



UNIVERSIDADE DA CORUÑA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

**DEPRESIÓN MAYOR EN LA EVOLUCIÓN
DE PACIENTES TRATADOS
POR CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**

**FERNANDO IGLESIAS GIL DE BERNABÉ
MAYO, 1999**

UNIVERSIDAD DE A CORUÑA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

“DEPRESIÓN MAYOR EN LA EVOLUCIÓN
DE PACIENTES TRATADOS POR
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA”

Por Fernando Iglesias Gil de Bernabé

Co-directores:

Prof. Dr. Alfonso Castro Beiras
Dr. Carlos Castro Dono

La Coruña, Mayo de 1999

UNIVERSIDAD DE A CORUÑA.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA.

D. Alfonso Castro Beiras, Doctor en Medicina y Cirugía,
Profesor Titular de Departamento de Medicina de la Universidad de
La Coruña y D. Carlos Castro Dono, doctor en Medicina y Cirugía,

Certifican:

Que D. Fernando Iglesias Gil de Bernabé, Licenciado en
Medicina y Cirugía, ha realizado bajo nuestra dirección el trabajo
titulado “DEPRESIÓN MAYOR EN LA EVOLUCIÓN DE
PACIENTES TRATADOS POR CARDIOPATÍA ISQUÉMICA”
para optar al grado de Doctor en Medicina y Cirugía.

Revisado el presente trabajo, quedamos conformes con su
presentación para ser juzgado como Tesis Doctoral.

A Coruña, 1 de Mayo de 1999.



Prof. Dr. Alfonso Castro Beiras



Dr. Carlos Castro Dono.

A Nano, Pedro, y a Quiquín, in memoriam.

Es sabido que la investigación clínica en el medio hospitalario requiere la colaboración de muchas personas. Efectivamente, son muchos los profesionales y trabajadores del Complejo Hospitalario Juan Canalejo que de alguna forma han contribuido a la realización de este trabajo de investigación. A todos ellos, les quiero manifestar mi agradecimiento.

De una manera más explícita, expreso mi gratitud al Prof. Alfonso Castro Beiras, Director de esta Tesis, quien desde el inicio hasta su finalización orientó, animó, estimuló, e impulsó la realización de este proyecto. Al Dr. Carlos Castro Dono, Co-director, que ha contribuido de manera estrecha y continuada al diseño y desarrollo del mismo aportando alta dosis de rigurosidad científica. Al Dr. Javier Muñiz por su ayuda en la orientación metodológica. A los Médicos Internos Residentes Margarita Regueiro, Marta González y José Angel Lorenzo por su colaboración en la captación de la muestra. A los Drs. Alberto Juffé, Luis F. Hermida, Nicolás Vázquez, Ramón Fábregas, José J. Cuenca y Agustín Pérez por su asesoramiento. A María Sabater, Mariela López, Marina Alcoll, Maria Antonia Diéguez, Teresa López y Dolores García por el apoyo prestado en la citación y recepción de los pacientes. A Carmen González y Pilar Castelo por su colaboración en el diseño informático de los protocolos. A Gonzalo Martínez y Eva Fuertes por saber aligerarme del trabajo en momentos puntuales. A Carmen Suárez-Pumariega por su paciente ayuda en la realización del material gráfico. A Carlos González Guitián y equipo del Servicio de Biblioteca por su aportación en la búsqueda y recepción bibliográfica. Y, a Patricia, mi mujer.

*“La Percepción que tenemos de
nuestros diferentes órganos está muy
lejos de ser homogénea. Cuando es el
corazón el que falla, falla todo”.*

Judith Stern

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	10
1.1. Depresión.....	11
1.1.1. Incidencia.....	12
1.1.2. Comorbilidad de la depresión y otras enfermedades médicas.....	13
1.1.3. Aspectos generales, formas clínicas y diagnóstico	15
1.2. Cardiopatía Isquémica	
1.2.1. Incidencia.....	22
1.2.2. Aspectos generales, formas clínicas y diagnóstico	22
1.2.3. Modalidades terapéuticas.....	28
1.2.3.1. Tratamiento médico-farmacológico	29
1.2.3.2. Tratamiento de revascularización:	
1.2.3.2.1. Quirúrgico	30
1.2.3.2.2. Angioplastia.....	34
1.2.3.3. Criterios y estudios sobre la elección de la modalidad o modalidades terapéuticas.....	35
1.3. Calidad de vida y enfermedad	38
1.4. Aspectos psicosociales como factores de riesgo en la cardiopatía isquémica.....	40
1.4.1. Perfil psicológico	42

1.4.2. La ansiedad y acontecimientos estresantes.....	46
1.4.3. Bajo apoyo social.....	49
1.5. Depresión y Cardiopatía Isquémica.....	51
1.5.1. Asociación de la depresión y la cardiopatía isquémica. Influencia de la depresión en el pronóstico de la cardiopatía isquémica.....	52
1.5.2. Posible influencia de la depresión en la incidencia de la cardiopatía isquémica.....	56
2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	58
3. OBJETIVOS.....	61
4. HIPÓTESIS.....	63
5. MATERIAL Y MÉTODO.....	66
5.1. Muestra.....	67
5.2. Método.....	67
5.2.1. Estudio basal.....	68
5.2.2. Evaluación a los 6 meses post-inicio del tratamiento.....	69
5.2.3. Método estadístico.....	70
5.3. Instrumentos.....	74
5.3.1. Cuestionarios socio-demográficos.....	74
5.3.2. Cuestionarios médico-cardiológico y psiquiátrico.....	74
5.3.3. Inventario de Depresión de Beck (BDI).....	75
5.3.4. Cuestionario sobre Calidad de Vida de Karnofsky.....	77

5.3.5. Criterios para el diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV).....	79
6. RESULTADOS.....	82
6.1. Análisis descriptivo.....	83
6.1.1. Muestra total en estudio basal.....	83
6.1.2. Muestra total en estudio a los 6 meses.....	102
6.1.3. Grupo de pacientes sin depresión mayor a los 6 meses.....	124
6.1.4. Grupo de pacientes con depresión mayor a los 6 meses.....	135
6.1.5. Grupo de pacientes en función del tratamiento cardiológico. Depresión mayor y BDI.....	155
6.2. Resultados factoriales.....	156
6.3. Estudio analítico.....	162
7. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	167
8. CONCLUSIONES.....	177
9. BIBLIOGRAFÍA.....	180

10. ANEXOS.....	207
10.1. Consentimiento Informado.....	208
10.2. Cuestionario Basal.....	209
10.3. Cuestionario 6 meses Postintervención Terapéutica.....	210
10.4. Inventario Depresión de Beck.....	212
10.5. Índice de Valoración de Calidad de Vida de Karnofsky.....	214
10.6. Criterios diagnósticos para el Episodio Depresivo Mayor (DSM-IV).....	215
11. ABREVIATURAS.....	217

1- INTRODUCCIÓN

1- INTRODUCCIÓN:

El estudio de la interacción entre la actividad psíquica y la función somática, objeto de la denominada medicina psicosomática, tiene su paradigma en los trastornos cardiovasculares. Actualmente, estamos en condiciones de afirmar que la enfermedad cardiovascular tiene una relación recíproca con el trastorno psiquiátrico. Éste puede tener un efecto indirecto sobre las conductas de salud que afectan directamente la patofisiología de la enfermedad cardiovascular (tabaquismo, dieta hiperlipémica, abuso de alcohol), y puede tener un efecto directo sobre la potenciación de síntomas somáticos (p.ej.: el dolor anginoso puede ser percibido como más grave de lo que es en realidad) y sobre la exacerbación de la fisiopatología de la enfermedad (p.ej.: la muerte súbita está asociada a acontecimientos vitales estresantes o a síntomas depresivos). Por otro lado, la amenaza inminente de muerte súbita o el deterioro progresivo que causa la enfermedad cardiovascular pueden provocar ansiedad, disforia o depresión¹.

1.1- Depresión:

Las depresiones son probablemente las manifestaciones más comunes de toda la psicopatología. Consideradas como síntomas, como síndromes o como el carácter nuclear de diversas entidades, constituyen un amplio campo clínico y de investigación. Se las conoce desde los inicios de la medicina y con el paso del tiempo se ha ido aumentando el diámetro de su campo de significaciones hasta abarcar, hoy día, muchísimos aspectos de la vida cotidiana, quedando diluidos sus límites en los acontecimientos dolorosos de la existencia².

1.1.1- Incidencia:

Las cifras de morbilidad de los trastornos depresivos que generalmente aparecen en las revisiones y manuales proceden con frecuencia de una simplificación de los hallazgos epidemiológicos que, considerados con cierto cuidado, suelen presentar aspectos más complejos. Así, en relación a la depresión mayor se estima que en la actualidad afecta a más de 110 millones de personas en todo el mundo, siendo especialmente relevante su presencia en los países desarrollados y el incremento de su incidencia en los últimos años; en textos americanos se suelen mencionar cifras de prevalencia puntual de alrededor del 3 % y de prevalencia-vida de alrededor del 5 %, todos ellos coinciden al afirmar que la morbilidad es prácticamente el doble en la mujer que en el hombre. Recogiendo los resultados de los estudios epidemiológicos más recientes, realizados en distintos países industrializados, en los que se han empleado medios de diagnóstico estandarizado, podría decirse que las estimaciones más plausibles establecerían la prevalencia puntual de la depresión mayor alrededor del 4 % y la prevalencia-vida en torno al 7 %, pudiendo establecerse alrededor del 4 % en los varones y del 8 % en las mujeres (Baca³, 1997).

En España, el trabajo de Vázquez-Barquero⁴ usando criterios ICD-9, aporta una prevalencia puntual del 4,6 % . Otros estudios⁵ informan de una prevalencia de depresión mayor en la población general del 2-4 %.

Se estima que la depresión mayor afecta al 6-9 % de los pacientes en Atención Primaria^{5,6}. El nivel de depresión que detecta Rodríguez López⁷ y col. en Atención Primaria en Galicia, medido a través del Inventario de Depresión de Beck, supone el 15,4 % para la depresión ligera, el 3 % para la moderada y el 3 % para la grave o severa. Ferrer y Rodríguez López⁸ informan que la depresión representa un 5,6 % de las personas que acuden a los centros de salud de Galicia.

Diversos estudios coinciden en señalar una distribución similar para morbilidad psiquiátrica que aparece al estudiar a pacientes con enfermedades médicas crónicas, siendo los trastornos afectivos los más frecuentes, seguidos de los trastornos orgánicos cerebrales, abuso de sustancias, trastornos de la personalidad y por último, como menos frecuentes, los trastornos psicóticos⁹.

1.1.2- Comorbilidad de la depresión y otras enfermedades crónicas:

Las tasas de morbilidad psiquiátrica en enfermedades médicas crónicas, siguiendo a Salvador¹⁰ y cols., varían según el segmento de población evaluado, la metodología empleada y las características del sistema sanitario en que se realiza la evaluación. De forma genérica se puede considerar que entre un 20 y un 50 % de los pacientes crónicos presentan problemas psiquiátricos, siendo estas tasas superiores para los pacientes hospitalizados, por la mayor severidad de sus procesos, que para los pacientes ambulatorios. Siguiendo a este mismo autor, las enfermedades cardiovasculares, conjuntamente con las respiratorias y oncológicas, pertenecerían al grupo de enfermedades médicas crónicas con

morbilidad psiquiátrica moderada, en comparación con el SIDA y las enfermedades neurológicas que formarían parte del grupo de las enfermedades médicas crónicas con una morbilidad psiquiátrica elevada.

La asociación de trastornos afectivos en las enfermedades orgánicas es muy frecuente y en muchas ocasiones no se valora lo suficiente. Se estima que la tercera parte de los pacientes que precisan hospitalización por patología médica presentan trastornos afectivos con sintomatología ansiosa, y que el 25% de estos presentan depresiones severas.

La presencia básica de una o más situaciones médicas crónicas aumenta la prevalencia del trastorno del estado de ánimo reciente (6 meses) y a lo largo de la vida desde el 5,8 al 9,4 % y del 8,9 al 12,9 % respectivamente y, en general, cuanto más grave es la enfermedad médica, más probable es que la depresión la complique¹¹.

Otros estudios epidemiológicos^{12,13}, utilizando entrevistas diagnósticas estándar, han mostrado que entre el 5 % y 10 % de los pacientes con patología médica en asistencia primaria padecen depresión mayor y que la prevalencia de depresión mayor en los pacientes hospitalizados por patología médica es más alta, extendiéndose del 10 % al 15 %.

1.1.3- Aspectos generales, formas clínicas y diagnóstico:

Los trastornos depresivos en sus diferentes variedades ofrecen una serie de síntomas afectivos, cognitivos o cognoscitivos y somáticos que en la práctica clínica no siempre resultan fáciles de diferenciar¹⁴. Siguiendo a Cornelius¹⁵ y cols., la sintomatología más frecuente en los pacientes médicos con psicopatología depresiva afecta de manera esencial a las funciones ocupacionales y de relación social; en cambio en los trastornos afectivos sin asociación con enfermedades médicas hay más deterioro cognoscitivo, labilidad emocional, hostilidad, irritabilidad y pérdida de "insight", entre otros.

Ante una enfermedad grave se produce una normal reacción de abatimiento considerada como un daño psíquico a la propia estima del paciente; la mente sufre una lesión por sí misma, se produce como un infarto del ego. Incluso cuando la recuperación del órgano enfermo es completa, la recuperación de la propia estima parece llevar más tiempo. Siguiendo a Cassen¹⁶, en los pacientes de infarto de miocardio mientras que la cicatriz del infarto se ha formado completamente en 5 ó 6 semanas, la recuperación del sentido de bienestar psíquico parece requerir de 2 a 3 meses. La reacción de abatimiento alcanza el término de depresión cuando se satisfacen los criterios de investigación del trastorno afectivo primario o secundario. Ante la coronariopatía cabe distinguir, como respuestas más importantes, el miedo y la minimización del peligro. Lipowski¹⁷ señala los siguientes tipos de respuesta: 1) aceptación realista del daño e intento juicioso de una rehabilitación provechosa; 2) dependencia excesiva,

síntomas ansiosos o depresivos y perpetuación del papel de enfermo; 3) minimización (negación) del significado de la enfermedad e intento de vivir como si no existiese; 4) uso de la cardiopatía para manipular y controlar a los demás, pidiendo su simpatía y creando sentimientos de culpa.

Actualmente, en las nomenclaturas oficiales, tales como el DSM-IV¹⁸ (American Psychiatric Association, 1994) y la CIE-10¹⁹ (Organización Mundial de la Salud, 1992), existe un amplio acuerdo sobre la clasificación de los trastornos depresivos. Estos sistemas diagnósticos denominan la depresión causada por acontecimientos desafortunados un “ Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo” (DSM-IV) o una “ Reacción depresiva” (Trastorno de adaptación) (CIE-10), donde englobamos las reacciones depresivas a una enfermedad médica. En esta categoría encuadramos el duelo o la reacción de aflicción. El duelo es el resultado de la pérdida de un ser amado, de una parte importante del concepto o la identidad de uno mismo o la pérdida de salud. Padecer una enfermedad conlleva el proceso de duelo y una inadecuada elaboración de este proceso puede significar la presencia de una depresión. Las depresiones producidas por una enfermedad médica o por algún tratamiento médico, no como reacción, se engloban en los “Trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica” o “Trastornos del estado de ánimo inducido por sustancias” respectivamente (DSM-IV) o “Trastornos del humor (afectivos) orgánicos” (CIE-10).

Una parte importante de las depresiones no reactivas ni secundarias suelen denominarse endógenas. En el DSM-IV se utiliza el diagnóstico de “Episodio depresivo mayor” cuando está presente un estado de ánimo depresivo o una disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, y por lo menos cinco de los síntomas siguientes: pérdida de peso, alteraciones del sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpabilidad, dificultad para concentrarse y pensamientos de muerte o suicidio. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Diagnosticar una depresión en pacientes con enfermedad médica puede ser una labor compleja. Frecuentemente, es difícil determinar si algunos síntomas (p. ej., pérdida de peso, insomnio, fatiga, disminución de la capacidad de concentración) representan una alteración del estado de ánimo o si son una manifestación directa de una enfermedad médica. Por otro lado, no consideramos acertada la consideración de que la aparición de sintomatología depresiva en pacientes con enfermedades graves es normal y que por lo tanto no requiere estudio y tratamiento²⁰, como tampoco consideramos acertada la idea de que comprender el contexto de la depresión es la parte más importante del tratamiento

de la enfermedad. La implicación de que si se elimina la causa que provoca la depresión se elimina también ésta es una considerable disuasión para que los pacientes reciban un tratamiento apropiado y existe el riesgo de que se minimice una seria enfermedad depresiva en lugar de reconocerla y tratarla. La presencia o ausencia de causas “precipitantes” no tiene casi influencia alguna en la severidad de la depresión o en lo indicado como tratamiento²¹.

Son diversos los estudios que demuestran que los trastornos depresivos siguen siendo infradiagnosticados y no tratados. En el estudio realizado por Freeling²², se observa que la mitad de los pacientes afectados por depresión mayor que acudían a su médico de cabecera no eran diagnosticados, con el grave perjuicio que esto supone.

La depresión y las condiciones médicas crónicas se asocian independientemente con limitaciones en el funcionamiento físico y el bienestar del paciente pero, cuando ocurren de manera concurrente, tienen un efecto perjudicial adicional. Los pacientes médicos con depresión comórbida no tratada tienen un riesgo mayor de morbilidad, mortalidad y hospitalización prolongada, plantean mayores demandas a los servicios de asistencia y es menos probable que obedezcan al tratamiento para su condición médica. La depresión parece amplificar los síntomas de la enfermedad médica, sumándose así a la discapacidad funcional y al deterioro social funcional de los pacientes. La obediencia a la terapia para la enfermedad médica está comprometida por la depresión comórbida,

que puede reducir la motivación del paciente para cuidar de su condición²³.

Un problema de reciente interés en el campo de la psiquiatría es la comorbilidad tan frecuente de los desórdenes de ansiedad y del desorden depresivo mayor. En estas situaciones, puede resultar difícil la distinción de los síntomas ansiosos de los depresivos. Se considera que la presencia asociada de ambos fenómenos agudiza los síntomas, afecta a más pacientes que la presentación aislada de depresión mayor o ansiedad, e incrementa las posibilidades de padecer una depresión crónica.

La ansiedad es uno de los síntomas de la depresión que ocurre con más frecuencia y además está entre los que son más susceptibles a la mejoría o deterioro del síndrome depresivo²⁴. Aproximadamente, el 60 % de los pacientes con depresión mayor padecen también síntomas de ansiedad y hasta un tercio de los pacientes deprimidos experimentan ansiedad o crisis de angustia. Según recoge Mendlewicz²³, el riesgo de desarrollar depresión es nueve veces más alto en los pacientes con un trastorno de ansiedad que en otros pacientes de asistencia primaria. A veces se considera que la depresión deriva de la ansiedad y se ha informado que esto ocurre entre un tercio a la mitad de los pacientes ansiosos^{25,26}.

Es importante señalar que en las nomenclaturas psiquiátricas señaladas, la cardiopatía isquémica no figura en el listado de patologías médicas que pueden ser causa directa de depresión, como lo pueden ser , a manera de ejemplo:

enfermedades neurológicas degenerativas (enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington), patología vascular cerebral, enfermedades metabólicas, enfermedades endocrinas, enfermedades autoinmunes, etc. No obstante, en el DSM IV¹⁸ se recoge de manera explícita, dentro del capítulo sobre “los factores psicológicos que afectan al estado físico”, como la presencia de síntomas depresivos (síntomas que no cumplen todos los criterios para constituirse en un trastorno depresivo) o la depresión, como trastorno mental específico, pueden afectar negativamente el curso o la evolución de las enfermedades cardiovasculares.

El diagnóstico de la clínica psiquiátrica se efectúa fundamentalmente en el marco de la entrevista. No obstante, existen métodos o instrumentos complementarios de exploración, valiosos pero no infalibles, que ayudan a una mejor evaluación psicológica del paciente y que se utilizan tanto para la orientación diagnóstica como en el campo de la investigación clínica. En los últimos años, los mayores progresos realizados en la evaluación psicométrica se han dado en el área de la depresión. Se han desarrollado numerosos cuestionarios y escalas de valoración, realizadas por observadores para medir los diferentes componentes del estado depresivo. No obstante, los diagnósticos que se sustentan en las escalas no deben ser utilizados como sustituto del diagnóstico dado por el clínico (Scott²⁷, 1991).

Siguiendo a Plutchik y van Praag²⁸, uno de los contextos clínicos donde las

escalas se consideran de una gran utilidad y eficacia es el de la investigación epidemiológica, para detectar los individuos con riesgo de contraer una depresión mayor, o más importante, para descartar con seguridad a los sujetos que no tienen una depresión mayor. Sirven como instrumentos de detección o screening. Permiten la comunicación entre investigadores, proporcionando criterios objetivables, hacen posible obtener una información estandarizada susceptible de tratamiento estadístico, permiten cuantificar la gravedad y facilitan el estudio de la estructura sintomática de los trastornos psiquiátricos. Están compuestas por ítems que corresponden a los síntomas que se desean evaluar.

La escala de la depresión más extendida y utilizada es el Inventario de Depresión de Beck²⁹ (Beck Depression Inventory - BDI; Beck y colaboradores, 1961). En el proyecto del inventario se consideraron ciertas formulaciones psicoanalíticas de la depresión. Los ítems del Inventario de Beck se derivan de consideraciones clínicas, tales como observaciones sistemáticas, y registros de síntomas y actitudes en pacientes deprimidos. El autor seleccionó un grupo de síntomas específicos, extraídos de las descripciones de la depresión contenidas en la literatura psiquiátrica. De esta forma desarrolló un inventario compuesto por 21 categorías de síntomas. Cada categoría describe una manifestación conductual específica de la depresión y consiste en una serie graduada de sentencias autoevaluativas. Dichas opciones están destinadas a reflejar el grado de severidad del síntoma, desde la normalidad hasta la máxima gravedad. Aunque fue diseñado para entrevistadores entrenados, esta escala de 21 ítems y un formato

alternativo de tres-cuatro respuestas se puso rápidamente en circulación tanto en los campos de investigación como en el clínico³⁰. El BDI, revisado en 1971, refleja más de 30 años de investigación y de 1.000 estudios. Conde³¹(1975) realiza una de las adaptaciones al castellano de esta escala. La revisión más completa, hasta la fecha, fue realizada por Beck, Steer y Garbin³² en 1988.

1.2- Cardiopatía Isquémica:

La cardiopatía isquémica (CI), junto con la patología vascular cerebral constituye la principal causa de morbilidad y mortalidad en patología humana.

1.2.1- Incidencia:

Su incidencia en nuestro medio en el sexo masculino con edad comprendida entre los 30 y 60 años es del 6% por año, cifras muy similares a las del resto de países europeos industrializados³³, con una mortalidad muy elevada, llegando a ser de 100 por cada 100.000 habitantes en grupos de riesgo elevado. La enfermedad cardiovascular es un problema cada vez mayor en los ancianos, y causa el 70 % de las muertes en personas mayores de 75 años³⁴. La cardiopatía isquémica es la lesión cardiovascular más frecuente y mortífera en ambos sexos, y es también la causa principal de invalidez permanente prematura, representando el 19 % de las prestaciones por invalidez en EEUU³⁵.

1.2.2- Aspectos generales, formas clínicas y diagnóstico:

La circulación coronaria tiene por misión el aporte del flujo sanguíneo

necesario para asegurar el mantenimiento de un metabolismo miocárdico normal y contribuir con ello al buen funcionamiento de la bomba cardíaca. Cuando se rompe el equilibrio entre aporte y consumo de oxígeno (hipoxia), y la demanda (sea cual sea ésta) no está cubierta por un aporte suficiente, nos encontramos ante la llamada insuficiencia coronaria (I.C.). Así pues, el concepto de I.C. no está definido por los valores absolutos del aporte, sino por un balance incorrecto entre éste y la demanda. Por isquemia, siguiendo a Reimer³⁶, se entiende la interrupción del aporte sanguíneo acompañada de la acumulación de metabolitos (alteración del metabolismo de los carbohidratos, lípidos, proteínas, sistemas enzimáticos citoplasmáticos, mitocondriales y lisosómicos) a consecuencia de un descenso en la perfusión.

En 1962, el Grupo de Estudio sobre Aterosclerosis y Cardiopatía Isquémica³³ patrocinado por la OMS, reunido en Ginebra, definía la cardiopatía isquémica como la “ incapacidad cardíaca, aguda o crónica, derivada de una reducción o supresión del aporte sanguíneo al miocardio, consecutiva a procesos anatómo-patológicos ubicados en el sistema arterial coronario. Posteriormente, la confirmación de que pueden producirse episodios de isquemia aguda miocárdica debidos exclusivamente a un vasospasmo instaurado en vasos angiográficamente normales, ha obligado a una redifinición de la cardiopatía isquémica (FIC,1979): “ afectación cardíaca, aguda o crónica, secundaria a una reducción o supresión de aporte sanguíneo del miocardio, motivada por una disminución del calibre de los vasos del sistema arterial coronario , que puede ser de origen orgánico, fija y/o de

origen funcional (espasmódico) transitorio”.

La clave fisiopatológica de la CI es la reducción de la perfusión coronaria que condiciona un déficit, fijo o transitorio, del aporte sanguíneo al miocardio, a la vez que una inadecuada eliminación de los metabolitos ³⁷.

La causa más frecuente de CI es la aterosclerosis de las arterias coronarias, lo que se traduce en una disminución muy importante de la luz arterial y, por lo tanto, del flujo sanguíneo al tejido miocárdico. Por otra parte, el potencial trombogénico de la placa de ateroma hace que este mecanismo se sume a la hora de obstrucción arterial. Aunque el efecto de la placa de ateroma es fundamentalmente local, en ocasiones, ésta se puede romper y liberar fragmentos dentro del lecho vascular con un comportamiento embolígeno.

El diagnóstico de la C.I. y de la I.C. es fundamentalmente clínico. Aunque arteriográficamente hayamos podido evidenciar lesiones orgánicas en unos vasos coronarios, no hablaremos de I.C. si no existen manifestaciones clínicas. Se ha podido demostrar que no existe una relación lineal entre el grado de estenosis vascular y el de la isquemia ocasionada por dicha lesión. Es posible que la circulación colateral tenga un importante papel en la explicación de este hecho, que no ha sido aún suficientemente aclarado.

Desde el punto de vista clínico, no existe en la literatura un acuerdo

uniforme sobre la clasificación de las formas clínicas de la C.I. La OMS las sistematiza en:

- Angina de pecho.
- Infarto de miocardio.
- Insuficiencia cardíaca crónica.
- Arritmias frecuentes.
- Muerte súbita.

De las cinco formas clínicas señaladas, las tres últimas constituyen entidades clínicas plurietiológicas, poco específicas (sus características son similares sea cual sea su etiología), y con mucha frecuencia aparecen complicando la angina y el infarto.

La Angina de Pecho (AP) es la manifestación clínica más típica de la C.I. La Sociedad Española de Cardiología³⁸ la define como “ dolor, opresión o malestar generalmente torácico atribuible a isquemia miocárdica transitoria”. Suele ser definida por el paciente como dolor o molestia, opresión, pesadez, quemazón, escozor o constricción, de localización habitualmente retroesternal, aunque también puede presentarse en la base del cuello, epigastrio o espalda. Es frecuente la irradiación del dolor a uno o ambos brazos (generalmente al izquierdo), flexura de los codos y muñecas; no es infrecuente que el paciente se queje de molestias sólo en las zonas de irradiación. De forma característica no se modifica con los movimientos posturales ni respiratorios.

Pueden reconocerse situaciones desencadenantes de la angina: el ejercicio, las emociones, las comidas copiosas, la exposición al frío, el coito y el consumo de tabaco; más raramente, la fiebre, la anemia y la hipoglucemia.

Desde el punto de vista clínico, la AP puede presentarse como:

1)- AP estable, caracterizada por :

- a) Tener las características, localización e irradiación propias de la AP.
- b) Ser de breve duración, si desaparece el factor desencadenante.
- c) Ser rápidamente sensible a la acción de los vasodilatadores por vía sublingual.
- d) Llevar más de un mes de evolución. Si lleva menos de un mes de evolución, se considera una angina de reciente comienzo.
- e) Es una angina de esfuerzo.

La Sociedad Canadiense de Cardiología ha establecido cuatro grados, ordenados de menor a mayor (I,II,III,IV).

2)- AP inestable:

- AP en reposo o espontánea: se presenta sin ninguna causa que aumente el consumo de oxígeno a la que pueda atribuirse.
- AP prolongada: dolor de larga evolución pero sin signos eléctricos ni enzimáticos de infarto.
- AP Progresiva: si aumenta la intensidad, frecuencia o duración.
- AP de reciente comienzo: de duración menor a un mes.

- AP postinfarto.

Como métodos de diagnóstico complementarios, se utilizan:

- Rx de Tórax: puede ser normal o mostrar ligera cardiomegalia. En pacientes de mayor edad, es frecuente encontrar la presencia de ateroma aórtico calcificado.
- ECG: a pesar de considerarse un elemento esencial en el estudio de todo enfermo coronario, en el paciente con AP puede ser normal en el 50-60% de los casos.
- ECG de Holter.
- Pruebas ergométricas (ECG de esfuerzo).
- Ecocardiograma.
- Angiografía coronaria.

El Infarto de Miocardio³³ (IM) es la necrosis de las células miocárdicas producida como consecuencia de una isquemia grave, prolongada e irreversible en una zona determinada del miocardio. Casi siempre la isquemia se produce por una oclusión total en una arteria coronaria afectada de arteriosclerosis. Hay que tener en cuenta que puede existir una oclusión coronaria sin infarto (cuando existe una buena circulación colateral) y un infarto sin oclusión completa. Los cambios anatomopatológicos importantes no aparecen en la zona afectada hasta 6 horas después del inicio, aunque tardan varias semanas hasta que se completan todas las alteraciones. La primera semana es considerada la fase aguda de un I.M., período en el que se produce la máxima incidencia de complicaciones y la mayor tasa de

mortalidad.

Los criterios clásicos para el diagnóstico son:

- Historia clínica.
- Signos electrocardiográficos.
- Alteraciones en el nivel de enzimas séricas.

Hay que poner de manifiesto la gran variedad de sintomatología clínica que puede dar la crisis aguda, y que puede ir desde la muerte súbita hasta pasar completamente inadvertido por no haber dado ningún tipo de sintomatología aparente. Aproximadamente el 25% de los IM dan lugar a una muerte súbita; Un 20% no es diagnosticado, o lo es a posteriori al practicarse un ECG por otros motivos (frecuente en diabéticos). Según el área de localización de la necrosis, se puede clasificar los infartos en: anterior, septal, inferior, lateral, posterior y otros³³.

1.2.3- Modalidades terapéuticas:

Desde el punto de vista del tratamiento de la CI, son tres las modalidades terapéuticas que se utilizan en la actualidad, a saber: tratamiento médico-farmacológico, revascularización quirúrgica y revascularización mediante angioplastia.

1.2.3.1- Tratamiento médico-farmacológico:

a) Tratamiento en la fase aguda:

- Suspensión de la actividad física.
- Nitroglicerina sublingual, después de romperla con los dientes. En caso de persistir, repetir hasta 3 tomas a intervalos de 5 minutos

b) Tratamiento a largo plazo:

- Corrección de los factores de riesgo (diabetes, HTA, hiperuricemia, dislipemias, tabaquismo, obesidad, estrés emocional, etc.).
- Rehabilitación psicofísica.
- Antiagregantes plaquetarios (ac. Acetil salicilico, dipiridamol, sulfpirazona, ticlopidina).
- Nitratos.
- Betabloqueantes (propranolol, pindolol, acebutalol, timolol, metoprolol, oxprenolol).
- Antagonistas del calcio (nifedipina, verapamil, diltiazem).
- Inhibidores de la ECA (enzima convertidora de la angiotensina).
- Magnesio.

Con respecto a los tratamientos farmacológicos en la CI, hay que destacar la publicada capacidad depresógena de los betabloqueantes³⁹⁻⁴¹ y, más recientemente, de los calcioantagonistas^{42,43}. Capacidad depresógena que, según algunos autores, se incrementa cuando se asocian⁴⁴.

1.2.3.2- Tratamiento de revascularización:

1.2.3.2.1- Quirúrgico: la revascularización quirúrgica de las arterias coronarias con conductos aortocoronarios formados por segmentos de vena safena fue descrita por Favalaro⁴⁵ (1969). Las primeras experiencias sugerían que la cirugía de revascularización constituía un tratamiento razonablemente seguro y efectivo para el alivio de la angina, aunque no se conocía cuáles eran las indicaciones relativas para la intervención quirúrgica como alternativa al tratamiento médico de la época. En respuesta a esta incertidumbre, se iniciaron en los años 70 tres grandes estudios cuyos resultados son considerados de capital importancia, teniendo una gran influencia hoy día en el establecimiento de criterios de elección de la modalidad terapéutica en la angina. La evolución técnica de las intervenciones extracorpóreas, así como el uso de conductos arteriales de la mamaria interna, han mejorado la seguridad y eficacia a largo plazo de la cirugía de revascularización.

El paciente que se enfrenta a una intervención quirúrgica de revascularización moviliza varios mecanismos de defensa para combatir las graves tensiones que se hallan asociadas a una intervención. Estas tensiones las experimenta como amenazas reales y simbólicas a su vida. Ya sea de forma realista o simbólica, el operar el corazón se halla íntimamente relacionado con el núcleo del ser y existencia del paciente. El corazón más que ningún otro órgano representa, como Meyer⁴⁶ y cols. señalaron, “el ser-todo o el fin de la vida

misma”.

