



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA, DEPTO. DE PSICOLOGÍA
MEDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL.**

**CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE
I.S.S.S.T.E.**

**CARACTERÍSTICAS ALEXITÍMICAS Y SU
RELACIÓN CON DEPRESIÓN EN PACIENTES POST
INFARTADOS DE PRIMERA VEZ.**

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

DRA. MARIBEL VELASCO ROBLES

**ASESORES: DRA MIRELLA MÁRQUEZ MARIN
DRA. MARTA GEORGINA OCHOA MADRIGAL
DR. RICARDO ORTEGA PINEDA**



MÉXICO., DF. FEBRERO 2004.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

AGRADECIMIENTOS.

A MIS PADRES

A quienes debo todo en la vida

A MIS HERMANOS

Por su apoyo incondicional
en todos los momentos

A MI SEGUNDO PADRE

Héctor Casique Antonio

Por todo el inmenso cariño que
siempre me ha brindado

A MIS TUTORES Y ASESORES DE TESIS

Dra. Mirella Márquez Marín
Dra. Marta Georgina Ochoa Madrigal
Dr. Ricardo Ortega Pineda

AL DR. JAIME RUIZ ORNELAS

Por su valiosa ayuda en la recopilación
bibliográfica, sin la cual este trabajo
no hubiera sido posible

AL MATEMATICO JORGE GALICIA TAPIA

Por su apoyo invaluable en el
manejo estadístico

A MIS AMIGOS

Oscar y Rodrigo por su paciencia
y colaboración en este trabajo

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Maribel

Velasco Robles

FECHA: 30/11/09

FIRMA: 

I.S.S.T.E.
CENTRO MEDICO NACIONAL
"20 DE NOVIEMBRE"

SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION:
DR. MAURICIO DI SILVIO LOPEZ.

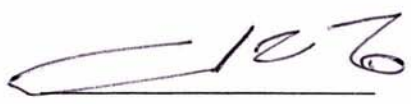


Handwritten signature of Dr. Mauricio Di Silvio Lopez in black ink, written over a horizontal line.



COORDINADOR DE ENSEÑANZA:
DR. SIEGFRIED AUGUSTO FIGUEROA BARKOW.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO:
DR. FRANCISCO JAVIER VALENCIA GRANADOS.



Handwritten signature of Dr. Francisco Javier Valencia Granados in black ink, written over a horizontal line.

ASESOR SEDE: DR. RICARDO ORTEGA PINEDA

U.N.A.M.
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION



Handwritten signature of Dr. Ricardo Ortega Pineda in black ink, written over a horizontal line.



CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA
DE FOLIO DE ESPECIALIDAD MEDICA
PSIQUIATRIA PSICOPATOLÓGICA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



Handwritten signature of Dr. Alejandro de la Parra in blue ink, written over a horizontal line.

DR. ALEJANDRO DE LA PARRA

TUTORES

TUTORA TEORICA



DRA. MIRELLA MARQUEZ MARIN

TUTORA METODOLOGICA



DRA. MARTA GEORGINA OCHOA MADRIGAL

AUTOR



DRA. MARIBEL VELASCO ROBLES

**“CARACTERÍSTICAS ALEXITÍMICAS Y SU RELACIÓN CON
DEPRESIÓN EN PACIENTES POST INFARTADOS DE PRIMERA
VEZ”**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA.**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA, DEPTO. DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y
SALUD MENTAL

CMN “20 DE NOVIEMBRE”
ISSSTE

PRESENTA: DRA. MARIBEL VELASCO ROBLES

TUTORES:
DRA. MIRELLA MARQUÉZ MARÍN
DRA. MARTA GEORGINA OCHOA MADRIGAL
DR. RICARDO ORTEGA PINEDA

INDICE

1.- INTRODUCCIÓN	.....	1
2.- ANTECEDENTES	.....	3
2.1 De personalidad	.....	3
2.2 De Alexitimia	.....	4
2.3 De Depresión y ansiedad	.....	6
3.- JUSTIFICACIÓN	.....	9
4.- HIPÓTESIS	.....	10
5.- OBJETIVOS	.....	10
5.1 Objetivo General	.....	10
5.2 Objetivos Específicos	.....	10
6.- MATERIAL Y MÉTODOS	.....	11
6.1 Diseño	.....	11
6.2 Sujetos	.....	11
6.3 Instrumentos de Evaluación	.....	12
6.4 Procedimiento	.....	12
6.5 Tratamiento estadístico de los datos	.....	12
7.- RESULTADOS	.....	14
8.- DISCUSIÓN	.....	16
9.- CONCLUSIONES	.....	17
10.- BIBLIOGRAFIA	.....	18

SUMMARY.

Objective: To know the existing relationship between Alexithymia and Depression in patients with post myocardial infarction for the first time, that were hospitalized in the Intensive Care Coronary Unit of the "Hospital del ISSSTE 20 de Noviembre", using the Modified Toronto Alexithymia Scale and the Hospital Anxiety and Depression Scale, in addition it is necessary to know the frequencies of Alexithymia, Anxiety and Depression in the studied population.

Methods: A 6 month sample was selected, integrated by 22 patients, with diagnosis of acute myocardial infarction for the first time, to which both scales were applied (TAS 20 and HAD) within 7 to 15 days later of the ischemic event.

Results: They show that, of 100% of the alexithymia population, only 25% presented depressive symptomatology, the relation Alexithymia-anxiety was with 75% and the relation Depression-Anxiety with 83.3%. The frequency with regard to Alexithymia was 18.2%, for Depression 27.3% and for Anxiety 59.1%. These results were analyzed by measures of statistical summary (absolute and relative frequency).

Conclusions: Depression was found in a high percentage coincident with the previous results of prevalence in patients medically ill.

Anxiety, reveals to be the pathology with greater frequency due to the stress period that patients were in during the instruments application.

The higher Comorbidity depression - anxiety, is due to the frequency in what we found the relation between these pathologies in the reality in a psychiatric clinic.

With Regard to the hypothesis given, the relation between Alexithymia and Depression, on based the studied sample, it is not possible to demonstrate an statistically relation between these two pathologies.

A greater number of patients is necessary, in order to have a better evaluation of the frequencies obtained, as well as a better evaluation of the relation between Alexithymia and Depression.

RESUMEN.

Objetivo: Conocer, la relación existente entre Alexitimia y Depresión, en pacientes post infartados de primera vez, hospitalizados en la Unidad de cuidados intensivos coronarios del CMN "20 de Noviembre del ISSSTE", utilizando la Escala Modificada de Alexitimia de Toronto y la Escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria, además se buscó conocer las frecuencias de Alexitimia, Ansiedad y Depresión en la población estudiada.

Métodos: Se seleccionó una muestra durante 6 meses, integrada por 22 pacientes, con diagnóstico de infarto agudo al miocardio de primera vez, a los cuales se les aplicaron ambas escalas (TAS 20 y HAD), dentro de los 7 a 15 días posteriores al evento isquémico.

Resultados: Muestran que del 100% de la población alexitimica, solo el 25% presentó sintomatología depresiva, la relación Alexitimia-Ansiedad resultó con 75% y la relación Depresión-Ansiedad con 83.3%. La frecuencia en cuanto a Alexitimia fue del 18.2%, para Depresión del 27.3% y para Ansiedad del 59.1%.

Estos resultados fueron analizados por medidas de resumen estadístico (frecuencia absoluta y relativa).

Conclusiones: La Depresión, se encontró presente en un elevado porcentaje, coincidente con resultados previos, de prevalencia en pacientes médicamente enfermos.

La Ansiedad, reveló ser la patología con mayor frecuencia, debido al período de estrés que cursaban los pacientes durante la aplicación de los instrumentos.

La elevada comorbilidad Depresión-Ansiedad, es debido a la frecuencia con que se encuentran relacionadas estas patologías en la práctica clínica psiquiátrica.

De acuerdo a la hipótesis planteada, la relación entre Alexitimia y Depresión, dado el tamaño de la muestra estudiada, no es posible demostrar una relación estadísticamente significativa entre estas dos patologías.

Para ello es necesario aumentar el tamaño de la muestra, para una mejor evaluación de los resultados obtenidos.

