).

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en los países desarrollados y los SICA son el factor causal más importante. La incidencia de los SICA, varía según los países, con mayores tasas en EE. UU. y Europa. En los últimos 20 años la incidencia de SICA con elevación del segmento ST ha disminuido notablemente, mientras que la de SICA sin elevación del ST se ha duplicado. Por tanto, aunque la incidencia de SICA ha disminuido en los países desarrollados, su prevalencia ha aumentado debido al progresivo envejecimiento de la población (4). Según la OMS, se estima que en 2012 murieron por esta causa 17,5 millones de personas, lo cual representa un 31 % de todas las muertes registradas en el mundo (5). En el Perú el estudio RENIMA II, realizado en el 2010 por la Sociedad Cardiológica del Perú reveló 1609 casos de IAM, de los cuales 1345 se presentaron en Lima (83,6 %) y 264 de provincias (16,4 %) (6).

La prevalencia de depresión fue mayor y síntomas depresivos durante la hospitalización de pacientes que han tenido un SICA está calculada entre 26 y 50 %. Estos síntomas persisten en el 45 % de los pacientes, mientras que un porcentaje entre el 9 % y 15 % de los pacientes reportan síntomas depresivos posteriores a la hospitalización, los cuales no habían sido reportados anteriormente (7).

Los síntomas depresivos son especialmente prevalentes en pacientes recién hospitalizados por SICA. Es considerado que la vivencia de un período breve de depresión durante y después de una crisis coronaria es común y se puede considerar como una reacción normal frente a la experiencia de enfermedad; tal como se ha descrito dentro de los procesos de ajuste a un evento estresante (8).

Con respecto al impacto de la depresión en el pronóstico de los pacientes con ECV, un metaanálisis reportó que los síntomas depresivos incrementan al doble el riesgo de mortalidad en pacientes cardíacos con depresión (1). Estos datos reflejan la tendencia general de estudios prospectivos, revisiones sistemáticas y otros meta-análisis que han encontrado una asociación significativa entre los síntomas depresivos o la depresión mayor y un incremento en la morbilidad y la mortalidad cardíaca después de un SICA (9).

La ansiedad y la depresión se describen en diferentes estudios relacionados con Enfermedad Cardiovascular, en el presente estudio se evaluará la progresión en el tiempo de estas dos patologías en los meses posteriores al episodio inicial de SICA, registrando su progresión durante un plazo de 6 meses, donde tanto la depresión como la ansiedad parecen ejercer su mayor influencia sobre la morbimortalidad tras un infarto agudo de miocardio o angina inestable.

El problema se formula del siguiente modo: ¿Cuál es la asociación la calidad de vida y la ansiedad y depresión en pacientes con síndrome coronario agudo al alta hospitalaria en un centro de salud de la red EsSalud en el período 2019-2020?

El estudio se justifica por su aporte al conocimiento que parte de un comité de expertos convocado por la Asociación Americana del Corazón concluyó que la depresión es un factor de riesgo para la mortalidad general, la mortalidad cardíaca y para la presentación de nuevos eventos coronarios (1). Así mismo, se ha encontrado que, a mayor severidad de la depresión, mayor es el riesgo de nuevos eventos cardiovasculares (2). Estos resultados llevaron al comité a sugerir la inclusión de la depresión dentro de los factores de riesgo para el mal pronóstico de los pacientes después de un SICA.

En Perú, el nivel de instrucción, ocupación y dependencia se relacionó con mayor porcentaje de depresión los pacientes con solo instrucción primaria, los desempleados y los dependientes, por último, los antecedentes de depresión, enfermedad cardíaca y comorbilidad previas tuvieron altos porcentajes (3).

Entre los años 2007- 2009 en Ecuador, de 105 pacientes, el 60,95% tuvieron diagnóstico de infarto agudo de miocardio y la depresión fue el diagnóstico que prevaleció en las valoraciones psiquiátricas (71,42 %) (10). Complementariamente, un estudio realizado en México determinó la prevalencia de depresión mayor en la población con SICA con el cuestionario DMI-10 de un 31,2 %, mientras que por el cuestionario de HADS la prevalencia de depresión correspondió a 8,6 % de la población y la prevalencia de ansiedad fue de un 38,12 %). La depresión puede ser detectado desde los primeros diez días posteriores a la presentación del SICA (11).

En Dinamarca, de 87,118 pacientes con un primer diagnóstico de SICA; el 1,5 % desarrollaron depresión temprana (≤ 30 días) y el 9,5 % desarrolló depresión posterior (31 días - 2 años), después del SICA. Además, el estudio determinó que de entre todos los pacientes con depresión, el 69,2 % tuvo depresión de inicio, mientras que el 30,8 % desarrolló una depresión recurrente en los meses posteriores (12). En EE. UU. Un estudio determinó que los pacientes seleccionados con riesgo de depresión 'moderado a alto' al inicio del estudio tenían niveles más altos de depresión y ansiedad, así como menores niveles de bienestar y apoyo social en comparación con el riesgo de depresión de "no a bajo" (13). En Turquía en el año 2008, un estudio descubrió que los síntomas depresivos (puntuación HAM-D > 8) se presentaron en el 87,8 % de todos los pacientes, a su vez esta puntuación HAM-D estaba estrechamente relacionada con las puntuaciones HAM-A y HAM-PA ($p < 0,001$), presentándose los síntomas ansiosos a la par de los síntomas depresivos (14).

En un estudio conducido en Brasil en el año 2017, se estableció que La prevalencia de síntomas de ansiedad fue del 48,4 % y la prevalencia de síntomas depresivos fue del 26,4 % en pacientes hospitalizados por un SICA. De estos, 19 pacientes

(20,9 % de la muestra total) tuvieron puntuaciones indicativas de ambos tipos de síntomas en forma concomitantemente (15).

En un estudio realizado en Suecia en el año 2018 encontró que la prevalencia de depresión en pacientes con infarto de miocardio con arterias coronarias no obstructivas fue del 35 %, en los controles sanos (9 %; $P = .006$) y en los pacientes con Cardiopatía coronaria (30 %; $P = .954$); a su vez, se encontró que la prevalencia de ansiedad en pacientes con infarto de miocardio con arterias coronarias no obstructivas (27 %) fue mayor que en los controles sanos (9 %; $P = .002$) y similar a la de los pacientes con Cardiopatía coronaria (21 %; $P = .409$) (16).

El síndrome coronario agudo (SICA) constituye la fase aguda de la enfermedad coronaria; el término describe un conjunto de manifestaciones clínicas secundarias a isquemia miocárdica aguda producida, por la formación de trombosis intravascular, embolización distal y obstrucción de la perfusión del miocardio como consecuencia de la rotura o erosión de una placa de ateroma (1).

La angina inestable puede manifestarse con inestabilidad hemodinámica y a menudo precede a un infarto de miocardio o al desarrollo de arritmias y, con menor frecuencia, a una muerte súbita (17).

El infarto de miocardio agudo con elevación del segmento ST se define como la necrosis miocárdica aguda de origen isquémico. En el 95 % de los casos se debe a la formación de un trombo que obstruye por completo una arteria coronaria, lo que se traduce, en el ECG, como una elevación persistente del segmento ST (4).

Las complicaciones de los SICA dependen de la extensión, la duración y la ubicación de la obstrucción de la arteria coronaria. En un infarto de miocardio, parte del miocardio muere; el tejido muerto y el tejido cicatricial que lo reemplaza no es capaz de contraerse. Entre las complicaciones se encuentran: Las alteraciones de la función contráctil (la insuficiencia cardíaca, hipotensión arterial y/o choque) las cuáles aparecen como consecuencia de esta disminución de la musculatura contráctil, así como la incapacidad para bombear sangre. Las arritmias se producen en más del 90 % de las personas que han tenido un infarto de miocardio,

estas se deben a que el infarto de miocardio daña parte del sistema eléctrico del corazón. La pericarditis puede presentarse durante el primer o el segundo día después de un infarto de miocardio o aproximadamente de 10 días a 2 meses más tarde. A veces, la inflamación provoca que una pequeña cantidad de líquido se acumule en el espacio que existe entre las dos capas del pericardio, produciendo un derrame pericárdico. La rotura del tabique provoca que una cantidad excesiva de sangre se desvíe hacia los pulmones, produciendo un edema pulmonar. El miocardio dañado puede formar un aneurisma sobre la pared del ventrículo. Estos aneurismas causan episodios de arritmias cardíacas y reducen la capacidad de bombeo del corazón. El desprendimiento de coágulos se producía en aproximadamente el 10 % de los casos de aneurismas, estos se desplazan por el torrente sanguíneo y se alojan en los vasos sanguíneos de menor calibre a lo largo de todo el organismo (18).

Según la OMS la depresión es un “trastorno mental caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, que puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar el desempeño laboral y educativo” (19). Mientras que la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto define a la depresión como una patología caracterizada por la presencia de un conjunto de síntomas de predominio afectivo: tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida (20).

El Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales 5.^a Edición (DSM-V) estableció los siguientes criterios diagnósticos para depresión mayor (21):

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (4) estado de ánimo depresivo o (5) pérdida de interés o de placer.

(1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.

- (2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 - (3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días.
 - (4) Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
 - (5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
 - (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 - (7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 - (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 - (9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Los trastornos de ansiedad se definen como un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo (22). Por su parte, el Manual de Psiquiatría “Humberto Rotondo” define a los trastornos de ansiedad como “sensaciones subjetivas de tensión intensas e intranquilidad difusa, un estado consciente y

comunicable de premoniciones penosas, no necesariamente relacionadas amenazas externas. En ocasiones, la angustia alcanza niveles extremos de pánico o terror con agitación psicomotriz incontrolable. Estos estados pueden inducir extensos cambios fisiológicos, desencadenando respuestas somáticas y viscerales mediadas por, entre otros, el sistema nervioso autónomo y el sistema hipotalámico-pituitario-endocrino (23).

El Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales 5° Edición (DSM-V) estableció los siguientes criterios diagnósticos para angustia (Ansiedad) (9):

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro o más de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min:

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblores o sacudidas.
4. Sensación de ahogo o falta de aliento.
5. Sensación de atragantarse.
6. Opresión o malestar torácico.
7. Náuseas o molestias abdominales.
8. Inestabilidad, mareo o desmayo.
9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).
10. Miedo a perder el control o volverse loco.
11. Miedo a morir.
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
13. Escalofríos o sofocaciones.

El riesgo de desarrollar ECV en pacientes con depresión depende de dos tipos de factores. Por un lado, los factores vinculados a su comportamiento, y, por otro, a factores fisiológicos. En lo que tiene que ver con el comportamiento, se ha reportado que los pacientes deprimidos tienen costumbres perjudiciales, tales como el tabaquismo alcoholismo intenso e inactividad física, hábitos alimenticios inadecuados, lo que puede contribuir a la presencia de hipertensión arterial, obesidad, resistencia a la insulina y diabetes (componentes del síndrome

metabólico) y mala adherencia a 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.

El papel de la serotonina en el sistema nervioso central y su participación en la depresión están fuera del alcance de esta revisión. Llamativamente, las plaquetas comparten propiedades similares con las terminales nerviosas de las neuronas serotoninérgicas. Este hecho, afortunado 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. Efectivamente, los pacientes con depresión tienen alteraciones de sus parámetros plaquetarios, 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 (24).

La depresión de los pacientes que han tenido un SICA parece ser cualitativamente diferente de la que se observa en los pacientes psiquiátricos y no responder sólo a un proceso de adaptación. Los estudios que buscan diferenciar los tipos de síntomas depresivos han evidenciado que existen distintos clusters, en los que generalmente los discriminantes para considerar una depresión clínica son los cognitivo/afectivos (tristeza, anhedonia, culpa) por encima de los somáticos (25). Esto ha llevado a que algunos autores aconsejen el uso de escalas centradas en los síntomas cognitivos por encima de los somáticos; sin embargo, un análisis de los síntomas de los pacientes participantes del ENRICHD señaló que los síntomas somáticos estuvieron relacionados con muerte o recurrencia del evento cardiaco (9).

Otro punto a considerar es la condición altamente heterogénea de la depresión, de tal forma que la respuesta individual al tratamiento es difícil de predecir (26). Al respecto se ha planteado la posibilidad de que exista un subtipo de depresión que implica un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad en pacientes cardiacos. Este

subtipo puede estar poco representado en unos estudios y sobre representado en otros, llevando a diferencias en los resultados (27). Algunos síntomas de la depresión podrían ser más cardiotóxicos que otros. Por ejemplo, la anhedonia y los síntomas somáticos como las dificultades del sueño o la fatiga tendrían mayor relación con mortalidad (28) siendo la anhedonia quien se asoció de manera independiente con todas las causas de mortalidad (29).

La hipótesis del estudio comprende, Hn: Existe asociación entre nivel de calidad de vida y la presencia de riesgo de ansiedad y depresión en pacientes con SICA al alta hospitalaria, en un centro de salud de la red EsSalud en el período 2019-2020 y Ha: No Existe asociación entre nivel de calidad de vida y la presencia de riesgo de ansiedad y depresión en pacientes con SICA al alta hospitalaria, en un centro de salud de la red EsSalud en el período 2019-2020.

El objetivo general permite establecer la asociación entre nivel de calidad de vida y la presencia de riesgo de ansiedad y depresión en pacientes con SICA al alta hospitalaria, en un centro de salud de la red EsSalud en el período 2019-2020 y los objetivos específicos implican determinar los factores asociados de la presencia de riesgo de ansiedad y depresión en pacientes con síndrome coronario agudo al alta hospitalaria en un centro de salud de la red EsSalud en el período 2019-2020, estimar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con SICA y caracterizar a los paciente con síndrome coronario agudo al alta hospitalaria en un centro de salud de la red Essalud en el período 2019-2020

I. MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal analítico fue realizado a través de llamadas telefónicas entre los meses octubre-diciembre, durante el periodo de aislamiento social debido a Covid-19, en pacientes con SICA quienes fueron atendidos en el servicio de Cardiología del HNAAA durante los años 2019-2020.

La población estuvo constituida por 85 pacientes con un evento de SICA, la muestra lo conformaron los 85 pacientes. Se incluyó a los pacientes mayores de 18 años, quienes tenían acceso a cobertura de al menos una red de telefonía y con disponibilidad de al menos un teléfono fijo o portátil. Se excluyeron a pacientes con más de 1 episodio de SICA previo a la atención del periodo de tiempo 2019-2020.

El muestreo fue no probabilístico debido a la escasa población se evaluó a toda la población accesible que contestara las llamadas telefónicas y accediera a participar en el estudio.

En los instrumentos un cuestionario conformado en 4 secciones, entre las cuales se abarcaron: ver anexos

- 1) Datos epidemiológicos
- 2) Índice de Calidad Vida Adaptación de Mezzich y Colaboradores.
- 3) Test de Hamilton-Depresión.
- 4) Test de Hamilton-Ansiedad.

Para valorar el riesgo de sufrir ansiedad se utilizó el test de Hamilton-ansiedad el cual consta de una evaluación por encuesta de 14 parámetros, siendo 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. En la encuesta original no existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad, sin embargo, en la ejecución del cuestionario en el presente estudio se consideró conveniente establecer los siguientes puntos de corte: 0-17 (No ansiedad-Ansiedad Leve), 18-24 (Ansiedad Moderada), 25-30 (Ansiedad Severa), Muy severa (mayor a 30). El test de hamilton-ansiedad cuentas con buenas propiedades, entre las cuales se encuentran comprendidas una buena validez discriminante ($p < 0,001$), una adecuada validez

convergente (MADRS-Hamilton Depression Rating Scale: $p < 0,05$ y $0,01$), una elevada consistencia interna (α de Cronbach: MADRS=0,88; HARS=0,89).

Para valorar el riesgo de sufrir depresión se utilizó el test de Hamilton-Depresión el cual consta de una evaluación por encuesta de 17 parámetros, contando la versión original de 1960 con 24 ítems. Tanto la versión original como la versión actual (usada en el presente estudio) cuentan con buenas propiedades, entre las cuales se encuentran una buena consistencia interna, contando con un alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92), un elevado coeficiente de correlación intraclass de 0,92 y una fiabilidad interobservador que oscila, entre 0,65 y 0,9. La correlación del Test de Hamilton-Depresión con otros instrumentos de valoración global de la depresión, como la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg, el Inventario de Sintomatología Depresiva y la Escala de Melancolía de Bech, oscila entre 0,8 y 0,9.

La calidad de vida de la población estudiada se usó el índice de Calidad Vida Adaptación de Mezzich y colaboradores, el cual toma en cuenta 10 parámetros en su evaluación: bienestar psicológico, bienestar físico, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo emocional y social, apoyo comunitario y de servicios, plenitud personal, satisfacción espiritual y una valoración global de la calidad de vida. La fiabilidad (Consistencia Interna) del Índice de Calidad Vida adaptación fue alta, presentándose un Alpha de Cronbach de 0,86.

El procedimiento para la recolección de datos consistió en verificar primero los criterios de inclusión y exclusión para formar parte del presente estudio, durante las llamadas telefónicas.

Durante las llamadas telefónicas se brindó una explicación clara y detallada respecto a su participación en el presente estudio de investigación, así como de los riesgos y beneficios de la participación en este.

Debido al cambio de metodología del estudio no fue posible la firma del consentimiento informado, de las encuestas realizadas en los meses posteriores al mes de septiembre del año 2020. Sin embargo, las encuestas realizadas durante

este período contaron con autorización verbal del consentimiento informado por parte de los participantes, obtenida durante las llamadas telefónicas.

La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de una encuesta , agrupadas en cuatro encuestas validadas: Encuesta de características epidemiológicas, , Índice de calidad vida adaptación de Mezzich y colaboradores, Test de Hamilton- Depresión y Test de Hamilton- Ansiedad.

Debido a la actual pandemia de COVID-19 y las medidas de distanciamiento social, el período transcurrido entre el alta hospitalaria en el servicio de cardiología del HNAAA y la recolección es variable, pudiendo ser de unos escasos días hasta 12 meses posteriores al alta.

Durante la recolección por vía telefónica se registraron datos fidedignos a las respuestas de los pacientes a ambos cuestionarios realizados durante la entrevista.

En el análisis descriptivo, se estimaron frecuencias absolutas y relativas de las variables categóricas. En el caso de variables numéricas, se evaluó distribución normal, según ello se estimó la mejor medida de tendencia central y de dispersión.

Para identificar asociación entre los desenlaces de salud mental (depresión y ansiedad) y calidad de vida, y el resto de las variables independientes secundarias, se utilizó la prueba de Chi Cuadrado, previa evaluación de supuesto de frecuencias esperadas. Se trabajó con un nivel de significancia al 5 %.

En el análisis de regresión simple y múltiple, se evaluó asociación entre calidad de vida y desenlaces de salud mental (ansiedad y depresión), construyendo modelos lineales generalizados (GLM, siglas en inglés), familia de distribución Poisson y función de enlace log con varianza robusta. Se estimaron razones de prevalencia e intervalos de confianza al 95 %.

El análisis se realizó mediante el Software Stata versión 15.0 (Stata Corp. College Station, TX, USA).

La investigación fue evaluada por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo y de la Universidad San Martín de Porres (USMP). Durante la recolección de datos, posterior a la aprobación del proyecto, se informó a los pacientes encuestados acerca de los objetivos de la investigación, así como los beneficios que aportó al conocimiento acerca de su enfermedad. Participaron los pacientes que dieron su confirmación verbal del consentimiento durante la llamada telefónica, los datos de los números telefónica se obtuvo de las historias clínicas. Durante la recolección, procesamiento y análisis de datos se respetó la confidencialidad del paciente.