Los estudios de Kennedy y Bakst⁴⁷ intentaron correlacionar las actitudes preoperatorias con la mortalidad postoperatoria informando que la frecuencia más baja de muerte (5,5 %) se hallaba en aquellos pacientes con “una mejor motivación y menor ansiedad”, mientras que la frecuencia más alta (47 %) se presentó en pacientes con “ambivalencia decantada en contra de la cirugía”; el grupo con menor mortalidad también tenía menos complicaciones psiquiátricas. Kimball⁴⁸ (1969), informa que la mortalidad más alta se hallaba entre los pacientes deprimidos antes de la operación; observó que los pacientes que tenían un mejor pronóstico tenían un “nivel de funcionamiento” preoperatorio “íntacto, resuelto y realista”.

En la cirugía cardíaca, las complicaciones cerebrales son responsables de la mayor parte de las secuelas adversas, que están aumentando de forma sustancial debido a que en la actualidad se opera a enfermos en peor estado y mayor edad con una enfermedad vascular aterosclerótica avanzada. Esta creciente tasa de complicaciones durante las últimas dos décadas es simultánea a una reducción de la mortalidad debida a la mejoría de las técnicas quirúrgica y anestésica⁴⁹. Dentro de las complicaciones del sistema nervioso central destacan tres grandes síndromes clínicos: ictus, deterioro neuropsicológico y encefalopatía.

La incidencia de déficit focales francos definidos como ictus tras la cirugía

de revascularización coronaria oscila entre un 4,7 % y un 5,2 % en diversas series prospectivas^{50,51}. Son diversos los estudios que demuestran la existencia de una entidad de depresión tras un accidente cerebral vascular (AVC) con unas características específicas y no meramente como una reacción a una situación deprimente. Esta entidad puede depender de la localización de la lesión y se ha demostrado que se asocia particularmente con las localizadas en el lado anterior izquierdo⁵².

La incidencia de disfunción neuropsicológica postoperatoria oscila entre un 33 % y un 83 % en estudios prospectivos^{53,54} y varía dependiendo de la prueba neuropsicológica que se emplee, de la severidad de las anomalías que se consideren significativas, y de la cronología de la prueba. Especialmente frecuentes son las lagunas en la memoria reciente y la capacidad alterada para incorporar y retener recuerdos nuevos. Otras anomalías frecuentes afectan a la percepción, atención, concentración y velocidad de respuesta. En ocasiones las alteraciones de las funciones cognitivas son previas a la cirugía cardíaca aunque no habían sido reconocidas ni valoradas previamente⁵⁵.

La encefalopatía postcirugía cardiovascular, en sus distintas presentaciones según su intensidad y gravedad, de etiología multifactorial, se presenta hasta en un tercio de los pacientes, de manera que tan sólo alrededor del 10 % la mantienen a partir del tercer día. Es especialmente común entre los pacientes ancianos o entre los que presentan antecedentes de abuso de alcohol o nefropatía⁵⁵.

La incidencia de trastornos psiquiátricos postoperatorios en la cirugía cardíaca es mayor, según algunos autores el doble, que en otras intervenciones. Las complicaciones postoperatorias abarcan varias anomalías, entre las que se incluyen la exacerbación de los síntomas neuróticos previos, retraso de la convalecencia, conducta autodestructiva y psicosis¹⁵. Se han comunicado cuatro síndromes psiquiátricos más frecuentes: delirio, alucinosis, psicosis paranoide y cuadros afectivos. Tichener⁵⁶ y cols, estudiando series de 200 pacientes quirúrgicos seleccionados al azar durante un año, informan de la presencia de episodios depresivos psicóticos en un 20 %. Stengel⁵⁷, en la muestra de 80 pacientes quirúrgicos que le fueron enviados para evaluación psiquiátrica en un período de 5 años, informa de la presencia de depresión en el 45 % de los pacientes.

Eriksson⁵⁸, en un estudio prospectivo realizado en 101 pacientes sometidos a cirugía de by-pass coronaria en el año 1988, informa una incidencia de depresión del 10 % a los 7.5 meses de la intervención.

Burker⁵⁹ y colaboradores realizan un estudio longitudinal diseñado para determinar la prevalencia de depresión y examinar los factores asociados a la depresión antes y después de la intervención e informan que un 61 % de los pacientes de la muestra presentaban depresión el día anterior al alta hospitalaria. Así mismo, consideran que la depresión en pacientes sometidos a cirugía cardíaca

puede pasar desapercibida, particularmente en mujeres, y que su alta incidencia justifica un incremento de la atención.

1.2.3.2.2- Angioplastia:

La angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP), técnica descrita por Gruntzig en 1974, consiste en la dilatación coronaria al nivel de la lesión mediante un catéter introducido a través del sistema arterial (arteria femoral); este catéter contiene un globo que se infla a una presión de 4 a 6 atmósferas, produciendo una compresión de la placa de ateroma y el consiguiente aumento de la luz del vaso estenosado. Desde entonces se ha avanzado mucho en esta técnica. En 1986 se utilizó, por primera vez en humanos, la colocación de un dispositivo endovascular conocido como "stent" (unos muelles metálicos), que permitiera mantener el diámetro de la luz del vaso en las distintas condiciones experimentales.

Este tipo de revascularización se realiza bajo anestesia local y visualización por Rx mediante inyección de contraste. Los resultados son inmediatos, se abre la arteria en un porcentaje del 85-90%, el paciente deja de sufrir dolor, la hipotensión se corrige y si está afectada la conducción cardíaca se recupera.

El principal mecanismo de acción de la angioplastia con balón es la ruptura de placa y disección, lo que permite la re-expansión del segmento arterial

tratado. Aunque este daño a la pared arterial es consustancial de este procedimiento, también es responsable de sus dos principales complicaciones: la oclusión subaguda y la reestenosis⁶⁰. La reestenosis clínica se define como la recurrencia de síntomas isquémicos en los primeros 6 meses tras la ACTP. Después de la angioplastia aproximadamente el 20% de los pacientes regresan con síntomas de angina progresiva en un plazo de 6 meses, tras un periodo de mejoría inicial. Cuando el paciente presenta angina en un período superior a los 6 meses de realizar la ACTP, el dolor suele ser resultado de progresión de la enfermedad en otros vasos⁶¹. La incidencia de reestenosis es menor en la ACTP con implantación de un “stent” que en la ACTP con balón convencional (19 vs 31%) tal y como se informa en el estudio BENESTENT (belga-holandés, 1993). No obstante, con la implantación de un “stent” a las complicaciones propias de la ACTP con balón hay que añadir un mayor riesgo de hemorragia⁶².

1.2.3.3- Criterios y estudios sobre la elección de la modalidad terapéutica:

Hoy día, la elección de la modalidad o modalidades terapéuticas en la CI es compleja pues compleja es la propia enfermedad. La actitud de numerosos cardiólogos es variable y diversos los trabajos realizados en este sentido, existiendo aspectos muy controvertidos⁶³. Son muchas las variables a tener en cuenta en la elección, a saber: localización, forma y extensión de la lesión isquémica, número de vasos afectados, tipo y grado de angina, existencia o no de IM reciente y/o antiguo, fracción de eyección ventricular, edad, existencia o no de otras patologías médicas asociadas y tratamientos anteriores y respuesta a los

mismos, así como la formación, experiencia y disponibilidad técnica de los propios profesionales en los distintos tratamientos.

En líneas generales, son indicaciones propias del tratamiento quirúrgico:

- Pacientes que no responden al tratamiento médico.
- Enfermedad de tronco de la coronaria izquierda.
- Lesión significativa de tres vasos.
- Lesión de dos vasos con lesión proximal de la descendente anterior.

Durante los primeros años de su aplicación, la ACTP se empleó básicamente con pacientes sintomáticos con lesiones obstructivas proximales discretas de un vaso, no calcificadas y subtotales en un vaso. Actualmente su uso se ha extendido hasta incluir pacientes de alto riesgo con enfermedad multivaso, lesiones múltiples en la misma arteria, oclusiones totales y estenosis de injertos venosos y arteriales.

No existen muchos estudios que comparen la cirugía de “bypass” coronario y la angioplastia como estrategias terapéuticas en determinados subgrupos de pacientes. Entre ellos es destacable el BARI⁶⁴ (The Bypass Angioplasty Revascularization Investigation), en el que se comparan ambas modalidades terapéuticas en pacientes con enfermedad de múltiples vasos. Como conclusiones del mismo señalamos que la tasa de supervivencia a los cinco años de los pacientes sometidos a ACTP fue similar a la de los que recibieron CABG, y

que los pacientes asignados al grupo ACTP recibieron significativamente un mayor número de procedimientos de revascularización (la mitad de los cuales fueron CABG) comparados con los del grupo CABG.

Pocock⁶⁵ y cols., de Londres, en nombre de los investigadores del ensayo Randomized Intervention of Treatment (RITA), evaluaron el impacto de la ACTP y la DC (derivación coronaria) en 1.011 pacientes con angina con respecto al impacto de estos procedimientos de revascularización sobre la frecuencia de la angina, la calidad de vida, y el empleo laboral durante tres años de seguimiento. Los pacientes con angina a los dos años tuvieron una mayor afectación de la calidad de vida que los pacientes sin angina. Se observó una afectación ligeramente mayor de la calidad de vida en los pacientes tratados con ACTP en comparación con los tratados con DC como consecuencia de su significativamente mayor probabilidad de padecer una angina, especialmente a los seis meses. Los pacientes que recibieron ACTP regresaron antes a su trabajo (40% a los 2 meses, en comparación con el 10% de los pacientes con DC), pero los pacientes tratados con DC los alcanzaron a los cinco meses. Al cabo de dos años, el 22% de los pacientes tratados con DC y el 26% de los tratados con ACTP no trabajaban por razones cardíacas. Los pacientes con angina a los dos años tuvieron más probabilidades de carecer de empleo que los libres de ella. Así pues, el impacto de la angina sobre la calidad de vida y el desempleo se alivia mediante la ACTP y la DC. Se consigue mayor éxito en la prevención de la angina con DC, pero la ACTP ofrece un regreso más rápido al trabajo.

Rodríguez.⁶⁶ y cols. (1996) notifican los resultados del seguimiento a los tres años del ensayo argentino de distribución al azar a ACTP o a DC en la enfermedad de múltiples vasos (ERACI). Concluyen que, en el seguimiento a tres años, la ausencia de episodios cardíacos con DC fue mayor que con ACTP, aunque la mortalidad acumulativa fue la misma.

1.3- Calidad de vida y enfermedad:

El concepto de calidad de vida ha estado presente en la historia de la humanidad desde los primeros tiempos, aunque no haya alcanzado su mayor protagonismo hasta el final del siglo XX. Esa presencia permanente no ha conllevado inmovilismo conceptual, sino todo lo contrario, ya que se trata de un concepto dinámico que ha evolucionado a lo largo de la historia en función de los distintos acontecimientos de cada época.

La Organización Mundial de la Salud , a través de su Grupo de Trabajo en Calidad de Vida⁶⁷, ha establecido la siguiente definición de consenso del concepto de calidad de vida: “La percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”. Se trata de un concepto amplio, complejamente afectado por una serie de factores de la vida del sujeto tales como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, la relación con los hechos más sobresalientes de su entorno y espiritualidad-religión-

creencias personales (WHOQOL Group, 1994).

De la definición de la OMS se desprende la multidimensionalidad del concepto de tal forma que la calidad de vida de un individuo abarcaría el estado funcional, psicológico, social, los efectos secundarios de los tratamientos médicos, soporte moral y relación con el entorno.

La calidad de vida constituye una importante variable de medida subjetiva del impacto que la enfermedad y su tratamiento producen en la vida del sujeto. Esta variable de “outcome” permite, por una parte, detectar e intervenir precozmente sobre los aspectos problema para mejorar la calidad de vida del paciente, y por otra parte, permite establecer comparaciones entre las distintas opciones terapéuticas, con el fin de implementar y ajustar la opción más adecuada que determine una mejora de la calidad de vida del paciente. La evaluación de la calidad de vida en el campo de la Medicina se considera en la actualidad necesaria, constituyéndose en uno de los objetivos finales de los cuidados de salud y de las intervenciones terapéuticas (Bobes⁶⁸, 1996).

A la hora de elegir un instrumento de evaluación de calidad de vida, hay que tener en cuenta que éste sea practicable y que esté estandarizado y validado. Son diversas las escalas de medida sobre calidad de vida que se utilizan en la actualidad en el campo de la medicina y psiquiatría. Karnofsky (1949), rompiendo con las aproximaciones convencionales de la época, publicó y propugnó la

“Karnofsky Performance Status Scale”⁶⁹ orientada inicialmente hacia la valoración del pronóstico y evolución de los enfermos de cáncer tratados con quimioterápicos. Karnofsky se planteó que los criterios de remisión o mejoría centrados solo en la desaparición de los síntomas no representaban en modo alguno el verdadero impacto del trastorno sobre la vida global del paciente, debiendo considerar las evidencias acerca del papel que los efectos secundarios de los tratamientos ejercen sobre el paciente.

Esta Escala de Calidad de Vida de Karnofsky, en opinión de distintos autores tal y como recogen Grieco y Long⁷⁰, y Bech⁷¹, sigue siendo uno de los instrumentos de evaluación más utilizado para medir problemas de calidad de vida relacionada con la salud, entendiéndola este último autor como una escala de funcionamiento-salud.

1.4- Aspectos psicosociales como factores de riesgo en la cardiopatía isquémica:

Desde un punto de vista evolutivo, la CI cumple las características propias diferenciales de las enfermedades médicas crónicas⁷², formando parte, según las agrupa Kiely (1985), de los grupos de enfermedades crónicas que provocan un intenso sentimiento de amenaza física y que obligan para su evolución favorable a modificaciones en el estilo de vida. En esta línea, aplicando lo referido por Moreno⁷ en relación con el curso crónico de las enfermedades médicas, cuando un paciente es diagnosticado o padece una CI se van a ver afectados aspectos físicos,

psicológicos, familiares, laborales y sociales. Esta afectación será desigual dependiendo de la naturaleza del trastorno y de la gravedad de éste, pero también de los aspectos biográficos del sujeto, de su personalidad y de los recursos psicosociales de los que disponga. De manera general, en esta patología existe una fase inicial crítica en la que el paciente sufre importantes alteraciones en sus actividades cotidianas. Posteriormente el curso del trastorno implica, en mayor o menor medida, cambios en la actividad física, laboral y social del paciente, debiendo adaptarse a las nuevas condiciones en que se va a ver implicado por un trastorno que puede durar toda la vida y asumir psicológicamente el rol de paciente crónico. En general, la presencia de la negación como mecanismo de defensa en los primeros días después de un infarto de miocardio se ha aceptado como una estrategia de afrontamiento beneficiosa que reduce la ansiedad (Cassem y Hackett^{73,74}). Sin embargo, la negación, tal y como describe Lewin⁷⁵ puede adoptar formas extremas y llevar al paciente a decidir el alta prematura del hospital. También puede ser un factor crucial durante las primeras horas que siguen a un infarto agudo de miocardio ya que, como informan Wielgosz^{76,77} y cols., puede tener como resultado que el paciente retrase la búsqueda de ayuda. Sarantidis⁷⁸ y cols., estudiando los niveles de ansiedad, depresión y negación en pacientes con infarto de miocardio, apoyan la idea de que la negación posiblemente protege al paciente de las emociones angustiosas de ansiedad y depresión. Informan que esta protección es sólo temporal dando paso a la ansiedad y depresión, cobrando impulso ésta en fechas próximas al alta hospitalaria.

Diversos estudios a nivel internacional y nacional han demostrado cuáles son los factores de riesgo, entendiendo por ellos cualquier variable que estadísticamente se asocia con esta patología, que explican en el momento actual cuál es el grupo con mayor riesgo de presentar cardiopatía isquémica. Así pues, se informa sobre factores de riesgo que pueden ser modificables que engloban la HTA, las alteraciones lipídicas, el tabaquismo, la obesidad, la diabetes, la falta de ejercicio, algunos factores tóxicos y aspectos psicosociales (patrón de conducta tipo A, estrés, depresión, bajo nivel económico y cultural), y factores de riesgo que son inmodificables como la edad avanzada, el ser varón y condicionantes genéticos⁷⁹ (existencia de progenitores en los que existe evidencia de CI antes de los 50 años o de alguna enfermedad grave de tipo hereditario relacionada con la CI: hiperlipidemia familiar, diabetes severa, etc.).

Existen evidencias de que determinados valores de estos parámetros actúan como un factor de riesgo aislado de CI, pero también se ha demostrado que para una determinada cifra el riesgo es mucho mayor cuando se asocian varios factores de riesgo. Esto es lo que se conoce como riesgo multifactorial⁸⁰.

1.4.1- Perfil psicológico:

Desde un punto de vista psicosocial son muchos los estudios y publicaciones realizadas correlacionando la CI con un perfil psicológico común: Osler⁸¹ (1910), describía el perfil como el de un varón de clase social y cultural

media-alta, mediana edad, con ambición en el trabajo y estabilidad en el matrimonio. Arlow⁸² (1945) y Dunbar⁸³ (1947) caracterizaban a los pacientes coronarios como personas competitivas, con inquietud y tensión interna. Rosenman y Friedman⁸⁴ (San Francisco, 1966), describieron la conducta tipo A con las siguientes características nucleares: la impaciencia y la hostilidad; elevada inclinación hacia la competitividad, y a menudo un persistente deseo de reconocimiento y prestigio; elevado nivel de alerta mental, sentido constante de falta de tiempo y de urgencia. Bortner⁸⁵ (autor de la Bortner Rating Scale-1969) ha diferenciado tres dimensiones: la presión del tiempo, la sobreestimación de la imagen de buen trabajador y la ambición; se trataría de personas cuya conducta estaría encaminada a conseguir unos objetivos ambiciosos, fundamentalmente en el trabajo, y cuya consecución es perseguida en el menor espacio de tiempo.

Groen⁸⁶ (1976) ha formulado la hipótesis de que el riesgo de enfermedad coronaria se ve incrementado como resultado de tres factores: A.- Una cierta personalidad que predispone a algunos individuos más que a otros y que es influida por la cultura, la herencia y las experiencias previas. B.- La presencia de un conflicto inter-sujetos que actúa como precipitante inmediato (se incluyen tanto sucesos estresantes como falta de soporte familiar y social). C.- Una determinada conducta que el individuo, debido a sus características de personalidad, utiliza para responder a este conflicto.

Theorell⁸⁷ (1985) realiza un estudio prospectivo sobre un grupo de doce

mil varones norteamericanos [Multiple Risk Factor Intervention Trial], no hallando relación alguna entre el patrón de conducta tipo A (evaluado por la Entrevista Estructurada de Rosenman) y coronariopatía. Booth-Kewley y Friedman⁸⁸, en 1987, cuando revisan los diferentes estudios realizados y que correlacionan de manera significativa la conducta tipo A y la CI, concluyen que si hay una correlación, aunque débil. Matthews⁸⁹ (1977) y Mac Dougall⁹⁰ (1985), concluyen que la hostilidad se correlaciona fuertemente con la CI.

Eysenk⁹¹ (1985) considera a las personas con riesgo de padecer CI dentro de la tipología de personalidad denominada introversión-neuroticismo, que es la tipología caracterizada por la vulnerabilidad psicósomática. Lozano y colaboradores⁹² (1995) observaron una presencia importante de personalidades alexitímicas.

Denollet⁹³ (1998), de la Universidad de Amberes, informa que la personalidad tipo D (negativista) incrementa el riesgo de padecer IM. Estudió una muestra de 87 varones que habían sufrido un IM grave y presentaban disminuida la función ventricular izquierda. El seguimiento de estos pacientes abarcó una horquilla de 6 a 10 años, durante la cual se descubrió que el ataque cardíaco se repitió en las personalidades más negativas, con un índice del 52 %. Los pacientes que no se clasificaban como personalidades tipo D sufrieron un segundo IM sólo en el 12 % de los casos.

Zyzanski⁹⁴ (1976) asocia la ansiedad, la depresión y el neuroticismo con la presencia de aterosclerosis diagnosticada por angiografía.

Cada vez con mayor frecuencia se ha señalado a la ira, entendiéndola como un estado emocional desagradable que va de la irritación moderada o enfado a la rabia o furia, habitualmente en respuesta a la percepción de ser maltratado o provocado, en la precipitación de IM y muerte súbita (Kawachi⁹⁵, 1996). A pesar de las muchas pruebas anecdóticas de que la ira puede desencadenar el IM agudo hay escasos estudios con enfermos y grupos control. Mittleman⁹⁶ y cols. (1995) publicaron un estudio en el que evaluaron el papel de la ira como precipitante agudo del infarto no mortal. En este estudio se entrevistó a 1.623 pacientes con infarto agudo, dentro de los cuatro primeros días postinfarto. Se identificó a la ira en pacientes que informaron un nivel 5 o mayor en la escala de ira de ONSET. El 2.5 % informó de episodios de ira durante las dos horas previas al IM. Las causas más frecuentes de ira fueron discusiones con miembros familiares (25%), conflictos en el trabajo (22%) y problemas legales (8%). Vale la pena señalar que el riesgo relativo del IM relacionado con la ira es casi la mitad del atribuible a ejercicio físico intenso, que tuvo un riesgo de 5.9 veces. Una característica distintiva en comparación con el esfuerzo es que el período de riesgo aumentado para aquella persistió hasta por dos horas, mientras que el riesgo de ejercicio intenso es transitorio y dura menos de una hora.

Existen pruebas sugestivas de varias investigaciones de que la hostilidad,

el cinismo y la ira forman un componente “tóxico” crítico de conducta tipo A y se relaciona más poderosamente con la incidencia de arteriopatía coronaria que otros aspectos del comportamiento tipo A (Verrier⁹⁷ y cols., 1996).

1.4.2- La ansiedad y acontecimientos estresantes:

En relación con la ansiedad, Coryell⁹⁸ y cols. informan que en varones con ansiedad fóbica existe un riesgo de muerte por IM cuatro veces mayor que en los varones de la población general. Kawachi⁹⁵ y cols., en un estudio realizado en 33.859 profesionales de la salud, encuentran que los hombres con mayores niveles de ansiedad fóbica presentan tres veces más riesgo relativo para enfermedades coronarias mortales comparado con hombres con menores niveles de ansiedad. Kubzansky⁹⁹ y cols., estudiando sujetos con tendencia a la preocupación crónica, informan que la preocupación acerca de la situación social está asociada con un aumento del doble de sufrir un IM.

Otras investigaciones correlacionan la CI con acontecimientos estresantes. Verrier⁹⁷ y cols. (1996) informan que diversos estudios descriptivos han informado que el estrés emocional precede al ataque cardíaco en cerca del 18% de los casos. Existen pruebas de laboratorio que indican que el estrés mental produce isquemia en el 50-60 % de enfermos coronarios. Así, Blumenthal¹⁰⁰ y Leor¹⁰¹ y cols.(1995) investigaron en California el impacto de un terremoto, ocurrido en 1994, de magnitud 6,7 y que resultó ser el más potente movimiento sísmico registrado hasta la fecha en un marco urbano de los Estados Unidos, sobre la

incidencia de episodios coronarios agudos. Durante la semana posterior al terremoto se produjo un aumento del 35% en el número de ingresos con infarto agudo de miocardio (IAM) en las unidades coronarias con respecto a la semana anterior al terremoto.

Los modelos actuales de los efectos del estrés mental sobre la fisiopatología cardíaca indican que la activación del sistema nervioso autónomo inducida por el comportamiento podría predisponer a trastornos cardiovasculares en varios niveles¹⁰²:

- Al promover aterosclerosis o disfunción endotelial coronaria.
- Al influir en procesos patológicos y fisiopatológicos intermedios, que suceden en presencia de aterosclerosis e incrementan la vulnerabilidad a los trastornos clínicos (isquemia miocárdica, trombosis coronaria y rotura de la placa).
- Por desencadenamiento directo de arritmias mortales mediante alteraciones de la transmisión neural al corazón.

Se conocen diversas vías fisiopatológicas que relacionan el estrés con isquemia miocárdica y trastornos cardíacos agudos en individuos vulnerables con arteriopatía coronaria. Se piensa que estas vías operan en individuos predispuestos a trastornos clínicos en virtud de aterosclerosis preexistente o disfunción endotelial coronaria, infarto miocárdico previo o mala función ventricular izquierda. Reacciones fisiológicas al estrés, como el aumento de catecolaminas, el aumento de la frecuencia cardíaca o el aumento de la presión arterial, pueden

producir un aumento de la inestabilidad eléctrica y un aumento de la demanda de oxígeno por parte del corazón, que en sujetos vulnerables, pueden significar la presencia de fibrilación ventricular y/o isquemia miocárdica. En sujetos con placa vulnerable, las oleadas de presión arterial pueden causar su rotura y producirse trombosis coronaria.

Estudios recientes¹⁰³ señalan que el estrés puede causar vasoconstricción arterial en vasos coronarios enfermos, con endotelio coronario dañado. Jain y cols.¹⁰⁴ señalan que el estrés mental, activador del simpático y asociado con aumento de catecolaminas circulantes, a diferencia del ejercicio que produce una respuesta predominantemente adrenérgica, produce una respuesta predominantemente noradrenérgica. Esto explicaría la ineficacia de los betabloqueantes en los cambios hemodinámicos generados por el estrés.

Jiang¹⁰⁵ y cols. evalúan de forma prospectiva la asociación entre la isquemia inducida por estrés psíquico y las complicaciones clínicas en pacientes diagnosticados de CI con prueba de esfuerzo positiva; en 1996, presentan los resultados de su estudio con un seguimiento de 5 años, concluyendo que los pacientes con isquemia inducida por estrés psíquico tienen un número significativamente mayor de complicaciones cardíacas mortales y no mortales que los pacientes con isquemia inducida por el ejercicio, probablemente debido a que presentan una CI más grave. Gersh¹⁰⁶ sugiere que el mal pronóstico de la isquemia inducida por el estrés psíquico no puede explicarse exclusivamente por una

disminución del nivel isquémico y recoge los resultados de dos estudios ^{107,108} que han mostrado que el estrés psíquico puede asociarse con una disminución en el aporte de oxígeno miocárdico, como resultado de la disfunción endotelial con vasoconstricción en los segmentos ateroscleróticos, así como con un trastorno de la reserva del flujo coronario de otros vasos. Según el mismo autor, es posible que sujetos más susceptibles al estrés de la vida diaria desarrollen, en respuesta al estrés, diversas respuestas adversas, como aumento del tono simpático, cambios en la agregación y adherencia plaquetaria y, quizá, alteraciones en los factores de la coagulación y de la fibrinólisis.

1.4.3- Bajo apoyo social:

Varios estudios han concluido que los individuos con apoyo social reducido tienen incremento de la morbilidad y la mortalidad después de un IM o de diagnóstico angiográfico de CI después de la presentación de los síntomas típicos. Se ha visto que es mayor la incidencia de CI entre los varones solteros que entre los casados (Weiss¹⁰⁹, 1973). La supervivencia después de haber padecido un IM es superior entre los casados que entre los solteros (Chandra¹¹⁰, 1983). Ruberman¹¹¹ y cols. (1984) informaron el incremento de cuatro a cinco veces de los fenómenos de CI recurrentes entre individuos después de haber sufrido un IM que informaron bajo apoyo social (redes sociales menos extensas). Case¹¹² y cols. (1992) observaron una tasa de recurrencia dos veces más alta durante dos a tres años después de un IM entre pacientes que vivían solos, en comparación con los que vivían con otra persona.

Williams¹¹³ y cols (1992) observaron una mortalidad del 50% a cinco años entre personas muy aisladas (solteras, vivían solos) con aterosclerosis coronaria documentada con angiografía, en comparación con sólo 17% entre pacientes con cónyuge, acompañante, o ambos. Berkman¹¹⁴ y cols. en un estudio realizado en ancianos, encontraron que quienes informaron menos apoyo emocional por parte de otros tuvieron casi tres veces más probabilidades de morir en el transcurso de los seis meses siguientes al infarto, que aquellos con más apoyo emocional. Esta mortalidad aumentada fue independiente de la gravedad del infarto, la comorbilidad, y factores de riesgo estándar para la CI. Lozano⁹² y cols. (1995) consideran que en los sujetos con CI, los acontecimientos estresantes tienen una característica común, la de posicionar al individuo en una situación de cambio; dos son el grupo de circunstancias a los que se refieren estos cambios, los vínculos familiares y las actividades laborales. Ruberman¹¹¹ y cols. observaron tasas de recurrencia más altas después de un IM entre individuos con nivel educativo más bajo.

Hay algunos trabajos que prueban que los factores de riesgo psicosocial podrían actuar en conjunto para influir de manera adversa sobre el pronóstico en sujetos con CI. Orth-Gomer y Under¹¹⁵ (1990) encontraron que el aislamiento social predijo mortalidad aumentada en varones con perfil de conducta tipo A en una muestra de varones suecos con CI. Kaplan y Kiel¹¹⁶ (1993) consideran que el peor pronóstico que se encuentra entre personas con estado socioeconómico bajo

se debe, en parte, a una agrupación de los otros factores de riesgo psicosocial en grupos socioeconómicos bajos.

1.5- Depresión y cardiopatía isquémica:

El papel de los estados de ánimo y la morbilidad y mortalidad cardiovascular comienza a ser un foco de atención importante en la investigación cardiovascular en los últimos años. Mientras que las reacciones de depresión son los estados emocionales más frecuentemente descritos en pacientes con CI, la incidencia de síndromes depresivos no ha sido siempre sistemáticamente investigada. La distinción entre síndromes clínicos de enfermedad depresiva y alteraciones subsindrómicas del estado de ánimo, apetito o energía puede ser crucial para identificar a pacientes con riesgo de posterior morbilidad médica y psiquiátrica.

Los mecanismos mediante los cuales la depresión contribuye a la aterogénesis todavía permanecen en el ámbito de lo hipotético. Las ideas más plausibles consideran que la depresión opera a través de factores clásicos de riesgo, como el tabaquismo y las hiperlipidemias. Los mecanismos neuroendocrinos ligados a la depresión pueden facilitar la liberación de lípidos y su posterior depósito a nivel vascular. Por otro lado, la depresión posee un papel potencial en la hiperreactividad plaquetaria y en la precipitación de trombosis relacionada con la aparición de infarto de miocardio¹.

1.5.1- Asociación de la depresión y la cardiopatía isquémica. Influencia de la depresión en el pronóstico de la cardiopatía isquémica:

La depresión es otro factor psicosocial del que cada vez más estudios recientes informan de la asociación con la CI y del impacto adverso sobre el pronóstico de la CI establecida.

Dovenmuehle y Verwoerd¹¹⁷ (1962) informan que el 64 % de 62 pacientes hospitalizados por cardiopatías claramente diagnosticadas tenían síntomas depresivos moderados o intensos.

Kavanagh¹¹⁸ y cols. (1975) en un estudio de 101 pacientes que han sufrido un IM, asocian depresión con mayor edad, HTA y presencia de angina.

Bianchi¹¹⁹ y cols. (1978) en un estudio con un muestra de 40 pacientes con CI y un grupo control de 40 pacientes (intervenidos de varices, hemorroides y hernias), detectan más depresión en el grupo de CI, realizando un análisis sintomático (se muestran más asténicos, irritables, ansiosos y con mayor anhedonia).

Van Dijn¹²⁰ y cols. (1980) en un estudio con 413 pacientes con IM y un grupo control de 731, por medio del test psicológico RSL (Rating of Statements List) de 69 items y un análisis sintomático, detectan mayor presencia de las dimensiones de depresión y hostilidad en el grupo de los infartados.

Carney¹²¹ y cols. (1988) en una muestra de 52 pacientes con diagnóstico clínico y angiográfico de CI, detectan que un 17% cumplen criterios diagnósticos de DM (DSM-III). Realizan un sistema de regresión múltiple y concluyen que la presencia de DM es el mayor predictor individual en la ocurrencia de acontecimientos cardíacos durante los primeros 12 meses siguientes al diagnóstico. El valor predictivo fue independiente de la extensión de la enfermedad coronaria, de si fuma o de la fracción de eyección ventricular izquierda.

Schleifer¹²² y cols.(1989) realizan un estudio de la naturaleza y curso de la depresión siguiente al IM. En el estudio basal el 45% cumplen criterios de depresión (18% DM). En el estudio a los 4 meses, el 33% cumplen criterios de depresión (mayor y menor). La gran mayoría de los pacientes con depresión mayor mostraron evidencia de depresión a los tres meses y no se incorporaron al trabajo durante ese mismo periodo.

Milani¹²³ y cols. (1996), en una muestra de 291 pacientes con IM, a los tres meses detectan más depresión en pacientes diabéticos.

Crowe¹²⁴ J y cols. (1996), en un estudio realizado en 6 Hospitales Universitarios de Canadá, con una muestra inicial de 785 pacientes con IM, informan de la presencia de depresión moderada o severa en el estudio basal en el

9%. En el estudio a los 6 meses detectan presencia de depresión en un 10%.

Williams¹²⁵ y cols. informan de estudios que muestran que el 20- 40 % de los individuos con CI presentan trastornos de la gama depresiva.

Diversos estudios informan del impacto adverso de la depresión sobre el pronóstico de la CI establecida, produciendo en los pacientes que la sufren un riesgo mayor de mortalidad, morbilidad y mayor rehospitalización. Kurosawa¹²⁶ y cols. (1983), en pacientes con infarto de miocardio, correlacionan gravedad física (inespecífica) con más ansiedad y depresión. Ladwig K¹²⁷ (1991), estudiando los desórdenes afectivos y supervivencia después del infarto de miocardio en una muestra de 560 pacientes con IM, asocia depresión con mayor recurrencia de IM y "éxitus". En otro estudio¹²⁸ (1992), relaciona más depresión con mayor presencia de arritmias, recurrencia de IM y angina persistente. En un estudio posterior¹²⁹ (1994), relaciona la frecuencia de depresión con angina, seguir fumando y mayor morbilidad médica.

