

**Salud mental en pacientes con edad laboral activa y antecedente de
enfermedad cardiovascular oclusiva de origen arterial de la Fundación
Cardiovascular de Colombia**

Daniela Alejandra Torres Hortua

Id. 000271576

Universidad Pontificia Bolivariana – Seccional Bucaramanga

Facultad de Psicología

Bucaramanga

2018

**Salud mental en pacientes con edad laboral activa y antecedente de
enfermedad cardiovascular oclusiva de origen arterial de la Fundación
Cardiovascular de Colombia**

Daniela Alejandra Torres Hortua

Id. 000271576

Proyecto de grado presentado como requisito para optar al título de:

PSICÓLOGA

Paula Fernanda Pérez Rivero

Directora del Proyecto

Universidad Pontificia Bolivariana – Seccional Bucaramanga

Facultad de Psicología

Bucaramanga

2018

Agradecimientos

Gracias a todas las personas que estuvieron involucradas en este proceso, ya sea de manera directa o indirecta, gracias por brindarme un aporte que propició que este trabajo pudiera culminar. Quiero agradecer a la Fundación Cardiovascular de Colombia por permitirme desarrollar este proyecto en su institución. Asimismo, agradezco al personal de la cardiovascular: al doctor Anderson Bermon por la confianza y el apoyo en la evolución del mismo y a la enfermera Karol Castillo, por compartir su experiencia conmigo. Agradezco a Paula Fernanda Pérez Rivero, directora de esta tesis, por la dedicación y apoyo en la construcción de este trabajo, por la dirección y el acompañamiento durante el mismo. También le agradezco a Katherine Acevedo Pinto, quien me acompañó desde el inicio de este proceso y con su motivación me permitió seguir en su desarrollo. Gracias a mis amigos más cercanos, quienes me brindaron su paciencia, comprensión y motivación y cuyo apoyo incondicional permitió la finalización de este proyecto. Por último, quiero agradecer a todos los pacientes que hicieron parte de esta investigación, quienes aceptaron participar de modo desinteresado y confidencial, y sin quienes este trabajo no habría podido llevarse a cabo.

Tabla de Contenidos

Introducción	3
Capítulo 1 Delimitación del Problema	5
Capítulo 2 Justificación	9
Capítulo 3 Objetivos	11
Objetivo general.....	11
Objetivos específicos	11
Capítulo 4 Antecedentes empíricos y teóricos	12
Capítulo 5 Metodología	24
Diseño	24
Instrumentos o recursos.....	25
Procedimiento	26
Etapa I. Selección de la muestra para ser contactada telefónicamente.....	27
Etapa II. Entrenamiento y adaptación telefónica de los instrumentos.....	27
Etapa III. Aplicación del consentimiento informado y del instrumento MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional 5.0.0.	28
Etapa IV. Análisis de resultados.	28
Etapa V. Elaboración del documento final.	29
Etapa VI. Socialización a instituciones involucradas.....	29
Capítulo 6 Resultados	30
Análisis descriptivos	30
Análisis bivariados.....	36

	vi
Capítulo 7 Discusión	46
Capítulo 8 Conclusiones y Recomendaciones	51
Lista de Referencias.....	53
Anexos	64
Anexo A Derrotero de contacto telefónico.....	64
Anexo B MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional 5.0.0	79
Anexo C Capturas de pantalla de los correos con autorización de uso de la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional 5.0.0 por parte de sus autores.....	82
Anexo D Capturas de pantalla de la aplicación CommCare	84

Lista de tablas

Tabla 1. Criterios dentro de la selección de la muestra.....	24
Tabla 2. Características de la muestra y distribución de las frecuencias totales.	30
Tabla 3. Sintomatología asociada a las variables dependientes.	33
Tabla 4. Asociaciones entre variables independientes con depresión.	36
Tabla 5. Asociaciones entre variables independientes con ansiedad.	39
Tabla 6. Asociaciones entre variables independientes con estrés postraumático.	42

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: Salud mental en pacientes con edad laboral activa y antecedente de enfermedad cardiovascular oclusiva de origen arterial de la Fundación Cardiovascular De Colombia

AUTOR(ES): Daniela Alejandra Torres Hortua

PROGRAMA: Facultad de Psicología

DIRECTOR(A): Paula Fernanda Pérez Rivero

RESUMEN

La sintomatología asociada a los trastornos mentales como depresión, ansiedad y estrés postraumático se ha relacionado con las enfermedades cardiovasculares siendo consideradas un factor de riesgo en su morbilidad y mortalidad, a su vez, se estima que las enfermedades cardiovasculares son altamente incapacitantes en trabajadores lo que resulta en pérdidas para las empresas y empleados. Objetivo: Describir la sintomatología de salud mental con relación a la depresión, ansiedad y estrés postraumático en pacientes con edad laboral activa y antecedente de enfermedad cardiovascular oclusiva de origen arterial. Metodología: Se obtuvo una muestra de 140 pacientes con edad laboral activa y antecedente de enfermedad cardiovascular oclusiva de origen arterial mediante contacto telefónico y se utilizó la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional 5.0.0 para evaluar la depresión, ansiedad y estrés postraumático. Resultados: La mayoría de los participantes se encontraban entre los 55 y 57 años (25,4%), eran hombres (85%) y trabajaban (67,9%) de manera independiente (73,7%). La prevalencia de síntomas depresivos fue 20,7%, síntomas ansiosos 8,6% y sintomatología asociada a estrés postraumático 7,9%; la prevalencia de depresión fue 8,6%, ansiedad 8,6% y estrés postraumático 5,7%. Los síntomas depresivos más frecuentes fueron la pérdida de interés (14,3%), bajo estado de ánimo (12,9%) y dificultades para dormir (12,1%), los síntomas ansiosos más comunes fueron preocupaciones excesivas (33,6%) y preocupaciones recurrentes (17,1%), los síntomas de estrés postraumático más frecuentes fueron la evocación angustiosa del evento (7,9%), evitación del recuerdo (5,7%), sentimientos de aislamiento (5,7%), irritabilidad (5,7%) e ideas de muerte (5,7%). La presencia de ansiedad y estrés postraumático se relacionó con diferencias en el sexo, siendo más frecuente en mujeres ($p=0,003$ and $p=0,002$, respectivamente). Conclusiones: La prevalencia de ansiedad es mayor comparada a estudios anteriores en Colombia. Tanto la ansiedad como el estrés postraumático se relacionan con diferencias en el sexo, con mayor incidencia en las mujeres.

PALABRAS CLAVE:

depresión, ansiedad, estrés postraumático, enfermedades cardiovasculares, edad laboral activa.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Mental health in patients with active working age and history of occlusive cardiovascular disease of arterial origin of the Colombian Cardiovascular Foundation

AUTHOR(S): Daniela Alejandra Torres Hortua

FACULTY: Faculty of Psychology

DIRECTOR: Paula Fernanda Pérez Rivero

ABSTRACT

The symptomatology associated with mental disorders such as depression, anxiety and post-traumatic stress has been related to cardiovascular diseases and considered a risk factor in their morbidity and mortality, in addition, it is considered that cardiovascular diseases are highly incapacitating to active workers resulting in losses for both companies and employees. Objective: To describe the mental health symptoms in relation to depression, anxiety and post-traumatic stress in patients with active working age and history of occlusive cardiovascular disease of arterial origin. Methodology: A sample of 140 patients with active working age and history of arterial occlusive cardiovascular disease was obtained through telephone contact using the Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0 to evaluate the presence of depression, anxiety and post-traumatic stress. Results: Most participants were between 55 and 57 years old (25.4%), were men (85%) and worked (67.9%) independently (73.7%). The prevalence of depressive symptoms was 20.7%, anxious symptoms 8.6% and post-traumatic stress symptoms 7.9%; the prevalence of depression was 8.6%, anxiety 8.6% and post-traumatic stress 5.7%. The most frequent depressive symptoms were loss of interest (14.3%), low mood (12.9%) and sleep problems (12.1%), the most common anxious symptoms were excessive concerns (33.6%) and recurrent worries (17.1%), the most frequent symptoms related to post-traumatic stress were distressing evocation of the event (7.9%), avoidance of memories (5.7%), feelings of isolation (5.7%), irritability (5.7%) and death ideation (5.7%). The presence of anxiety and post-traumatic stress were related to differences in sex, being more frequent in women ($p=0.003$ and $p=0.002$, respectively). Conclusions: The prevalence of anxiety is higher compared to previous studies in Colombia. Both anxiety and post-traumatic stress are related to differences in sex, with higher presence in women.

KEYWORDS:

depression, anxiety, post-traumatic stress, cardiovascular diseases, active working age.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de mortalidad en el mundo, igual ocurre en Colombia, donde las cardiopatías coronarias o isquémicas ocupan el primer lugar en la lista de causas de fallecimiento (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2016; Organización Mundial de la Salud, OMS, 2017b).

La relación entre las ECV y los trastornos mentales, o sintomatología psicológica relacionada, ha sido objeto de estudio durante las últimas décadas, estableciéndose con mayor fuerza la idea de que aquellos pacientes con algún evento cardiovascular arterial que presenten un trastorno del estado del ánimo como depresión o ansiedad o al menos sintomatología asociada, están en un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad que aquellos pacientes cardiovasculares que no los posean (Alarcón & Ramírez, 2006; Rosengren et al., 2004; Rozanski, Blumenthal, Davidson, Saab, & Kubzansky, 2005; Smith & Blumenthal, 2011).

Sin embargo, en Colombia los estudios científicos que toman en cuenta estas características han sido escasos; asimismo, los estudios que se realizan en población cardiovascular con relación a la prevalencia de depresión o ansiedad no han tenido en cuenta la edad laboral de los sujetos. Por lo tanto, este proyecto busca profundizar en los trastornos mentales y la sintomatología relacionada a la depresión, ansiedad y estrés postraumático en pacientes con antecedente cardiovascular oclusivo arterial y edad laboral activa, con el fin obtener información actualizada que permita realizar su caracterización según las variables medidas.

El presente proyecto se organiza de la siguiente manera: primero, se presenta la delimitación del problema, que corresponde a la problemática actual a abordar. Segundo, se expone la justificación del proyecto, que señala la importancia y el impacto del desarrollo del estudio. Tercero, se presentan los objetivos del proyecto, incluyendo el objetivo general y los específicos. Cuarto, se presenta una revisión teórica sobre los temas centrales del estudio que contiene enfermedades cardiovasculares oclusivas arteriales en personas con edad laboral activa y el desarrollo de depresión, ansiedad y estrés postraumático, además de una revisión empírica de estudios relacionados publicados con anterioridad. Quinto, se expone la metodología, que incluye el diseño del proyecto, los instrumentos utilizados y el procedimiento realizado. Sexto, se presenta los resultados obtenidos, junto con los análisis descriptivos y bivariados. Séptimo, se presenta la discusión, es decir, el contraste entre los resultados y la teoría. Octavo, se exponen las conclusiones y recomendaciones. Noveno, se presenta la lista de referencias tenidas en cuenta en el desarrollo del estudio. Finalmente se presentan los anexos del proyecto.

Capítulo 1

Delimitación del Problema

Las ECV cobran la vida de 17,7 millones de personas cada año, constituyéndose como la principal causa de mortalidad en todo el mundo (OMS, 2017b). En el 2012, fallecieron aproximadamente 17,5 millones de personas por su causa, dato que representa un 31% de las muertes ocurridas en ese año; dentro de estas cifras, 7,4 millones fueron por causa de la enfermedad coronaria o cardiopatía coronaria y 6,7 millones se debieron a los accidentes cerebrovasculares (OMS, 2017b).

En Colombia las ECV encabezan la lista de causas de mortalidad. Dentro de la clasificación de las 10 principales causas de mortalidad en el país para el 2016, publicado por el Institute for Health Metrics and Evaluation (2016) las cardiopatías coronarias, los accidentes cerebrovasculares y la enfermedad cardíaca hipertensiva se ubicaron en el puesto 1, 5 y 10, respectivamente. Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, (2017) para el año 2016, las enfermedades cardiovasculares isquémicas o cardiopatías coronarias fueron la causa de fallecimiento de 16.076 colombianos, lo que corresponde al 16% del total de fallecimientos en Colombia; por otro lado, las enfermedades cerebrovasculares causaron la muerte de 14.455 personas, es decir el 6,8% del total de fallecimientos en Colombia.

