



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA DE SALUD MENTAL**

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS POR SÍNDROME CORONARIO
AGUDO Y BÚSQUEDA DE FACTORES
PREDISPONENTES**

Autor:
Lic. Enf. Cristina Rodríguez

Tutor:
Dr. Alejandro Cuesta

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2019



Frecuencia de depresión en pacientes hospitalizados por síndrome coronario agudo y
búsqueda de factores predisponentes

Autor: L. E. CRISTINA RODRIGUEZ

Tesis para la obtención del título de Magister en Salud Mental, en el marco del
Programa de Maestría en Salud Mental Generación 2014.

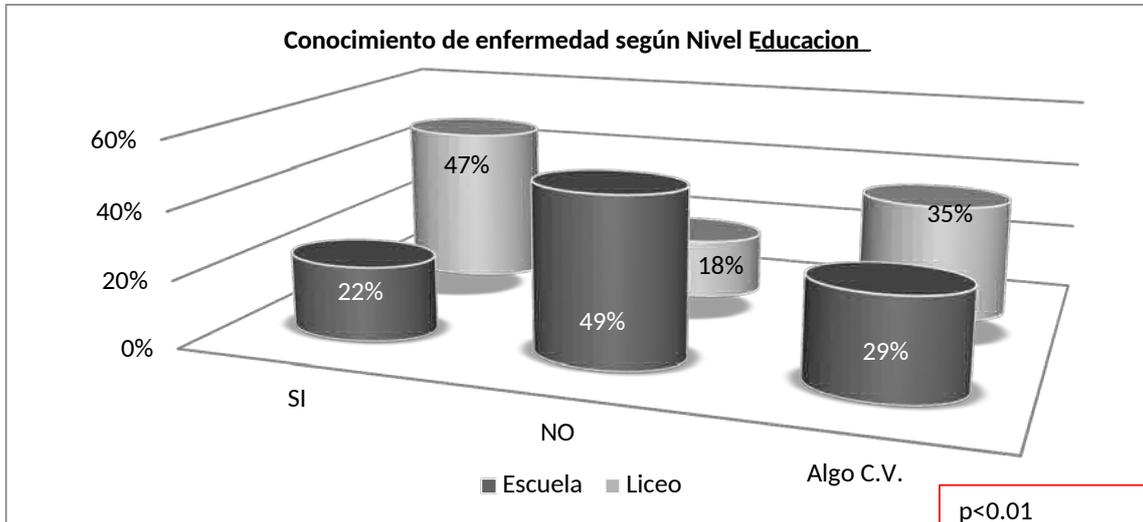
Tutor: Dr. Alejandro Cuesta PhD FESC.

Montevideo, Febrero 2019

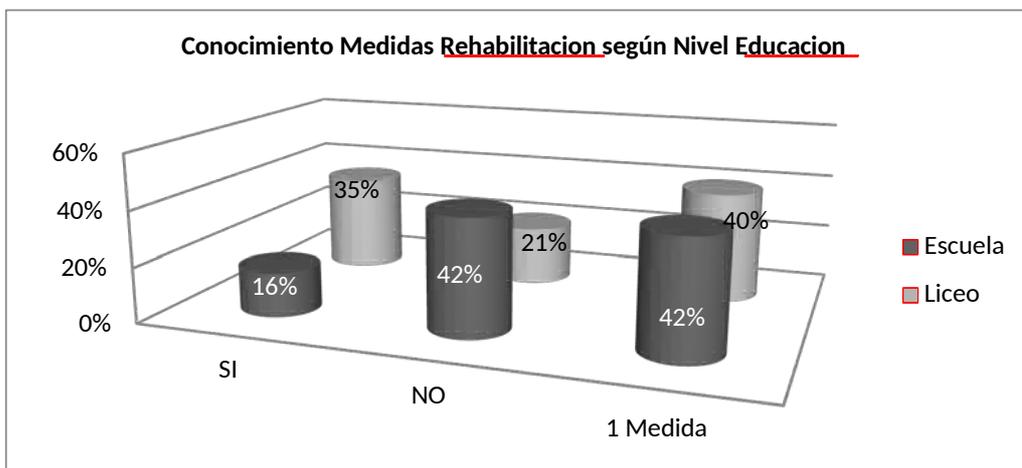
FE DE ERRATAS

1. Portada. El título finaliza con la palabra: “predisponentes” en lugar de finalizar con la palabra: “socio demográficos”. Al igual que en la Portadilla.
2. En la pagina 3, deben eliminarse las palabras en negrita: “introducción”, “objetivos”, “material y métodos” y “resultados”; y debe escribirse todo el texto en un mismo párrafo.
3. En la pagina 3, el objetivo dice: “ Evaluar la presencia de depresión en pacientes que ingresan por SCA de riesgo moderado o alto. Identificar, si existe asociación entre la presencia de depresión y factores socio demográficos”; debe cambiarse por “Estudiar los factores predisponentes para la ocurrencia de sintomatología depresiva, en pacientes con ECV y de esta forma, con un enfoque de riesgo, poder trazar estrategias para su prevención en los ámbitos asistenciales”.
4. En la página 4, debe eliminarse la palabra en negrita: “conclusiones”
5. En la página 5, deben eliminarse las palabras en negrita: “introduction”, “objectives”, “material and methods”, “results”, “ conclusions”; y debe escribirse todo el texto en un mismo párrafo.
6. En la pagina 5, el objetivo dice: “To evaluate the presence of depressive symptoms in patients admitted for ACS of moderate or high risk. Ton find out if there is an association between the presence of depressive symptoms and socio-demographic factors”; debe cambiarse por “.To study the predisposing factors for the occurrence of depressive symptomatology, in patients with CVD and in this way, with a risk approach, to be able to draw up strategies for their prevention in the care areas ”.
7. En la página 11, el objetivo general que dice: “Evaluar la presencia de depresión en pacientes que ingresan por SCA de riesgo moderado o alto. Identificar, si existe asociación entre la presencia de depresión y factores socio demográficos”; debe cambiarse por “Estudiar los factores predisponentes para la ocurrencia de sintomatología depresiva, en pacientes con ECV y de esta forma, con un enfoque de riesgo, poder trazar estrategias para su prevención en los ámbitos asistenciales”.

8. En la página 24, en la última línea hay que agregar:” Se analizo a través de las variables: “conocimiento de su enfermedad, y conocimiento de medidas de rehabilitación”.
9. En la página 43, al término de la 4 línea, agregar grafica:



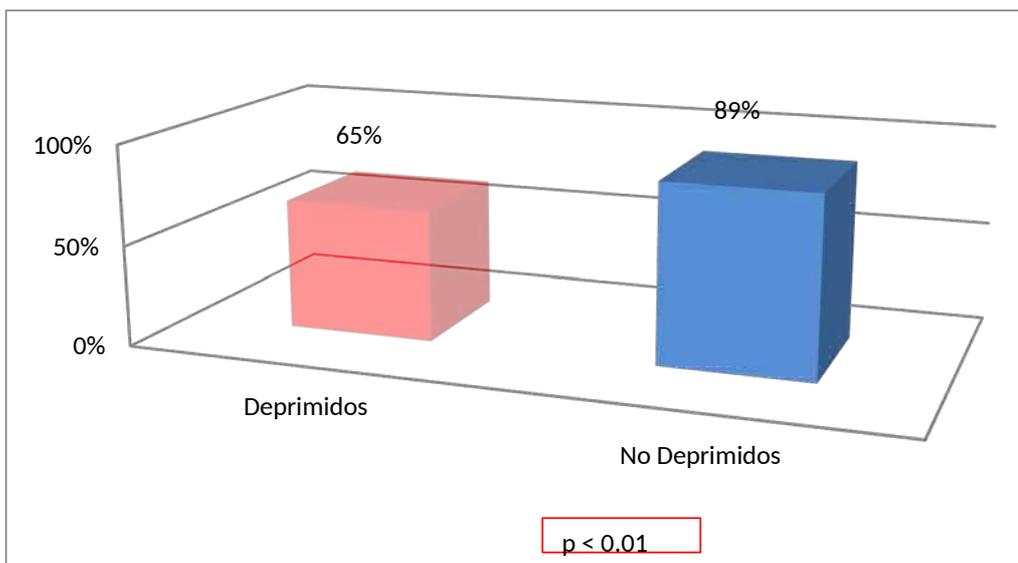
10. En la página 43, al termino de línea 6, debe agregarse la grafica:



$p = 0.02$

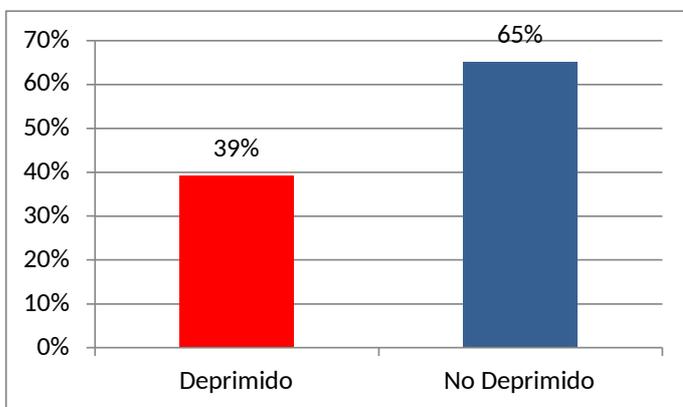
11. En la página 46, línea 8, debe agregarse la grafica:

Residencia Montevideo



12. En la pagina 46, al termino de línea 10, agregar grafica:

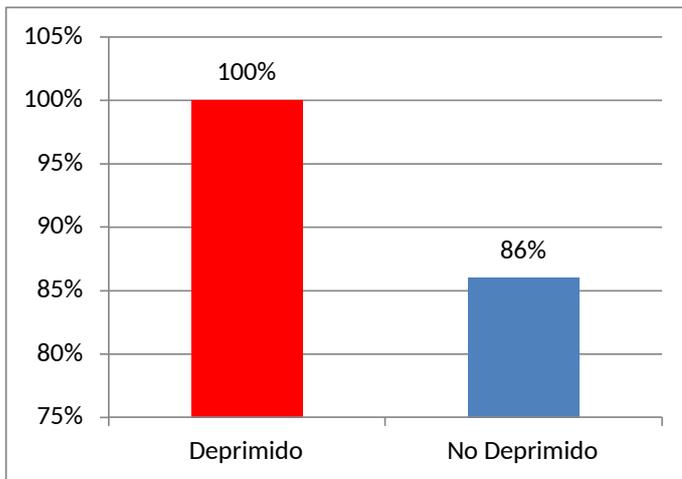
Nivel Liceal Terminado



$p = 0.03$

13. En la página 46, al termino línea 13, agregar la grafica:

Sedentarismo



P= 0.06

14. En la página 59, al inicio de la línea 12, debe agregarse: “En lo que respecta a la variable que estudia la necesidad de aprender y satisfacer la curiosidad”

15. En la pagina 59, al inicio de línea 16, debe agregarse: “No se pudo comprobar la hipótesis planteada”

1.- AGRADECIMIENTOS

Al embarcarme en el proyecto de maestría sabía que para poder cumplir con las responsabilidades asumidas, enfrentaría momentos donde los afectos quedarían algo relegados. Es por ello que quiero agradecer en primer lugar a mi familia, amigos y compañeros de trabajo por su apoyo incondicional.

A la profesora L.E. Margarita Garay, quien confió en mí desde el primer momento.

A mi tutor Dr. Alejandro Cuestas, quien me guio con sus conocimientos y dedicación profesional.

A todos aquellos que de una manera u otra contribuyeron a que hoy pueda estar poniendo punto final a esta etapa tan deseada profesionalmente.

2.-LISTA DE ABREVIATURAS Y DE SIGLAS.

ACV:	Ataque Cerebro vascular.
ATC:	Angioplastia Transluminal Coronaria.
CIE:	Clasificación Internacional de Enfermedades.
CI:	Cardiopatía Isquémica.
CRM:	Cirugía de Revascularización Miocárdica.
DSM- IV:	Manual para el Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association
ECV:	Enfermedad Cardiovascular.
IAM:	Infarto Agudo de Miocardio.
ICI:	Instituto de Cardiología Integral.
IMAE:	Instituto de Medicina Altamente Especializado.
MUCAM:	Mutualista Medica Uruguaya.
OMS:	Organización Mundial de Salud.
SCA:	Síndrome Coronario Agudo.
SCA-C/ST:	Síndrome Coronario Agudo con elevación del Segmento ST.
SCA-S/ST:	Síndrome Coronario Agudo sin elevación del Segmento ST.
TDM:	Trastorno Depresivo Mayor.
UDELAR:	Universidad de la República.

3.- RESUMEN

INTRODUCCION: La depresión se relaciona con la enfermedad cardiovascular y es una complicación luego de un síndrome coronario agudo (SCA). No encontramos datos acerca de esto en nuestro país. Los síntomas depresivos en el contexto de SCA son poco reconocidos. El personal de enfermería debe reconocer y saber manejar las manifestaciones depresivas.

OBJETIVOS: Evaluar la presencia de depresión en pacientes que ingresan por SCA de riesgo moderado o alto. Identificar, si existe asociación entre la presencia de depresión y factores socio demográficos.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, en pacientes que consultaron en una mutualista de Montevideo por SCA y fueron considerados de riesgo alto o moderado de infarto o muerte. Se incluyeron pacientes que ingresaron a la Unidad Cardiológica y/o que se les realizó un cateterismo.

RESULTADOS: Se incluyeron 111 pacientes, la edad fue 63 ± 12 años. El género masculino represento el 57%. El 84% provenía de Montevideo y 60% tenía liceo terminado, pero ninguno, estudios terciarios. En la evaluación de síntomas depresivos se encontró un puntaje de Beck de 7.3 ± 3.3 y 23 pacientes (21%) entraron dentro del diagnóstico de depresión media. No hubo ninguno con depresión moderada ni severa.