Frasure-Smith¹³⁰ y cols. (1996) observan mortalidad del 16%, durante los seis meses siguientes a un IM, entre el 17% de los enfermos que satisfizo los criterios del DSM-III-R para depresión mayor, en comparación con solo el 3% entre pacientes no deprimidos. En una vigilancia más prolongada de esta misma muestra de pacientes, Frasure-Smith¹³¹ y cols. hallaron que el 30% de pacientes con síntomas depresivos, determinados por medio de una puntuación de 10 o más

en el Beck Depression Inventory, tuvo mortalidad más alta durante 18 meses de vigilancia, incluso los individuos sin depresión mayor. Esta mortalidad aumentada entre personas con síntomas y trastornos depresivos fue independiente de los índices de daño miocárdico.

Para Musselman DL¹³² y cols. la depresión mayor y los síntomas depresivos, aunque comúnmente se encuentran en poblaciones médicas, son frecuentemente infradiagnosticadas e infratratadas en pacientes con enfermedad cardiovascular. Informan que la depresión y sus síntomas asociados son un factor de riesgo mayor para el desarrollo de la enfermedad cardiovascular y la muerte después de un infarto de miocardio. Describen también los pocos estudios de tratamiento de depresión en pacientes con enfermedad cardiovascular e informan que el tratamiento de la depresión en pacientes con enfermedad cardiovascular mejora su disforia y otros signos y síntomas de depresión, mejora la calidad de vida e incluso pudiera incrementar la longevidad.

Levine J¹³³ y cols.(1996) en una muestra de 210 pacientes (67 MI, 75 ACTP, 68 Bay-pass), realizando un BDI a los 6 meses, relacionan depresión con días de rehospitalización.

Existen datos de una correlación entre la presencia de depresión y reducido éxito del proceso de rehabilitación en la CI, de su influencia negativa sobre la calidad de vida, y la baja adherencia al tratamiento cardiológico. Así, Fielding¹³⁴ y

Roose¹³⁵ y cols. (1991), y Tiller JWG¹³⁶ (1992) informan de la interferencia de la depresión en el proceso de rehabilitación de los pacientes con cardiopatía isquémica. Katon W y Sullivan MB¹³⁷ (1990) comunican que la depresión en pacientes con enfermedad arterial coronaria reduce la tasa de obediencia al tratamiento prescrito por baja motivación por parte del paciente para cuidar de su condición.

Un estudio reciente, publicado en 1997 por Carney¹³⁸ y cols. informa que la incidencia de depresión en pacientes con patología coronaria retrasa considerablemente el retorno a la vida normal del paciente, dado que la depresión en estos sujetos complica gravemente el proceso de recuperación e incluso agrava el riesgo de sufrir nuevos episodios isquémicos.

1.5.2- Posible influencia de la depresión en la incidencia de la cardiopatía isquémica:

En los últimos años se han desarrollado diversos estudios que informan de la posible influencia de la depresión en la incidencia de CI. Así, Wells¹³⁹ y cols. (1993) estudiando la evolución médica de una muestra de 600 pacientes médicos ambulatorios, de los que presentaban una historia vital de infarto de miocardio, en una proporción significativa la depresión era anterior al infarto, sugiriendo por ello que la depresión posiblemente contribuye a su comienzo.

Barefoot¹⁴⁰ y cols. (1993), en North Carolina, evaluaron si la depresión desempeña un papel importante en el desarrollo inicial de la CI entre 409 varones

y 321 mujeres residentes en Glostrup, Dinamarca, y nacidos en 1914. Las exploraciones físicas y psicológicas de 1964 y 1974 establecieron los factores basales de riesgo y el estado de la enfermedad y su grado de sintomatología depresiva. Se observó un IAM inicial en 122 participantes. Durante el seguimiento, que finalizó en 1991, se produjeron 290 muertes. Una diferencia de 2 desviaciones estándar en la puntuación de depresión se asoció a riesgos relativos de 1.71 para IAM y 1.6 para muerte por cualquier causa.

En un estudio publicado por Hippisley-Cox¹⁴¹ y cols. (1998), los autores informan que los hombres diagnosticados de depresión triplican las posibilidades de desarrollar una cardiopatía sobre los no deprimidos. Los autores demuestran que la depresión es un factor de riesgo independiente en los varones. Consideran que el riesgo que implica la depresión es incluso mayor que el tabaquismo, la incidencia de HTA o la diabetes.

2- JUSTIFICACIÓN

2- JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION

Teniendo en cuenta los distintos aspectos mencionados, destacamos que:

- Diversos trabajos referidos detectan una mayor prevalencia de trastornos depresivos en pacientes con patologías cardíacas que en la población general. Se publica una alta incidencia de depresión asociada a la cardiopatía isquémica: presencia de depresión (menor y mayor) en el 30-40 % de los pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica.
- Diversos autores coinciden en señalar que la presencia de trastornos afectivos es un factor determinante en el pronóstico desfavorable de los enfermos que presentan una cardiopatía isquémica, señalando como efectos adversos: mayor presencia de arritmias, mayor recurrencia de MI, mayor rehospitalización, mayor presencia de angina persistente, menor calidad de vida de los pacientes que la sufren y mayor mortalidad.
- Estudios recientes informan de la posible influencia de la depresión en la aparición de la cardiopatía isquémica.
- Los cuadros depresivos en las cardiopatías isquémicas están muy escasamente diagnosticados, lo que significa que los pacientes con ambas patologías asociadas no siguen los tratamientos adecuados.
- Desde el punto de vista terapéutico, a lo largo de los últimos 10 años se

han producido importantes avances en cada una de las modalidades de tratamiento para la CI. En el campo del tratamiento médico, el tratamiento trombolítico intravenoso es el más importante de los incorporados recientemente. En el campo de la cardiología intervencionista se distingue la angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) que ha demostrado ser un tratamiento de revascularización seguro y efectivo con un gran crecimiento exponencial en todo el mundo. En el campo de la cirugía cardiovascular la mejoría de las técnicas de circulación extracorpórea, así como el uso de conductos arteriales de mamaria interna, han mejorado la seguridad y eficacia a largo plazo de la cirugía de revascularización.

- Fármacos que se emplean como de primera elección en el tratamiento de la cardiopatía isquémica (Betabloqueantes y Calcioantagonistas) tienen capacidad depresógena.
- No existen estudios publicados sobre la posible influencia en la incidencia y/o evolución de la depresión en relación con las distintas modalidades terapéuticas en la cardiopatía isquémica: tratamientos médico- farmacológico, intervencionista y quirúrgico.

3- OBJETIVOS

3- OBJETIVOS

Como objetivos se pretende:

- Determinar la prevalencia de depresión en pacientes ingresados por CI.
- Estudio de la influencia de las modalidades terapéuticas de la CI en la presencia de depresión.
- Estudio de la influencia de la depresión en la evolución clínica de los pacientes con CI que siguen tratamiento médico o de revascularización.
- Estudio de la organización sintomática de los síntomas depresivos en pacientes con C.I.

4- HIPÓTESIS

4- HIPÓTESIS

Teniendo en cuenta los objetivos propuestos, partimos de las siguientes hipótesis:

1. En los pacientes con CI, a los 6 meses de la intervención terapéutica, no existe predominio de depresión en los sometidos a tratamiento médico versus tratamiento de revascularización (intervencionista y quirúrgico).

2. En los pacientes con CI sometidos a tratamiento de revascularización (intervencionista y quirúrgico), a los 6 meses de la intervención terapéutica, existe un predominio de depresión en los sometidos a by-pass versus angioplastia.

3. Los pacientes deprimidos a tratamiento por CI presentan, en relación a los no deprimidos:

- mayor índice de nuevas anginas.
- mayor tasa de nuevas intervenciones exploratorias (cateterismo) y/o terapéuticas de revascularización (angioplastia o by-pass).
- mayor tasa de frecuentación de consultas.
- mayor tasa de reingresos.
- peor calidad de vida.
- mayor índice de complicaciones médicas no cardiológicas.

4. Los pacientes con diagnóstico de depresión mayor que siguen tratamiento cardiológico por cardiopatía isquémica, no frecuentan las consultas de psiquiatría.

5. La organizacion psicopatológica de los síntomas depresivos en pacientes tratados por C.I., es diferente a las presentadas en otros grupos de sujetos.

5- MATERIAL Y MÉTODO

5- MATERIAL Y MÉTODO:

5.1- MUESTRA: la muestra inicial analizada está compuesta por los **199 pacientes** con diagnóstico clínico de CI y realización de cateterismo cardíaco, ingresados de manera consecutiva en la planta de Cardiología del Complejo Hospitalario Juan Canalejo de La Coruña desde el 1 de Mayo hasta el 31 de Octubre (6 meses) de 1997.

Como criterios de inclusión se contemplan: consentimiento informado (oral) del paciente, edad mayor de 18 años y capacidad para entender las preguntas que se le hagan (a juicio del investigador).

El total de pacientes que no han accedido a colaborar en el estudio ha sido de 6. Abandonan el estudio en alguna de sus fases un total de 11 pacientes, y 3 han sido eliminados del estudio por retrasarse más de 6 meses el tratamiento de su cardiopatía isquémica (intervención quirúrgica). Se produce éxitus en 5 de los pacientes de la muestra inicial antes de completarse el estudio.

Así pues, conforman la **muestra total definitiva 174 pacientes.**

5.2- MÉTODO: se trata de un estudio observacional y prospectivo para el que se diseñó una evaluación basal y una posterior a los 6 meses de iniciar el tratamiento cardiológico correspondiente, estableciéndose dos grupos de pacientes en base a la presencia o no de depresión mayor: a- grupo de pacientes sin depresión mayor.

b- grupo de pacientes con depresión mayor. Por otro lado, en base a las modalidades terapéuticas cardiológicas, se ha establecido el grupo de pacientes que han seguido tratamiento médico-farmacológico y el grupo de pacientes que han seguido tratamiento de revascularización. Dentro de éste, distinguimos el subgrupo de pacientes que siguieron tratamiento quirúrgico y el subgrupo de pacientes que han seguido tratamiento intervencionista (angioplastia).

5.2.1- Estudio basal:

Ha sido realizado a los pacientes durante el ingreso hospitalario, en la planta cardiología, 24-48h. antes de que se le realizara el cateterismo cardíaco.

La incorporación inicial de los pacientes al estudio exigía el cumplimiento de los criterios de inclusión al mismo: diagnóstico clínico de cardiopatía isquémica, edad superior a los 18 años, consentimiento informado (oral) del paciente y presentar, a juicio del examinador, capacidad para entender las preguntas que se le hagan.

La inclusión definitiva de los pacientes al estudio exigía la realización del cateterismo.

En relación con el consentimiento informado, al paciente se le informaba lo siguiente: “durante su ingreso en el hospital se está realizando un estudio sobre la cardiopatía isquémica. Para ello vamos a realizarle unas preguntas sencillas de

cuya confidencialidad le responderemos. En caso de que usted no esté dispuesto a responder, puede hacerlo sin que por ello repercuta en su atención en el hospital”.

Una vez incluido el paciente en el estudio se realizaba el estudio basal constituido por el cuestionario sociodemográfico, el cuestionario médico-cardiológico y psiquiátrico, el índice de valoración de Calidad de Vida de Karnofsky y el Inventario de Beck para screening de depresión. A los pacientes que mostraron una puntuación de 10 o más en el inventario de Beck se les realizaba, en un plazo no superior a 48 horas, una entrevista psiquiátrica para realizar diagnóstico o no de depresión mayor siguiendo los criterios diagnósticos de la depresión mayor según el DSMIV.

5.2.2- Evaluación a los 6 meses post-inicio del tratamiento médico, intervencionista o quirúrgico. Se ha realizado en régimen ambulatorio, citando a los pacientes, a través del Servicio de Citaciones del hospital, mediante escrito y llamada telefónica de recuerdo o haciendo coincidir la fecha de evaluación con una consulta de revisión a los 6 meses por parte de los Servicios de Cardiología o de Cirugía Cardíaca. En la citación y al inicio de la entrevista se le recordaba al paciente el motivo de la misma. Esta evaluación está integrada por los cuestionarios socio-demográfico, médico-cardiológico y psiquiátrico correspondientes, el índice de valoración de la Calidad de Vida de Karnofsky, el Inventario de Depresión de Beck y la entrevista psiquiátrica, para diagnóstico o no de depresión mayor según criterios de depresión mayor del DSM-IV en los sujetos

con una puntuación de 10 o más en el BDI.

5.2.3- METODO ESTADÍSTICO:

Para la comparación de medias se ha empleado la prueba de la T de Student para la comparación de variables cuantitativas y la prueba de la Chi Cuadrado de Pearson en la comparación de variables no cuantitativas.

Se ha recurrido a un análisis factorial de componentes principales aplicado a la muestra total (174 pacientes). El análisis factorial agrupa un conjunto de técnicas estadísticas que tienen por finalidad analizar las intercorrelaciones de un conjunto numeroso de variables, para generar otro más reducido que expliquen los anteriores. En nuestro caso el análisis factorial apunta a identificar el menor número de dimensiones (grupo de ítems) que darían razón de la magnitud de un conjunto dado de variables. Estas dimensiones proporcionan modos alternativos de entender la relación de los ítems entre sí (Mendels¹⁴², 1982). Por consiguiente, el análisis factorial permite la exploración de las relaciones entre los síntomas (Paykel¹⁴³, 1985), permitiendo el estudio de la estructura funcional de diversas manifestaciones psíquicas.

Se ha decidido emplear un análisis factorial de componentes principales porque esta técnica de extracción es la más empleada en la práctica (Harman¹⁴⁴, 1980). El análisis factorial de componentes principales del inventario de Beck ha sido empleado por Shaw¹⁴⁵ y col. (1979); Campbell¹⁴⁶ y col. (1984),

Williamson¹⁴⁷ (1987), Louks¹⁴⁸ y col. (1989), Steer¹⁴⁹ y col. (1989), Larson¹⁵⁰ y col. (1990), etc.

El análisis factorial de componentes principales y rotación varimax es el método de mayor difusión entre los investigadores de la estructura factorial del Inventario de Beck, que hemos elegido para facilitar la comparación de resultados. Este método de análisis factorial busca extraer la máxima varianza de las variables observadas. Como explica Harman¹⁴⁴ (1980) cuando se emplea la representación puntual de un conjunto de variables, los lugares geométricos de densidad de frecuencia uniforme, son elipsoides concéntricos y semejantes. Los ejes de los elipsoides corresponden a los componentes principales. Este método de análisis requiere la rotación de los ejes de coordenadas hacia un nuevo sistema de referencia en el espacio total de las variables (una transformación ortogonal en la que cada una de las n variables originales se puede describir en términos de n nuevas componentes principales). Es importante reseñar que las nuevas componentes explican, por turno, la máxima cantidad de varianza de las variables. En concreto, la primera componente principal es la combinación lineal de las variables originales que contribuye a un máximo de su varianza total; la segunda componente principal, no relacionada con la primera, contribuye al máximo de la varianza residual, y así sucesivamente hasta que se analiza la varianza total.

Las características esenciales del análisis factorial de componentes principales son (Harman¹⁴⁴, 1980):

- No requerir la estimación a priori de las comunalidades
- No requerir la estimación a priori del número de factores
- No precisar agrupación de las variables
- Contribución decreciente de los factores
- Ajuste geométrico de tipo elíptico
- Todos los factores son generales (bipolares)

Para hacer interpretable la factorización es preciso rotar los ejes sobre el centro de coordenadas, con el fin de que las variables se aproximen lo más posible a los ejes. Las rotaciones ortogonales consiguen que los vectores sigan manteniendo un ángulo de 90° . Esta restricción resta flexibilidad al impedir obtener soluciones más ajustadas a algún criterio, pero presenta la ventaja de proporcionar factores independientes, con lo que gana en simplicidad teórica y claridad de la interpretación.

Entre los procedimientos de rotación ortogonal hemos seleccionado el método varimax, que es el más utilizado por otros investigadores. Es preciso comentar que todas las soluciones rotadas, cuando se rota el mismo número de factores, son matemáticamente equivalentes entre sí y a la solución no rotada, puesto que todas explican del mismo modo la matriz de correlaciones original. El método varimax maximiza la varianza de los pesos factoriales al cuadrado de las columnas. Por consiguiente, en cada factor dado, se descubre un patrón tal que

haya conjuntos de pesos altos y bajos, con pocos pesos de tamaño intermedio (Comrey¹⁵¹, 1885). Este tipo de solución es fácil de interpretar ya que las variables con pesos altos son similares al factor, mientras que las variables con pesos bajos no lo son. Una variable con peso intermedio es de poca utilidad interpretativa. Se pone de manifiesto que las rotaciones varimax tienden a elevar los pesos más altos, en la medida en que esto es posible dentro de las restricciones proporcionadas por un marco de referencia ortogonal.

Como nivel de significación de un peso factorial rotado se ha empleado el valor de .40, superior al límite mínimo de .30 comúnmente usado para pesos factoriales ortogonales. Recordamos que en psicología sólo se consideran significativos los pesos factoriales rotados iguales o superiores a .40 (Rojo¹⁵², 1978).

En relación al número de factores a retener como punto de corte se ha recurrido al criterio de Kaiser-Guttman quedándonos con los factores que, como mínimo, tengan la misma varianza que una sola variable (uno si la variable está tipificada y se considera la varianza total). Este criterio estándar suele conducir a resultados razonables (Ferrando¹⁵³, 1993).

Como paquete estadístico en los cálculos matemáticos se ha empleado el programa SPSS/ PC para windows versión 6,1.

5.3- INSTRUMENTOS

Como instrumentos se emplean:

5.3.1- Cuestionarios sociodemográficos. Distinguimos dos modelos: el basal y el correspondiente al estudio a los 6 meses post-inicio de tratamiento.

En el estudio basal, se recogen los datos relativos al nombre y apellidos, nº de la historia clínica, nº de registro, fecha de ingreso hospitalario, fecha de inicio del protocolo, la edad, sexo, estado civil, hábitat (siguiendo las agrupaciones del hábitat en urbano, por encima de 50.000 habitantes, semiurbano, entre 10.000 y 50.000 habitantes, y rural, por debajo de 10.000 habitantes), nivel educacional, clase social subjetiva, profesión y situación laboral.

En el estudio correspondiente a los 6 meses post-inicio de tratamiento se recogen, además de los datos relativos al nombre y apellidos, nº de historia clínica y nº de registro, la fecha, el estado civil y situación laboral.

5.3.2- Cuestionarios médico-cardiológico y psiquiátrico. En el estudio basal, se registran datos relativos a la presencia de infarto y su localización (anterior, septal, inferior, lateral, posterior y otras localizaciones), angina y su tipología (estable, en sus grados I / II / III / IV, o inestable, con sus posibles formas clínicas de reciente comienzo, postinfarto, prolongada, de reposo y progresiva), diagnóstico cardiológico, realización de angioplastia (técnica y fecha), realización

de bypass (fecha), extensión de la enfermedad (un vaso, dos vasos, tres vasos, o Tronco Común). Antecedentes de CI (diagnóstico anterior a los 3 últimos meses), de angioplastia y de bypass. Presencia de hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes, obesidad, hábito tabáquico, exhábito tabáquico y otras enfermedades médicas, tratamientos previos al ingreso hospitalario y antecedentes psiquiátricos personales.

El cuestionario médico-cardiológico correspondiente al estudio a los 6 meses post-inicio de tratamiento cardiológico, recoge los siguientes aspectos: presencia o no, y su especificación, de nuevo diagnóstico cardiológico, presencia o no, y su especificación, de nuevas enfermedades médicas, días de hospitalización, n° de reingresos y motivos, presencia de nuevo infarto y cuantificación, presentación de nueva angina, n° de consultas a su médico de cabecera, n° de consultas al cardiólogo, al cirujano cardíaco y al psiquiatra o psicólogo, tratamiento farmacológico actualizado, presencia o no de nueva intervención cardiológica (angioplastia, bypass u otras) y éxitus (fecha y motivo).

5.3.3- Inventario de Depresión de Beck (BDI). El inventario de Beck se desarrolló como un instrumento destinado a cuantificar las manifestaciones conductuales de la depresión. Estudios de consistencia interna y de la estabilidad del instrumento, Beck²⁹ y col.(1961), indican un alto grado de fiabilidad. Asimismo, comparaciones entre las puntuaciones del inventario y juicios clínicos diagnósticos indican un alto grado de validez..

Consta de 21 Ítems que evalúan los siguientes síntomas:

- Tristeza. Incluye el humor doloroso y sombrío, relacionado con el sufrimiento del sujeto.
- Pesimismo, desesperación. Sensación de desesperanza con respecto al futuro.
- Sentimientos de fracaso. La autoevaluación en cualidades como inteligencia, salud, fortuna, popularidad, su papel como esposo (a), padre (madre), capacidad de trabajado, etc.
- Insatisfacción, aburrimiento, anhedonia.
- Sentimientos de culpa.
- Expectativa de castigo.
- Autodisgusto, odio a sí mismo.
- Autoacusación.
- Ideas de suicidio.
- Llanto.
- Irritabilidad.
- Aislamiento social.
- Indecisión.
- Cambio de imagen corporal.
- Incapacidad laboral.
- Insomnio, trastornos del sueño.
- Fatigabilidad.

- Anorexia, pérdida del apetito.
- Adelgazamiento, pérdida de peso.
- Hipocondría, preocupaciones somáticas.
- Disminución de la libido.

Los inventarios han sido administrados de manera que al paciente se le ha leído en voz alta cada opción, marcando el entrevistador el número correspondiente a la opción señalada. Se asignan puntuaciones numéricas comprendidas entre cero y cuatro a cada ítem, a excepción del ítem 8 que tiene asignadas unas puntuaciones entre el cero y tres, para indicar el grado de severidad. Según diversos autores, valores superiores a 10 indican presencia de sintomatología depresiva (Salkind¹⁵⁴ y col., 1969; Nielsen¹⁵⁵ y col., 1980; Oliver¹⁵⁶ y col., 1984; Beck³² y col., 1988). Utilizamos este inventario como instrumento de screening de depresión y señalamos el valor 10 como determinante para la consideración de la posibilidad de depresión y de su estudio clínico.

5.3.4- Cuestionario sobre Calidad de Vida de Karnofsky. Se trata de un cuestionario heteroaplicado que evalúa la influencia de la enfermedad médica en capacitación y desarrollo de las actividades propias de la vida cotidiana, de relación social y familiar, capacidad laboral y de autocuidado. Los índices de valoración porcentual están organizados diez en diez, a saber:

- 100 %: paciente normal, sin quejas, no se evidencia enfermedad ni

disfunción. El paciente puede llevar una vida normal.

- 90 %: el paciente realiza las actividades normales pero presenta signos o síntomas menores de la enfermedad o disfunción. El trabajo no se ve seriamente afectado.
- 80 %: el paciente realiza las actividades cotidianas sin esfuerzo, pero presenta algunos signos y síntomas de enfermedad y alteración. El trabajo y la vida social se ven ligeramente afectados.
- 70 %: el paciente sigue siendo autosuficiente. Puede trabajar media jornada pero no 40 horas semanales ni llevar a cabo su actividad habitual.
- 60 %: el paciente sigue siendo autosuficiente pero no trabaja ni realiza las actividades domésticas. Las relaciones sociales, familiares y maritales o sexuales pueden verse afectadas.
- 50 %: la autosuficiencia del paciente se ve ligeramente afectada. Requiere asistencia considerable y atención médica frecuente. Las relaciones sociales elementales pueden desaparecer o alterarse significativamente. Realiza algunas tareas además de los cuidados personales, como las labores domésticas básicas.
- 40 %: Incapacitado. Requiere cuidados especiales y asistencia. El cuidado personal se ve seriamente alterado o suprimido.
- 30 %: el paciente está seriamente incapacitado. Están indicadas la hospitalización o la institucionalización.
- 20 %: Son necesarias la hospitalización o institucionalización. Comportamiento seriamente restringido. Poca conciencia del entorno.

- 10 %: inconsciente o en estado de estupor. Próximo a la muerte. Movimiento o consciencia del entorno escasos o inexistentes.
- 0 %: muerte.

5.3.5- Criterios para el diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). En el DSM-IV¹⁵⁷ se utiliza el diagnóstico de “Episodio depresivo mayor” cuando está presente un estado de ánimo depresivo o una disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, y por lo menos cinco de los síntomas siguientes: pérdida de peso, alteraciones del sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpabilidad, dificultad para concentrarse y pensamientos de muerte o suicidio. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Así pues, han de cumplirse los siguientes criterios:

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de

interés o de la capacidad para el placer.

(1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ejem.: se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ejem.: llanto).

(2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

(3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ejem.: un cambio de más de 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi día a día.

(4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.

(5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

(6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

(7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autoreproches o culpabilidad por el

hecho de estar enfermos).

(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o plan específico para suicidarse).

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos psicológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p.ejem. después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

6- RESULTADOS

6- RESULTADOS:

6.1- Análisis descriptivo de la muestra.

La muestra inicial analizada está compuesta por los 199 pacientes con diagnóstico clínico de CI y realización de cateterismo cardíaco, ingresados de manera consecutiva en la planta de Cardiología del Complejo Hospitalario Juan Canalejo de La Coruña, desde el 1 de Mayo hasta el 31 de Octubre (6 meses) de 1997.

El total de pacientes que no han accedido a colaborar en el estudio ha sido de 6. Abandonan el estudio en alguna de sus fases un total de 11 pacientes, y 3 han sido eliminados del estudio por retrasarse más de 6 meses el tratamiento de su cardiopatía isquémica (intervención quirúrgica). Se produce éxitus en 5 de los pacientes de la muestra inicial antes de completarse el estudio, ninguno de los cuales se produce por acto autolítico. De esta manera, se restan de la muestra inicial un total de 25 pacientes.

Así pues, conforman la **muestra total definitiva 174 pacientes.**

6.1.1- Análisis descriptivo de la muestra total en el estudio basal:

6.1.1.1- Características sociodemográficas:

6.1.1.1.1- Edad.

La edad media se sitúa en los 60,3 años, con una desviación típica de 10,4. La edad mínima es de 35 años y la máxima de 77.

Por grupos de edad, distribuyéndolos de diez en diez (*gráfico 1-pág.85*):

-Grupo de 35 a 44 años: 17 pacientes - 9,77 %

-Grupo de 45 a 54 “ : 38 “ - 21,83 %

-Grupo de 55 a 64 “ : 52 “ - 29,88 %

-Grupo de 65 a 74 “ : 58 “ - 33,33 %

-Grupo de 75 en adelante: 9 “ - 5,17 %

6.1.1.1.2- Sexo: 144 pacientes son hombres (82,8 %) y 30 son mujeres (17,2 %).

(*Gráfico 2- pág.85*).

6.1.1.1.3- Estado civil: están casados 141 pacientes (81 %), viudos 16 (9,2 %), solteros 14 (8 %) y separados 3 (1,7 %). (*Gráfico 3- pág.86*).

6.1.1.1.4- Hábitat: nos encontramos que 82 pacientes (47,1 %) viven en área urbana, 67 pacientes (38,5 %) viven en área rural, y 25 pacientes (14,4 %) habitan en área semiurbana. (*Gráfico 4- pág.86*).

6.1.1.1.5- Nivel educacional: han realizado estudios primarios 96 pacientes (55,2 %), 20 (11,5 %) han realizado estudios secundarios, 11 pacientes (6,3 %) disponen de estudios universitarios y 47 pacientes (27 %) no han realizado estudios reglados. (*Gráfico 5- pág.87*).

6.1.1.1.6- Grupos de profesiones (*gráfico 6- pág.87*): con respecto a la profesión,

Muestra total (174 pacientes)

EDAD

(% pacientes)

Edad media 60,3

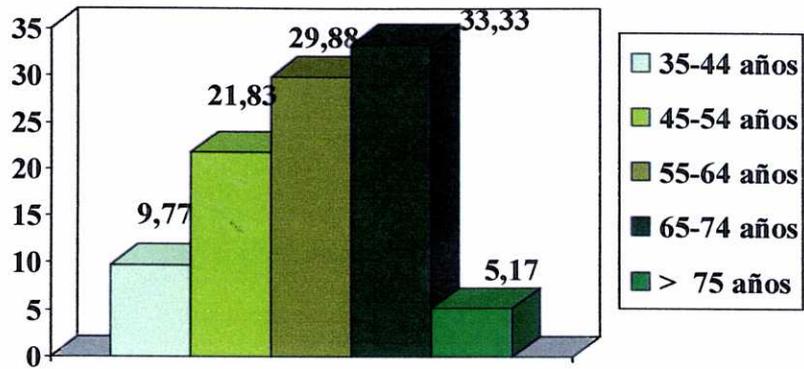


Gráfico 1

Muestra total (174 pacientes)

SEXO

(% pacientes)

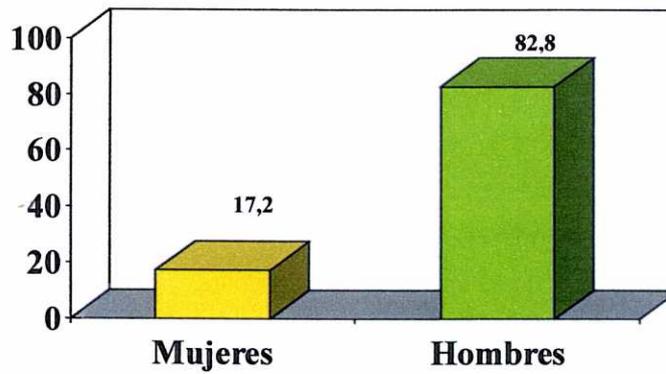


Gráfico 2

Muestra total (174 pacientes)

ESTADO CIVIL (% pacientes)

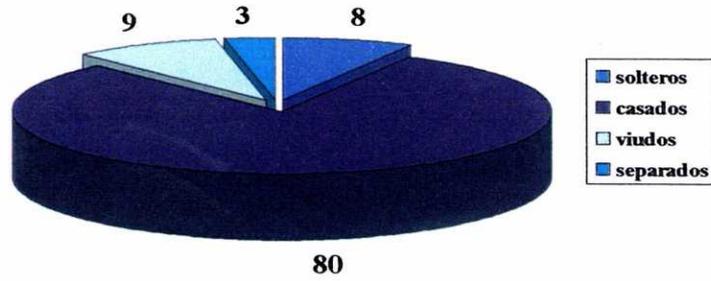


Gráfico 3

Muestra total (174 pacientes)

HÁBITAT (% pacientes)

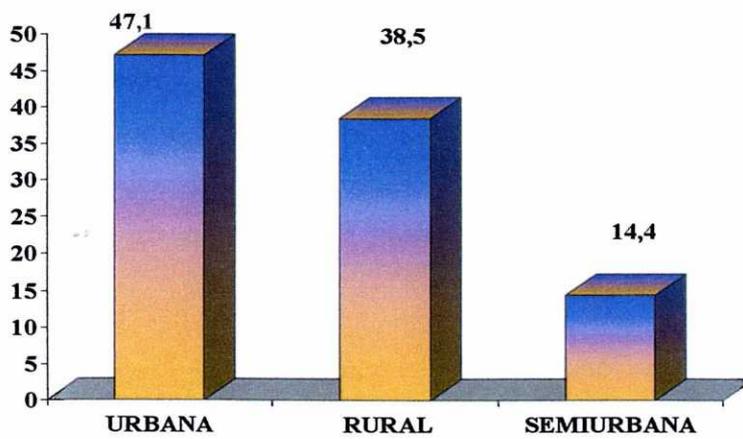


Gráfico 4

Muestra total (174 pacientes)

NIVEL EDUCACIONAL

(% pacientes)

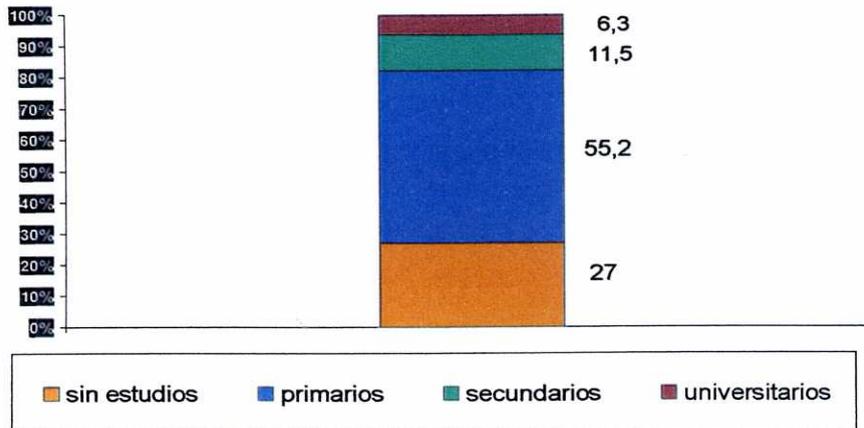


Gráfico 5

Muestra total (174 pacientes)

GRUPO DE PROFESIONES

(% pacientes)

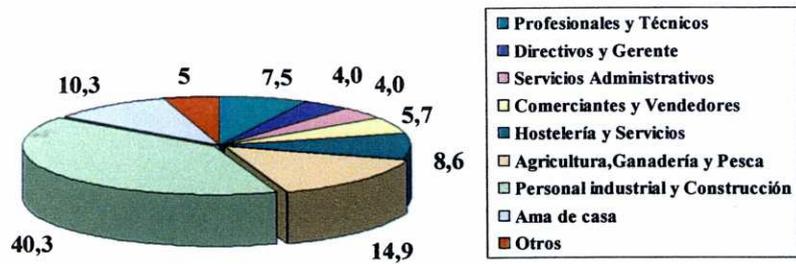


Gráfico 6

distribuyendo ésta en sus diferentes grupos, nos encontramos que destaca el grupo profesional correspondiente al personal de industria y construcción en el que se incluyen 70 pacientes (40,2 % de la muestra), y en orden decreciente, 26 pacientes (15 %) corresponden al grupo de profesionales de la agricultura, ganadería y pesca; 18 pacientes (10,3 %) trabajan de amas de casa; 15 pacientes (8,6 %) son profesionales de la hostelería; 13 pacientes (7,5 %) corresponden al grupo de profesionales y técnicos; 10 pacientes (5,8 %) pertenecen al grupo de comerciantes y vendedores; 7 pacientes (4 %) pertenecen al grupo de directivos y gerentes; 7 pacientes (4 %) al grupo de servicios administrativos, y 8 pacientes (4,6 %) se incluyen en otros grupos profesionales.