Teniendo en cuenta que existe una relación entre enfermedades cardiovasculares y factores psicológicos, especialmente los estados afectivos negativos como depresión, ansiedad y estrés, se reconoce que los pacientes cardiovasculares afectados por trastornos

mentales o sintomatología asociada a estos se encuentran en mayor riesgo de morbilidad y mortalidad cardíaca que sus contrapartes de la población general (Alarcón & Ramírez, 2006; Rosengren et al., 2004; Rozanski, Blumenthal, Davidson, Saab, & Kubzansky, 2005; Smith & Blumenthal, 2011). Con relación a lo anterior, para el año 2015 la prevalencia mundial de depresión fue del 4,4% mientras que la prevalencia de trastornos de la ansiedad fue del 3,6%; para ambos casos la prevalencia en Colombia se ubica por encima del promedio mundial con 4,7% y 5,8% para depresión y ansiedad, respectivamente (OMS, 2017a).

El Ministerio de Salud y Protección Social, MinSalud, (2013b) en su Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, expone que las ECV se encuentran dentro de las enfermedades más costosas de tratamiento para el Estado por su complejidad y cifras de morbilidad, además de incapacitar alrededor del 19% de los colombianos en edad laboral activa. Del mismo modo, se ha encontrado que las personas con algún trastorno mental “presentan dos veces más ausentismo por incapacidad para llevar a cabo sus actividades habituales en los últimos treinta días, que aquellos sin trastornos mentales” (Torres, 2018, p. 185).

Por otro lado, se resalta que los servicios del sector salud no protegen los aspectos de la salud mental tal como lo hacen con los aspectos físicos médicos, ya que no existe una vigilancia y control apropiadas de su aplicación y se presentan carencias en los recursos humanos y en la organización de la atención sanitaria en salud mental (Ardón & Cubillos, 2012). Asimismo, se tiene en cuenta que las ECV suelen ocurrir en personas que aún se encuentran en edad laboral activa por lo que su prevalencia, y la comorbilidad

con sintomatología de salud mental como depresión o ansiedad, podrían influir en su entorno laboral, personal, social y familiar.

En la actualidad, no se tienen cifras actualizadas de la prevalencia de estos trastornos o de su sintomatología en pacientes cardiovasculares colombianos. El estudio de Rodríguez et al. (2009) encontró que la prevalencia de depresión fue del 13,4% mientras que ansiedad fue de 5% en sujetos que sufrieron una enfermedad coronaria; sin embargo, esta investigación no tuvo en cuenta la edad laboral de los individuos participantes.

Existen otros estudios realizados con población cardiovascular colombiana que buscaban encontrar la prevalencia de depresión o ansiedad pero que no resultan pertinentes en vista de que se realizaron en población aun hospitalizada, sin tener en cuenta la edad laboral y con una muestra final mínima (Arevalo, Soto & Caamaño, 2014; Mendoza, 2012). Por otro lado, no se encuentran estudios colombianos que den cuenta de la prevalencia del estrés postraumático en esta población.

En este sentido, es importante realizar investigaciones que permitan conocer la situación actual de pacientes con antecedente de enfermedad cardiovascular oclusiva que puedan presentar sintomatología de salud mental relacionada a la depresión, ansiedad o estrés postraumático, especialmente en población que aún se encuentra en edad laboral activa, teniendo en cuenta que la incapacidad laboral genera pérdidas tanto a las empresas como a los trabajadores, por lo que es relevante conocer la situación actual de esta población en particular. Es así, como resulta pertinente contestar a la pregunta, ¿Cuál es la sintomatología relacionada a la depresión, ansiedad y estrés postraumático en una

muestra de pacientes con edad laboral activa y antecedente de enfermedad cardiovascular oclusiva de origen arterial?

Capítulo 2

Justificación

La presente investigación permitió identificar y describir la presencia de sintomatología asociada a depresión, ansiedad y estrés postraumático en pacientes con edad laboral activa y antecedente de enfermedad cardiovascular oclusiva de origen arterial. Este estudio se deriva del proyecto Txt4 Heart Colombia, ensayo clínico aleatorizado realizado en la Fundación Cardiovascular de Colombia FCV (2017) que tiene como objetivo evaluar la eficacia del envío de mensajes de texto para incrementar la adherencia a medicamentos en pacientes con antecedente de enfermedad cardiovascular oclusiva arterial. Esta investigación proporcionó información que caracterizó a la población específica con respecto a las variables de salud mental mencionadas con anterioridad, además, aportó teóricamente a posteriores investigaciones o intervenciones en esta temática tanto a nivel nacional como Latinoamericano.

El proyecto se realizó teniendo en cuenta que los pacientes con enfermedades cardiovasculares afectados con trastornos mentales o sintomatología asociada presentan un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad que otros pacientes cardiovasculares de la población general (Alarcón & Ramírez, 2006; Rosengren et al., 2004; Rozanski, Blumenthal, Davidson, Saab, & Kubzansky, 2005; Smith & Blumenthal, 2011). A su vez, se resalta que este tipo de investigaciones con una población particular como lo son pacientes con antecedente de enfermedad cardiovascular oclusiva de origen arterial son

de difícil acceso, prevaleciendo durante la revisión bibliográfica las revisiones teóricas por encima de estudios poblacionales al respecto en la región.

Por su parte, la OMS (2011) expone que entre las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), las enfermedades cardiovasculares (ECV) son las de mayor recurrencia. A su vez, en Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social (2013b) afirma que las ECV son altamente incapacitantes en trabajadores activos; por lo que fue pertinente que la población de estudio fuera población en edad de trabajar con el fin de conocer la situación laboral actual de estos pacientes. Finalmente, lo anterior evidencia la importancia del proyecto dentro de esta área de estudio debido a que la identificación de trastornos mentales o su sintomatología permite proponer, a futuro, estrategias de promoción y prevención evitando comorbilidades, además de estrategias para su manejo durante el transcurso de la enfermedad cardiovascular.

Capítulo 3

Objetivos

Objetivo general

Describir la sintomatología de salud mental con relación a la depresión, ansiedad y estrés postraumático en pacientes con edad laboral activa y antecedente de enfermedad cardiovascular oclusiva de origen arterial.

Objetivos específicos

Identificar la sintomatología asociada a la depresión en pacientes con edad laboral activa y antecedente de enfermedad cardiovascular oclusiva de origen arterial.

Identificar los síntomas asociados a la ansiedad en pacientes con edad laboral activa y antecedente de enfermedad cardiovascular oclusiva de origen arterial.

Identificar la sintomatología asociada al estrés postraumático en pacientes con edad laboral activa y antecedente de enfermedad cardiovascular oclusiva de origen arterial.

Capítulo 4

Antecedentes empíricos y teóricos

Según la OMS (2017b) las ECV representan la principal causa de muerte global. Las ECV son afecciones del corazón y de los vasos sanguíneos que alteran el suministro de sangre y oxígeno al cuerpo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013a; OMS, 2017b). Están clasificadas dentro del grupo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) caracterizadas por ser de larga duración y surgir por resultado de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales (OMS, 2018a). Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2013a), existen dos tipos de ECV: a) De origen aterogénico, causadas por el “endurecimiento u obstrucción de las arterias y vasos sanguíneos por la acumulación de grasa y colesterol” (p. 16); y, b) De origen no aterogénico, los cuales son “daños en la estructura o la función del corazón” (p. 16).

En las ECV de origen aterogénico, mencionadas en ocasiones como enfermedades oclusivas arteriales a causa de la oclusión de las arterias, se impide el paso de la sangre ya sea al miocardio, que es el músculo cardíaco, al cerebro o a las extremidades superiores e inferiores (OMS, 2017b). Dentro de los eventos cardiovasculares de origen arterial más relevantes se encuentran el síndrome coronario agudo (SCA), la angina estable de pecho (AE), las enfermedades cerebrovasculares, especialmente las isquémicas (ICD por sus siglas en inglés), y la enfermedad arterial periférica (EAP); de igual forma es común la revascularización coronaria (CAB) como intervención quirúrgica asociada a oclusiones arteriales. El SCA hace parte de las Cardiopatías Coronarias (CHD) y ocurre debido a la

formación de trombos en las arterias coronarias que restringen el flujo de sangre al corazón (Hamm et al., 2012); cuando la arteria no se obstruye completamente y no hay necrosis del músculo miocárdico se produce una angina inestable, por otra parte, la restricción completa del flujo de sangre y la necrosis del músculo ocasiona un infarto agudo de miocardio, que puede ser con elevación del segmento ST -IAMCEST- o un infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST -IAMSEST- (Navarro, 2011).

La AE es un dolor opresivo torácico temporal provocado por el esfuerzo físico, el malestar emocional y el estrés, debido a la reducción del flujo sanguíneo al corazón (Mayo Clinic, 2018; Santos, 2017). Asimismo, las enfermedades cerebrovasculares son condiciones en las que se presenta una interrupción del flujo sanguíneo u oxígeno al cerebro (Ruiz, Martínez & Fuentes, 2015); son isquémicas cuando son producidas por el bloqueo de un vaso sanguíneo que lleva la sangre al cerebro, o hemorrágicas, causadas por la rotura de un vaso sanguíneo en el cerebro (Martínez, Murie, Pagola & Irimia, 2011). De igual manera, la EAP se define como la obstrucción de las arterias que impide que la sangre llegue a las extremidades (Enfermedad Arterial Periférica, 2012). También está la CABG, que es un proceso quirúrgico que utiliza venas o arterias de alguna parte del cuerpo para desviar la sangre en las arterias bloqueadas y aumentar el flujo sanguíneo al corazón (Fundación Española del Corazón, s.f).

En cuando a su desarrollo, las ECV se han relacionado con algunos factores de riesgo cardiovasculares. Se habla de factores de riesgo cardiovasculares no modificables, como la edad, el sexo y los antecedentes familiares, y modificables como el tabaquismo, el nivel de glicemia en sangre, la hipertensión arterial, la obesidad y el sedentarismo

(Vega, Guimara & Vega, 2011). Sin embargo, se ha demostrado que los factores psicológicos también están relacionados a un resultado clínico adverso de la ECV (Rozanski, Blumenthal, Davidson, Saab & Kubzansky, 2005). Según Smith y Blumenthal (2011) los factores psicológicos y conductuales asociados al nivel de riesgo de ECV son: a) los estados afectivos negativos, como depresión, ansiedad, enojo y estrés; b) la personalidad, como el patrón de conducta de Tipo A, la hostilidad y la personalidad de Tipo D, y c) factores sociales, como la posición socioeconómica y el escaso apoyo social.

Los estados afectivos se enmarcan en el concepto de salud mental, mejor definido por la OMS (2013) 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” (párr. 1). Si bien esta definición establece que la salud mental es más que la inexistencia de trastornos mentales, no se debe desestimar que, trastornos como la depresión o la ansiedad son problemas habituales de la salud mental que afectan a las personas en sus dimensiones personales, incluyendo sus capacidades laborales y productividad (OMS, 2017c; OMS, 2018b).

La depresión es la variable psicológica más estudiada con relación a las ECV, considerada un factor de riesgo en el proceso de evolución y tratamiento de estas enfermedades (Romero, 2007). Según las definiciones de los manuales diagnósticos (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales versión cuatro -DSM IV- y versión cinco -DSM5) publicados por la American Psychiatric Association APA (1995; 2014) la depresión es un trastorno del estado de ánimo cuya principal característica es la

alteración de humor; acompañada de una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades por un periodo de por lo menos dos semanas, además de la presencia de al menos cuatro síntomas como la disminución del apetito o peso, las alteraciones del sueño, cambios psicomotores, falta de energía, sentimientos de inutilidad, dificultades para tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o intentos suicidas. Se estima que la prevalencia de depresión para el 2015 a nivel mundial fue del 4.4%, y para el caso de Colombia fue de 4,7% (OMS, 2017a); es decir, la prevalencia de depresión en el país se ubica por encima del promedio mundial. Asimismo, según cifras del Ministerio de Salud y Protección Social (2017), el 2,4% de los adultos colombianos de 18 a 44 años presenta cualquier trastorno depresivo mientras el 1,3% de adultos entre de 45 años y más lo hace.