II. RESULTADOS

Tabla 1. Características epidemiológicas de los pacientes con síndrome coronario agudo al alta hospitalaria en un centro de salud de la red Essalud en el período 2019-2020

Características epidemiológicas		n (%)
Edad (años)	menor de 60	37 (43.5)
	mayor o igual a 60	48 (56.5)
Sexo	masculino	65(76.5)
	femenino	20 (23.5)
Grado De Instrucción	primaria	19(22.4)
	secundaria	29(34.1)
	técnico	4(4.7)
	superior	33(38.8)
Número De Hijos		2.29 ± 1.15
Estado Civil	soltero	2(2.4)
	conviviente	39(45.8)
	casado	32(37.6)
	viudo	6(7.1)
	divorciado	6(7.1)
Ocupación	empleado	47(55.3)
	desempleado	16(18.8)
	ama de casa	4(4.7)
	retirado	18(21.2)
Tiempo transcurrido desde SICA (meses)		10 (1 - 13)
dependencia del cuidador	no	66(77.7)
	sí	19(22.3)
Aislamiento	no	40(47.1)
	sí	45(52.9)
Covid -19	no	73(85.9)
	sí	12(14.12)
Sedentarismo	no	44(51.8)
	sí	41(48.2)
Auto reporte de depresión	no	59(69.4)
	sí	26(30.6)
Auto reporte de ansiedad	no	60(70.6)
	sí	25(29.4)
Hábitos nocivos	Tabaquismo	63(74.1)
	Alcoholismo	36(42.3)
Comorbilidades		
Obesidad	no	67(78.9)
	sí	18(21.1)
Diabetes	no	67(78.9)
	sí	18(21.1)
HTA		

	no	51(60.0)
	sí	34(40.0)
Cáncer	no	79(92.9)
	sí	6(7.1)

De un total de 85 pacientes encuestados, la mayoría tenía 60 años o más (56,5 %) y era hombre (76,5 %), tenía grado de instrucción superior (38,8 %), estado civil conviviente (45,8 %) y nivel económico bajo superior (40,0 %). El 55,3 % de la población se encontraba empleada. La mediana del tiempo transcurrido desde el evento de SICA hasta la fecha de la entrevista fue de 10 meses. El 52,9 % de la población se encontraba en aislamiento social obligatorio. El 14,1 % reportó haber tenido COVID-19.

El 42,3 % y 25,9 % reportó consumir frecuentemente alcohol y tabaco, respectivamente.

Respecto a antecedentes, el 21,1 % reportó tener diabetes y el 40 % respondió que era hipertenso, solo el 7,1 % mencionó que padecía alguna patología neoplásica.

Tabla 2. Calidad de vida según la depresión en pacientes con síndrome coronario agudo al alta hospitalaria en un centro de salud de la red Essalud en el período 2019-2020

Calidad de vida	Depresión		Total	X ²	p.valor
	Si	NO			
Mala/regular	23(92.0)	2(8.0)	25 (100,0)	3,684 ^a	0,080
Buena	44(73.3)	16(26.7)	60 (100)		
	67 (78,8)	18 (11,2)	85 (100,0)		

De los usuarios que tuvieron un calidad de vida bueno el 73,3% presentaron depresión y los indicaron una calidad de vida mala/regular el 92% manifestaron depresión, sin embargo se establece que la depresión es independiente de la calidad de vida ($p=0,80 < 0,05$)

Tabla 3. Calidad de vida según la ansiedad en pacientes con síndrome coronario agudo al alta hospitalaria en un centro de salud de la red Essalud en el período 2019-2020

Calidad de vida	Ansiedad		Total	X ²	p.valor
	Leve	Moderada/severa			
Mala/regular	19(76.0)	6(24.0)	25 (100,0)	0,169	0,772
Buena	48(80.0)	12(20.0)	60 (100)		
	67 (78,8)	18 (11,2)	85 (100,0)		

De los usuarios que tuvieron un calidad de vida bueno 80,0% presentaron ansiedad

y los indicaron una calidad de vida mala/regular el 76% manifestaron ansiedad, sin embargo se establece que la ansiedad es independiente de la calidad de vida ($p=0,80 < 0,05$)

Tabla 4. Características epidemiológicas según ausencia o presencia de depresión en pacientes con síndrome coronario agudo al alta hospitalaria en un centro de salud de la red Essalud en el período 2019-2020

Variables	Depresión		p*
	no (n=18) n (%)	sí (n=67) n (%)	
Edad (años)			0.533
Menor de 60	9(24.3)	28(75.7)	
Mayor o igual a 60	9(18.8)	39(81.2)	
Sexo			0.162
Masculino	16(24.6)	49(75.4)	
Femenino	2(10.0)	18(90.0)	
Estado civil			0.459
no casado	4(28.6)	10(71.4)	
casado/conviviente	14(19.7)	57(80.3)	
Número de hijos	2.29 ± 1.15	2.35 ± 1.21	
Grado de instrucción			0.006
No superior	5(10.4)	43(89.6)	
Superior	13(35.1)	24(64.9)	
Ocupación			0.516
Desempleado/retirado	6(17.7)	28(82.3)	
Empleado/ama casa	12(23.5)	39(76.5)	
Tiempo transcurrido desde sica (meses)**			0.386
< 9 meses	4(15.4)	22(84.6)	
>=10 meses	14(23.7)	45(76.3)	
Dependencia del cuidador			0.514
No	15(22.7)	51(77.3)	
Sí	3(15.8)	16(84.2)	
Aislamiento			0.778
No	9(22.5)	31(77.5)	
Sí	9(20.0)	36(80.0)	
COVID -19			0.726
No	15(20.6)	58(79.4)	
Sí	3(25.0)	9(75.0)	
Sedentarismo			0.717
No	10(22.7)	34(77.3)	
Sí	8(19.5)	33(80.5)	
HÁBITOS NOCIVOS			
Alcoholismo			0.840
No	10(20.4)	39(79.6)	
Sí	8(22.2)	28(77.8)	
Tabaquismo			0.043
No	10(15.9)	53(84.1)	
Sí	8(36.4)	14(63.6)	
COMORBILIDAD			
Obesidad			0.440
No	13(19.4)	54(80.6)	
Sí	5(27.8)	13(72.2)	
Diabetes			0.440
No	13(19.4)	54(80.6)	
Sí	5(27.8)	13(72.2)	
Hta			0.914

No	11(21.6)	40(78.4)	0.779
Sí	7(20.6)	27(79.4)	
Cáncer			
No	17(21.5)	62(78.5)	
Sí	1(16.7)	5(83.3)	

En el análisis bivariado, se observó mayor proporción de depresión en pacientes con un índice de calidad de vida malo/regular, respecto a tener calidad de vida bueno; asociado marginalmente (92,0 % vs.73,3 %). Adicionalmente, se encontró mayor proporción de depresión en pacientes sin educación superior, respecto a los pacientes con educación superior (89,6 % vs. 64,9 %, p= 0,006). Además, los no fumadores tenían menor frecuencia de depresión, en contraste con los fumadores (84,1 % vs. 63,6 %, p=0,043).

Tabla 5. Características epidemiológicas según grado de ansiedad en pacientes con síndrome coronario agudo al alta hospitalaria en un centro de salud de la red Essalud en el período 2019-2020

Variables	Ansiedad		p*
	leve (n=67) n (%)	moderada/severa- muy severa (n=18) n (%)	
Edad (años)			0.326
menor de 60	31(83.8)	6(16.2)	
mayor o igual a 60	36(75.0)	12(25.0)	
Sexo			0.084
masculino	54(83.1)	11(16.9)	
femenino	13(65.0)	8(35.0)	
Estado civil			0.459
no casado	10(71.4)	4(28.6)	
casado/conviviente	57(80.3)	14(19.7)	
Número de hijos	2.22 ± 1.04	2.55 ± 1.50	
Grado de instrucción			0.040
no superior	34(70.8)	14(29.2)	
superior	33(89.2)	4(10.8)	
Ocupación			0.129
desempleado/retirado	24(70.6)	10(29.4)	
empleado/ama casa	43(84.3)	8(15.7)	
Tiempo transcurrido desde sica (meses)**			0.149
< 9 meses	23(88.5)	3(11.54)	
>=10 meses	44(74.6)	15(25.4)	
Dependencia del cuidador			0.534

no	53(80.3)	13(19.7)	
sí	14(73.7)	5(26.3)	
Aislamiento			0.434
no	33(82.5)	7(17.5)	
sí	34(75.6)	11(24.4)	
COVID -19			0.266
no	59(80.8)	14(19.2)	
sí	8(66.7)	4(33.3)	
Sedentarismo			0.218
no	37(84.1)	7(15.9)	
sí	30(73.2)	11(26.8)	
HÁBITOS NOCIVOS			
Alcoholismo			0.013
no	34(69.4)	15(30.6)	
sí	33(91.7)	3(8.3)	
Tabaquismo			0.107
no	47(74.6)	16(25.4)	
sí	20(90.9)	2(9.1)	
COMORBILIDADES			
Obesidad			0.440
no	54(80.6)	13(19.4)	
sí	13(72.2)	5(27.8)	
Diabetes			0.038
no	56(83.6)	11(16.4)	
sí	11(61.1)	7(38.9)	
Hta			0.129
no	43(84.3)	8(15.7)	
sí	24(70.6)	10(29.4)	
Cáncer			0.779
no	62(78.5)	17(21.5)	
sí	5(83.3)	1(16.7)	

En cuanto a ansiedad, no se observaron diferencias con la calidad de vida referida por los participantes. Sin embargo, existió mayor proporción de ansiedad en pacientes con grado de instrucción no superior (29,2 % vs 10,8 %; $p=0,040$). También, se observó mayor frecuencia de ansiedad en no alcohólicos, respecto a los alcohólicos (30,6 vs 8,3 %; $p=0,013$). Además, los pacientes que reportaron diabetes mostraron mayor frecuencia de ansiedad, con respecto a pacientes que reportaron ser no diabéticos (38,9 % vs 16,4 %, $p=0,038$).