I. INTRODUCCIÓN

La prevalencia de trastornos psiquiátricos en hospitales generales es claramente alta. Algunos trastornos emocionales son el resultado de estrés ocasionado por discapacidad física, pero otros síntomas somáticos pueden ser manifestaciones de estados de Ansiedad y Depresión y no tener base sobre patología orgánica. (23)

Así mismo, la prevalencia, en cuanto a los estados de Ansiedad y Depresión, se calcula para la población general entre un 10 a un 15%, del 15 al 20% de todos los pacientes que se encuentran hospitalizados en un Hospital General, sufren de un cuadro de Ansiedad y hasta un 40% padecen sintomatología depresiva.(26)

Por otro lado, la Depresión tiene un alto rango de consecuencias adversas para la salud, incluyendo deterioro de la función física, incremento de la morbilidad y un incremento en el riesgo de muerte; recientemente la atención ha sido enfocada al rol de humor depresivo como un predictor de la mortalidad después de un infarto agudo al miocardio.(17)

De manera tal, la Depresión y Ansiedad tienen una importante relación con la enfermedad cardíaca, la cual se hace evidente en el estudio de Wells, quien encontró que esta comorbilidad solo era supuesta por enfermedades neurológicas, las cuales presentaban 37.5% de trastornos psiquiátricos, mientras que las enfermedades cardíacas los presentaban en 34.6%. Schleifer evaluó una muestra de 283 pacientes infartados procedentes de dos importantes centros hospitalarios y encontró que el 18% de los pacientes tenían un cuadro depresivo mayor cuando se evaluaban de 7 a 10 días después del suceso, además de que estos pacientes presentaban mayor riesgo de rehospitalización y de sufrir un nuevo infarto.(1)

En cuanto a las escalas de medición para Depresión y Ansiedad, la indicada en este tipo de pacientes es "la escala de ansiedad y depresión para pacientes médicamente enfermos". Creada por Zigmond y Snaith en 1982, compuesta por 14 ítems, 7 para la determinación de estados ansiosos y 7 para la determinación de sintomatología depresiva.(23)

La Alexitimia es un concepto introducido por el psiquiatra de origen griego Sifneos en la década de los años 70, que describe la dificultad marcada para identificar y describir los sentimientos, dificultad para distinguir afectos de sensaciones corporales, escasa capacidad de simbolización, poca o nula fantasía y actividad imaginativa, preferencia para ocuparse de eventos externos más que de experiencias internas. Los rangos de prevalencia de Alexitimia han mostrado variantes del 13 al 19% de la población general.

Todas estas características confirman un déficit en la capacidad cognitiva para procesar y regular las emociones, este déficit de asimilación y procesamiento intra e interpersonal de la vivencia y experiencia afectiva actuaría como factor de riesgo reforzando la respuesta ante el estrés, amplificando la respuesta fisiológica.

La tendencia a no identificar ni distinguir las emociones, así como el estilo cognoscitivo concretista y de precaria fantasía en los alexitímicos, junto con la supresión de las emociones, principalmente el enojo, han sido relacionados con un riesgo incrementado para una variedad de problemas de salud, destacando los relacionados con factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión arterial sistémica, el espasmo coronario y el infarto al miocardio, en donde el estrés emocional, las características de personalidad, los trastornos afectivos, tienen un efecto adverso en el pronóstico del infarto agudo al miocardio.(5)

En cuanto a los trastornos psiquiátricos, se ha estudiado la correlación de la Alexitimia con el trastorno de estrés postraumático, depresión, trastorno de pánico, anorexia, bulimia y adicciones, encontrándose mayor relación en pacientes psicósomáticos y trastornos afectivos. La relación entre Alexitimia y Depresión es motivo de controversia. De los numerosos estudios al respecto se puede concluir que hay mayor presencia de Alexitimia en pacientes con Depresión severa, que en pacientes con Depresión moderada, quienes parcialmente dan puntajes similares a los pacientes sanos. (10)

Finalmente, Michael F. Scheiner y cols, en una revisión sobre efectos psicológicos en padecimientos somáticos, recomiendan que en el futuro se hagan investigaciones de la relación de Alexitimia con coronariopatías en base a la relación que guardan éstas con la supresión de la hostilidad y el coraje, siendo la escala de Alexitimia de Toronto (TAS 20), la más empleada para este fin por resultar una escala fiable y válida, compuesta por 20 ítems y que ha sido objeto de una validación exhaustiva y rigurosa.(16)

2. ANTECEDENTES.

2.1 Desde la antigüedad se ha reconocido que hay una estrecha correlación entre las emociones humanas y el funcionamiento cardiovascular. La mayoría de los afectos intensos, incluyendo el enojo, la ansiedad y el júbilo, lo mismo que la excitación sexual, provocan cambios en la función cardíaca, particularmente en su frecuencia y percepción, por lo que muchas culturas han colocado al corazón como la morada en donde se gestan las emociones y la conciencia y lo ubican como el centro del poder y del amor. Con el avance de las neurociencias y del conocimiento de la función mental se ha esclarecido que estas funciones se encuentran en el Sistema nervioso central. Sin embargo, dicha correlación persiste y ha despertado un nuevo interés por haberse observado que los pacientes con trastornos cardiovasculares presentan más predisposición a desarrollar trastornos psiquiátricos particularmente los trastornos del ánimo y en menor grado, delirium, abuso de sustancias y características conductuales específicas.

Desde 1910, el Doctor Oisler se encargó de describir la personalidad que observó en 20 pacientes con síntomas de angina pectoris debido a las muy peculiares conductas que se repetían en cada uno de ellos, posteriormente ya en la quinta década de este siglo, Friedman y Roseman se encargaron de acuñar los términos de conducta tipo A y tipo B, conforme a su teoría los individuos con conducta tipo A se encuentran en mayor peligro de desarrollar este tipo de enfermedades en comparación con los individuos con conducta tipo B. Ellos describieron a los individuos con conducta tipo A como aquellos con una actividad intensa y sostenida, con una actitud de autoselección pero con metas mal definidas, profunda inclinación a la competencia, persistente deseo de reconocimiento y de avanzar, involucramiento continuo de múltiples actividades físicas y mentales, así como un extraordinario estado de alerta mental. Los sujetos con conducta tipo B se definieron como aquellos que no presentaban estas características.

Desde hace 30 años se llevó a cabo un largo estudio de colaboración con un seguimiento de 8 años y se puso énfasis en la evaluación de la personalidad, mediante una entrevista estructurada, como factor de riesgo para desarrollar la enfermedad de las arterias coronarias y se encontró que los sujetos con la conducta de tipo A tuvieron el doble de riesgo de presentarla en comparación con los individuos de conducta tipo B. Lo anterior repetido en otros estudios llevó hace 16 años a la formación de un panel especial de investigadores del INSTITUTO NACIONAL, DE CORAZON, PULMONES Y SANGRE DE E.U.A, para considerar la importancia de este patrón de conducta, se concluyó que la personalidad tipo A era un factor de riesgo coronario independiente y de la misma magnitud patogénica que los factores de riesgo previamente aceptados, como la hipercolesterolemia, la hipertensión arterial sistémica y el hábito del tabaquismo excesivo, sin poderse identificar los factores causales de esta relación. Así mismo, en un estudio de Friedman se observó que cuando hay un factor ambiental desafiante, aumenta significativamente el colesterol sanguíneo en los individuos con personalidad tipo A, además se ha mostrado que este tipo de individuos secretan una cantidad de norepinefrina mucho mayor, en comparación con los individuos de conducta tipo B. De hecho, se encontró una disminución en la mortalidad de los sujetos con conducta tipo A cuando eran sometidos a un tratamiento de alteración de la conducta, al compararlos con sujetos con el mismo patrón que no entraron a este esquema de modificación conductual. Por lo anterior, la publicación del trabajo de Denollet, es de especial importancia para comprender el papel de la personalidad en el pronóstico de la enfermedad coronaria.

El autor consideró a la personalidad como un predictor de la mortalidad en un seguimiento de pacientes durante un lapso de entre 6 y 8 años. Además de manera innovadora utilizó un método inductivo para determinar algún perfil de la personalidad que pudiera obtenerse mediante un análisis de factores, con lo anterior logró identificar a los sujetos que combinaban altos puntajes de aflicción emocional y bajos niveles de bienestar subjetivo, en el seguimiento de un año y medio se observó que estas características de los sujetos se comportaban de manera similar, posteriormente mediante un análisis deductivo, se encontró que estos sujetos expresaban mal sus afectos, tenían una mala impresión de sí mismos y experimentaban emociones negativas e inhibición social, características que se denominaron como personalidad tipo D, desde antes de conocer la mortalidad de la muestra en consideración.

Durante el seguimiento se encontró una mayor mortalidad entre los pacientes con las características de personalidad tipo D en comparación con los que no la presentaban, tanto en hombres como en mujeres. Es posible que este informe produzca un giro en el entendimiento de las características de personalidad que puedan afectar a las enfermedades de las coronarias, pero solamente si se ratifican estos hallazgos en estudios a largo plazo y bien controlados será posible pensar que la inhibición de la expresión de las emociones negativas pudieran ser un factor que desencadenara los mecanismos internos ya explicados y por consiguiente tuvieran una consecuencia negativa de esta cardiopatía.

Así como este estudio, existen otros donde se ha visto que el paciente postinfartado tiene rasgos de personalidad predisponentes, que pudieran influir como factor de riesgo al evento isquémico, detectarlo resulta tan importante como la detección los otros factores de riesgo ya bien conocidos como: tabaquismo, dieta alta en triglicéridos, etc. (1) (2).