La evidencia sugiere que la depresión se asocia con un mayor riesgo de SCA, además de ser un factor de riesgo tanto en la morbilidad como en la mortalidad después de un infarto agudo de miocardio y una cirugía de CABG (Lichtman et al., 2014; Nemeroff, 2012). De igual forma, la depresión está prospectivamente asociada con un riesgo mayor de desarrollar una enfermedad cerebrovascular, así como una asociación significativamente mayor de morbilidad y mortalidad debido a esta enfermedad (Pan, Sun, Okereke, Rexrode & Hu, 2011). Este trastorno está asociado a un mal pronóstico en pacientes con SCA cuando se presenta posterior al evento (Lemos & Agudelo, 2015). Se ha encontrado que un 20% de los pacientes con SCA sufren depresión mayor y otro 20% sufre depresión menor en algún punto del transcurso de su enfermedad (Carney & Freedland, 2008).

En cuanto a la mortalidad, un meta análisis realizado en el 2004 teniendo en cuenta artículos de cohorte prospectivos de bases de datos en inglés y alemán entre 1980 y 2003 encontró que los síntomas depresivos o trastornos de depresión incrementan al doble el riesgo de mortalidad en pacientes cardíacos con este trastorno, e incluso se relacionan significativamente con una mortalidad cardíaca elevada 10 años después de la CABG (Barth, Schumacher, & HerrmannLingen, 2004; Connerney, Sloan, Shapiro, Bagiella & Seckman, 2010). Un estudio prospectivo realizado en Gran Bretaña que buscaba examinar los efectos de los síntomas depresivos y la CHD y sus asociaciones interactivas sobre la mortalidad en adultos de mediana edad por un tiempo de 5,6 años encontró que los participantes con antecedentes de CHD eran más propensos a tener síntomas depresivos que aquellos que no (Nabi et al., 2010). Este estudio concluyó que los síntomas depresivos están asociados con un aumento del riesgo de muerte por causas cardiovasculares o no cardiovasculares, con un riesgo particularmente marcado en los participantes depresivos y con comorbilidad de CHD.

Algunos artículos que relacionan estas variables en Colombia fueron realizados durante el periodo de hospitalización y con un número de muestra insuficiente, que, si bien no cumplen con las mismas condiciones, resultan pertinentes en la medida en que relacionan la enfermedad cardiovascular y la depresión en el país. El estudio de Mendoza (2012) llevado a cabo con 76 pacientes de la Costa Caribe, en un promedio de edad de 68 años, posterior a un infarto agudo de miocardio encontró una prevalencia del 79% de sintomatología depresiva. Asimismo, la investigación realizada por Arevalo, Soto y Caamaño (2014) en Santa Marta con 33 pacientes hospitalizados por SCA evidenció una

prevalencia de depresión del 63,64%, es decir, se encontró síntomas depresivos en 21 pacientes quienes se encontraban en un promedio de edad de 64 años.

Debido a que la depresión es un factor de riesgo para eventos cardíacos y la mortalidad, identificar a los pacientes con depresión estructuraría los niveles de riesgo y el diseño de tratamientos apropiados para mejorar la supervivencia de estos pacientes (Carney & Freedland, 2011). La relativamente alta prevalencia de depresión en pacientes con ECV y la asociación de la depresión con un aumento de la morbilidad y la mortalidad son razones suficientes para argumentar que pacientes con ECV sean sometidos a exámenes de detección de depresión y sean tratados si esta condición está presente (Liu & Ziegelstein, 2010).

Por otro lado, la ansiedad también se ha asociado al aumento de la mortalidad cardíaca según la gravedad de la ECV (Smith & Blumenthal, 2011). Dentro de los trastornos de ansiedad, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es el más común y se caracteriza por presentar preocupaciones de miedo excesivas e incontrolables durante más de seis meses ante posibles amenazas o acontecimientos circunscritos a la vida de la persona, además de verse acompañada de síntomas como inquietud, fatiga, dificultades de concentración, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño (APA, 1995; 2014). Para el año 2015 la prevalencia de trastornos de ansiedad fue del 3,6% a nivel mundial, mientras que en Colombia la prevalencia se ubicó por encima del promedio mundial con un valor de 5,8% (OMS, 2017a); igualmente, el 2,7% de los adultos colombianos de 18 a 44 años presenta cualquier trastorno de ansiedad mientras el 1,2% de adultos entre 45 años y más lo hace (MinSalud, 2017). Un metaanálisis de 20 estudios

llevados a cabo entre 1980 a mayo del 2009 relacionó la ansiedad y eventos cardiovasculares con un incremento de riesgo del 26%, así como una asociación entre la ansiedad y la mortalidad cardiaca, encontrando que las personas ansiosas tienen una predisposición 48% mayor de muerte cardiaca (Roest, Martens, De Jonge & Denollet, 2010).

Asimismo, también se ha investigado el riesgo combinado asociado a la comorbilidad de depresión y ansiedad. Según Moretti et al. (2011) la depresión y la ansiedad son factores predisponentes para la ECV, además de pronosticar una peor recuperación de los eventos cardiovasculares. Un estudio prospectivo realizado en Estados Unidos con una cohorte de 934 pacientes con SCA y edad promedio de 62 años encontró una asociación entre depresión y ansiedad: el 60% de los casos de personas con depresión también cumplieron los criterios de ansiedad, y el 52% de personas con ansiedad también cumplieron los criterios de depresión (Watkins et al., 2013); estos autores concluyeron que la ansiedad se asocia con riesgo más alto de mortalidad en pacientes con SCA, en particular cuando es comórbido con depresión. De igual forma, un estudio realizado con pacientes de Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda buscaba determinar la prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos persistentes comórbidos en individuos con cardiopatías isquémicas o CHD a partir de los 56 años y evaluar los efectos sobre la mortalidad, se concluyó que los síntomas persistentes de ansiedad y depresión aumentaron el riesgo de muerte en los pacientes con CHD (Doering et al., 2010)

En cuanto a Latinoamérica, un estudio realizado en Argentina con 1035 pacientes con una edad promedio de 61,23 años asistidos en la consulta cardiológica ambulatoria encontró una prevalencia de 20,86% para ansiedad y 9,85% para depresión (Cerezo, Vicario, Fernández & Enders, 2017). Sin embargo, una investigación sobre depresión y ansiedad realizada en Colombia con 119 pacientes con enfermedad coronaria en un programa de Rehabilitación Cardíaca, y un promedio de edad de 61 años, halló una prevalencia de 13,4% para depresión -trastorno depresivo mayor- y de 5% para trastorno de ansiedad generalizada (Rodríguez et al., 2009).

Por otra parte, la relación entre la ECV y el estrés puede verse desde el estrés crónico, relacionado con alteraciones físicas crónicas y puede incluir factores relacionados con el trabajo (Smith & Blumenthal, 2011). Uno de los estudios más completos ha sido el INTERHEART, realizado en 52 países a través de la comparación de 11.119 casos y 13.648 controles, el cual encontró que los sujetos que presentaron un infarto agudo de miocardio mostraron mayores niveles de estrés en el trabajo, estrés en el hogar, estrés general y estrés por eventos importantes comparados con los controles igualados por edad y sexo (Rosengren et al., 2004). Se puede hablar del estrés relacionado a eventos inesperados e importantes como estrés postraumático (TEPT), que se caracteriza principalmente por la aparición de síntomas después de estar expuesto a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático y peligroso para la persona, se presenta temor, desesperanza y horror además de la reexperimentación del acontecimiento y la evitación de estímulos asociados a este (APA, 1995; 2014). En

Colombia, el 40,2% de los adultos de 18 a 44 años ha sufrido por lo menos un evento traumático en su vida (MinSalud, 2017).

Si bien el TEPT se asocia con personas que vivieron acontecimientos de gran intensidad como veteranos de guerra, sobrevivientes de catástrofes y agresión sexual, se reconoce que existen enfermedades médicas que ponen en peligro la vida y por tanto que pueden reconocerse como un evento desencadenador de TEPT (Edmondson & Cohen, 2013). Estos autores señalan que gracias a la investigación en la última década se puede concluir que existe una asociación entre el TEPT y la ECV incidente, así como una relación entre el TEPT y la ECV recurrente, y que esta asociación es independiente de otros factores de riesgo conocidos. Un metaanálisis realizado por Edmondson et al. (2012) concluyó que los SCA pueden inducir un TEPT y aumentar el riesgo de los pacientes de sufrir eventos cardíacos y mortalidad posteriores, al igual que los síntomas de TEPT clínicamente significativos inducidos por SCA son moderadamente prevalentes y están asociados con un mayor riesgo de recurrencia.

De acuerdo con lo anterior, se puede afirmar que los pacientes con antecedentes cardiovasculares afectados por enfermedades mentales se encuentran en mayor riesgo de morbilidad y mortalidad cardíaca que la población general (Alarcón & Ramírez, 2006; Rosengren et al., 2004; Rozanski, Blumenthal, Davidson, Saab, & Kubzansky, 2005; Smith & Blumenthal, 2011). Considerando, a su vez, que muchos de estos pacientes aún hacen parte del mercado de trabajo, lo que podría suponer un factor extra de riesgo a su salud; por ejemplo, en España, el 43,5% de los accidentes mortales producidos en el

trabajo son debidos a un infarto o un accidente cerebrovascular (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2016).

Teniendo en cuenta que estas enfermedades suelen ocurrir cuando los individuos se encuentran trabajando, se propone un énfasis en personas que se encuentren en edad laboral activa, referidos formalmente como Población en Edad de Trabajar (PET), quienes son "toda la población que podría hacer parte del mercado de trabajo" (Alonso, Solano, Tenório & Torres, 2012, p.65). Según el DANE (2016) en Colombia, la población dentro de la PET son personas mayores de 12 años en las zonas urbanas y mayores de 10 años en zonas rurales. Sin embargo, la edad mínima de admisión al trabajo en Colombia es de 15 años, y solo cuando se posee autorización del Inspector de Trabajo o del Ente Territorial Local (Ley N° 1098, 2006); asimismo, se tiene en cuenta que la edad de jubilación en el país es 62 años para los hombres y 57 años para las mujeres (Ley N° 797, 2003).

Lora y Prada (2016), mencionan que la PET se divide en:

- Población Económicamente Activa (PEA), son personas en edad de trabajar que laboran o buscan empleo, dentro de esta división están los Ocupados, es decir, aquellos que "trabajaron por lo menos una hora remunerada, [...] tenían trabajo, pero no trabajaron (debido a vacaciones, licencia o cualquier otra razón), y los ayudantes familiares sin remuneración que trabajaron por lo menos una hora a la semana" (p.9).
- Población Económicamente Inactiva (PEI), son aquellos en edad de trabajar que no laboran ya sean porque no necesitan, no pueden o no les interesa.

Dentro de los conceptos asociados al trabajo se encuentra el de situación laboral, referido al tipo de afiliación que tiene el empleado con su trabajo (Instituto Vasco de Estadística, s.f). Para este estudio se tomó dos tipos de clasificación referidos por este Instituto: a) independiente (o autónomo), cuando la persona trabaja por cuenta propia o como empleadores; o, b) asalariada (o por nomina), cuando la persona trabaja por cuenta ajena, vinculada a una empresa u organización, a través de un contrato laboral fijo o eventual.