Tabla 6. Análisis de regresión simple y múltiple de la asociación de las características epidemiológicas con la depresión en pacientes con síndrome coronario agudo al alta hospitalaria en un centro de salud de la red Essalud en el período 2019-2020

Características	Depresión					
	Regresión simple			Regresión múltiple, **		
	pr	ic 95 %	p*	pr	ic 95 %	p*
Edad (años)						
menor de 60	ref.			ref.		
mayor o igual a 60	1.07	0.85 - 1.35	0.543	0.93	0.71 - 1.21	0.591
Sexo						
femenino	ref.			ref.		
masculino	1.19	0.97 - 1.46	0.087	1.09	0.83 - 1.42	0.523
Estado civil						
no casado	ref.			ref.		
casado/conviviente	1.12	0.78 - 1.59	0.516	1.05	0.72 - 1.53	0.780
Grado de instrucción						
no superior	ref.			ref.		
superior	0.72	0.55 - 0.93	0.014	0.75	0.58 - 0.97	0.034
Ocupación						
desempleado/retirado	ref.			ref.		
empleado/ama de casa	0.93	0.74 - 1.15	0.507	1.04	0.80 - 1.35	0.753
Número de hijos	1.04	0.96 - 1.13	0.236	1.08	0.98 - 1.20	0.081
Tiempo transcurrido desde sica (meses)**						
< 9 meses	ref.			ref.		
>=10 meses	0.90	0.72 - 1.12	0.351	0.93	0.66 - 1.31	0.683
Aislamiento						
no	ref.			ref.		
sí	1.03	0.82 - 1.29	0.780	0.80	0.55 - 1.18	0.272
COVID -19						
no	ref.			ref.		
sí	0.94	0.66 - 1.33	0.746	0.94	0.69 - 1.27	0.707
Sedentarismo						
no	ref.			ref.		
sí	1.04	0.83 - 1.29	0.718	1.00	0.77 - 1.30	0.983
HÁBITOS NOCIVOS						
Alcoholismo						
no	ref.			ref.		
sí	0.97	0.77 - 1.22	0.842	1.19	0.90 - 1.58	0.217
Tabaquismo						
no	ref.			ref.		
sí	0.75	0.54 - 1.05	0.103	0.75	0.54 - 1.05	0.100
COMORBILIDADES						
Obesidad						
no	ref.			ref.		
sí	0.89	0.65 - 1.22	0.490	0.89	0.63 - 1.25	0.515
Diabetes						
no	ref.			ref.		
sí	0.89	0.65 - 1.22	0.490	0.98	0.70 - 1.37	0.924
Hta						
no	ref.			ref.		
sí	1.01	0.80 - 1.26	0.914	1.04	0.81 - 1.34	0.730
Cáncer						
no	ref.			ref.		
sí	1.06	0.72 - 1.54	0.756	0.74	0.47 - 1.16	0.196

En el análisis de regresión simple, se encontró que el grado de instrucción superior disminuía 28 % la frecuencia de depresión (RP=0,72; IC95 % 0,55 – 0,93), mientras que pertenecer al nivel socioeconómico bajo inferior incrementaba 50 % la frecuencia de síntomas depresivos (RP=1,5; IC 95 % 1,16 – 1,93). En el análisis de regresión múltiple, se confirmaron los hallazgos del análisis de regresión simple con respecto a las variables grado de instrucción y calidad de vida. El grado de instrucción superior (RP= 0,75; IC 95 % 0,58 – 0,97)

Tabla 8. Análisis de regresión simple y múltiple de la asociación de las características epidemiológicas con la ansiedad en pacientes con síndrome coronario agudo al alta hospitalaria en un centro de salud de la red Essalud en el período 2019-2020

Características	Ansiedad					
	Regresión simple			Regresión múltiple,**		
	pr	ic 95 %	p*	pr	ic 95 %	p*
Edad (años)						
menor de 60	ref.			ref.		
mayor o igual a 60	1.54	0.63 - 3.74	0.339	0.37	0.11 - 1.23	0.107
Sexo						
femenino	ref.			ref.		
masculino	2.06	0.92 - 4.64	0.078	2.52	0.87 - 7.26	0.086
Estado civil						
no casado	ref.			ref.		
casado/conviviente	0.69	0.26 - 1.79	0.448	1.01	0.38 - 2.71	0.969
Grado de instrucción						
no superior	ref.			ref.		
superior	0.37	0.13 - 1.03	0.059	0.27	0.06 - 1.13	0.073
Ocupación						
desempleado/retirado	ref.			ref.		
empleado/ama de casa	0.53	0.23 - 1.21	0.136	0.35	0.11 - 1.05	0.063
Número de hijos	1.21	0.80 - 1.82	0.353	0.70	0.40 - 1.24	0.227
Tiempo transcurrido desde sica (meses)**						
< 9 meses	ref.			ref.		
>=10 meses	2.20	0.69 - 7.01	0.181	4.74	1.38 - 16.2	0.013
Aislamiento						
no	ref.			ref.		
sí	1.39	0.59 - 3.27	0.442	1.82	0.39 - 8.36	0.438
COVID -19						
no	ref.			ref.		
Sí	1.73	0.68 - 4.42	0.246	21.05	5.03 -88.36	0.000
Sedentarismo						
no	ref.			ref.		
sí	1.68	0.71 - 3.95	0.229	1.03	0.32 - 3.24	0.960
HÁBITOS NOCIVOS						

Alcoholismo						
no	ref.			ref.		
sí	0.27	0.84 - 0.87	0.029	0.14	0.05 - 0.35	0.000
Tabaquismo						
no	ref.			ref.		
sí	0.35	0.08 - 1.44	0.149	0.12	0.00 - 4.55	0.254
COMORBILIDADES						
Obesidad						
no	ref.			ref.		
sí	1.43	0.58 - 3.50	0.432	0.47	0.05 - 4.03	0.499
Diabetes						
no	ref.			ref.		
sí	2.36	1.06 - 5.25	0.034	12.25	2.38 - 62.96	0.003
Hta						
no	ref.			ref.		
sí	1.87	0.81 - 4.28	0.136	3.81	1.19 - 12.16	0.024
Cáncer						
no	ref.			ref.		
sí	0.77	0.12 - 4.92	0.786	0.43	0.11 - 1.67	0.229

En cuanto a ansiedad, en el análisis de regresión simple, no se encontró asociación con calidad de vida. Además, consumir alcohol reducía 73 % la frecuencia de ansiedad (RP=0,27; IC95 %: 0,84 – 0,87). Los diabéticos tenían 136 % mayor frecuencia de ansiedad, respecto a no diabéticos (RP=2,36; IC95 %: 1,06 – 5,25). En la regresión múltiple, los factores asociados a una mayor frecuencia de ansiedad fueron tiempo transcurrido desde SICA mayor o igual a 10 meses (RP= 4,74; IC 95 %: 1,38 - 16,2), auto-reporte de haber tenido COVID-19 (RP= 21,05, IC 95 %: 5,03 – 88,36), los diabéticos (RP=12,25, IC 95 %: 2,38 – 62,96), los hipertensos (RP=3,81; IC95 %: 1,19 – 12,16), tener nivel socioeconómico bajo inferior (RP= 6,91; IC 95 %: 1,79 – 26,64). Por el contrario, consumir alcohol se asoció en forma negativa a tener ansiedad (RP=0,14; IC 95 %: 0,05-0,35).

III. DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontró que un porcentaje elevado de la población reportó un Índice de calidad de vida malo o regular (29,6 %). Entre los factores asociados a depresión se encontró a grado de instrucción no superior, ser no fumador, índice de calidad de vida malo/regular y ser de nivel socioeconómico bajo inferior. Entre los factores epidemiológicos a ansiedad se encontró a grado de instrucción no superior, ser no alcohólico, ser diabético e índice de calidad de vida malo/regular.

Se encontró que el 70,6 % de la población estudiada presentaron un índice de calidad de vida bueno, y sólo 2,3 % presentaron mala calidad de vida. Este hallazgo es similar con una investigación realizada en España, donde el 54,5 % de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo presentaban niveles de calidad de vida bueno (30), y el 86,4 % en pacientes con enfermedad arterial coronaria. No obstante (31), se contraponen con lo señalado en un estudio realizado donde reportó una frecuencia de buena calidad de vida de 37 % (32). Mientras, Golbert y cols. (33) encontraron que un 29 % presentaron mala calidad de vida, y otra investigación en México que mostró un 32 % de mala calidad de vida (34).

En esta investigación se encontró que casi 8 de cada 10 pacientes presentaron depresión. Esto es consistente con lo descrito en estudios previos (39,40). Sin embargo, estos resultados son superiores a lo descrito por Jayakumar y colaboradores (41) encontraron que el 46,1 % de los pacientes con infarto de miocardio presentaron depresión. Doyle et al. reportaron 65 % de casos de depresión en pacientes con infarto de miocardio (42). La prevalencia de depresión en pacientes después de eventos de SICA aumenta significativamente en comparación con la población general porque está demostrado que los pacientes con SICA tienen un mayor predisposición a presentar eventos estresantes, así como están más expuestos a la amenaza de muerte y pérdida de autonomía que se convierten en estresores que generan depresión, y casi dos tercios de estos pacientes suelen tener síntomas de depresión meses después del evento (42,43). Adicionalmente, se encontró que la mayoría de los pacientes encuestados presentó ansiedad leve (78,8 %), y el 12,9 % y 7,1 % de los pacientes entrevistados

presentaron ansiedad moderada y severa; respectivamente. Esto es consistente que los niveles de ansiedad leve fueron entre el 16 % al 50 % en pacientes con insuficiencia cardiaca (34,44). Tran et al. Encontraron que la prevalencia de ansiedad moderada a muy severa en pacientes dados de alta por síndrome coronario agudo fue de un 18,8 % del total (45). Esquivel et al. Encontraron menor proporción de ansiedad leve (25,9 %), moderada (11,5 %) y severa (0,7 %) (11). La alta frecuencia de ansiedad leve en los pacientes podría deberse a la sintomatología del síndrome de adaptación, la cual podría haber producido falsos positivos en la realización de la prueba del test de Hamilton ansiedad (46).