6.1.1.1.7- Situación laboral: 87 pacientes (50 %) son pensionistas, en situación laboral activa se encuentran 39 pacientes (22,4 %), 24 pacientes (13,8 %) en situación de incapacidad laboral transitoria, 6 pacientes (3,5 %) en situación de incapacidad laboral permanente y 18 pacientes (10,4 %) se encuentran en situación de paro laboral. (*Gráfico 7-pág.89*).

6.1.1.1.8- Clase social subjetiva: 102 pacientes (58,6 %) se autoincluyen en el grupo denominado clase social media, 61 pacientes (35,1 %) en el grupo constituido por las clases sociales media-baja y baja, y 11 pacientes (6,3 %) en el grupo constituido por las clases sociales media-alta y alta. (*Gráfico 8-pág.89*).

Muestra total (174 pacientes)

SITUACIÓN LABORAL (% pacientes)

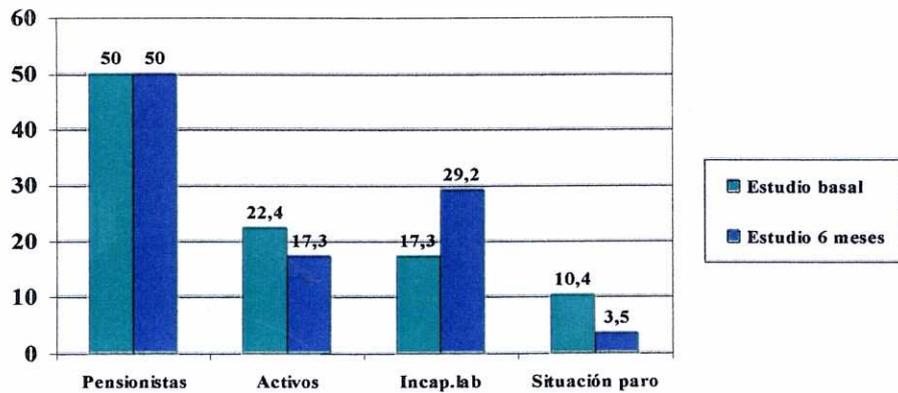


Gráfico 7

Muestra total (174 pacientes)

CLASE SOCIAL SUBJETIVA (% pacientes)

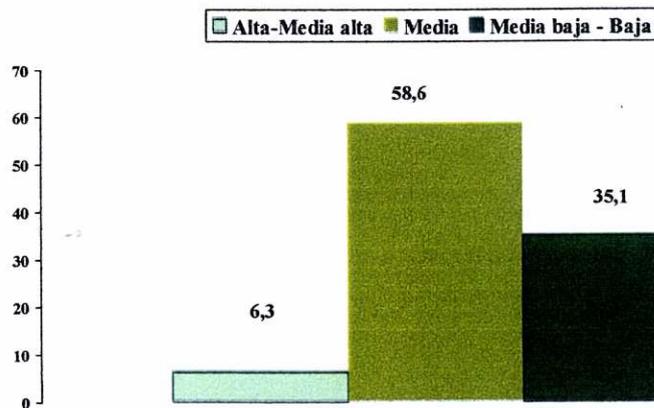


Gráfico 8

6.1.1.2- Antecedentes personales:

6.1.1.2.1- Antecedente de cardiopatía isquémica: 89 pacientes (51,1 %) han presentado alguna forma clínica de cardiopatía isquémica a lo largo de su vida y antes de los tres meses previos al ingreso hospitalario. Por el contrario, 85 pacientes (48,9 %) no presentan antecedentes de cardiopatía isquémica. (*Gráfico 9- pág. 91*).

6.1.1.2.1.1- Antecedente de angioplastia: del total de la muestra, 22 pacientes (12,6 %) han sido tratados con angioplastia anteriormente al ingreso hospitalario. (*Gráfico 10-pág.91*).

6.1.1.2.1.2- Antecedente de by-pass: del total de la muestra, anteriormente a su ingreso hospitalario, 11 pacientes (6,3 %) han sido tratados quirúrgicamente con técnica de by- pass. (*Gráfico 10-pág.91*).

6.1.1.2.2- Antecedente de hipertensión: 90 pacientes (51,7 %) presentan antecedentes de hipertensión. (*Gráfico 11-pág.93*).

6.1.1.2.3- Antecedente de hipercolesterolemia: 105 pacientes (60,3 %) presentan antecedentes de hipercolesterolemia. (*Gráfico 11-pág.93*).

6.1.1.2.4- Antecedente de diabetes: del total de la muestra, 25 pacientes (14,4 %), presentan antecedente de diabetes. (*Gráfico 11-pág.93*).

Muestra total (174 pacientes)

ANTECEDENTES DE C.I.

(% de pacientes)

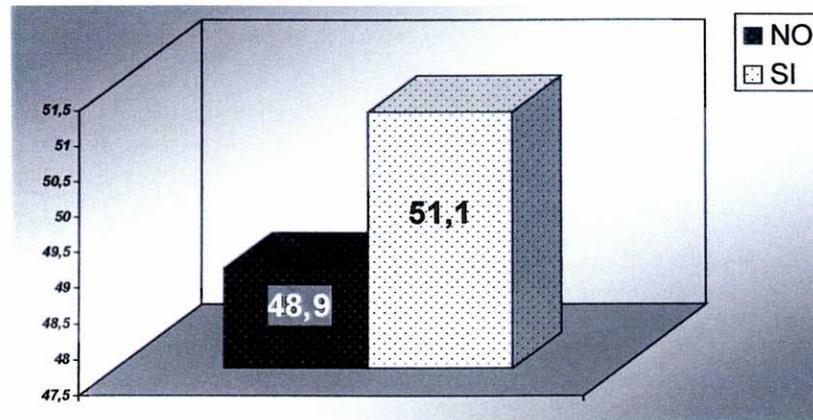


Gráfico 9

Muestra total (174 pacientes). Estudio basal

ANTECEDENTE DE TRATAMIENTO DE REVASCULARIZACIÓN

(% pacientes)

ANGIOPLASTIA

BY-PASS

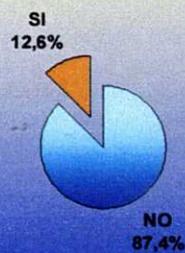


Gráfico 10

6.1.1.2.5- Antecedente de obesidad: 26 pacientes (14,9 %) presentan diagnóstico de obesidad premórbida. (*Gráfico 11-pág.93*).

6.1.1.2.6- Hábito tabáquico: 27 pacientes (15,5 %) presentan hábito tabáquico en el momento del estudio basal (ingreso hospitalario). De éstos, 7 pacientes (4 %) fuman menos de 20 cigarrillos/día, y 20 pacientes (11,5 %) fuman 20 o más cigarrillos/día. (*Gráfico 11-pág.93*).

6.1.1.2.7- Ex-hábito tabáquico: han sido fumadores en algún momento de su vida y se mantienen en abstinencia del consumo de tabaco, al menos en los últimos 6 meses, 86 pacientes (49,4 %). (*Gráfico 11-pág.93*).

6.1.1.2.8- Antecedente de otras enfermedades médicas: del total de la muestra, 12 pacientes (6,9 %) presentan diagnóstico de síndrome prostático previo al ingreso hospitalario, 11 pacientes (6,3 %) de úlcera gastroduodenal, 9 pacientes (5,2 %) de bronquitis crónica, 9 pacientes (5,2 %) hepatopatía, 7 pacientes (4 %) de ACV, 6 pacientes (3,4 %) de TBP.

6.1.1.2.9- Antecedente de enfermedad psiquiátrica: del total de la muestra, se recoge antecedentes de patología psiquiátrica en 25 pacientes (14,4 %). De ellos 19 pacientes (10,9 %) tienen antecedentes de depresión. (*Gráfico 12-pág.93*).

Muestra total (174 pacientes)

ANTECEDENTES PERSONALES (% pacientes)

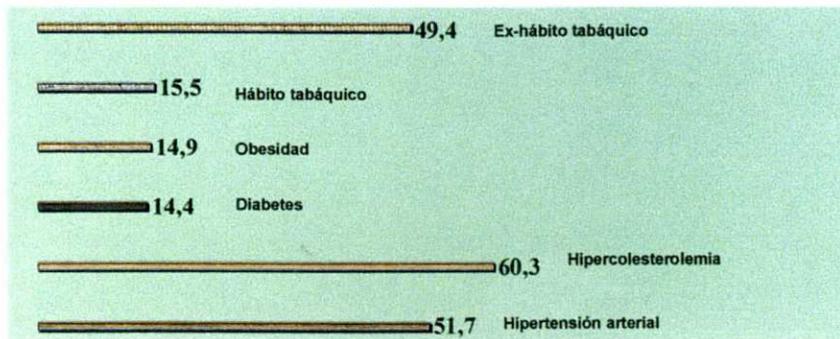


Gráfico 11

Muestra total (174 pacientes)

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS (% pacientes)

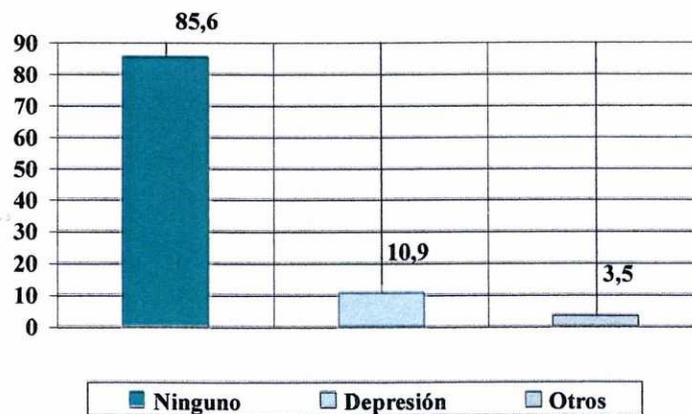


Gráfico 12

6.1.1.3- Motivo del ingreso:

6.1.1.3.1- Angina de pecho (*gráfico 13-pág.95*): 142 pacientes (81,6 %) ingresan por angina. De ellos, 57 pacientes (32,7 %) con diagnóstico de angina estable, a saber:

Angina estable tipo I: 4 pacientes (2,3 %).

Angina estable tipo II: 38 pacientes (21,8 %).

Angina estable tipo III: 13 pacientes (7,5 %).

Ingresan con angina inestable 96 pacientes (55,2 %), destacando la presencia de angina inestable de reposo en 36 pacientes (20,7 %) y, en segundo lugar, la angina inestable progresiva en 16 pacientes (9.2 %).

6.1.1.3.2- Infarto (*gráfico 13-pág.95*): 53 pacientes (30,5 %) ingresan por infarto. En relación a su localización, destaca la presencia de infarto en región anterior en 13 pacientes (7,5 %) y, en segundo lugar, en región inferior presente en 12 pacientes (6,9 %).

Del total de la muestra, ingresan con angina e infarto 21 pacientes (12 %).

6.1.1.4- Extensión de la lesión vascular (*gráfico 14-pág.95*): nos encontramos que 45 pacientes (25,9 %) se objetiva lesión de un vaso, en 50 pacientes (28,7 %) lesión de dos vasos, en 53 pacientes (30,5 %) lesión de tres vasos, y en 8 pacientes (4,6 %) lesión del Tronco Común Izquierdo. Del total de la muestra, destacamos que 18 pacientes (10,3 %) presentan un cateterismo normal sin lesión vascular.

Muestra total (174 pacientes)

Motivo de ingreso (% de pacientes)

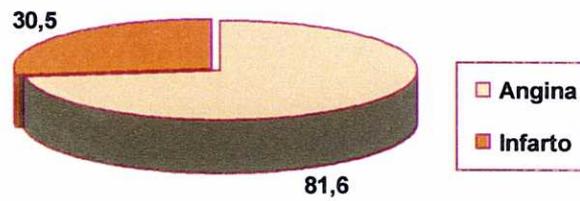


Gráfico 13

Muestra total (174 pacientes)

EXTENSIÓN DE LA LESIÓN VASCULAR (% pacientes)

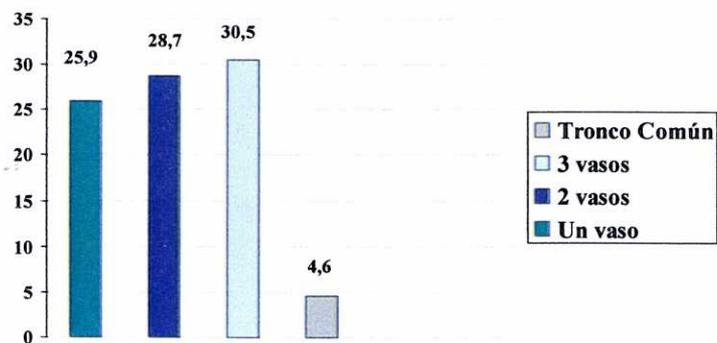


Gráfico 14

6.1.1.5- Otros diagnósticos cardiológicos asociados: del total de la muestra, no presentan patología cardiológica asociada 150 pacientes (86,2 %). Presentan diagnóstico de valvulopatía 9 pacientes (5,2 %), de arritmia 6 pacientes (3,4 %), de aneurisma 4 (2,3 %) y otras o múltiple 5 pacientes (2,9 %). (*Gráfico 15-pág.97*).

6.1.1.6- Inventario de Depresión de Beck: se ha registrado una puntuación media del BDI de 7,56, con una desviación típica de 6,06, una puntuación máxima de 46 y un valor mínimo de 0. De los 174 pacientes de la muestra, 43 (24,7 %) presentan una puntuación igual o superior a 10 . De ellos, 29 pacientes (16,6 %) aportan una puntuación entre 10 y 16, y 14 pacientes (8 %) mayor de 16. (*Gráfico 16-pág.97*).

6.1.1.7- Diagnóstico de depresión mayor (criterios diagnósticos de depresión mayor según el DSM-IV) (*gráfico 17-pág.98*).

De los 174 pacientes de la muestra se obtiene un screening de depresión positivo, a través del cuestionario de depresión de Beck, en 43 pacientes (24,7 %). A éstos se les realiza la evaluación psiquiátrica siguiendo los criterios diagnósticos de depresión mayor del DSM IV, alcanzando una media de 4,32 criterios con una desviación típica de 1,56. Cumplen 5 ó más criterios para el diagnóstico de depresión mayor un total de 15 pacientes (8,6 %).

6.1.1.8- Cuestionario de Calidad de Vida de Karnofsky (*gráfico 18-pág.98*):

Muestra total (174 pacientes)

OTRO DIAGNÓSTICO CARDIOLÓGICO (% pacientes)

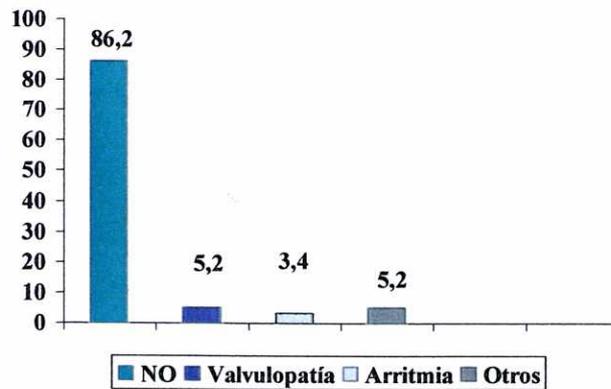


Gráfico 15

Muestra total (174 pacientes). Estudio basal

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (% de pacientes)

Puntuación media = 7,5

d.t. = 6.06,

Puntuación máxima = 46

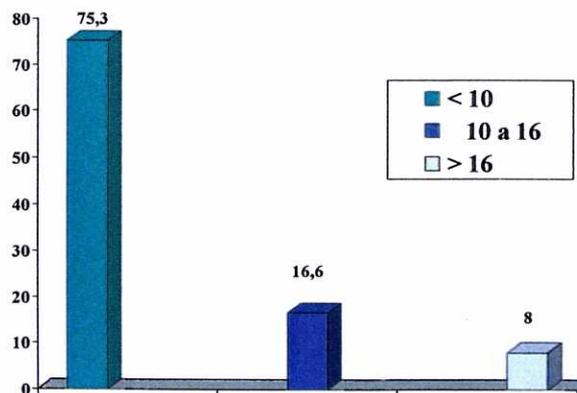


Gráfico 16

Muestra total (174 pacientes). Estudio basal

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DEPRESIÓN MAYOR (DSM-IV)

(media de criterios: 5,24)

- \geq 5 Criterios 15 pacientes..... 8,6%

DIAGNOSTICO DE DEPRESIÓN MAYOR

(% de pacientes)

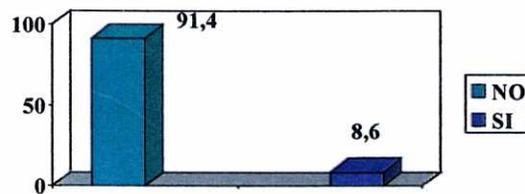


Gráfico 17

Muestra total (174 pacientes)

Cuestionario de Calidad de Vida de Karnofsky

(% de pacientes)

Media = 73,4%

d.t. = 11,5

Puntuación Mínima = 50%

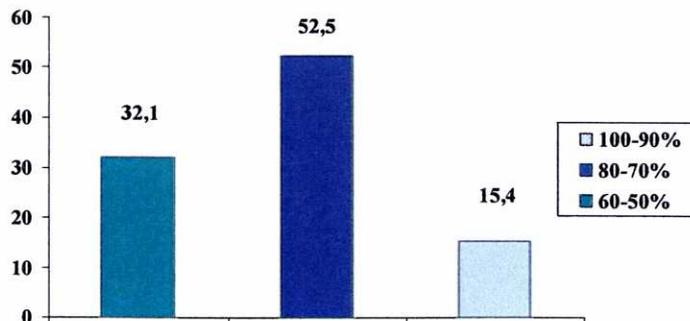


Gráfico 18

en orden decreciente, 27 pacientes (15,5 %) alcanzan una puntuación del 90-100 %, 93 pacientes (53,5 %) del 70-80 % y 54 pacientes (32,1 %) presentan un resultado de 50-60 %. La puntuación media es de 73,4 % con una desviación típica de 11,58 y una puntuación mínima de 50 %.

6.1.1.9- Modalidad terapéutica (gráfico 19-pág.100).

Han seguido exclusivamente tratamiento médico-farmacológico un total de 89 pacientes (51,1 %). En relación al tratamiento fármaco-cardiológico de reconocida facultad depresógena, destacamos que siguieron :

- tratamiento con Betabloqueantes 89 pacientes (51,1 %).
- tratamiento con Calcioantagonistas 76 pacientes (43,7 %).

Así mismo, han seguido tratamiento ansiolítico 26 pacientes (14,9 %).

Se ha realizado tratamiento de revascularización a 85 pacientes (48,9 %):

- angioplastia a 53 pacientes (30,5 %):
- cirugía de by-pass a un total de 32 pacientes (18,4 %).

Atendiendo a la modalidad de la técnica de angioplastia realizada, destacamos que:

- se realizó técnica de angioplastia simple a 21 pacientes (12,1 %).
- han seguido técnica de angioplastia simple e instalación de Stent un total de 20 pacientes (11,5 %).

Muestra total (174 pacientes)

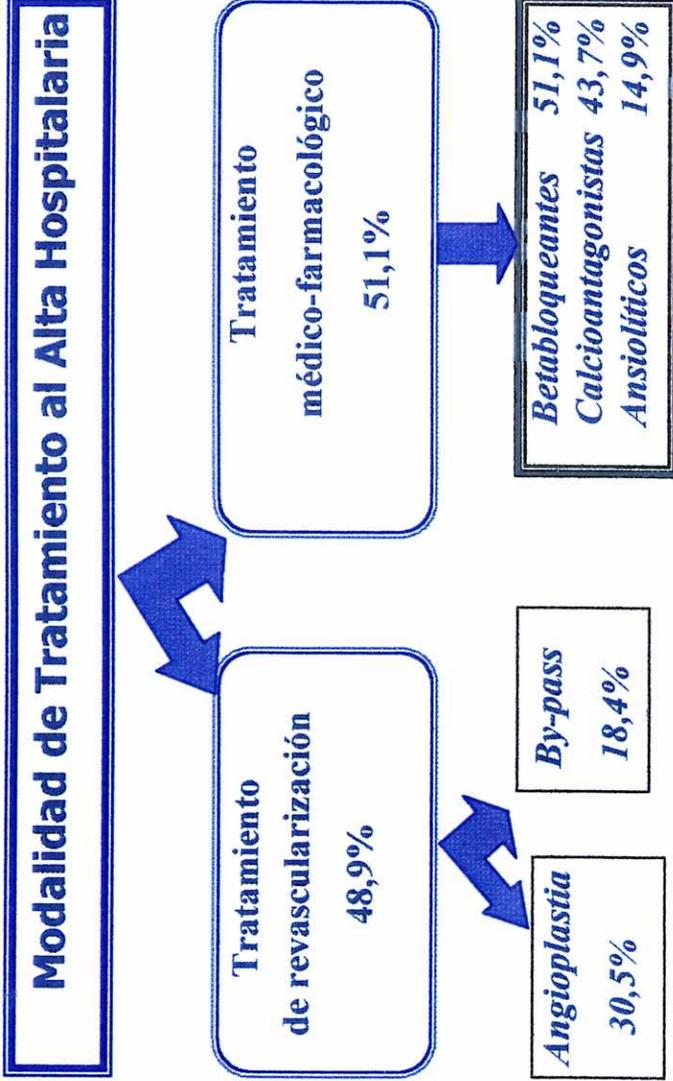


Gráfico 19

-se realizó ACTP Multisegmento a 4 pacientes (2,3 %).

-se efectuó ACTP Multisegmento e instalación de Stent a 8 pacientes (4,6 %).

6.1.1.10- Tiempo de hospitalización: 86 pacientes (49,5 %) han permanecido ingresados un período igual o inferior a 7 días, 41 pacientes (23,5 %) entre 8 y 14 días, y 47 pacientes (27 %) permanecieron ingresados más de 14 días. Media de 11,5 con una desviación típica de 10. (*Tabla I-pág.101*).

TABLA: I. Tiempo de Hospitalización en días (datos expresados en %). Muestra total.

Tiempo de hospitalización (días)	Muestra Total (174 pacientes)
Media (d.t.)	11,5 (10,0)
≤ 7 días	49,5
8 - 14 días	23,5
≥14 días	27

6.1.2- Análisis descriptivo de la muestra a los 6 meses de establecer o iniciar modalidad terapéutica cardiológica:

6.1.2.1- Estado civil: a los 6 meses de iniciar tratamiento están casados 142 pacientes (81,6 %), viudos 16 (9,2 %), solteros 13 (7,5 %) y separados 3 (1,7 %).

6.1.2.2- Situación laboral: se mantienen en situación laboral activa 30 pacientes (17,2 %), en situación de incapacidad laboral transitoria 33 pacientes (18,9 %), en situación de incapacidad laboral permanente 18 pacientes (10,3 %), en paro con subsidio de desempleo un paciente (0,6 %), en paro sin subsidio 5 pacientes (2,9 %) y son pensionistas 87 pacientes (50 %).

6.1.2.3- Nuevos diagnósticos:

6.1.2.3.1- Nuevos diagnósticos cardiológicos: a ningún paciente se le diagnosticó nueva patología cardiológica a lo largo de estos 6 meses.

6.1.2.3.2- Nuevos diagnósticos de enfermedades médicas no cardiológicas: destacamos que, 131 pacientes (75,3 %) no han sido diagnosticados de ninguna enfermedad médica no cardiológica a lo largo de estos 6 meses, 14 pacientes (8 %) han presentado un proceso gripal, 3 (1,7 %) han sufrido otitis, otros 3 (1,7 %) han sufrido gastritis y tan sólo 2 pacientes (1,1 %) han sido diagnosticados de depresión.

6.1.2.4- Frecuentación de consultas (gráfico 20-pág.104):

6.1.2.4.1- Consultas al médico de cabecera: 78 pacientes (44,8%) no han realizado ninguna consulta al médico de cabecera, 31 pacientes (17,8 %) han realizado una consulta, 20 pacientes (11,5 %) han realizado 2 consultas, 11 pacientes (6,3 %) han realizado 3 consultas, 29 pacientes (16.7 %) han realizado entre 4 y 10 consultas y 5 pacientes (3 %) han realizado más de 10. La media de consultas a su médico de cabecera ha sido de 2,06 con una desviación típica de 3,59 y un máximo de 28 consultas.

6.1.2.4.2- Consultas al cardiólogo: 49 pacientes (28,2 %) no han visitado al cardiólogo en ninguna ocasión, 58 (33,5 %) han realizado una consulta, 48 (27,8 %) han realizado 2 consultas, y 18 pacientes (10,4 %) han sido vistos por el cardiólogo en 3 o más ocasiones. La media de consultas al cardiólogo ha sido de 1,24 con una desviación típica de 1,09 y un máximo de 6 consultas.

6.1.2.4.3- Consultas al cirujano cardíaco: 31 pacientes (17,8 %) han realizado una consulta al cirujano cardíaco, tan sólo 3 pacientes (1,7 %) han realizado 2 consultas. La media de consultas ha sido de 0,21 con una desviación típica de 0,45 y un máximo de 2 consultas.

6.1.2.4.4- Consultas al psiquiatra o psicólogo: del total de la muestra, tan sólo 5 pacientes (2,9 %) han visitado al psiquiatra, con una media de 0,05 y una desviación típica de 0,31.

Muestra total (174 pacientes). Estudio a los 6 meses

FRECUENTACIÓN DE CONSULTAS (% pacientes)

Tipo de consulta	Número de consultas					
	0	1	2	3-5	6-10	>11
Consultas Cirujano Cardíaco (media 0,21)	80.5	17.8	1.7			
Consultas Psiquiatra (media 0.052)	97.3	0.6	2.3			
Consultas Cardiólogo (media 1,249)	28.3	33.5	27.8	10.4		
Consultas Médico Cabecera (media 2,064)	44.7	17.7	11.5	13.3	9.8	3

Gráfico 20

6.1.2.5- Recidivas de la patología isquémica (*gráficos 21 a 24-págs.106,107*).

Analizamos la presencia de angina de pecho, infarto, reingresos y nuevas intervenciones cardiológicas en el periodo comprendido entre el estudio basal y el estudio a los 6 meses:

6.1.2.5.1- Número de nuevas anginas: 140 pacientes (80,5 %) no han sufrido angina de pecho, 18 pacientes (10,4 %) han sufrido una angina y 16 pacientes (9,1 %) han sufrido dos o más anginas. La media de anginas ha sido de 0,40 con una desviación típica de 1,11 y un máximo de 8 anginas.

6.1.2.5.2- Número de nuevos infartos: tan sólo un paciente (0,6 %) ha sufrido infarto.

6.1.2.5.3- Reingresos. Analizamos el número de reingresos, el motivo del mismo y la realización de nueva revascularización:

6.1.2.5.3.1- Número de reingresos: han reingresado 29 pacientes (16,6 %), de los cuales 11 (6,3 %) han reingresado en 2 ocasiones y 2 (1,1 %) han sufrido 3 ingresos.

6.1.2.5.3.2- Motivo de reingreso: el 72,7 % de los reingresos fueron por angina, el 9 % por dolor inespecífico y el 18,3 % por otros motivos.

6.1.2.5.3.3- Nueva revascularización: se les ha realizado angioplastia a 6 pacientes (3,4 %) y cirugía de by-pass a 3 pacientes (1,7 %).

Muestra total (174 pacientes). Estudio a los 6 meses

NUEVAS ANGINAS

(% pacientes)

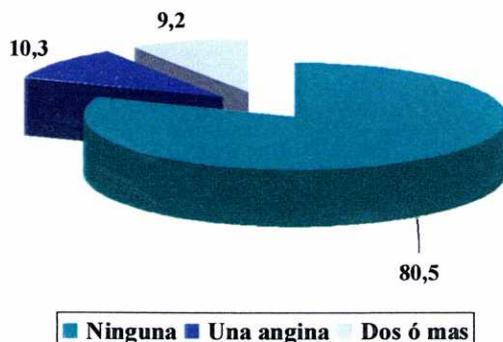


Gráfico 21

Muestra total (174 pacientes)

REINGRESOS

(% pacientes)



Gráfico 22

Muestra total (174 pacientes). Estudio a los 6 meses

MOTIVO DE REINGRESO (%)

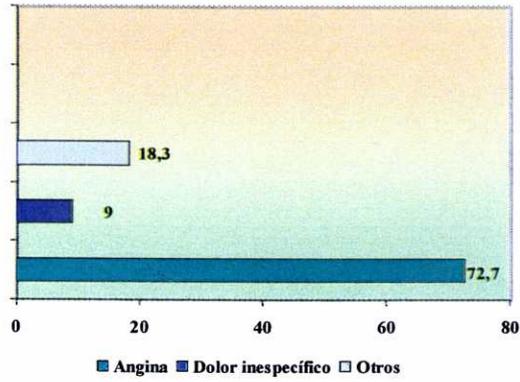


Gráfico 23

Muestra total (174 pacientes). Estudio a los 6 meses

NUEVA INTERVENCIÓN EXPLORATORIA Y/O TERAPÉUTICA (% pacientes)

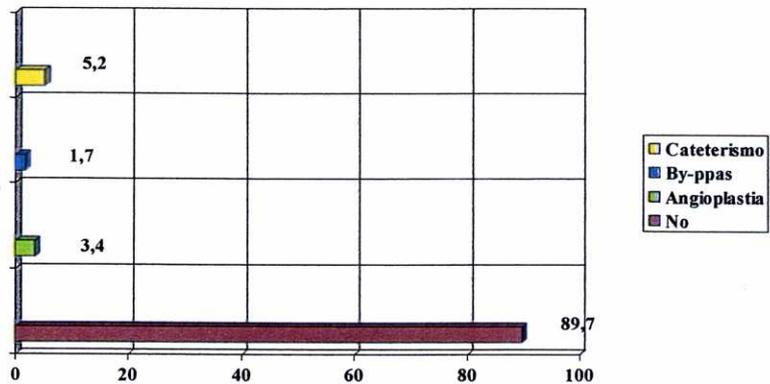


Gráfico 24

6.1.2.6- Inventario de Depresión de Beck (*tabla II-pág.108; gráficos 25 a 47-pág.109-110*): se obtiene una puntuación media de 8,19 con una desviación típica de 8,11 y una puntuación máxima de 42. De los 174 pacientes de la muestra, 51 (29,3 %) presentan una puntuación igual o superior al punto de corte establecido (10 puntos). De ellos, 22 pacientes (12,6 %) aportan una puntuación entre 10 y 16, y 29 pacientes (16,6 %) mayor de 16.

TABLA: II. Escala de Depresión de Beck (datos expresados en %). Estudio a los 6 meses de establecer o iniciar el tratamiento cardiológico. Muestra Total.