Según el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (MinSalud, 2013b), el 76% de la morbilidad en el país es ocasionada por las enfermedades crónicas, de las cuales el 19% corresponde a cardiopatías hipertensivas. Con relación a las ECV, el 20% de la población activa en Colombia sufre un “trastorno cardiovascular en algún momento de su vida laboral y su incidencia aumenta con la edad de forma radical” (Jaramillo et al., 2016, p. 6); estos autores también señalan que el estrés crónico en asociación con el trabajo deteriora el organismo y causa enfermedades cardiovasculares. De igual forma, los trastornos mentales y la sintomatología relacionada a la ansiedad, la depresión y el estrés son causas principales de incapacidad laboral temporal y permanente en los países desarrollados, lo que significa pérdidas de producción e ingresos tanto individuales como para la sociedad (Torres, 2018).

De esta forma se puede concluir que existe una relación entre algunas variables psicológicas y la ECV, relación que en ocasiones puede influir en la vida del paciente; y en la que también puede verse incluido el desarrollo de sus actividades laborales, teniendo en cuenta que esta enfermedad puede darse cuando las personas están en una

edad laboral activa, además de que los factores asociados al trabajo pueden ocasionar un evento cardiovascular.

Capítulo 5

Metodología

Diseño

La investigación es de enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, corte transversal y alcance descriptivo. La muestra estuvo conformada por 140 pacientes con edad laboral activa, mayores de 18 años y sin jubilarse (hombres entre 18 y 62 años y mujeres entre 18 y 57 años), y antecedente de enfermedad cardiovascular oclusiva de origen arterial: síndrome coronario agudo, revascularización coronaria, enfermedad cerebrovascular isquémica, enfermedad arterial periférica y angina estable. Los participantes fueron seleccionados a través de un muestreo probabilístico aleatorio simple, tomando la base de datos institucional de la Fundación Cardiovascular de Colombia, la cual cuenta con identificación de pacientes con estas características que han sido hospitalizados y tratados desde hace diez años.

Los criterios que se tuvieron en cuenta dentro de la selección de la muestra fueron:

Tabla 1.

Criterios dentro de la selección de la muestra.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<p>- Pacientes identificados en la base de datos de la Fundación Cardiovascular de Colombia con enfermedad cardiovascular oclusiva arterial.</p>	<p>- Dificultades de escucha o habla.</p>

- Capacidad de contestar la prueba por sí mismos. - Diagnóstico psicológico/psiquiátrico preliminar.

- Población en edad de trabajar mayores de 18 años y sin jubilar (mujeres de 18 a 57 años y hombres de 18 a 62 años).

Los datos fueron recolectados a través de comunicación telefónica desde la Fundación Cardiovascular de Colombia. Se realizaron 299 llamadas y se logró contactar 251 pacientes, de los cuales 162 dieron el consentimiento para participar en el estudio. De esos 162 participantes, se excluyeron 22 individuos que habían recibido un diagnóstico psicológico y/o psiquiátrico anterior; todo lo anterior para una muestra total de 140 pacientes.

Instrumentos o recursos

Línea telefónica para el contacto con los pacientes.

Derrotero de contacto telefónico. Se diseñó una Guía de protocolo con el fin de especificar el desarrollo del contacto telefónico con los pacientes. Incluyó el consentimiento informado, además de preguntas de carácter sociodemográfico como edad, departamento y municipio donde vive actualmente, zona de residencia y nueva hospitalización por evento cardiovascular oclusivo (Anexo A).

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional 5.0.0 (Sheehan et al., 1999, validada al español por Ferrando, Bobes, Gibert, Soto & Soto, 2000): Entrevista clínica

altamente estructurada acerca de los principales trastornos psiquiátricos de la CIE-10 y DSM-IV (Anexo B). Está organizada en módulos identificados por letras y cada uno corresponde a un diagnóstico específico, al inicio de cada módulo existen preguntas filtro con criterios principales que determinan la presencia del trastorno; las preguntas son de forma dicotómica con respuestas de Si / No. Presenta propiedades psicométricas satisfactorias en todos los idiomas a las que ha sido traducida, con valores de kappa por encima 0,7 (Cervilla et al., 2016). Se utilizaron los módulos de episodio depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada y estado por estrés postraumático. Aunque el instrumento es de uso libre, se solicitó permiso a los autores de la versión en español para su uso (Anexo C).

La MINI esta codificada con la versión del DSM-IV, debido a que la versión de este instrumento construido a partir del DSM-V no se encuentra traducida o validada al idioma español. Asimismo, considerando que la aplicación se realizó de manera telefónica, se tuvo en cuenta sus características como una entrevista breve y fiable utilizada tanto en investigación como práctica clínica, permitiendo evaluar de forma estandarizada trastornos mentales (Capua, 2012); así como la factibilidad de que un mismo instrumento permitía realizar la medición de las tres variables de sintomatología mental del presente estudio.

Procedimiento

La presente investigación se llevó a cabo a través de las siguientes etapas realizadas de manera secuencial:

Etapa I. Selección de la muestra para ser contactada telefónicamente.

El tamaño de la muestra fue determinado teniendo en cuenta la variable que reporta la menor prevalencia, en este caso fue del 5% para ansiedad tomado de un estudio realizado en Colombia sobre la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes cardiovasculares en un programa de Rehabilitación Cardíaca en Colombia (Rodríguez et al., 2009). Con base en lo anterior, se determinó una muestra de 140 personas, con un nivel de confianza de 95%, error Beta de 5% y tamaño poblacional de 8000.

Se tomó la base de datos institucional de la Fundación Cardiovascular de Colombia, la cual cuenta con el registro básico (nombre, teléfono, diagnóstico, fecha de hospitalización) de 8000 pacientes que habían sido atendidos durante los últimos 10 años. Se realizó una lista aleatoria con el programa Epidat 3.1 para obtener el total de 140 pacientes, se estimó un contacto exitoso en el 70% del total de llamadas, por lo que el tamaño de muestra contemplaba las pérdidas o contactos no exitosos.

Etapa II. Entrenamiento y adaptación telefónica de los instrumentos.

Se construyó un derrotero de contacto telefónico para abordar a los pacientes y solicitar su consentimiento tanto para el contacto telefónico como el consentimiento informado verbal para su participación y aplicación del instrumento. Este entrenamiento fue realizado por personal de la Fundación Cardiovascular con experiencia en este tipo de actividades.

Asimismo, se digitalizó la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional 5.0.0 a través de la aplicación CommCare (Anexo D) y se hizo el respectivo entrenamiento por

parte de personal de la UPB con experiencia en la aplicación de este instrumento y por personal de la FCV con experiencia en el manejo de la aplicación CommCare.

Se adoptaron las medidas tecnológicas necesarias para la grabación de las llamadas telefónicas y estas fueron respaldadas en el servidor de la FCV.

Etapa III. Aplicación del consentimiento informado y del instrumento MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional 5.0.0.

Siguiendo el protocolo especificado en el derrotero de llamadas, al hacer el contacto telefónico con los pacientes se solicitó autorización para explicar el proyecto, se informó que la llamada sería grabada y nuevamente se solicitó autorización para continuar y realizar las preguntas sociodemográficas. Seguidamente, se leyó el consentimiento informado que indicaba que la participación sería voluntaria, podrían retirarse en cualquier momento sin ninguna repercusión personal o médica, la participación no implicaba costo o beneficio monetario y la información obtenida sería estrictamente confidencial y no se haría ninguna clase de identificación personal, además se informaba que la participación consistiría en responder una entrevista con preguntas sobre la presencia de síntomas emocionales; se aclaró que la entrevista no constituía un diagnóstico psicológico o psiquiátrico y se preguntó si aceptaban participar. Finalmente, se aplicó la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional 5.0.0 a aquellos pacientes que decidieron participar mientras que la llamada se dio por finalizada cuando no aceptaban la aplicación del instrumento. La duración total del contacto telefónico fue, en promedio, de diez minutos o menos de acuerdo con las respuestas del participante.

Etapa IV. Análisis de resultados.

Inicialmente se realizó una descripción de los resultados, reportando las variables categóricas como porcentajes y las numéricas por medidas de posición o dispersión según el caso dependiendo de su naturaleza. Se empleó la prueba de Fisher para determinar el nivel de relación entre las variables dependientes (depresión, ansiedad y estrés postraumático medidas por MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional 5.0.0) con las independientes (sexo, edad, evento cardiovascular, zona, nueva hospitalización, trabajo y situación laboral).

Etapa V. Elaboración del documento final.

Se realizó la construcción del documento tipo tesis siguiendo los parámetros de la UPB (con introducción, delimitación del problema, justificación, objetivos, marco teórico, metodología, resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones), para ser sometido al proceso de evaluación de la UPB y su posterior ponencia con la finalidad de trabajo de grado en Psicología.

Etapa VI. Socialización a instituciones involucradas.

Luego del aval de los evaluadores de la UPB y la respectiva ponencia en la institución educativa, se presentarán los resultados en la FCV al personal de investigaciones durante la reunión médica.

Capítulo 6

Resultados

Análisis descriptivos

Se obtuvieron 140 entrevistas. Las variables sociodemográficas, laborales y de salud mental de los participantes se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2.

Características de la muestra y distribución de las frecuencias totales.

Variables	n	%
Sexo		
<i>Hombres</i>	119	85%
<i>Mujeres</i>	21	15%
Edad		
<i>29 a 50 años</i>	35	25%
<i>51 a 54 años</i>	32	22,8%
<i>55 a 57 años</i>	37	26,4%
<i>58 a 62 años</i>	36	25,7%
Departamento		
<i>Santander</i>	117	84%
<i>Norte de Santander</i>	17	12%
<i>Arauca</i>	2	1%
<i>Cesar</i>	2	1%
<i>Cundinamarca</i>	2	1%
Municipio		
<i>Área metropolitana</i>	75	53,6%
<i>Fuera área metropolitana</i>	65	46,4%
Zona		

<i>Rural</i>	20	14,3%
<i>Urbana</i>	120	85,7%
Eventos cardiovasculares		
<i>SCA</i>	110	78,6%
<i>AE</i>	17	12,1%
<i>ICD</i>	6	4,3%
<i>CR</i>	4	2,7%
<i>EAP</i>	3	2,1%
Nueva Hospitalización		
<i>No</i>	122	87,1%
<i>Si</i>	17	12,1%
<i>No recuerda</i>	1	0,7%
Trabajo		
<i>Desempleado</i>	45	32,1%
<i>Empleado</i>	95	67,9%
Situación Laboral		
<i>Independiente</i>	70	73,7%
<i>Contrato</i>	25	26,3%
Variables relacionadas a salud mental		
Síntomas asociados a la depresión		
<i>Si</i>	29	20,7%
<i>No</i>	111	79,3%
Depresión		
<i>Si</i>	12	8,6%
<i>No</i>	128	91,4%
Síntomas asociados a la ansiedad		
<i>Si</i>	12	8,6%
<i>No</i>	128	91,4%

Ansiedad		
<i>Si</i>	12	8,6%
<i>No</i>	128	91,4%
Síntomas asociados al estrés postraumático		
<i>Si</i>	11	7,9%
<i>No</i>	129	92,1%
Estrés postraumático		
<i>Si</i>	8	5,7%
<i>No</i>	132	94,3%

n = muestra, % = porcentaje

Se presentó una mayor frecuencia de hombres frente a mujeres en la muestra (85% vs 15%). La edad promedio fue de 55,8 años, no obstante, para este estudio la variable edad se presenta por categorías de intervalos de años, estando la mayoría de los participantes entre los 55 y 57 años (26,4%). En cuanto al lugar de residencia, la mayoría vivía en zona urbana (85,7%), con prevalencia en el departamento de Santander (84%), específicamente en el área metropolitana (53,6%).

El antecedente de enfermedad cardiovascular oclusiva arterial más prevalente fue el síndrome coronario agudo (78,6%), seguido de la angina estable (12,1%), la enfermedad cerebrovascular isquémica (4,7%), la revascularización coronaria (2,7%) y la enfermedad arterial periférica (2,1%). La frecuencia de los pacientes que no presentaron una nueva hospitalización fue mayor que aquellos que si lo hicieron (87,15%). Así mismo, la mayoría de los participantes se encontraban trabajando (67,9%) y lo hacían de manera independiente a comparación de por contrato (73,7% vs 26,3%).