Complementariamente, la elevada frecuencia de síntomas ansiosos y depresivos en la población estudiada, tal como indica Murphy et al que los pacientes están más ansiosos o deprimidos después de un evento cardíaco agudo, incluso están más propensos a otro evento posterior (45). Asimismo, la actual pandemia SARS-CoV-2 produce un fuerte impacto psicológico en la población, la cual es expuesta a la influyente acción de los medios de comunicación ocasionando perturbación y temor al contagio (47); ciertamente, el confinamiento de las personas ocasionan un estado de ánimo cada vez más bajo debido al encierro el encierro (48,49). La pandemia de COVID-19 ha revelado e intensificado las disparidades y desafíos preexistentes entre las personas que viven con enfermedades crónicas en términos de recursos materiales, condición psicosocial, apoyo social y acceso a la atención (50). En tiempos posteriores a una pandemia, será fundamental abordar las fallas en las políticas de salud y bienestar para fomentar la equidad y la inclusión social de las personas con otras comorbilidades (51).

Se encontró que los pacientes con buena calidad de vida tenían 34 % menor frecuencia de presentar depresión. Esto es similar a lo reportado en un estudio similar realizado en Portugal por Dias et al. quienes evidenciaron que los pacientes con buena calidad de vida tenían 34 % menor frecuencia de presentar depresión (52). Asimismo, estos hallazgos son similares a lo reportado por Apaza donde se encontró que una mala calidad de vida está asociado a depresión en el adulto mayor (52) La probable explicación de la asociación entre calidad de vida y depresión se podría deber a la influencia de satisfacción del individuo y su relación con la percepción de su salud, por lo tanto cuando no se cumple esto en el paciente

con SICA se presentarían mayores estresores, los cuales impactan en su salud mental, traducido en incremento de los niveles de depresión (53).

Por el contrario, paradójicamente tener buena calidad de vida estuvo asociado a una mayor frecuencia de presentar ansiedad moderada/severa. Esto es contrario a lo hallado en múltiples estudios donde bajos niveles de calidad de vida se relaciona con puntajes más altos de ansiedad (44,54). Este hallazgo podría deberse a que los pacientes con síndrome coronario solos son más vulnerables a la angustia psicosocial y al aislamiento social (55).

Durante el presente estudio se encontró que tener un grado de instrucción superior disminuía la frecuencia de presentar depresión. Esto confirma el estudio Gan et al. en un estudio realizado en mujeres, donde establece que la educación tiene un impacto diferencial sobre los síntomas de la depresión: un menor nivel educativo se asocia con más síntomas depresivos (56). Esto puede deberse a que las personas con un mayor nivel educativo tienen mejores ingresos económicos con el que pueden mejorar su salud porque pueden satisfacer sus necesidades básicas (57).

El auto-reporte de COVID-19 estuvo asociado a tener mayor frecuencia de nivel de ansiedad moderada/severa. Esto es similar a lo señalado por Lau et al, quien ha señalado que la pandemia ha incrementado la frecuencia de ansiedad en los pacientes con enfermedades cardiovasculares (58). Esta asociación podría ser explicada por el aislamiento social, el temor al contagio, así como al no seguimiento de su enfermedad por las restricciones sanitarias ocasionan un incremento de los estresores y a raíz de estos sucesos un aumento de la frecuencia de ansiedad.

Paradójicamente, se encontró que los pacientes quienes reportaron alcoholismo tenían menor frecuencia de presentar ansiedad moderada/severa. Coincide con Dorado et al. Sobre el consumo de alcohol aparece como estrategia para reducir la ansiedad, en coincidencia con las hipótesis de disminución de la tensión. Estos resultados se contradicen a lo reportado en diferentes estudios (59,60). Esto podría deberse a que los pacientes podrían consumir alcohol como una forma de diversión y como interrelación social lo cual no impactaría en la ansiedad y porque serían

otros los factores que se relacionan con la ansiedad.

El auto-reporte de diabetes estuvo asociado a una mayor frecuencia de presentar ansiedad moderada/severa. Esto es consistente con lo encontrado por Huang et al., dado que la prevalencia de ansiedad fue mayor entre los pacientes con DM2 que en la población general (61). Asimismo, es similar a lo reportado por Tajfard et al., donde la ansiedad son factores potencialmente importantes entre los pacientes con diabetes (62). Esta asociación podría ser explicada por el deterioro en la calidad de vida del paciente que produce la diabetes mellitus, así como el impacto económico que produce la necesidad de medicación constante para el tratamiento de la enfermedad y las múltiples complicaciones micro y macroangiopáticas de la diabetes mellitus, las cuales pueden aumentar el riesgo de sufrir síntomas ansiosos en el paciente, así como aumentar la frecuencia e intensidad de estos síntomas (63).

Los pacientes hipertensos presentaban mayor frecuencia de presentar ansiedad moderada/severa. Esto es similar a Cheung et al., quienes encontraron asociación positiva entre la hipertensión arterial y ansiedad (64). Además, concuerda con lo señalado por Wie et al., que encontraron que 12 % de pacientes hipertensos presentaron ansiedad (65). Esta asociación podría ser explicada por la constante preocupación de los pacientes con SICA de presentar nuevamente la patología cardiovascular a diferencia de los pacientes sanos (66).

Los hallazgos son de gran importancia para la salud pública, para un mejor control de las comorbilidades como la diabetes, que pueden afectar en la salud mental del paciente, también como el grado de instrucción puede mejorar las condiciones de las personas para tener más herramientas para satisfacer sus necesidades y disminuir los trastornos mentales como la ansiedad y la depresión.

Este estudio presenta algunas limitaciones. Primero, sesgo de información, debido al estado de emergencia sanitaria por COVID-19 se realizaron entrevistas telefónicas a los participantes, además el tiempo transcurrido desde el evento del SICA hasta la evaluación fue de aproximadamente 1 a 13 meses con el cual podrían variar los valores de calidad de vida, ansiedad y depresión. Segundo, sesgo de

selección, ya que los hallazgos de este estudio no pueden ser inferidos a toda la población de estudio pues representan únicamente a una sede hospitalaria.

La investigación presenta fortalezas. Se destaca que el estudio se realizó en tiempo de pandemia, donde un importante porcentaje de paciente presentaron COVID-19, además estuvieron expuestos al aislamiento social y al temor al contagio, a la muerte y la no continuidad de su tratamiento. Lo cual lo diferencia de otros estudios.

IV. CONCLUSIONES

El nivel de calidad de vida no se asoció con la depresión, ni la ansiedad en pacientes con síndrome coronario agudo al alta hospitalaria en un centro de salud de la red EsSalud en el período 2019-2020.

Se establece que los casos de SICA fueron más frecuente en personas mayores o igual a 60 años, así como en varones, y se encuentran aislado por el temor a la infección del COVID-19, casi la mitad estaban sedentarios.

La prevalencia de ansiedad y depresión fue del 30,6 % y 29,4 % respectivamente en pacientes con SICA al alta hospitalaria en un centro de salud de la red EsSalud en el período 2019-2020

Los pacientes con estudios no superiores presentaron (0,006) mayor probabilidad de depresión, mientras los que consumen tabaco con menor porcentaje de depresión ($p=0,043$) pacientes con SICA al alta hospitalaria en un centro de salud de la red EsSalud en el período 2019-2020

El grado de instrucción y la diabetes se asociaron con un mayor porcentaje de ansiedad, mientras los pacientes con alcoholismo tuvieron menores niveles de ansiedad moderada y severa.

V. RECOMENDACIONES

Se recomienda al personal especialista del establecimiento de salud en estudio sensibilizar a los pacientes sobre la importancia de mantener una calidad de vida que genere bienestar psicológico que disminuya sus niveles de ansiedad y depresión.

Se recomienda al personal profesional de la oficina de epidemiología del establecimiento en estudio mapear las características socioeconómicas y demográficas de este tipo de pacientes con el fin de fomentar la investigación en esta patología. Tipo de patología.

Se recomienda a la oficina de gestión de pacientes en el establecimiento en estudio, contrastar los hallazgos de prevalencia con años anteriores para obtener datos más confiables sobre prevalencia de período e incidencia puntual de la enfermedad.

Se sugiere al establecimiento organizar actividades preventivo-promocionales para asociar el SICA con factores de riesgo tales como el sedentarismo, abuso de tabaco y desconocimiento de la enfermedad y sus agentes causales.

Se recomienda a los pacientes del establecimiento gestionar sus respectivas interconsultas con otras especialidades tales como endocrinología, nutrición y psicología para mejorar la calidad de vida física, emocional y de su entorno.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Barth J, Schumacher M, Herrmann-Lingen C. Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosom Med.* diciembre de 2004;66(6):802-13.
2. Burg MM, Abrams D. Depression in chronic medical illness: the case of coronary heart disease. *J Clin Psychol.* noviembre de 2001;57(11):1323-37.
3. Bendezú CG. Factores asociados a la prevalencia de depresión en pacientes con cardiopatía isquémica. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2014 [Internet] [Tesis de Especialidad]. [Lima]: Universidad San Martín de Porres; 2015 [citado 6 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/1232>
4. Rozman B, Cardellach F. *Medicina Interna.* Elseiver; 2016.
5. Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de las enfermedades cardiovasculares [Internet]. 2014 [citado 12 de octubre de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/es/.
6. Reyes M, Heredia J, Campodónico S, Drago S, Alvarado O. Registro Nacional de infarto miocárdio agudo (RENIMA). *Rev peru cardiol.* 2008;34(2):84-98.
7. Di Benedetto M, Lindner H, Hare D, Kent S. The role of coping, anxiety, and stress in depression post-acute coronary syndrome. *Psychology, health & medicine.* 1 de septiembre de 2007;12:460-9.
8. Cerezo S, Hernandez M, Rodriguez G, Rivas R. Efectos de una intervención de manejo de estrés en mujeres con hipertensión arterial sistémica. *ActColomPsicol.* 2009;12(1):85-93.
9. Lemos M, Agudelo D. Consideraciones sobre la depresión como factor de riesgo en pacientes cardiovasculares. *CES Psicol* [Internet]. 2015 [citado 6 de noviembre de 2021];8(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802015000100013