La edad de los pacientes con depresión fue 67 ± 9 años, pocos tenían liceo terminado (39%) y la totalidad eran sedentarios. La procedencia del interior fue el único factor independiente predictor de depresión. Los pacientes en general conocían poco su enfermedad (37%) y las medidas para la rehabilitación (27%). Cuando tenían solo escuela terminada eso era aún menor (22% y 16%).

CONCLUSIONES: En esta investigación, la prevalencia de depresión media fue 21%. La procedencia del interior se asoció de forma independiente a su ocurrencia. El menor nivel de educación formal se asoció a un menor conocimiento de la enfermedad y de las pautas de rehabilitación.

Palabras clave: depresión, infarto agudo de miocardio, síndrome coronario agudo,

SUMMARY

INTRODUCTION: Depression is related to cardiovascular disease and is a complication after an acute coronary syndrome (ACS). We didn't find data about this in our country. Depressive symptoms in the context of ACS are poorly recognized. The nursing staff must also recognize and know how to handle depressive manifestations.

OBJECTIVES: To evaluate the presence of depressive symptoms in patients admitted for ACS of moderate or high risk. To find out if there is an association between the presence of depressive symptoms and socio-demographic factors.

MATERIAL AND METHODS: A quantitative, descriptive, cross-sectional study was performed, in patients who consulted with an ACS of high or moderate risk of infarction or death, at a private health service in Montevideo. Patients who entered the Cardiology Unit and / or who underwent catheterization were included.

RESULTS: The study included 111 patients. The age was 63 ± 12 years, 57% were male, 84% came from Montevideo and 60% had completed high school, but no with tertiary studies. In the evaluation of depressive symptoms, a Beck score of 7.3 ± 3.3 was found and 23 (21%) entered into diagnosis of mean depression. There was none with moderate or severe. Patients with depression were older, less had finished school and more were sedentary. Not coming from Montevideo was the only independent predictor of depression. Patients knew little about their disease (37%) and measures for rehabilitation (27%). When they had only finished school these rates were even lower (22% and 16%).

CONCLUSIONS: In this sample the prevalence of mean depression was 21%, lower than expected. Not coming from Montevideo was independently associated with its

occurrence. The lower level of formal education was associated with less knowledge of the disease and rehabilitation guidelines.

Keyword: depression, acute myocardial infarction, acute coronary syndrome,

4.- TABLA DE CONTENIDO

1.- Agradecimientos	1
2. - Lista de Abreviaturas y de siglas	2
3. - Resumen	3
4. - Tabla de Contenido	7
5. - Introducción	9
6. - Objetivos: General y Específicos.	11
7.- Hipótesis	11
8.- Marco Teórico	12
8.1. Enfermedad Cardiovascular y Cardiopatía isquémica	12
8.2. Concepto de Síndrome Coronario Agudo	14
8.3. Depresión y diagnóstico	16
8.4. Depresión y Cardiopatía isquémica.	21
8.5. Factores asociados a Depresión.	26
8.6. Rol de Enfermería	27
9.- Justificación	28
10.- Material y Métodos.	32
10.1 Tipo de estudio y nivel de investigación	32
10.2 Marco institucional	32
10.3 Universo	33
10.4 Muestra	33
10.5 Consentimiento	34
10.6 Periodo de Estudio	34

10.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	34
10.8 Variables: Definición y categorías	36
10.9 Procesamiento y Análisis de datos	38
11.- Resultados	39
12.- Discusión	49
13.- Conclusiones	59
14.- Epilogo	60
15.- Referencias Bibliográficas	61
16.- Anexos	68

5.- INTRODUCCION

La Salud y la enfermedad son procesos complejos de adaptación en donde confluyen factores biológicos, psicológicos y sociales que se integran en un individuo y en un momento dado. (1)

A partir de esta mirada amplia de la salud, en la actualidad, se considera a las distintas variables psicológicas en el desarrollo de las enfermedades y su rehabilitación. (1)

Es sabido que los factores psicológicos intensos aumentan la probabilidad de desequilibrios de los sistemas fisiológicos y en general de la homeostasis en el organismo. (1)

El sistema cardiovascular es fuente de gran cantidad de enfermedades crónicas y degenerativas, que ocupan los primeros lugares de la morbi-mortalidad mundial. (2, 3,4),

La alta prevalencia de depresión en el mundo ya la transforma en un trastorno muy importante en relación con el sistema cardiovascular pero además, en los últimos años, se ha reconocido y avanzado en el conocimiento de la relación entre la depresión y la enfermedad coronaria. Se considera que es un factor relacionado con la incidencia de la enfermedad y también una complicación fundamental a atender en la rehabilitación. Existen estudios recientes que encuentran factores sociales y demográficos relacionados con ocurrencia de depresión en pacientes que han sufrido un Síndrome Coronario Agudo. (2, 3, 4)

La visión imperante en enfermería considera a la persona como un ser bio-psico-social.

La colega norteamericana Virginia Henderson, doctora *Honoris Causa* de 10 universidades en el mundo, propuso catorce necesidades básicas en que debería basarse la atención de Enfermería. (5)

La depresión puede alterar la capacidad de satisfacer, en mayor o menor grado, todas y cada una de esas necesidades. Por otro lado, la falta de satisfacción de esas necesidades predispone a la depresión.

Es función primordial de Enfermería ayudar a la persona que presenta una dolencia a satisfacer sus necesidades básicas. Suplir la autonomía de la persona ayudándola a lograr la independencia. (5)

6.- OBJETIVOS

6.1. GENERAL

Evaluar la presencia de depresión en pacientes que ingresan por SCA de riesgo moderado o alto. Identificar, si existe asociación entre la presencia de depresión y factores socio demográficos.

6.2 . ESPECIFICOS

- I. Evaluar la presencia de síntomas depresivos en pacientes que ingresan por SCA de riesgo moderado o alto.
- II. Caracterizar a la población de estudio a través de variables socio demográficas
- III. Identificar, si existe asociación entre la presencia de depresión y factores socio demográficos, en pacientes hospitalizados por SCA.

7.- HIPÓTESIS

La depresión en pacientes que ingresan por SCA de riesgo alto o moderado es frecuente.

Más habitual en mujeres jóvenes, menores de 50 años, que viven solas, con nivel educativo bajo.

8.- MARCO TEORICO

8.1. Enfermedades Cardiovasculares y Cardiopatía isquémica

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Se calcula que en el año 2012 murieron por ECV 17,5 millones de personas, lo cual representa el 31% de todas las muertes registradas en el mundo.

Dentro de ellas; 7,4 millones se debieron a Cardiopatía Isquémica (CPI) y 6,7 millones a Ataques Cerebro Vasculares (ACV). (6)

En la 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) la OMS define a las ECV como "Enfermedades del Sistema Circulatorio" (7)

En el año 2013 el 27% de las defunciones en nuestro país fueron por ECV.

Fue nuevamente la primera causa de muerte seguida por los tumores y más lejos por las respiratorias. Dentro de las ECV, las enfermedades cerebro-vasculares ocuparon el primer lugar con 29% y las enfermedades isquémicas del corazón el segundo lugar con 26% (CIE10, I20 al I25).

La magnitud de las enfermedades isquémicas del corazón está algo subestimada, ya que muchos eventos con ésta causa quedan catalogados en otros rubros, como la insuficiencia cardíaca y el paro cardíaco (8).

Como se ve, el panorama es muy similar a lo que ocurre en la mayoría de los países del mundo (6).

Las defunciones por enfermedades del aparato circulatorio en Uruguay tienen una tendencia descendente desde hace al menos 10 años. Otro hecho es que las enfermedades cerebro-vasculares han descendido menos que la CI y así, figuran

actualmente como la primera causa vascular. Por el contrario, la mortalidad por Hipertensión Arterial (CIE10, I10- al 15), aunque tiene un peso absoluto menor, presenta un incremento sostenido desde que se tiene registro (8).

La OMS define las ECV como un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos, entre los que se incluyen: (6)

- la cardiopatía coronaria: enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el miocardio
- las enfermedades cerebro vasculares: enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro;
- las arteriopatías periféricas: enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores;
- la cardiopatía reumática: lesiones del músculo cardíaco y de las válvulas cardíacas debidas a la fiebre reumática, una enfermedad causada por bacterias denominadas estreptococos;
- las cardiopatías congénitas: malformaciones del corazón presentes desde el nacimiento; y
- las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares: coágulos de sangre (trombos) en las venas de las piernas, que pueden desprenderse (émbolos) y alojarse en los vasos del corazón y los pulmones

La Cardiopatía Isquémica (CI) deviene de la enfermedad de las arterias coronarias que irrigan el músculo cardíaco y reconoce múltiples causas. En su desarrollo y evolución intervienen factores biológicos y también factores psicológicos y sociales (1).

La CI puede presentarse de diferente manera, ya sea crónica o aguda. Las formas crónicas son; el ágor estable y la falla cardíaca por miocardiopatía. Las formas agudas, de manera simplificada, son; el ágor inestable, el infarto de miocardio y la muerte súbita. Al momento de la presentación y mientras se lleva a cabo la estratificación de riesgo y resolución de la conducta de urgencia, las formas agudas se agrupan bajo el término Síndrome Coronario Agudo (SCA) (9).

8.2. Concepto del Síndrome Coronario Agudo

El mecanismo fisiopatológico que subyace a un SCA es la complicación de una lesión aterosclerótica preexistente en la luz de una arteria coronaria. Se puede romper o erosionar, con la consiguiente exposición de material trombogénico. Hay trombosis que se inicia sobre la lesión y se extiende y vaso-espasmo localizado, desencadenados por mediadores locales. El tejido mal irrigado por la arteria comprometida sufre de isquemia que puede evolucionar hasta la necrosis. Dependiendo del grado, el tiempo de interrupción de la circulación, las necesidades de consumo del tejido en ese momento y la presencia de circulación colateral. (10)

Al momento de presentarse un paciente con un SCA se debe clasificar, según los hallazgos electrocardiográficos, en SCA sin elevación del segmento ST (SCA-S/ST) o con elevación del segmento ST (SCA-C/ST).

El SCA-S/ST incluye la angina de reposo prolongada; angina de reciente comienzo; la progresión de la clase funcional de una angina previa y el ágor post-infarto.

El SCA-C/ST debe hacer pensar que hay un Infarto Agudo de Miocardio (IAM) en curso y es imperativo instaurar una estrategia de reperfusión de emergencia. Esta

conducta ha demostrado claramente ventajas en la morbilidad y mortalidad de los pacientes (9).

Los pacientes con SCA-S/ST son los más complejos de resolver. Requieren de una estratificación del riesgo inicial y seguirla en las horas siguientes para determinar la conducta. Muchos suelen estabilizarse con un tratamiento médico inicial y luego ingresan para resolver la conducta definitiva.

Hay otros que presentan un riesgo alto de infarto o muerte y es necesario adoptar también una conducta invasiva.

Ello implica la realización de un cateterismo coronario y eventual revascularización según el resultado.

La revascularización puede ser mediante catéteres – angioplastia transluminal coronaria (ATC) – o quirúrgica – cirugía de revascularización miocárdica (CRM) –.

La elección de una u otra depende de criterios clínicos y anatómicos (10).

Los pacientes a los que se diagnostica un SCA ingresan por puerta de emergencia. Allí se estudian y se resuelve su destino siguiente en pocos minutos u horas.

Algunos pacientes con SCA-S/ST con riesgo bajo, generalmente con una causa reversible que se soluciona, ingresan en un área de baja complejidad – sala o piso –.

Los pacientes con riesgo claramente alto son derivados a un servicio de hemodinamia para la realización de un cateterismo.

Hay un tercer grupo de pacientes cuyo riesgo no se puede catalogar de bajo pero aún no tiene indicación o no están en oportunidad de ir a un cateterismo. Estos deben ingresar a una unidad de cuidados especiales, preferentemente una unidad cardiológica.

Los efectores de salud que cuentan con unidad cardiológica y servicio de hemodinamia en un mismo edificio, tratan y siguen prácticamente a todos sus pacientes con SCA.

Este es el caso de la institución donde se realizó nuestro estudio.

8.3. Depresión y diagnóstico

La OMS define la depresión, como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (11)

La depresión es un trastorno que afecta la salud mental del individuo. Según la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association (DSM-IV), la depresión es una de las enfermedades psiquiátricas más frecuentes en la población general. (12)

La OMS define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (13)

Las personas con depresión experimentan no solo la presencia de tristeza, sino una falta de interés y placer en las actividades cotidianas, trastornos del sueño y/o del apetito, sentimientos de culpa, falta de autoestima, incapacidad para concentrarse, y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. (14)

Existen diversas clasificaciones de los trastornos depresivos. Se tomará como referencia la clasificación propuesta en el DSM-IV-TR. (12)

Dicha clasificación menciona tres tipos de trastornos depresivos:

- 1) *Depresión mayor*: en la cual hay uno o más episodios de depresión mayor.
- 2) *Distimia*: en la cual hay una historia del estado de ánimo deprimido por un tiempo de más de dos años como mínimo, sin que los dos primeros años del trastorno concuerden con los criterios del episodio de depresión mayor.
- 3) *Trastorno depresivo no especificado*: incluye los trastornos con sintomatología depresiva que no cumplen los criterios de ningún trastorno específico del estado de ánimo ni del trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido.