Por otro lado, el 20,7% (n=29) de los pacientes presentó sintomatología asociada a la depresión y el 8,6% (n=12) presentó depresión, de igual forma el 8,6% (n=12) de la muestra mostró síntomas de ansiedad y ansiedad, finalmente el 7,9% (n=11) de los individuos presentó sintomatología asociada a estrés postraumático y el 5,7% (n=8) presentó estrés postraumático.

Sintomatología asociada a las variables dependientes

En la tabla 3 se presentan los síntomas asociados a las variables dependientes depresión, ansiedad y estrés postraumático. Se aclara que los primeros síntomas corresponden a las preguntas filtro que indagan por los criterios principales que determinan la presencia del trastorno, mientras que los demás síntomas corresponden a las preguntas específicas que responden solamente los que clasifican las preguntas filtro. La prevalencia de la sintomatología de cada trastorno se tomó teniendo en cuenta aquellos individuos que pasaron las primeras preguntas filtro expuestas.

Tabla 3.

Sintomatología asociada a las variables dependientes.

Variables	n	%
Síntomas asociados a la depresión		
Preguntas filtro		
<i>Bajo estado de ánimo</i>	18	12,9%
<i>Pérdida de interés</i>	29	14,3%
Preguntas específicas		
<i>Dificultades para dormir</i>	17	12,1%
<i>Cambios en el apetito</i>	13	9,3%

<i>Lentitud e intranquilidad</i>	13	9,3%
<i>Fatiga</i>	13	9,3%
<i>Culpabilidad e inutilidad</i>	13	9,3%
<i>Dificultades para concentrarse o tomar decisiones</i>	12	8,6%
<i>Ideación suicida</i>	8	5,7%
Síntomas asociados a la ansiedad		
Preguntas filtro		
<i>Preocupación excesiva</i>	47	33,6%
<i>Preocupación recurrente</i>	24	17,1%
<i>Preocupación incontrolable</i>	12	8,6%
Preguntas específicas		
<i>Tensión</i>	12	8,6%
<i>Cansancio</i>	12	8,6%
<i>Intranquilidad</i>	11	7,9%
<i>Dificultad para concentrarse</i>	10	7,1%
<i>Irritabilidad</i>	10	7,1%
<i>Dificultades para dormir</i>	9	6,4%
Síntomas asociados al estrés postraumático		
Preguntas filtro		
<i>Evento extremadamente traumático</i>	25	17,9%
<i>Evocación del evento</i>	11	7,9%
Preguntas específicas		
<i>Evitación del recuerdo</i>	8	5,7%
<i>Sentimientos de aislamiento</i>	8	5,7%
<i>Irritabilidad</i>	8	5,7%
<i>Interferencia en las dimensiones</i>	8	5,7%

<i>sociales</i>		
<i>Ideas de muerte</i>	8	5,7%
<i>Pérdida de interés</i>	7	5%
<i>Estado de alerta constante</i>	7	5%
<i>Nerviosismo</i>	7	5%
<i>Entumecimiento emocional</i>	6	4,3%
<i>Dificultades para dormir</i>	5	3,6%
<i>Dificultad para concentrarse</i>	5	3,6%
<i>Dificultad para recordar el evento</i>	3	2,1%

n = muestra, % = porcentaje

El 20,7% (n=29) de la muestra presentó sintomatología relacionada a la depresión. Los síntomas más frecuentes fueron la pérdida de interés (14,3%), el bajo estado de ánimo (12,9%), las dificultades para dormir (12,1%), los cambios en el apetito (9,3%), la lentitud e intranquilidad (9,3%), la fatiga (9,3%), la culpabilidad e inutilidad (9,3%), las dificultades para concentrarse o tomar decisiones (8,6%) y la ideación suicida (5,7%).

El 8,6% (n=12) presentó síntomas de ansiedad. Los síntomas presentados fueron preocupaciones excesivas debido a varias cosas durante los últimos seis meses (33,6%), preocupaciones recurrentes (17,1%), preocupaciones incontrolables (8,6%), tensión (8,6%), cansancio (8,6%), intranquilidad (7,9%), dificultades para concentrarse (7,1%), irritabilidad (7,1%) y dificultades para dormir (6,4%).

El 7,9% (n=11) mostró síntomas de estrés postraumático. El 17,9% (n=25) de la muestra mencionó haber vivido un acontecimiento extremadamente traumático, entre ellos el 44% (n=11) afirmó haber revivido el evento de una manera angustiosa durante el

pasado mes. Los síntomas más frecuentes fueron la evocación angustiosa del evento (7,9%), la evitación del recuerdo (5,7%), los sentimientos de aislamiento (5,7%), la irritabilidad (5,7%), la interferencia en las dimensiones sociales (5,7%), las ideas de muerte (5,7%), la pérdida de interés (5%), el estado de alerta constante (5%), el nerviosismo (5%), entumecimiento emocional (4,3%), dificultades para dormir (3,6%), dificultad para concentrarse (3,6%) y la dificultad para recordar el evento (2,1%).

Análisis bivariados

Las asociaciones entre las variables independientes y la depresión se muestran en la Tabla 4, con la ansiedad en la Tabla 5 y con el estrés postraumático en la Tabla 6.

Tabla 4.

Asociaciones entre variables independientes con depresión.

Variables	Depresión total n (%)	Depresión por categorías		Valor p
		No	Si	
Sexo				0,390
<i>Mujeres</i>	3 (25%)	18 (85,7 %)	3 (14,3%)	
<i>Hombres</i>	9 (75%)	110 (92,4%)	9 (7,6%)	
Edad				0,806
<i>29 a 50 años</i>	2 (16,7%)	33 (94,3%)	2 (5,7%)	
<i>51 a 54 años</i>	4 (33,3%)	28 (87,5%)	4 (12,5%)	
<i>55 a 57 años</i>	3 (25%)	34 (91,9%)	3 (8,1%)	
<i>58 a 62 años</i>	3 (25%)	33 (97,7%)	3 (8,3%)	
Zona				1,000
<i>Rural</i>	1 (8,3%)	19 (95%)	1 (5%)	
<i>Urbana</i>	11 (91,7%)	109 (90,8 %)	11 (9,2%)	
Evento cardiovascular				0,603

<i>SCA</i>	9 (75%)	101 (91,8%)	9 (8,2%)	
<i>AE</i>	3 (25%)	14 (82,3%)	3 (17,7%)	
<i>ICD</i>	0	6 (100%)	0	
<i>CR</i>	0	4 (100%)	0	
<i>EAP</i>	0	3 (100%)	0	
Nueva Hospitalización				1,000
<i>No</i>	11 (91,7%)	111 (91%)	11 (9%)	
<i>Si</i>	1 (8,3%)	16 (94,1%)	1 (5,9%)	
<i>No recuerda</i>	0	1 (100%)	0	
Trabajo				0,055
<i>Desempleado</i>	7 (58,3%)	38 (84,4%)	7 (15,6%)	
<i>Empleado</i>	5 (41,7%)	90 (94,7 %)	5 (5,3%)	
Situación laboral				0,321
<i>Independiente</i>	5 (100%)	65 (92,9%)	5 (7,1%)	
<i>Contrato</i>	0	25 (100%)	0	

* Nivel de significancia p menor o igual a 0,05

La depresión fue más prevalente en hombres que en mujeres (75 % vs 25%), dentro de los hombres, el 7,6% presento depresión mientras que en el grupo de mujeres el 14,3% lo hizo, sin embargo, debido a la escasa muestra de mujeres no se pudo establecer una diferencia estadísticamente significativa. La depresión fue más común en los sujetos entre 51 y 54 años (33,3%), seguida de los individuos entre 55 a 57 años (25%), 58 a 62 años (25%) y 29 a 50 años (16,7%), la prevalencia de depresión en cada uno de estos grupos fue del 12,5%, 8,1%, 8,3% y 5,7%, respectivamente; con relación a lo anterior, se puede afirmar que la edad no se constituyó como un factor que determinó la presencia de la depresión, posiblemente en vista de que la frecuencia de síntomas por intervalos de edades fue muy similar. En cuanto a la zona de residencia, la depresión tuvo mayor

prevalencia en la zona urbana frente a la rural (91,7 vs 8,3%), dentro del grupo de pacientes que vivían en la zona urbana el 9,2% presentó depresión mientras que en el grupo de la zona rural solo el 5% lo hicieron; estas cifras no constituyeron una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.

La depresión se presentó con mayor porcentaje en individuos con antecedente de algún síndrome coronario agudo (75%) y angina estable (25%), en el grupo de pacientes con antecedente de SCA la prevalencia de depresión fue del 8,2% mientras que en el grupo con AE fue del 17,7%; valores que no representan una diferencia estadísticamente significativa, teniendo en cuenta que la muestra de pacientes con AE fue considerablemente menor que aquella con SCA. Con referencia a una nueva hospitalización respecto a la última fecha registrada en la base de datos, la depresión tuvo mayor frecuencia en aquellos que no habían sido nuevamente hospitalizados frente a aquellos que si (91,7% vs 8,3%); la prevalencia de depresión en el grupo con nueva hospitalización fue del 9% respecto a la prevalencia del 5,9% en aquellos sin nueva hospitalización; valores que no representan una diferencia estadísticamente significativa.

Con relación a las variables laborales, la depresión fue más frecuente en individuos que se encontraban desempleados frente a aquellos que laboraban (58,3% vs 41,7%); dentro del grupo de desempleados el 15,6% presentó depresión mientras que en el grupo de empleados fue el 5,3%, estas cifras no presentaron una diferencia estadísticamente significativa. Asimismo, todos los casos de depresión en personas trabajadoras se presentaron en individuos que trabajan independientemente, con una prevalencia de 7,1% dentro de este grupo. De esta forma se puede concluir que no existen

diferencias estadísticamente significativas entre la variable dependiente depresión y las variables independientes comparadas.

Tabla 5.

Asociaciones entre variables independientes con ansiedad.

Variables	Ansiedad total n (%)	Ansiedad por categorías		Valor p
		No	Si	
Sexo				0,003*
<i>Mujeres</i>	6 (50%)	15 (71,4 %)	6 (28,6%)	
<i>Hombres</i>	6 (50%)	113 (95%)	6 (5%)	
Edad				0,442
<i>29 a 50 años</i>	4 (33,3%)	31 (88,6%)	4 (11,4%)	
<i>51 a 54 años</i>	4 (33,3%)	28 (87,5%)	4 (12,5%)	
<i>55 a 57 años</i>	3 (25%)	34 (91,9%)	3 (8,1%)	
<i>58 a 62 años</i>	1 (8,3%)	35 (97,2%)	1 (2,8%)	
Zona				0,681
<i>Rural</i>	2 (16,7%)	18 (90%)	2 (10%)	
<i>Urbana</i>	10 (83,3%)	110 (91,7 %)	10 (8,3%)	
Evento cardiovascular				0,070
<i>SCA</i>	7 (58,3%)	103 (93,6%)	7 (6,4%)	
<i>AE</i>	4 (33,3%)	13 (76,5%)	4 (23,5%)	
<i>ICD</i>	0	6 (100%)	0	
<i>CR</i>	0	4 (100%)	0	
<i>EAP</i>	1 (8,3%)	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
Nueva Hospitalización				0,673
<i>No</i>	10 (83,3%)	112 (91,8%)	10 (8,2%)	
<i>Si</i>	2 (16,7%)	15 (88,2%)	2 (11,8%)	
<i>No recuerda</i>	0	1 (100%)		
Trabajo				0,055

<i>Desempleado</i>	7 (58,3%)	38 (84,4%)	7 (15,6%)	
<i>Empleado</i>	5 (41,7%)	90 (94,7 %)	5 (5,3%)	
Situación laboral				1,000
<i>Independiente</i>	4 (80%)	66 (94,3%)	4 (5,7%)	
<i>Contrato</i>	1 (20%)	24 (96%)	1 (4%)	
Comorbilidad con depresión				0,000*
<i>No</i>	5 (41,7%)	123 (96,1%)	5 (3,9%)	
<i>Si</i>	7 (58,3%)	5 (41,7%)	7 (58,3%)	

* Nivel de significancia p menor o igual a 0,05

Por otro lado, la ansiedad se presentó en valores iguales para hombres y en mujeres (50% vs 50%); dentro del grupo de hombres, el 5% presentó ansiedad mientras que entre las mujeres la prevalencia fue del 28,6%, valores que representan una diferencia estadísticamente significativa entre estos grupos e indica que existe una posible relación entre el sexo y presentar ansiedad o sintomatología de ansiedad en individuos con edad laboral activa y antecedente de enfermedad cardiovascular oclusiva arterial. La ansiedad tuvo mayor frecuencia en los sujetos entre 29 y 50 años (33,3%) y 51 a 54 años (33,3%), seguidos de aquellos entre 55 y 57 años (25%) y 58 a 62 años (8,3%), la prevalencia de ansiedad en cada grupo de edad fue del 11,4%, 12,5%, 8,1% y 2,8%, respectivamente; no obstante, no se estableció una diferencia significativa entre los grupos de edad por años. Existió una mayor prevalencia de ansiedad en la zona urbana frente a la rural (83,3% vs 16,7%), el 8,3% de los pacientes de zona urbana y el 10% de los pacientes de zona rural presentaron ansiedad; valores que no establecieron una diferencia estadísticamente significativa.