10. Monard RV. Prevalencia de depresión en pacientes del servicio de cardiología Hospital Regional IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo 2007 - 2009 [Internet] [Tesis de pregrado]. [Guayaquil]: Universidad de Guayaquil; 2011 [citado 6 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/38447>
11. Esquivel C, Castillo J, Fernando Hernández, Espino F, Martínez-Mendoza J, Galindo B, et al. Ansiedad y Depresión en Síndrome Coronario Agudo. *Medicrit : Revista de Medicina Crítica*. 1 de febrero de 2009;6.
12. Joergensen TSH, Maartensson S, Ibfelt EH, Joergensen MB, Wium-Andersen IK, Wium-Andersen MK, et al. Depression following acute coronary syndrome: a Danish nationwide study of potential risk factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. noviembre de 2016;51(11):1509-23.
13. Ski CF, Worrall-Carter L, Cameron J, Castle DJ, Rahman MA, Thompson DR. Depression screening and referral in cardiac wards: A 12-month patient trajectory. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 1 de febrero de 2017;16(2):157-66.
14. Vural M, Acer M, Akbaş B. The scores of Hamilton depression, anxiety, and panic agoraphobia rating scales in patients with acute coronary syndrome. *Anadolu Kardiyol Derg*. febrero de 2008;8(1):43-7.
15. Meneghetti CC, Guidolin BL, Zimmermann PR, Sfoggia A. Screening for symptoms of anxiety and depression in patients admitted to a university hospital with acute coronary syndrome. *Trends Psychiatry Psychother*. marzo de 2017;39:12-8.
16. Daniel M. Prevalence of Anxiety and Depression Symptoms in Patients with Myocardial Infarction with Non-Obstructive Coronary Arteries - The American Journal of Medicine. *The American Journal Of Medicine* [Internet]. 2018 [citado 6 de noviembre de 2021]; Disponible en: [https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(18\)30482-0/fulltext](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(18)30482-0/fulltext)
17. Swey R. Angina inestable - Trastornos cardiovasculares - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. 2020 [citado 6 de noviembre de 2021].

Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-cardiovasculares/enfermedad-coronaria/angina-inestable>.

18. Swey R. Complicaciones de un síndrome coronario agudo - Trastornos del corazón y los vasos sanguíneos [Internet]. Manual MSD versión para público general. 2020 [citado 6 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-del-coraz%C3%B3n-y-los-vasos-sangu%C3%ADneos/arteriopat%C3%ADa-coronaria-coronariopat%C3%ADa/complicaciones-de-un-s%C3%ADndrome-coronario-agudo>.
19. OMS. Depresión. Salud mental [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
20. Alvarez M. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Innovación MdCe; 2009.
21. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. Editorial Médica Panamericana; 2013.
22. Navas W, Vargas M. Transtornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. Rev méd Costa Rica Centroam. 2012;49(604):497-507.
23. Rotondo H. Manual de Psiquiatría. 1990.
24. Romero CE. Depresión y enfermedad cardiovascular. Revista Uruguaya de Cardiología. septiembre de 2007;22(2):92-109.
25. McGuire AW, Eastwood JA, Hays RD, Macabasco-O'Connell A, Doering LV. Depressed or not depressed: untangling symptoms of depression in patients hospitalized with coronary heart disease. Am J Crit Care. marzo de 2014;23(2):106-16.
26. Carney R, Freedland, K. Depression in patients with coronary heart disease. 2008;12(11).
27. Carney RM, Freedland KE. Are Somatic Symptoms of Depression Better Predictors of Cardiac Events than Cognitive Symptoms in Coronary Heart Disease? Psychosom Med. enero de 2012;74(1):33-8.

28. Almeida OP, Alfonso H, Flicker L, Hankey GJ, Norman PE. Cardiovascular disease, depression and mortality: the Health In Men Study. *Am J Geriatr Psychiatry*. mayo de 2012;20(5):433-40.
29. Alarcón R, Vallejo ER. Medicina psicosomática en enfermedad cardiovascular: consideraciones clínicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2006;XXXV:112S-124S.
30. García E. Depresión como factor de riesgo de la calidad de vida y depresión postinfarto, en pacientes con síndrome coronario agudo, en el área de salud de Soria. *Ciencias Médicas* [Internet]. 2011 [citado 11 de julio de 2021]; Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=204928>
31. Loáisiga H. Calidad de vida de los pacientes con enfermedad arterial coronaria incluidos en el programa de rehabilitación cardíaca del hospital San Vicente de Paúl en Heredia. *Revista Costarricense de Cardiología*. diciembre de 2008;10(1-2):9-13.
32. Rojas J, Flórez ML. Adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con infarto agudo de miocardio. *Aquichan*. 2016;16(3):328-39.
33. Goldberg RJ, Saczynski JS, McManus DD, Waring ME, McManus R, Allison J, et al. Characteristics of contemporary patients discharged from the hospital after an acute coronary syndrome. *Am J Med*. octubre de 2015;128(10):1087-93.
34. Salazar T, López C, Río B, Barreiro L. Relación de la depresión, ansiedad y calidad de vida en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardíaca. *Psicología y Salud*. 2014;24(1):25-34.
35. Mayoral AP, Ibarz E, Gracia L, Mateo J, Herrera A. The use of Barthel index for the assessment of the functional recovery after osteoporotic hip fracture: One year follow-up. *PLoS One*. 2019;14(2):e0212000.
36. Trullàs JC, Pérez JI, Conde A, Llàcer P, Suárez I, Ormaechea G, et al. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada: resultados del Registro RICA. *Medicina Clínica*. 9 de julio de 2021;157(1):1-9.

37. Real R, Jara G. Pronóstico vital y secuelas neurológicas en los pacientes con accidente cerebrovascular del Hospital Nacional, Paraguay. *Revista Cubana de Medicina*. 2016;56(3).
38. Cid J, Damián J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*. marzo de 1997;71(2):127-37.
39. Shruthi DR, Kumar SS, Desai N, Raman R, Sathyanarayana Rao TS. Psychiatric comorbidities in acute coronary syndromes: Six-month follow-up study. *Indian J Psychiatry*. 2018;60(1):60-4.
40. De Hert M, Detraux J, Vancampfort D. The intriguing relationship between coronary heart disease and mental disorders. *Dialogues Clin Neurosci*. marzo de 2018;20(1):31-40.
41. Sreenivasan J, Khan MS, Khan SU, Hooda U, Aronow WS, Panza JA, et al. Mental health disorders among patients with acute myocardial infarction in the United States. *American Journal of Preventive Cardiology*. 1 de marzo de 2021;5:100133.
42. Doyle F, McGee H, Conroy R, Conradi HJ, Meijer A, Steeds R, et al. Systematic Review and Individual Patient Data Meta-Analysis of Sex Differences in Depression and Prognosis in Persons With Myocardial Infarction: A MINDMAPS Study. *Psychosomatic Medicine*. mayo de 2015;77(4):419-28.
43. Martina M, Ara MA, Gutiérrez C, Nolberto V, Piscocoya J. Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. *Anales de la Facultad de Medicina*. octubre de 2017;78(4):393-7.
44. Torres M. Prevalencia, infradiagnóstico y calidad de vida en pacientes con depresión tras síndrome coronario agudo. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia [Internet]*. 2015 [citado 20 de julio de 2021];4(4). Disponible en: <https://psiquiatria.com/depresion/prevalencia-infradiagnostico-y-calidad-de-vida-en-pacientes-con-depresion-tras-sindrome-coronario-agudo/>

45. Murphy B, Le Grande M, Alvarenga M, Worcester M, Jackson A. Anxiety and Depression After a Cardiac Event: Prevalence and Predictors. *Front Psychol* [Internet]. 2020 [citado 11 de julio de 2021];10. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.03010/full>
46. Tellería C. Evaluación de los niveles de depresión, ansiedad y factores psicosociales en Pacientes con Diabetes Gestacional Previa: Ciudad Hospitalaria. *Comunidad y Salud*. Diciembre de 2014;12(2):62-72.
47. Gambaro A, Ho HH, Kaier TE, Pires-Morais G, Patel JA, Ansari Ramandi MM. Management of Acute Coronary Syndrome in the COVID-19 Era. *JACC Case Rep*. 15 de julio de 2020;2(9):1429-32.
48. Soldevila N, Forcano L, Boronat A, Lorenzo T, Piera I, Puig-Pijoan A, et al. Effects of COVID-19 Home Confinement on Mental Health in Individuals with Increased Risk of Alzheimer's Disease. *J Alzheimers Dis*. 2021;79(3):1015-21.
49. Llopis E, Anderson P, Segura L, Zabaleta E, Muñoz R, Ruiz G, et al. Mental ill-health during COVID-19 confinement. *BMC Psychiatry*. 14 de abril de 2021;21(1):194.
50. Hawes MT, Szenczy AK, Klein DN, Hajcak G, Nelson BD. Increases in depression and anxiety symptoms in adolescents and young adults during the COVID-19 pandemic. *Psychological Medicine*. undefined/ed;1-9.
51. Dassieu L, Pagé MG, Lacasse A, Laflamme M, Perron V, Janelle-Montcalm A, et al. Chronic pain experience and health inequities during the COVID-19 pandemic in Canada: qualitative findings from the chronic pain & COVID-19 pan-Canadian study. *International Journal for Equity in Health*. 23 de junio de 2021;20(1):147.
52. Dias C, Mateus P, Santos L, Mateus C, Sampaio F, Adão L, et al. Acute coronary syndrome and predictors of quality of life. *Revista portuguesa de cardiologia : órgão oficial da Sociedade Portuguesa de Cardiologia = Portuguese journal of cardiology : an official journal of the Portuguese Society of Cardiology*. 1 de junio de 2005;24:819-31.