1) EPISODIO DEPRESIVO MAYOR – DEPRESIÓN MAYOR

La sintomatología esencial de un episodio depresivo mayor consiste en un estado de ánimo deprimido ó pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades, con síntomas asociados durante dos semanas como mínimo. Los síntomas representan un cambio en la forma de actuar previa y son relativamente persistentes, apareciendo durante la mayor parte del día, casi cada día, por un período de dos semanas como mínimo. Los síntomas asociados incluyen alteración del apetito, cambios en el peso, alteraciones del sueño, agitación o enlentecimiento psicomotriz, disminución de energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa, dificultades de pensamiento o de concentración e ideas de muerte ó intentos de autoeliminación. (12)

El apetito se altera con frecuencia, generalmente disminuye, pero a veces puede aumentar en forma evidente. (12)

Es común la alteración del sueño, siendo lo más frecuente el insomnio, pero en ocasiones puede haber hipersomnía. (12)

La agitación psicomotriz se manifiesta mediante la incapacidad para pensar sentado, deambulación continua, retorcimientos de las manos, estiramiento o manoseo del cabello, la ropa u otros objetos. (12)

El enlentecimiento psicomotriz puede manifestarse en un lenguaje lento, aumentos de las pausas antes de responder, conversación monótona, movimientos corporales lentos, pobreza del lenguaje o mutismo. Frecuentemente, hay una disminución del nivel de energía, experimentado como una fatiga continua. (12)

El sentimiento de inutilidad oscila desde los sentimientos de incapacidad hasta la evaluación negativa e irreal de la propia dignidad. El individuo exagera sus fracasos y se reprocha a si mismo los pequeños errores, buscando en su entorno motivos que le confirmen su negativa autoevaluación. El sentimiento de culpa se expresa a través de una reacción excesiva a fracasos actuales o pasados, o de una responsabilidad exagerada de acontecimientos desfavorables o trágicos. (12)

Es muy frecuente la dificultad para concentrarse, el enlentecimiento y la indecisión. Se distrae fácilmente y puede quejarse de fallos amnésicos. (12)

Las ideas de muerte, son habituales, puede haber ideas de suicidio, o intentos de autoeliminación. (12)

Sintomatología asociada:

Los síntomas asociados más frecuentes incluyen llanto, ansiedad, irritabilidad, rumiación obsesiva o repetitiva, excesiva preocupación por la salud física, crisis de angustia, fobias, alucinaciones o ideas delirantes. (12)

Incidencia en cada sexo:

El trastorno es dos veces más habitual en las mujeres que en los hombres.

Diagnóstico diferencial del episodio depresivo mayor:

Para el diagnóstico de episodio depresivo mayor tomamos los criterios del DSM-IV ya referido, por ser los más aceptados por los especialistas (Figura 1). ANEXO 1

2) DISTIMIA

Consiste en una alteración crónica del estado de ánimo, incluyendo un estado de ánimo deprimido, que dura la mayor parte del día a lo largo de dos años como mínimo. (12)

Los síntomas asociados incluyen: disminución del apetito o voracidad, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, disminución de la autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones, sentimientos de desesperanza. (12)

Para su diagnóstico tiene que haber un período de dos años en el que no se hayan dado síntomas depresivos por más de dos meses. (12)

Sintomatología asociada:

Los síntomas asociados son similares a los del episodio depresivo mayor, con la excepción de que no hay, por definición, ideas delirantes ni alucinaciones. (12)

Incidencia en cada sexo:

Entre los adultos, el trastorno es más frecuente en las mujeres.

3) TRASTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO

Incluye los trastornos con sintomatología depresiva que no cumplen los criterios de ningún trastorno específico del estado de ánimo ni del trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido. (12)

La depresión afecta más a la mujer que al hombre. (14)

Las repercusiones tanto sanitarias como sociales y económicas de la depresión son muy importantes. La OMS considera que la depresión, que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial de morbilidad (14)

En nuestro país, dos estudios realizados sobre síntomas depresivos y depresión en la población general, han mostrado un probable incremento de prevalencia.

En 1998 se estimó que 16% de las mujeres y 6% de los hombres sufrían depresión y en 2008 ello subió a 18% y 11% respectivamente (15, 16).

Según un estudio realizado en el Hospital de Clínicas en el periodo 1999-2000 por la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina (UDELAR), la depresión fue la patología mental más frecuentemente tratada en su servicio (17).

Una consecuencia mayor de la depresión es el suicidio. En Uruguay es un problema sanitario muy importante y mejor estudiado a nivel nacional que la depresión. Tenemos de las tasas más altas del mundo, cercanas al 20 por 100.000 habitantes. Superan a las muertes por homicidios y por accidentes (18, 19).

Este problema y la asociación con la depresión, desde el punto del rol que debe tener enfermería ha sido recientemente abordados por Garay et al. (20).

Los eventos cardiovasculares suelen instalarse de forma súbita e inesperada y requieren que el paciente se logre adaptar a la nueva situación. Hay una pérdida importante evidente y cambios respecto al futuro probable. Esto siempre va acompañado de cambios en el humor que se deberían resolver en pocas semanas. Si los síntomas persisten y se agravan se genera la depresión.

El paciente persiste preocupado solo por el aspecto somático de la CI y no puede pensar en otra cosa. Aparece astenia marcada a predominio matutino, hay desórdenes del sueño, particularmente insomnio y en casos extremos tienen un riesgo aumentado de suicidio (21,22).

8.4. Depresión y Cardiopatía Isquémica

Como hemos señalado antes, la cardiopatía isquémica y la depresión son 2 enfermedades que tienen un gran impacto en la salud de la población.

El interés por la asociación entre ellas se ha establecido en primer lugar por la elevada prevalencia de ambas.

En pacientes que han sufrido un SCA se encuentra depresión entre 14% y 60%.

Esto contrasta con la prevalencia de 7% en la población general (2, 3, 21).

La prevalencia de la depresión en pacientes con enfermedad vascular depende de la población estudiada, de la escala empleada y del grado de severidad de la depresión considerado (23).

El interés por la depresión y la cardiopatía isquémica también está dado por sus posibles interacciones y potenciación. Los pacientes con depresión tendrían mayor riesgo de CI y los pacientes con CI y depresión tendrían peor evolución de los que no tienen depresión.

El estudio epidemiológico multi-céntrico INTERHEART consideró el efecto de las enfermedades psíquicas en la CI. Encontró que el estrés psicosocial, que incluye la depresión, ocupaba el tercer lugar como factor de riesgo para desarrollar enfermedad cardiovascular (OR=2.67). Solo superados por un tipo de dislipemia y el cigarrillo y por delante de la diabetes, la hipertensión arterial y la obesidad (24).

En el año 2006, Nicholson et al realizaron un meta-análisis de estudios observacionales que agrupaban más de 140.000 pacientes. Encontraron que los sujetos con depresión tenían un riesgo relativo de 1.8 (1.5 - 2.2) de sufrir CI en el futuro. Los autores relativizaron el hallazgo y dijeron que aún no podía afirmarse que la depresión fuera factor de riesgo independiente, ya que la información de los trabajos no permitía corregir desvíos por interacciones (25).

Gan et al. en una meta-análisis más reciente, considerando solo estudios de cohorte prospectivos que terminaron incluyendo cerca de un millón de participantes, encontraron que el riesgo relativo era de 1.3 (1.2 – 1.4) para enfermedad coronaria e igual para infarto de miocardio. Estos autores consideraron que ya se podía afirmar que la depresión era un factor de riesgo independiente para CI y así se considera actualmente (26).

Varios estudios demuestran que en los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio existe una elevada prevalencia de depresión, pero también que los pacientes deprimidos tienen peor evolución luego del evento en relación a los no deprimidos (4, 27, 28, 29).

Ya en el año 1995 Frasure et al informaban que el riesgo relativo de muerte al año y medio de un evento cardíaco en pacientes deprimidos es el doble que en los no deprimidos (30). Esto se daría primordialmente por el aumento de la recurrencia.

En el año 2013 Meijer et al. Publicaron un meta-análisis de 16 estudios que incluían más de 10 mil pacientes. Encontraron que en pacientes que sufrieron un infarto y luego tenían depresión el riesgo de nuevos eventos cardiovasculares y la mortalidad total eran mayores. Este efecto se atenuaba cuando se corregía por la severidad de la ECV pero seguía habiendo un riesgo de muerte 22% mayor y un riesgo de nuevos eventos cardiovasculares 13% mayor (31)

Se ha visto que la depresión favorece la adopción de hábitos nocivos para la salud cardiovascular, como el tabaquismo, sedentarismo y trastornos alimentarios, que llevan al sobrepeso y a la dislipemia.

La depresión luego de un infarto lleva también a una menor adherencia al tratamiento indicado y a la rehabilitación.

Luego de un evento agudo se genera una gran inestabilidad emocional con sentimientos de invalidez y baja autoestima que interfieren con la dieta y predisponen al síndrome metabólico. (2, 3, 34)

Hay también evidencia que muestra que la depresión y la CI comparten mecanismos fisiopatológicos. La forma en que se maneja el estrés condiciona las respuestas cognitivas, de comportamiento y emocionales, pero también las neurohumorales.

Se ha visto disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca en sujetos deprimidos y se sabe que esto es un indicador de pronóstico cardiovascular adverso.

Hay una activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal con aumento de la secreción de cortisol.

También aumentan las concentraciones plasmáticas de noradrenalina. Esto tiende a aumentar la grasa visceral y la resistencia periférica a la insulina, lo que contribuye al síndrome metabólico.

En la depresión se encuentra también un aumento de la agregabilidad plaquetaria, directamente relacionada con las complicaciones de la CI.

Tanto en la depresión como en la CI hay mediadores que indican una reacción inflamatoria sistémica y aumento del estrés oxidativo.

Hay incluso estudios a nivel genético mostrando cambios comunes a ambas enfermedades.

Es sabida la mayor incidencia de eventos isquémicos agudos durante la mañana y ello coincide con el ciclo circadiano de la depresión (2, 21, 28).

No encontramos datos acerca de la prevalencia de la depresión en pacientes con ninguna de las ECV en nuestro país.

Un estudio realizado en el año 2002 en el Hospital Pasteur sobre pacientes hospitalizados por todas las causas médicas, mostró una prevalencia del 49% de depresión, dentro de los primeros tres días de internación (32).

Otro estudio realizado en el año 2009 a pacientes ambulatorios médicos del Hospital de Clínicas mostró una frecuencia de depresión de 22% (33). Ninguno se refería exclusivamente a pacientes coronarios.

Pero los síntomas depresivos son poco reconocidos luego de un SCA y por lo tanto la enfermedad no es diagnosticada y menos tratada.

Diversos estudios estiman que solo el 25% o menos de los pacientes cardíacos con depresión mayor están diagnosticados y sólo la mitad reciben tratamiento adecuado (2, 3, 4). Con frecuencia, los síntomas depresivos señalados por los pacientes con ECV hospitalizados son sensación de falta de energía y sintomatología somática como cefalea, dolores diversos, sensación de ahogo, palpitaciones, alteraciones del sueño, trastornos digestivos e intestinales.

A menudo, durante un episodio cardíaco agudo estos síntomas depresivos son atribuidos únicamente a la ECV, por lo que el estado depresivo queda encubierto. (2)

Se ha advertido de las consecuencias de la depresión no diagnosticada o no tratada en pacientes cardíacos. Incrementan la morbimortalidad y los costos sanitarios (3). Aun así, se sigue soslayando. Quizás por atribuir erróneamente los síntomas depresivos a la enfermedad cardíaca o por no darle la suficiente jerarquía y pensar que la depresión es una respuesta “normal” al evento cardiovascular (27, 28).

8.5. Factores asociados a Depresión

Existen varios trabajos que buscaron factores predisponentes a la depresión luego de un evento coronario pero sus hallazgos han sido distintos. En pacientes que han sufrido un SCA se ha encontrado que las malas relaciones familiares, el desempleo, el menor nivel educativo, y especialmente el género femenino estaban asociados (2,3, 28, 34)

Un estudio realizado en el año 2005 en Brasil sobre 345 pacientes con SCA concluyó también que las mujeres, los hombres menores de 50 años y los ansiosos son más propensos a sufrir depresión (2).

Otro estudio realizado en el 2008 en Colombia, sobre pacientes hospitalizados por SCA, encontró que; no tener ingresos fijos, el consumo de cigarrillos y la inversión patológica de la onda T en el electrocardiograma se encontraban relacionados con la ocurrencia de depresión. (34).

Un estudio del año 2014 realizado en Málaga y Tenerife encontró una prevalencia de 28% de depresión en pacientes que habían sufrido un SCA. Fue más común en mujeres, personas solteras y/o que vivían solas, sin estudios o con estudios inferiores, inactivas laboralmente, con ingresos procedentes de pensiones, con mayor gravedad de la enfermedad y con bajo apoyo social percibido (3).

Tampoco encontramos trabajos que estudiaran factores asociados a la depresión en pacientes con SCA en nuestro país. En el trabajo ya mencionado del Hospital de Clínicas, sobre pacientes ambulatorios médicos, no encontraron relación entre la depresión y el tiempo de padecimiento de la enfermedad, la percepción de enfermedad y ocupación (33).

8.6. Rol de Enfermería

Para Virginia Henderson, la función propia de la Enfermería es asistir al individuo tanto sano como enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o su recuperación o a la muerte pacífica. Actividades que la persona podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o conocimiento necesario.

El foco de atención de la Enfermería, sería para Henderson el área de dependencia de la persona (5).

Henderson basa su teoría en que la persona tiene 14 necesidades básicas que deben satisfacer; de carácter fisiológico, psicológico y social. Las mismas comprenden el marco de acción de los cuidados de enfermería. Normalmente dichas necesidades se encuentran satisfechas por parte de las personas, pero cuando algo falla, y una o más necesidades no se satisfacen, surgen los problemas de salud.

Es entonces cuando la enfermera tiene que proporcionar un cuidado integral centrado no solo en su recuperación física, sino una recuperación emocional y social. Lograr que consiga nuevamente su independencia e integración total de mente y cuerpo. (5)

Por lo anteriormente citado, enfermería no solo debe valorar la sintomatología física de los pacientes, debe también saber, reconocer y manejar las manifestaciones depresivas, ya que hacen a la salud y pueden condicionar la evolución.

En este trabajo se estudió la necesidad N°14 de aprender y satisfacer la curiosidad, por considerarla significativa en la rehabilitación de pacientes que han cursado un SCA.