La ansiedad se relacionó con antecedente de síndrome coronario agudo (58,3%), angina estable (33,3%) y enfermedad arterial periférica (8,3%): la prevalencia de ansiedad fue del 6,4% en el grupo con SCA, del 23,5% en el grupo con AE y de 33,3% en el grupo con EAP, cifras que no determinaron una diferencia estadísticamente significativa. La prevalencia de ansiedad fue mayor en aquellos sin una nueva hospitalización en comparación con aquellos con una nueva hospitalización (83,3% vs 16,7%), el 8,2% de pacientes con nueva hospitalización presentó ansiedad frente al 11,8% de aquellos sin nueva hospitalización; no existió una diferencia estadísticamente significativa entre estos dos grupos, teniendo en cuenta que la muestra de pacientes sin nueva hospitalización fue considerablemente menor que aquella con una nueva hospitalización.

Frente a las variables laborales, al igual que en la depresión, la ansiedad fue más frecuente en individuos que se encontraban desempleados frente a aquellos que trabajaban (58,3% vs 41,7%), dentro del grupo de desempleados el 15,6% presentó ansiedad mientras que en el grupo de empleados fue el 5,3%; estas cifras no mostraron una diferencia estadísticamente significativa entre estos dos grupos. Asimismo, la ansiedad en personas trabajadoras se presentó mayoritariamente en individuos que trabajan independientemente frente a aquellos que trabajan por contrato (80% vs 20%), con una prevalencia de 5,7% en el grupo de trabajadores independientes y del 4% en el grupo trabajadores por contrato, que no permitieron una diferencia estadísticamente significativa. Con respecto a la comorbilidad de la ansiedad con la depresión, se encontró

que la mayoría de personas con ansiedad o síntomas relacionados también tuvieron depresión frente a aquellos que no (58,3% vs 41,7%).

De esta forma se puede concluir que frente a la variable dependiente ansiedad, el sexo fue relevante ya que permitió establecer diferencias estadísticamente significativas entre sus categorías (mujeres – hombres), lo que indica una prevalencia mayor de ansiedad en mujeres con edad laboral activa y antecedente de enfermedad cardiovascular oclusivo arterial frente a los hombres con estas mismas características; de igual forma, la comorbilidad con la depresión fue relevante ya que también estableció diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 6.

Asociaciones entre variables independientes con estrés postraumático.

Variables	Estrés total n (%)	Estrés por categoría		Valor p
		No	Si	
Sexo				0,002*
<i>Mujeres</i>	5 (62,5%)	16 (76,2%)	5 (23,8%)	
<i>Hombres</i>	3 (37,5%)	116 (97,5%)	3 (2,5%)	
Edad				0,162
<i>29 a 50 años</i>	2 (25%)	33 (94,3%)	2 (5,7%)	
<i>51 a 54 años</i>	4 (50%)	28 (87,5%)	4 (12,5%)	
<i>55 a 57 años</i>	2 (25%)	35 (94,6%)	2 (5,4%)	
<i>58 a 62 años</i>	0	36 (97,2%)	0	
Zona				1,000
<i>Rural</i>	1 (12,5%)	19 (95%)	1 (5%)	
<i>Urbana</i>	7 (87,5%)	113 (94,2%)	7 (5,8%)	
Evento cardiovascular				0,682
<i>SCA</i>	6 (75%)	104 (94,5%)	6 (5,5%)	

<i>AE</i>	2 (25%)	15 (88,2%)	2 (11,8%)	
<i>ICD</i>	0	6 (100%)	0	
<i>CR</i>	0	4 (100%)	0	
<i>EAP</i>	0	3 (100%)	0	
Nueva Hospitalización				1,000
<i>No</i>	7 (87,5%)	115 (94,3%)	7 (5,7%)	
<i>Si</i>	1 (12,5%)	16 (94,1%)	1 (5,9%)	
<i>No recuerda</i>	0	1 (100%)		
Trabajo				0,111
<i>Desempleado</i>	5 (62,5%)	40 (88,9%)	5 (11,1%)	
<i>Empleado</i>	3 (37,5%)	92 (96,8%)	3 (3,2%)	
Situación laboral				1,000
<i>Independiente</i>	2 (66,7%)	68 (97,1%)	2 (2,9%)	
<i>Contrato</i>	1 (33,3%)	24 (96%)	1 (4%)	

*Nivel de significancia p menor o igual a 0,05

Por otra parte, el estrés postraumático fue más prevalente en mujeres que en hombres (62,5% vs 37,5%), en el grupo de hombres la prevalencia de TEPT fue del 2,5% mientras que en las mujeres fue de 23,8%; estos grupos presentan valores con una diferencia estadísticamente significativa, hallándose una posible relación entre el sexo y presentar sintomatología de estrés postraumático en individuos con edad laboral activa y antecedente de enfermedad cardiovascular oclusiva arterial. El TEPT tuvo mayor frecuencia en los sujetos entre 51 y 54 años (50%), seguidos de aquellos entre 29 y 50 años (25%) y 55 a 57 años (25%), la prevalencia en cada grupo de edad fue del 12,5%, 5,7%, y 5,4, respectivamente, sin presentarse una diferencia estadísticamente significativa entre los mismos. El TEPT tuvo mayor prevalencia en la zona urbana que en la zona rural (87,5% vs 12,5%), presentándose en el 5,8% de individuos que vivían en zona urbana y

en el 5% de que vivían en zona rural; estos valores no establecen una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.

El TEPT se presentó con mayor frecuencia en pacientes con antecedente de síndrome coronario agudo (75%) y angina estable (25%), dentro del grupo de SCA la prevalencia fue del 5,5% mientras que para el grupo de AE fue del 11,8%, no se presentó una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos. El porcentaje de TEPT fue mayor en aquellos sin una nueva hospitalización en comparación con aquellos con una nueva hospitalización (87,5% vs 12,5%); dentro de los grupos, el 5,9% de pacientes con nueva hospitalización y el 5,7% sin nueva hospitalización presento TEPT, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos.

Con respecto a las variables laborales, el TEPT fue más prevalente en individuos desempleados a comparación de aquellos que trabajaban (62,5% vs 37,5%); el 11,1% de individuos desempleados presentó TEPT mientras que 3,2% de individuos empleados lo hizo, no obstante, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre estos dos. Frente a los pacientes que laboraban, el TEPT se presentó con mayor porcentaje en individuos que trabajan independientemente frente a aquellos que trabajan por contrato (66,7% vs 33,3%); con una prevalencia de 2,9% en el grupo de trabajadores independientes y del 4% en el grupo trabajadores por contrato, y sin diferencia estadísticamente significativa entre dos grupos.

Se concluye que el sexo fue la única variable independiente que tuvo una diferencia estadísticamente significativa frente al estrés postraumático, de forma que existe una prevalencia mayor de síntomas de estrés postraumáticos en mujeres con edad

laboral activa y antecedente de enfermedad cardiovascular oclusivo arterial frente a los hombres con estas mismas características.

Capítulo 7

Discusión

El presente estudio encontró una prevalencia de sintomatología depresiva de 21,29%, ansiedad 8,6% y estrés postraumático 7,9%; aunque no existen muchos estudios previos que indaguen sobre la prevalencia de síntomas asociados a algunas de estas variables en Colombia, Arevalo, Soto y Caamaño (2014) encontraron una prevalencia de síntomas depresivos de 63,63%, correspondiente a 21 de los 33 pacientes de la muestra. De igual forma, los datos obtenidos también indican una prevalencia menor de sintomatología depresiva frente a algunos estudios de habla inglesa hallados en la búsqueda bibliográfica en los que la prevalencia de síntomas depresivos se encuentra entre el 30% a 45% posterior al evento cardiaco (Celano & Huffman, 2011; Mavrides & Nemeroff, 2013).

Asimismo, la prevalencia de depresión detectada en este estudio fue de 8,6%, ansiedad 8,6% y estrés postraumático 5,7%. La prevalencia de depresión es inferior a la encontrada en anteriores publicaciones realizadas con población cardiovascular en Colombia (13,4%), no obstante, la prevalencia de ansiedad es algo superior con relación a cifras previas 5% (Rodríguez et al., 2009). Por otro lado, si bien no se encuentran estudios que expongan la prevalencia de estrés postraumático en pacientes cardiovasculares colombianos, la prevalencia de estrés postraumático en pacientes que sufrieron algún síndrome coronario se ha estimado en 12% según estudios realizados en Estados Unidos

(Edmondson et al., 2012), por tanto, la prevalencia de TEPT de este estudio fue inferior que las cifras mencionadas con anterioridad.

La presencia de depresión y ansiedad comórbida fue frecuente, evidenciándose que 7 de los 12 pacientes que presentaban depresión o ansiedad también presentaban la otra sintomatología, es decir, un 58,3% de las personas con uno de estos trastornos presentaba un trastorno combinado. Esto es consistente con informes de otros investigadores quienes confirman que las personas con algún evento cardiovascular tienen más probabilidades de experimentar combinadamente tanto ansiedad como depresión, lo que los ubica en una posición con un mayor riesgo de mortalidad que su contraparte sin estos trastornos, siendo la prevalencia del trastorno combinado (depresión + ansiedad) del 21.6% en Argentina (Cerezo et al, 2017; Watkins et al., 2013).

La sintomatología depresiva más frecuente fue la pérdida de interés (14,3%), el bajo estado de ánimo (12,9%) y las dificultades para dormir (12,1%); con relación a esto, algunos autores han manifestado que algunos síntomas depresivos podrían ser más graves que otros, teniendo la anhedonia -o pérdida de interés en las cosas- y los síntomas somáticos como las dificultades para dormir o la fatiga una mayor relación con la mortalidad cardiovascular, relacionándose la anhedonia con nuevas hospitalizaciones y eventos cardiacos (Lemos & Agudelo, 2015; Rafanelli et al., 2013). Los síntomas ansiosos más comunes fueron las preocupaciones excesivas (33,6%), las preocupaciones recurrentes (17,1%), las preocupaciones incontrolables (8,6%), la tensión (8,6%) y el cansancio (8,6%); esto se relaciona con el estudio de Cerezo et al. (2013), que encontró que los síntomas de ansiedad de mayor prevalencia fueron la tensión, las ideas de

preocupación y el nerviosismo. La sintomatología relacionada al estrés postraumático se centró en la evocación angustiosa del evento (7,9%), la evitación del recuerdo (5,7%), los sentimientos de aislamiento (5,7%), la irritabilidad (5,7%) y las ideas de muerte (5,7%).

