

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPRESIÓN EN PACIENTES POSTINFARTADOS, SEGUIMIENTO A SEIS MESES

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA**

PRESENTA:

DRA. LUCIA ISABEL CRUZ VALDEZ

**TUTOR TEÓRICO:
DR. JAIME RUIZ ORNELAS**

**TUTOR METODOLÓGICO:
DR. JORGE ANDRES PEÑA ORTEGA**

MEXICO D. F.

FEBRERO 2007.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

*Laisse venir le repos,
se détendre les muscles du cœur
et que sommeille l'âme
pour que je parle enfin,
pour rappeler ces jours-là,
les plus longs du temps.*

*Déjame reposar,
aflojar los músculos del corazón
y poner a dormir el alma
para poder hablar,
para poder recordar estos días,
los más largos del tiempo.*

Jaime Sabines

A Dan, quien se ha esforzado a mi lado, gracias por tu presencia.

INDICE

Resumen	4
Abstract	4
Introducción	5
Justificación	12
Hipótesis	13
Objetivos	13
Material y métodos	13
Resultados	15
Tablas	17
Gráficos	20
Discusión	22
Conclusiones	23
Bibliografía	25

RESUMEN

Objetivo: El objetivo de este estudio fue evaluar la depresión como riesgo de mortalidad en pacientes deprimidos post-infartados a partir de evaluaciones con escalas específicas y validadas para depresión y ansiedad.

Método: En un total de 52 pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio. En base a estudios previos realizados sobre este tema se aplicaron las escalas de Ansiedad Hospitalaria, y los inventarios de Beck para depresión e IDARE para valorar ansiedad rasgo y ansiedad estado los cuales se aplicaron en los días del 7-15 posterior al infarto y se reaplicaron 6 meses después.

Resultados: En la primera entrevista en la escala HAD para depresión 17.3% se calificó depresión leve a moderada y 5.0% como severa; el 11.5% se agrupo como ansiedad leve a moderada y 11.5% para ansiedad severa y el inventario Beck 13.5% se consideraron con depresión leve a moderada y 1.9% como depresión severa. En los resultados de seguimiento en HAD un 5.0% y 5.0% tuvieron puntajes para depresión leve a moderada y depresión severa respectivamente; el 2.5% para ansiedad leve a moderada y 10.0% para ansiedad severa; y en los resultados del inventario de Beck con 5.0% y 7.5% para depresión leve a moderada y severa respectivamente. La mortalidad se encontró en un 13.5% y de este total integrado por 7 pacientes un 28.6% presentaba depresión clínica, no siendo estadísticamente significativo ($p=0.430$).

Conclusiones: La depresión no fue un factor predictivo de riesgo de mortalidad en pacientes post-infartados, sin embargo sería útil considerar aspectos psicosociales como factor de riesgo de desapego al tratamiento y complicaciones médicas.

ABSTRACT

Objective: The objective of this study was to describe the prevalence of mortality in depressed patients following myocardial infarction, with specific evaluations scales and validated for depression and anxiety.

Method: In a total of 52 patients with diagnostic of Myocardial Infarction . Based on previous studies carried out on this topic with the Hospital Anxiety and Depression Scale, and the Beck Depression Inventory they were applied for depression and IDARE to value anxiety feature and anxiety. The instruments were assessed after 7 to 15 days of the heart attack and a second time 6 months later.

Results: In the first interview in the scale HAD for depression 17.3% was qualified to mild and moderate depression and 5.0% as severe; 11.5% you contains as mild and moderate anxiety; 11.5% for severe anxiety . The Beck Inventory 13.5% was considered with mild and moderate depression and 1.9% as severe depression. In the results of the scale following with HAD, mild to moderate and severe depression had both 5.0% respectively; 2.5% for mild to moderate anxiety and 10.0% for severe anxiety; in the results of the Beck Inventory 5.0% of the patients show score for mild to moderate depression, while 7.5% had severe depression. The general mortality was 13.5% (7 patients) and of this total 28.6% it presented clinical depression, not being statistically significant ($p=0.430$).

Conclusions: Depression was not a risk factor to predictor of mortality in patient myocardial infarction, however it would be useful to consider psychosocial aspects like a less compliant with treatment recommendations and thus medical complications.

DEFINICION DEL PROBLEMA

¿Es mayor la incidencia de mortalidad en pacientes post-infartados que cursan con depresión comparada con aquellos que no presentan ésta alteración del ánimo?

INTRODUCCION

El Infarto Agudo al Miocardio (IAM) es una de las entidades que se diagnostica con mayor frecuencia en sujetos hospitalizados en los países industrializados. El elemento inicial para la ruta de decisión del tratamiento es el electrocardiograma de 12 derivaciones que permite diferenciar a los pacientes que al principio tienen elevación del segmento ST de los que no la presentan. Los marcadores cardiacos séricos se miden para diferenciar entre la angina de pecho inestable y el infarto miocárdico.

La mortalidad temprana (30 días) por IAM se acerca al 30% y más del 50% fallecen antes de llegar al hospital. La mortalidad después de la hospitalización por IAM ha disminuido cerca de un 30% en los últimos 20 años, pero alrededor de uno de cada 25 pacientes que sobreviven a la hospitalización inicial fallece en los siguientes 12 meses posteriores al infarto y la supervivencia se acorta enormemente en los ancianos mayores de 75 años.¹⁸

Los dos principales trastornos denominados como trastornos afectivos son el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar en los cuales la patología fundamental radica en el *ánimo*, el estado emocional interno continuo de una persona, y no en el *afecto*, expresión externa del contenido emocional presente. Según el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, Edición IV) un episodio depresivo mayor debe durar al menos dos semanas: típicamente la persona que está deprimida deja de interesarse por la mayoría de las actividades, experimenta cambios en el apetito y sueño y del nivel de actividad; pérdida de energía, sentimientos de culpa, disminución de la capacidad para pensar y tomar decisiones e ideas recurrentes de suicidio o muerte¹⁷.

Sin embargo, en el ámbito hospitalario, el término depresión es comúnmente interpretado en alguno de los siguientes contextos: como un sinónimo para describir el afecto triste, como un síntoma de enfermedad y como una enfermedad con diversos síntomas. Cuando el término es utilizado para indicar que un paciente tiene una razón para sentirse triste la frase es empíricamente incorrecta. En el ambiente clínico tales declaraciones sobre la depresión mayor son peligrosas ya que están lejos de poder explicar que se trata de un serio problema psiquiátrico que puede ser tratable. Cuando el clínico considera que el paciente "tiene buenas razones" para estar deprimido, a estos pacientes frecuentemente se les niega un apropiado tratamiento especializado. Tal omisión es un grave error ya que los pacientes con comorbilidad física responden a los estándares de tratamiento psiquiátrico. La depresión en el área de los pacientes con padecimientos físicos ha mostrado tener un profundo impacto sobre la morbi-mortalidad, afectando la funcionalidad del sujeto, disminuyendo la calidad de vida y aumentando la falta de apego al tratamiento.³⁷

Durante la última década más de 20 estudios epidemiológicos han demostrado que la presencia de síntomas depresivos resulta en un aumento del riesgo de un primer evento coronario en individuos aparentemente saludables y el riesgo de un evento cardíaco recurrente en los pacientes cardiopatas⁷ aunque la base biológica de esta asociación todavía es desconocida²⁵; existe evidencia consistente en que los síntomas depresivos son predictivos de mortalidad a largo plazo, posterior a un infarto al miocardio (IM)^{7,9,11,22,28,30,41} sin restringirse al periodo post-infarto, presentándose posterior al sexto mes después de ocurrido el evento, con un impacto que dura por lo menos hasta el mes dieciocho.^{3,6,14,30}

La prevalencia de depresión en la población general se estima del 4 a 7 %. Un número importante de investigaciones ha evaluado la relación de depresión e Infarto al miocardio, sugiriendo que la depresión que se presenta en un periodo corto después de la hospitalización aumenta de 2 a 3 veces el riesgo de

mortalidad o complicaciones cardiacas no graves. Los resultados de Van Melle mostraron un incremento de 2 a 2.5 veces mayor en la mortalidad y complicaciones o recaídas del padecimiento.³⁹ Características del estilo de vida como tabaquismo, consumo de alcohol e inactividad física son factores de riesgo importantes para IM y con frecuencia son incluidos para su prevención y el tratamiento. Es evidente que la depresión puede potenciar estos factores de riesgo lo que a su vez aumenta el riesgo de complicaciones cardiovasculares y aumento de la mortalidad en post-infartados.^{15,39}

Lespérance y colaboradores encontraron que las personas con el antecedente de un cuadro depresivo mayor tenían más probabilidades de deprimirse después de un infarto (en el hospital y después del egreso).^{10,34} Otras investigaciones sugieren que la sintomatología depresiva puede predecir el evento cardiaco, reportando que en pacientes con antecedente de cuadros depresivos recurrentes hay una recuperación más complicada y por consiguiente es posible que además de aumentar el riesgo de un nuevo cuadro depresivo de mayor gravedad juegue un papel importante en la evolución de la enfermedad cardiaca, pudiendo ocasionar complicaciones (que aún no han sido estudiadas) secundarias a la fatiga, somnolencia, o alteraciones del apetito (observadas en los cuadros depresivos).^{21,34}

Después de sufrir un infarto al miocardio puede existir algún grado de depresión (en algunos estudios se menciona alrededor de 35% al 45%) además de relacionarse a otras manifestaciones de enfermedad coronaria, demostrando que la depresión es un factor predictivo independiente de mortalidad cardiaca²⁰, por lo que debe contemplarse como factor pronóstico debido a que favorece los eventos cardiacos, independientemente de los factores de riesgo de base (isquemia, aterosclerosis, alteraciones electrocardiográficas). Algunos resultados confirman una asociación dependiente del grado de la sintomatología depresiva y las hospitalizaciones por IM²³, reflejando que la depresión es una enfermedad crónica con un alto riesgo de recaída en aquellos que no muestran remisión de los síntomas, en contraste con aquellos con sintomatología depresiva menos grave o con menos factores de riesgo cardiacos. Los pacientes deprimidos, son más susceptibles por muerte de causas cardiacas o de cursar con un nuevo evento arritmico y repeticiones de IM, que los pacientes no deprimidos, siendo el único factor psicológico con un impacto significativo en la supervivencia durante el primer año posterior al IM en ambos sexos.⁴¹ Sin embargo hay que aclarar que no por reducir los síntomas depresivos se cambiará el mecanismo fisiopatológico que ocasiona los eventos cardiacos y que algunos eslabones entre depresión y mortalidad pueden responder al tratamiento, otros no.