2.2 Dentro de estas características de personalidad predisponentes distinguimos a la Alexitimia la cual es una patología importante en relación a la expresión de las emociones, el término fue acuñado e introducido por Peter Sifneos en 1972, a partir de las raíces griegas a=privativa-sin, lexis=palabra y thinos=afecto (sin palabras para los afectos). La Alexitimia describe a las personas que muestran incapacidad para identificar en sí mismas el componente afectivo de las emociones y por tanto incapacidad para expresarlas verbalmente. En un principio las personas a quienes se identificó como alexitímicas fueron pacientes que sufrían trastornos psicósomáticos, en el transcurso de los años se le ha relacionado con dependencia a sustancias, como trastornos de la conducta alimentaria, personalidad antisocial y trastorno por estrés postraumático.

Estudios epidemiológicos de Alexitimia en la población adulta general han examinado en su mayor parte, cada uno de los rangos de prevalencia de la Alexitimia a los factores asociados con la misma. Los rangos de prevalencia han mostrado variantes del 13% al 19%. (3)(4)(5).

Características de la Alexitimia. a) Dificultad para identificar y comunicar sentimientos. b) dificultad para distinguir afectos de sensaciones corporales. c) escasa capacidad de simbolización: poca o nula fantasía y actividad imaginativa. d) preferencia para ocuparse de eventos externos más que de experiencias internas. e) alto grado de conformismo social, que se puede confundir con "normalidad" pero que es un comportamiento rígido sujeto a reglas convencionales. f) impulsividad: los conflictos se muestran en acciones irreflexivas, sin que el propio sujeto las relacione con las emociones subyacentes. g) tendencia a establecer relaciones interpersonales estereotipadas ya sea de dependencia o de aislamiento.

Tipos de Alexitimia: Sifneos postuló en 1988 2 tipos de Alexitimia, primaria y secundaria. La Alexitimia primaria de origen predominantemente biológico es "un defecto

estructural neuroanatómico o una deficiencia neurobiológica en la forma de anomalías, debidas a factores hereditarios, que interrumpen la comunicación entre el sistema neolimbico y el neocortex y agrega que la especialización de los hemisferios cerebrales también juegan un papel importante en la Alexitimia primaria cuando hay inadecuada comunicación entre el hemisferio izquierdo que se encarga de la elaboración y expresión del lenguaje articulado y el hemisferio derecho que modula las emociones y le proporciona al lenguaje los aspectos prosódicos de entonación, coloratura, cadencia y melodía. La Alexitimia secundaria se origina por situaciones traumáticas en periodos críticos del desarrollo en la infancia, por traumas masivos en la edad adulta, por ejemplo estar en campos de concentración o pasar por experiencias de guerra, ser víctima de secuestros, etc. También se ha estudiado la correlación de Alexitimia en algunos trastornos tanto somáticos como mentales, son ejemplos de los principales trabajos sobre esta forma de Alexitimia los realizados en Japón por Fukinishi y colaboradores (1994), quienes estudiaron que la presencia de Alexitimia en pacientes con infarto de miocardio, encontrando que los casos agudos mostraron índices mayores de Alexitimia que los pacientes con infarto antiguo, lo que se puede interpretar como la utilización de mecanismos de afrontamiento como la negación para minimizar la percepción amenazante.(6)(7)(8).

En cuanto a trastornos psiquiátricos, se ha estudiado la correlación de la Alexitimia con el trastorno por estrés postraumático, depresión, trastorno de pánico, anorexia y bulimia y adicciones, encontrándose mayor relación en pacientes psicósomáticos y trastornos afectivos. La relación entre Alexitimia y Depresión es motivo de controversia; de los numerosos trabajos al respecto se puede concluir que hay mayor presencia de Alexitimia en pacientes con depresión severa que en pacientes con depresión moderada, quienes prácticamente dan puntajes similares a los pacientes sanos, es necesario considerar que la anhedonia (incapacidad para experimentar placer) es un rasgo distintivo de la depresión y que en casos severos la tristeza es sustituida por indiferencia, la cual podría explicar la puntuación alta en escalas de medición de Alexitimia.

El trastorno depresivo mayor es una enfermedad psiquiátrica con una estimación de rangos de 12 meses de prevalencia del 10 al 14%. Por otra parte varios hallazgos soportan la estabilidad longitudinal de la Depresión. El trastorno depresivo mayor, se encuentra asociado con algunas características de personalidad tales como neuroticismo, introversión y Alexitimia, la Alexitimia ha mostrado ser un rasgo estable de la personalidad distinto de la Depresión, sin embargo estos constructos se han encontrado fuertemente relacionados. (9)(10)(11) (12) (13).

La medición psicométrica de Alexitimia se ha realizado mediante diferentes escalas, adaptaciones del MMPI y pruebas proyectivas. La primera escala desarrollada por Sifneos y col, se denomina BIQ (Beth Israel Questionarie) y ha sido ampliamente usada, aunque tiene limitaciones. La escala TAS (Toronto Alexithimia Scale) diseñada por Taylor y Bagby ha probado ser la más confiable y actualmente es la más utilizada; La escala modificada de Alexitimia de Toronto, contiene 20 reactivos o ítems, 13 provienen de la escala original (TAS 26) y los 7 restantes fueron nueva creación, cada uno de los reactivos se contesta a través de una escala tipo likert de cinco puntos. Casullo y colaboradores (Buenos Aires) adaptaron esta escala al español y se validó adecuadamente denominándola escala UBA (por Universidad de Buenos Aires).

La versión en español de la escala modificada de Alexitimia de Toronto (TAS 20), aplicada a una población mexicana, satisface los criterios de validez y confiabilidad, el hecho de no haber reproducido los tres factores propuestos por Taylor y col. Se debe según consideramos a que para los sujetos el identificar y el describir las emociones son procesos cognoscitivos

intimamente relacionados en el ámbito de lenguaje interno, y la separación en dos factores diferentes se antoja artificiosa.(13)(14)(15)(16).

La Depresión tiene un alto rango de consecuencias adversas para la salud, incluyendo deterioro de la función física, incremento de la morbilidad y un incremento en el riesgo de muerte, recientemente la atención ha sido enfocada al rol del humor depresivo como un predictor de la mortalidad después de un Infarto agudo al Miocardio. (17)(18).

2.3 La Depresión y Ansiedad tienen una importante relación con la enfermedad cardíaca la cual se hace evidente en el estudio de Wells, quien encontró que esta comorbilidad solo era supuesta por enfermedades neurológicas, las cuales presentaban 37.5% de trastornos psiquiátricos, mientras que las enfermedades cardíacas los presentaban en 34.6%. Schleifer evaluó una muestra de 283 pacientes infartados procedentes de dos importantes centros hospitalarios y encontró que el 18% de los pacientes infartados tenían un cuadro depresivo mayor cuando se evaluaban de 7 a 10 días después del suceso, además de que estos pacientes presentaban mayor riesgo de rehospitalización y de sufrir un nuevo infarto. Sin lugar a dudas, uno de los artículos que más ha influido en la reconsideración de la importancia que tiene la psiquiatría de enlace, lo constituye sin lugar a dudas el de Frasure, quien observó que los pacientes que presentaban un puntaje igual o mayor a los 10 puntos en el instrumento autoaplicable de Beck, así como un episodio depresivo mayor, diagnosticado mediante el DIS, 7 días después del infarto presentaban de manera altamente significativa y ratificando el hallazgo que había hecho a los 6 meses, mayor riesgo de muerte cardíaca a los 18 meses de seguimiento, inclusive después de controlar las variables predictivas importantes, como el anterior infarto al miocardio, el estado funcional cardíaco y las contracciones ventriculares prematuras, el impacto del puntaje del inventario de Beck continuó siendo altamente significativo. (1) (19) (20) (21).

Varios estudios sugieren que la depresión juega un papel importante en la enfermedad cardíaca. Entre los pacientes hospitalizados con Infarto al Miocardio un diagnóstico psiquiátrico de depresión mayor a mostrado ser asociado con 2 a 4 veces de riesgo elevado de mortalidad, sin embargo este riesgo es específico para el período de hospitalización, pero también existe entre pacientes cardíacos viviendo en la comunidad, los cuales aún no han sido examinados. Entre las personas inicialmente libres de enfermedad cardíaca, algunos estudios han encontrado importantes síntomas depresivos, a menudo referidos como desesperanza o depresión menor, los cuales incrementan el riesgo de eventos cardíacos fatales.