53. Soto M, Failde I. La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. Diciembre de 2004;11(8):53-62.
54. Lee BJ, Go JY, Kim AR, Chun SM, Park M, Yang DH, et al. Quality of Life and Physical Ability Changes After Hospital-Based Cardiac Rehabilitation in Patients With Myocardial Infarction. *Ann Rehabil Med*. Febrero de 2017;41(1):121-8.
55. Stamp KD, Dunbar SB, Clark PC, Reilly CM, Gary RA, Higgins M, et al. Family Context Influences Psychological Outcomes of Depressive Symptoms and Emotional Quality of Life in Patients with Heart Failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2014;29(6):517-27.
56. Gan Z, Li Y, Xie D, Shao C, Yang F, Shen Y, et al. The impact of educational status on the clinical features of major depressive disorder among Chinese women. *Journal of Affective Disorders*. 1 de febrero de 2012;136(3):988-92.
57. Ten J ten, Koster W de, Waal J van der. Why are Depressive Symptoms More Prevalent Among The Less Educated? The Relevance of Low Cultural Capital and Cultural Entitlement. *Sociological Spectrum*. 4 de marzo de 2017;37(2):63-76.
58. Lau D, McAlister FA. Implications of the COVID-19 Pandemic for Cardiovascular Disease and Risk-Factor Management. *Can J Cardiol*. Mayo de 2021;37(5):722-32.
59. Smith JP, Randall CL. Anxiety and Alcohol Use Disorders. *Alcohol Res*. 2012;34(4):414-31.
60. Acuña VR, Hernández CMR, Guzmán MRA, Hernández LC, Contreras EZ, Jorge RG. Relación del consumo de alcohol y trastornos mentales en habitantes de una población rural. *Investigación y Ciencia*. 2016;24(67):71-7.
61. Huang CJ, Hsieh HM, Tu HP, Jiang HJ, Wang PW, Lin CH. Generalized anxiety disorder in type 2 diabetes mellitus: prevalence and clinical characteristics. *Braz J Psychiatry*. 17 de abril de 2020;42:621-9.

62. Tajfard M, Ghayour-Mobarhan M, Rahimi HR, Moohebbati M, Esmaily H, Ferns G, et al. Anxiety, Depression, Coronary Artery Disease and Diabetes Mellitus; An Association Study in Ghaem Hospital, Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 16 de agosto de 2012;16.
63. Chazova TE, Voznesenskaia TG, Golitsyna TI. [Anxiety-depressive disorders in patients with type 2 diabetes mellitus complicated with acute coronary syndrome]. *Kardiologiia*. 2007;47(6):10-4.
64. Cheung BM, Au T, Chan S, Lam C, Lau S, Lee R, et al. The relationship between hypertension and anxiety or depression in Hong Kong Chinese. *Exp Clin Cardiol*. 2005;10(1):21-4.
65. Wei TM, Wang L. Anxiety Symptoms in Patients with Hypertension: A Community-Based Study. *International journal of psychiatry in medicine*. 1 de febrero de 2006;36:315-22.
66. Hildrum B, Romild U, Holmen J. Anxiety and depression lowers blood pressure: 22-year follow-up of the population based HUNT study, Norway. *BMC Public Health*. 28 de julio de 2011;11(1):601.
67. Mwinyi J, Pisanu C, Castelao E, Stringhini S, Preisig M, Schiöth H. Anxiety Disorders are Associated with Low Socioeconomic Status in Women but Not in Men. *Women's Health Issues*. 1 de febrero de 2017;27.
68. Kim YM, Cho S il. Socioeconomic status, work-life conflict, and mental health. *American Journal of Industrial Medicine*. 2020;63(8):703-12.

ANEXOS

Anexo 1: Preguntas generales

Variable	n.º de meses
Tiempo transcurrido después la Hospitalización hasta la recolección	

Autoreporte de Comorbilidades	Sí	No
Autoreporte de dependencia de un cuidador		
Autoreporte de Aislamiento		
Autoreporte de COVID-19		
Autoreporte de sedentarismo		
Autoreporte de Depresión Mayor		
Autoreporte de Ansiedad		
Autoreporte de alcoholismo		
Autoreporte de tabaquismo		
Autoreporte de Obesidad		
Autoreporte de Diabetes		
Autoreporte de HTA		
Autoreporte de Cáncer		

Nivel de Instrucción	
Analfabeto	
Primaria	
Secundaria	
Técnico	
Superior	
Ocupación	
Empleado	
Desempleado	
Ama de casa	
Retirado	
Estado Civil	
Soltero	
Conviviente	
Casado	
Viudo	
Divorciado	

Variables Demográficas

Sexo	Masculino	
	Femenino	
Edad	Menor a 60 años	
	Mayor a 60 años	
N° de Hijos		

Índice de calidad vida adaptación de Mezzich y colaboradores

Criterio evaluado	Puntaje
1. Bienestar físico; es decir, sentirse con energía, sin dolores ni problemas físicos.	
2. Bienestar psicológico o emocional; es decir, sentirse bien y satisfecho consigo mismo.	
3. Autocuidado y funcionamiento independiente; es decir, cuidar bien de su persona, tomar sus propias decisiones.	
4. Funcionamiento ocupacional; es decir, ser capaz de realizar un trabajo remunerado, tareas escolares y/o domésticas.	
5. Funcionamiento interpersonal; es decir, ser capaz de responder y relacionarse bien con su familia, amigos y grupos.	
6. Apoyo Social-Económico; es decir, poseer disponibilidad de personas en quien confiar y de personas que le proporcionen ayuda y apoyo emocional.	
7. Apoyo comunitario; es decir, poseer un buen vecindario, disponer de apoyo financiero y otros servicios.	
8. Plenitud personal; es decir, sentido de realización personal y de estar cumpliendo con sus metas más importantes.	
9. Satisfacción espiritual; es decir, haber desarrollado una actitud hacia la vida más allá de lo material y un estado de paz interior consigo mismo y con las demás personas.	
10. Calidad de Vida Global; es decir, sentirse satisfecho y feliz con su vida en general	
Puntaje total	

Un puntaje de 1 es mala calidad de vida y un puntaje de 10 es una excelente calidad de vida.

Test de Hamilton-depresión

Ítem	Criterios operativos de valoración	Puntaje	
Humor depresivo	Ausente		0
	Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente		1
	Estas sensaciones las relata espontáneamente		2
	Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)		3
	Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea.		4

Ítem	Criterios operativos de valoración	Puntaje	
Sentimientos de culpa	Ausente		0
	Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente		1
	Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones		2
	Siente que la enfermedad actual es un castigo		3
	Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza		4

Ítem	Criterios operativos de valoración	Puntaje	
Suicidio/ Pensamientos suicidas	Ausente		0
	Le parece que la vida no vale la pena ser vivida		1
	Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir		2
	Ideas de suicidio o amenazas de suicidio		3
	Intentos de suicidio (cualquier intento serio)		4

Ítem	Criterios operativos de valoración	Puntaje	
Insomnio precoz	No tiene dificultad para dormir		0
	Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño		1
	Dificultad para dormir cada noche		2

Ítem	Criterios operativos de valoración	Puntaje	
Insomnio Intermedio	No tiene dificultad para dormir		0
	Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche		1
	Esta despierto durante la noche		2

Ítem	Criterios operativos de valoración	Puntaje	
Insomnio tardío	No tiene dificultad para dormir		0
	Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir		1
	No puede volver a dormirse si se levanta de la cama		2

Ítem	Criterios operativos de valoración	Puntaje	
Trabajo y actividades	No hay dificultad		0
	Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)		1
	Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)		2
	Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad		3
	Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.		4

Ítem	Criterios operativos de valoración	Puntaje	
Inhibición psicomotora	Palabra y pensamiento normales		0
	Ligero retraso en el habla		1
	Evidente retraso en el habla		2
	Dificultad para expresarse		3
	Incapacidad para expresarse		4

Ítem	Criterios operativos de valoración	Puntaje	
Agitación psicomotora	Ninguna		0
	Juega con sus dedos frecuentemente		1
	Juega con sus manos, cabello, etc		2
	No puede quedarse quieto ni permanecer sentado		3
	Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios		4

Ítem	Criterios operativos de valoración	Puntaje	
Ansiedad psíquica	No hay dificultad		0
	Tensión subjetiva e irritabilidad		1
	Preocupación por pequeñas cosas		2
	Actitud aprensiva en la expresión o en el habla		3
	Expresa sus temores sin que le pregunten		4

Ítem	Criterios operativos de valoración	Puntaje	
Ansiedad somática (Sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, palpitaciones, cefaleas, hiperventilación, suspiros, frecuencia de micción incrementada, transpiración frecuente)	Ausente		0
	Ligera		1
	Moderada		2
	Severa		3
	Incapacitante		4

Ítem	Criterios operativos de valoración	Puntaje	
Síntomas somáticos gastrointestinales	Ninguno		0
	Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen.		1
	Sensación de pesadez en el abdomen		2
	Dificultad en comer si no se le insiste.		3
	Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales		4

Ítem	Criterios operativos de valoración	Puntaje	
Síntomas somáticos generales	Ninguno		0
	Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.		1
	Cualquier síntoma bien definido/intenso se clasifica en 2		2

Ítem	Criterios operativos de valoración	Puntaje	
Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	Ausente		0
	Débil		1
	Grave.		2

Ítem	Criterios operativos de valoración	Puntaje	
Hipocondría	Ausente		0
	Preocupado de si mismo (corporalmente)		1
	Preocupado por su salud constantemente		2
	Se lamenta constantemente, solicita ayuda		3

Ítem	Criterios operativos de valoración	Puntaje	
Pérdida de peso	Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana		0
	Pérdida de más de 500 gr. en una semana		1
	Pérdida de más de 1 Kg. en una semana		2

Ítem	Criterios operativos de valoración	Puntaje	
Introspección (insight)	Se da cuenta que está deprimido y enfermo		0
	Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. por sí mismo		1
	Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. por qué otra persona lo menciona		2
	No se da cuenta que está enfermo		3

Anexo 2: Test de Hamilton-ansiedad

Ítem	Criterios operativos de valoración	Puntaje	
Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	Ausente		0
	Leve		1
	Moderado		2
	Grave		3
	Muy grave/ Incapacitante		4

Ítem	Criterios operativos de valoración	Puntaje	
Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	Ausente		0
	Leve		1
	Moderado		2
	Grave		3
	Muy grave/ Incapacitante		4

Ítem	Criterios operativos de valoración	Puntaje	
Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	Ausente		0
	Leve		1
	Moderado		2
	Grave		3
	Muy grave/ Incapacitante		4