En varias investigaciones se ha encontrado que la depresión predice una pobre adherencia al tratamiento prescrito y la falta de apego a éste por si sola se asocia con una disminución de la sobrevida en pacientes con coronariopatía, lo que sugiere que este puede ser el mecanismo por el cual la depresión aumenta la mortalidad en los pacientes con IM.^{15,33}

Los trastornos depresivos y cardiovasculares se interrelacionan estrechamente. Comparados con la población general, los individuos que sufren depresión tienen un elevado riesgo de muerte cardiovascular súbita y el riesgo es mayor en presencia de enfermedad cardiovascular concomitante; en forma similar, los pacientes con enfermedades cardiovasculares padecen más frecuentemente depresión mayor. Más del 20% de los sujetos con evidencia angiográfica de enfermedad coronaria, tienen concomitantemente el diagnóstico de depresión. También por arriba del 20% de los sobrevivientes a un infarto al miocardio reciente, presentan criterios diagnósticos de depresión mayor y en presencia de depresión se asocia con un incremento de la mortalidad a 6 meses comparados con los sobrevivientes no deprimidos. Evidencias importantes indican que la depresión clínica es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de enfermedad arterial coronaria e igualmente convincente es la evidencia que indica la asociación entre ansiedad y coronariopatía. Aún no se conoce de que forma los pacientes con depresión severa desarrollan cardiopatía más grave, pero existe información que muestra que los pacientes con ansiedad o depresión severa presenta mayor gravedad de la patología cardiaca. Los trastornos de ansiedad como los ataques de pánico y la fobia social, con frecuencia empiezan en una etapa temprana de la vida y frecuentemente llevan a una depresión secundaria y son un factor de riesgo para desarrollar enfermedad cardiovascular y más tarde muerte súbita. La presencia de un trastorno de ansiedad puede hacer caer a la persona en un grupo de alto riesgo a una edad temprana.²

La depresión ocurre comorbidamente en pacientes hospitalizados por una gama de procedimientos y condiciones cardiovasculares. Las investigaciones se enfocan más comúnmente en la relación entre depresión e infarto al miocardio, sin embargo la prevalencia de tasas elevadas de depresión ha sido similar a la reportada en pacientes que experimentan angina inestable, insuficiencia cardiaca congestiva y en pacientes sometidos a procedimientos como la colocación de *by-pass* y angioplastias.¹³

La mejoría de la sintomatología cardiaca es uno de los mejores indicadores de éxito en cirugía cardiaca y revascularización exitosa, sin embargo, algunos factores que potencialmente interfieren con la mejoría de éstos síntomas tienen consecuencias importantes.³ La mejoría del cuadro depresivo durante del primer año post infarto se ha considerado como factor pronóstico favorable; mencionando el apoyo social como otro de los factores de buen pronóstico, defendiéndose que el inadecuado soporte social y el aislamiento de otros lleva a la depresión¹²; sin embargo, la importancia de otras variables psicológicas es incierta^{8,37}. La depresión se asocia a una pobre atención a la salud, pobres mecanismos de afrontamiento, aislamiento social, estrés crónico. Los estresores psicosociales son conocidos por ser predictivos de depresión en pacientes con coronariopatía cardiaca y además se sabe que pueden ser predictivos del pronóstico en éstos pacientes.¹⁶ La importancia relativa de 4 conceptos: depresión, ansiedad, edad, y soporte social se han correlacionado como determinantes de la mortalidad después de un infarto al miocardio, pero la importancia de estas variables es poco clara.⁸ En relación a algunos factores demográficos, no se ha encontrado evidencia significativa de que el género o nivel educativo sean factores relacionados a los cambios de los síntomas depresivos. La vulnerabilidad cardiovascular se incrementa con la edad en pacientes deprimidos, esto es más significativo en la población mayor de 60 años, grupo que crece más rápidamente en el mundo.^{35,36}

Los factores de riesgo tradicionales (hipertensión, hipercolesterolemia, obesidad y diabetes) que en conjunto han sido denominados como Síndrome metabólico contribuyen a la progresión de alteraciones coronarias, y en particular a la diabetes y a la obesidad se les ha asociado con depresión, por otra parte, algunos factores psicosociales han sido implicados en la etiología y progresión de las enfermedades coronarias,¹⁵ sin embargo se deben considerar los mecanismos biológicos propuestos que explican el eslabón de una fisiopatología común entre depresión y mortalidad cardiovascular, quizá un defecto en el receptor de serotonina en alguna región del cerebro aumenta el riesgo de depresión, y el mismo defecto ocasione alteraciones plaquetarias que aumentan el riesgo cardiovascular, la exposición a factores medioambientales, combinados con alteraciones en los lípidos o exposición al tabaco, que promueven el proceso aterosclerótico además de la predisposición genética, que como factor único no siempre es suficiente para producir la enfermedad.^{24,35}

En la práctica clínica se considera que los médicos generales deben evaluar en los pacientes mayores de 40 años los factores de riesgo coronarios descritos clásicamente (hipertensión, diabetes, obesidad, hipercolesterolemia y tabaquismo) y actualmente algunos autores apoyan que la evaluación de ansiedad y depresión deben ser incluidos en este modelo.²

Las vías psicobiológicas que se involucran con la depresión son el desequilibrio autonómico y la activación del eje HPA (Hipotálamo-Pituitario-Adrenocortical), la depresión puede llevar a una desregulación de los mecanismos inmunológicos (por ejemplo, citocinas pro-inflamatorias o factor de necrosis tumoral), lo que está asociado al aumento del riesgo de coronariopatía cardiaca; se piensa que las anomalías de la coagulación y disfunción en el endotelio vascular tienen un papel etiológico en el desarrollo y la progresión de la aterosclerosis en personas deprimidas. La elevación en la cuenta de células blancas, fibrinógeno y el aumento en la activación plaquetaria, contribuyen a un estado pro-trombótico, formación de trombos e isquemia miocárdica. Se refieren como vías indirectas, factores psicosociales y de comportamiento, los que se relacionan con coronariopatía cardiaca.^{2,15,16,35}

Los factores de riesgo para el desarrollo de depresión en pacientes post-infartados son diversos. La mayoría de los trabajos ha evaluado la depresión en los días o semanas siguientes al infarto, pero en aproximadamente la mitad de los pacientes la depresión ha estado presente antes del infarto. Esta

depresión pre-infarto está asociada con tratamiento psiquiátrico previo, exposición a un ambiente social adverso, factores personales y problemas de salud física, por ejemplo, similar a la depresión vista en la población en general. Estos datos son consistentes con la evidencia de pacientes admitidos en atención médica general y cirugía, cuya depresión al momento de la admisión, está asociada a género femenino, edad mayor, desempleo, carencia de seguridad social, grado de incapacidad y experiencias adversas a eventos de la vida, pero la depresión 12 meses después que sólo estuvo asociada a género femenino y edad mayor fue independiente del grado de educación, estado civil y eventos de la vida. Ninguna investigación ha estudiado exclusivamente los riesgos de depresión post-infarto, a pesar del hecho de que la depresión que se desarrolla en los días o semanas posteriores al infarto está asociada con un pronóstico adverso en los meses subsecuentes.

En el un estudio realizado por Dickens, se probó que: los sujetos con depresión previa al infarto, tenían más factores de riesgo para depresión (género femenino, separación de los padres durante la niñez, aislamiento social e historial psiquiátrico previo) y habían vivido más estrés que aquellos que no estaban deprimidos. Entre los sujetos no deprimidos al momento del infarto; aquellos que desarrollaron depresión durante el año de seguimiento, tendían más factores de riesgo psicosociales para depresión y enfermedad cardíaca más severa, que aquellos que no desarrollaron depresión durante el año de seguimiento y, sin importar que la depresión se presentara antes o después del infarto, se asoció con más factores de riesgo para enfermedad cardíaca (fumar, colesterol elevado, aislamiento social) comparados con aquellos sin depresión en cualquier momento.⁵

La depresión tiene un amplio campo de consecuencias adversas para la salud, incluyendo alteraciones de la función física, incremento de la morbilidad y aumento en el riesgo de muerte. Muchos hallazgos sugieren que la enfermedad cardíaca juega un papel central en el desarrollo de tales consecuencias.²⁹

Si tomamos en cuenta que la depresión es un factor de riesgo para desarrollar o precipitar una enfermedad cardiovascular, es importante diferenciar los síntomas de ésta, sobre manifestaciones físicas tales como la llamada fatiga o agotamiento vital que se caracteriza por sensación o exceso de fatiga, falta de energía, irritabilidad, y desmoralización, síntomas que se han identificado como precursores de un IAM. Dichos síntomas son muy similares a los encontrados en la depresión, manifestándose como fatiga, disminución o pérdida de la energía, desesperanza e irritabilidad.¹ Se ha estudiado la asociación entre agotamiento vital y depresión, sin embargo no se ha encontrado qué factores específicos relacionan. Koop encontró, en una muestra representativa de la población húngara, una asociación moderada entre agotamiento vital y depresión ($r=.62$) y además observó que la dimensión entre agotamiento y depresión se relacionan de forma diferente como factores de riesgo cardiovascular, la depresión estuvo asociada con hostilidad, visión negativa de la salud, abuso de alcohol y drogas, mientras que el agotamiento estuvo asociado con tratamientos previos de enfermedad cardiovascular. Investigaciones previas indican que el agotamiento y la depresión pueden estar relacionadas con IAM aunque la naturaleza de esta asociación puede ser compleja. Primero, la similitud de las características principales en la depresión y el agotamiento vital sugieren que estos aspectos están relacionados con una escasa mejoría de la patología cardíaca. Segundo, el riesgo de nuevos eventos cardiovasculares o complicaciones puede ser el resultado de características preexistentes que impidan la identificación de sintomatología comorbida significativa y por último, la depresión y el agotamiento vital pueden representar riesgos independientes al coexistir en un paciente.²⁷

Por otra parte, el distrés hospitalario (manifestado como ansiedad o depresión) está asociado con una prolongación de los días de estancia hospitalaria, edad joven y una historia de dificultades psicológicas y sociales pero no con el estado médico o la historia cardiovascular. Mayou encontró que en los pacientes infartados que presentaban distrés, este persistía a lo largo de un año de seguimiento. En conjunto los pacientes con ansiedad o depresión realizaron mayor número de visitas a su médico general, además de acudir al servicio de urgencias como una visita rutinaria.²⁶

Por lo tanto, buscar depresión en pacientes post-infartados es importante ya que la presencia de ésta disminuye el buen pronóstico después de un infarto. Los pacientes con infarto al miocardio o

coronariopatía son frecuentemente investigados con cuestionarios autoaplicables y/o con escalas supervisadas para detectar síntomas de depresión o incluso diagnosticarla. Sin embargo, la validez y confiabilidad de la mayoría de las escalas como instrumentos de escrutinio para trastornos depresivos ha sido establecida en pacientes deprimidos sin comorbilidad somática. Estos cuestionarios pueden tener diferencias de sensibilidad en la identificación de pacientes con depresión después de un infarto agudo al miocardio, porque algunas características de los grupos de estudio con infarto al miocardio, pueden modificar o alterar la capacidad psicométrica en las escalas de depresión. Síntomas tales como pérdida de energía, insomnio y pérdida del interés pueden ser consecuencia directa del infarto al miocardio, más que estar relacionados con la depresión, llevando a una sobre representación de síntomas somáticos y a resultados falsos-positivos.