Inventario de Depresión de Beck	Muestra Total (174 pacientes)
Puntuación media	8,19
(d.t.)	8,11
≥10 (punto corte):	29,3
• 10 a 16	12,6
• > de 16	16,7

MUESTRA TOTAL DE PACIENTES
% de pacientes que puntúan en cada ITEM en el BDI a los 6 meses

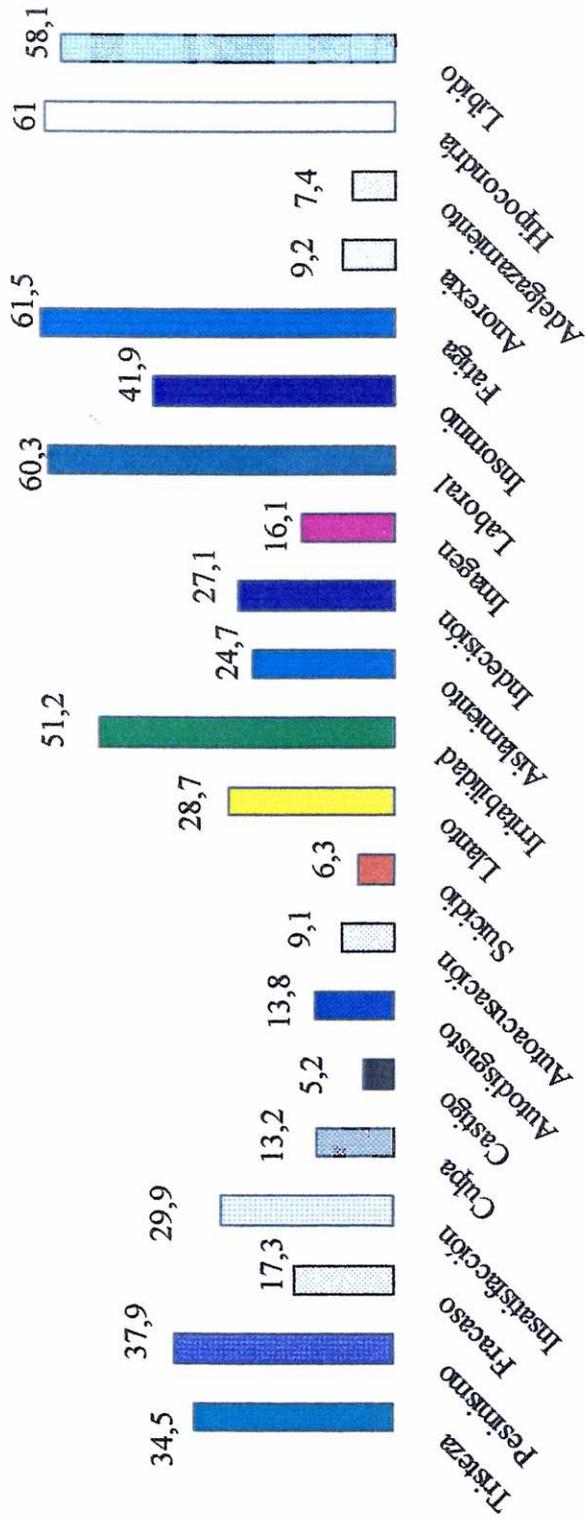


Gráfico 25

MUESTRA TOTAL DE PACIENTES
Puntuación media de cada ITEM en el BDI a los 6 meses

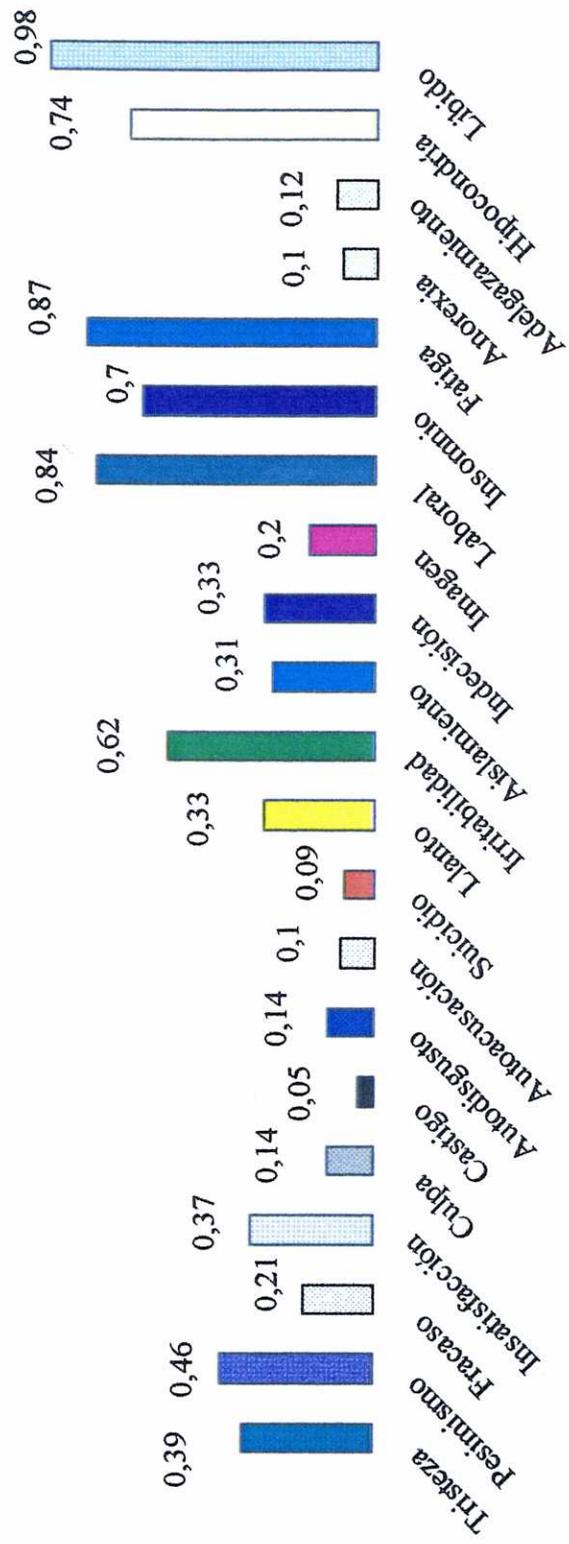


Gráfico 26

MUESTRA TOTAL DE PACIENTES
Tristeza en BDI a los 6 meses (% pacientes)

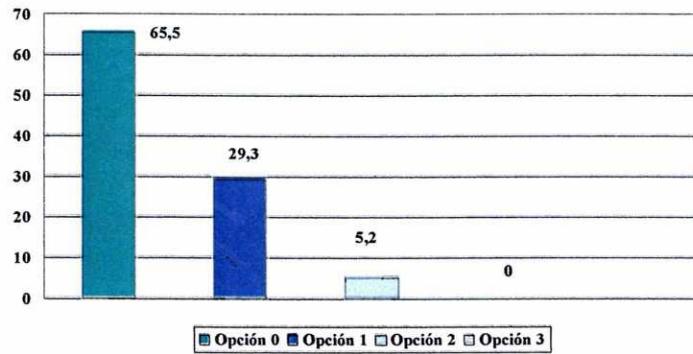


Gráfico 27

MUESTRA TOTAL DE PACIENTES
Pesimismo en BDI a los 6 meses (% pacientes)



Gráfico 28

MUESTRA TOTAL DE PACIENTES
Sentimiento de fracaso en BDI a los 6 meses (% pacientes)

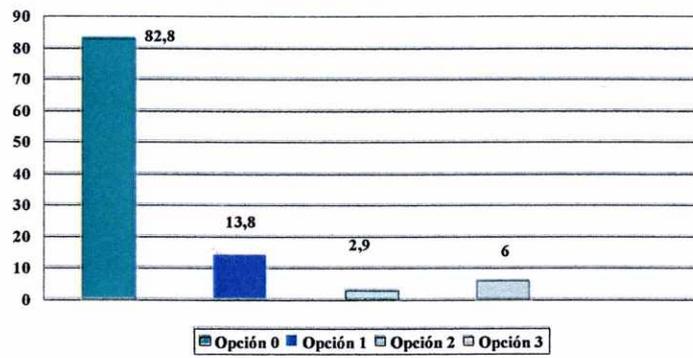


Gráfico 29

MUESTRA TOTAL DE PACIENTES
Insatisfacción BDI a los 6 meses (% pacientes)

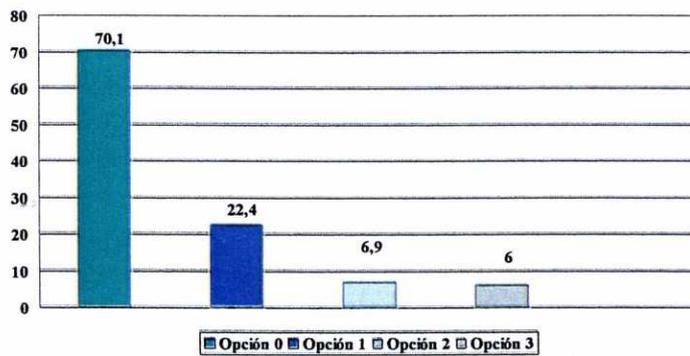


Gráfico 30

MUESTRA TOTAL DE PACIENTES
Sentimiento de culpa en BDI a los 6 meses (% pacientes)

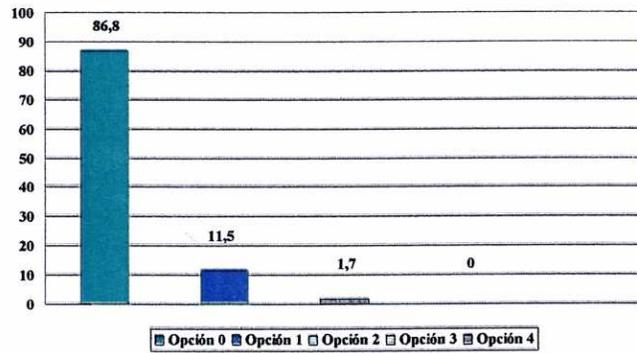


Gráfico 31

MUESTRA TOTAL DE PACIENTES
Expectativa de castigo en BDI a los 6 meses (% pacientes)

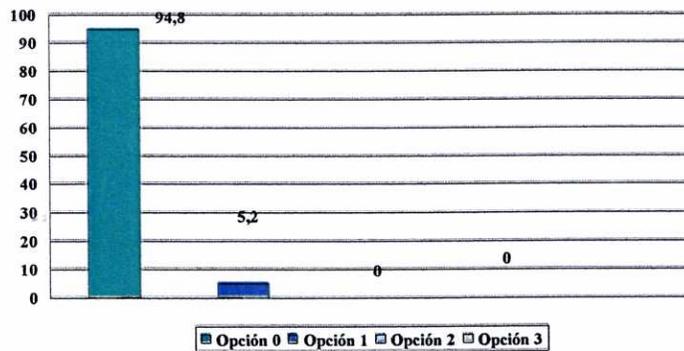


Gráfico 32

MUESTRA TOTAL DE PACIENTES

Autodisgusto en BDI a los 6 meses (% pacientes)

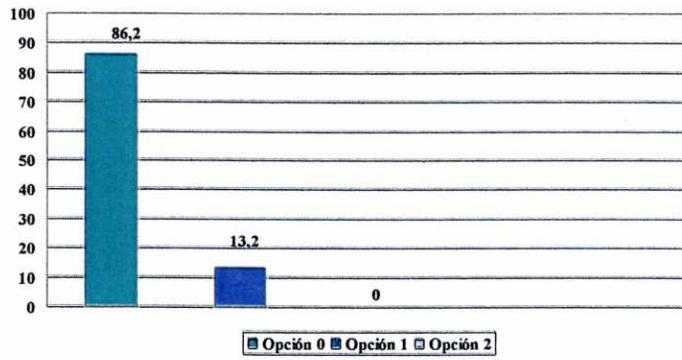


Gráfico 33

MUESTRA TOTAL DE PACIENTES

Autoacusación en BDI a los 6 meses (% pacientes)

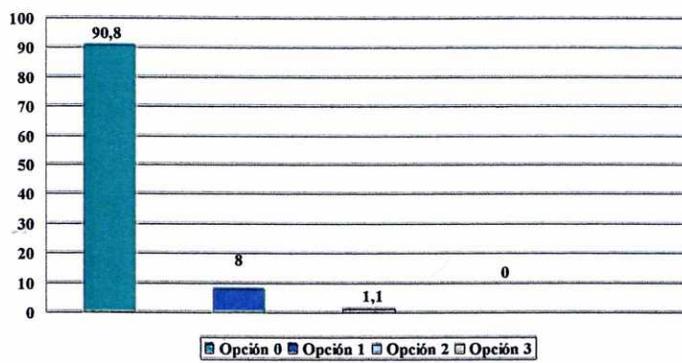


Gráfico 34

MUESTRA TOTAL DE PACIENTES
Irritabilidad en BDI a los 6 meses (% pacientes)

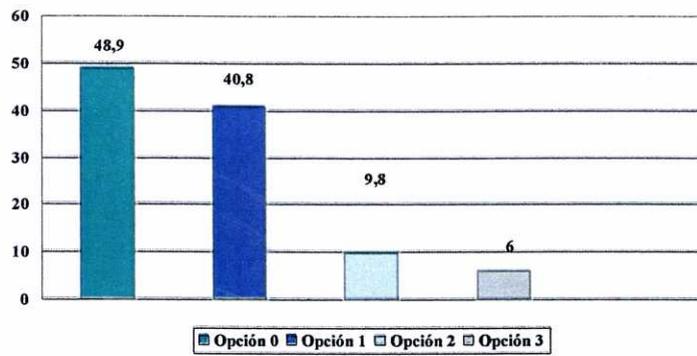


Gráfico 37

MUESTRA TOTAL DE PACIENTES
Aislamiento social en BDI a los 6 meses (% pacientes)

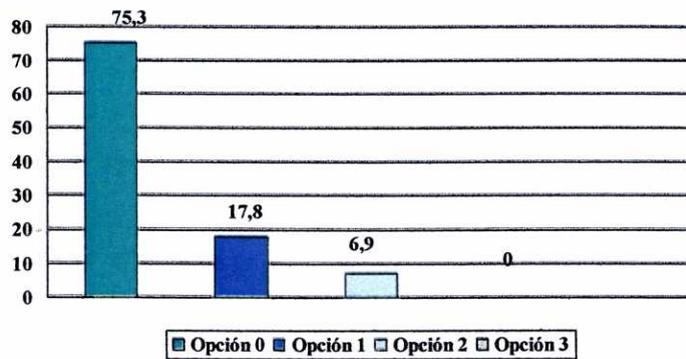


Gráfico 38

MUESTRA TOTAL DE PACIENTES

Indecisión en BDI a los 6 meses (% pacientes)

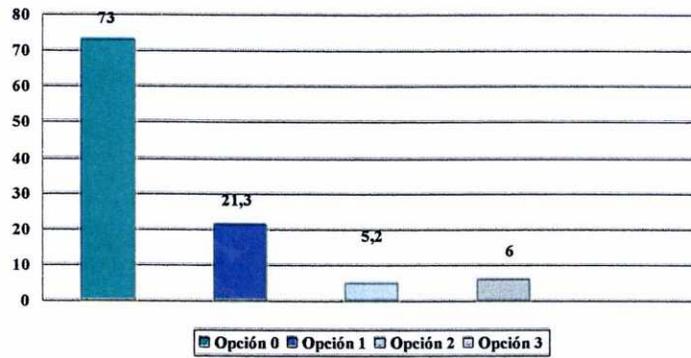


Gráfico 39

MUESTRA TOTAL DE PACIENTES

Distorsión de imagen corporal en BDI a los 6 meses (% pacientes)

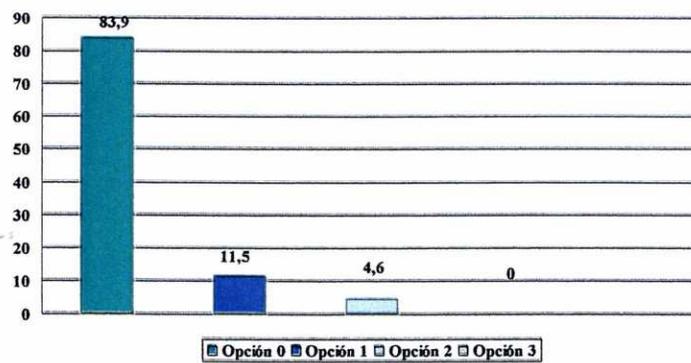


Gráfico 40

MUESTRA TOTAL DE PACIENTES
Incapacidad laboral en BDI a los 6 meses (% pacientes)

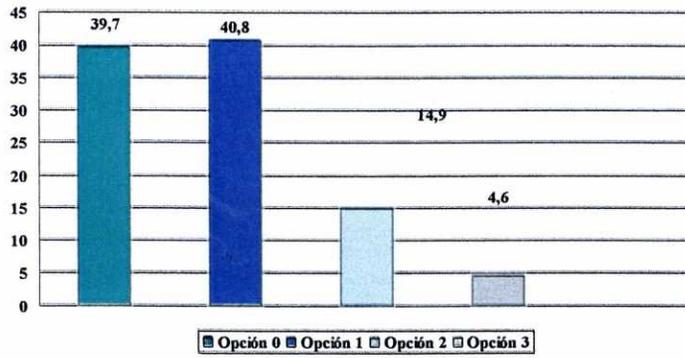


Gráfico 41

MUESTRA TOTAL DE PACIENTES
Insomnio en BDI a los 6 meses (% pacientes)

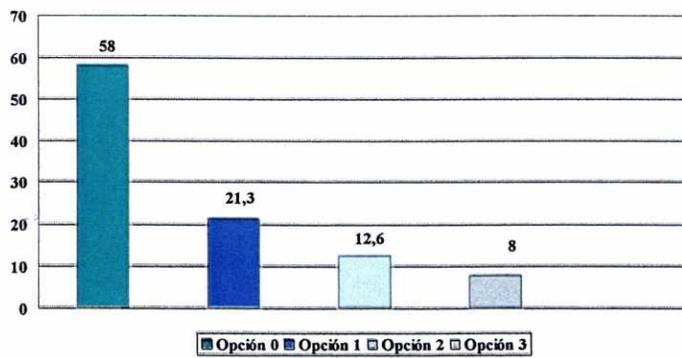


Gráfico 42

MUESTRA TOTAL DE PACIENTES
Fatigabilidad en BDI a los 6 meses (% pacientes)

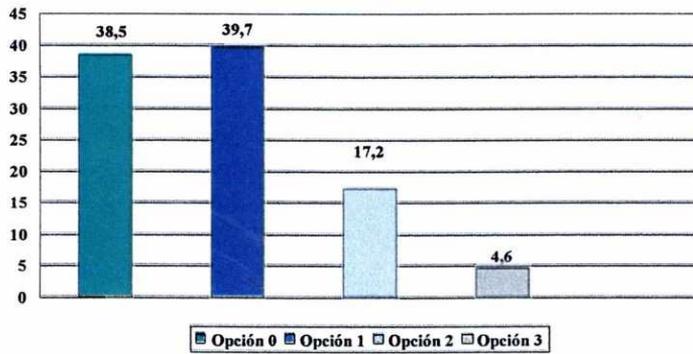


Gráfico 43

MUESTRA TOTAL DE PACIENTES
Anorexia en BDI a los 6 meses (% pacientes)

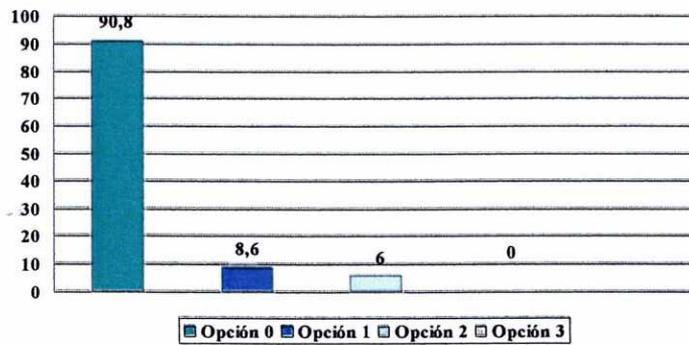


Gráfico 44

MUESTRA TOTAL DE PACIENTES
Adelgazamiento en BDI a los 6 meses (% pacientes)

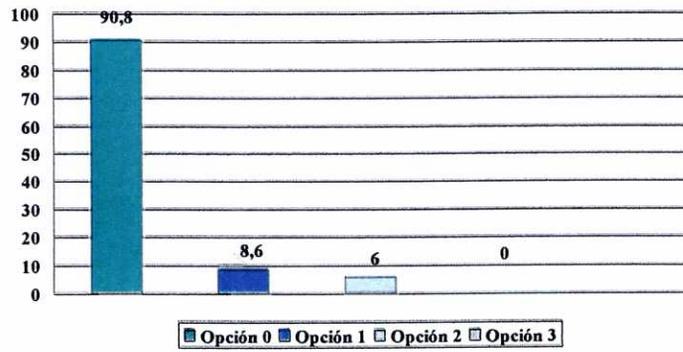


Gráfico 45

MUESTRA TOTAL DE PACIENTES
Hipocondría en BDI a los 6 meses (% pacientes)

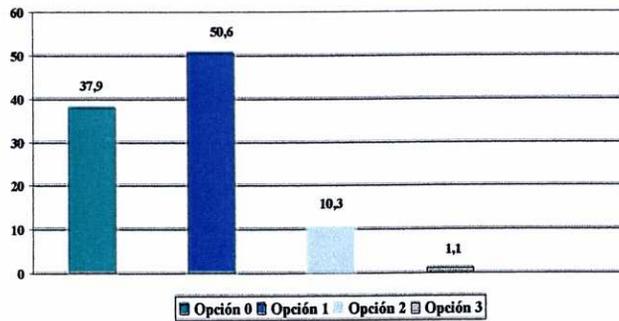


Gráfico 46

MUESTRA TOTAL DE PACIENTES

Disminución de la Libido en BDI a los 6 meses (% pacientes)

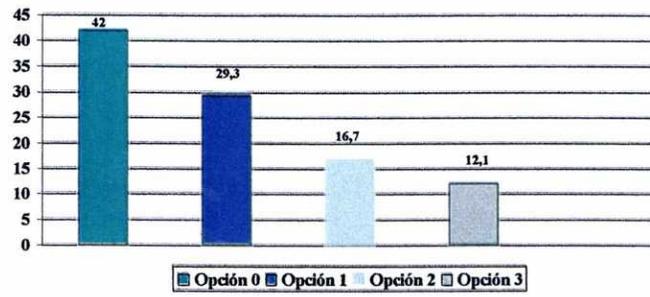


Gráfico 47

6.1.2.7- Depresión mayor según criterios diagnósticos del DSM-IV (tabla III-pág.122; tablas XVI y XVII-pág.155): cumplen criterios de depresión mayor 36 pacientes (20,7 %). Del total de la muestra, la media de criterios diagnósticos es de 5,39 con una d.t. de 1,47.

TABLA: III. Diagnóstico de Depresión Mayor siguiendo criterios diagnósticos del DSM-IV (datos expresados en %). Estudio a los 6 meses de establecer o iniciar el tratamiento cardiológico. Muestra Total.

Criterios Diagnóstico Depresión Mayor (DSM-IV)	Muestra Total (174 pacientes)
≥5	20,7
Media	5,39
(d.t.)	(1,47)

6.1.2.8- Cuestionario de Calidad de Vida de Karnofsky (tabla IV-pág.123): la puntuación media es de 80,39 % con una desviación típica de 15,07 y un mínimo del 40 %. 76 pacientes (43,7 %) alcanzan una puntuación del 90-100 %. 61 pacientes (35,1 %) del 70-80 % y 37 pacientes (21,3 %) del 40-60 %.

TABLA: IV. Cuestionario de Calidad de Vida de Karnofsky (datos expresados en %). Estudio a los 6 meses de establecer o iniciar el tratamiento cardiológico. Muestra Total.

Cuestionario de Calidad de Vida de Karnofsky	Muestra Total (174 pacientes)
Puntuación 100 %	23
“ 90	20,7
“ 80	16,7
“ 70	18,4
“ 60	20,1
“ 50	0,6
“ 40	0,6
Media (d.t.)	80,39 (15,07)

6.1.3- Análisis descriptivo del grupo de pacientes sin diagnóstico de depresión mayor en el estudio a los seis meses: del total de la muestra basal, a los 6 meses de establecer o iniciar la modalidad terapéutica cardiológica, no presentan diagnóstico de depresión mayor 138 pacientes (79,3 %).

6.1.3.1- Características sociodemográficas (tablas V, VI – pág. 147,148) :

6.1.3.1.1- Edad: la edad media se sitúa en 60 años con una desviación típica de 10.7. La edad mínima es de 35 años y la máxima de 79. Por grupos de edad, distribuyéndolos de diez en diez:

-Grupo de 35 a 44 años: 15 pacientes - 10,9 %

-Grupo de 45 a 54 años: 31 pacientes - 22,5 %.

-Grupo de 55 a 64 años: 40 pacientes - 30 %

-Grupo de 65 a 74 años: 44 pacientes - 31,9 %

-Grupo de 75 en adelante: 8 pacientes- 5,7 %

6.1.3.1.2- Sexo: 116 pacientes son hombres (84,1 %) y 22 son mujeres (15,9 %).

6.1.3.1.3- Estado civil: cuando se realiza el estudio basal de esta muestra, están casados 115 pacientes (83,4 %), viudos 13 (9,4 %), solteros 9 pacientes (6,5%) y separados uno (0,7 %). En el estudio a los seis meses de iniciar o realizar el tratamiento cardiológico no se observa ninguna variación, manteniéndose la muestra sin cambios en su estado civil.

6.1.3.1.4- Hábitat: 63 pacientes (45,6 %) viven en área urbana, 52 (37,7 %) en área rural, y 23 pacientes (16,7 %) en área semiurbana.

6.1.3.1.5- Nivel educacional: disponen de estudios primarios 81 pacientes (58,6 %), 17 pacientes (12,3 %) han realizado estudios secundarios, 8 pacientes (5,9 %) han realizado estudios universitarios y 32 pacientes (23,2 %) no han realizado estudios reglados.

6.1.3.1.6- Grupos profesionales: destaca el grupo profesional correspondiente al de industria y construcción con 55 pacientes (3,9 %), 19 pacientes (13,7 %) pertenecen al grupo profesional de agricultura, ganadería y pesca, 12 pacientes (8,7 %) son amas de casa, 11 (8 %) pertenecen al grupo de hostelería y servicios, 10 pacientes (7,2 %) pertenecen al grupo de comerciantes y vendedores, 9 (6,5 %) son profesionales o técnicos, 7 (5,1 %) pertenecen al grupo de directivos y gerentes, una cantidad similar al grupo de servicios administrativos y 8 pacientes (5,8 %) pertenecen a otros grupos profesionales.

6.1.3.1.7- Situación laboral: 61 pacientes (44,2 %) son pensionistas, en situación laboral activa se encuentran 33 pacientes (23,9 %) en el estudio basal y 27 (19,6 %) en el estudio a los 6 meses. En situación de incapacidad laboral se pasa de 20 pacientes (13,5 %) en el estudio basal a 45 pacientes (32,6 %) en el estudio a los seis meses. En relación a la situación de paro laboral, de 16 pacientes (11,6 %) en el estudio basal se pasa a 5 pacientes (3,6 %) en el estudio a los seis meses.

6.1.3.1.8- Clase social subjetiva: 83 pacientes (60,1 %) se autoincluyen en el grupo denominado clase social media, 45 pacientes (32,7 %) en el grupo de clase social media-baja y baja, y tan sólo 10 pacientes (7,2 %) corresponde al grupo de clase social media-alta y alta.

6.1.3.2- Antecedentes personales (*tabla VII - pág. 149*):

6.1.3.2.1- Antecedente de cardiopatía isquémica: 68 pacientes (49,3 %) han presentado alguna forma clínica de cardiopatía isquémica a lo largo de su vida y antes de los tres meses previos al ingreso hospitalario (estudio basal).

6.1.3.2.1.1- Antecedente de angioplastia: anteriormente al ingreso hospitalario (estudio basal), 16 pacientes (11,6 %) han sido tratados con angioplastia.

6.1.3.2.1.2- Antecedente de by-pass: anteriormente al ingreso hospitalario (estudio basal), 9 pacientes (6,5 %) han sido tratados quirúrgicamente con técnica de by-pass.

6.1.3.2.2- Antecedente de hipertensión: 72 pacientes (52,2 %) presentan antecedentes de hipertensión.

6.1.3.2.3- Antecedente de hipercolesterolemia: 81 pacientes (58,7 %) presentan antecedentes de hipercolesterolemia.

6.1.3.2.4- Antecedente de diabetes: 19 pacientes (13,8 %) presentan antecedentes

de diabetes.

6.1.3.2.5- Antecedente de obesidad: 22 pacientes (15,9 %) presentan antecedentes de obesidad.

6.1.3.2.6- Hábito tabáquico: 22 pacientes (15,9 %) presentan hábito tabáquico en el momento de ser evaluados. De éstos, 5 pacientes (3,5 %) fuman menos de 20 cigarrillos/día y 17 pacientes (12,4 %) fuman 20 o más cigarrillos/día.

6.1.3.2.7- Ex-hábito tabáquico: Han sido fumadores en algún momento de su vida pero se mantienen en abstinencia del consumo de tabaco, al menos en los últimos 6 meses, 68 pacientes (49,2 %).

6.1.3.2.8- Antecedente de otras enfermedades médicas: 52 pacientes (37,7 %) no presentan otras enfermedades en el momento del estudio basal (ingreso hospitalario). Destaca el diagnóstico de síndrome prostático en 10 pacientes (7,2 %), úlcera gastroduodenal en 8 pacientes (5,8 %), y hepatopatía en igual número.

6.1.3.2.9- Antecedente de enfermedad psiquiátrica: se recoge antecedentes de patología psiquiátrica en 15 pacientes (10,9 %). De ellos, 11 pacientes (8 %) tienen antecedentes de depresión.

6.1.3.3- Motivo del ingreso (tabla VIII- pág. 150):

6.1.3.3.1- Angina de pecho: 110 pacientes (79,7 %) ingresan por angina. De ellos, 47 pacientes (35,5 %) con diagnóstico de angina estable, a saber:

- Angina estable tipo I: 4 pacientes (2,9 %).
- Angina estable tipo II: 32 pacientes (23,2 %).
- Angina estable tipo III: 11 pacientes (8 %).

Ingresan con angina inestable 63 pacientes (45,5 %), a saber:

- De reposo: 22 pacientes (15,9 %).
- De reciente comienzo: 10 pacientes (7,2 %).
- Postinfarto: 9 pacientes (6,5 %).
- Prolongada: 7 pacientes (5,1 %).
- Progresiva: 13 pacientes (9,4 %).
- Sin especificar: 2 pacientes (1,4 %).

6.1.3.3.2- Infarto: 40 pacientes ingresan con infarto de miocardio (29 %). La localización del mismo se establece como sigue:

- Anterior: 10 pacientes (7,2 %).
- Anterosuperior: 3 pacientes (2,2 %).
- Inferior: 10 pacientes (7,2 %).
- Anterosuperior: 3 pacientes (2,2 %).
- Lateral inferior: 1 pacientes (0,7 %).
- Otras localizaciones: 13 pacientes (9,5 %).

Ingresan con angina e infarto conjuntamente un total de 12 pacientes (8,7 %).

6.1.3.4- Extensión de la lesión vascular (*tabla VIII- pág. 150*): 36 pacientes (26,1 %) presentan lesión de un vaso, en 36 pacientes (26,1 %) se objetiva lesión de dos vasos, en 32 pacientes (23,2 %) lesión de tres vasos, y en 16 pacientes (11,6 %) lesión del Tronco Común Izquierdo. Del total de esta muestra, 18 pacientes (13 %) presentan un cateterismo normal sin lesión vascular.

6.1.3.5- Otros diagnósticos cardiológicos (*tabla VIII- pág. 150*): del total de la muestra, no presentan patología cardiológica asociada 121 pacientes (87,7 %). Presentan diagnóstico de valvulopatía 6 pacientes (4,3 %), de arritmia 5 pacientes (3,6 %), y otros diagnósticos 6 (4,3 %).

6.1.3.6- Modalidad terapéutica (*tabla IX- pág. 151*): han seguido exclusivamente tratamiento médico-farmacológico un total de 68 pacientes (49,3 %). Se ha realizado tratamiento de revascularización a 70 pacientes (50,7 %): angioplastia a 47 pacientes (34,1 %) y cirugía de by-pass a un total de 23 pacientes (16,7 %).

Trás el alta hospitalaria, en relación al tratamiento cardiológico-farmacológico de reconocida facultad depresógena, destacamos que :

- Han seguido tratamiento con Betabloqueantes 71 pacientes (51,4 %).
- Han seguido tratamiento con Calcioantagonistas 61 pacientes (44,2 %).

Asimismo, les ha sido pautado tratamiento ansiolítico a un total de 15 pacientes (10,9 %).

Atendiendo a la modalidad de la técnica de angioplastia realizada, destacamos que:

-Se ha realizado técnica de angioplastia simple a 17 pacientes (12,3 %).

-Han seguido técnica de angioplastia simple e instalación de Stent un total de 19 pacientes (13,8 %).

-ACTP Multisegmento: 4 pacientes (2,9 %).

-ACTP Multisegmento e instalación de Stent: 7 pacientes (5,1 %).

6.1.3.7- Tiempo de hospitalización (tabla X- pág. 151): 71 pacientes (51,4 %) han permanecido ingresados un período igual o inferior a 7 días, 28 pacientes (20,3 %) entre 8 y 14 días, y 39 pacientes (28,3 %) más de 15 días. La media de días de hospitalización es de 11,6 con una desviación típica de 10,6 y un máximo de 75 días.

6.1.3.8- Nuevos diagnósticos:

6.1.3.8.1- Nuevos diagnósticos cardiológicos: a ningún paciente se le diagnosticó nueva patología cardiológica a lo largo de estos 6 meses.

6.1.3.8.2- Nuevos diagnósticos de enfermedades médicas no cardiológicas (*tabla XV- pág. 154*): destacamos que 108 pacientes (78,3 %) no han presentado ninguna enfermedad médica no cardiológica a lo largo de estos 6 meses, 10 pacientes (7,2 %) han presentado un proceso gripal, 2 pacientes (1,4 %) ha sufrido otitis, 2 pacientes (1,4 %) han sufrido gastritis, 2 pacientes (1,4 %) han sido diagnosticados de depresión y 14 pacientes (10,3 %) han presentado otras enfermedades.

6.1.3.9- Frecuentación de consultas (*tabla XIV- pág. 153*):

6.1.3.9.1- Consultas al médico de cabecera: 71 pacientes (51,4 %) no han realizado ninguna consulta al médico de cabecera, 26 pacientes (18,8 %) han realizado una consulta, 13 pacientes (9,4 %) han realizado 2 consultas, 6 pacientes (4,3 %) han realizado 3 consultas, 21 pacientes (15,1 %) han realizado entre 4 y 10 consultas, y un paciente (0,7 %) ha realizado más de 10 consultas. La media de consultas a su médico de cabecera ha sido de 1,67 con una desviación típica de 3,26 y un máximo de 28.

6.1.3.9.2- Consultas al cardiólogo: 42 pacientes (30,4 %) no han visitado al cardiólogo en ninguna ocasión, 48 (34,8 %) han realizado una consulta, 33 (23,9 %) han realizado 2 consultas, 15 (10,9 %) han sido vistos por el cardiólogo en 3 ó más consultas. La media de consultas al cardiólogo ha sido de 1,17 con una desviación típica de 1,03 y un máximo de 4 consultas.

6.1.3.9.3- Consultas al cirujano cardíaco: 24 pacientes (17,4 %) han realizado una consulta al cirujano cardíaco y 3 pacientes (2,2 %) han realizado dos consultas. La media de consultas ha sido de 0,21 con una desviación típica de 0,46 y un máximo de 2 consultas.

6.1.3.9.4- Consultas al psiquiatra o psicólogo: del total de la muestra sin diagnóstico de depresión mayor, tan sólo 3 pacientes (2,2 %) han visitado al psiquiatra.

6.1.3.10- Recidivas de la patología isquémica (tabla XV- pág. 154): analizamos la presencia de angina de pecho, infarto, reingresos y nuevas intervenciones cardiológicas en el período comprendido entre el estudio basal y el estudio a los 6 meses:

6.1.3.10.1- Número de nuevas anginas: 117 pacientes (84,8 %) no han sufrido angina de pecho a lo largo de estos seis meses. 12 pacientes (8,7 %) han sufrido una angina y 9 pacientes (6,5 %) han sufrido 2 ó más. La media de anginas ha sido de 0,28 con una desviación típica de 0,83 y un máximo de 6.