Ítem	Criterios operativos de valoración	Puntaje	
Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	Ausente		0
	Leve		1
	Moderado		2
	Grave		3
	Muy grave/ Incapacitante		4

Ítem	Criterios operativos de valoración	Puntaje	
Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	Ausente		0
	Leve		1
	Moderado		2
	Grave		3
	Muy grave/ Incapacitante		4

Ítem	Criterios operativos de valoración	Puntaje	
Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el	Ausente		0
	Leve		1
	Moderado		2
	Grave		3
	Muy grave/ Incapacitante		4

día.			
------	--	--	--

Ítem	Criterios operativos de valoración	Puntaje	
Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	Ausente		0
	Leve		1
	Moderado		2
	Grave		3
	Muy grave/ Incapacitante		4

Ítem	Criterios operativos de valoración	Puntaje	
Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	Ausente		0
	Leve		1
	Moderado		2
	Grave		3
	Muy grave/ Incapacitante		4

Ítem	Criterios operativos de valoración	Puntaje	
Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	Ausente		0
	Leve		1
	Moderado		2
	Grave		3
	Muy grave/ Incapacitante		4

Ítem	Criterios operativos de valoración	Puntaje	
Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	Ausente		0
	Leve		1
	Moderado		2
	Grave		3
	Muy grave/ Incapacitante		4

Ítem	Criterios operativos de valoración	Puntaje	
Síntomas gastrointestinales. Dificultad para deglutir, gases, dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	Ausente		0
	Leve		1
	Moderado		2
	Grave		3
	Muy grave/ Incapacitante		4

Ítem	Criterios operativos de valoración	Puntaje	
Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	Ausente		0
	Leve		1
	Moderado		2
	Grave		3
	Muy grave/ Incapacitante		4

Ítem	Criterios operativos de valoración	Puntaje	
Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	Ausente		0
	Leve		1
	Moderado		2
	Grave		3
	Muy grave/ Incapacitante		4

Ítem	Criterios operativos de valoración	Puntaje	
Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)	Ausente		0
	Leve		1
	Moderado		2
	Grave		3
	Muy grave/ Incapacitante		4

Anexo 3: Ficha de consentimiento informado

Estudio: “Asociación entre nivel de calidad de vida y ansiedad y depresión en pacientes con síndrome coronario agudo al alta hospitalaria en un centro de salud de la Red Essalud en el período 2019-2020”

Información para el paciente

El estudio de ansiedad y depresión en pacientes con síndrome coronario agudo, consiste en determinar el riesgo de padecer estas dos enfermedades mentales en los pacientes con un primer evento de Síndrome Coronario Agudo (SICA), así como evaluar la evolución de los síntomas ansiosos y depresivos a lo largo del tiempo, además busca conocer el tipo y frecuencia de las complicaciones del SICA.

Propósito del estudio

El presente estudio permitirá conocer el riesgo de ansiedad y depresión posterior a un primer evento de SICA, con el fin de obtener información sobre la prevalencia de estas 2 enfermedades en los pacientes cardiopatas.

Además, posibilitará conocer el tipo y frecuencia de complicaciones Cardiovasculares del SICA en pacientes cardiopatas con ansiedad y/o depresión y pacientes cardiopatas sin ansiedad ni depresión, así como el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes pertenecientes a ambos grupos.

Procedimientos del estudio

Si usted acepta participar, deberá responderá 3 cuestionarios sobre el índice de Calidad Vida Adaptación de Mezzich y Colaboradores, test de Hamilton-Depresión, Test de Hamilton-Ansiedad. Una encuesta (Test de Hamilton) donde deberá responder un cuestionario, así como registrar sus datos personales, antecedentes quirúrgicos, hospitalizaciones previas por eventos cardiovasculares.

Beneficios:

Si usted acepta participar no recibirá un beneficio directo de los resultados de este estudio. Sin embargo, con la información obtenida se expandiría el conocimiento existente sobre la ansiedad y depresión posterior a un primer evento cardiovascular; además, se establecería el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes cardiopatas con ansiedad y/o depresión, lo cual beneficiaría a las investigaciones posteriores en esta población.

Riesgos:

Ninguno.

Confidencialidad:

Sólo los investigadores saben que Usted están participando de este estudio.

Personas a contactar:

Si tiene dudas con respecto a los derechos y deberes que tiene por su participación en este estudio, puede comunicarse con cualquiera de los médicos responsables de la Investigación:

Furlong Millones, Marco. 947020558

Mostacero Becerra, Katherin. 942185628

Yo

..... ,

He sido informado por los investigadores del proyecto “características clínico-epidemiológicas y riesgo de ansiedad y depresión en pacientes con síndrome coronario agudo al alta hospitalaria, a los 3 y 6 meses después del alta en un centro de salud de la Red EsSalud en el Período 2019-2020” sobre los objetivos, los procedimientos y la finalidad del estudio.

He quedado satisfecho con la información recibida, la he comprendido y se me han respondido todas mis dudas.

Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria. Presto mi consentimiento para la recolección de datos/la realización de la encuesta propuesta y conozco mi derecho a retirarlo cuando lo desee, con la única obligación de informar mi decisión al médico responsable del estudio.

Firma del paciente

Fecha

Firma, aclaración, número de documento del representante legal y fecha

Firma del investigador

Anexo 4. Operacionalización

	Variable	Definición Operacional	Tipo	Escala de Medición	Indicadores
Variable Independiente Principal	Dependencia	Grado de Dependencia del paciente, traducido a partir de una puntuación obtenida en la aplicación del índice de Barthel.	Categórica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Dependencia total (0-20). - Dependencia severa (21-60). - Dependencia moderada (61-90). - Dependencia leve (91-99). - Independencia (100).
Variable Independiente Secundaria	Calidad de Vida	Nivel de calidad de vida del paciente, traducido a partir de una puntuación obtenida en la aplicación del Índice de Calidad de Vida Adaptación de mezzich y col.	Numérica	Razón	Puntaje obtenido en el Índice de Calidad de Vida Adaptación, del 1 al 10.
Variables Dependientes	Trastorno de Ansiedad	Reporte de síntomas ansiosos en el paciente, traducido a partir de una puntuación obtenida en el Test de Hamilton-Ansiedad.	Categórica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Leve (≤ 17). - Moderada (18-24). - Severa (25-30). - Muy Severa (>30).
	Depresión	Reporte de síntomas depresivos en el paciente, traducido a partir de una puntuación mayor a 7, obtenida en el Test de Hamilton-Depresión.	Categórica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - No deprimido (0-7). - Leve (8-13). - Moderada (14-18). - Severa (19-22). - Muy Severa (>23).
Variable	Tipo de SICA	Diagnóstico al alta por parte del hospital de la red ESSALUD donde fue hospitalizado el paciente.	Categórica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - SICA- Infarto agudo. de miocardio. - SICA. Angina Inestable. - SICA indiferenciado.
	Tiempo de recolección	Tiempo (en meses) transcurrido entre la hospitalización y la recolección de datos.	Numérica	Razón	- Número de meses.
	Autoreporte de	Reporte por parte del paciente de la	Categórica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia. - Presencia.

Independiente Secundaria	Dependencia del cuidador	necesidad, o no necesidad, de un cuidador para realizar sus AVD.			
	Autoreporte de Aislamiento	Reporte por parte del paciente de la presencia o ausencia de una sensación de aislamiento	Categórica	Nominal	- Ausencia. - Presencia.
	Autoreporte de COVID-19	Reporte por parte del paciente de haber sufrido, o no haber sufrido, COVID-19 durante el período 2020.	Categórica	Nominal	- Ausencia. - Presencia.
	Autoreporte de sedentarismo	Reporte por parte del paciente de ser, o no ser, sedentario.	Categórica	Nominal	- Ausencia. - Presencia.
	Autoreporte de Depresión Mayor	Reporte por parte del paciente de tener, o no tener, un diagnóstico de depresión mayor previo, proporcionado por un psiquiatra.	Categórica	Nominal	- Ausencia. - Presencia.
Variable Independiente Secundaria	Autoreporte de Ansiedad	Reporte por parte del paciente de tener, o no tener, un diagnóstico de ansiedad previo, proporcionado por un psiquiatra	Categórica	Nominal	- Ausencia. - Presencia.
	Autoreporte de alcoholismo	Reporte por parte del paciente de tener, o no tener alcoholismo o dependencia al alcohol.	Categórica	Nominal	- Ausencia. - Presencia.
	Autoreporte de tabaquismo	Reporte por parte del paciente de tener, o no tener tabaquismo o dependencia al tabaco.	Categórica	Nominal	- Ausencia. - Presencia.
	Autoreporte de Obesidad	Reporte por parte del paciente de tener, o no tener Obesidad.	Categórica	Nominal	- Ausencia. - Presencia.
	Autoreporte	Reporte por parte	Categórica	Nominal	- Ausencia.

Variable Independiente Secundaria	de Diabetes	del paciente de tener, o no tener Diabetes Mellitus.			- Presencia.
	Autoreporte de HTA	Reporte por parte del paciente de tener, o no tener HTA.	Categórica	Nominal	- Ausencia. - Presencia.
	Autoreporte de Cáncer	Reporte por parte del paciente de tener, o no tener Cáncer.	Categórica	Nominal	- Ausencia. - Presencia.
	Nivel de Instrucción	El grado más elevado de estudios completados por el paciente, sin tener en cuenta el nivel de instrucción que se encuentre incompleto o en curso.	Categórica	Ordinal	- Analfabeto - Primaria - Secundaria - Técnico - Superior
	Ocupación	Situación de laboral en la cual se encuentra el paciente.	Categórica	Nominal	- Empleado - Desempleado - Ama de casa - Retirado
	Estado Civil	Situación civil del paciente, al momento de la ejecución de la encuesta	Categórica	Nominal	- Soltero - Conviviente - Casado - Viudo - Divorciado
	Sexo	Género al cual pertenece el paciente.	Categórica	Nominal	- Masculino - Femenino
	N° de hijos	Número de hijos del paciente, al momento de ejecución de la encuesta.	Numérica	Razón	- Número de hijos del paciente