Para medir las manifestaciones clínicas de los trastornos psiquiátricos mediante parámetros cuantitativos, se han utilizado diversas escalas para transformar los fenómenos clínicos en datos objetivos medibles. El modelo bio-psico-social de la salud, aplicado al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, indujo la necesidad de crear herramientas que apoyaran los diagnósticos clínicos, entre las que se encuentran las escalas clinimétricas, de las cuales las más usadas para ansiedad y depresión son las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton (HAM-A y HAM-D respectivamente) y la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD).

Las escalas en Psiquiatría pueden utilizarse para:

- a) Establecer un diagnóstico,
- b) Documentar el estado clínico de un paciente en un momento determinado y
- c) Complementar la información clínica obtenida por otros medios.

Pueden aplicarse al campo clínico o de investigación, aunque es en esta última en la que su uso se ha generalizado más.

En 1987 Kewley y Friedman examinaron la relación entre personalidad y enfermedad cardiovascular, encontrando evidencia estadística sobre el concepto de comportamiento tipo-A y su relación con enfermedades cardiovasculares, sin embargo esta relación tan estrecha fue declinando al paso del tiempo. Es interesante mencionar que ellos afirmaron que “la depresión parece estar fielmente asociada con las enfermedades cardiovasculares...”¹⁴ y actualmente en la mayoría de los estudios sobre el tema, se han usado cuestionarios autoaplicables, en los que se demuestra que aproximadamente un tercio de los pacientes tiene sintomatología depresiva al menos de leve a moderada y es denominada como depresión. Sin embargo, estos cuestionarios carecen de ítems para el diagnóstico de depresión de acuerdo a los criterios diagnósticos contemporáneos del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). Incluso, estas escalas tienen propiedades psicométricas inadecuadas, implicando que la puntuación no es una medición adecuada de la severidad de los síntomas depresivos. Por tanto, el reporte de que el 33% de los pacientes son depresivos pueden no estar de acuerdo con los principios diagnósticos y es probable que sobreestimen la prevalencia de depresión. Cuando se ha aplicado correctamente el criterio de 2 semanas de duración de la sintomatología, aproximadamente el 10% de los pacientes con infarto al miocardio cursa con depresión mayor.

El uso de los cuestionarios autoaplicables como instrumento de escrutinio para sintomatología o trastornos depresivos en pacientes con infarto al miocardio solamente está justificado en casos de validez de estos cuestionarios en relación a los criterios de trastorno depresivo del DSM-IV. El Inventario de Depresión Beck es ampliamente utilizado y tiene una elevada consistencia internacional, esto explica la popularidad de esta escala en investigaciones con pacientes post-infartados. La confiabilidad de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) ha sido comprobada y es válida como instrumento de evaluación de ansiedad y depresión en pacientes medicamente enfermos.³⁸ En el Inventario De Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), una puntuación basal baja, además de puntuaciones en el inventario para la ansiedad rasgo y

ansiedad estado no significativas y el ejercicio frecuente posterior al IAM se correlacionan significativamente con una mejoría de la calidad de vida.¹⁹

El Inventario de Depresión Mayor (MDI) contiene la sintomatología que considera la CIE-10, midiendo cuánto tiempo se ha presentado el síntoma. Los ítems de la MDI se bifurcan en presentes o ausentes. Basados en el número de síntomas presentes, los pacientes son diagnosticados de acuerdo a la CIE-10 con depresión leve, moderada o severa.

La escala HAD fue creada por Zigmond y Snaith en 1983 para identificar las dos formas más comunes de trastornos psicológicos en el ambiente de pacientes médicamente enfermos, para lo cual se evitaron incluir los síntomas somáticos de ansiedad y depresión.³² En la actualidad su función clínica es la de identificar estados de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades médicas, ya sean hospitalizados o ambulatorios y de ser necesario, puede ser utilizado para identificar cambios en cuanto a los trastornos mencionados.

Dado el gran volumen de pacientes que se atienden en hospitales generales, la escala HAD se diseñó como un instrumento auto-aplicable, con la intención de que no se requiriese la presencia de un psiquiatra durante la entrevista.

El formato HAD tiene dos sub-escalas de siete ítems cada una: ansiedad y depresión. Cada reactivo tiene cuatro respuestas posibles que puntúan de cero a tres, ya que los autores consideraron que era más fidedigno puntuar al paciente "¿qué tanto?" en lugar de "¿tiene?" y están ordenadas de tal forma para evitar que el paciente responda un punto medio en cada reactivo. La escala va acompañada de instrucciones sencillas para ser contestada. En general el tiempo que requiere el paciente para contestar el HAD es de 2 minutos y se ha reportado que al menos el 95% de los pacientes a quienes se les requiere para contestarla, lo hacen adecuadamente. En cuanto a la confiabilidad interna del HAD, se han reportado resultados de Cronbach que van de 0.80 a 0.84 en la sub-escala de ansiedad; de 0.71 a 0.86 en la sub-escala de depresión y de 0.82 a 0.9 para la escala completa ($p < 0.001$).

Para establecer la validez del criterio, se instituyó como estándar de oro la exploración clínica por psiquiatras entrenados. El instrumento para identificar sujetos ansiosos o deprimidos, debe dicotomizar el puntaje ordinal de la escala a partir de un punto de corte establecido; si es necesario identificar a todos los pacientes aún a expensas de un número elevado de falsos positivos, se usará un punto de corte bajo; mientras que para otras circunstancias, como por ejemplo, ofrecer un manejo costoso para sólo un número reducido de pacientes severamente afectados, se recomienda usar un punto de corte más alto. Los autores sugieren que para tamizaje (casos probables), se utilice un punto de corte en 8 (sensibilidad= 56%, especificidad= 82%, valor predictivo positivo= 43%), mientras que para establecer diagnósticos recomiendan un punto de corte de 11 (sensibilidad= 50%, especificidad= 92%, valor predictivo positivo= 75%).

En México, Whalley y Ortega-Soto llevaron a cabo el estudio de validación del HAD en pacientes quemados, encontrando en la sub-escala de ansiedad, sensibilidad de 62% y especificidad de 58% con punto de corte en 8, mientras que con un punto de corte en 10, se calculó sensibilidad de 18.7% y especificidad de 75%. Respecto a sub-escala de depresión, en el punto de corte de 8 se encontró sensibilidad de 60% con especificidad de 57% y con el punto de corte de 10, sensibilidad de 48% y especificidad de 70%.

Respecto a la validez de construcción se ha reportado que en una muestra de 6200 sujetos, utilizando puntos de corte de 11 para ansiedad y de 9 para depresión, se encontró ansiedad elevada en 7% de los sujetos control sanos y 56% de pacientes psiquiátricos; el 22% de los pacientes con enfermedad física tuvieron marcadores indicativos de ansiedad. En cuanto a la depresión, varió de 2% en estudiantes de Medicina, hasta 48% en pacientes psiquiátricos y 50% en sujetos con enfermedad física crónica; la aparente discordancia de este último dato se explica con base en que no todos los pacientes psiquiátricos habían sido diagnosticados con ansiedad o depresión.⁴⁰

En lo que concierne al análisis factorial, se ha determinado que el HAD contiene dos constructos, siendo cada uno de ellos correspondiente a cada sub-escala del instrumento; la ansiedad es tomada del Present State Examination, mientras que la depresión fue definida como anhedonia, ya que de tal forma se eliminan los síntomas somáticos y se relaciona con la respuesta a antidepresivos. El análisis de la sub-escala de ansiedad indica un factor único que representa el 57% de la varianza, mientras que en la sub-escala de depresión también se encontró un factor único que aporta 47% de la varianza (53% de la varianza para la escala completa, lo cual es muy aproximado a otras escalas como el BDI, el GHQ y el HAM-d).⁴²

Tomando en cuenta lo anterior, el HAD es, a la fecha, el instrumento más adecuado para evaluar en forma rápida y sencilla, tanto los síndromes de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad somática, así como la respuesta de estos padecimientos al tratamiento.^{31,40,42}

Además de la escala HAD, existen otros instrumentos auto-aplicables que sirven para medir disfunción en el orden psicológico.

El Inventario de Beck es una escala auto-aplicable que evalúa la intensidad del cuadro depresivo de acuerdo con 21 categorías de síntomas o manifestaciones conductuales y somáticas características de la depresión. Para su aplicación el entrevistador entrega una copia del inventario al paciente, quien de manera personal elige la opción que mejor lo defina en ese momento. Su respuesta tiene una estimación numérica entre 0 y 3 asignada en cada rubro donde el valor de la calificación es directamente proporcional a la severidad del síntoma.

Los rubros que se miden en esta escala van desde la A a la U, y evalúan tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, expectativas de castigo, autodesagrado, autoacusaciones, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, aislamiento social, indecisión, cambios en la imagen corporal, retardo laboral, insomnio, fatigabilidad, anorexia, pérdida de peso, preocupación somática, pérdida de la libido.

Los resultados de la escala se evalúan en base a los puntajes finales de 0 a 13 (no hay depresión), de 14-20, (depresión leve a moderada) y >20, depresión severa.

Este inventario consta de grupos de afirmaciones; el paciente debe leer cada afirmación cuidadosamente, escogiendo una afirmación en cada grupo, que describa de mejor manera cómo se ha sentido ya sea la semana pasada, incluso hoy, y encerrar en un círculo el número al lado de la afirmación que escogió. El paciente debe leer todas las frases en cada grupo antes de hacer su elección.

El Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE, versión en español del STAI [State-Anxiety Inventory]) se utiliza para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado. La llamada Ansiedad Rasgo se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevación de la intensidad de la Ansiedad-Estado. Como concepto psicológico, la ansiedad rasgo involucra residuos de experiencias pasadas que predisponen al individuo a manifestar un cierto tipo de reacción.

Se podría anticipar en general que quienes califican alto en Ansiedad-Rasgo, exhibirán elevaciones de Ansiedad-Estado más frecuentemente que los individuos que califican bajo, ya que los primeros tienden a reaccionar a un mayor número de situaciones como si fueran peligrosas o amenazantes. Las personas con alta Ansiedad-Rasgo también más probablemente responderán con un incremento en la intensidad de la Ansiedad-Estado en situaciones que implican relaciones interpersonales que amenazan a la autoestima o bajo circunstancias que impliquen peligros físicos. Pero el hecho de que las personas que difieren en Ansiedad-Rasgo muestren o no diferencias correspondientes en Ansiedad-Estado, depende del grado en que una situación específica es percibida por un individuo particular como amenazante o peligrosa y eso es influido de manera considerable por la experiencia pasada del individuo.

La Escala Ansiedad-Rasgo del IDARE consiste de veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente. La Escala Ansiedad-Estado también consiste en veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado.

La dispersión de posibles puntuaciones para el "Inventario de Autoevaluación" del IDARE varía desde una puntuación mínima de 20, hasta una puntuación máxima de 80. Los sujetos responden a cada uno de los reactivos del IDARE valorándose ellos mismos en una escala de cuatro puntos. Las cuatro categorías para Ansiedad-Estado son: 1. No en absoluto, 2. Un poco, 3. Bastante y 4. Mucho. Las categorías para la escala Ansiedad-Rasgo son: 1. Casi nunca, 2. Algunas veces, 3. Frecuentemente y 4. Casi siempre.

La correlación entre las escalas Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado del IDARE dependen fundamentalmente del tipo de la intensidad de tensión que caracterizan las condiciones bajo las cuales la escala Ansiedad-Estado es aplicada. El índice de correlación hallado por Cornell indica que un número mayor de síntomas médicos está asociado con calificaciones altas en el IDARE.

El IDARE es útil en el trabajo clínico. La Escala Ansiedad-Rasgo es utilizada para la identificación de individuos que son propensos a la ansiedad y para evaluar el grado hasta el cual pueden ser afectados por problemas de ansiedad. La Escala Ansiedad-Estado es un indicador sensitivo del nivel de ansiedad transitoria experimentada por los pacientes y puede también utilizarse para medir los cambios de intensidad en Ansiedad-Estado que ocurren en diversas situaciones (terapia, hospitalización, etc.). Las características esenciales que pueden evaluarse con la escala Ansiedad-Estado involucran sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprensión.⁴

JUSTIFICACION

Es bien sabido que los pacientes con cuadros depresivos utilizan los servicios médicos con mayor frecuencia y por consiguiente elevan los gastos, por lo que al detectar oportunamente a los pacientes con mayor riesgo de morbi-mortalidad secundaria a depresión permitirá un mejor manejo de la misma y consecuentemente ocasionará un ahorro de gastos en tratamientos y una mayor tasa de sobrevivencia.

La relación entre la depresión y aumento de riesgo cardiovascular es compleja e involucra varias preguntas no resueltas de importancia teórica y clínica; por ejemplo, si al modificar la evolución de un trastorno depresivo se podría evitar un nuevo evento cardíaco debido a que el nivel de comorbilidad entre IM y depresión es elevado y sus implicaciones son claras para la calidad de vida del paciente.

El conocer la existencia de una relación entre depresión e infarto al miocardio identificándose que la primera generalmente ocurre alrededor de éste, y a la fecha, se sabe de pocos predictores de depresión persistente en los pacientes cardiopatas (aparte de una historia pasada de depresión) se podrá ofrecer una mejor calidad en la atención integral del paciente cardiópata.

Por consiguiente, una identificación temprana de pacientes que cursan con depresión persistente para iniciar oportunamente el tratamiento efectivo de ésta, dará la oportunidad de mejorar el pronóstico posterior a un IM.

Tomando en cuenta lo anterior, al evaluar si la presencia de un cuadro depresivo ligado al infarto es tan severa como lo referido en la bibliografía médica internacional se podrá conocer con mayor precisión la morbi-mortalidad de los sujetos post-infartados en nuestra población derechohabiente para generar un nuevo perfil de manejo en este tipo de pacientes acorde a los tratamientos internacionales actuales.

HIPOTESIS

La depresión en pacientes post-infartados aumenta el riesgo de mortalidad.

OBJETIVOS

Objetivo general:

1) Determinar si existe un aumento en la incidencia de mortalidad en pacientes infartados deprimidos en un seguimiento a seis meses.

Objetivos específicos:

- 1) Detectar la incidencia de depresión y ansiedad en pacientes post-infartados.
- 2) Detectar la incidencia de mortalidad en pacientes post-infartados deprimidos en seis meses.
- 3) Detectar la incidencia de mortalidad de pacientes post-infartados no deprimidos en seis meses.

MATERIAL Y METODOS

DISEÑO

Se trata de un estudio observacional, longitudinal, prospectivo, descriptivo, abierto consistente en la aplicación de escalas IDARE (Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado), HAD (Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión) y BECK (Inventario Beck de depresión) validadas para la población mexicana que permiten identificar si el individuo presenta ansiedad rasgo o estado, depresión y ansiedad estando hospitalizados y un cuadro depresivo según su gravedad. Dichas escalas se aplicaron en el post-infarto inmediato (7 a 14 días posterior al evento) y transcurridos seis meses del infarto con el fin de evaluar la evolución de los síntomas afectivos y su relación con la morbi-mortalidad en estos pacientes, sin realizarse algún tipo de intervención psiquiátrica.

Conforme a los resultados, se integraron dos grupos, uno formado por pacientes post-infartados con depresión y otro por pacientes post-infartados sin depresión a quienes se dio seguimiento a seis meses para determinar si hubo o no cambios en su estado anímico.

Se realizó la recolección de datos en:

- a) Carta de consentimiento informado.
- b) Escala para depresión de Beck.
- c) Escala IDARE.
- d) Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD)
- e) Cédula de datos demográficos.

DEFINICION DEL UNIVERSO

Se estudió a pacientes post-infartados ingresados en el servicio de cardiología del "CMN 20 de Noviembre", en los días de siete a quince posteriores al evento isquémico para la aplicación de las escalas y reaplicación de éstas seis meses después.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se registraron a los pacientes infartados atendidos en el "CMN 20 de Noviembre" durante el periodo comprendido de julio de 2005 a enero de 2006, siendo incluidos un total de 52 pacientes, se excluyeron a

aquellos que no cumplían con las características requeridas para aplicación de las escalas, de estos se logró dar seguimiento a través de una segunda aplicación de las escalas aplicadas en el post-infarto inmediato a 40 de ellos el resto no acudió a la segunda entrevista (5 pacientes) o bien falleció (7 pacientes).

CRITERIOS DE INCLUSION

Se incluyeron a los pacientes:

- a) con diagnóstico de primer infarto o recaída del mismo que fueron ingresados al C.M.N. "20 de Noviembre" a los servicios de Cardiología y Unidad de Cuidados Coronarios (el diagnóstico fue establecido en tales servicios bajo los criterios de alteración en el electrocardiograma y enzimas cardíacas).
- b) que estuvieron dentro de los primeros 15 días después de ocurrido el evento isquémico.
- c) mayores de 25 años y menores de 75 años.
- d) de ambos sexos.
- e) que continuaron su tratamiento médico y/o quirúrgico según lo determinado por los equipos tratantes.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- a) Pacientes con alteraciones graves de memoria.
- b) Pacientes con estado confusional secundario al evento y duradero en las fechas de aplicación de la escala.
- c) Estados de salud mental y física que no permitan la entrevista.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- a) Entrevistas de escalas no concluidas.
- b) Pacientes que cursaron con un segundo diagnóstico médico no relacionado al motivo de ingreso a la investigación (por ejemplo, problemas renales u oncológicos).

DEFINICION DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDIDA

Las escalas de ansiedad y depresión son ordinales. La ansiedad se define como una serie de combinaciones variadas de manifestaciones físicas y mentales de temor no atribuibles a un peligro real y que aparecen ya sea por accesos, ya sea en la forma de un estado permanente. La depresión es una alteración en el afecto, caracterizado por tristeza que puede llegar a ser permanente e incluso incapacitante.

PROCEDIMIENTOS ESTADISTICOS

Se utilizó el coeficiente de correlación para determinar el grado de asociación entre depresión y aumento de la mortalidad en pacientes post-infartados.

La depresión se asignó a aquellos pacientes que entren a la calificación de los instrumentos por encima del corte.

Cuestionario de Beck con resultados de 0 a 13 indica que no hay depresión, de de 14 a 20 se consideran como depresión leve a moderada y más de de 20 puntos califica como depresión severa y cuestionario de HAD 17. IDARE en la calificación de rasgo y estado de ansiedad se evalúan como positivo o negativo.

Las frecuencias de estados ansiosos y depresivos fueron descritos como porcentajes; por su parte, la severidad de dichos estados fue expresada por los puntajes respectivos de cada paciente, los cuales fueron agrupados en resultados negativo (para quienes no cursaron con depresión o ansiedad) leve a moderado y severo.

Las comparaciones entre los grupos (negativo a depresión y con depresión) se realizó mediante prueba de suma de rangos de Mann-Whitney, X² (o prueba de Fisher cuando fue aplicable) y riesgo relativo.

ASPECTOS ETICOS

El presente estudio tiene, desde el punto de vista ético un riesgo mínimo, sin embargo como toda información psiquiátrica, los datos recabados en las escalas aplicadas son confidenciales (Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Atención Médica, artículos 133 y 134). Este estudio fue aprobado por el Comité de Bioética del "CMN 20 de Noviembre".

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Debido a la confidencialidad de la información obtenida como resultado de las escalas aplicadas se hizo del conocimiento de los pacientes participantes por medio del Consentimiento Informado su derecho a no hacer públicos sus datos personales y de no continuar en el estudio si así lo decide aún sin que se haya concluido el mismo.

BIOSEGURIDAD

El presente estudio no implicó riesgos relativos a la bioseguridad.