6.1.3.10.2- Número de nuevos infartos: tan sólo un paciente (0,7 %) ha sufrido un infarto en este período.

6.1.3.10.3- Reingresos: analizamos el número de reingresos, el motivo del mismo y la realización de nueva revascularización.

6.1.3.10.3.1- Número de reingresos: han reingresado 18 pacientes (13,04 %), de los cuales 5 (3,6 %) han sufrido 2 ingresos y 2 (1,4 %) han sufrido 3 ingresos. El total de ingresos ha sido de 27.

6.1.3.10.3.2- Motivo de reingreso: el 70,5 % de los reingresos fueron motivados por angina, el 8,8 % por dolor inespecífico y el 20,7 por otros motivos.

6.1.3.10.3.3- Nueva revascularización: se les ha realizado angioplastia a 5 pacientes (3,6 %) y cirugía de by-pass a 1 paciente (0,7 %). Por otra parte, 5 pacientes (3,6 %) han requerido la realización de nuevo cateterismo. Así pues, un total de 11 pacientes (8 %) han sido susceptibles de nueva intervención exploratoria y/o terapéutica.

6.1.3.11- Inventario de Depresión de Beck (*tabla XI- pág. 152*): se obtiene una puntuación media de 4,66 con una desviación típica de 3,50, una puntuación mínima de 0 y máxima de 14. De los 138 pacientes de la muestra, 123 pacientes (89,2 %) presentan una puntuación inferior a 10, y 15 pacientes (10,8 %) superior a 10.

6.1.3.12- Criterios diagnósticos de depresión mayor según el DSM-IV (*tabla XII- pág. 153*): en este grupo de pacientes, la media de criterios de depresión mayor es 3,63 con una desviación típica de 1,30 y un máximo de 4 criterios.

6.1.3.13- Cuestionario de Calidad de Vida de Karnofsky (tabla XIII- pág.153):

La puntuación media es de 85,14 con una desviación típica de 12,91, una puntuación mínima del 60 % y un máximo del 100 %. 40 pacientes (29 %) alcanzan una puntuación del 100 %, 36 pacientes (26,1 %) del 90 %, 29 pacientes (21 %) del 80 %, 21 pacientes(15,2 %) del 70 % y 12 pacientes (8,7 %) presentan un resultado del 60 %.

6.1.4- Análisis descriptivo del grupo de pacientes con diagnóstico de depresión mayor en el estudio a los seis meses:

Del total de la muestra basal, a los 6 meses de establecer o iniciar la modalidad terapéutica cardiológica, presentan diagnóstico de depresión mayor 36 pacientes (20,6 %).

6.1.4.1- Características sociodemográficas (tablas V,VI- pág. 147,148):

6.1.4.1.1- Edad: la edad media se sitúa en 61,4 años con una desviación típica de 9.3. La edad mínima es de 42 años y la máxima de 78. Por grupos de edad, distribuyéndolos de diez en diez:

- Grupo de 35 a 44 años: 2 pacientes - 5,6 %
- Grupo de 45 a 54 años: 7 pacientes – 19,6 %.
- Grupo de 55 a 64 años: 12 pacientes- 33,3 %
- Grupo de 65 a 74 años: 14 pacientes- 38,8 %
- Grupo de 75 en adelante: 1 paciente- 2,8 %

6.1.4.1.2- Sexo: 28 pacientes son hombres (77,8 %) y 8 son mujeres (22,2 %).

6.1.4.1.3- Estado civil: cuando se realiza el estudio basal de esta muestra, están casados 26 pacientes (72,2 %), viudos 3 (8,3 %), solteros 5 pacientes (13,9 %) y separados 2 (5,6 %). En el estudio a los seis meses de iniciar o realizar el tratamiento cardiológico la única variante que se observa es el matrimonio de un paciente soltero, manteniéndose el resto de la muestra sin cambios en su estado

civil.

6.1.4.1.4- Hábitat: 19 pacientes (52,7 %) viven en área urbana, 15 (41,7 %) viven en área rural y 2 pacientes (5,6 %) habitan en área semiurbana.

6.1.4.1.5- Nivel educacional: disponen de estudios primarios 15 pacientes (41,7 %), 3 pacientes (8,3 %) han realizado estudios secundarios, 3 pacientes (8,3 %) han realizado estudios universitarios y 15 pacientes (41,7 %) no han realizado estudios reglados.

6.1.4.1.6-Grupos de profesiones: destaca el grupo profesional correspondiente al de industria y construcción con 15 pacientes (41,7 %). 7 pacientes (19,4 %) pertenecen al grupo profesional de agricultura, ganadería y pesca, 6 pacientes (16,7 %) son amas de casa, 4 pacientes (11,1 %) son profesionales o técnicos y 4 (11,1 %) pertenecen al grupo profesional de servicios y hostelería.

6.1.4.1.7- Situación laboral: 19 pacientes (52,8 %) son pensionistas, en situación laboral activa se encuentran 6 pacientes (16,7 %) en el estudio basal y tan sólo 3 (8,3 %) en el estudio a los 6 meses. En situación de incapacidad laboral, se pasa de 9 pacientes (25 %) en el estudio basal a 13 pacientes (36,2 %) en el estudio a los seis meses, no encontrándose variación significativa en la situación de paro laboral (de 2 pacientes pasa a 1), y en los pensionistas (19 pacientes, 52,8 %).

6.1.4.1.8- Clase social subjetiva: 18 pacientes (50 %) se autoadscriben al grupo denominado clase social media, 16 pacientes (44,4 %) a los grupos de clase social media-baja y baja, y tan sólo 2 pacientes (5,6 %) al grupo de clase social media-alta y alta.

6.1.4.2- Antecedentes personales (*tabla VII- pág. 149*):

6.1.4.2.1- Antecedente de cardiopatía isquémica: 21 pacientes (58,3 %) han presentado alguna forma clínica de cardiopatía isquémica a lo largo de su vida y antes de los tres meses previos al ingreso hospitalario (estudio basal).

6.1.4.2.1.1- Antecedente de angioplastia: anteriormente al ingreso hospitalario (estudio basal), del total de la muestra de pacientes con depresión mayor, 6 pacientes (16,7 %) han sido tratados con angioplastia.

6.1.4.2.1.2- Antecedente de by-pass: anteriormente al ingreso hospitalario (estudio basal), 2 pacientes (5,6 %) han sido tratados quirúrgicamente con técnica de by-pass.

6.1.4.2.2- Antecedente de hipertensión: 18 pacientes (50 %) presentan antecedentes de hipertensión.

6.1.4.2.3- Antecedente de hipercolesterolemia: 24 pacientes (66,7 %) presentan antecedentes de hipercolesterolemia.

6.1.4.2.4- Antecedente de diabetes: 6 pacientes (16,7 %) presentan antecedentes de diabetes.

6.1.4.2.5- Antecedente de obesidad: 4 pacientes (11,1%) presentan antecedentes de obesidad.

6.1.4.2.6- Hábito tabáquico: 5 pacientes (13,8 %) presentan hábito tabáquico en el momento de ser evaluados. De éstos, 2 pacientes (5,6 %) fuman menos de 20 cigarrillos/día y 3 pacientes (8,2 %) fuman 20 ó más cigarrillos/día.

6.1.4.2.7- Ex-hábito tabáquico: Han sido fumadores en algún momento de su vida pero se mantienen en abstinencia del consumo de tabaco, al menos en los últimos 6 meses, 18 pacientes (50 %).

6.1.4.2.8- Antecedente de otras enfermedades médicas: tan sólo 10 pacientes (27,8 %) no presentan otras enfermedades en el momento del estudio basal (ingreso hospitalario). Destaca el diagnóstico de hernia discal en 4 pacientes (11,1 %) seguido por el de bronquitis crónica y úlcera gastroduodenal en 3 pacientes (8,3 %).

6.1.4.2.9- Antecedente de enfermedad psiquiátrica: se recogen antecedentes de patología psiquiátrica en 9 pacientes (25 %). De ellos, 8 pacientes (22,2 %) tienen

antecedentes de depresión.

6.1.4.3- Motivo del ingreso (tabla VIII- pág. 150):

6.1.4.3.1- Angina de pecho: 32 pacientes (88,9 %) ingresan por angina. De ellos, 8 pacientes (22,3 %) con diagnóstico de angina estable, a saber:

- Angina estable tipo II: 6 pacientes (16,7 %).
- Angina estable tipo III: 2 pacientes (5,6 %).

Ingresan con angina inestable 24 pacientes (66,7 %), a saber:

- De reposo: 14 pacientes (38,9 %).
- De reciente comienzo: 2 pacientes (3 %).
- Postinfarto: 3 pacientes (8,3 %).
- Prolongada: 3 pacientes (8,3 %).
- Progresiva: 2 pacientes (5,6 %).

6.1.4.3.2- Infarto: 13 pacientes ingresan con infarto de miocardio (36,1 %). La localización del mismo se establece como sigue:

- Anterior: 3 pacientes (8,3 %).
- Septal: 1 paciente (2,8 %)
- Inferior: 2 pacientes (5,6 %).
- Antero-superior: 3 pacientes (8,3 %).
- Lateral inferior: 2 pacientes (5,6 %).
- Otras localizaciones: 2 pacientes (5,6 %).

Ingresan por angina e infarto asociados un total de 9 pacientes (25 %).

6.1.4.4- Extensión de la lesión vascular (*tabla VIII- pág. 150*): 7 pacientes (19,4 %) presentan lesión de un vaso, en 12 pacientes (19,4 %) se objetiva lesión de dos vasos, en 10 pacientes (27,8 %) lesión de tres vasos, y en un paciente (2,8 %) lesión del Tronco Común Izquierdo. Del total de esta muestra, 6 pacientes (16,7 %) presentan un cateterismo normal sin lesión vascular.

6.1.4.5- Otros diagnósticos cardiológicos asociados (*tabla VIII- pág. 150*): del total de la muestra, no presentan patología cardiológica asociada 27 pacientes (75 %). Presentan diagnóstico de valvulopatía 3 pacientes (8,3 %), de arritmia un paciente (2,8 %) y otros diagnósticos el 13,9 %.

6.1.4.6- Modalidad terapéutica (*tabla IX-pág.151; tablas XVI y XVII-pág.155*): han seguido exclusivamente tratamiento médico-farmacológico un total de 21 pacientes (58,3 %). Se ha realizado tratamiento de revascularización a 15 pacientes (41,7 %): angioplastia a 6 pacientes (16,7 %) y cirugía de by-pass a un total de 9 pacientes (25 %).

Tras el alta hospitalaria, en relación al tratamiento farmacológico de reconocida facultad depresógena, destacamos que han seguido:

-tratamiento con Betabloqueantes 18 pacientes (50 %).

-tratamiento con Calcioantagonistas 15 pacientes (41,7 %).

Así mismo, les ha sido pautaado tratamiento ansiolítico a un total de 11 pacientes (30,6 %).

Atendiendo a la modalidad de la técnica de angioplastia realizada, destacamos que:

-se ha realizado técnica de angioplastia simple a 4 pacientes (11,1 %).

-ha seguido técnica de angioplastia simple e instalación de Stent un paciente (2,8 %).

-ACTP Multisegmento e instalación de Stent a un paciente (2,8 %).

6.1.4.7- Tiempo de hospitalización (*tabla X- pág. 151*): 15 pacientes (41,6 %) han permanecido ingresados un periodo igual o inferior a 7 días, 13 pacientes (36,1 %) han permanecido ingresados entre 8 y 14 días, y 8 pacientes (22,2 %) permanecieron ingresados más de 15 días. La media es de 11,6 días con una desviación típica de 10,6

6.1.4.8- Nuevos diagnósticos:

6.1.4.8.1- Nuevos diagnósticos cardiológicos: a ningún paciente se le diagnosticó nueva patología cardiológica a lo largo de estos 6 meses.

6.1.4.8.2- Nuevos diagnósticos de enfermedades médicas no cardiológicas

(*tabla XV- pág. 154*): destacamos que 23 pacientes (63,9 %) no han sido diagnosticados de ninguna enfermedad médica no cardiológica a lo largo de estos 6 meses, 4 pacientes (11,1 %) han presentado un proceso gripal, un paciente (2,8 %) ha sufrido otitis, otro (2,8 %) ha sufrido gastritis y tan sólo 2 pacientes (5,6 %) han sido diagnosticados de depresión.

6.1.4.9- Frecuentación de consultas (*tabla XIV- pág. 154*):

6.1.4.9.1- Consultas al médico de cabecera: tan sólo 7 pacientes (19,4 %) no han realizado ninguna consulta al médico de cabecera, 5 pacientes (13,9 %) han realizado una consulta, 7 pacientes (19,4 %) han realizado 2 consultas, 5 pacientes (13,9 %) han realizado 3 consultas, 8 pacientes (22,2 %) han realizado entre 4 y 10 consultas, y 4 pacientes (11,2 %) han realizado 12 ó más. La media de consultas a su médico de cabecera ha sido de 3.60 con una desviación típica de 4,41 y un máximo de 18.

6.1.4.9.2- Consultas al cardiólogo: 7 pacientes (19,4 %) no han visitado al cardiólogo en ninguna ocasión, 10 (27,8 %) han realizado una consulta, 15 (41,7 %) han realizado 2 consultas, 4 (11,2 %) han sido vistos por el cardiólogo en 3 o más consultas. La media de consultas al cardiólogo ha sido de 1,54 con una desviación típica de 1,26 y un máximo de 6 consultas.

6.1.4.9.3- Consultas al cirujano cardíaco: 8 pacientes (22,2%) han realizado una consulta al cirujano cardíaco. La media de consultas ha sido de 0,20 con una

desviación típica de 0,40 y un máximo de una consulta.

6.1.4.9.4- Consultas al psiquiatra o psicólogo: del total de la muestra con diagnóstico de depresión mayor, tan sólo 3 pacientes (8,4 %) han visitado al psiquiatra.

6.1.4.10- Recidivas de la patología isquémica (tabla XV- pág. 154): analizamos la presencia de angina de pecho, infarto, reingresos y nuevas intervenciones cardiológicas en el periodo comprendido entre el estudio basal y el estudio a los 6 meses:

6.1.4.10.1- Número de nuevas anginas: 23 pacientes (63,9 %) no han sufrido angina de pecho a lo largo de estos seis meses, 6 pacientes (16,7 %) han sufrido una angina y 7 pacientes (19,5 %) han sufrido 2 ó más. La media de anginas ha sido de 0,88 con una desviación típica de 1,76 y un máximo de 8.

6.1.4.10.2- Número de nuevos infartos: ningún paciente ha sufrido infarto en este periodo.

6.1.4.10.3- Reingresos: analizamos el número de reingresos, el motivo del mismo y la realización de nueva revascularización.

6.1.4.10.3.1- Número de reingresos: han reingresado 11 pacientes (30,5 %), de los cuales 6 (16,7 %) han sufrido 2 ingresos. El número total de reingresos ha

sido de 17.

6.1.4.10.3.2- Motivo de reingreso: el 72,7 % de los reingresos fueron motivados por angina, el 9 % por dolor inespecífico y el 18,3 % por otros motivos.

6.1.4.10.3.3- Nueva revascularización: se les ha realizado angioplastia a 1 paciente (2,8 %) y cirugía de by-pass a 2 pacientes (5,6 %). Por otra parte, 4 pacientes (11,1 %) han requerido la realización de nuevo cateterismo. Así pues, un total de 7 pacientes (19,4 %) han sido susceptibles de nueva intervención exploratoria y/o terapéutica.

6.1.4.11- Inventario de Depresión de Beck (*gráfico 48-pág.145; tabla XI- pág. 152*): se obtiene una puntuación media de 21,69 con una desviación típica de 6,36, una puntuación mínima de 15 y máxima de 42. De los 36 pacientes de la muestra, 7 pacientes (19,4 %) presentan una puntuación igual o inferior (en un punto) a 16, y 29 pacientes (80,6 %) superior a 16.

GRUPO DE PACIENTES CON DEPRESIÓN MAYOR
Puntuación media de cada ITEM en el BDI a los 6 meses

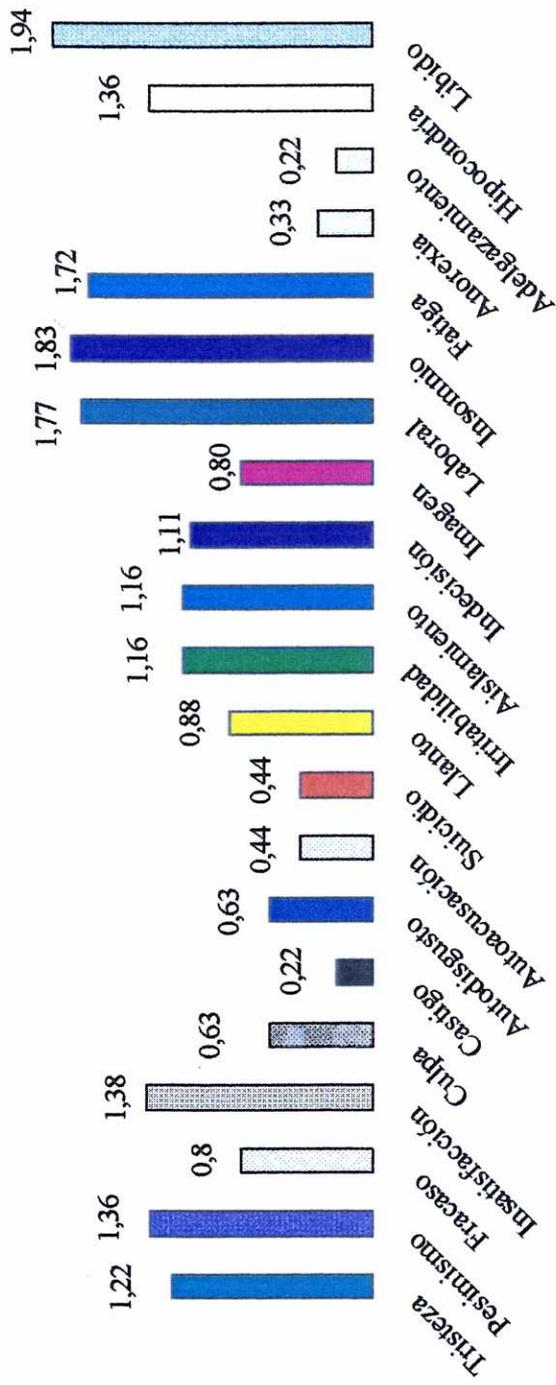


Gráfico 48

6.1.4.12- Criterios diagnósticos de depresión mayor según el DSM-IV (tabla XII- pág. 153; tablas XVI y XVII-pág.155): cumplen criterios de depresión mayor a los seis meses de iniciar o realizar tratamiento cardiológico un total de 36 pacientes (20,7 %). En este grupo de pacientes, la media de criterios de depresión mayor es 6,13 (d.t. de 1,08 y un máximo de 8 criterios) superior, tal y como era de esperar, a la media correspondiente de la muestra general que es de 5,39 con una d.t. de 1,47.

En la muestra de pacientes con diagnóstico de depresión mayor , 11 pacientes (30,6 %) cumplen 5 criterios diagnósticos, 14 pacientes (38,9 %) cumplen 6 criterios, 6 pacientes (16,7 %) cumplen 7 criterios y 5 pacientes (13,9 %) cumplen 8 criterios.

De esta misma muestra de pacientes con diagnóstico de depresión mayor, hay que señalar que cumplían criterios diagnósticos de depresión mayor en el estudio basal un total de 11 pacientes (30,6 %).

6.1.4.13-Cuestionario de Calidad de Vida de Karnofsky (tabla XIII- pág. 153): la puntuación media es del 62,19 % con una desviación típica de 6,34, una puntuación mínima del 40 % y un máximo del 70 %. 11 pacientes (30,6 %) alcanzan una puntuación del 70 %, 24 pacientes (66,7 %) del 50-60 % y un paciente (2,8 %) presenta un resultado del 40 %.

TABLA: V. Características sociodemográficas (expresadas en %). Estudio a los 6 meses de establecer o iniciar el tratamiento cardiológico. Grupo de pacientes sin diagnóstico de depresión mayor / Grupo de pacientes con diagnóstico de depresión mayor.

Características socio-demográficas	Grupo de pacientes sin diagnóstico de depresión mayor (138 pacientes) 79,3 %	Grupo de pacientes con diagnóstico de depresión mayor (36 pacientes) 20,6 %	P
Edad: Media d.t. Máximo Mínimo Grupos de edad: 35 a 44 años 45 a 54 " 55 a 64 " 65 a 74 " más de 75	60 años 10,7 79 años 35 años 10,9 22,5 30 31,9 5,7	61,4 años 9,3 78 años 42 años 5,6 19,6 33,3 38,8 2,8	n.s.
Sexo: Hombres Mujeres	84,1 15,9	77,8 22,2	n.s.
Estado Civil: Casados Viudos Solteros Separados	83,4 9,4 6,5 0,7	75 8,3 11,1 5,6	n.s.
Hábitat: Urbano Rural Semiurbano	45,6 37,7 16,7	52,7 41,7 5,6	n.s.

TABLA: VI. Características sociodemográficas (expresadas en %) (continuación). Estudio a los 6 meses de establecer o iniciar el tratamiento cardiológico. Grupo de pacientes sin diagnóstico de depresión mayor / Grupo de pacientes con diagnóstico de depresión mayor.

Características socio-demográficas	Grupo de pacientes sin diagnóstico de depresión mayor (138 pacientes) 79,3 %	Grupo de pacientes con diagnóstico de depresión mayor (36 pacientes) 20,6 %	p
Nivel educacional: Sin estudios Estud. Primarios " Secundarios " Universit.	23,2 58,6 12,3 5,9	41,7 41,7 8,3 8,3	n.s.
Profesión: Industria, construc. Agric, pesca, ganad. Amas de casa Hostelería Profesionales-téc. n. Comerc. Ventas Direct-gerentes Serv. administ. Otras profesiones	39,9 13,7 8,7 8 6,5 7,2 5,1 5,1 5,8	41,7 19,4 16,7 11,1 11,1 0 0 0 0	n.s.
Situación laboral: Pensionistas Activa Incap, Laboral: Paro Laboral	44,2 19,6 32,6 3,6	52,8 8,3 36,2 2,7	n.s.
Clase social subjet.: Media-alta, Alta Media Media-baja, Baja	7,2 60,1 32,7	5,6 50 44,4	n.s.

TABLA: VII. Antecedentes personales (expresados en %). Estudio a los 6 meses de establecer o iniciar el tratamiento cardiológico. Grupo de pacientes sin diagnóstico de depresión mayor / Grupo de pacientes con diagnóstico de depresión mayor.

Antecedentes personales	Grupo de pacientes sin diagnóstico de depresión mayor (138 pacientes) 79,3 %	Grupo de pacientes con diagnóstico de depresión mayor (36pacientes) 20,6 %	P
Cardiop. Isquem.:	49,3	58,3	n.s.
Angioplastia	11,6	16,7	
By-pass	6,5	5,6	
Hipertensión	52,2	50	n.s.
Hipercolesterolemia	58,7	66,7	n.s.
Diabetes	13,8	16,7	n.s.
Obesidad	15,9	11,1	n.s.
Hábito tabáquico	15,9	13,8	n.s.
Nºcigarrill./día:			
• Menos de 20	3,5	5,6	
• 20 ó más	12,4	8,2	
Ex-hábito tabáquico	49,2	50	n.s.
Otras enfermed.:			n.s.
Sind. Prostático	7,2	5,6	
Úlcera gastroduod.	5,8	8,3	
Bronquit. Crónica	4,3	8,3	
Hepatopatía	5,8	2,8	
ACV	3,6	5,6	
TBP	4,3	0	
Hernia discal	0,7	11,1	
Artrosis	2,2	5,6	
Otras	21,7	25	
Ninguna	37,7	27,8	
Enferm. Psiquiát.:	10,9	25	n.s.
Depresión	8	22,2	
Otras	2,9	2,8	

TABLA: VIII. Características clínico-cardiológicas (expresadas en %). Estudio a los 6 meses de establecer o iniciar el tratamiento cardiológico. Grupo de pacientes sin diagnóstico de depresión mayor / Grupo de pacientes con diagnóstico de depresión mayor.

Características clínico-cardiológicas	Grupo de pacientes sin diagnóstico de depresión mayor (138 pacientes) 79,3 %	Grupo de pacientes con diagnóstico de depresión mayor (36 pacientes) 20,6 %	p
Motivo de Ingreso:			
Angina de Pecho:	79,7	88,9	n.s.
Estable:	35,5	22,3	
Tipo I	2,9	0	
Tipo II	23,2	16,7	
Tipo III	8	5,6	
Inestable:	45,5	66,7	
De repos	15,9	38,9	
Recien.comienzo	7,2	3	
Postinfarto	6,5	8,3	
Prolongada	5,1	8,3	
Progresiva	9,4	5,6	
Sin especificar	1,4	0	
Infarto	29	36,1	
Ext. lesión vascular			n.s.
Un vaso	26,1	19,4	
Dos vasos	26,1	19,4	
Tres vasos	23,2	27,8	
Tronco común	11,6	2,8	
Sin lesión vascular	13	16,7	
Otros diág.cardiol.			n.s.
Valvulopatía	4,3	8,3	
Arritmia	3,6	2,8	
Otros	4,3	13,9	
Ninguno	87,7	75	

TABLA: IX. Modalidad terapéutica cardiológica (datos expresados en %). Estudio a los 6 meses de establecer o iniciar el tratamiento cardiológico. Grupo de pacientes sin diagnóstico de depresión mayor / Grupo de pacientes con diagnóstico de depresión mayor.

Modalidad terapéutica cardiológica	Grupo de pacientes sin diagnóstico de depresión mayor (138 pacientes) 79,3 %	Grupo de pacientes con diagnóstico de depresión mayor (36 pacientes) 20,6 %	p
Tto méd. farmac.	49,3	58,3	n.s. n.s. .003
Betabloqueantes	51,4	50	
Calcioantagonistas	44,2	41,7	
Ansiolíticos	10,9	30,6	
Tto. Revasculariz:	50,7	41,7	n.s.
Angioplastia:	34,1	16,7	
Ang. simple	12,3	11,1	
Ang. simple y Stent	13,8	2,8	
ACTPMultiseg.	2,9	0	
ACTP Multiseg. Stent	5,1	2,8	
By-pass	16,7	25	

TABLA: X. Tiempo de Hospitalización en días (datos expresados en %). Estudio a los 6 meses de establecer o iniciar el tratamiento cardiológico. Grupo de pacientes sin diagnóstico de depresión mayor / Grupo de pacientes con diagnóstico de depresión mayor.

Tiempo de hospitalización (días)	Grupo de pacientes sin diagnóstico de depresión mayor (138 pacientes) 79,3 %	Grupo de pacientes con diagnóstico de depresión mayor (36 pacientes) 20,6 %	p
Media (d.t.)	11,6 (10,6)	11,6 (10,6)	n.s.
≤ 7 días	51,4	41,6	n.s.
8 - 14 días	20,3	36,1	n.s.
≥14 días	28,3	22,2	n.s.

TABLA: XI. Escala de Depresión de Beck. Puntuación media en cada ítem del BDI. Estudio a los 6 meses de establecer o iniciar el tratamiento cardiológico. Grupo de pacientes sin diagnóstico de depresión mayor / Grupo de pacientes con diagnóstico de depresión mayor.

Inventario de Depresión de Beck	Grupo de pacientes sin diagnóstico de depresión mayor (138 pacientes) 79,3 %	Grupo de pacientes con diagnóstico de depresión mayor (36 pacientes) 20,6 %	p
Puntuación media (d.t.)	4,66 (3,5)	21,69 (6,3)	< ,001
Tristeza	,18	1,22	< ,001
Pesimismo	,22	1,36	< ,001
Fracaso	,05	,80	< ,001
Insatisfacción	,11	1,38	< ,001
Culpa	,02	,63	< ,001
Castigo	,00	,22	,004
Autodisgusto	,01	,63	< ,001
Autoacusación	,01	,44	< ,001
Ideación suicida	,00	,44	,001
Llanto	,18	,88	< ,001
Irritabilidad	,47	1,16	< ,001
Aislamiento	,08	1,16	< ,001
Indecisión	,13	1,11	< ,001
Imagen	,05	,80	< ,001
Laboral	,60	1,77	< ,001
Insomnio	,41	1,83	< ,001
Fatiga	,65	1,72	< ,001
Anorexia	,04	,33	,01
Adelgazamiento	,09	,22	n.s.
Hipocondría	,59	1,36	< ,001
Libido	,73	1,94	< ,001

TABLA: XII. Diagnóstico de Depresión Mayor siguiendo criterios diagnósticos del DSM-IV. Estudio a los 6 meses de establecer o iniciar el tratamiento cardiológico. Grupo de pacientes sin diagnóstico de depresión mayor / Grupo de pacientes con diagnóstico de depresión mayor.

Criterios Diagnóstico Depresión Mayor (DSM-IV)	Grupo de pacientes sin diagnóstico de depresión mayor (138 pacientes) 79,3 %	Grupo de pacientes con diagnóstico de depresión mayor (36 pacientes) 20,6 %	p
Media (d.t.)	3,63 (1,30)	6,13 (1,08)	< ,001

TABLA: XIII. Cuestionario de Calidad de Vida de Karnofsky (datos expresados en %). Estudio a los 6 meses de establecer o iniciar el tratamiento cardiológico. Muestra Total / Grupo de pacientes sin diagnóstico de depresión mayor / Grupo de pacientes con diagnóstico de depresión mayor.

Cuestionario de Calidad de Vida de Karnofsky	Grupo de pacientes sin diagnóstico de depresión mayor (138 pacientes) 79,3 %	Grupo de pacientes con diagnóstico de depresión mayor (36 pacientes) 20,6 %	p
Máximo (100 %)	29	0	n.s.
Mínimo (40 %)	0	2,8	n.s.
Media (d.t.)	85,14 (12,91)	62,19 (6,34)	< ,001

TABLA: XIV. Aspectos clínico-evolutivos (I). Estudio a los 6 meses de establecer o iniciar el tratamiento cardiológico. Grupo de pacientes sin diagnóstico de depresión mayor / Grupo de pacientes con diagnóstico de depresión mayor.

Frecuentación de consultas	Grupo de pacientes sin diagnóstico de depresión mayor (138 pacientes) 79,3 %	Grupo de pacientes con diagnóstico de depresión mayor (36 pacientes) 20,6 %	p
Médico cabecera Media (d.t.)	1,67 (3,26)	3,60 (4,41)	,003
Cardiólogo: Media (d.t.)	1,17 (1,03)	1,54 (1,26)	,030
Cirujano cardíaco: Media (d.t.)	,21 (0,46)	,20 (0,40)	n.s.
Psiquiatra: Media (d.t.)	,04 (0,29)	,08 (0,37)	n.s.

TABLA: XV. Aspectos clínico-evolutivos (II)(datos expresados en %). Estudio a los 6 meses de establecer o iniciar el tratamiento cardiológico. Grupo de pacientes sin diagnóstico de depresión mayor / Grupo de pacientes con diagnóstico de depresión mayor.

Aspectos clínico-evolutivos (II)	Grupo de pacientes sin diagnóstico de depresión mayor (138 pacientes) 79,3 %	Grupo de pacientes con diagnóstico de depresión mayor (36 pacientes) 20,6 %	p
Nuevas anginas: Media (d.t.)	0,28 (0,83)	0,97 (1,76)	,031
Nuevos infartos	,7	0	n.s.
Nº de Reingresos	27 reingresos	17 reingresos	,039
Nueva intervención	7,9	19,4	,044
Nuevos diagnósticos de patologías médicas no cardiológicas	21,7	36,1	,026

6.1.5-Grupo de pacientes en función del tratamiento cardiológico. Depresión mayor y BDI.

TABLA: XVI. Depresión mayor y BDI a los 6 meses. Datos expresados en %. Grupo de pacientes que siguieron tratamiento médico-farmacológico/ Grupo de pacientes que siguieron tratamiento de revascularización.

Muestra Total (174 pacientes)	Grupo de pacientes que siguieron tratamiento Médico-farmacológico (89 pacientes) 51,1	Grupo de pacientes que siguieron tratamiento de revascularización (85 pacientes) 48,9	P
Depresión mayor (a los 6 meses)	23,6	17,6	,33
BDI (media) (a los 6 meses) d.t.	9,40 7,35	6,91 7,67	,043

TABLA: XVII. Depresión mayor y BDI a los 6 meses. Datos expresados en %. Grupo de pacientes que siguieron tratamiento de angioplastia/ Grupo de pacientes que siguieron tratamiento quirúrgico.

Muestra Total (174 pacientes)	Grupo de pacientes que siguieron tratamiento de angioplastia (53 pacientes) 30,5	Grupo de pacientes que siguieron tratamiento quirúrgico (32 pacientes) 18,4	P
Depresión mayor (a los 6 meses)	11,3	28,1	,04
BDI (media) (a los 6 meses) d.t.	6,43 5,32	7,96 6,12	< ,001

6.2-Resultados factoriales:

El análisis factorial de la muestra total de la presente tesis se ajusta a los siguientes criterios:

- Método de extracción factorial: Componentes Principales.
- Método de rotación: Varimax
- Nivel de significación de pesos factoriales rotados: ,40

El análisis factorial de los ítems del inventario de Beck de la muestra total conduce a una solución de 3 FACTORES que explican el 58,8% de la varianza total. La matriz de correlaciones de muestra en la *TABLA XVIII (pág.158)*, las comunalidades en la *TABLA XIX (pág.159)* y la matriz factorial rotada en la *TABLA XX (pág.160)*.