En su revisión de la literatura Glassman y Shapiro sugieren que el impacto de la Depresión en mortalidad cardíaca depende basándose en el nivel de la enfermedad cardíaca; el riesgo para eventos cardíacos con Depresión confiere semejanzas las cuales son pequeñas en sujetos sin enfermedad cardíaca que en pacientes cardiopatas, sin embargo porque las grandes diferencias en escenarios de estudio (pacientes fuera contra no pacientes) y mediciones de Depresión (síntomas depresivos contra depresión mayor) en una comparación indirecta de resultados previos de pacientes cardíacos y de sujetos sin enfermedad cardíaca es solo de valores limitados, sin embargo la Depresión clara tiene más consecuencias adversas cardíacas para pacientes cardiopatas, que para sujetos sin enfermedad cardíaca. La Depresión es una condición potencialmente prevenible y tratable, la identificación de sujetos de los cuales la depresión ha sido una fuerte consecuencia cardíaca, tiene importantes implicaciones clínicas. (22)

En cuanto a las escalas de medición para Depresión, la indicada en el tipo de pacientes que formaran parte del estudio es: "La escala de Ansiedad y Depresión para paciente médicamente enfermos", de la cual se explica lo siguiente:

En 1982, Zigmond y Snaith introdujeron en el medio hospitalario una nueva escala que permitía el diagnóstico de estados depresivos y ansiosos en pacientes médicamente enfermos, internados en hospitales generales y también en consulta externa.

Para la validación de dicha escala, los autores junto con otros médicos del Hospital Universitario de San James, en Inglaterra, decidieron la incorporación de los ítems por consenso de acuerdo a la experiencia clínica a través de la observación de la evolución del padecimiento físico y emocional de los pacientes hospitalizados y de la consulta externa no psiquiátrica, es por ello que se decidió la incorporación a la escala de 7 ítems para la determinación de estados ansiosos y 7 ítems para la determinación de sintomatología depresiva, una vez obtenida la escala se procedió a aplicarse a 50 pacientes de la consulta externa del hospital, cuyas edades fluctuaban entre los 16 y 65 años y de ambos sexos todos con una gran variedad de enfermedades médicas, después de la aplicación de la escala a éstos pacientes, los cuales desconocían como iba a ser calificada, se procedió a la realización de un cálculo matemático para obtener la consistencia interna de la prueba, esta prueba fue la correlación de Spearman, la cual fue aplicada tanto a cada ítem como al puntaje final de cada subescala, encontrándose grados de significancia estadística importantes, posterior a esto se decidió aplicar la escala a 50 nuevos pacientes, pero con la diferencia de que ahora se tendría que determinar la existencia de la sintomatología en base a calificar el puntaje obtenido, así ellos determinaron en base a los resultados obtenidos previamente que un puntaje menor de 7 era aplicable a, los no casos, un puntaje de entre 8 y 10 determinaba a los casos dudosos y un puntaje de 11 o más determinaba a los casos definitivos, cabe mencionar que cada uno de los ítems contenía 4 respuestas que se calificaban con un número que iba del 0 cuando no existía sintomatología hasta 3 que el grado máximo de manifestación del síntoma y así el puntaje máximo de cada subescala podría ser de 21. (23).

Una vez aplicada la escala a estos 50 pacientes nuevos, se procedió nuevamente a la aplicación de la prueba de correlación de Spearman, la cual nuevamente mostró grados de significancia estadística tanto entre ítems como entre subescalas, estos datos concordaban con los obtenidos previamente lo cual confirma la consistencia interna de la prueba, también fueron realizadas pruebas estadísticas con el fin de determinar si la existencia de enfermedad médica concomitante alteraba los resultados obtenidos con la escala, pero las pruebas demostraron finalmente que la escala conservaba su capacidad de diagnosticar sintomatología depresiva y ansiosa aún en presencia de enfermedad médica, por lo cual ellos concluyeron que dicho instrumento es de utilidad como herramienta diagnóstica para la detección de estados ansiosos y depresivos en paciente médicamente enfermos. (23).

En un estudio realizado en México en 1992, Ortega Soto y Whalley, aplicaron el HAD a 40 pacientes de la unidad de Quemados del Hospital de Magdalena de las Salinas, con dicho estudio de buscaba determinar la sensibilidad y especificidad de distintos puntos de corte del HAD para cada una de las condiciones diagnósticas para Ansiedad y Depresión.

El HAD fue contrastado con la Entrevista Semiestructurada del DSM III-R, la primera fue aplicada con el fin de observar el comportamiento de ésta contra la segunda que se diseñó para determinar la presencia de algunos de los diagnósticos del apartado de trastornos de ansiedad y depresión mayor. Ellos utilizaron la correlación entre variables o correlación de Spearman para obtener la sensibilidad y especificidad de la prueba, ellos encontraron los siguientes resultados:

Se observó que el total de hombres entrevistados el 30% de éstos presentaban sintomatología ansiosa y el 53.3% sintomatología depresiva.

En contraste el 70% de las mujeres mostraron ansiedad y el 90% estaban deprimidas.

La puntuación para la subescala de Ansiedad fue de 7.7 ± 4.3 , en tanto que para la subescala de Depresión fue de 8.9 ± 4.7 .

El estudio mostró que el punto de corte con mejor equilibrio para la subescala de Ansiedad se halló en un puntaje de 7, el cual mostraba una sensibilidad de 76%.

Para el caso de la subescala de Depresión, el punto de corte se situó en 8, con una sensibilidad de 62%.

Finalmente ellos concluyeron que el 7 tiene el mejor equilibrio entre la sensibilidad y especificidad para la subescala de Depresión y un punto de corte de 8 es el más adecuado para la subescala de Ansiedad. (24)(25)(26).

3. JUSTIFICACIÓN.

El infarto agudo al Miocardio es un padecimiento que está considerado como una de las principales causas de muerte en nuestro país. El infarto al miocardio es el padecimiento que tiene mayor incidencia en la población y que ha recibido mayor atención clínica, en la actualidad se ha logrado obtener una mayor supervivencia al primer evento isquémico.

En diversos estudios se ha visto que el paciente post infartado tiene rasgos de personalidad característicos que pudieron influir como factor de riesgo al evento isquémico, tal es el caso de la Alexitimia, que es la inhabilidad para reconocer y verbalizar las emociones, la cual esta relacionada fuertemente con padecimientos somáticos como las coronariopatías.(1)

Estudios epidemiológicos de Alexitimia en la población adulta general han examinado en su mayor parte, cada uno de los rasgos de prevalencia de Alexitimia a los factores asociados con la misma, los rangos de prevalencia han mostrado variantes del 13 al 19%.(10)

La Depresión tiene un alto rango de consecuencias adversas para la salud, incluyendo deterioro de la función física, incremento de la morbilidad y un aumento en el riesgo de muerte, recientemente la atención ha sido enfocada al rol del humor depresivo como un predictor de mortalidad después de infarto agudo al Miocardio. El hecho de distinguir en el paciente postinfartado un cuadro depresivo y rasgos de personalidad predisponentes para el evento isquémico es tan importante como detectar los otros factores de riesgos ya bien conocidos como: tabaquismo, dieta alta en triglicéridos, etc.(17,18).

En cuanto a trastornos psiquiátricos, se ha estudiado la correlación de la Alexitimia con el trastorno de estrés postraumático, depresión, trastornos de pánico, anorexia, bulimia y adicciones, encontrándose mayor relación en pacientes psicósomáticos y trastornos afectivos. La relación entre Alexitimia y Depresión es motivo de controversia. (10).

El objetivo de este estudio es conocer la relación existente entre estas dos patologías en pacientes post infartados de primera vez y servir como marco de referencia a estudios posteriores a largo plazo a comprobar que son factores de riesgo para la mortalidad en esta población. Es reconocido que los pacientes con cuadros depresivos utilizan los servicios médicos con mayor frecuencia y elevan los gastos, detectar oportunamente a los pacientes con un incremento de su mortalidad al cursar con depresión en relación a rasgos de personalidad predisponentes (alexitimia), favorecerá como consecuencia, establecer el tratamiento oportuno, ahorrando a largo plazo gastos de tratamiento y una mayor tasa de sobrevida.

4. HIPÓTESIS

De trabajo: Existe relación entre Depresión y Alexitimia en pacientes post infartados de primera vez.

5. OBJETIVOS

5.1 GENERAL. Demostrar la relación existente entre Alexitimia y Depresión en pacientes post infartados de primera vez, atendidos en el CMN 20 de Noviembre del ISSSTE.

5.2 ESPECIFICOS. Determinar la presencia de Alexitimia en pacientes post infartados de primera vez.

Identificar la presencia de Depresión en pacientes post infartados de primera vez.

Establecer la presencia de Ansiedad en pacientes post infartados de primera vez.

6. MATERIAL Y MÉTODOS.

6.1 Diseño:

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal, prospectivo y abierto.

6.2 Sujetos:

Se selecciono una muestra durante seis meses, comprendida de Agosto del 2002 a Enero del 2003, integrada por 22 pacientes, los cuales se encontraban internados en la Unidad Coronaria y servicio de Cardiología del C.M.N. "20 de Noviembre" del ISSSTE y diagnosticados con infarto agudo al miocardio de primera vez, según los criterios ocupados por el servicio de cardiología. Tomando en cuenta que se encontraran entre el 7º. Y 15º día posterior a ocurrido el infarto.