RESULTADOS

Se recolectaron datos de 52 pacientes cuyas características demográficas se resumen en la Tabla 1. De éstos el promedio de edad fue de 58 años, 76.9% fueron hombres y el 23.1% mujeres; 86.5% casados y el resto (13.5%) sin pareja. Un 65.4% con residencia en el D.F. y 34.6% en el interior de la república. Escolaridad primaria 26.9%, secundaria 17.3% bachillerato 9.6%, profesional 46.2%. El 40.4% tiene como actividad empleado profesionalista. Un 94.2% profesan la religión católica. Sobre los factores de riesgo cardiovascular se identificó que un 51.9% de los pacientes tenían el diagnóstico de HAS, 36.5% eran diabéticos, 55.8% con tabaquismo positivo; 53.8% alcoholismo negativo, 21.2% presentaba con algún grado de obesidad al momento del infarto. El 84.6% de los pacientes fue su primer infarto. El 86.5% presentó bajo riesgo cardiológico según la clasificación Killip Class. El 69.2% requirió únicamente tratamiento médico, y un 28.8% tratamiento quirúrgico. Se presentaron complicaciones en un 28.8% de los pacientes, de estas la más frecuente fueron trastornos de la conducción (7.7%).

De los 52 pacientes evaluados 7 (13.5%) fallecieron. Para reaplicar las escalas 6 meses después a 5 pacientes (9.6%) a pesar de ser contactados vía telefónica no se logró aplicar las escalas ya que no acudieron a su cita programada para realizar la evaluación. En 40 pacientes (76.9%) se aplicó una segunda entrevista para re-aplicar las escalas convenidas en el post-infarto inmediato.

En los resultados de HAD para depresión clínica en la primera entrevista hubo 42 pacientes (80.8%) sin datos de depresión, 9 pacientes (17.3%) con depresión leve a moderada y 1 paciente (1.9%) con depresión severa. En los resultados de seguimiento 36 pacientes (90.0%) no mostraron datos de depresión, 2 pacientes (5.0%) se clasificaron como depresión leve a moderada y 2 pacientes (5.0%) con depresión severa. Con resultado de $p=0.153$ sin significancia estadística y Chi cuadrada de 3.75

Las frecuencias de estados ansiosos y depresivos fueron descritos como porcentajes; por su parte, la severidad de dichos estados fue expresada por los puntajes respectivos de cada paciente, los cuales fueron agrupados en resultados negativo (para quienes no cursaron con depresión o ansiedad) leve a moderado y severo.

Las comparaciones entre los grupos (negativo a depresión y con depresión) se realizó mediante prueba de suma de rangos de Mann-Whitney, X² (o prueba de Fisher cuando fue aplicable) y riesgo relativo.

ASPECTOS ETICOS

El presente estudio tiene, desde el punto de vista ético un riesgo mínimo, sin embargo como toda información psiquiátrica, los datos recabados en las escalas aplicadas son confidenciales (Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Atención Médica, artículos 133 y 134). Este estudio fue aprobado por el Comité de Bioética del "CMN 20 de Noviembre".

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Debido a la confidencialidad de la información obtenida como resultado de las escalas aplicadas se hizo del conocimiento de los pacientes participantes por medio del Consentimiento Informado su derecho a no hacer públicos sus datos personales y de no continuar en el estudio si así lo decide aún sin que se haya concluido el mismo.

BIOSEGURIDAD

El presente estudio no implicó riesgos relativos a la bioseguridad.

RESULTADOS

Se recolectaron datos de 52 pacientes cuyas características demográficas se resumen en la Tabla 1. De éstos el promedio de edad fue de 58 años, 76.9% fueron hombres y el 23.1% mujeres; 86.5% casados y el resto (13.5%) sin pareja. Un 65.4% con residencia en el D.F. y 34.6% en el interior de la república. Escolaridad primaria 26.9%, secundaria 17.3% bachillerato 9.6%, profesional 46.2%. El 40.4% tiene como actividad empleado profesionalista. Un 94.2% profesan la religión católica. Sobre los factores de riesgo cardiovascular se identificó que un 51.9% de los pacientes tenían el diagnóstico de HAS, 36.5% eran diabéticos, 55.8% con tabaquismo positivo; 53.8% alcoholismo negativo, 21.2% presentaba con algún grado de obesidad al momento del infarto. El 84.6% de los pacientes fue su primer infarto. El 86.5% presentó bajo riesgo cardiológico según la clasificación Killip Class. El 69.2% requirió únicamente tratamiento médico, y un 28.8% tratamiento quirúrgico. Se presentaron complicaciones en un 28.8% de los pacientes, de estas la más frecuente fueron trastornos de la conducción (7.7%).

De los 52 pacientes evaluados 7 (13.5%) fallecieron. Para reaplicar las escalas 6 meses después a 5 pacientes (9.6%) a pesar de ser contactados vía telefónica no se logró aplicar las escalas ya que no acudieron a su cita programada para realizar la evaluación. En 40 pacientes (76.9%) se aplicó una segunda entrevista para re-aplicar las escalas convenidas en el post-infarto inmediato.

En los resultados de HAD para depresión clínica en la primera entrevista hubo 42 pacientes (80.8%) sin datos de depresión, 9 pacientes (17.3%) con depresión leve a moderada y 1 paciente (1.9%) con depresión severa. En los resultados de seguimiento 36 pacientes (90.0%) no mostraron datos de depresión, 2 pacientes (5.0%) se clasificaron como depresión leve a moderada y 2 pacientes (5.0%) con depresión severa. Con resultado de $p=0.153$ sin significancia estadística y Chi cuadrada de 3.75

En la primera etapa de evaluación los resultados de la escala de HAD para ansiedad fueron de 40 pacientes (76.9%) sin ansiedad clínica, 6 pacientes (11.5%) con ansiedad leve a moderada y 6 pacientes (11.5%) con manifestaciones clínicas de ansiedad severa. En la segunda etapa 35 pacientes (87.5%) sin ansiedad, 1 paciente (2.5%) con ansiedad leve y sólo 4 pacientes (10.0%) con ansiedad severa. Tales resultados con una $p=0.248$ sin significancia estadística.

Al calificarse la Escala Beck para depresión en la primera evaluación 44 (84.6%) de los pacientes presentó resultados negativos para depresión, 7 pacientes (13.5%) con datos de depresión leve a moderada y 1 (1.9%) con características clínicas de depresión severa. En los resultados posteriores a 6 meses se encontró que 35 de los pacientes (87.5%) no presentaron depresión clínica, 2 pacientes (5.0%) con depresión leve a moderada y 3 (7.5%) con depresión severa. Con resultados de $p=0.192$ sin significancia estadística y Chi cuadrada de 3.29.

Fallecieron 7 pacientes (13.5%), de los cuales 2 (28.6%) presentaban depresión clínica de leve a moderada según lo demuestran los resultados de la escala HAD para depresión; el resto de éstos pacientes 5 (71.4%) no cumplía criterios clínicos para este padecimiento, obteniendo un valor de $p=0.432$ y Chi cuadrada de 1.68 lo cual no muestra significancia estadística. El resultado de $RR=1$ (en un rango de $0.38 < RR < 7.44$) y límites de confianza al 95% del RR.

En los pacientes con HAD positivo para Ansiedad clínica en la primera evaluación 12 pacientes (23.1%), 1 de ellos falleció (14.3%) y 6 sobreviven (85.7%). Con una Razón de Riesgo de 0.5 (en un rango de intervalo de $0.07 < RR < 4.17$) y límites de confianza al 95% del RR.

Según los resultados de Beck en la primera evaluación, de los pacientes fallecidos no se identificó con este instrumento a alguno con datos clínicos de depresión.

La hipertensión arterial como factor de riesgo cardio-vascular, se presentó en 27 pacientes (51.9%) del total de la muestra. Por otro lado, de los 7 pacientes que fallecieron, 4 pacientes (57.1%) tuvieron el diagnóstico de HAS, y los 3 restantes (42.9%) no eran hipertensos, con un resultado de $RR=1.0$ (en un rango de $0.31 < RR < 4.98$) y límite de confianza del 95%.

De los 11 pacientes (21.2%) con Obesidad, el 42.9% (3 pacientes) falleció y 8 pacientes sobrevivieron, con resultado de $RR=2.8$ (en un rango de $0.73 < RR < 10.69$) y límite de confianza del 95%.

En pacientes con tabaquismo positivo 55.8% (29 pacientes), 4 (57.1%) de ellos fallecieron y 25 sobrevivieron. Con $RR=1$ (en un rango de intervalo de $0.39 < RR < 2.83$) y límites de confianza al 95% del RR.

De los pacientes con alcoholismo positivo 53.8% (24 pacientes), 4 (57.1%) de ellos fallecieron y 20 pacientes sobrevivieron. Con $RR=1$ (en un rango de intervalo de $0.58 < RR < 4.17$) y límites de confianza al 95% del RR.

De los 7 pacientes (13.5%) con riesgo cardiológico según la clasificación Killip Class, 2 (28.6%) de ellos fallecieron y 5 (71.4%) sobreviven. Con $RR=2$ (en un rango de intervalo de $0.61 < RR < 10.78$) y límites de confianza al 95% del RR.

Se aplicó el inventario IDARE para valorar niveles de ansiedad rasgo y ansiedad estado, sin embargo ninguno de los pacientes presentó datos relevantes para ser considerados como pacientes con rasgos de ansiedad o un estado ansioso por el evento estresante como se le considera al Infarto Agudo al Miocardio por lo que no fue de utilidad para esta investigación.