FACTOR I: (AUTOACTITUDES NEGATIVAS)		
(44,5% de la Varianza Total) (Eigenvalue = 9,35)		
<u>VARIABLE</u>	<u>DESCRIPCION</u>	<u>PESO</u>
B8	Autoacusación	0,77
B7	Autodisgusto	0,76
B3	Fracaso	0,73
B5	Culpa	0,69
B9	Suicidio	0,66
B6	Expectativa castigo	0,66

Los ítems B12 (Aislamiento social), B4 (Insatisfacción) y B14 (Cambio de

imagen corporal) están incluidos indistintamente en este factor I y en el factor II (ver matriz factorial rotada)

FACTOR II: (ANERGIA)		
(7,9% de la Varianza Total) (Eigenvalue = 1,65)		
<u>VARIABLE</u>	<u>DESCRIPCION</u>	<u>PESO</u>
B15	Incapacidad laboral	0,77
B17	Fatigabilidad	0,76
B20	Hipocondría	0,68
B16	Insomnio	0,56
B21	Disminución libido	0,56
B11	Irritabilidad	0,56
B10	Llanto	0,50

Los ítems B2 (Pesimismo), B1 (Tristeza) y B13 (Indecisión) están incluidos indistintamente en este FACTOR II y en el FACTOR I (ver matriz factorial rotada).

FACTOR III: (DESNUTRICIÓN)		
(6,4% de la Varianza Total) (Eigenvalue = 1,34)		
<u>VARIABLE</u>	<u>DESCRIPCION</u>	<u>PESO</u>
B19	Adelgazamiento	0,84
B18	Anorexia	0,62

TABLA: XVIII. Matriz de correlaciones.

	B1	B10	B11	B12	B13	B14	B15
B1	1,00000						
B10	,51606	1,00000					
B11	,48239	,28501	1,00000				
B12	,73776	,42438	,43667	1,00000			
B13	,62982	,50770	,37358	,57461	1,00000		
B14	,54602	,50753	,30142	,56145	,58991	1,00000	
B15	,55745	,46750	,38657	,45408	,51338	,46664	1,00000
B16	,51787	,38375	,32371	,53702	,46522	,33522	,38105
B17	,52193	,41345	,36427	,33540	,44950	,44296	,74417
B18	,46407	,31057	,30499	,39146	,42568	,44837	,32207
B19	,18107	,10710	,01944	,00995	,07881	,20483	,10561
B2	,77144	,50897	,40508	,62343	,58037	,45840	,57114
B20	,36184	,25684	,35207	,36125	,31734	,28465	,36565
B21	,45381	,28898	,24599	,40873	,35734	,44125	,38834
B3	,60384	,42844	,26838	,52341	,57115	,57901	,34576
B4	,75055	,44154	,44017	,76629	,66736	,54716	,54888
B5	,60296	,48437	,27232	,55263	,50337	,37818	,35797
B6	,41803	,22736	,28359	,49020	,34279	,41202	,22847
B7	,61789	,37525	,28961	,61384	,61258	,60560	,42672
B8	,42886	,32563	,22086	,43891	,44632	,40376	,21703
B9	,40932	,23246	,20527	,49111	,29446	,43874	,26387
	B16	B17	B18	B19	B2	B20	B21
B16	1,00000						
B17	,45019	1,00000					
B18	,31986	,38124	1,00000				
B19	-,01064	,12236	,37105	1,00000			
B2	,54074	,51268	,34564	,06391	1,00000		
B20	,35180	,39487	,17658	-,03256	,38027	1,00000	
B21	,31725	,41574	,31492	,12109	,41638	,41310	1,00000
B3	,38171	,31060	,32182	,15683	,52895	,21823	,37575
B4	,61488	,50631	,45848	,11550	,76880	,42782	,42442
B5	,43615	,35449	,57361	,17826	,51503	,24035	,29455
B6	,23085	,24613	,36878	,10563	,35946	,16128	,25360
B7	,42485	,34953	,41354	,09940	,57570	,16549	,33779
B8	,31797	,24120	,24334	,10160	,41521	,11057	,19947
B9	,37345	,26808	,22937	-,03031	,42214	,26923	,22481
	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9
B3	1,00000						
B4	,56483	1,00000					
B5	,57469	,56278	1,00000				
B6	,56487	,47079	,42964	1,00000			
B7	,66713	,65061	,59501	,47452	1,00000		
B8	,53644	,48071	,60141	,38665	,57176	1,00000	
B9	,37863	,52565	,44207	,42661	,44659	,51045	1,00000

TABLA: XIX. Comunalidades

<u>VARIABLE</u>	<u>DESCRIPCION</u>	<u>COMUNALIDAD</u>
B1	Tristeza	.737
B2	Pesimismo	.680
B3	Fracaso	.644
B4	Insatisfacción	.774
B5	Culpa	.626
B6	Expectativa castigo	.469
B7	Autodisgusto	.692
B8	Autoacusación	.611
B9	Suicidio	.525
B10	Llanto	.415
B11	Irritabilidad	.356
B12	Aislamiento social	.693
B13	Indecisión	.587
B14	Cambio imagen corporal	.557
B15	Incapacidad laboral	.660
B16	Insomnio	.491
B17	Fatigabilidad	.652
B18	Anorexia	.595
B19	Adelgazamiento	.708
B20	Hipocondría	.491
B21	Disminución libido	.386

TABLA: XX. Matriz factorial rotada.

	Factor I	Factor II	Factor III
B8 Autoacusación	,77769	,05642	,05522
B7 Autodisgusto	,76273	,28731	,16672
B3 Fracaso	,73471	,24516	,21044
B5 Culpa	,69123	,26624	,27857
B9 Suicidio	,66989	,20330	-,18798
B6 Expect. castigo	,66120	,10624	,14349
B12 Aislam. social	,65930	,50731	-,03663
B4 Insatisfacción	,62575	,61649	,05056
B14 Imagen corporal	,51890	,43010	,32136
B15 Culpa	,14452	,77533	,19659
B17 Fatigabilidad	,09998	,76690	,23256
B20 Hipocondría	,05614	,68091	-,15794
B2 Pesimismo	,50632	,65069	,02381
B1 Tristeza	,55914	,62384	,18833
B16 Insomnio	,39581	,56926	-,10292
B21 Disminución lib.	,18359	,56226	,19185
B11 Irritabilidad	,20295	,56171	-,00305
B13 Indecisión	,52231	,53140	,18086
B10 Llanto	,33028	,50237	,23291
B19 Adelgazamiento	,01930	-,02602	,84122
B18 Anorexia	,33939	,30906	,62006

Hemos descubierto una **estructura factorial tridimensional** en los síntomas depresivos, evaluados en el Inventario de Beck, de pacientes tratados por cardiopatía isquémica:

El **PRIMER FACTOR** (“**AUTOACTITUDES NEGATIVAS**”) está constituido por las variables autoacusación, autodisgusto, sentimientos de fracaso, culpa, ideas de suicidio y expectativa de castigo.

El **SEGUNDO FACTOR (“ANERGIA”)** está conformado por las variables incapacidad laboral, fatigabilidad, hipocondría, insomnio, disminución de la libido, irritabilidad y llanto.

El **TERCER FACTOR (“DESNUTRICION”)** está compuesto por las variables adelgazamiento y anorexia.

6.3-Estudio analítico:

En la muestra total estudiada, siguiendo los criterios diagnósticos de depresión mayor del DSM-IV, nos encontramos una prevalencia de depresión mayor en el estudio basal del 8,6 % y en el estudio a los 6 meses de iniciar o establecer el tratamiento cardiológico del 20,7 % ($p < ,001$).

Estos datos nos sugieren que se produce un notable incremento de la tasa de depresión mayor en los sujetos diagnosticados y tratados por CI, en los que se ha realizado un cateterismo.

El 80 % de los pacientes con depresión mayor en el estudio basal continúan con depresión en el estudio a los 6 meses, constituyendo el 33 % de los pacientes con depresión mayor en este estudio.

En relación con la intervención terapéutica cardiológica establecida, nos encontramos que del grupo de pacientes que han seguido tratamiento médico-farmacológico, presentan depresión mayor a los 6 meses el 23,6 % y del grupo de pacientes que ha seguido tratamiento de revascularización, presentan depresión mayor el 17,6 %. Esta diferencia no es estadísticamente significativa ($p = ,33$). Así pues, no existe un predominio de depresión mayor en los pacientes sometidos a tratamiento médico-farmacológico versus tratamiento de revascularización, cumpliéndose la primera hipótesis del trabajo. No obstante, la puntuación media del BDI a los 6 meses en el grupo de pacientes (de la muestra total) que han

seguido tratamiento médico-farmacológico es de 9,40 y la puntuación media del BDI a los 6 meses en el grupo de pacientes que ha seguido tratamiento de revascularización es de 6,91. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p = .043$). Esto nos sugiere que los pacientes que han seguido tratamiento médico-farmacológico alcanzan un abanico sintomatológico depresivo más amplio e intenso que los que siguen tratamiento de revascularización.

Por otra parte, presentan depresión mayor el 28,1 % de los pacientes que han seguido tratamiento quirúrgico de by-pass frente al 11,3 % de los pacientes que han seguido tratamiento con angioplastia, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p = ,04$). Así pues, existe un predominio de depresión mayor, a los 6 meses de realizar el tratamiento intervencionista, en los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico de by-pass versus angioplastia, confirmando la segunda hipótesis del estudio. Además de esto, la puntuación media del BDI en el grupo de pacientes (de la muestra total) sometidos a tratamiento quirúrgico supera a la correspondiente en el grupo de pacientes sometidos a tratamiento por angioplastia en 1,53, con una diferencia estadísticamente significativa ($p < ,001$).

Comparando el grupo de pacientes con diagnóstico de depresión mayor a los 6 meses de establecer el tratamiento cardiológico, con el grupo de pacientes sin depresión mayor a los 6 meses de establecer el tratamiento cardiológico, nos encontramos que el primero presenta una media de 0,97 anginas de pecho a lo

largo de los 6 meses siguientes al tratamiento y el segundo una media de 0,28, resultando una diferencia estadísticamente significativa ($p=,031$).

Cerca de la tercera parte (30,5 %) de los pacientes deprimidos reingresan, al menos en una ocasión, a lo largo de los 6 meses siguientes al tratamiento con una media de reingresos de 0,50, mientras que en el grupo de los no deprimidos reingresan, durante el mismo periodo, el 13 % con una media de reingresos de 0,12, resultando una diferencia estadísticamente significativa ($p=,039$).

Aproximadamente, el 20 % (19,4 %) de los pacientes deprimidos requieren nueva intervención exploratoria (cateterismo) y/o terapéutica (by-pass o angioplastia) a lo largo de los 6 meses siguientes al tratamiento cardiológico, en contra del 8 % en el grupo de pacientes no deprimidos (más del doble), con una diferencia estadística significativa ($p=,044$).

El 81,6 % de los pacientes deprimidos acuden a la consulta de su médico de cabecera por motivos clínicos (excluyendo gestiones administrativas) frente al 48,6 % del grupo de los pacientes no deprimidos. La media de consultas al médico de cabecera de los pacientes deprimidos es de 3,65 frente al 1,67 del grupo de los pacientes no deprimidos. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p=,003$).

Con respecto a las consultas al cardiólogo nos encontramos con que acuden a revisión ambulatoria en el período de los seis meses el 81,6 % del grupo de los pacientes deprimidos frente al 69,6 % del grupo de los no deprimidos. La media de consultas al cardiólogo de los pacientes deprimidos es de 1,62 frente al 1,17 de los pacientes no deprimidos. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p = ,03$).

Llama la atención que en el grupo de pacientes deprimidos la puntuación máxima del cuestionario de calidad de vida es de sólo 70 %, frente a la puntuación máxima del 100 % en el grupo de los pacientes no deprimidos. Por otra parte la puntuación mínima en los deprimidos es del 40 % frente al 60 % en los no deprimidos. Se objetiva que ningún paciente deprimido alcanza una calidad de vida plenamente satisfactoria, dado que todos presentan signos y síntomas de enfermedad con afectación de la actividad laboral y vida social. Por otro lado, ningún paciente no deprimido alcanza una calidad de vida gravemente deteriorada dado que todos conservan una vida autosuficiente. La puntuación media en el cuestionario de calidad de vida en el grupo de los deprimidos es de 60,19 % frente al 85,14 % en el grupo de los no deprimidos, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < ,001$).

En relación a la presencia de complicaciones médicas no cardiológicas se observa que aparecen en cerca del 40 % (38,9 %) en el grupo de pacientes

deprimidos, frente al 21 % en el grupo de los no deprimidos, esto es, casi en el doble; siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=,02$).

Así pues, confirmamos la tercera hipótesis de este trabajo que dice: “ los pacientes deprimidos con C.I. presentan en relación a los no deprimidos mayor índice de nuevas anginas de pecho, mayor tasa de nuevas intervenciones exploratorias y/o terapéuticas de revascularización, mayor tasa de frecuentación de consultas al médico de cabecera, mayor tasa de frecuentación de consultas al cardiólogo, mayor tasa de reingresos, peor calidad de vida y mayor índice de complicaciones médicas no cardiológicas”.

Por otra parte, a pesar de ser detectada la presencia de depresión mayor en el 20,7 % de los pacientes en el estudio a los seis meses de iniciar o establecer el tratamiento cardiológico, tan sólo han acudido a consulta de los servicios de salud mental durante este mismo período un 5,6 % de estos pacientes. Estos datos nos confirman la cuarta hipótesis de este trabajo que plantea que “los pacientes con diagnóstico de depresión mayor que siguen tratamiento cardiológico por cardiopatía isquémica no frecuentan las consultas de psiquiatría”.

7- DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

7. Discusión de los resultados: en la presente investigación se estudia la prevalencia de depresión mayor, siguiendo los criterios diagnósticos de depresión mayor establecidos en el DSM-IV, previo "screening" de la sintomatología depresiva mediante el Inventario de Depresión de Beck, en el curso clínico evolutivo de la cardiopatía isquémica.

Los pacientes de la muestra son diagnosticados en medio hospitalario de cardiopatía isquémica y sometidos a cualquiera de las tres modalidades terapéuticas cardiológicas vigentes en la actualidad, esto es tratamiento médico-farmacológico, de revascularización mediante técnica de angioplastia y de revascularización mediante técnica quirúrgica de by-pass.

Se determina la prevalencia de depresión mayor a los 6 meses de iniciar o establecer el tratamiento cardiológico correspondiente, encontrándonos que uno de cada 5 pacientes sometidos a tratamiento cardiológico por cardiopatía isquémica presenta una clínica depresiva compatible con el diagnóstico de depresión mayor. Nuestros resultados muestran una alta prevalencia de depresión mayor, presentándose en el 20 % de los pacientes. Este dato es muy próximo al publicado por Carney¹²¹ y col. (1988) que, en un estudio con 52 pacientes con CI, cifran la prevalencia de depresión mayor, a los 12 meses, en el 17 %. Schleifer¹²² y col. (1989), en una muestra de 283 pacientes que sufrieron un IM, sitúan en el 18 % la prevalencia de depresión mayor a los 4 meses, y González¹⁵⁸ y col. (1996), en una muestra de 99 pacientes ingresados por CI, informan del

diagnóstico de episodio depresivo mayor, aplicando los criterios del DSM-IV, en el 23 %.

En relación al predominio o no de depresión mayor en función de la modalidad terapéutica cardiológica seguida en los pacientes con CI, a los 6 meses de establecer el tratamiento cardiológico, nuestros resultados no demuestran un predominio de depresión mayor en los pacientes sometidos a tratamiento médico farmacológico versus tratamiento de revascularización, pero *sí* demuestran *un predominio de depresión mayor en los pacientes que siguieron tratamiento de revascularización quirúrgico de by-pass versus revascularización por angioplastia*. En la búsqueda bibliográfica realizada hasta la fecha, no hemos encontrado ninguna publicación que realice, tal y como establecimos en la presente tesis, un estudio comparativo de la prevalencia de depresión mayor en función de la terapéutica cardiológica seguida. Sugerimos por ello, la realización de futuros trabajos de investigación que determinen la prevalencia de depresión en CI según el tipo de tratamiento cardiológico.

Existe una *mayor presencia de eventos cardíacos tipo angina de pecho*, a lo largo del período de 6 meses postinicio o establecimiento del tratamiento cardiológico, *en el grupo de pacientes con depresión mayor* en comparación con el grupo de pacientes no deprimidos (diferencia estadísticamente significativa). Asimismo, han sufrido angina de pecho en este período la tercera parte de los pacientes con depresión mayor y tan sólo la sexta parte de los pacientes no

deprimidos. Esta diferencia es mayor que la informada por Kavanagh¹¹⁸ y col. (1975), quienes encuentran una diferencia de tan sólo un 15 % (el 51,6 % de los pacientes deprimidos sufrieron al menos una angina en contra del 36,5 % de los pacientes no deprimidos). No obstante, tenemos que tener en cuenta que la muestra de este trabajo se reduce al estudio de pacientes infartados y son evaluados entre los 16 y 18 meses después.

En relación a *la mayor tasa* (más del doble y con una diferencia estadísticamente significativa) *de nuevas intervenciones exploratorias y/o terapéuticas de revascularización en el grupo de pacientes deprimidos versus no deprimidos*, a lo largo del período de 6 meses postinicio o establecimiento del tratamiento cardiológico, no detectamos ningún estudio en la literatura científica que aporte datos que puedan ser contrastados con nuestros resultados.

A lo largo de los 6 meses postinicio o establecimiento del tratamiento cardiológico, existe una diferencia estadísticamente significativa en el número de consultas por motivos clínicos (se excluyen las consultas por gestiones administrativas) al médico de cabecera ($p=,003$) y al cardiólogo ($p=,03$), a favor del grupo de pacientes deprimidos en comparación con el grupo de pacientes no deprimidos. Así pues, se cumple que: *los pacientes deprimidos a tratamiento por CI presentan en relación a los no deprimidos mayor tasa de frecuentación de consultas*. Este sustancial incremento de la utilización de los servicios de salud por parte de los pacientes deprimidos a tratamiento por CI coincide con los datos

aportados por Wells¹⁵⁹ y col. (1989), Broadhead¹⁶⁰ y col. (1990), y Johnson¹⁶¹ y col. (1992).

Durante el período de 6 meses postinicio o establecimiento del tratamiento cardiológico, cerca de un tercio del grupo de pacientes con depresión mayor han reingresado, al menos en una ocasión, frente a una séptima parte del grupo de los pacientes sin depresión mayor. Los pacientes con depresión mayor, que constituyen la quinta parte de la muestra total, realizan algo más de la tercera parte de los reingresos. Así pues, se produce una *mayor tasa de reingresos en el grupo de pacientes con depresión mayor versus sin depresión mayor*. Stern¹⁶² y col.(1977) informan que de una muestra de 68 pacientes con IM, en el período de 12 meses posterior al infarto, de los pacientes deprimidos reingresan el 75 % y de los pacientes no deprimidos reingresaron tan sólo el 25 %. Levine¹³³ y col. (1996) estudian la relación entre la depresión mayor en pacientes con CI y la rehospitalización, pero a diferencia de nosotros lo hace con el número de días de rehospitalización y no con el número de reingresos o con el número de pacientes que reingresan. Informan que los pacientes con CI y depresión mayor presentan una media de días de rehospitalización superior en 9 días con respecto a los pacientes con CI sin depresión ($p < ,001$).

En relación a la calidad de vida de nuestra muestra de pacientes, evaluada mediante el Cuestionario sobre Calidad de Vida de Karnofsky a los 6 meses de iniciar o establecer el tratamiento cardiológico, nuestros resultados nos informan de una diferencia estadísticamente significativa ($p < ,001$) entre ambos grupos de

pacientes, de manera que *el grupo de pacientes con depresión mayor presenta una peor calidad de vida en comparación con el grupo de pacientes sin depresión mayor*. Estos resultados coinciden con los aportados por Frasure-Smith y cols.¹³¹ (1993) de un estudio con 222 pacientes infartados, quienes informan que los padecimientos depresivos ejercen profundos efectos negativos sobre la calidad de vida de los individuos con CI.

La *mayor presencia* (con una diferencia estadísticamente significativa, $p < .02$) *de complicaciones médicas no cardiológicas en el grupo de pacientes deprimidos con respecto al grupo de pacientes no deprimidos*, coincide con la publicada por Wells¹⁵⁹ y col. (1989) quienes informan de la evidencia de que la depresión en sujetos con CI es causa de morbilidad médica no cardiológica.

Si bien nos encontramos con un sustancial incremento de la utilización de los servicios de salud por parte de los pacientes deprimidos a tratamiento por CI, llama enormemente la atención el resultado que obtenemos sobre la frecuentación de las consultas a los facultativos especialistas de salud mental. Tan sólo el 5,6 % de los sujetos del grupo de pacientes con diagnóstico depresión mayor ha realizado al menos una visita a alguno de estos profesionales durante el período de 6 meses postinicio o establecimiento del tratamiento cardiológico. Se confirma la siguiente hipótesis de este estudio: *“los pacientes con diagnóstico de depresión mayor que siguen tratamiento cardiológico por cardiopatía isquémica no frecuentan las consultas de psiquiatría”*. Estos resultados nos sugieren que la

depresión mayor en pacientes tratados por CI, tal y como informan Dwight¹⁶³ y col.(1997) y Musselman¹³² y col. (1998), es una patología infradiagnosticada, e inadecuadamente tratada.

Realizando la comparación de los resultados de nuestro análisis factorial con los análisis factoriales publicados del Inventario de Beck, se constata que el primer factor (“AUTOACTITUDES NEGATIVAS”), tiene cierta semejanza con:

- El factor de “culpa-depresión” de Weckowicz¹⁶⁴ (1967) que incluye los síntomas culpa, castigo, autoacusación, fracaso, ideas de suicidio, autodisgusto, tristeza, indecisión y pesimismo.
- El primer factor de Larson¹⁵⁰ (1990) compuesto por pesimismo, fracaso, culpa, autodisgusto, autoacusación, ideas de suicidio y distorsión de la imagen corporal.
- El factor “culpa” de Castro¹⁶⁵ (1995) que incluye sentimientos de culpa, expectativa de castigo y autoacusación.
- El factor “autoactitudes negativas” de Bennett¹⁶⁶ (1997) compuesto por las variables fracaso, autodisgusto, distorsión de la imagen corporal, culpa, autoacusación, expectativa de castigo, indecisión, pesimismo, ideas de suicidio y tristeza.

El segundo factor descubierto (“ANERGIA”) tiene puntos en común con:

- El factor de “retraso” de Weckowicz¹⁶⁴ (1967) constituido por incapacidad laboral, fatigabilidad, insatisfacción, tristeza, hipocondría e indecisión.

- El factor “somático-motivacional” de Shaw¹⁴⁵ (1979) que incluye incapacidad laboral, hipocondría, insomnio y fatigabilidad.
- El tercer factor de Campbell¹⁴⁶ (1984) que contiene las variables indecisión, distorsión de la imagen corporal, incapacidad laboral, insomnio, fatigabilidad, anorexia, adelgazamiento, hipocondría y disminución de la libido.
- El factor “vegetativo” de Louks¹⁴⁸ (1989) constituido por incapacidad laboral, fatigabilidad, anorexia, adelgazamiento, hipocondría y disminución de la libido.
- El segundo factor de Larson¹⁵⁰ (1990) compuesto por irritabilidad, incapacidad laboral, insomnio y fatigabilidad.
- El factor de “anergia” de Castro¹⁶⁵ (1995) que incluye los síntomas de fatigabilidad, incapacidad laboral e indecisión.

Por último, el tercer factor de esta tesis guarda analogía con la dimensión “perturbación somática” de Weckowicz¹⁶⁴ (1967) que incluye las variables adelgazamiento, anorexia e insomnio, y el factor “síntomas somáticos” de Bennett¹⁶⁶ (1997) configurado por anorexia, adelgazamiento e insomnio. Este tercer factor (“desnutrición”) coincide exactamente con el cuarto factor de Louks¹⁴⁸ (1989), el “factor relacionado con la comida” de Larson¹⁵⁰ (1990) y el factor “desnutrición” de Castro¹⁶⁵ (1995). Esta dimensión puede considerarse como la más débil de la organización propuesta, al estar configurada por sólo dos variables.

Entre los autores con análisis factoriales del Inventario de Beck publicados, sólo Weckowick¹⁶⁴ (1967) descubre una estructura tridimensional como la propuesta en esta tesis. Golin¹⁶⁷ (1979) describe un único factor interpretable, Castro¹⁶⁵ (1995) una organización pentadimensional y los demás investigadores una configuración tetradimensional.

Las muestras objeto de análisis factorial del inventario de Beck, recopiladas en este estudio comparativo, están constituidas por:

- 254 pacientes deprimidos admitidos en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (Weckowicz¹⁶⁴, 1967).
- 130 estudiantes universitarios deprimidos (Golin¹⁶⁷, 1979).
- 100 varones heroinómanos admitidos en un programa de Metadona (Shaw¹⁴⁵, 1979).
- 214 pacientes médicos (Campbell¹⁴⁶, 1984).
- 777 ingresos hospitalarios (Louks¹⁴⁸, 1989).
- 547 estudiantes (Larson¹⁵⁰, 1990).
- 2718 ancianos de población general (Castro¹⁶⁵, 1995).
- 328 adolescentes remitidos a una clínica de depresión (Bennett¹⁶⁶, 1997).

Como resultado de esta comparación con todos los trabajos publicados hasta la fecha, *concluimos que ningún estudio previo reproduce la estructura tridimensional descrita en esta tesis*. Sólo Weckowicz¹⁶⁴ describe tres factores (“culpa-depresión”, “retraso” y “perturbación somática”), que están compuestos

por diferentes síntomas a los descritos en este trabajo. Por consiguiente, podemos confirmar la quinta hipótesis de esta tesis (*“la organización psicopatológica de los síntomas depresivos en pacientes tratados por CI, es diferente a las presentadas en otros grupos de sujetos”*).

8- CONCLUSIONES

1. En los pacientes que siguen tratamiento por CI, a los 6 meses de la intervención terapéutica, se detecta una prevalencia de depresión mayor del 20 %.
2. En los pacientes con CI, a los 6 meses de la intervención terapéutica, no existe predominio de depresión en los pacientes sometidos a tratamiento médico versus tratamiento de revascularización (intervencionista y quirúrgico).
3. En los pacientes con CI sometidos a tratamiento de revascularización (intervencionista y quirúrgico), a los 6 meses de la intervención, existe un predominio de depresión en los pacientes sometidos a by-pass versus angioplastia.
4. Los pacientes deprimidos a tratamiento por CI presentan, en relación a los no deprimidos, mayor índice de nuevas anginas.
5. Los pacientes deprimidos a tratamiento por CI presentan, en relación a los no deprimidos, mayor tasa de nuevas intervenciones exploratorias (cateterismo) y/o terapéuticas de revascularización (angioplastia o by-pass).
6. Los pacientes deprimidos a tratamiento por CI presentan, en relación a los no deprimidos, mayor tasa de frecuentación de consultas al médico de cabecera y al cardiólogo.

7. Los pacientes deprimidos a tratamiento por CI presentan, en relación a los no deprimidos, mayor tasa de reingresos.
8. Los pacientes deprimidos a tratamiento por CI presentan, en relación a los no deprimidos, peor calidad de vida.
9. Los pacientes deprimidos a tratamiento por CI presentan, en relación a los no deprimidos, mayor índice de complicaciones médicas no cardiológicas.
10. Los pacientes con diagnóstico de depresión mayor que siguen tratamiento cardiológico por cardiopatía isquémica, habitualmente no son usuarios de los servicios de salud mental.
11. La organización psicopatológica de los síntomas depresivos en pacientes tratados por C.I., es diferente a las presentadas en otros grupos de sujetos.

9- BIBLIOGRAFÍA

1. Flores T. Sistema cardiovascular. En: Interconsulta psiquiátrica. Barcelona: Masson; 1997. p.201-217.
2. Costa JM. Depresión. Programa de autoevaluación de conocimientos y técnicas psiquiátricas (PKSAP VI). American Psychiatric Association; 1994. p.5-6.
3. Baca E. Epidemiología de los trastornos afectivos y factores de riesgo de cronificación y recurrencia. En: Guía práctica para el tratamiento prolongado de la depresión. Madrid: Edimsa; 1997. p.13-22.
4. Vázquez-Barquero JL, Díez-Manrique JF, Pena C, Quintanal G, López LM. Two stage desing in a community survey. Br J Psychiatry 1986;149:88-97.
5. Padierna JA. La morbilidad psiquiátrica en atención primaria: detección y derivación por el médico de familia. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr 1988;24:21-29.
6. Coulehan J. Medical comorbidity of major depressive disorder in primary medical practise. Arch of Intern Med 1990;150:2363-2367.
7. Rodríguez A, Salazar I, González AI, Ferrer E. Detección de la depresión en atención primaria. En: La depresión en distintos niveles asistenciales. Madrid:

Jarpyo; 1995. p.13-22.

8. Ferrer E, Rodríguez A. Estudio descriptivo de la patología depresiva en la atención primaria gallega. *An. Psiquiatr* 1999;2:68-75.
9. Moreno PL. Enfermedad crónica: problemas de rehabilitación y adaptación. Dolor crónico. Tomo I. En: *Manual del residente de psiquiatría*; 1997. p.783-812.
10. Salvador L, Leonseguí I. Diagnóstico y tratamiento psiquiátrico del paciente crónico en unidades de atención primaria. En: *El paciente crónico y la medicina primaria*. Madrid: Fundación Valgrande; 1992. p.113-138.
11. Regier DA, Golberg ID, Taube CA. The de facto U.S. Mental Health Services systems. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:685-693.
12. Feldman E, Mayou R, Hawton K, Smith EB. Psychiatry disorder in medical inpatients. *Q J M* 1987;63:405-12.
13. Katon W, Sullivan MD. Depression and chronic medical illness. *J Clin Psychiatry* 1990;51 Suppl 6:3-11.

14. Stoudemire A, Fogel BS. Psychiatric care of medical patient. New York:Oxford Univers Press;1993.
15. Cornelius JR, Fabrega H, Mezzich J, Cornelius MD, Ulrich RF. Characterizing organic mood syndrome, depressive type. Compr Psychiatry 1993;34:432-40.
16. Cassem NH. Psiquiatría de enlace en el hospital general. Hospital General de Massachusetts. Madrid: Díaz de Santos; 1994. p.291-330.
17. Lipowski ZJ. Trastornos psicofisiológicos cardiovasculares. Tomo II. En: Freedman AM, Kaplan H, Sadock BJ. Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Salvat; 1982. p.1827-1836.
18. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson;1995. p.323-643.
19. CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Ed Meditor 1992;91-189.
20. Lobo A, Esquerra J, Gómez F, Sala JM, Seva A. El mini-examen cognoscitivo: un test sencillo y práctico en pacientes médicos. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1979;189-202.

21. Paykel ES, Rao BM, Taylor CM. Life stress and symptom pattern in outpatient depression. *Psychol Med* 1984;14:559-568.
22. Freeling P. An unrecognized depression in general practice. *BMJ* 1985; 6485:1886-1897.
23. Mendlewicz J. El espectro amplio de la depresión comórbida: implicaciones para el tratamiento. *Eur Psychiatry (Ed Esp.)* 1998;5:352-363.
24. Montgomery SA y Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *B J Psychiatry* 1979;134:382-389.
25. Vollrath M, Koch R y Angst J. The Zurich study. Panic disorder and sporadic: symptoms, diagnosis, prevalence, and overlap with depression. *European Arch Psychiatry Neurol Scien* 1990;239:221-230.
26. Dealy RS, Iskhiki DM, Avery DH, Wilson SG y Dunner DL. Secondary depression in anxiety disorders. *Compr Psychiatry* 1981;22:612-618.
27. Scott Wetzler PD. Medición de las enfermedades mentales. Evaluación psicométrica para los clínicos. Barcelona: Ancora; 1991.

28. Plutchik R, van Praag HM. On measuring depression. *Psychiatry Res* 1987;22:243-256.
29. Beck AT, Ward CH, Mendelson M. Inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-571.
30. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press; 1972.
31. Conde V, Usero E. Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Rev Psiquiatr Psicol Med* 1975;4:217-236.
32. Beck At, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: 25 years of evaluation. *Clin Psychol Rev* 1988;8:77-100.
33. García Moll M, Tomás L, Bayés de Luna A, Fort R, Gras X. Cardiopatía isquémica. *Atlas Práctico de Cardiología*. Barcelona: Salvat; 1983. p.51-95.
34. National Center for Health Statistics. *Vital Statistics of the United States*, 1988, vol II, Mortality, part A. Washington: USDHHS; 1991.

35. Turlink JR, Goldhaber SJ, Pfiffer MA. An overview of contemporary etiologies of congestive heart failure. *Am Heart J* 1991;121:1852-1853.
36. Reimer K, Jennings R. Myocardial ischemia, hypoxia and infarction. *The Heart and Cardiovascular System*. New York: Raven Press; 1986;1133-1202.
37. Braunwald E. Riego coronario e isquemia miocárdica. *Tratado de cardiología* 1997;38:1299-1327.
38. Sociedad Española de Cardiología. Grupo de trabajo de la Angina. Clasificación y tratamiento de la angina de pecho. Madrid: Sociedad Española de Cardiología; 1982.
39. Alegría E, Honorato J, Aranza JR. Bases fisiopatológicas de la administración de betabloqueantes. *Cardiología Básica*. Sociedad Española de Cardiología. Madrid: Científico-Médica; 1985. p.61-73.
40. Thiessen BQ, Wallace SM, Blackburn JL. Increased prescribing of antidepressants subsequent to beta-blocker therapy. *Arch Intern Med* 1990; 150:2286-2290.
41. Hallas J. Evidence of depression provoked by cardiovascular medication: A prescription sequence symmetry analysis. *Epidemiology* 1996;7:478-484.