Los criterios de inclusión fueron:

- Pacientes internados en el hospital 20 de Noviembre del ISSSTE, con diagnóstico de infarto agudo al miocardio de primera vez, que no exceda un período mayor a 15 días de ocurrido el evento isquémico, confirmado por clínica, electrocardiograma y enzimas cardíacas.
- Pacientes de cualquier sexo.
- Pacientes sin infartos previos.
- Pacientes que acepten realizar las cédulas de recolección de datos.

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes con estado confusional secundario al evento isquémico y duradero en las fechas de aplicación de la entrevista.
- Pacientes con enfermedad psiquiátrica previa.

Los criterios de eliminación fueron:

- Pacientes que no contesten en su totalidad, las cédulas de recolección de datos.
- Pacientes con déficit cognitivo.

6.3 Instrumentos de evaluación.

Escala modificada de Alexitimia de Toronto (TAS 20).

Es una escala elaborada para medir Alexitimia, es autoaplicable. Está compuesta por 20 ítems que conserva 13 de la escala original (TAS 26) y los 7 restantes son de nueva aparición, cada uno de ellos se contesta a través de una escala tipo likert de 1 (fuertemente en desacuerdo) a 5 (fuertemente de acuerdo). Hay que invertir los ítems 4,5,10,18 y 19 antes de hacer la sumatoria total. La puntuación obtenida por un sujeto esta enmarcada dentro de un rango comprendido entre 20 y 100, considerándose alexitímico aquél sujeto que obtenga una puntuación global igual o superior a 61.(16).

Escala de Ansiedad y Depresión para hospital general (HAD).

Es una escala diseñada para detectar sintomatología ansiosa y depresiva, en pacientes de hospitales no psiquiátricos. Es autoaplicable, contiene 7 ítems de Depresión y 7 de Ansiedad, basados en las manifestaciones psíquicas de la enfermedad, que además no se alteran por las enfermedades físicas. Cada uno de los ítems tiene 4 respuestas y a estas se les ha dado un valor numérico, que va desde 0 cuando la manifestación se haya ausente, hasta 3 cuando la manifestación es intensa. Cada subescala se cuantifica individualmente, estableciéndose en el caso de nuestro estudio 7 para determinar Ansiedad y 8 para determinar Depresión, basándose en el estudio del Dr. Ortega Soto. (24).

6.4 Procedimiento.

Después de la selección, se procedió a visitar a los pacientes en sus camas en los servicios de Unidad coronaria y cardiología, se les explico en que consistía el estudio y las escalas y se pidió consentimiento para su aplicación, cada uno de los ítems y de las posibles respuestas, se les menciono de la manera más clara, para que fueran entendibles los reactivos y no tuvieran problemas a la hora de responder las preguntas. Durante la aplicación estuvo presente el aplicador por si surgiera otra duda.

6.5 Tratamiento estadístico de los datos.

Los datos sociodemográficos, y factores predisponentes para infarto agudo al miocardio, se describen mediante medidas de resumen estadístico (frecuencia, absoluta y relativa).

La frecuencia de Alexitimia, Depresión y Ansiedad, se describen en porcentajes.

La correlación existente entre Alexitimia-Depresión, Alexitimia - Ansiedad y Depresión - Ansiedad, mediante ji cuadrada con corrección de Yates.

7. RESULTADOS

Datos sociodemográficos de los pacientes en estudio.

Se evaluaron 22 pacientes, de los cuales 19 pertenecían al sexo masculino (86.4%) y 3 al sexo femenino (13.6%).

En cuanto al grupo de edad, encontramos que los mayores porcentajes correspondieron a los subgrupos de 41-50 años con 9 pacientes (40.9%) y el de 51 a 60 años con 9 pacientes también (40.9%). Presentando un promedio de edad de los pacientes de 56.7 años, con una desviación estándar de ± 7.1 .

Para el estado civil, el mayor porcentaje fue para los casados con 16 pacientes (72.7%).

En el ingreso económico se encontró que la mayoría de pacientes 14 (66.6%) tenían ingresos económicos entre los 3000 y 7000 pesos.

La escolaridad, mostró que el mayor porcentaje de pacientes 7 (37.8%), tenían al menos la secundaria.

En cuanto a la ocupación 7 pacientes (31.8%) se dedicaban a una actividad de nivel profesional.

Y por último la religión mostró un mayor porcentaje de pacientes 21 (95.5%), que profesaban la religión católica. (Ver Tabla 1).

Factores predisponentes para infarto al miocardio.

Del total de pacientes en estudio, encontramos que 14 de ellos (63.6%), padecían hipertensión arterial sistémica, 12 pacientes (54.5%) eran portadores de algún tipo de Diabetes Mellitus. 13 pacientes (59.1%), tenían tabaquismo y por último 7 pacientes (31.8%) cursaban con algún grado de obesidad. (Ver tabla 2).

Frecuencia de Alexitimia y sintomatología ansiosa y depresiva.

De los 22 pacientes que reunieron todos los criterios de la investigación, en cuanto a Alexitimia, al aplicar el instrumento TAS 20 y que obtuvieron una puntuación global o superior a 61, se encontró que 4 pacientes (18.2%) resultaron alexitimicos.

Para sintomatología ansiosa y depresiva, al aplicar la escala HAD, tomando como punto de corte 7 para Depresión y 8 para Ansiedad, los resultados fueron que 6 pacientes (27.3%) presentaban sintomatología depresiva y 13 pacientes (59.1%) sintomatología ansiosa. (Ver tabla 3).

Interacción Alexitimia-TAS 20.

En cuanto a los 4 pacientes con Alexitimia (18.2%) y los 18 pacientes sin Alexitimia (81.8%), es importante destacar que el comportamiento en cuanto al contraste de respuestas, así como la interacción entre el diagnóstico de Alexitimia y el instrumento (TAS 20) es evidente.

Como se expresa mejor en la gráfica 1.

Correlación Alexitimia-Depresión.

De los 22 pacientes que conformaron nuestra muestra, 4 de ellos fueron alexitimicos (18.2%) y 18 pacientes (81.8%), no alexitimicos.

De la población alexitimica 4 pacientes (100%), encontramos que solo 1 paciente (25%) tenía sintomatología depresiva y 3 pacientes (75%), no mostraron estar deprimidos.

La población no alexitimica 18 pacientes (100%), se mostró que 13 de ellos (72.2%) no se encontraban deprimidos y 5 pacientes (27.8%) presentaban sintomatología depresiva.

Esta correlación se expresa en la Tabla 4 y Gráfica 2.

Correlación Alexitimia-Ansiedad.

Esta correlación mostró que del total de la población alexitimica 4 pacientes (100%), 3 de ellos (75%), presentaban sintomatología ansiosa y solo 1 paciente (25%) no mostró Ansiedad.

En cuanto a los no alexitimicos 18 pacientes (100%), 10 de ellos (55.6%), no tenían sintomatología ansiosa y 8 pacientes (44.4%) presentaron Ansiedad.

Esta correlación se expresa en la Tabla 5 y Gráfica 3.

Correlación Depresión-Ansiedad.

Del total de pacientes en estudio, 16 de ellos (72.7%), no mostraron sintomatología depresiva y 6 de ellos (27.6%), presentaban sintomatología depresiva.

En cuanto a la población con Depresión, 6 pacientes (100%), encontramos que 5 de los pacientes (83.3%), cursaban además con sintomatología ansiosa y 1 paciente (16.7%), no mostró Ansiedad.

De la población sin depresión, 16 pacientes (100%), 8 de los pacientes (50%), presentaban Ansiedad y 8 pacientes (50%), no mostraban sintomatología ansiosa.

Esta correlación se expresa en la Tabla 6 y Gráfica 4.

TABLA 1. MEDIDAS DE RESUMEN ESTADÍSTICO (FRECUENCIA ABSOLUTA Y RELATIVA), DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

VARIABLE	GRUPO	NUM. DE CASOS	PORCENTAJE
SEXO	Masculino	19	86.4%
	Femenino	3	13.6%
ESTADO CIVIL	Casado	16	72.7%
	Soltero	3	13.6%
	Viudo	2	9.1%
	Unión Libre	1	4.5%
GRUPO DE EDAD	25-40 Años	1	4.5%
	41-50 Años	9	40.9%
	51-60 Años	9	40.9%
	61-75 Años	3	13.6%
INGRESO ECONOMICO	- 3000 Pesos	5	22.7%
	3000-7000 Pesos	14	66.6%
	7000-10000 Pesos	2	9.1%
	+15000	1	4.5%
ESCOLARIDAD	Primaria	6	27.3%
	Secundaria	7	31.8%
	Preparatoria	2	9.1%
	Licenciatura	6	27.3%
	Posgrado	1	4.5%
OCUPACION	Ama de Casa	2	9.1%
	Nivel Operativo	5	22.7%
	Administrativo	5	22.7%
	Profesional	7	31.8%
	Pensionado o Jubilado	3	13.6%
	RELIGION	Católico	21	95.5%
	Evangelista	1	4.5%

TABLA 2. MEDIDAS DE RESUMEN ESTADÍSTICO (FRECUENCIA ABSOLUTA Y RELATIVA), DE LOS FACTORES PREDISPONENTES PARA INFARTO AL MIOCARDIO.