9.- JUSTIFICACION

De acuerdo a la información que aportamos en el marco teórico, sabemos que la depresión y las ECV tienen una importancia fundamental en la salud de la población. En muchos pacientes se asocian y se potencian, muy por encima de lo que ocurre en la población general. Se han planteado mecanismos fisiopatológicos comunes que pueden explicar, al menos en parte, ésta asociación. Ella impacta negativamente sobre la morbilidad y la mortalidad de los pacientes que han sufrido un SCA.

La depresión está sub-diagnosticada en pacientes con ECV. En parte por desconocimiento del personal de salud y en parte porque los síntomas se confunden con la propia enfermedad de base.

Sabemos que la importancia de todos éstos hechos mencionados varía ampliamente según la población que se estudie. Lamentablemente en Uruguay no hemos podido encontrar ningún dato al respecto. Ello también nos confirma que estamos soslayando el problema.

Cuando buscamos información sobre factores que predisponen a la depresión luego de un evento isquémico agudo cardíaco, nos encontramos con muy pocos trabajos, todos extranjeros y realizados en la evolución a mediano plazo luego del evento.

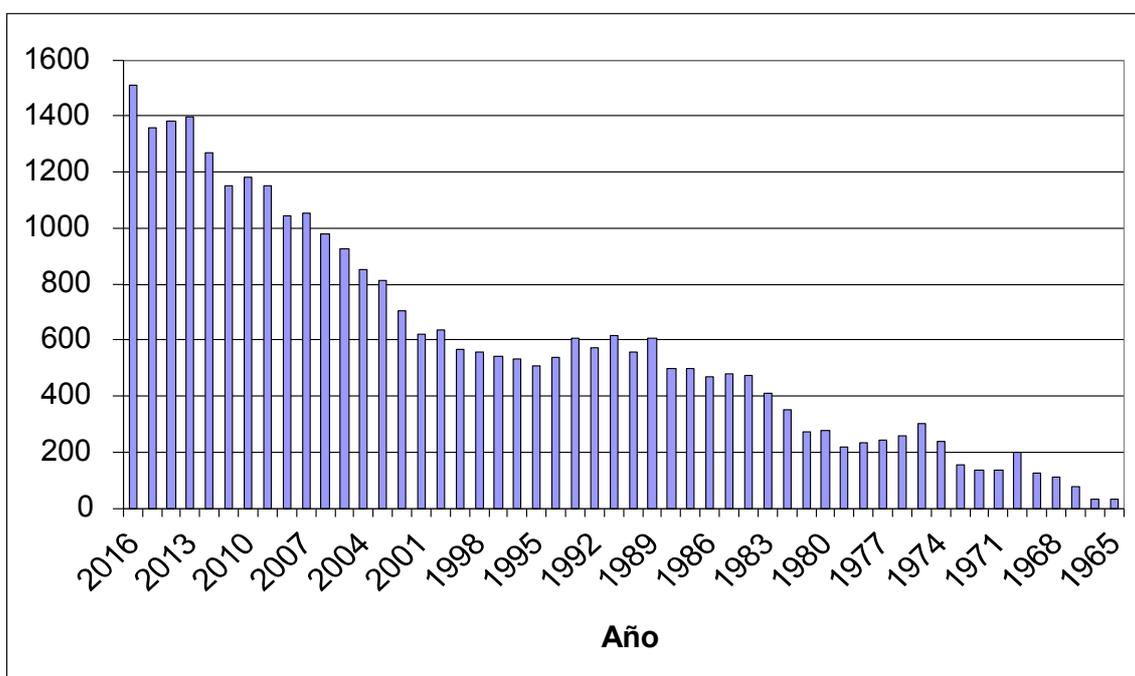
No tenemos la información básica para establecer un plan preventivo precoz, que focalice acciones sobre la población más vulnerable, durante el ingreso por el evento.

En el mundo cada vez se investiga más sobre depresión y enfermedad cardiovascular. Para confirmar ésta impresión realizamos una búsqueda en Pubmed utilizando solamente los términos “*depression and cardiovascular disease*” y nos devolvió 29.000 citas.

Se grafico el numero de referencias desde el año 2016, último completo, hasta el año 1964. (Figura 2).

Obsérvese que desde el 2000 a la actualidad el número de referencias prácticamente se duplican. Esto nos habla de la actualidad del problema que abordamos.

Figura 2: Histograma de frecuencia: número de referencias en Pubmed con los términos “*depression and cardiovascular disease*” en función del año decreciente de 2016 a 1964.



En la medida que la prevalencia de depresión en todo el mundo tiende a aumentar, también aumentara en relación a las patologías asociadas y entre ellas a las ECV.

El problema se agravará en el futuro cercano.

En el año 2016 el Ministerio de Salud Pública definió los Objetivos Sanitarios Nacionales hacia el 2020 (35). Allí se establece una lista de los 15 problemas críticos que se busca atender. Entre ellos figuran la morbi-mortalidad por enfermedades no transmisibles, en primer lugar, las ECV y la incidencia de suicidio y problemas vinculados a la salud mental.

La investigación que nos proponemos se relaciona con ambas áreas.

Con nuestro estudio buscamos acercarnos a la incidencia de depresivos en pacientes que sufren un SCA y que requieren internación en áreas críticas y/o son sometidos a procedimientos invasivos.

Buscamos también conocer si existen características personales que estén más representadas en los pacientes que sufren SCA y presentan síntomas depresivos durante la internación y cuáles son las mismas.

Con esto tendremos información de la importancia del problema en una muestra seleccionada de nuestro país.

También podríamos tener un perfil de la persona que tiene más probabilidad de tener síntomas depresivos y podríamos centrar nuestros esfuerzos preventivos en ella.

Es muy escasa la literatura de enfermería que relaciona SCA y depresión y/o síntomas depresivos.

Sin embargo, existen estudios realizados por la disciplina médica que han mostrado asociación entre estas dos patologías.

En la búsqueda bibliográfica, nacional e internacional, no hemos encontrado trabajos que estudien la satisfacción de las necesidades básicas en pacientes hospitalizados por SCA con síntomas depresivos.

10.- MATERIAL Y METODOS

10.1. Tipo de estudio y nivel de investigación

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. Este tipo de estudio tiene la ventaja de ser relativamente sencillo de ejecutar en relación a los demás, tiene costos bajos y requiere un tiempo acotado. Permite estudiar varios factores y eventos a la vez y caracterizar la distribución del evento en la población definida. Hay que tener en cuenta que a partir de éste tipo de estudio no se debe establecer una relación causal y que tiene varias posibilidades de sesgos.

10.2. Marco institucional

Esta investigación se realizó en la mutualista Medica Uruguaya (MUCAM). Se incluyeron pacientes que ingresaron por el servicio de Puerta de Emergencia a la Unidad Cardiológica y a piso. A muchos de ellos, se les habría realizado un cateterismo cardíaco y eventualmente angioplastia en el Instituto de Cardiología Integral (ICI). El ICI es un Instituto de Medicina Altamente Especializada (IMAE) cardiológico que funciona dentro de las instalaciones de MUCAM. Atiende prácticamente todos los pacientes socios de MUCAM que requieren éste tipo de procedimiento, y a pacientes de otras mutualistas tanto de Montevideo como del Interior del país.

Este trabajo requirió de coordinación con la Unidad Cardiológica de MUCAM y con el servicio de Hemodinamia del ICI.

El protocolo fue aceptado por los Directores Técnicos de ambas Instituciones (ANEXOS 2 Y 3)

Dicho protocolo fue presentado junto con el aval de la Comisión Académica de la Facultad de Enfermería al Comité de Ética de MUCAM. Dicho Comité de Ética, aprueba el protocolo. (ANEXO 4)

10.3. Universo

Todos los pacientes que consultaron en MUCAM por un SCA y fueron considerados de riesgo alto o moderado de infarto o muerte.

10.4. Muestra

Se incluyeron todos los pacientes con SCA que ingresaron a la Unidad Cardiológica y/o que se les realizó un cateterismo cardíaco por esa indicación clínica. Luego del procedimiento, los pacientes quedan ingresados en ICI por 24 hs. si se les realizó un cateterismo o 48 hs .si fueron sometidos a una angioplastia. En forma posterior, los socios de MUCAM pasan a piso o a la Unidad Cardiológica, mientras que los no socios son trasladados a su Mutualista de origen. Los usuarios fueron captados, entre el 3° y 5° día del evento que motivó el ingreso, tiempo en el cual son dados de alta de los servicios de alta complejidad.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de SCA que ingresan a Unidad Cardiológica y pacientes con SCA que ingresan para cateterismo independientemente del destino posterior – Unidad Cardiológica o Piso –.

- Pacientes estables, que estén en el uso de sus facultades mentales y que firmen el consentimiento para colaborar con la investigación.

Criterios de exclusión:

- Pacientes inestables con riesgo vital.
- Pacientes ingresados con diagnóstico de SCA que luego sea descartado.
- Pacientes con deterioro cognitivo.
- Pacientes con hipoacusia severa o incapacidad de comunicarse.
- Falta de consentimiento.
- Antecedentes depresión o en estar bajo tratamiento con anti-depresivos.
-

10.5. Consentimiento

A todos los pacientes se les solicitó el consentimiento, luego de ser correctamente informados para su participación (Anexo 5)

10.6. Período de estudio

El estudio se realizó durante 12 meses, comprendidos entre los meses de Abril del 2017 y Abril de 2018

10.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Los datos se recogieron a través de una entrevista individual, sobre un formulario preestablecido y se realizaron cuando el paciente se encontró en sala común. Esto correspondió aproximadamente al 3 o 5 día de su internación.

La entrevista incluye:

- Cuestionario sobre datos socio demográficos (Anexo 6)
- Cuestionario para pesquisa de síntomas depresivos(Anexo 7)

Son múltiples las escalas para la definición y medición de la severidad de la depresión que se utilizan. En este estudio se utilizó la escala “Beck Depression Inventory” (BDI I y II), recomendada por el Comité de expertos del “National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI)” de Estados Unidos. Debe su nombre a su creador Aaron T. Beck y colegas, fue elaborado en 1961 con el objetivo de medir la presencia y gravedad de la depresión. Consta de 21 ítems, cada uno con cuatro posibles respuestas. A cada respuesta se le asigna una puntuación que va de cero a tres, lo que indica la gravedad del síntoma. La suma alcanzada en cada uno de los ítems permite determinar el grado de la depresión: leve, moderada y severa.

Cada ítems evalúa el estado de ánimo, el pesimismo, el sentido del fracaso, la insatisfacción, la culpa, el castigo, la autoafirmación, la autoacusación, las ideas suicidas, el llanto, la irritabilidad, la abstinencia social, la imagen corporal, las dificultades de trabajo, el insomnio, la fatiga, apetito, pérdida de peso, preocupación corporal y pérdida de la libido. Los ítems 1 a 13 evalúan síntomas que son de naturaleza psicológica, mientras que los ítems 14 a 21 evalúan mas síntomas físicos.

Puntuaciones ≥ 10 se consideran indicativas de la presencia de síntomas depresivos (23).

10.8. Variables. Definición y categorías.

I. SEXO:

Definición conceptual: Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.

Definición operativa: Masculino - Femenino.

II. EDAD:

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.

Definición operativa: años cumplidos.

III. COMPOSICION NUCLEO FAMILIAR:

Definición conceptual: Es el conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo.

Definición operativa: Vive solo - Vive acompañado.

IV. PROCEDENCIA:

Definición conceptual: Lugar en el que reside habitualmente.

Definición operativa: Montevideo - Interior

V. NIVEL EDUCATIVO:

Definición conceptual: Nivel máximo alcanzado por la persona mediante la educación.

Definición operativa:

- Nula: quienes nunca cursaron primaria;
- Bajo: quienes cursaron primaria;
- Medio: quienes cursaron secundaria o UTU;

- Alta: quienes cursaron carreras profesionales.

VI. INGRESOECONOMICO:

Definición conceptual: Entrada al hogar de remuneración económica mensual.

Definición operativa: Fijo - No fijo.

VII. FUMADOR:

Definición conceptual: Es la persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo en los últimos 6 meses.

Definición operativa: Si - NO

VIII. SEDENTARIO:

Definición conceptual: Es la persona que no realiza un mínimo de 150 minutos semanales de actividad aeróbica de intensidad moderada.

Definición operativa: Si - NO

IX. CONOCE SU ENFERMEDAD:

Definición conceptual: Persona que tiene información sobre su enfermedad o patología.

Definición operativa: Si - NO

X. CONOCE LAS ACTIVIDADES BENEFICIOSAS PARA SU REHABILITACION:

Definición conceptual: Persona que tiene conocimiento o que recibió información sobre las actividades beneficiosas para su rehabilitación.

Definición operativa: Si - NO

10.9. Procesamiento y Análisis de los datos

Se realizó el análisis con el paquete estadístico SPSS Statistics ® versión 17.0 (agosto, 2008).

Se incluyeron todos los casos relevados.

Las variables continuas se expresaron en media \pm 1 DS.

Se describieron las variables nominales mediante frecuencia absoluta y relativa en porcentaje.

Las comparaciones de variables continuas se hicieron con test de t para no paramétricas.

Las comparaciones de variables nominales se realizaron con test de Chi cuadrado o Fisher según correspondía.

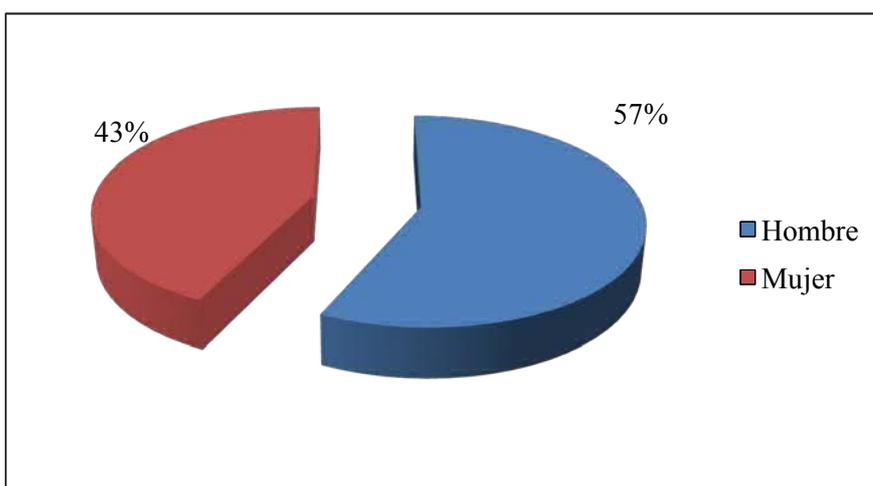
Se realizó análisis multivariado mediante regresión logística con las variables que más se relacionaban con la presencia de síntomas de depresión.