TABLAS

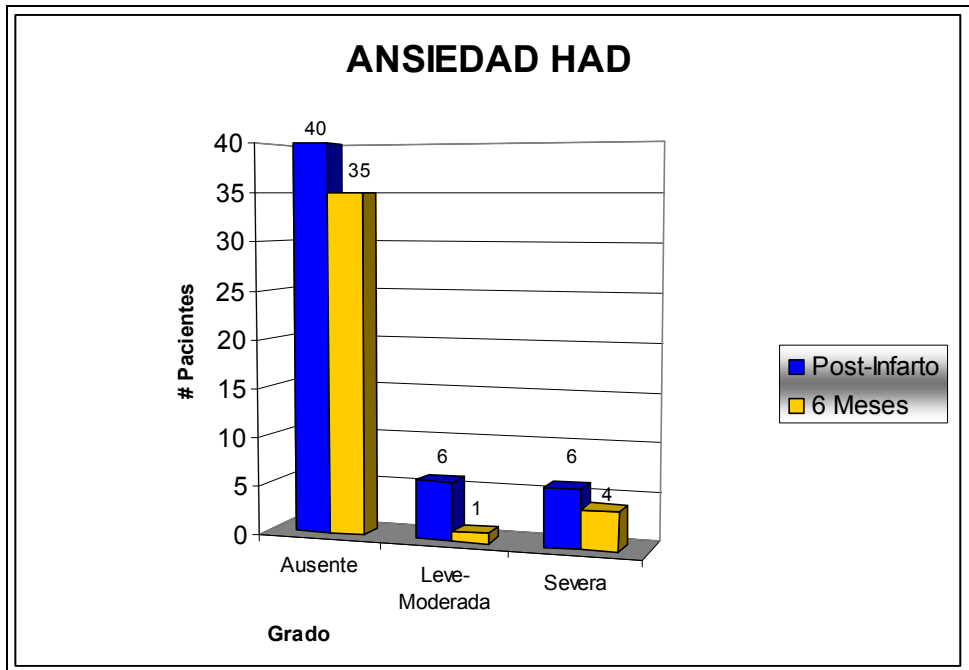
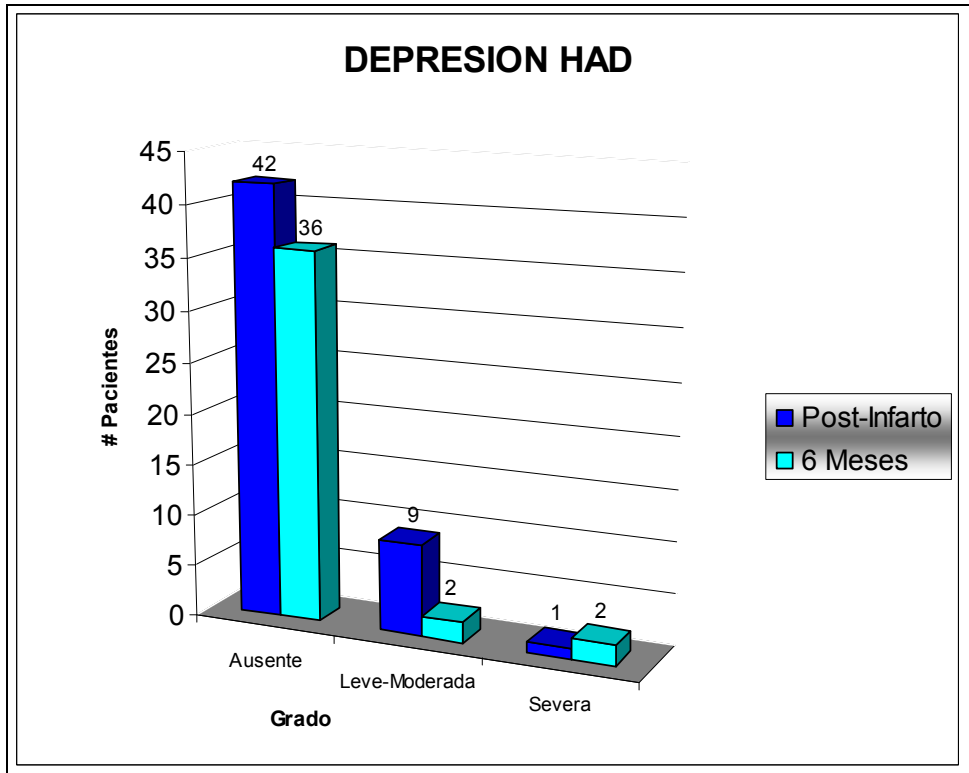
TABLA 1. CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES (N= 52)			
Categoría		Subtotal	Porcentaje (%)
SEXO	Femenino	12	23.1
	Masculino	40	76.9
EDAD	< 58 años	24	46.2
	> 58 años	28	56.8
ESTADO CIVIL	Con Pareja	45	86.5
	Sin Pareja	7	13.5
OCUPACIÓN	Labora	29	55.8
	No Labora	23	44.2
ESCOLARIDAD	Profesionista	24	46.2
	Otra	28	53.8
RELIGION	Católica	49	94.2
	Otra	3	5.8
INFARTO PREVIO	SI	8	15.38
	NO	44	84.61
RESIDENCIA	D. F.	34	65.4
	Interior de la República	18	34.6
COMPLICACIONES	SI	15	28.8
	NO	37	71.2
HIPERTENSIÓN	SI	27	51.9
	NO	25	48.1
DIABETES	SI	19	36.5
	NO	33	63.5
TABAQUISMO	SI	29	55.8
	NO	23	44.2
ALCOHOLISMO	SI	24	46.2
	NO	28	53.8
OBESIDAD	SI	11	21.2
	NO	41	78.8

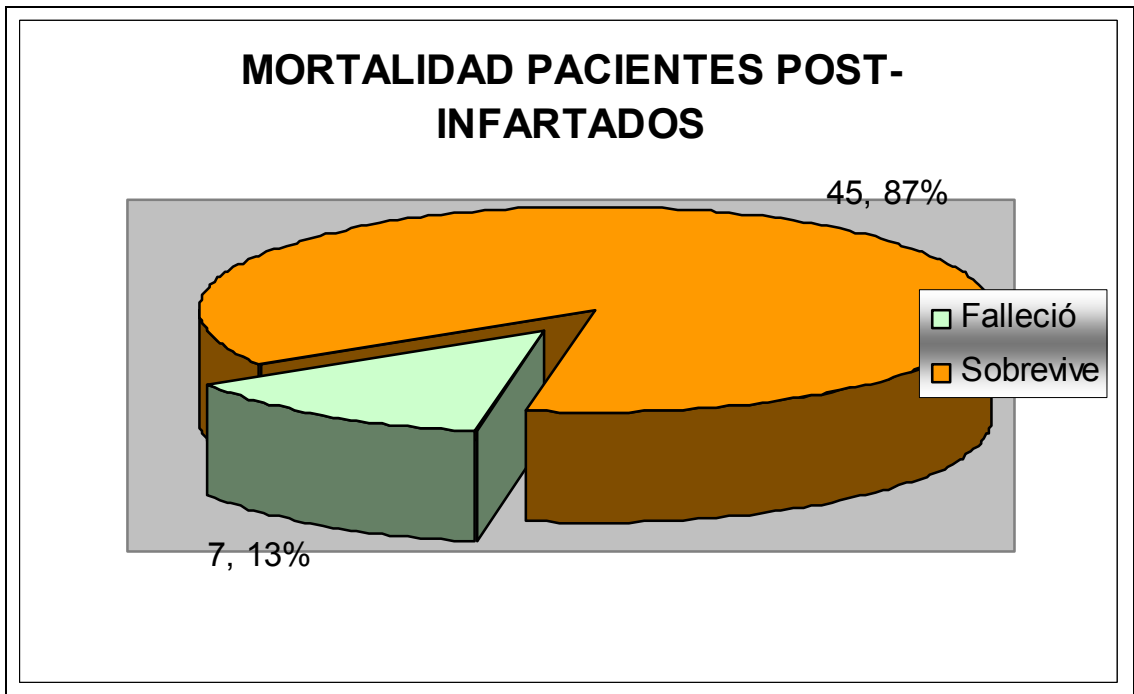
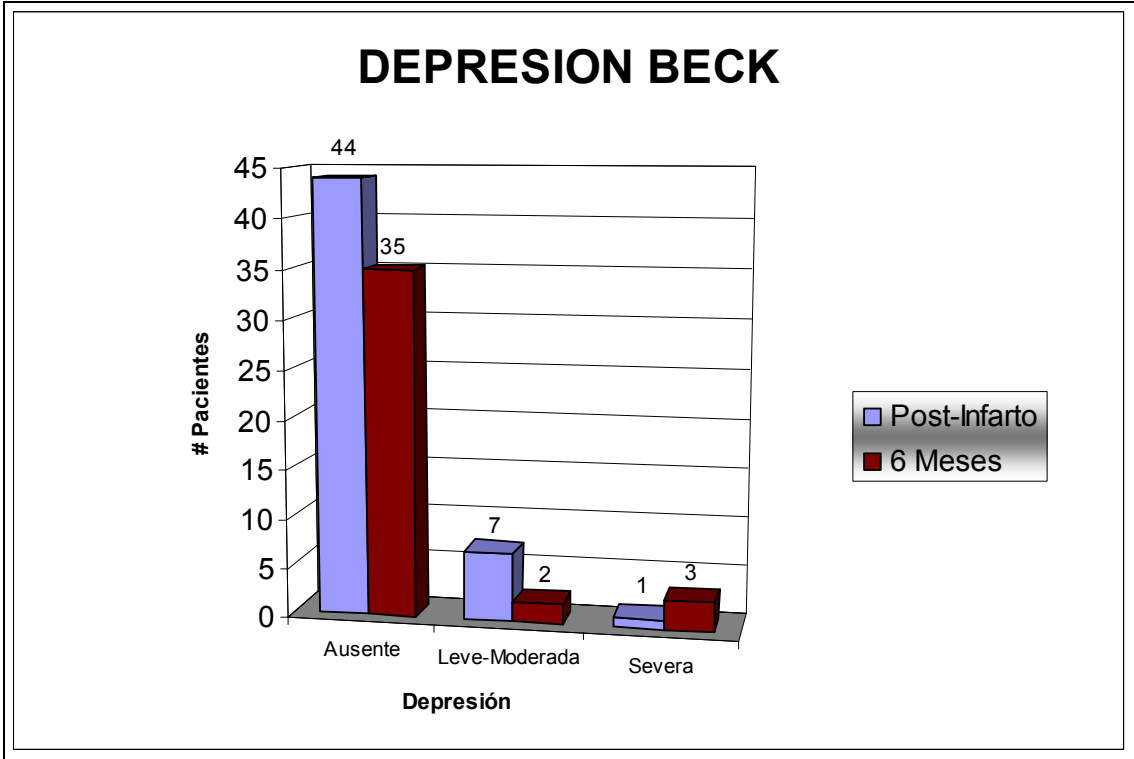
TABLA 2. EVALUACION DE LA ESCALA HAD/POSTINFARTO Y SEGUIMIENTO A 6 MESES								
GRADO	Ansiedad				Depresión			
	1ª Semana		6 Meses		1ª Semana		6 Meses	
	Pacientes	(%)	Pacientes	(%)	Pacientes	(%)	Pacientes	(%)
Ausente	40	76.9%	35	87.5%	42	80.8%	36	90.0%
Leve - Moderada	6	11.5%	1	2.5%	9	17.3%	2	5.0%
Severa	6	11.5%	4	10.0%	1	1.9%	2	5.0%
TOTAL PACIENTES	52		40		52		40	