VARIABLES	HIPERTENSION	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
HIPERTENSION	Si	14	63.6%
	No	8	36.4%
DIABETES MELLITUS	Tipo I	1	4.5%
	Tipo II	11	50.0%
	No	10	45.5%
TABAQUISMO	Si	13	59.1%
	No	9	40.9%
OBESIDAD	Grado I	2	9.1%
	Grado II	4	18.2%
	Grado III	1	4.5%
	No	15	68.2%

TABLA 3. FRECUENCIA DE OCURRENCIA DE PACIENTES CON ALEXITIMIA, DEPRESION Y ANSIEDAD EN LA MUESTRA ESTUDIADA.

OCURRENCIA	ALEXITIMIA	DEPRESION	ANSIEDAD
POSITIVA	4 18.2%	6 27.3%	13 59.1%
NEGATIVA	18 81.8%	16 72.7%	9 40.9%
TOTAL	22 100%	22 100%	22 100%

GRAFICA 1. INTERACCIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO DE ALEXITIMIA Y EL INSTRUMENTO TAS 20.

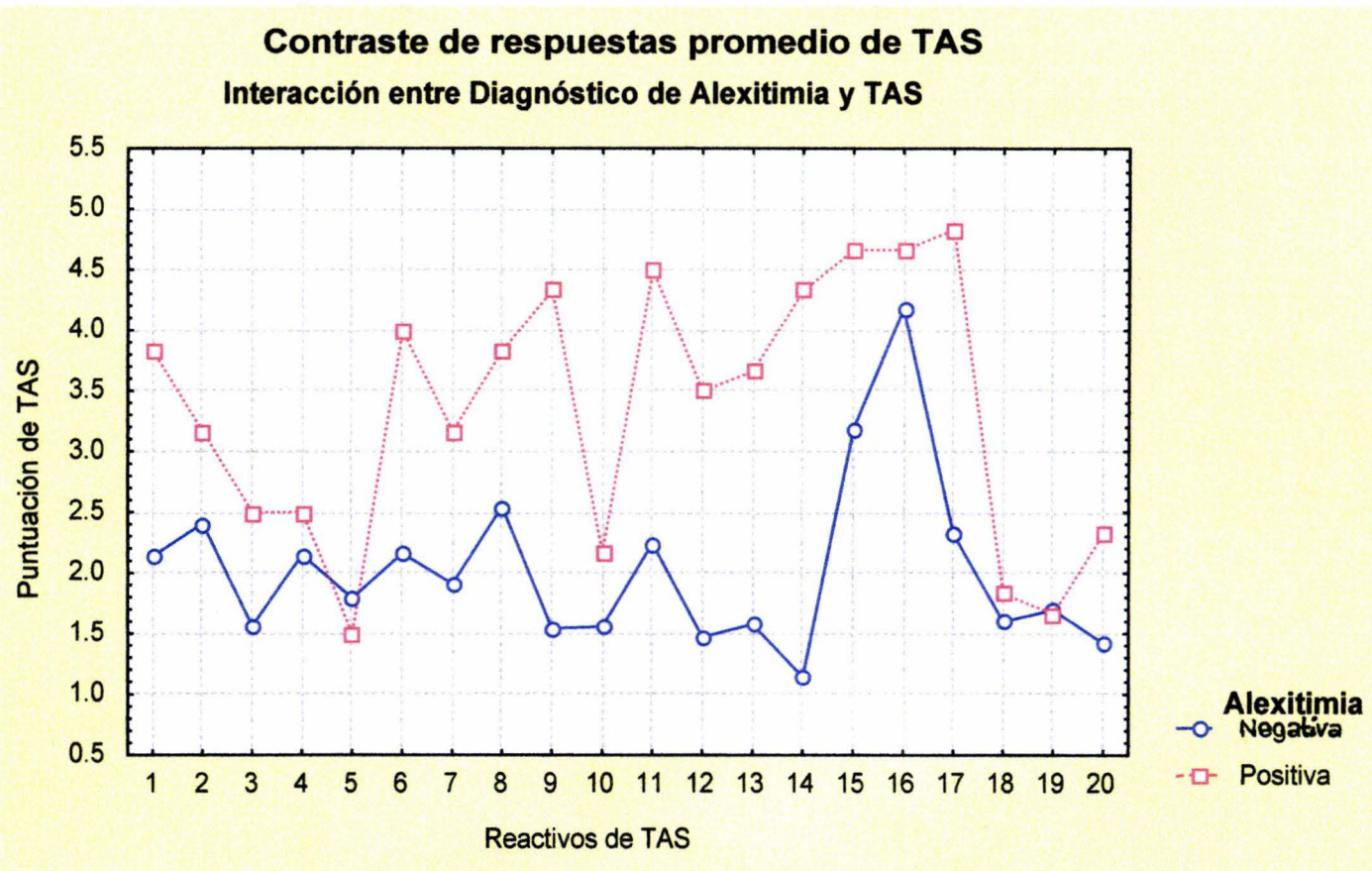


TABLA 4. CORRELACION ALEXITIMIA-DEPRESION.

ALEXITIMIA	CON DEPRESION	SIN DEPRESION	TOTAL
Negativa	5 27.8% 83.3%	13 72.2% 81.3%	18 81.8%
Positiva	1 25.0% 16.7%	3 75.0% 18.8%	4 18.2%
Total	6 27.3%	16 72.7%	22 100%

No exhibió ninguna correlación estadísticamente significativa entre alexitimia y depresión.
Mediante Ji cuadrada con corrección de Yates.
Valor de p: 0.61162700

GRAFICA 2. CORRELACION ALEXITIMIA-DEPRESION.

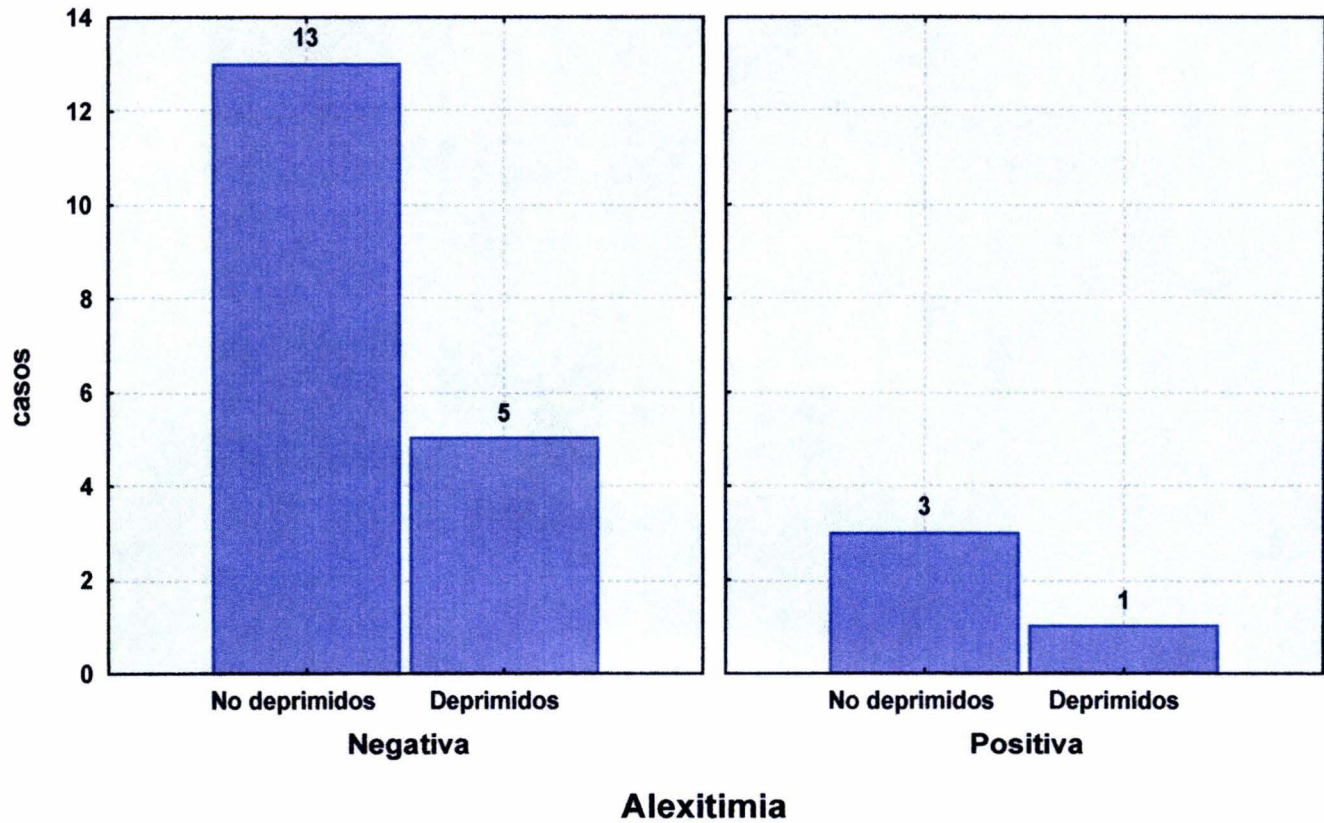


TABLA 5. CORRELACION ALEXITIMIA-ANSIEDAD.