Se consideró significativa una $p < 0.05$.

11.- RESULTADOS

En el período de estudio se incluyeron 111 pacientes, de los cuales 63 son hombres, que porcentualmente corresponde al 57%, el resto pertenece al sexo femenino (43%) (Grafica 1)

Grafica 1 Distribución de la población según sexo.



Fuente: Instrumento de Recolección de datos.

La edad media fue 63 ± 12 años de Desvío Estándar. (Tabla 1)

Casi la totalidad (94%) vivía acompañado. En lo que respecta al lugar de procedencia, se encontró que el 84% provenía de Montevideo. Prácticamente todos (99%) tenían un ingreso económico fijo (Tabla 1).

En cuanto a los factores de riesgo vascular indagados, el 89% eran sedentarios y 45% fumadores (Tabla 1)

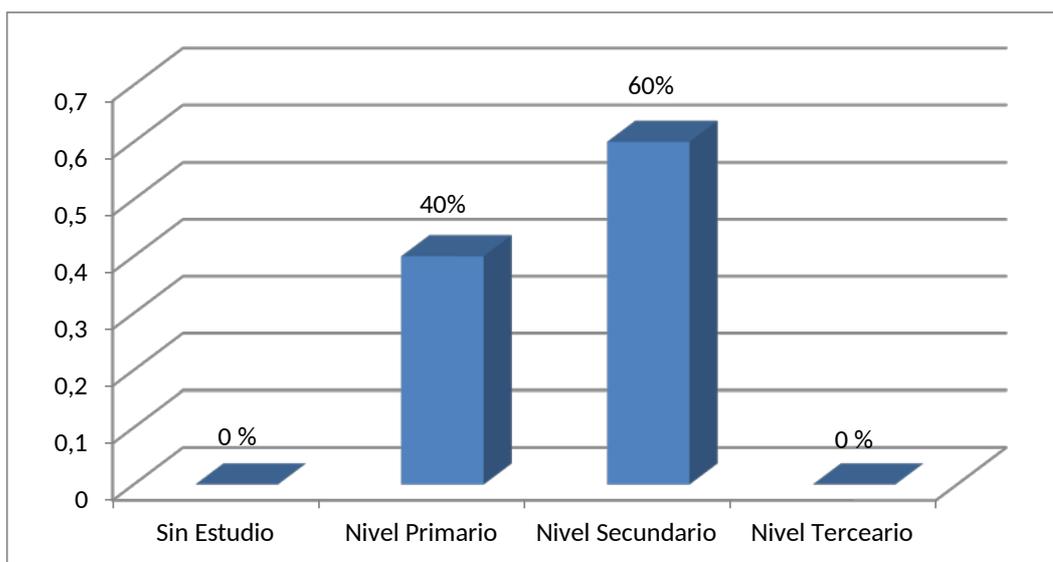
Más de la mitad (60%) culminó sus estudios secundarios, ninguno alcanzó el nivel terciario de educación, y tampoco se encontró a nadie sin estudios. (Tabla 1, Grafica 2).

Tabla 1 Datos socio demográficos de la población estudiada.

	Todos	
	n	%
	111	100
Edad (M \pm DS, años)	63 \pm 12	
Vive Acompañado	104	94
Procedencia Montevideo	93	84
Ingresos Fijos	110	99
Fumador	50	45
Sedentario	99	89
Liceo Terminado	66	99

Fuente: Datos obtenidos a partir de la aplicación del cuestionario de recolección de datos.

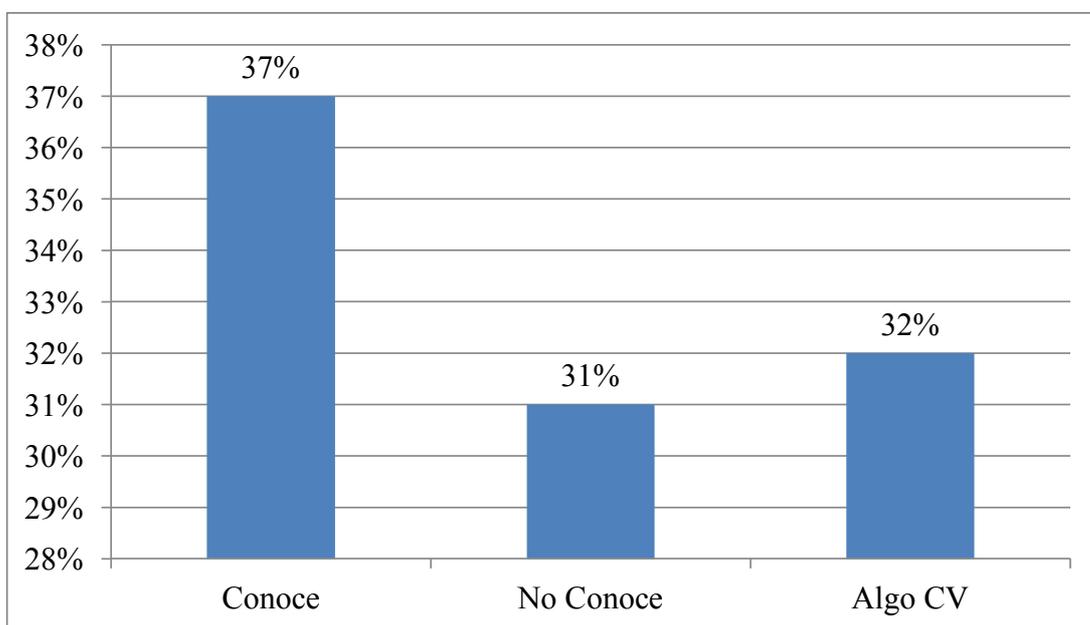
Grafica 2: Distribución de la población según Nivel Educativo



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En cuanto al conocimiento de la enfermedad, se encontró que la mayoría 37% conocía su enfermedad, el 31% no la conocía y el resto 32% consideraba que era algo cardiovascular. (Grafica 3)

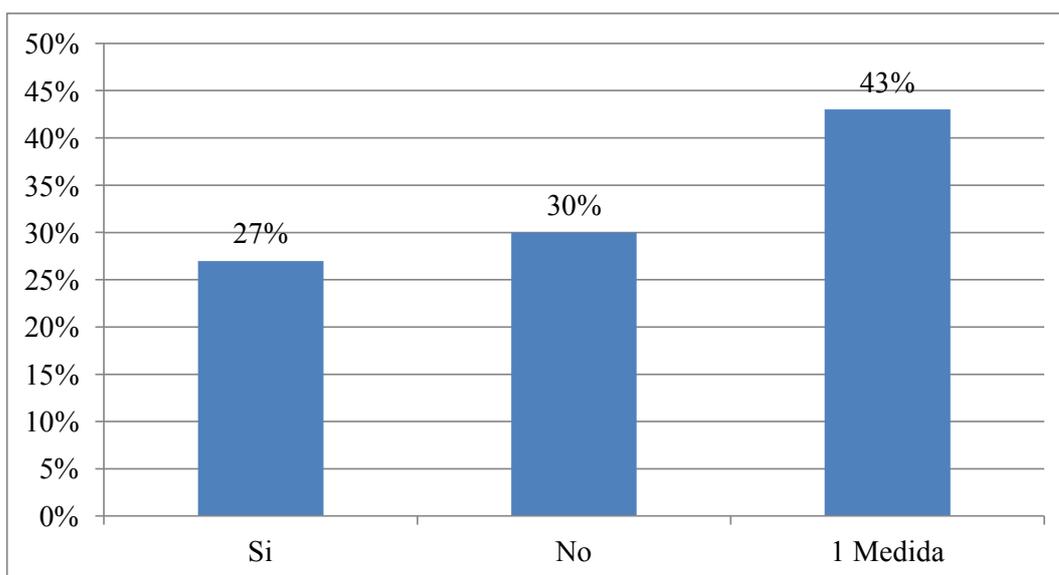
Grafico 3 Distribución de la población según Conocimiento de su enfermedad



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En lo que respecta a las medidas de rehabilitación, la mayoría 43% conocía una medida de rehabilitación, el 30% manifestó no conocer ninguna medida de rehabilitación y solo el 27% las conocía. (Grafico 4)

Grafica 4 Distribución de la población según conocimiento Medidas de Rehabilitación.



Fuente: Instrumento de Recolección de datos

Al relacionar las variables, conocimiento de enfermedad y medidas de rehabilitación, con el nivel educativo alcanzado, se vio que quienes habían culminado educación secundaria, dijeron conocer en mayor proporción su enfermedad (47% vs. 22%) con nivel de significación de $p < 0.01$.

También expresaron conocer cómo rehabilitarse (35% vs. 16%) con significación de $P = 0.02$ (tabla 2).

Tabla 2: Conocimiento de enfermedad y medidas de rehabilitación según Nivel Educativo.

	Todos		Escuela		Liceo		p
	n	%	n	%	n	%	
	111	100	45	40	66	60	
<hr/>							
<i>¿Conoce su enfermedad?</i>							<i><0.01</i>
SI			10	22	31	47	
NO			22	49	12	18	
ALGO C.V			13	29	23	35	
<i>¿Conoce como rehabilitarse?</i>							<i>0.02</i>
SI			7	16	23	35	
NO			19	42	14	21	
Una medida			19	42	29	40	

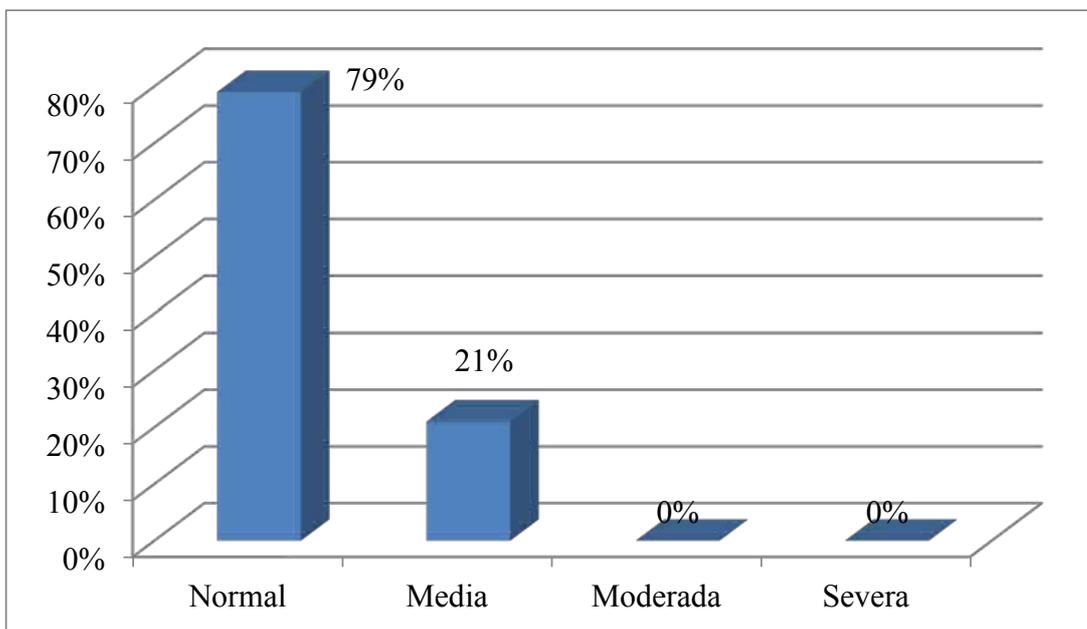
Fuente: Datos obtenidos a partir de la aplicación del cuestionario de recolección de datos.

En la evaluación de síntomas depresivos se encontró 23 pacientes que corresponden al 21% con depresión media.

No hubo ningún paciente con depresión moderada ni severa.

El 79% restante, no presento diagnostico de ningún tipo de depresión. (Grafica 5)

Grafica 5 Distribución de la población según Síntomas Depresivos



Fuente: Instrumento de Recolección de datos

En la valoración del grado de depresión se consideró normal una puntuación de 0 a 9; depresión media de 10 a 15; moderada de 16 a 23 y severa de 24 en adelante (Anexo 8).

El puntaje en la escala de Beck fue mayor para mujeres 8.1 ± 2.4 que para hombres 6.5 ± 3.7 ; con nivel de significación de $p=0.01$.

Pero ello no se tradujo en una diferencia importante de pacientes en situación de diagnóstico de depresión media (tabla 3).

Tabla 3: Nivel de Depresión, según Género.

	Masculino		Femenino		p
	n	%	n	%	
Puntaje de Beck ($M \pm D$)	6.52 ± 3.7		8.1 ± 2.4		0.01
Depresión Media (Beck)	12	19	11	23	NS

Fuente: Datos obtenidos a partir de la aplicación del cuestionario de Beck.

En la tabla 4 se muestra la comparación de los deprimidos con el resto de la muestra.

De ella se desprende que el género masculino está menos representado en los pacientes deprimidos, por tanto las mujeres en esta muestra, tienen más depresión que los hombres.

Se encontró que los pacientes con depresión tenían mayor edad que los no deprimidos (67 ± 9 años vs. 62 ± 12 años) con nivel de significación de $p=0.05$.

En menor proporción los deprimidos, procedían de Montevideo 65% vs. 89%, con nivel de significación $p<0.01$.