En la muestra encuestada se pudo identificar una clara relación entre las variables ansiedad y el estrés postraumático con el sexo de los participantes, hombre o mujer, sin que hubiese diferencias significativas con el resto de los factores como la edad, la zona de residencia, el trabajo o su situación laboral. El presente estudio encontró diferencias significativas relacionadas al sexo y la presencia de TEPT, lo que confirma la posición de algunos autores acerca de que el sexo de los individuos influye en el riesgo de sufrir TEPT, existiendo una relación más fuerte entre TEPT y algún incidente coronario en las mujeres (Edmondson, Kronish, Shaffer, Falzon & Burg, 2013). De igual forma, la prevalencia de la ansiedad en las mujeres sobre los hombres se evidencia en algunos estudios en los que este trastorno se presenta en mayor medida en las mujeres y exhibe diferencias estadísticamente significativas con relación al sexo en pacientes cardiovasculares (Cerezo et al, 2015); esto se relaciona con las cifras mundiales de la OMS (2017a) las cuales señalan que los trastornos de ansiedad son más frecuentes en las mujeres que en los hombres de la población general (4,6% vs 2,6%).

En cuanto a las variables relacionadas al trabajo, la mayoría de los participantes que presentaron depresión, ansiedad o estrés postraumático se encontraban desempleados (depresión=58,3%, ansiedad=58,3% y estrés postraumático=62,5%). Si bien no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre estas variables en este estudio, algunas investigaciones realizadas en Latinoamérica han encontrado puntajes

altos de ansiedad y depresión en muestras desempleadas (Acosta, Rivera & Pulido, 2011). La literatura menciona que las personas desempleadas tienen un riesgo mayor de mortalidad por enfermedades físicas y mentales frente a los empleados, evidenciándose diferencias significativas en la presencia de síntomas de angustia, trastornos de depresión y ansiedad, además de existir un mayor riesgo de enfermedades mentales y cardiovasculares en aquellos que llevan desempleados por un largo tiempo (Herbig, Dragano, & Angerer, 2013; Paul & Moser, 2009). En Colombia, aunque el estudio de Arevalo, Soto y Caamaño (2014) contó con una muestra muy reducida, los resultados encontraron que el desempleo parece estar relacionado con la presencia de sintomatología depresiva tras un evento coronario agudo, presentándose depresión en 9 pacientes sin trabajo (42,86%) y en 1 paciente con trabajo (8,33%). También se ha encontrado que existe alguna relación entre los factores de riesgo psicosociales, la salud cardiovascular y el bienestar psicológico y físico entre los empleados (Rosario et al., 2014). Con relación a lo anteriormente expuesto, en este estudio no se halló una relación estadísticamente significativa entre las variables laborales y las psicológicas, es posible que se necesite un tamaño de muestra mayor que permita determinar mejor este tipo de relaciones.

Por otra parte, es necesario señalar las limitaciones con las que cuenta este proyecto. La recolección de los datos se realizó a través del contacto telefónico con los participantes, lo que supone una desventaja ya que la calidad de los datos recolectados puede ser menor que aquella recolectada en una entrevista a profundidad, asimismo, es imposible conocer el lenguaje no verbal del paciente en el momento de la aplicación del instrumento y es probable que se presenten mayores inconvenientes en el desarrollo de la

entrevista relacionados con la dificultad de aclarar dudas. De igual manera, el instrumento utilizado estaba basado en el DSM-IV, que corresponde a la versión anterior de este manual, por lo que sería más adecuado utilizar un instrumento actualizado que tenga como base los criterios presentes en la última versión, DSM-5; además de la inclusión de preguntas abiertas que permitan ahondar sobre los síntomas.

La presente investigación permitió una aproximación actual a las cifras de prevalencia de depresión, ansiedad y estrés postraumático, junto con su sintomatología asociada, teniendo en cuenta características laborales de los participantes. Este estudio encontró que los pacientes con edad laboral activa y antecedente de enfermedad cardiovascular oclusiva de origen arterial presentan una mayor prevalencia de depresión y ansiedad que el promedio de la población colombiana (depresión=4,7% y ansiedad=5,8%). Se destaca la importancia de tener en cuenta los factores psicológicos dentro de la evolución de la enfermedad cardiovascular, así como el reconocer los cuadros depresivos, ansiosos o relacionados al TEPT. Se evidencia la relación entre el sexo con variables como la ansiedad y el TEPT. Lo anterior permite mostrar la pertinencia de la promoción de estilos de vida saludable que tomen en cuenta las características de la población y el desarrollo de actividades cotidianas que posibiliten la funcionalidad en aquellos individuos que no realizan una labor fija. El seguimiento psicológico resulta valioso en aquellas personas que poseen un mayor riesgo de desarrollar o presentar trastornos mentales o su sintomatología asociada.

Capítulo 8

Conclusiones y Recomendaciones

Se encontró la prevalencia de la depresión, la ansiedad y el estrés postraumático, junto con la sintomatología asociada, de una muestra de pacientes con edad laboral activa y antecedente de enfermedad cardiovascular oclusiva de origen arterial. Se destaca que no todos los individuos que presentaron sintomatología relacionada a alguno de los trastornos clasificaron para el tamizaje de estos. Si bien las cifras de depresión y ansiedad encontradas hasta el momento en pacientes cardiovasculares son mayores que las cifras de prevalencia de estos trastornos en la población general del país, no se han llevado a cabo estudios suficientes que busquen indagar sobre esta problemática y establecer una relación significativa.

De igual forma, la presencia de ansiedad y estrés postraumático está relacionada con el sexo de los pacientes con edad laboral activa y antecedente de enfermedad cardiovascular oclusiva de origen arterial, estando las mujeres en un mayor riesgo de desarrollar estos trastornos o sintomatología asociados a estos; por lo tanto, el sexo podría estar relacionado con el desarrollo de sintomatología asociada a estos trastornos cuando los pacientes cumplen con las características mencionadas con anterioridad.

Futuras investigaciones deberán hacer un mayor énfasis en las variables laborales, especialmente en cómo los factores de riesgo laborales inciden dentro de la evolución o recurrencia de la enfermedad cardiovascular. Asimismo, se resalta la necesidad de realizar tamizajes sistémicos para detectar estos trastornos y sus síntomas, y conocer si al

implementar los tratamientos para estos se puede lograr modificar su incidencia en la enfermedad cardiovascular en individuos dentro del contexto colombiano.

Lista de Referencias

- Acosta-Rodríguez, F., & Rivera-Martínez, M., & Pulido-Rull, M. (2011). Depresión y Ansiedad en una Muestra de Individuos Mexicanos Desempleados. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 3(1), 35-42. doi:10.5460/jbhsi.v3.1.27682
- Alarcón, R., & Ramírez, E. (2006). Medicina psicosomática en enfermedad cardiovascular: consideraciones clínicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35, 112-124.
Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615417008>
- Alonso, J.C., Solano, N., Tenório, A.M., & Torres, G. (2012). *Indicadores Económicos para la toma de decisiones*. Recuperado de <https://www.icesi.edu.co/cienfi/es/glosario.php>
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ta ed.). Barcelona: Editorial Masson S.A.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. London: American Psychiatric Publishing.
- Ardón, N., & Cubillos, A. (2012). La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960-2012. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11(23), 12-38. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/545/54525297003.pdf>
- Arevalo, J., Soto, K., & Caamaño, B. (2014). Depresión en síndromes coronarios agudos: aplicación de la escala Beck Depression Inventory. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(1), 2-6. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80631555002>

- Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Recuperada de <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>
- Barth, J., Schumacher, M., & Herrmann-Lingen, C. (2004). Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: A Meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 66(6), 802–813. doi: 10.1097/01.psy.0000146332.53619.b2
- Capua, D. (2012). *Validación al castellano del inventario de depresión en trastornos neurológicos en paciente con epilepsia: un instrumento para la detección de depresión mayor en pacientes con epilepsia* (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España.
- Carney, R.M., & Freedland, K.E. (2008). Depression in patients with coronary heart disease. *The American Journal of Medicine*, 121(11B), S20–S27. doi: 10.1016/j.amjmed.2008.09.010
- Carney, R.M., & Freedland, K.E. (2011). Is there a high-risk subtype of depression in patients with coronary heart disease? *Current Psychiatry Reports*, 14(1), 1–7. doi:10.1007/s11920-011-0247-6
- Celano, C. M., & Huffman, J. C. (2011). Depression and Cardiac Disease. *Cardiology in Review*, 19(3), 130–142. doi:10.1097/crd.0b013e31820e8106
- Cerezo, G., Vicario, A., Fernández, R., & Enders, J. (2018). Prevalencia de depresión y ansiedad en la consulta cardiológica. Estudio EPICA (Estudio sobre la Prevalencia de depresión en pacientes Cardiovasculares). *Revista de la Federación Argentina de*

Cardiologia, 47(1), 26-31. Recuperado de

<http://www.fac.org.ar/2/revista/18v47n1/originales/03/cerezo.pdf>

Cervilla, J., Ruiz, I., Rodríguez-Barranco, M., Rivera, M., Ibáñez-Casas, I., Molina, E., ...Gutiérrez, B. (2016). Protocolo y metodología del estudio epidemiológico de la salud mental en Andalucía: PISMA-ep. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(4), 185-194. doi: 10.1016/j.rpsm.2015.11.004

Connerney, I., Sloan, R.P., Shapiro, P. A., Bagiella, E., & Seckman, C. (2010). Depression is associated with increased mortality 10 years after coronary artery bypass surgery. *Psychosomatic Medicine*, 72(9), 874–881. doi:10.1097/psy.0b013e3181f65fc1

Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE (2016). *Encuesta continua de Hogares*. Recuperado de

http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/empleo/ficha_ech_230708.pdf

Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE (2017). *Defunciones no fetales 2016*. Recuperado de <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales/defunciones-no-fetales-2016>

Doering, L. V., Moser, D. K., Riegel, B., McKinley, S., Davidson, P., Baker, H., ... Dracup, K. (2010). Persistent comorbid symptoms of depression and anxiety predict mortality in heart disease. *International Journal of Cardiology*, 145(2), 188–192.

doi:10.1016/j.ijcard.2009.05.025

- Edmondson, D., & Cohen, B. E. (2013). Posttraumatic Stress Disorder and Cardiovascular Disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 55(6), 548–556.
doi:10.1016/j.pcad.2013.03.004
- Edmondson, D., Kronish, I. M., Shaffer, J. A., Falzon, L., & Burg, M. M. (2013). Posttraumatic stress disorder and risk for coronary heart disease: A meta-analytic review. *American Heart Journal*, 166(5), 806–814. doi:10.1016/j.ahj.2013.07.031
- Edmondson, D., Richardson, S., Falzon, L., Davidson, K. W., Mills, M. A., & Neria, Y. (2012). Posttraumatic stress disorder prevalence and risk of recurrence in acute coronary syndrome patients: a meta-analytic review. *PLoS ONE*, 7(6), e38915.
doi:10.1371/journal.pone.0038915
- Enfermedad arterial periférica. (2012). *Nursing (Ed. Española)*, 30(9), 19.
doi:10.1016/s0212-5382(12)70130-9
- Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M., & Soto, O. (2000). *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. Versión en español 5.0.0*. Recuperado de <http://www.academia.cat/files/425-7297-DOCUMENT/MinientrevistaNeuropsiquatribaInternacional.pdf>
- Fundación Cardiovascular de Colombia (2017). *Txt4 Heart-Colombia: “Ensayo clínico aleatorizado para evaluar la eficacia y seguridad de mensajes de texto para incrementar adherencia a medicamentos cardiovasculares en pacientes con antecedente de enfermedad cardiovascular”*. Recuperado de <http://www.fcv.org/site/txt2-heart-colombia/acerca-del-estudio/protocolo>

- Fundación Española del Corazón. (s.f). *Cirugía de revascularización coronaria*. Recuperado de <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/tratamientos/cirugia-de-revascularizacion-coronaria.html>
- Gómez, L. (2011). Las enfermedades cardiovasculares: un problema de salud pública y un reto global. *Biomédica*, 31(4). doi: 10.7705/biomedica.v31i4.626
- Hamm, C., Bassand, J.P., Agewall, S., Bax, J., Boersma, E., Bueno, H... Zahger, D. Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del síndrome coronario agudo en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. *Revista Española de Cardiología*, 65(2), e1-e55. Recuperado de http://www.revespcardiol.org/contenidos/static/avance_guias/Guia2012_3.pdf
- Herbig, B., Dragano, N., & Angerer, P. (2013). Health in the long-term unemployed. *Deutsches Arzteblatt international*, 110(23-24), 413-9. doi: 10.3238/arztebl.2013.0413
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2016). *Colombia*. Recuperado de <http://www.healthdata.org/colombia>
- Instituto Vasco de Estadística. (s.f). *Situación laboral*. Recuperado de: http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_503/elem_14162/definicion.html
- Jaramillo, J., Jaramillo, C., Olmos, V., Rico, A., Sierra, A. & Zapata, C. (2016). *Propuesta para la implementación de la Guía Gatiso: aplicable en la población laboral colombiana con enfermedad cardiovascular, 2016* (Tesis de Especialización). Universidad CES, Medellín.