ALEXITIMIA	CON ANSIEDAD	SIN ANSIEDAD	TOTAL
Negativa	10 55.6% 76.9%	8 44.4% 88.9%	18 81.8%
Positiva	3 75.0% 23.1%	1 25.0% 11.1%	4 18.2%
Total	13 59.1%	9 40.9%	22 100%

No exhibió correlación estadísticamente significativa entre alexitimia y ansiedad.

Mediante Ji cuadrada con corrección de Yates.

Valor de p: 0.87815300

GRAFICA 3. CORRELACION ALEXITIMIA-ANSIEDAD.

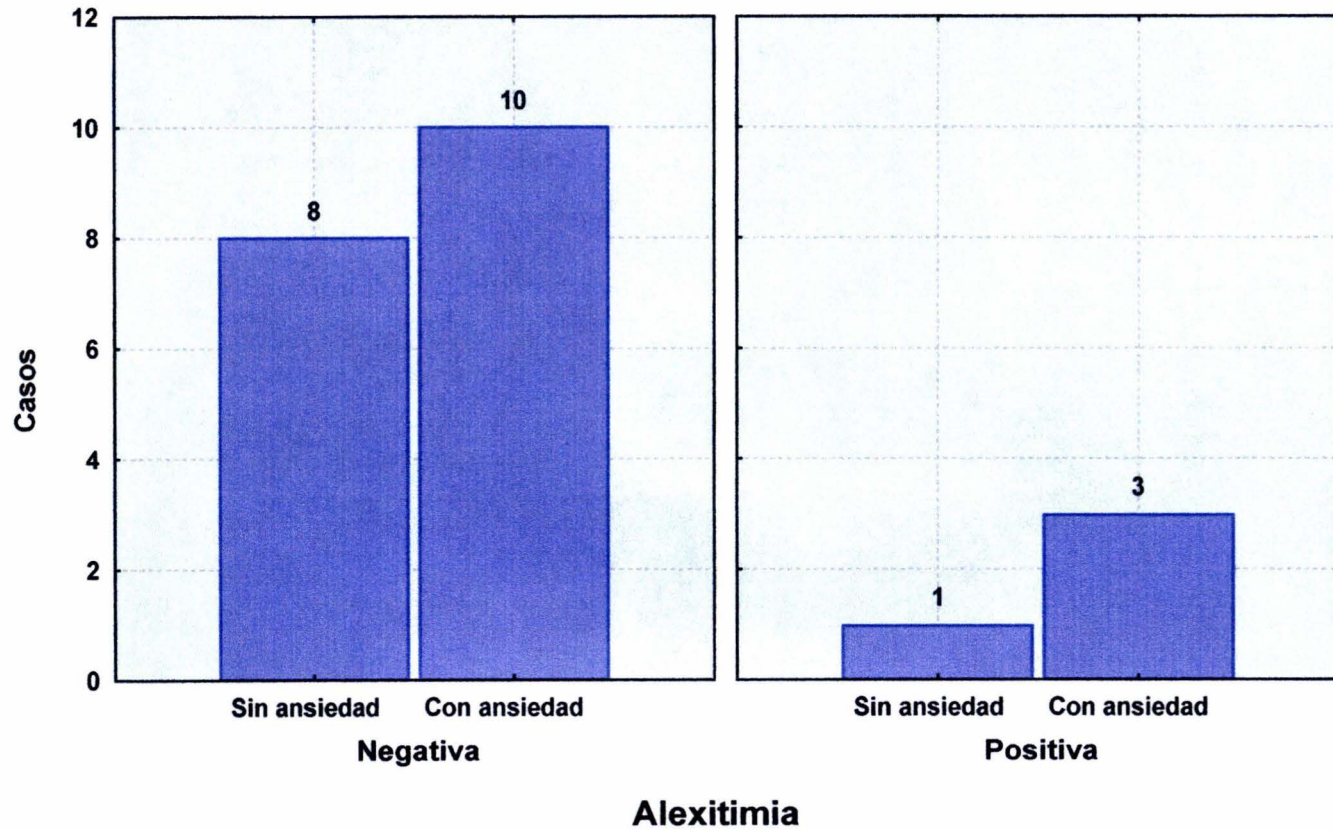
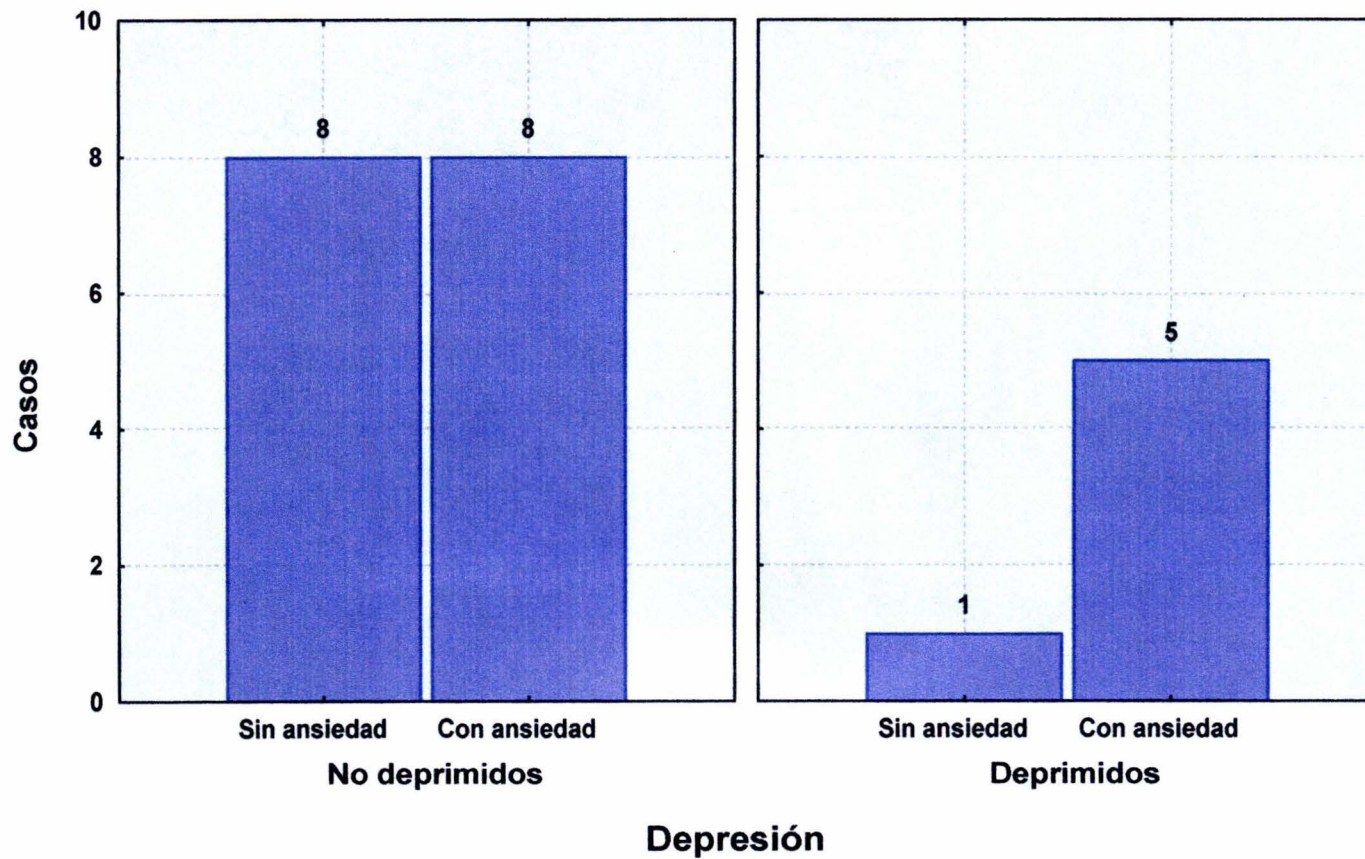


TABLA 6. CORRELACIÓN DEPRESIÓN-ANSIEDAD.

DEPRESION	CON ANSIEDAD	SIN ANSIEDAD	TOTAL
Deprimidos	5 83.3% 38.5%	1 16.7% 11.1%	6 27.3%
No Deprimidos	8 50.0% 61.5%	8 50.0% 88.9%	16 72.7%
Total	13 59.1%	9 40.9%	22 100%

No exhibió correlación estadísticamente significativa entre depresión y ansiedad.
Mediante Ji cuadrada con corrección de Yates.
Valor de p: 0.35268247

GRAFICA 4. CORRELACION DEPRESION-ANSIEDAD.