TABLA 3. DEPRESION CLINICA EN EL POST- INFARTO Y SEIS MESES DESPUES (INVENTARIO BECK)		
BECK CLINICA	FASE	
	1ª Semana	6 Meses
No	44 84.4%	35 87.5%
Leve-Moderada	7 13.5%	2 5.0%
Severa	1 1.9%	3 7.5%
TOTAL	52 56.5%	40 43.5%

TABLA 4. MORTALIDAD: DEPRESION Y RIESGO CARDIOVASCULAR			
Categoría		Subtotal	Porcentaje (%)
DEPRIMIDOS	Falleció	2	20.0
	Sobrevivió	8	80.0
ANSIEDAD	Falleció	1	8.3
	Sobrevivió	12	91.7
HIPERTENSION	Falleció	4	14.8
	Sobrevivió	23	85.2
DIABETES	Falleció	1	5.3
	Sobrevivió	19	94.7
OBESIDAD	Falleció	3	27.3
	Sobrevivió	8	72.7
TABAQUISMO	Falleció	4	13.8
	Sobrevivió	25	86.2
ALCOHOLOSMO	Falleció	4	16.7
	Sobrevivió	20	83.3

GRAFICOS





DISCUSION

El objetivo principal de este estudio fue encontrar la relación que existe entre depresión y mortalidad en pacientes post-infartados. De los resultados obtenidos se encontró una mortalidad general de 13.5% (7 pacientes), de los cuales el 28.6% (2 pacientes) presentaban depresión clínica según los reportes de las escalas aplicadas, lo que nos indica que este resultado es mayor de lo encontrado en la población general (de un 8%), sin embargo el tamaño de la muestra no fue significativa, por lo que no se podría aplicar a la población total de pacientes infartados; por otra parte, el porcentaje de los pacientes fallecidos con datos clínicos de depresión en nuestra población estudiada es relevante, sin embargo estadísticamente no es significativo por el número de pacientes incluidos.

A partir de estos resultados podemos observar que nuestros hallazgos contradicen a los descritos por Frasure-Smith y colaboradores (2000), quienes mostraron en uno de sus estudios con pacientes infartados de seguimiento a un año, que el aumento en los síntomas depresivos registrados en el inventario de Beck para depresión fue predictivo de mortalidad con riesgo relativo de 3.05 para hombres y 3.29 para mujeres; por otra parte, Jürgen Barth (2004) señala un riesgo relativo de 2.7 y en los resultados de Lespérance y colaboradores (2000) se obtuvo un resultado de riesgo relativo de 6.73; siendo estos autores quienes han realizado importantes investigaciones sobre el tema. Tales resultados al compararlos con los del presente estudio en donde el resultado de riesgo relativo fue de 1 (menor al encontrado en los estudios revisados), en un rango de 0.38-7.44 nos habla de que en este caso existe escasa relación entre depresión y aumento del riesgo de mortalidad.

Algunos de los argumentos sobre el aumento en la mortalidad de los pacientes post infartados deprimidos (Grace 2005, Dickens 2004, Leet 2004,) mencionan el pobre apego al tratamiento, aislamiento social y edad mayor de 75 años, mismos que al ser valorados en esta investigación se encontró que un alto porcentaje de los pacientes cuenta con una buena red de apoyo psicosocial (tomando en cuenta que todos ellos profesan una religión y que ésta en nuestra cultura tiene gran peso como soporte social, son menores de 75 años y un alto porcentaje -86.5%- tiene pareja) por lo que estos factores pueden estar implicados en la baja frecuencia de depresión y ya que facilitan un mejor apego terapéutico (ya que la falta de éste se asocia por si mismo a una disminución de la sobrevida en pacientes con coronariopatía) ello pudo haber beneficiado la evolución del padecimiento cardiológico, lo cual fue encontrado en los resultados finales de las escalas, en donde se observó una tendencia hacia la mejoría en ambos rubros valorados (depresión y ansiedad).

Por otra parte, si tomamos en cuenta que dentro de las características generales de nuestros pacientes estudiados se encuentran en un alto porcentaje las características tradicionales del paciente infartado (sexo masculino, nivel educativo alto, hipertensión y tabaquismo) estas pudieron haber sido las condicionantes de mortalidad posterior al infarto y por lo tanto la depresión quedara en un segundo término, sin embargo en este caso no fue una característica útil como predictiva de mortalidad.

Dentro de las características comunes del estilo de vida en nuestra población de estudio como el tabaquismo, alcoholismo e inactividad física encontradas en estos pacientes y que favorecen la presencia de complicaciones e incremento del riesgo de mortalidad 2 a 2.5 veces (Van Melle 2004), es necesario considerar que estas suelen ser más relevantes para los pacientes al ser evaluadas, ya que se trata de situaciones objetivas y por lo tanto observables, lo que no sucede con la sintomatología psiquiátrica. En este sentido, llamó la atención cómo a la gran mayoría de los pacientes durante las evaluaciones no se les observaba preocupados, ansiosos o tristes, sino por el contrario, el hecho de saberse atendidos en un Centro Médico aparentemente les generó seguridad.

Otra de las consideraciones que debemos tomar en cuenta es sobre el tipo de tratamiento, que en la mayoría de nuestros pacientes no fue de tipo invasivo, además de que no se presentaron complicaciones, lo cual es indicativo de que la gravedad del padecimiento físico (infarto al miocardio) fue menor, y consecuentemente la presencia de estrés que la hospitalización genera en si misma y que es mencionado

como factor de riesgo de manifestaciones afectivas posteriores a IAM (Mayou 2000), siendo estos factores los que podrían explicar la escasa incidencia de depresión en nuestra población estudiada.

Las limitaciones identificadas en este estudio y que nos pueden servir como indicativas de la baja frecuencia de depresión en nuestro estudio fueron:

a) El número de la muestra, ya que siendo un hospital de tercer nivel la atención inmediata de los pacientes con Infarto Agudo al Miocardio generalmente no es en este tipo de unidades, por lo que es difícil obtener una muestra mayor ya que son pocos los pacientes que continúan su tratamiento en esta unidad y es difícil darles seguimiento, además de tomar en cuenta que a los pacientes del interior de la República les es difícil acudir a una segunda entrevista y esto ocasionó que no se les haya podido realizar una segunda evaluación, lo cual disminuye la población con la que se puede llegar al término del estudio y los resultados estadísticos en una población pequeña no se pueden extrapolar a la población general, siendo necesaria una muestra mayor.

b) La escasa información acerca de antecedentes de trastornos afectivos lo cual no fue considerado como factor de riesgo primario a investigar y esto posiblemente pudo haber sido útil como punto de partida para valorar los datos clínicos en relación a los criterios del DSM-IV y CIE-10. Por lo que una posible explicación para los resultados encontrados en el presente estudio podría estar relacionada con el hecho de que sólo se evaluaron síntomas depresivos mediante escalas, sin tomar en cuenta los criterios clínicos en conjunto contenidos en el DSM-IV y la CIE -10 y esto podría implicar un sub-diagnóstico de trastorno depresivo.

Finalmente, y aunque no como objetivo principal, se buscaba encontrar la relevancia de la ansiedad como determinante en complicaciones, reincidencia de IAM o mortalidad en pacientes cardiopatas ya que con anterioridad se le relacionó con el denominado comportamiento de personalidad Tipo-A (con características de ansiedad) teniendo como resultado nula relevancia en los valores encontrados al calificar el inventario IDARE, por lo que esta escala no fue una herramienta de utilidad para identificar niveles de ansiedad específicos ya que en la escala HAD hubo resultados positivos para ansiedad.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados de esta investigación se concluye que la depresión como factor de riesgo cardiovascular no aumentó la mortalidad en los pacientes cardiopatas post-infartados de nuestra población estudiada. Sin embargo sería recomendable dar seguimiento a un largo plazo a pacientes post-infartados, considerados como pacientes con alto riesgo de mortalidad general, ya que si se piensa en la posibilidad de que la depresión en este caso pudo haber sido sub-diagnosticada por el corto tiempo de seguimiento, sería de interés poder replicar los resultados obtenidos en las investigaciones realizadas.

Al considerar que el tiempo de seguimiento que se manejó en este estudio pudo haber sido un periodo corto y para evitar esta limitante puede ser conveniente esperar 1 año o más tiempo antes de realizar la segunda valoración, además de tomar en cuenta antecedentes de trastornos afectivos y la presencia de más de un factor de riesgo cardiovascular simultáneamente en los pacientes a estudiar.

Las implicaciones clínicas de éste estudio se relacionan estrechamente con lo recomendado por varios de los investigadores de este tema, quienes recomiendan que independientemente de los factores de riesgo cardiovasculares (diabetes, hipertensión, obesidad, tabaquismo, etc.) se indague sobre factores de riesgo psicosociales y con ello al identificarlos tener oportunidad de ofrecer una atención médica multidisciplinaria y por consiguiente una mejor calidad en la atención.

Por otra parte, si se considera que la gran mayoría de los pacientes cardiopatas están expuestos a un estrés crónico, que no siempre se manifiesta con depresión, el indagar este factor nos ayudaría a encontrar respuestas al por qué en nuestra población de estudio no se encontraron manifestaciones de

como factor de riesgo de manifestaciones afectivas posteriores a IAM (Mayou 2000), siendo estos factores los que podrían explicar la escasa incidencia de depresión en nuestra población estudiada.

Las limitaciones identificadas en este estudio y que nos pueden servir como indicativas de la baja frecuencia de depresión en nuestro estudio fueron:

a) El número de la muestra, ya que siendo un hospital de tercer nivel la atención inmediata de los pacientes con Infarto Agudo al Miocardio generalmente no es en este tipo de unidades, por lo que es difícil obtener una muestra mayor ya que son pocos los pacientes que continúan su tratamiento en esta unidad y es difícil darles seguimiento, además de tomar en cuenta que a los pacientes del interior de la República les es difícil acudir a una segunda entrevista y esto ocasionó que no se les haya podido realizar una segunda evaluación, lo cual disminuye la población con la que se puede llegar al término del estudio y los resultados estadísticos en una población pequeña no se pueden extrapolar a la población general, siendo necesaria una muestra mayor.

b) La escasa información acerca de antecedentes de trastornos afectivos lo cual no fue considerado como factor de riesgo primario a investigar y esto posiblemente pudo haber sido útil como punto de partida para valorar los datos clínicos en relación a los criterios del DSM-IV y CIE-10. Por lo que una posible explicación para los resultados encontrados en el presente estudio podría estar relacionada con el hecho de que sólo se evaluaron síntomas depresivos mediante escalas, sin tomar en cuenta los criterios clínicos en conjunto contenidos en el DSM-IV y la CIE -10 y esto podría implicar un sub-diagnóstico de trastorno depresivo.