También en menor proporción los deprimidos, tenían liceo terminado (39% vs. 65%), con nivel de significación, $p=0.03$.

El 48% de los deprimidos era fumador.

Todos los deprimidos se describían como sedentarios, pero la diferencia con los pacientes sin depresión (86%) no fue estadísticamente significativa (Tabla 5).

Tabla 4: Diferencias entre Deprimidos y no Deprimidos.

	Todos		Depresión Media (Beck)				p
	n	%	SI		NO		
	111	100	23	21	88	79	
Masculino	63	57	12	52	51	58	
Edad (M±DS, años)	63 ± 12		67 ± 9		62 ± 12		0.05
Tiene familiares	104	94	22	96	82	83	ns
Procede de Montevideo	93	84	15	65	78	89	<0.01
Liceo terminado	66	60	9	39	57	65	0.03
Ingresos fijos	110	99	23	100	87	99	NS
Fumador	50	45	11	48	39	44	NS
Sedentario	99	89	23	100	76	86	0.06
¿Conoce su enfermedad?							NS
SI	41	37	7	30	34	39	
NO	34	31	8	35	26	29	
Algo CV	36	32	8	35	28	32	
¿Conoce cómo rehabilitarse?							NS
SI	30	27	3	13	27	31	
NO	33	30	7	30	26	29	
Una medida	48	43	13	57	35	40	

El porcentaje de conocimiento de su enfermedad es menor en los deprimidos (30%) en relación a los no deprimidos (39%).

El 70% restante de los deprimidos, en igual porcentaje (35% y 35%) no saben que les paso o consideran que fue algo cardiovascular.

En cuanto a que medidas de rehabilitación conocen, solo el 13% de los deprimidos manifestó conocerlas. En tanto el porcentaje en los no deprimidos fue mayor (31%).

El 57% de los deprimidos conoce una medida y el 30% no conoce ninguna.

Quienes finalizaron educación secundaria, tuvieron un puntaje de Beck significativamente menor $6.2 \pm 3,2$, en relación a los que solo tenían escuela finalizada, 8.7 ± 2.8 ; con nivel de significación de $p < 0.01$.

Se observa también que en menor proporción de sujetos con educación secundaria finalizada, entraron en rango de depresión media, 14% vs 31%, con nivel de significación de $p=0.03$. (Tabla 5)

Tabla 5: Nivel de Depresión según Estudios Alcanzados.

	Todos		Escuela		Liceo		p
	n	%	n	%	n	%	
	111	100	63	57	48	43	
Puntaje de Beck (M \pm D)			8.7 \pm 2.8		6.2 \pm 3.2		<0.01
Depresión Media (Beck)			14	31	9	14	0.03

Fuente: Datos obtenidos a partir de la aplicación del cuestionario de Beck.

Se realizó el análisis multivariado para la presencia de depresión media introduciendo; el género, la edad, la procedencia, el nivel educativo y sedentarismo.

La única variable que se asoció de forma independiente fue la procedencia, con un nivel de significación de $p < 0.01$.

De los 111 pacientes, 18 provenían del Interior. De ellos, casi la mitad (44%) presentaron un puntaje en la escala de Beck que los posiciono con depresión media.

Las demás variables: edad, nivel de educación alcanzado y sedentarismo acompañaban esa condición.

La variable que tuvo más fuerza fue Procedencia del Interior.

12.- DISCUSIÓN

En esta investigación se encontró una prevalencia de depresión de 21%.

Esto es una cifra menor que la reportada por otros autores en el contexto de un SCA que van desde el 28% al 63% (2, 3, 34).

La mayoría de estas y otras publicaciones que se utilizaron de referencia usaron como instrumento de medida el BDI-II y el punto de corte para hablar de depresión también era ≥ 10 puntos.

No se encontró datos acerca de la prevalencia de depresión en pacientes con SCA ni otra ECV en nuestro país.

Existen investigaciones extranjeras que han encontrado asociación entre estas patologías y que ya se mencionaron en la justificación de éste trabajo.

La prevalencia depende en gran medida del tipo de población que se incluya y de la escala utilizada para evaluarla. Por lo que se torna difícil extrapolar la información obtenida de un grupo a toda la población.

Uno de los primeros estudios relevantes que investigaron la depresión en los pacientes con IAM fue publicado en el año 1995 por Frasure-Smith y col (30). Allí se infirió que la depresión constituía un factor de riesgo independiente en la mala evolución de los pacientes con IAM.

El Profesor Romero realizó una revisión extensa sobre el tema (23). Su análisis de la bibliografía lo llevó a concluir que existía suficiente evidencia de que en pacientes que cursaron un infarto agudo de miocardio hay una elevada prevalencia de depresión y los pacientes deprimidos tenían peor evolución que los no deprimidos (23).

Un estudio de seguimiento de Lesperance et al. determinó que un 31,5% de pacientes infartados experimentó depresión durante la hospitalización y el primer año posterior al

alta. Del total de pacientes con depresión, 50% la presentó durante hospitalización, 42,9% entre el alta y 6 meses, y 7,1% entre 6 y 12 meses después del IAM. (36)

En nuestro trabajo no se realizó seguimiento posterior al alta de los pacientes incluidos.

La prevalencia fue baja (21%) y solo de depresión de grado media (Grafica 5, Tabla 3).

Se tuvo en cuenta si las personas tenían historia previa de depresión y/o tomaron medicación anti-depresiva como criterio de exclusión.

Este es un criterio tomado por muchos autores para vincular mejor el evento agudo a la depresión.

No llevamos registro de cuántos pacientes fueron excluidos por ésta razón.

La depresión previa es un factor predictivo de sintomatología depresiva posterior al evento coronario.

Con éste criterio de exclusión se pudo haber perdido casos que quizás, hubiesen dado una prevalencia más alta.

Los pacientes pueden tener una respuesta emocional a un evento estresante como es tener un SCA y/o a la misma internación que luego se disipa.

Por esto, el cuestionario se realizó entre el 3er y 5to. día del evento, al egreso del sector intensivo, cuando el paciente ya no tenía una situación tan amenazadora. Fuera de la unidad de cuidados intensivos el paciente se siente más seguro. Los elementos de reanimación están más alejados y con ellos el riesgo de tener que emplearlos en su asistencia. Si la encuesta se realizara antes se puede sobreestimar los síntomas que se buscan.

En lo que respecta al sexo, la mayoría de la bibliografía consultada (2, 3, 28) informa una mayor prevalencia de trastornos depresivos entre las mujeres.

Si bien la depresión a nivel mundial, afecta a ambos sexos, tanto la OMS como diferentes investigaciones recién mencionadas, informan que la prevalencia de depresión es mayor en mujeres que en hombres. (14)

Las diferencias pueden ser debidas a múltiples factores, entre ellos se podrían destacar los periodos del ciclo vital en los que la mujer es biológicamente más vulnerable: periodo menstrual, posparto, menopausia.

Por otro lado, hay diferencias en el uso de recursos sanitarios y la petición de ayuda psicológica o psiquiátrica, generalmente, es mucho mayor en la mujer.

En ésta investigación, la edad de los pacientes con depresión media fue ~~67~~ años, similar a la encontrada por otros autores (3, 34).

Un estudio brasileño en pacientes con eventos isquémico agudos encontró que la depresión era más común en personas jóvenes < 50 años (2).

Al planificar el estudio, por tener un perfil epidemiológico y sanitario similar, se planteó se encontrarían cifras similares. Por el contrario, en éste trabajo se encontró que los pacientes con depresión media tenían mayor edad, aunque en el límite de la significación estadística (Tabla 4).

Por otro lado, en el análisis multivariado la edad no fue una variable independiente para la presencia de depresión media.

En la interpretación del dato anterior hay que considerar que el número de sujetos jóvenes de toda la muestra fue bajo y la edad media 63 años.

Con el aumento de la expectativa de vida las personas mayores de 60 años ocupan un amplio porcentaje de la población madura.

Es sabido que, a mayor edad, aumentan más los factores de riesgo cardiovasculares.

Si bien la depresión en los adultos mayores es frecuente, no debe ser considerada parte normal del envejecimiento.

Es posible que en nuestra población haya habido algún grado de enfermedad depresiva previa no diagnosticada, pero es poco probable por la baja prevalencia encontrada.

Hay estudios que investigan la prevalencia de la depresión en algunas poblaciones y/o en función del lugar de residencia ya sea urbana o rural (37, 38).

En éste trabajo, realizado en una institución de Montevideo, encontramos una diferencia significativa en la presencia de signos de depresión entre los pacientes que vivían en Montevideo y los que provenían del interior (tabla 4).

En el análisis multivariado fue la única variable que permaneció significativa.

Los pacientes traídos desde el interior a Montevideo por un evento coronario agudo y a los que se les realiza un cateterismo coronario serían especialmente vulnerables a la depresión.

En una política de enfoque de riesgo ameritarían mayores cuidados para su prevención que la población general.

La mayor edad, la falta de estudios y el sedentarismo (tabla 4) pueden ser otros factores predictores de síntomas depresivos, pero se agrupan también en los pacientes provenientes del interior. Habría que realizar un estudio con una población mayor para poder concluir su relevancia clínica

El nivel de estudios alcanzado parece ser determinante en el conocimiento de la enfermedad y de las pautas o medidas a tomar para la rehabilitación (tabla 2).

Esto que parece obvio no lo hemos encontrado demostrado y publicado. En la práctica clínica no se ve que haya un criterio distinto para informar y educar a los pacientes según su nivel de instrucción. Tengamos en cuenta que se manejan materiales, como los consentimientos informados, que requieren un nivel intelectual y formativo mínimo

para su comprensión. Aquí hemos identificado claramente un aspecto para mejorar la calidad de atención y de servicio que se brinda a los pacientes.

Respecto a la influencia del nivel educativo sobre la depresión en pacientes con SCA existen pocas investigaciones que la han estudiado.

Un trabajo realizado en España, (3) concluye que el no tener estudios o tener estudios inferiores se asocia y predice mayores niveles de depresión en la población hospitalizada por SCA.

El informe anual sobre educación de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) publicado en el año 2017, sostuvo que hay menor riesgo de depresión en personas con mayor nivel de instrucción. (39)

No está aún claro que el mejor nivel educativo por si solo sea un factor de protección de la depresión.

Los hallazgos de éste trabajo lo insinúan, pero no lo confirman. Pensamos que el nivel educativo podría actuar más indirectamente posibilitando un mejor conocimiento y comprensión del suceso vital. Si esto fuera así, el bajo nivel formativo sería un problema potencialmente subsanable por un personal de salud que atendiera particularmente a los pacientes con menos nivel educativo acreditado.

En éste trabajo la variable ingreso económico no dio información relevante. Quizás se debió tomar de otra manera que posibilitara una mejor discriminación entre las posibilidades económicas reales de los pacientes; nivel salarial, ingresos por actividades independientes, jubilaciones ó pensiones, ayudas económicas del estado y/o otras.

La valoración de los ingresos se puede hacer de muchas formas y los instrumentos para hacerlo son complejos.

Esta variable ha sido estudiada en otras investigaciones en términos de empleo y concluyen que el desempleo podría estar asociado a la presencia de depresión tras un evento coronario agudo (3, 34).

El desempleo por sí mismo puede provocar potencialmente sintomatología depresiva. En general, el trabajo otorga autonomía económica, de horarios, ayuda a planificar la vida y distrae a la persona de otros problemas que haya en su vida.

En éste estudio el tener familia no fue una variable protectora de depresión. La presencia de la familia en la vida de las personas se convierte muchas veces en la fuente principal de apoyo, a pesar de los conflictos que puedan suscitarse.

Frecuentemente, un elemento clave del bienestar psicosocial es el afecto y el apoyo dentro del contexto familiar.

Existen estudios que determinan que vivir solo es un factor de riesgo para la salud mental de una persona (3, 40). En la muestra estudiada el 94% tenía apoyo familiar. Esto describe una fortaleza de la población que se asiste en nuestra institución y puede ser parte de lo que explique la baja frecuencia de síntomas depresivos. Con éste porcentaje tan alto de pacientes con familiares no será posible encontrar diferencias entre sub-grupos.

El 100% de los pacientes con depresión media y 86% de los que no la tenían eran sedentarios. Esta diferencia no resultó estadísticamente significativa, pero llama la atención (tabla 4).

Es esperable que los pacientes con enfermedad coronaria sean mayoritariamente sedentarios.

Nuestro hallazgo nos lleva a plantearnos la pregunta de si además, pueden tener mayor riesgo de depresión, tras un evento coronario.

Es sabido que el sedentarismo está asociado de forma independiente al riesgo de sufrir algún tipo de depresión. En las personas cuya conducta es sedentaria la probabilidad de desarrollar sintomatología depresiva son más altas que en las personas con un estilo de vida activo (41, 42,43).

Se asume que realizar actividad física ayudaría a reducir ese riesgo.

En ésta investigación, el ser fumador no pareció influir en la variable estudiada.

Un estudio colombiano del 2013, que estudio factores de riesgo de depresión en pacientes con un evento coronario agudo, concluyó que el consumo de cigarrillos se asociaba con aumento en su incidencia. Esto era particularmente importante en pacientes que persistieron fumando durante los 6 meses posteriores al evento coronario (34).

En éste estudio se evaluó el nivel de conocimientos que tenían los pacientes sobre su enfermedad. Encontramos que la muestra se dividió en tres tercios casi iguales; los que conocía bien su enfermedad, los que la conocían parcialmente y los que no la conocían (Grafica 3). Se puede decir que globalmente el nivel de conocimiento es bajo, para personas que han estado en contacto reciente con muchos miembros del personal de salud.