8. DISCUSIÓN.

Nuestro estudio mostró, en cuanto a las variables sociodemográficas y factores de riesgo para infarto agudo al miocardio, que los mayores porcentajes correspondían a los factores de riesgo ya conocidos, como lo son: sexo masculino, edad, ocupaciones de nivel profesional, con ingresos económicos elevados, (por la carga de estrés que se maneja en ellas), hipertensión arterial, diabetes mellitus y tabaquismo.

Encontramos que los datos obtenidos, responden a los objetivos planteados, presentando frecuencias para Alexitimia de 18.2%, la cual se encuentra dentro de los rangos de prevalencia para la población general (13-19%), según estudios epidemiológicos(5).

La prevalencia en cuanto a los estados de Ansiedad y Depresión, se calcula para la población general entre un 10 a 15%, del 15 al 20% de todos los pacientes que se encuentran hospitalizados en un Hospital General, sufren un cuadro de Ansiedad y hasta un 40% padecen sintomatología depresiva. (26).

En nuestra investigación obtuvimos frecuencias de 27.3% para Depresión, 59.1% para Ansiedad, y la comorbilidad Depresión-Ansiedad de 83.3%, al ser aplicados los instrumentos entre el 7º y 15º día posterior de ocurrido el evento isquémico.

En comparación a los estudios de Wells, para quien la comorbilidad Depresión-Ansiedad en enfermedades cardíacas fue de 34.6%, Schelifer el 18% de su población en estudio cursaba con un cuadro depresivo mayor cuando eran evaluados de 7 a 10 días después del suceso y para Fresure quien encontró en el grupo de pacientes infartados que estudio 16%, con criterios de depresión mayor.(1).

Inferimos que el alto porcentaje presentado de Ansiedad, se debió al período de aplicación de los instrumentos, en el cual los pacientes cursan con mayor estrés debido primero al propio infarto y después por la incertidumbre de los procedimientos a que serán sometidos.

En este tipo de patologías la comorbilidad Depresión-Ansiedad es elevada, debido a que es muy común encontrar estas patologías asociadas (trastorno mixto).

Limitaciones de nuestro estudio: consideramos que en el presente estudio, el no encontrar relación estadísticamente significativa para depresión en pacientes alexitimicos puede deberse a dos situaciones: la primera, el tamaño de la muestra, la cual fue pequeña, debido a los criterios de inclusión.

(n=22, pacientes alexitimicos 4, y solo 1 con depresión).

La segunda debido a la población total de pacientes infartados durante el tiempo del estudio fue únicamente de 62, debido a que el C.M.N. "20 de Noviembre del ISSSTE" es un Hospital General, (según datos obtenidos de la estadística de la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios).

Por último juzgamos conveniente la continuación de este estudio, a fin de obtener un mayor número de pacientes, para obtener resultados estadísticamente significativos, así como para realizar un mayor número de detecciones de trastornos depresivos y ansiosos, los cuales han demostrado un alto rango de consecuencias adversas para la salud, incluyendo deterioro de la función física, incremento de la morbilidad y aumento en el riesgo de muerte (17).

9. CONCLUSIONES.

La Depresión, se encontró presente en un elevado porcentaje, coincidente con resultados previos, de prevalencia en pacientes médicamente enfermos.

La Ansiedad, reveló ser la patología con mayor frecuencia, debido al periodo de estrés que cursaban los pacientes durante la aplicación de los instrumentos.

La elevada de comorbilidad Depresión-Ansiedad, es debido a la frecuencia con que se encuentran relacionadas estas patologías en la práctica clínica psiquiátrica.

De acuerdo a la hipótesis planteada, la relación entre Alexitimia y Depresión, dado el tamaño de la muestra estudiada, no es posible demostrar una relación estadísticamente significativa entre estas dos patologías.

Para ello es necesario aumentar el tamaño de la muestra, para una mejor evaluación de los resultados obtenidos.

10. BIBLIOGRAFÍA.

- 1) Sandoval, L.; "Aspectos psiquiátricos de la enfermedad coronaria y del infarto al miocardio", *Salud Mental* V:20, No. 4, diciembre 1997. Pag. 8-15.
- 2) Friedman, Et al. "Situaciones de riesgo cardíaco producidas por estrés mental." *Medical MAG*. 70(6):34-37, 1997.
- 3) Honkalampi, K.; Hintikka, J.; "Depression is strongly associated with alexithymia in the general population" *Journal of Psychosomatic research*, 48, 99-104, 2000.
- 4) Taylor J, G.; "Disorders of affect regulation, Alexithymia in medical and Psychiatric illness" Cambridge University Press 1997, 29-30.
- 5) Sifneos P.; "Alexithymia. Past and present." *Am. J. Psychiatry*. 153:7 1996.
- 6) Beresnavaitė, M.; "Exploring the Benefits of Group Psychotherapy in Reducing Alexithymia in Coronary Heart Disease Patients": A preliminary Study", *Psychotether Psychosom* ; 69 117-122, 2000.
- 7) Valkamo, M.; Hintikka, J.; "Alexithymia in patients with coronary heart disease" *Journal of Psychosomatic Research* ;50 125-130, 2001.
- 8) Fukinishi I, Numata Y. "Alexithymia and defense mechanism in myocardial infarction" *Psychol Rep*-1994 75(1): 219-223.
- 9) Honkalampi, K.; Koivumaa-Honkanen, K.; "Why do Alexithymic Features Appear to be estable?" *Psychother Psychosom* ;70- 247-253. 2001.
- 10) Honkalampi, K.; "Alexithymia and Depression" *Psychosomatics*, 42, 229-234, 2001.
- 11) Pérez Rincón, H; "Los avatares de la palabra y el cuerpo" UNAM, Num. 543. Sep. 1996. Pag. 50-53.
- 12) Sifneos, PE., The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother, Psychosom*, 22:225-253, 1973.
- 13) Sivak, R., y Wiater, A., Alexitimia la dificultad para verbalizar afectos, Paidós, Buenos Aires-Barcelona-México, 1997.
- 14) Kojima, M.; Frasure-Smith, N.; "Alexithymia following myocardial infarction Psychometric properties and correlates of the Toronto Alexithymia Scale" *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 487-495, 2001.
- 15) Pérez Rincón, H.; "Validación y estandarización de la versión española de la escala modificada de Alexitimia de Toronto", *Salud mental* V.20, Num.3, Sep.1997. Pag.30-34.
- 16) Velasco González, C; "Alexitimia, comunicación emocional y problemas psicomaticos" Depto. De Psicología Social, Universidad del País Vasco, Apto. 1249 San Sebastián, 1-16.
- 17) Mayou Anthony Richar, Gill David. "Depression and Anxiety as predictors of Outcome after Myocardial Infarction. *Psychosomatic Medicine*". 62, 212-219. 2000.
- 18) Bellenger, J.; Davison, T., "Consensus Statement on Depression, Anxiety, and Cardiovascular Disease" *Journal Clinic Psychiatry*, 62, 24-27, 2001.
- 19) Rosse, P. S.; "Depression , Anxiety, and the Cardiovascular System: The Psychiatrist's Perspective" *Journal Clinic Psychiatry*, 62, 19-23, 2001.
- 20) Sheps, D.; Sheffield, D. "Depression, Anxiety, and ther cardiovascular system: The Cardologist's Perspective" *Journal Clinic Psychiatry*, 62, 12-18, 2001.
- 21) Deirdre, L.; Douglas, C.; "Mortality and Quality of life 12 Months after Myocardial Infarction: Effects of Depression and Anxiety" *Psychosomatic Medicine*, 63, 221-230, 2001.
- 22) Brenda, W.J.; Pennix, "Depression and cardiac Mortality" *Arch Gen Psychiatry*. 58, 221-227, 2001.

- 23) Zigmond. A. Snaith. R. The Hospital Anxiety and depression Scale. Acta Psychiatr.Scand. Vol. 67 Pag 361-70. 1983.
- 24) Ortega Soto. H. Whalley J. "Diagnóstico de ansiedad y depresión en pacientes quemados El HAD como herramienta diagnóstica." Tesis para la obtención de la especialidad en Psiquiatría. UNAM Pag. 1-27. 1992.
- 25) Snaith RP, Taylor, C.; "Rating scales for depression and anxiety: A current perspective" Br J Clinic Pharmacol. 19, 17-20, 1985.
- 26) Ortega Soto, García A. "Frecuencia de sintomatología depresiva y ansiosa en pacientes con enfermedad médica, hospitalizados en el C.M.N. 20 de Noviembre del ISSSTE". Tesis para la obtención de la especialidad en Psiquiatría UNAM pag. 1-17. 1998.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**