Finalmente, y aunque no como objetivo principal, se buscaba encontrar la relevancia de la ansiedad como determinante en complicaciones, reincidencia de IAM o mortalidad en pacientes cardiopatas ya que con anterioridad se le relacionó con el denominado comportamiento de personalidad Tipo-A (con características de ansiedad) teniendo como resultado nula relevancia en los valores encontrados al calificar el inventario IDARE, por lo que esta escala no fue una herramienta de utilidad para identificar niveles de ansiedad específicos ya que en la escala HAD hubo resultados positivos para ansiedad.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados de esta investigación se concluye que la depresión como factor de riesgo cardiovascular no aumentó la mortalidad en los pacientes cardiopatas post-infartados de nuestra población estudiada. Sin embargo sería recomendable dar seguimiento a un largo plazo a pacientes post-infartados, considerados como pacientes con alto riesgo de mortalidad general, ya que si se piensa en la posibilidad de que la depresión en este caso pudo haber sido sub-diagnosticada por el corto tiempo de seguimiento, sería de interés poder replicar los resultados obtenidos en las investigaciones realizadas.

Al considerar que el tiempo de seguimiento que se manejó en este estudio pudo haber sido un periodo corto y para evitar esta limitante puede ser conveniente esperar 1 año o más tiempo antes de realizar la segunda valoración, además de tomar en cuenta antecedentes de trastornos afectivos y la presencia de más de un factor de riesgo cardiovascular simultáneamente en los pacientes a estudiar.

Las implicaciones clínicas de éste estudio se relacionan estrechamente con lo recomendado por varios de los investigadores de este tema, quienes recomiendan que independientemente de los factores de riesgo cardiovasculares (diabetes, hipertensión, obesidad, tabaquismo, etc.) se indague sobre factores de riesgo psicosociales y con ello al identificarlos tener oportunidad de ofrecer una atención médica multidisciplinaria y por consiguiente una mejor calidad en la atención.

Por otra parte, si se considera que la gran mayoría de los pacientes cardiopatas están expuestos a un estrés crónico, que no siempre se manifiesta con depresión, el indagar este factor nos ayudaría a encontrar respuestas al por qué en nuestra población de estudio no se encontraron manifestaciones de

trastorno depresivo relevantes como factor de riesgo para mortalidad ya que se sabe que el estrés patológico (distrés) actualmente se considera como cotidiano y percibido como "normal" para la población en general.

En el caso de nuestra población es muy probable que el tipo de abordaje conveniente sea a través de una entrevista estructurada dirigida propositivamente a sintomatología afectiva, ya que la importancia que se le dio a los "cuestionarios" pudo haber sido minimizada.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR. Washington, D.C. 2002.
- 2.- Ballenger James C, Jonathan R.T. Davidson et. al. Consensus statement on depression anxiety and cardiovascular disease. *Journal of Clinical Psychiatry*. 62: 24-27. 2001
- 3.- Borowicz Louis, Richard Royall, et. al. Depression and cardiac morbidity 5 years alter coronary artery bypass surgery. *Psychosomatics Medicine*. 43: 464-471. 2002
- 4.- Díaz Guerrero Rogelio. Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (manual e instructivo). Manual Moderno. México 1970. pp28.
- 5.- Dickens Chris, Percival C. et. al. The risk factors for depression in first myocardial infarction patients. *Psychological Medicine*. 34:6 1083-1092. 2004
- 6.- Frasure Smith N, Lespérance, Francois; Talajic, Mario. Coronary Heart Disease/Myocardial Infarction: Depression and 18-Month Prognosis After. *American Heart Association*. 91:999-1005. 1995
- 7.- Frasure-Smith; Lespérance F. Depression and health care cost during the first year following myocardial infarction. *Journal Psychosomatics Research*. 48:471-478, 2000.
- 8.- Frasure-Smith N, Lespérance F. Depression and other psychological risk following myocardial infarction. *Archives General of Psychiatry* 60: 627-636 . 2003
- 9.- Frasure Smith N, Lespérance et.al Depression: prognosis after myocardial infarction; effects of depression and anxiety. *Psychosomatic Medicine* 63:221-230. 2001
- 10.- Frasure-Smith N, Lespérance, Francois MD; Juneau, Martin MD; Talajic, Mario MD; Bourassa, Martial G. MD. Gender, Depression, and One-Year Prognosis After Myocardial Infarction. *Psychosomatics Medicine*. 61:26-37. 1999
- 11.- Frasure-Smith N, Lespérance F, Depression-A cardiac risk factor in search of a treatment. *Journal American Medical Association*. 289:3171-3173. 2003
- 12.- Frasure-Smith, Nancy PhD; Lespérance, François MD; Gravel, Ginette MSc; Masson, Aline MSc; Juneau, Martin MD; Talajic, Mario. Social Support, Depression, and Mortality During the First Year After Myocardial Infarction. *American Heart Association*. 101:1919-1924. 2002
- 13.- Freedland KE, Rich mw; et. al. Prevalence of depression in hospitalized patients with congestive heart failure. *Psychosomatic Medicine* 65: 119-128. 2003
- 14.- Glassman Alexander H., Meter A. Shapiro Depression and the course of coronary artery disease. *American Journal of Psychiatry* 155: 4-11.1998
- 15.- Heather S. Lett, James A. Blumenthal, Michael A. Babyak. Et. Al. Depression as a risk factor coronary artery disease: evidence, mechanisms, and treatment). *Psychosomatic Medicine* 66:305-315. 2004
- 16.- Jürgen Barth, Martina Schumacher et. al.: Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary Herat disease: A meta-analysis. *Psychosomatic Medicine* 66:802-813. 2004

- 17.- Kaplan Harold, Sadoc Benjamin. Sinopsis de Psiquiatría. Editorial Panamericana, 8ª edición. Madrid, España 20001. 1589 pp.
- 18.- Kasper Dennis L., Eugene Braunwald, et. Al. Principios de Medicina Interna de Harrison. Editorial McGraw Hill Interamericana. México 2006. 2872pp
- 19.- Lane Deirdre, Douglas Carroll, et. Al. Mortality and quality of life 12 months alter myocardial infarction: Effects of depression and anxiety. Psychosomatic Medicina. 63:221-230. 2001
- 20.- Lespérance, François MD; Frasure-Smith, Nancy PhD; Juneau, Martin MD; Théroux, Pierre MD. Depression and 1-Year Prognosis in Unstable Angin. American Heart Association. 160:1354-1360. 2000
- 21.- Lespérance, Francois MD; Frasure-Smith, Nancy PhD; Talajic,. Major Depression Before and After Myocardial Infarction: Its Nature and Consequences. Psychosomatics medicine. 58:99-110. 1996
- 22.- Lespérance F., Frasure Smith. Five-year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one year changes in depression symptoms after myocardial infarction. American Heart Association, 105:1049-1053. 2002
- 23.- Lespérance, François MD; Frasure-Smith, Nancy PhD; Talajic, Mario MD; Bourassa, Martial G. MD. Depression Symptoms After Myocardial Infarction. American Heart Association. 105:1049-1053.2002
- 24.- Lespérance, Francois MD; Frasure-Smith, Nancy PhD. The Seduction of Death. Psychosomatics Medicine. 61:18-20. 1999
- 25- Lippincott, Williams and Wilkins. Depression and cardiac disease. Current opinion in psychiatry. 15:59-62. 2002
- 26.- Mayou Richard A., David Gill, et. Depression and anxiety as predictors of autotcome after myocardial infarction. Psychosomatic Medicine. 62: 212-219. 2000
- 27.- McGowan Linda, Dickens Chris, et. al. The relationship between vital exhaustion, depression and comorbid illnesses in patients following first myocardial infarction. Journal of Psychosomatic Research. 57: 183-188. 2003
- 28.- Pennix, Brenda; Beekman, Aartjan T., Depression and cardiac mortality: Results from a community based longitudinal study. Archives of Internal Medicine.58:221-227. 2001
- 29.- Penninx Brenda WJH, Guralnik JM. et. al. Cardiovascular events and mortality and cronicly depressed persons >70 years of age. American Journal of Cardiology 81:988-994. 1998
- 30.- Phil Irvine, Jane D.; Basinski. Depression and risk of sudden cardiac death after acute myocardial infarction testing for the confounding effects of fatigue. Psychosomatics Medicine. 61:729-736. 1999
- 31.- Quintana J. M., A. Padierna et. al. Evaluation of the psychometrics characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatric Scandinavic. 107:216-221 .2003
- 32.- Sanith RP. The concepts of mild depression. British Journal of Psychiatry 150:387-393. 1987.
- 33.- Sherry L. Grace, Susan E. Abbey, et. al. Longitudinal course of depressive symptomatology after a cardiac event: effects of gender and cardiac rehabilitation. Psychosomatic Medicine. 67: 52-58. 2005

- 34.- Schrader, Geoffrey; Cheok, Frida. Predictors of depression three months after cardiac hospitalization. *Psychosomatics Medicine*. 66:514-520. 2004
- 35.- Sorensen C. Brandes A., Hendricks O. Thrane J. Friis-Hasché E, et. al. Depression assessed over 1-year survival in patients with myocardial infarction. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 113:290-297. 2006
- 36.- Sorensen C, Brandes A, et. Al. Psychosocial predictors of depression in patients with acute coronary syndrome. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 111:116-124. 2005
- 37.- Stoudemire Alan, Barry S. Fogel and Donna B. Greenberg. *Psychiatric care of the medical patient*. Edit. Oxford, Second edition . New York. 2000. pp1181
- 38.- Strik Jaqueline JMH, Adriaan Honig, et. al. Sensitivity and specificity of observer and self-report questionnaires in major and minor depression following myocardial infarction. *Psychosomatics Medicine*, 42: 423-428. 2001
- 39.- Van Melle Joost P., Peter de Jorge, et. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events : a meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*. 66: 814-822. 2004
- 40.- Walley-Sánchez, Ortega Soto. Diagnóstico de ansiedad y depresión en pacientes quemados. HAD como herramienta diagnóstica. Tesis para la especialidad en psiquiatría. México. 1992.
- 41.- Ziegelstein, Roy; Fauerbach, James. Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Archives of internal medicine*. 160:1818-1823. 2000
- 42.- Zigmond A. S. and R.P. Snaith. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 67: 361-370 .1983