No se encontró diferencias significativas entre los pacientes deprimidos y los no deprimidos. El 30% de los pacientes con sintomatología depresiva media manifestó conocer su enfermedad; saber que es un infarto, los síntomas que lo producen, los factores de riesgo para su aparición y qué hacer ante un infarto. El 35% tenía un

conocimiento parcial y 35% no tenía ningún conocimiento acerca de su enfermedad (tabla 4)

Si una persona sabe cómo actuar frente a la sospecha de estar sufriendo un infarto puede influir positivamente en la evolución. Consultaría rápidamente y tendría más posibilidades de tratamiento precoz y de recuperación. Si conoce qué factores de riesgo inciden en la aparición de un SCA podrían establecer medidas preventivas efectivas.

Una diferencia importante en el conocimiento de su enfermedad, se dio entre los niveles formativos de educación. En los pacientes con nivel escolar solo el 22% conocía su enfermedad, mientras que en el nivel liceal ese porcentaje aumentaba a 47%, con nivel de significación de < 0.01 (Tabla 2)

Otra diferencia se dio en el género. Los hombres conocían significativamente más su enfermedad que las mujeres, 43% vs. 29%. $P < 0.01$. (Anexo 8, Tabla 6).

Pensamos que con éste estudio se han identificado dos poblaciones sobre las que reforzar el trabajo en información.

Se investigó además el nivel de conocimientos sobre los cuidados que debe tener al alta en la rehabilitación; plan de alimentación, que tipo de actividad física realizar, adherencia al tratamiento farmacológico; hábitos nocivos y visitas médicas.

Solo 27% de los pacientes sabía las medidas a implementar. Casi la mitad (43%) conocía una sola medida. (Grafica 4)

En los pacientes con depresión media, solo el 13% conocía las pautas para rehabilitación. La mayoría de los deprimidos (57%) conocía una sola medida (Tabla 4).

Este dato está fundamentalmente dado porque la totalidad de los fumadores dijeron saber que debían dejar de fumar.

Aquí nuevamente hubo diferencias entre los distintos niveles educativos. Hubo más del doble de pacientes bien informados entre los que tenían el liceo terminado. (Tabla 2)

El género pareció afectar menos ésta variable que el conocimiento de la enfermedad, pero igualmente hubo más mujeres 42%, que hombres (21%), sin conocimiento de ninguna medida a tomar luego del alta; con nivel de significación de $p= 0.06$ (Anexo 8, Tabla 6).

No encontramos estudios nacionales ni extranjeros que estudiaran la satisfacción de las necesidades de los pacientes con SCA con sintomatología depresiva partir de los cuidados de enfermería y en el marco del modelo de Virginia Henderson.

Creemos que es importante conocer el grado de conocimientos que el paciente tiene de su enfermedad y que medidas de rehabilitación son aconsejables, para así, identificar las debilidades o falencias que pueda tener en su cuidado. Es substancial que el paciente acepte y participe en su cuidado, siendo un protagonista activo, tratando que reconozca la importancia de una modificación en el estilo de vida.

La depresión en los pacientes con SCA, genera efectos negativos tanto físicos, como sociales y psicológicos. La incapacidad de proyección al futuro puede alterar la motivación por la adquisición de conocimientos necesarios para su rehabilitación. El paciente experimenta varias dudas acerca de su pronóstico; el tipo de actividad física que pueda realizar, si puede retomar la actividad sexual y reintegrarse a su trabajo, entre otras. Las dudas no son resueltas generan más inseguridad y pérdida de la confianza en sí mismo. El paciente experimenta un sentimiento de fragilidad y el equipo de salud tratante puede tener un exceso de cautela en la información que brinda. Esto va instalando un círculo de perjuicio que es responsabilidad de todos y particularmente de enfermería subsanar.

Virginia Henderson baso su teoría en la satisfacción de 14 necesidades básicas del individuo, para brindar la atención de enfermería. Lo que se altera o varía no es la necesidad, sino la satisfacción y el grado de satisfacción, que son diferentes para cada persona. **(5)**. En éste estudio indagamos sobre el conocimiento de la enfermedad y la rehabilitación. Nos propusimos aportar información sobre ésta necesidad y sobre las personas que pueden y deben recibir mayor atención porque pudieran ser más vulnerables.

Con esto no cerramos un tema, por el contrario, esperamos que sirva para estimular más investigación y trabajo en beneficios de nuestros pacientes.

13.- CONCLUSIONES

En esta investigación se encontró una prevalencia de depresión media de 21%.

No hubo pacientes con grados mayores de depresión.

Este es la primera valoración cuantitativa presentada a nivel nacional y es una cifra menor que la reportada por otros autores en otros medios.

La mayor edad, el menor nivel de educación formal y el sedentarismo se relacionaron con la aparición de síntomas depresivos.

La única variable que se asoció de forma independiente fue la procedencia del interior.

El menor nivel de educación formal se asoció a un menor conocimiento de la enfermedad y de las pautas o medidas a tomar para la rehabilitación. En nuestra institución no se tiene un criterio o pautas distintas para informar y educar a los pacientes según su nivel de instrucción.

El nivel de conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad fue bajo. Con ésta muestra no se encontró diferencias significativas entre los deprimidos y los no deprimidos. El nivel de conocimientos sobre los cuidados y la rehabilitación también fue bajo.

Se identificaron sub-poblaciones de pacientes sobre los que se podrían tomar medidas diferenciales para mejorar la calidad de atención y con ello probablemente su evolución.

14.- EPILOGO

Es importante que el personal de enfermería, desarrolle estrategias para aumentar la identificación temprana de pacientes con depresión, y así proveer un abordaje rápido y eficaz para disminuir la morbi mortalidad asociada a este trastorno.

Las estrategias estarían dirigidas a proporcionar un cuidado integral centrado no solo en su recuperación física, sino también una recuperación emocional y social

Como se ha hecho en otros estudios, sería interesante, realizar un seguimiento de estos pacientes, debido al efecto predictor independiente de la depresión en la evolución Cardiovascular, a corto y mediano plazo.

15.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- LAHAM, Mirta A. (2007) *La psicocardiología en el Tratamiento de la persona coronaria*. Buenos Aires: Instituto de Psicocardiología. Disponible en:

http://www.edicionesmedicas.com.ar/Actualidad/Articulos_de_interes/La_intervencion_psicocardiologica_en_el_paciente_cardiaco. Consultado 10/09/2015

2.- PÉREZ GLORIA, ELOÍSA, et al (2005) Depressão e síndromes isquémicas miocárdicas instáveis: Diferenças Entre homens e mulheres. En: *Arq. Bras. Cardiol.* 85 (5): 319-326 [Internet]. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2005001800004&lng=en. Consultado 16/12/2015

3.- MORALES TUÑÓN, J. LUIS; PLATA RODRÍGUEZ, IRENE DE LA; PINO PÉREZ, ANTONIO DEL (2014) Depresión Posterior a un Síndrome Coronario Agudo en Pacientes Hospitalizados: Prevalencia y Variables asociadas. En: *Ansiedad y estrés* 20(1): 75-88.

4.- BLÜMEL M, BERNARDITA, et al (2005) Síntomas depresivos pos infarto al miocardio: detección precoz en una población hospitalizada. En: *Rev. Méd. Chile* 133(9): 1021-1027 [Internet]. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000900004&lng=pt.-http://dx.doi.org/10.4067/S0034-988720050009.00004.

Consultado 16/12/2015

- 5.- HENDERSON, VIRGINIA. (2010) *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de y los Lenguajes NNN*. Disponible en: www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf
- 6.- OMS (2015) *Enfermedades cardiovasculares, Datos y cifras. Nota descriptiva*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>. Consultado 12/08/2016
- 7.- OPS (1992) *Dirección de Clasificación Estadística Internacional y problemas relacionados con la salud, 10 Revisión. CIE 10*. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3561%3A2010-clasificacion-internacional-enfermedades-cie&catid=2641%3Acie&Itemid=2560&lang=es
- Consultado 12/08/2016
- 8.- URUGUAY. ÁREA DE EPIDEMIOLOGIA Y ESTADÍSTICA, COMISIÓN HONORARIA PARA LA SALUD CARDIOVASCULAR (2015) *Morbilidad y Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el Uruguay, 2013 y 2014*. Disponible en: https://www.cardiosalud.org/files/documents/morbilidad_2013_y_mortalidad_2014.pdf
- Consultado 15/08/2016
- 9.- URUGUAY. SOCIEDAD URUGUAYA DE CARDIOLOGÍA; HOSPITAL DE CLÍNICAS, FACULTAD DE MEDICINA, UDELAR (2009) Consenso uruguayo de síndromes coronarios agudos sin elevación del segmento ST. En: *RevUrugCardiol* 24: 208-267

10. - BRAUNWALD E. et al (2002) Guideline update for the management of patients with unstable angina and non-ST-segmentelevation myocardialinfaction. En: *J Am CollCardiol*.40: 1366-74.

11.- OMS (2017) *Temas de salud. Depresión*. Disponible en:

<https://www.who.int/topics/depression/es/>

Consultado 18/08/2016

12.- ASOCIACIÓN ESTADOUNIDENSE DE PSIQUIATRÍA (1995) *DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Disponible en

www.mdp.edu.ar/psicologia/psico/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf

Consultado 20/08/2016

13.- OMS (2013) *Salud Mental*. Disponible en

https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Consultado 20/08/2016

14.- OMS (2018) *Depresión, Características*. Disponible

en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Consultado 20/08/2016

15.- Lista A. Cifra (1998) *Encuesta sobre prevalencia de síntomas y trastornos depresivos en la República Oriental del Uruguay*. Montevideo: Cifra.

16.- Lista A. Cifra (2008) *Encuesta sobre prevalencia de síntomas y trastornos depresivos en la República Oriental del Uruguay*. Montevideo: Cifra.

17.- DÍAZ N, RUIZ A. (2002) Estudio epidemiológico de la población asistida en el Departamento de Psiquiatría del Hospital de Clínicas: periodo 1999-2000. En: *Rev. MedUrug*18:48-58.

18.- DAJAS F. (1990) Alta tasa de suicidio en Uruguay. Consideraciones a partir de un estudio epidemiológico. En: *RevMed Uruguay* 6(3): 203-215.

19.- GINÉS A. (ca. 1993) Prevención contra la desesperanza. Actualidad, Sindicato Médico del Uruguay. Disponible en

<http://www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias97/art16.htm>

Consultado 23/3/2016

20.- GARAY M et al (2015) Depresión. Intento de autoeliminación.

Disponible en www.eduper.edu.uy/publicacion_generica/depresion-intento-de-autoeliminacion/

Consultado 21/08/2016

21. - CHAUVET-GÉLINIER J.C. (2013) Review on depression and coronary heart disease. En: *ArchCardiovascDis*. 106(2): 103-10.

22. - WEBB R.T et al (2012) Suicide risk in primary care patients with major physical diseases: a case-control study. En: *Arch Gen Psychiatry* 69: 256-64.

23.- ROMERO, CARLOS E. (2007) Depresión y enfermedad cardiovascular. En: *Rev. Urug. Cardiol.* 22: 92-109.

24.-Rosengren A, et al 2004) Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. En: *Lancet* 364:953-62.

25.- NICHOLSON A, KUPER H, HEMINGWAY H. (2006) Depression as a etiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies. En: *EurHeart J.* 27(23): 2763-74.

26. - GAN, Y et al (2014) Depression and the risk of coronary heart disease: a meta-analysis of prospective cohort studies. En: *BMC Psychiatry* 14:371.

27.- ALVES, T et al (2009) Depressão e infarto agudo de miocárdio. En:

PsiquiatrRev..Clin. 36, Sup.3: 88-92 [Internet]. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832009000900004&lng=en.

Consultado 15/08/2016

28.- GARCÍA VICENTE E., VILLAR SORDO V. DEL, GARCÍA Y GARCÍA E. L.

(2007) La depresión tras el infarto agudo de miocardio. En: *An. Med. Interna* 24(7):

346-351 [Internet]. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000700010&lng=es.

Consultado 17/08/2016

29. - ZIEGELSTEIN RC. (2001) Depression in patients recovering from a myocardial infarction. En: *JAMA* 286: 1621-7.

30. - FRASURE-SMITH N, LESPERANCE F, TALAJIC M. (1995) Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. En: *Circulation* 91: 999-1005.

31. - MEIJER A, et al (2013) Adjusted prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: individual patient data meta-analysis. En: *Br J Psychiatry* 203(2): 90-102.

32.- PEREZ, V; RICCI, G; TRINDADE, A; ROMANO, S (2015) Descripción de la población asistida en la sala de salud mental del Hospital Maciel en un año. En: *Rev.*

PsiquiatrUrug 79(1): 13-28. Disponible en: spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2015/08/02_TO.pdf.

Consultado 21/08/2016

33.- ALMA

DA, R; MIRABALLES R, AGRAFOJO, S. (2014) Frecuencia de depresión en los pacientes que consultan en las policlínicas de medicina interna del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. En: *Rev. PsiquiatrUrug* 78(2):116-130. Disponible en: http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2014/11/02_TO_01.pdf

Consultado 28/08/2016

34.- ARÉVALO JIMMY J, SOTO KAREN, A, CAAMAÑO, BEATRIZ (2014)

Depresión en síndromes coronarios agudos. Inventario de Aplicación de la Escala de Depresión de Beck. En: *Rev.Colomb.Psiquiatr.* 43 (1): 2-6 [Internet]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502014000100002&lng=en.