42. Drug facts and comparisons. Edición 52. Ed Americana 1998; Cap 4:843-870.
43. Lindberg G, Bingefors K, Rastam L, Melander A. Use of calcium channel blockers and risk of suicide: ecological findings confirmed in population based cohort study. *BMJ* 1998;316:741-745.
44. Gerstman B, Jolson H, Bauer M, Cho P, Livingston J, Platt R. The incidence of depression in new users of beta-blockers and selected antihypertensives. *J Clin Epidemiol* 1996;49:809-815.
45. Favaloro RG. Saphenous vein graft in the surgical treatment of coronary artery disease:operative technique. *J Thorac Cardiovac Surg* 1969;58:178-85.
46. Meyer BC, Blacher RS, and Brown FA. Clinical study of psychiatric and psychological aspects of mitral surgery. *Psychosom Med* 1961;23:194.
47. KennedyJA, and Bakst. The influence of emotion on the outcome of cardiac surgery: A predictive study. *Bull N.Y. Acad Med* 1996;42:811.
48. Kimball CP. Psychological responses to the experience of open-heart surgery. *Am. J. Psychiatry* 1969;126:348.

49. The Warm Heart Investigators. Randomised trial of normothermic versus hypothermic coronary bypass surgery. *Lancet* 1994;343: 559-563.
50. Shaw PJ, Bates D, Cartlidge EN. Early neurological complications of coronary artery bypass surgery. *BMJ* 1985;291:1384-1387.
51. Breur AC, Furlan AJ, Hanson MR. Central nervous system complications of coronary artery bypass graft surgery: prospective analysis of 421 patients. *Stroke* 1983;14:682- 687.
52. Birkett P. *Psiquiatría clínica y accidente vascular cerebral*. Barcelona: Masson; 1998. p.231-255.
53. Sotaniemi KA, Monomen H, Hokkanen TE. Long-term cerebral outcome after open-heart surgery: a five year neuropsychologic study follow up study. *Stroke* 1986;17:410-416.
54. Aberg T. Effect of open heart surgery on intellectual function. *Scand J Thorac Cardiovasc Surg* 1974;15(suppl):1-63.
55. Barbut D, Caplan LR. Complicaciones cerebrales de la cirugía cardíaca. *Curr Probl Cardiol* 1998;2:97-131.

56. Tichener JL. Psychiatry and surgery. En: Comprehensive textbook of psychiatry. Freedman AM and Kaplan HI. Baltimore: Williams & Wilkins; 1967. p.1131-1134.
57. Stengel E, Zeitlyn BB, and Rayner EH. Postoperative psychosis. J Ment Sci 1958;104:389.
58. Eriksson J. Psychosomatic aspects of coronary artery bypass graft surgery. Acta Psychiatr Scand 1988;77(suppl.)340:1-111.
59. Burker E, Blumenthal J A, Feldman M, Burnett R, White W, Smith L, Croughwell N, Schell R, Newman M and Reves JG. Depression in male and female patients undergoing cardiac surgery. Br J Clin Psychol 1995;34:119-128.
60. Mehra A, Fason D. Situación actual de la angioplastia coronaria transluminal percutánea. Curr Probl Cardiol 1994;8:497-549.
61. Hernández RA. El problema de la reestenosis. Intervencionismo coronario (I). Monocardio 1994;37:65-67.
62. Serruys PW, Macaya C, de Jaegere, Kiemeneij F, Rutsch W, Heyndickx G et al. Interim analysis of the benestent-trial. Circulation 1993;4 (part 2):I-594.

63. Moliterno DJ, Elliot Jm, Topol E. Ensayos de distribución aleatoria de revascularización miocárdica. *Curr Probl in Cardiol* 1995;7:371-438.
64. Detre KM, Rosen AD, Bost JE, Cooper ME, Sutton-Tyrrell K, Holubkov R, Shemin RJ, Frye RL. Contemporary practice of coronary revascularization in U.S. hospitals and hospitals participating in the Bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI). *J Am Coll Cardiol* 1996;28:609-615.
65. Pocock SJ, Henderson RA, Seed P, Treasure T, Hampton JR. Quality of life, employment status, and anginal symptoms after coronary angioplasty or bypass surgery. 3-year follow-up in the Randomized Intervention Treatment of Angina (RITA). *Circulation* 1996;94:135-142.
66. Rodríguez A, Mele E, Peyregne E, Bullon F, Pérez-Baliño N, Liprandi MIS, Palacios IF. Three-year follow-up of the Argentine randomized trial of percutaneous transluminal coronary angioplasty versus coronary artery bypass surgery in multivessel disease (ERACI). *J AM Coll cardiol* 1996;27:1178-1184.
67. Hubanks L, Kuyken W. Quality of life assessment an annotated bibliography. Geneva: World Hcalth Organization; 1994 (WHO/MNH/PSF/94-1).

68. Bobes J, Bousoño M, González MP. Concepto y desarrollo de Calidad de Vida. En: Bobes J, Cervera S. *Psiquiatría: Calidad de Vida y Calidad de Asistencia*. Madrid: Menarini Área Científica; 1996. p.13-48.
69. Karnofsky DA, Aberman WE, Craver LF, Burchenal JH. The use of nitrogen mustard in the palliative treatment of carcinoma. *Cancer* 1948;1:634-656.
70. Grieco A, Long CF. Investigation of Karnofsky Performance Status as Measure of Quality of Life. *Health Psychol* 1984;3:129-143.
71. Bech P. Rating scales for psychopathology, health status and quality of life. A Compendium on documentation in accordance with the DSMIII-R and who systems. Berlin: Springer-Verlag; 1993.
72. Novel G, Lluch MT, Rourera A. Aspectos psicosociales del enfermo crónico. En: *Enfermería psicosocial vol. II*. Barcelona: Salvat; 1991. p.239-241.
73. Cassem HN, Hackett PT. Psychiatric consultation in a coronary care unit. *Ann Intern Med* 1971;75:9-14.
74. Casem HN, Hackett PT. The setting of intensive care. En: Hackett PT, Cassem HN. Eds. *Handbook of General Hospital Psychiatry*. Littleton: PSG Publishing Company; 1987. p.353-379.

75. Lewin B. Cardiac disorders. In: Broome A, Llewelyn S, eds. Health Psychology. Process and Applications. London: Chapman & Hall; 1995. p.141-166.
76. Wielgosz TA, Nolan PR. Understanding delay in response to symptoms of acute myocardial infarction. A compelling agenda. Circulation 1991;84:2193-2195.
77. Wielgosz TA, Nolan PR, Earp AJ, Biro E, Wielgosz BM. Reasons for patients delay in response to symptoms of acute myocardial infarction. CMAJ 1988;139:853-857.
78. Sarantidis D, Thomas A, Iphantis K, Katsaros N, Tripodianakis J, Katsabouris G. Niveles de ansiedad, depresión y negación en pacientes con infarto de miocardio. Eur Psychiatry (Ed. Esp.)1997;4:483-485.
79. Netter F. Corazón. Colección Ciba de ilustraciones médicas. Tomo V. Barcelona: Salvat; 1989. p.217-222.
80. Bayés de Luna A. Prevención de riesgos cardiovasculares desde la atención primaria. El Médico 1998;(671):34-45.

81. Osler W. Angina pectoris. Lectures on angina pectoris and allied states. New York: Appleton; 1910.
82. Arlow JA. Identification mechanisms in coronary occlusion. *Psychosom Med* 1945;7:195-196.
83. Dunbar F. Emotions and bodily changes. New York: Columbia; 1947.
84. Rosenman RH, Friedman M, Straus L. Coronary heart disease in the Western Collavorative Study Group. *JAMA* 1966;18:130.
85. Bortner RW. A short rating scale as a potential measure of pattern A behaviour. *J Chron Dis* 1969;22:87-91.
86. Groen JJ. Psychosomatic aspects of Ischaemic (coronary) heart disease. Modern Trends. *Psychosom Med* 1976;3:288-329.
87. Theorell T. Interacción entre el medio ambiente psicosocial y la conducta de riesgo coronario y la cardiopatía isquémica. *Rev. Esp. Cardiología* 1985;38:59-63.
88. Boot-Kewley, Friedman HS. Psychological predictors of heart disease: A quantitative review. *Psychol Bull* 1987;101:343-362.

89. Matthews KK, Glass DC, Rosenman RH. Competitive drive, pattern A and coronary heart disease: A further analysis of some data from the Western Collaborative Group Study. *J Chron Dis* 1977;30:489-498.
90. Mac Dougall JM. Components of type A: Hostility and anger. Further relationships to angiographic findings. *Health Psychol* 1985;4:137-152.
91. Eysenck HJ. Personality, cancer and cardiovascular disease: Causal analysis. *Person. Indiv Diff* 1985;6:535-556.
92. Lozano M, Carcedo C, de la Calle L, Padín JJ, Bueno A, Sánchez M, Sáinz P. Psiquiatría de enlace en el paciente coronario. *Monografías de Psiquiatría* 1995;3:18-25.
93. Denollet J. Personality, disease severity, and the risk of long-term cardiac events in patients with a decreased ejection fraction after myocardial infarction. *Circulation* 1998;20;97(2):167-73.
94. Zyzanski SJ. Psychological correlates of coronary angiographic findings. *Arch. Int. Med.* 1976;136:1234-37.
95. Kawachi I, Sparrow D, Spiro A. A prospective study of anger and coronary

heart disease. *Circulation* 1996;94:2090-2095.

96. Mittleman MA. Triggering of acute myocardial infarction onset by episodes of anger. *Circulation* 1995;92:1720.
97. Verrier RL, Mittleman MA. Consecuencias cardiovasculares de la ira que ponen en peligro la vida en pacientes con cardiopatía coronaria. *Clínicas Cardiológicas de Norteamérica* 1996(2):289-306.
98. Coryell W, Noyes R, Clancy J. Exces mortality in panic disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 1982;39:701-703.
99. Kubzansky L, Kawachi I, Spiro A. Is worrying bad for your heart. *Circulation*, 1997;95:818-824.
100. Blumenthal JA, Jiang W, Waugh RA. Mental stress-induced ischemia in the laboratory and ambulatory ischemia during daily life: association and hemodynamic features. *Circulation* 1996;92:2102-2108.
101. Leor J, Kloner RA, for de Investigators. The Northridge earthquake as a trigger for acute myocardial. *Am J Cardiol* 1996;77:1230-1232.

102. Krantz DS, Kop WJ, Santiago HT, Gottdiener HT. Estrés mental como suceso desencadenante de isquemia e infarto miocárdicos. *Clinicas Cardiológicas de Norteamérica*. McGraw-Hill Interamericana. 1996;(2):273-288.
103. Cordero DL, Cagin NA, Natelson BH. Neurocardiology update: Role of the nervous system in coronary vasomotion. *Cardiovasc Res* 1995;29:319-328.
104. Jain D, Burg M, Soufer R. Prognostic implications of mental stress induced silent left ventricular dysfunction in patients with stable angina pectoris. *Am. J. Cardiol* 1995;76:31-35.
105. Jiang W, Babyak M, Krantz DS. Estrés psíquico como inductor de isquemia miocárdica y de complicaciones cardíacas. *JAMA* 1996;275:1.651-1.656.
106. Gersh BJ. Cardiopatía isquémica. *Year Book de Cardiología* 1997. Capítulo 2. Harcourt Brace de España 1998;91-220.
107. Yeung Ac, Vekshtein VI, Krantz DS. The effect of atherosclerosis on the vasomotor responses of coronary arteries to mental stress. *N Engl J Med* 1991; 325:1551-1556.

108. Dakak N, Quyyumi AA, Eisenhofer G. Sympathetically mediated effects of mental stress on the cardiac microcirculation of patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol* 1995;76:125-129.
109. Weiss NS. Marital status and risk factors for coronary heart disease: The United States health examination survey of adults. *Br J Prv Soc Med* 1973;27:41-43.
110. Chandra V. The impact of marital status on survivor after an acute myocardial infarction: a population-based study. *Am J Epidemiol* 1983;117:320-325.
111. Ruberman W. Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. *N Engl J Med* 1984;311:552.
112. Case RB. Living alone after myocardial infarction: Impact on prognosis. *JAMA* 1992;267:515.
113. Williams RB y cols. Pronostic importance of social and economic resources among medically treated patients with angiographically documented coronary artery disease. *JAMA* 1992;267:520.

114. Berkman LF. Emotional support and survival following myocardial infarction: Finding from a prospective population-based study of the elderly. *Ann Intern Med* 1992;117:1003.
115. Orth-Gomer K, Uden A-L. Type A behavior, social support, and coronary risk: interaction and significance for mortality in cardiac patients. *Psychosom Med* 1990;52:59.
116. Kaplan GA, Kiel JE. Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature. *Circulation* 1993;88:1973-1975.
117. Dovenmuehle RH, Verwoerd A. Physical illness and depressive symptomatology. Incidence of depressive symptoms in hospitalized cardiac patients. *J. Amer. Geriat. Soc.* 1962;10:932-947.
118. Kavanagh T, Shephard RJ, Tuck A. Depression after myocardial infarction. *CMA* 1975;113:23:27.
119. Bianchi G, Fergusson D, Walshe J. Psychiatric antecedents of myocardial infarction. *Med J* 1978;1:297-301.
120. Van Dijk H, Nagelkerke N. Statistical discrimination of male myocardial infarction patients and healthy males by means of a psychological test and a

tracing of basic dimensions of the infarction personality. *Psychother Psychosom* 1980;34(2-3):196-203.

121. Carney R, Rich M, Freedland K, Saini J, Tevelde A, Simeone C, Clark K. Major Depressive Disorder Predicts Cardiac Events in Patients with Coronary Artery Disease. *Psychosom Med* 1988;50:627-633.
122. Schleifer J, Macari-Hinson M, Coyle D, Slater W, Kahn M, Gorlin R, Zucher H. The Nature And Course of Depression following Myocardial Infarction. *Arch Intern Med* 1989;149:1785-1789.
123. Milani R, Lavie C. Behavioral Differences and Effects of Cardiac Rehabilitation in Diabetic Patients following Cardiac Events. *Am J Med* 1996; 100:517-523.
124. Crowe J M, Runions J, Ebbesen L, Olridge N, Streiner D. Anxiety and depression after acute myocardial infarction. *Heart Lung* 1996;2:98-107.
125. Williams RB, Littman AB. Factores psicosociales. Participación en el riesgo cardíaco y estrategias de tratamiento. *Clínicas cardiológicas de Norteamérica*. 1996;(1):99-106.

126. Kurosawa H, Shimizu Y, Nishimatsu Y, Hirose S, Takano T. The Relationship between Mental Disorders and Physical Severities in Patients with Acute Myocardial Infarction. *Jpn circul J* 1983;47:723-728.
127. Ladwig K, Kieser M, Konig J, Breithardt G, and Borggrefe M. Affective disorders and survival after acute myocardial infarction. Results from the post-infarction late potential study. *The European Society of Cardiology* 1991,12:959-964.
128. Ladwig K, Lehmacher W, Roth R, Breithardt G, Budde Th, Borggrefe M. Factors which provoke post-infarction depression: results from the post-infarction late potential study (PILP). *J Psychosom Res* 1992;8:723-729,
129. Ladwig K, Röhl G, Breithardt, Budde T, Borggrefe M. Post-infarction depression and incomplete recovery 6 months after acute myocardial infarction. *Lancet* 1994;343: 20-23.
130. Frasure-Smith N, Lespérance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction: Impact on 6-month survival. *JAMA* 1993;270:1819.
131. Frasure-Smith N, Lespérance F, Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation* 1995;91:999.

132. Musselman DL, Evans DL, Nemeroff CB. The relationship of depression to cardiovascular disease: epidemiology, biology, and treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1998 Jul;55(7):580-592.
133. Levine J B, Covino N, Slack W, Safran Ch, Safran D, Boro J, Davis R, Buchanan G, Gervino E. Psychological Predictors of Subsequent Medical Care Among Patients Hospitalized With Cardiac Disease. *Cardiopulmonary Rehabil* 1996;16:109-116.
134. Fielding R. Depression and acute myocardial infarction: a review and reinterpretation. *Soc Sci Med.* 1991;32:1017-1027.
135. Roose PS, Dalack WG, Woodring S. Death, depression, and heart disease. *J Clin Psychiatry* 1991; 52 (suppl):334-339.
136. Tiller JWG. Post-stroke depression. *Psychopharmacology* 1992;106:130-133.
137. Katon W, Sullivan MD. Depression and chronic medical illness. *J Clin Psychiatry* 1990;51 Suppl 6:3-11.

138. Carney RM, Freedland KE, Sheline YI, Weiss ES. Depression and coronary heart disease: a review for cardiologists. *Clin Cardiol* 1997;20(3):196-200.
139. Wells KB, Rogers W, Burnam MA, Camp P. Course of depression in patients with hypertension, myocardial infarction, or insuli-dependent diabetes. *Am J Psychiatry* 1993;23:51-54.
140. Barefoot JC, Schroll M. Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample. *Circulation* 1996 (June 1);93:1976-1980.
141. Hippisley-Cox J, Fielding K, Pringle M. Depression as a risk factor for ischaemic heart disease in men: population based case-control study. *BMJ* 1998;316:1714-1719.
142. Mendels J. *La depresión*. 4ª ed. Barcelona: Herder;1989.
143. Paykel ES. *Psicopatología de los trastornos afectivos*. Madrid: Pirámide; 1985.
144. Harman HH. *Análisis factorial moderno*. Madrid: Saltes; 1981.

145. Shaw BF, Steer RA, Beck AT, Schut J. The structure of depression in heroin addicts. *Br J Addiction* 1979;74:295-303.
146. Campbell Mi, Burgess PM, Finch SJ. A factorial analysis of BDI scores. *J Clin Psychol* 1984;4:992-996.
147. Williamson MT. Sex differences in depression symptoms among adult family medicine patients. *The J Fam Pract* 1987;6:591-594.
148. Louks J, Hayne C, Smith J. Replicated factor structure of the Beck Depression Inventory. *J Nerv Ment Dis* 1989;8:473-479.
149. Steer RA, Beck AT, Brown G. Sex differences on the revised Beck Depression Inventory for outpatients with affective disorders. *J Pers Assess* 1989;53:693-702.
150. Larsson B, Melin L. Depressive symptoms in Swedish adolescents. *J Abnorm Child Psychol* 1990;1:91-103.
151. Comrey AL. *Manual de análisis factorial*. Barcelona: Cátedra, 1985.
152. Rojo M. *Fundamentos doctrinales para una psicología médica*. Barcelona: Toray, 1978.

153. Ferrando PI. Introducción al análisis factorial. Barcelona: Universitas 60; 1993.
154. Salkind MR. Beck depression inventory in general practice. J Roy Coll Practit 1969;18:267-271.
155. Nielsen AC, Williams TA. Depression in ambulatory medical patients: Prevalence by Self-report Questionnaire and Recognition by Nonpsychiatric Physicians. Arch Gen Psychiatry 1980;37:999-1004.
156. Oliver JM, Simmons ME. Depression as measured by the DSM-III and the Beck Depression Inventory in an unselected adult population. J Consult Clin Psychol 1984;5:892-898.
157. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995. p.326-333.
158. Gonzalez MB, Synderman TB, Colket JT, Arias RM, Jiang JW, O'Connor CM, Krishnan KR. Depression in patients with coronary artery disease. Depression 1996;4:57-62.

159. Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M, Berry S, Greenfield S, Ware J. The functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989;262:914-919.
160. Broadhead WE, Blazer DG, George LK, Tse CK. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA* 1990;264:2524-2528.
161. Johnson J, Weissman MM, Klerman GL. Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *JAMA* 1992;267:1478-1483.
162. Stern MD, Pascale L, Ackerman RN. Life adjustment postmyocardial infarction. Determining predictive variables. *Arch Intern Med* 1997;137:1680-1685.
163. Dwight MM, Stoudemire A. Effects of depressive disorders on coronary artery disease: a review. *Harv Rev Psychiatry* 1997;5(3):115-122.
164. Weckowicz TE, Muir W, Cropley AJ. A factor analysis of Beck Inventory of Depression. *J Consult Psychol* 1967;1:23-28.

165. Castro C. Estructura de la depresión senil. Tesis Doctoral. Santiago de Compostela: Servicio de publicaciones e Intercambio Científico; 1995.
166. Bennett DS, Ambrosini PJ, Bianchi M, Barnett D, Metz C, Rabinovich H. Relationship of Beck Depression Inventory factors to depression among adolescents. *J Affect Disord* 1997;45(3):127-34.
167. Golin S, Hartz MA. A factor analysis of the Beck Depression Inventory in a mildly depressed population. *J Clin Psychol* 1979;2:322-325.

10- ANEXOS

DEPRESIÓN MAYOR EN CARDIOPATIA ISQUEMICA:

Paciente:..... N° Historia:.....

N° R:.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO ORAL DEL PACIENTE:

Durante su ingreso en el hospital se está realizando un estudio sobre la cardiopatía isquémica. Para ello vamos a hacer unas preguntas sencillas de cuya confidencialidad le responderemos. En caso de que usted no esté dispuesto a responder, puede hacerlo sin que por ello repercuta en su atención en el hospital.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Consentimiento informado (oral) del paciente: 1. Si/ 2. No

Paciente mayor de 18 años de edad: 1. Si/ 2. No

Paciente con capacidad para entender las preguntas que se le hagan: 1. Si/ 2. No

** Si alguna de estas preguntas ha sido respondida con NO, se excluirá al paciente del estudio.*

INVESTIGADOR: **Firma:**

Fecha control a los 6 meses:.....

A. CUESTIONARIO BASAL

Paciente:.....**Nº Historia:**..... **Nº R.:**.....
Edad (años): **Sexo:** 1. Hombre / 2. Mujer
Estado civil: 1. Soltero/ 2. Casado/ 3. Viudo/ 4. Separado
Hábitat: 1. Urbano/ 2. Rural/ 3. Semiurbano
Clase social: 1. Alta/ 2. Media-Alta/ 3. Media/ 4. Media-Baja/ 5. Baja
Nivel educacional: 1. Sin estudios/ 2. Primarios/ 3. Secundarios/ 4. Universitarios
Profesion (Especificar):
Situación laboral: 1. Activo/ 2. Pensionista/ 3. Parado con subsidio/ 4. Parado sin subsidio/
5. Incapacidad laboral transitoria/ 6. Incapacidad permanente

Fecha de ingreso: / **Fecha inicio protocolo:**

Infarto: 1. No/ 2. Si
Localización del infarto: 1. Anterior/ 2. Septal/ 3. Inferior/ 4. Lateral/ 5. Posterior/ 6. Otros
Angina: 1. No/ 2. Si

Tipo: 1. Estable: I / II / III / IV

2. Inestable: 1. Reciente comienzo/ 2. Postinfarto/ 3. Prolongada/ 4. De
reposo/ 5. Progresiva

Diagnóstico cardiológico:(especificar):.....

Angioplastia: 1. No / 2. Si (Especificar técnica:) (Fecha:)

Bypass: 1. No/ 2. Si (Fecha:)

Extensión de la enfermedad: 1. Un vaso/ 2. Dos vasos/ 3. Tres vasos

Antecedentes de: C.I.: 1. No/ 2. Si Angioplastia: 1. No/ 2. Si By-pass: 1. No/ 2. Si

Hipertensión: 1. No/ 2. Si **Hipercolesterolemia:** 1.No/ 2. Si **Diabetes:** 1. No/ 2. Si

Obesidad: 1. No/ 2. Si **Hábito tabáquico:** 1. No/ 2. Si (Especificar Nº cigarrillos/ día....)

Ex-hábito tabáquico: 1. No/ 2. Si

Otras enfermedades médicas (Especificar):

.....
.....

Tratamientos previos al ingreso (Especificar)

.....
.....

Antecedentes psiquiátricos personales (1. No/ 2. Si -Especificar-)

.....

Puntuación Inventario de Beck: (Si 10 ó más hacer diagnóstico DSM- IV)

Puntuación Karnofsky:

Diagnóstico DSM-IV:

B. CUESTIONARIO 6 MESES POSTINTERVENCIÓN TERAPÉUTICA:

Paciente:..... **Nº Historia:**..... **Nº R.:**.....

Fecha:

Estado civil: 1. Soltero/ 2. Casado/ 3. Viudo/ 4. Separado

Situación laboral: 1. Activo/ 2. Pensionista/ 3. Parado con subsidio/ 4. Parado sin subsidio/
5. Incapacidad laboral transitoria/ 6. Incapacidad permanente.

Nuevo diagnóstico cardiológico: 1. No/ 2. Si (Especificar:

.....
.....

Nuevas enfermedades médicas: 1. No/ 2. Si (Especificar:.....)

Tiempo de hospitalización en días:.....

Nº consultas al Médico de Cabecera:
Nº “ Cardiólogo:
Nº “ Cirujano Cardíaco:
Nº “ Psiquiatra/Psicólogo:

Reingreso: 1. No/ 2. Si (Especificar Nº:) (Motivo:)

Nuevo infarto: 1. No/ 2. Si (Especificar Nº:)

Nueva angina: 1. No/ 2. Si (Especificar fecha)

Tratamientos farmacológicos (Especificar):

.....
.....
.....

Seguimiento de: dieta 1. No/ 2. Si/ 3. No procede // **evitar esfuer. físic.:** 1.No /2.Si/ 3.no
procede.

No fumar: 1.No /2. Si / 3.No procede.

Nueva intervención: 1. No/ 2. Angioplastia/ 3. Bypass/ 4. Otros (Especificar:

.....
.....

Puntuación Inventario de Beck: (Si 10 ó más hacer diagnóstico DSM- IV)

Puntuación Karnofsky:

Diagnóstico DSM-IV:

Éxito (Especificar fecha: / Especificar motivo:

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

1. - No estoy triste.....	0
- Estoy triste.....	1
- Estoy siempre triste y no lo puedo remediar.....	2
- Estoy tan triste que no lo puedo soportar más.....	3
- No contesta.....	4
2. - No soy demasiado pesimista.....	0
- Me siento desanimado por lo que se refiere a mi futuro.....	1
- Creo que no debo esperar ya nada y que jamás me libraré de mis penas y preocupaciones.....	2
- Tengo la impresión de que mi futuro es desesperado.....	3
- No contesta.....	4
3. - No tengo la sensación de haber fracasado.....	0
- Tengo la sensación de haber fracasado más que otras personas.....	1
- Creo haber hecho en la vida pocas cosas que valgan la pena o si pienso en mi vida, veo que no he tenido más que fracasos.....	2
- Creo que he fracasado por completo.....	3
- No contesta.....	4
4. - No estoy particularmente descontento.....	0
- Casi siempre me siento aburrido.....	1
- No hay nada en absoluto que me proporcione una satisfacción.....	2
- Estoy descontento de todo.....	3
- No contesta.....	4
5. - No me siento particularmente culpable.....	0
- Siento muchas veces que hago las cosas mal o que no valgo nada.....	1
- Me siento culpable, tengo constantemente la impresión de que hago las cosas mal, o que no valgo nada.....	2
- Considero que soy muy malo, que hago todo muy mal y que no valgo absolutamente nada.....	3
- No contesta.....	4
6. - No tengo la impresión de merecer un castigo.....	0
- Creo que me podría pasar algo malo.....	1
- Tengo la impresión de que ahora o muy pronto voy a ser castigado.....	2
- Creo que merezco ser castigado o quiero ser castigado.....	3
- No contesta.....	4
7. - No estoy descontento de mí mismo.....	0
- No me gusta a mí mismo o estoy descontento de mí mismo.....	1
- No me puedo soportar a mí mismo.....	2
- Me odio.....	3
- No contesta.....	4

Anexo IV (continuación)

8. - No tengo la impresión de ser peor que los demás.....	0
- Tengo muy en cuenta mis propias faltas y defectos.....	1
- Me hago reproches por todo lo que no sale bien o tengo la impresión de que mis defectos . son muchos y muy graves.....	2
- No contesta.....	3
9. - No pienso, ni se me ocurre, quitarme la vida.....	0
- A veces se me ocurre que podría quitarme la vida, pero no lo haré.....	1
- Pienso que sería preferible que me muriese, o he planteado como podría suicidarme, o creo que sería mejor para mi familia que yo me muriese.....	2
- Si pudiera, me suicidaría.....	3
- No contesta.....	4
10.- No lloro más de lo corriente.....	0
- Lloro con mucha frecuencia.....	1
- Me paso todo el día llorando y no puedo dejar de hacerlo.....	2
- Ahora ya no puedo llorar, aunque quisiera, como lo hacía antes.....	3
- No contesta.....	4
11. - No me siento más irritado que de costumbre.....	0
- Me irrito con más facilidad que antes.....	1
- Estoy constantemente irritado.....	2
- Ahora no me irritan ya siquiera las cosas que antes me enfadaban.....	3
- No contestan.....	4
12. - No he perdido interés por los demás.....	0
- Me intereso por los demás menos que antes.....	1
- He perdido casi por completo el interés hacia los demás y siento poca simpatía por otras personas....	2
- Los demás no me interesan nada y todo el mundo me es totalmente indiferente.....	3
- No contestan.....	4
13. -Tengo la misma capacidad que antes para tomar decisiones.....	0
- Ahora me siento menos seguro de mí mismo y procuro evitar el tomar decisiones.....	1
- Ya no puedo tomar decisiones sin que me ayude alguien a hacerlo.....	2
- Ahora me siento totalmente incapaz de tomar ninguna decisión sea la que sea.....	3
- No contesta.....	4
14.- No tengo la impresión de presentar peor aspecto que de costumbre.....	0
- Temo que mi aspecto cause mala impresión o de parecer más viejo.....	1
- Tengo la impresión de presentar cada vez peor aspecto.....	2
- Tengo la impresión de que mi aspecto es feo, desagradable y repulsivo.....	3
- No contesta.....	4
15.-Trabajo con la misma facilidad que siempre.....	0
- Ahora me cuesta más esfuerzo que antes el ponerme a trabajar o ya no trabajo como antes.....	1
- Tengo que hacer un gran esfuerzo para realizar cualquier cosa.....	2
- Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea.....	3
- No contesta.....	4

Anexo IV (continuación)

16.- Duermo tan bien como de costumbre.....	0
- Por la mañana me levanto más cansado que de costumbre.....	1
- Me despierto una o dos horas mas temprano que antes y me cuesta trabajo volver a dormir.....	2
- Me despierto demasiado temprano por las mañanas y no puedo dormir mas de 5 horas.....	3
- No contesta.....	4
17.-No me canso antes que de costumbre.....	0
- Me canso mas pronto que antes.....	1
- Cualquier cosa que haga me cansa.....	2
- Me siento tan cansado que soy incapaz de hacer nada por poco esfuerzo que cueste.....	3
- No contesta.....	4
18. Mi apetito no es peor que de costumbre.....	0
- No tengo tanto apetito como antes.....	1
- Tengo mucho menos apetito que antes.....	2
- No tengo en absoluto ningún apetito.....	3
- No contesta.....	4
19. No he perdido peso y si lo he perdido es desde hace poco tiempo.....	0
- He perdido mas de 2 Kg.....	1
- He perdido mas de 4 Kg.....	2
- He perdido más de 7 Kg.....	3
- No contesta.....	4
20. Mi salud no me preocupa mas que de costumbre.....	0
- Me preocupo constantemente por mis molestias físicas y mis malestares.....	1
- Mis molestias físicas me preocupan tanto que me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.....	2
- No hago nada más, en absoluto, que pensar en mis molestias físicas.....	3
- No contesta.....	4
21. No he notado que desde hace poco tiempo haya cambiado mi interés por las cosas sexuales.....	0
- Me intereso menos que antes por las cosas relativas al sexo.....	1
- Me intereso ahora mucho menos que antes por todo lo que se refiere al sexo.....	2
- He perdido todo interés por las cosas del sexo.....	3
- No contesta.....	4

Nº Registro:

Fecha:

CRITERIOS PARA EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (DSM-IV)

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

(1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ejem.: se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ejem.: llanto)..

Nota: En adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

(2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)..

(3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ejem.: un cambio de más de 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi día a día.

(4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.

(5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido) .

(6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

(7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autoreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermos)..

(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)..

(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o plan específico para suicidarse)..

Anexo VI (continuación)

- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto (v. pag.341)..
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos psicológicos directos de una sustancia (p.ejem.: una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ejem.: hipotiroidismo)..
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo(p.ejem. después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

11- ABREVIATURAS

ABREVIATURAS

ACTP	<i>Angioplastia Coronaria Transluminal Percutánea.</i>
AP	<i>Angina de Pecho.</i>
AVC	<i>Accidente Vascular Cerebral.</i>
BARI	<i>Investigación sobre Revascularización mediante By-pass y Angioplastia.</i>
BB	<i>Betabloqueantes.</i>
BDI	<i>Inventario de Depresión de Beck.</i>
CABG	<i>Cirugía arterial coronaria de by-pass</i>
CI	<i>Cardiopatía Isquémica.</i>
DC	<i>Derivación Coronaria.</i>
DM	<i>Depresión Mayor.</i>

Dm	<i>Depresión Menor.</i>
DSM-III	<i>Tercera Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.</i>
DSM-IV	<i>Cuarta Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.</i>
d.t.	<i>Desviación Típica.</i>
ECA	<i>Enzima Convertidora de la Angiotensina.</i>
ECG	<i>Electrocardiograma.</i>
ERACI	<i>Estudio Argentino Randomizado sobre Cardiopatía Isquémica.</i>
HTA	<i>Hipertensión Arterial.</i>
IC	<i>Insuficiencia Coronaria.</i>
ICD-9	<i>Novena Edición de la Clasificación Internacional de las</i>

Enfermedades.

ICD-10 *Décima Edición de la Clasificación Internacional de las
Enfermedades.*

IAM *Infarto Agudo de Miocardio.*

IM *Infarto de Miocardio.*

OMS *Organización Mundial de la Salud.*

PC *Ordenador Personal.*

SPSS *Paquete Estadístico para Ciencias Sociales.*

TBP *Tuberculosis Pulmonar.*

UNIVERSIDADE DA CORUÑA
Servicio de Bibliotecas



1700757415