Consultado 15/03/2017

35.- URUGUAY. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2018) *Objetivos sanitarios nacionales 2020*. <http://www.msp.gub.uy/noticia/presentaci%C3%B3n-de-objetivos-sanitarios-nacionales-2020>

Consultado 27/3/2016

36. - LESPÉRANCE F, et al (1996) Major depression before and after myocardial infarction: Its nature and consequences. En: *PsychosomMed* 58: 99-110.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8849624>. Consultado 03/07/2017

37.- Depresión en la vida urbana y en la vida rural. ProvensaEstarellas, M. 2012/2013

38.- GUTIÉRREZ QUINTANILLA J, PORTILLO GARCIA C. (2013) La ansiedad y la depresión como indicadores de problemas de salud mental en los Salvadoreños. Universidad Tecnológica de El Salvador. En: *Revista Electrónica de Psicología. Iztacala*.16,(2),2013

39.- OCDE (2017) *Depresión, y nivel educativo*. Disponible en

<http://www.oecd.org/education/skills-beyond-school/EAG2017CN-Spain-Spanish.PDF>

Consultado 10/09/2017

40.- EL NUEVO DÍA (2012) *Vivir solo crea mayor riesgo de depresión*. Disponible en

<https://www.elnuevodia.com/.../nota/vivirsolocreamayorriesgodedepresion-1221030/>

Consultado 03/05/2016

41.- ORTIZ-PULIDO, Ricardo y GOMEZ-FIGUEROA, Julio A (2017) La actividad física, el entrenamiento continuo y el intervalo: una solución para la salud. En: *Salud, Barranquilla*. 33(2): 252-258. Disponible en:

www.redalyc.org/pdf/817/81753189017.pdf

Consultado 16/09/2017

42.- COSTA, MARA JORDANA MAGALLANES (2017) *Síntomas depresivos, actividad física y obesidad de ancianos residentes en el municipio de São Paulo - Estudio SABE: Salud, Bienestar y Envejecimiento* [tesis]. São Paulo: Facultad de Salud Pública.

43. - Figueiredo, Jose Henrique Cunha, et al (2017) Major Depression and Acute Coronary Syndrome-Related Factors. En: *Arq. Bras. Cardiol.* 108(3): 217-227 [Internet]. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2017000300217&lng=es

Consultado 07/07/2018

16. ANEXOS

ANEXO 1.

Figura 1: Criterios Diagnósticos de Episodio Depresivo Mayor – DSM-IV

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

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p.ej., llanto)
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi diario.
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

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

Fuente: DSM-IV-TR (8)

ANEXO 2

Autorización:

- **L.E. Esp. Jefe CTI MUCAM**
- **L.E. Directora División Enfermería MUCAM**
- **Director Técnico de Sanatorio MUCAM**

Montevideo, 14 de Setiembre de 2016

Sr. Jefe

CTI Adultos MUCAM

L.E.Esp. Gustavo Espel

De mi mayor consideración:

Por intermedio de la presente nota, me dirijo a Ud. con el fin de solicitar se me autorice realizar un estudio de investigación, para presentar la tesis final de la Maestría en Salud Mental.

El tema a investigar sería la frecuencia de sintomatología depresiva, en pacientes que sufren un síndrome coronario agudo, intentando conocer si existen características personales que estén representadas en ellos. De esta manera, se podría tener un perfil de quienes tendrían más probabilidades de desarrollar síntomas depresivos, y así poder desarrollar medidas preventivas.

La investigación propuesta, se relaciona además, con los Objetivos Sanitarios Nacionales hacia el 2020, propuestos por el Ministerio de Salud Pública.

Como se pretende incluir a todos los pacientes que ingresen a Unidad Cardiológica y/o Instituto de Cardiología Integral (ICI), se realizara en coordinación con ambos sectores.

Dicho estudio, se realizara fuera del horario laboral y una vez finalizado, se presentaran los resultados obtenidos.

A la espera de una respuesta favorable, saludo a Ud. atte,

L.E.Esp. Cristina Rodriguez

Nº 5473

19/9/16

No habria inconveniente en la realizacion del estudio en el area.

Recibido por el
Director

19/9/16 Se eleva a Dirección Técnica de Sanatorio para su consideración y autorización
Director Técnico del Sanatorio
Lic. Silvana Fernández
Directora

19/9/16



20/9/16 Pase a la funcionaria Lic Cristina
Rodriguez a los efectos de notificarse, luego
valios

MEDICINA Y ODONTOLOGIA
DIVISION DE ENFERMERIA
Lic. Silvia Fernández
Directora

NOTIFICADA

[Signature]

ANEXO 3

Autorización, Director Técnico de Instituto de Cardiología Integral.

Montevideo, 24 de octubre de 2016

Sr. Director Técnico
Instituto de Cardiología Integral (I.C.I)
Dr. Ruben Leone Sibilia.
Presente.-

De mi mayor consideración:

Por intermedio de la presente nota, me dirijo a Ud. con el fin de solicitar se me autorice realizar un estudio de investigación, para presentar la tesis final de la Maestría en Salud Mental.

Mi nombre es Cristina Rodríguez, me desempeño como Licenciada en Enfermería en el CTI de MUCAM, en el Sector Unidad Cardiológica, desde hace varios años.

El tema a investigar seria la frecuencia de sintomatología depresiva, en pacientes que sufren un síndrome coronario agudo, intentando conocer si existen características personales que estén representadas en ellos. De esta manera, se podría tener un perfil de quienes tendrían mas probabilidades de desarrollar síntomas depresivos, y así poder desarrollar medidas preventivas.

La investigación propuesta, se relaciona además, con los Objetivos Sanitarios Nacionales hacia el 2020, propuestos por el Ministerio de Salud Publica.

Como se pretende incluir a todos los pacientes que ingresen a Unidad Cardiología de MUCAM y/o Instituto de Cardiología Integral (ICI) se realizara en coordinación con ambos sectores.

A la espera de una respuesta favorable, salud a Ud. atte


L.E.Esp. Cristina Rodríguez


MAURICIO ESTEZA





Instituto de Cardiología Integral

Montevideo, 26 de octubre de 2016

UNIDAD CARDIOLOGICA DE MUCAM

L.E. Esp. Cristina Rodriguez

Presente

De mi mayor consideración:

He recibido su carta fechada 24 de Octubre de 2016, y con total satisfacción le comunico que me parece excelente su idea de realizar este trabajo de investigación para lo cual estamos enteramente a su disposición, por dudas o eventuales consultas que quiera realizarme.

También le notifico que puede ponerse en contacto con nuestra Licenciada de Enfermería, Supervisora General Especializada, Jefe del Sector, en el 2 487 27 37 interno 233, quien responderá sus consultas o podrá entrevistarse con ella.

Esperando sea un buen aporte para ambos sectores, saluda muy atentamente,

Dr. Ruben Leone

Director Técnico de ICI

ANEXO 4

- **Informe Comisión Evaluadora de Centro de Posgrado.**
- **Notificación resolución Protocolo de Tesis, Comisión de Posgrado.**
- **Aprobación Comité de Ética MUCAM.**

Notificación resolución Protocolo de Tesis

Directiva Posgrado <directivaposgrado@fenf.edu.uy>

para mí, Gloria, Alvaro, Maestrias

Prof. Dr. Alejandro Cuesta
Lic. Cristina Rodríguez

C/C: Prof. Agda. Esp. Gloria Piñero
Prof. Agdo. Mg. Álvaro Díaz.

Se solicita notificarse de la resolución adoptada que se transcribe a continuación.

Saludos cordiales.

Daniel Barbosa

La Comisión de Posgrado, reunida en fecha 20 de marzo de 2017, con la asistencia de: Prof. Mag. Josefina Verde, Prof. Mg. Alicia Cabrera, Prof. Esp. Lic. Margarita Garay, Prof. Agda. Mag. Carolina Rodríguez, Prof. Agda. Mg. Graciela Umpierrez y Prof. Agda. Mg. Rosa Sangiovanni, considerando los siguientes asuntos, resuelve:

Resolución N° 20: Exp. s/N° – Lic. Cristina Rodríguez, estudiante de Maestría en Salud Mental Generación 2014 presenta Protocolo de Tesis de Maestría. “*Frecuencia de síntomas de depresión en pacientes hospitalizados por síndrome coronario agudo y búsqueda de factores predisponentes*”. Tutor: Dr. Alejandro N. Cuesta.

Visto la presentación del Protocolo de Tesis de Maestría elevado por la Lic. Cristina Rodríguez, y considerando: 1) el aval del Tutor de Tesis, Prof. Dr. Alejandro Cuesta y 2) el informe de la Comisión Evaluadora, Comisión de Posgrado resuelve:

- a. Tomar conocimiento y avalar el informe presentado por la Comisión Evaluadora.
- b. Aprobar el Proyecto de Investigación y autorizar su implementación atendiendo las sugerencias y observaciones formuladas por la Comisión Evaluadora.
- c. Solicitar a la Comisión Evaluadora se cumpla la instancia de transmitir al tutor las observaciones y sugerencias planteadas.
- d. Notificar a los interesados.

UNANIMIDAD.

Montevideo marzo 2017

PROTOCOLO DE TESIS:

Frecuencia de síntomas de depresión en pacientes hospitalizados por síndrome coronario agudo y búsqueda de factores predisponentes

La comisión evaluadora constituida por la Prof. Agdo.Esp.Gloria Piñero y el Prof.Agdo.Mg, Álvaro Díaz consideran que la estudiante Cristina Rodríguez CI. 1-1-499-254-4 ha presentado un protocolo correcto en todo el desarrollo del mismo.

En cuanto a la relación de la depresión con las enfermedades con síndrome coronario agudo acordamos con los factores, evidencia y la bibliografía presentada, considerando además que debería incluir en la introducción que estos” factores intensos no solo pueden producir desequilibrios de los sistemas fisiológicos..... sino también en algunos casos la muerte.”

Excelente relación entre el modelo de Virginia Henderson y el tema a investigar enfatizando como la depresión puede incidir en insatisfacción de las necesidades básicas y la importancia del rol de Enfermería para ayudar al individuo a satisfacer sus necesidades.

Muy buen marco teórico respaldado en una correcta búsqueda y análisis bibliográfico.

El objetivo descrito en la Pag.3 sugerimos que se redacte igual en la pág., 16

Sin otro particular.

Prof. Agdo.Esp.Gloria Piñero

Prof.Agdo.Mg. Alvaro Díaz

Montevideo 25 enero 2019

El Comité de Etica de MUCAM ha recibido para evaluación el protocolo de Tesis de la Licenciada en Enfermería Cristina Rodriguez, titulado:

Frecuencia de depresión en pacientes hospitalizados por Síndrome Coronario Agudo y su relación con factores sociodemográficos.

Se deja constancia que el protocolo de Tesis fue presentado al Comité Institucional luego de finalizado el mismo, pero habiendo sido aprobado por una comisión evaluadora integrada por la Prof. Agda. Esp Gloria Peñero y el Prof. Agdo Mg Alvaro Díaz.

De nuestra evaluación se destaca que la obtención del consentimiento informado como requisito previo así como el texto propuesto para recoger el mismo preservan la identidad de los involucrados y el anonimato de los datos clínicos.

Este comité da la aprobación al protocolo sin hacer observaciones.

Por el Comité de Etica

Dra. Lilian Díaz



ANEXO 5

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA INVESTIGACION SOBRE DEPRESIÓN EN PACIENTES
INTERNADOS POR ENFERMEDAD CORONARIA AGUDA**

Investigador responsable: Lic. Cristina Rodríguez
Unidad de Cuidados Intensivos, Mutualista Médica Uruguaya (MUCAM)
TEL: 2487.05.25

FECHA.....

NOMBRE DEL PACIENTE:

CEDULA DE IDENTIDAD: EDAD:.....

Por este medio escrito manifiesto mi voluntad de participar del proyecto de investigación sobre depresión en pacientes internados por enfermedad coronaria aguda.

Con este estudio se busca conocer la ocurrencia síntomas depresivos en pacientes que sufrieron una enfermedad coronaria aguda. Con esta información se podrán tomar medidas para ayudar y realizar recomendaciones a otros pacientes que tengan esos mismos problemas en el futuro.

Con la participación en este estudio me beneficiaré en que enfermería conocerá mejor mi situación y podrán ayudarme mejor. Se me ha dicho que tanto mi participación como mi negativa a hacerlo no tendrá ninguna consecuencia adversa.

Acepto participar basado en la confianza generada y en la información detallada que me ha suministrado el/la enfermero/a, quién respondió de forma satisfactoria a todas mis preguntas.

1. Estoy internado por haber padecido un evento coronario agudo y personal de éste servicio me ofrece participar de una investigación clínica. En esta investigación se busca conocer la presencia de síntomas de depresión.
2. El profesional que me ofrece participar me deja claro que la asistencia que debo recibir se me proporcionará de la misma manera ya sea que acepte o no participar en la investigación. La atención a todas mis necesidades no está condicionada a mi participación en la investigación.
3. Si acepto participar en la investigación se me realizará un breve interrogatorio en base a una planilla de datos en que se registrará la información. En el futuro podré ser llamado para evaluar cómo ha sido mi evolución.
4. No se realizarán maniobras invasivas ni extracciones de sangre.
5. Se mantendrá debido secreto profesional de todos los datos obtenidos.
6. En cualquier momento podré reconsiderar esta decisión y desistir de participar sin ninguna consecuencia.
7. No habrá remuneración alguna por mi participación, ni tampoco costos.

FIRMA DEL PACIENTE:

FIRMA DEL TECNICO:.....

ANEXO 7:

Inventario de Depresión de Beck.

1).

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2).

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3).

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4).

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5).

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6).

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7).

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8).

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9).

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13).

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de habitual y no puedo volver a dormir.

17).

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck

Categorías de Severidad:

0 a 9 puntos.....Estado no depresivo.

10 a 15 puntos.....Depresión media.

16 a 23 puntos.....Depresión moderada.

24 a 63 puntos.....Depresión severa.

ANEXO 8

Tabla 6: Conocimiento de enfermedad y medidas de rehabilitación según Nivel Educativo.

	Todos		Masculino		Femenino		p
	n	%	n	%	n	%	
	111	100	63	57	48	43	
<hr/>							
<i>¿Conoce su enfermedad?</i>							0.03
<i>SI</i>			27	43	14	29	
<i>NO</i>			13	21	21	44	
<i>ALGO C.V</i>			23	36	13	27	
 <i>¿Conoce como rehabilitarse?</i>							0.06
<i>SI</i>			19	30	11	23	
<i>NO</i>			13	21	20	42	
<i>Una medida</i>			31	49	17	35	

Fuente: Datos obtenidos a partir de la aplicación del cuestionario de recolección de datos.