- Lemos, M., & Agudelo, D.M. (2015). Consideraciones sobre la depresión como factor de riesgo en pacientes cardiovasculares. *Revista CES Psicología*, 8(1), 192-206.
- Ley N° 797. Congreso de la República de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia. 29 de enero de 2003.
- Ley N° 1098. Congreso de la República de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia. 08 de noviembre de 2006.
- Lichtman, J. H., Froelicher, E. S., Blumenthal, J. A., Carney, R. M., Doering, L. V., ... Frasure-Smith, N. (2014). Depression as a Risk Factor for Poor Prognosis Among Patients With Acute Coronary Syndrome: Systematic Review and Recommendations: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 129(12), 1350–1369. doi:10.1161/cir.0000000000000019
- Liu, S., & Ziegelstein, R. (2010). Depression in patients with heart disease: the case for more trials. *Future Cardiology*, 6(4), 547-546. doi: 10.2217/fca.10.18
- Lora, E., & Prada, S. (2016). *Técnicas de Medición Económica, Metodología y Aplicaciones* (5ta Ed.). Recuperado de http://www.icesi.edu.co/medicion-economica-lora-prada/images/pdf/Capitulo2_Indicadores-de-empleo-y-desempleoD.pdf
- Martínez, E., Murie M., Pagola, I., & Irimia, P. (2011). Enfermedades cerebrovasculares. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 10(72), 4871–4881. doi:10.1016/s0304-5412(11)70024-5
- Mavrides, N., & Nemeroff, C. (2013). Treatment of depression in cardiovascular disease. *Depression and anxiety*, 30(4), 328-341. doi: 10.1002/da.22051

- Mayo Clinic. (2018). *Angina de Pecho*. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/angina/symptoms-causes/syc-20369373>
- Mendoza, R. (2012). *Prevalencia de la depresión posterior a un episodio de infarto agudo al miocardio en Cartagena* (tesis de posgrado). Universidad de Cartagena, Cartagena de Indias.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013a). *Guía Metodológica para el Observatorio de Salud Cardiovascular, Diabetes y Enfermedad Crónica Renal OCADER Colombia*. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/0ERCAV_001%2022.10.2013%20v1.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013b). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Colombia enfrenta epidemia de enfermedades cardiovasculares y diabetes*. Boletín de Prensa No 077 de 2014. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-enfrenta-epidemia-de-enfermedades-cardiovasculares-y-diabetes.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Guía Metodológica para el Observatorio Nacional de Salud Mental*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-salud-mental.pdf>

- Ministerio de Empleo y Seguridad Social. (2016). *Estadística de accidentes de trabajo estadísticas 2015*. Recuperado de http://www.empleo.gob.es/estadisticas/eat/eat15/ATR_Completa_2015.pdf
- Moretti, R., Bernobich, E., Francesca, E., Torre, P., Rodolfo, A., de Angelis, L., & Bellini, G. (2011). Depression in vascular pathologies: the neurologist's point of view. *Vascular Health and Risk Management*, 433-443. doi:10.2147/vhrm.s20147
- Nabi, H., Shipley, M.J., Vahtera, J., Hall, M., Korkeila, J., Marmot, M. G., ... Singh-Manoux, A. (2010). Effects of depressive symptoms and coronary heart disease and their interactive associations on mortality in middle-aged adults: the Whitehall II cohort study. *Heart*, 96(20), 1645–1650. doi:10.1136/hrt.2010.198507
- Navarro, J. (2011). Síndromes Coronarios Agudos. *7mo Congreso Virtual De Cardiología*. Recuperado de <http://www.fac.org.ar/7cvc/llave/c187/navarrovargasj.php>
- Nemeroff, C.B., & Goldschmidt-Clermont, P.J. (2012). Heartache and heartbreak—the link between depression and cardiovascular disease. *Nature Reviews Cardiology*, 9(9), 526–539. doi:10.1038/nrcardio.2012.91
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación*. Recuperado de http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2017a). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Recuperado de:

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2017b). *Enfermedades Cardiovasculares*. Recuperado de [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Organización Mundial de la Salud. (2017c). *Salud mental*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/es/

Organización Mundial de la Salud. (2018a). *Enfermedades no transmisibles*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organización Mundial de la Salud. (2018b). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Pan, A., Sun, Q., Okereke, O. I., Rexrode, K. M., & Hu, F. B. (2011). Depression and Risk of Stroke Morbidity and Mortality. *JAMA*, *306*(11), 1241. doi:10.1001/jama.2011.1282

Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, *74*(3), 264–282. doi:10.1016/j.jvb.2009.01.001

Rafanelli, C., Sirri, L., Grandi, S., & Fava, G. A. (2013). Is Depression the Wrong Treatment Target for Improving Outcome in Coronary Artery Disease? *Psychotherapy and psychosomatics*, *82*(5), 285-291. doi: 10.1159/000351586

Rodríguez, G., Rodríguez, C., Fajardo, A., Hernández, A., Zuleta, L., & Rosada, R. (2009). Depresión y ansiedad en pacientes con enfermedad coronaria en un programa de

- Rehabilitación Cardíaca. Análisis de 119 pacientes atendidos en el programa de Rehabilitación Cardíaca de la Clínica Colsanitas y Clínica Universitaria Colombia. *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación*, 19(2), 43-47. Recuperado de <https://www.revistacmfr.org/index.php/rcmfr/article/view/36>
- Roest, A.M., Martens, E.J., De Jonge, P., & Denollet, J. (2010). Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 56(1), 38-46. doi: 10.1016/j.jacc.2010.03.034
- Romero, C. (2007). Depresión y enfermedad cardiovascular. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 22(9). Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202007000200004
- Rosario, E., Rovira, L., Rodríguez, A., Rivera, B., Fernández, L., López, R. ... Torres Normarie. (2014). La salud cardiovascular y su relación con los factores de riesgo psicosociales en una muestra de personas empleadas en puerto rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25(1), 98-116. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2332/233237909007.pdf>
- Rosengren, A., Hawken, S., Ounpuu, S., Sliwa, K., Zubaid, M., Almahmeed, WA., ... Yusuf, S. (2004). Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11.119 cases and 13.648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364, 953-962. doi: 10.1016/S0140-6736(04)17019-0

- Rozanski, A., Blumenthal, J.A., Davidson, K.W., Saab, P.G., & Kubzansky, L. (2005). The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology. *Journal of the American College of Cardiology*, *45*(5), 637-651. doi: 10.1016/j.jacc.2004.12.005
- Ruiz, G., Martínez, P., & Fuentes, B. (2015). Enfermedades cerebrovasculares. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, *11*(71), 4221–4229. doi:10.1016/s0304-5412(15)30001-9
- Santos, B. (2017). Angina estable. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, *12*(36), 2153–2162. doi:10.1016/j.med.2017.06.011
- Sheehan, D., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G.C. (1998). The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, *59*, 22-23.
- Smith, P. J., & Blumenthal, J. A. (2011). Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular: epidemiología, mecanismos y tratamiento. *Revista Española de Cardiología*, *64*(10), 924 - 933. doi: 10.1016/j.recesp.2011.06.003
- Torres, Y. (2018). Costos asociados con la salud mental. *Revista Ciencias de la Salud*, *16*(2), 182-187.
- Watkins, L.L., Koch, G. G., Sherwood, A., Blumenthal, J. A., Davidson, J. R. T., O'Connor, C., & Sketch, M. H. (2013). Association of Anxiety and Depression With All-Cause Mortality in Individuals With Coronary Heart Disease. *Journal of the American Heart Association*, *2*(2), e000068–e000068. doi:10.1161/jaha.112.000068

Anexos

Anexo A

Derrotero de contacto telefónico

DERROTERO DE CONTACTO TELEFÓNICO

SALUD MENTAL EN PACIENTES CON EDAD LABORAL ACTIVA Y ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR OCLUSIVA DE ORIGEN ARTERIAL DE LA FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA (ADAPTADO DE VISITA DE PRE-SELECCIÓN – TXT4 HEART COLOMBIA)

PROPOSITO: Establecer una guía o derrotero para el abordaje de los pacientes contactados por medio de llamadas telefónicas para el proyecto “Salud mental en pacientes con edad laboral activa y antecedente de enfermedad cardiovascular oclusiva de origen arterial de la Fundación Cardiovascular de Colombia”.

RESPONSABLES:

Investigador Principal

Personal de apoyo Universidad Pontificia Bolivariana

PROCEDIMIENTO:

Las personas encargadas de realizar el contacto telefónico tendrán a su disposición una base de datos ubicada en un archivo de Excel, que contiene la totalidad de los pacientes que pueden ser contactados. Esta base de datos cuenta con una pestaña llamada “unión “, la cual será

registrada por la persona que realiza la llamada, con el fin de hacer seguimiento y control de las actividades de contacto.

Dentro de este archivo también se tendrá acceso al ID SAHI, las iniciales, el nombre, la edad, el sexo y los diagnósticos cardiovasculares del paciente con la respectiva fecha. Esta base de datos no podrá ser modificada bajo ninguna circunstancia, ya que las únicas personas autorizadas para su modificación son el investigador Principal y el ingeniero de sistemas del proyecto TXT4 Heart Colombia, tampoco puede ser copiada a USB, enviada en su totalidad o parcialmente a correos personales o copiadas al disco duro de computadores debido a que es información sensible. Así mismo, debe ser visualizada preferiblemente desde el servidor de la Fundación Cardiovascular.

Se considera que la llamada no es exitosa luego de realizar 3 intentos por cada número de teléfono conocido, a este procedimiento se le llama ciclo de llamada y debe ser registrado en el Drive y repetirse a los 3 días y luego a los 15 días.

Se considera llamada exitosa aquella que logra contactar directamente al paciente. No exitosa corresponde a: 1) fallecimiento, 2) número equivocado, 3) teléfono fuera de servicio, 4) el paciente no responde a la llamada, 5) teléfono fuera del área de cobertura, 6) otros.

NOTA: Es importante aclarar que la entrevista se le debe realizar directamente al paciente, en caso que conteste un familiar solicitar que lo comuniquen y si el teléfono no es del paciente solicitar el número de contacto si lo conocen, de manera contraria agradecer y finalizar la llamada.

El paciente será abordado de la siguiente manera:

Muy buenos días /Tardes. Estoy buscando al señor/a

Mi nombre es _____, soy psicólogo/a de la Fundación Cardiovascular de Colombia. ¿Cómo se encuentra el día de hoy? Actualmente, estamos realizando una investigación sobre problemas emocionales con pacientes que han presentado un evento cardiovascular y se encuentren en edad laboral activa. Lo estamos llamando porque tenemos registrado que usted fue paciente de la FCV al presentar un _____ en _____ (fecha). ¿Es esto correcto?

Si responde “No”, preguntar si alguna vez ha presentado o ha sido hospitalizado por el evento cardiovascular. Si responde “No” nuevamente, agradecer y dar por terminada la llamada.

¿El señor/a dispone de tiempo en este momento para comentarle acerca del estudio?

Si la respuesta es “No”, preguntar si se pueden comunicar en otro momento y en caso que el paciente persista con su negativa agradecer y dar por terminada la llamada. Estos pacientes no se vuelven a contactar.

Si la respuesta es “Sí”, continuar.

Muchas gracias. Antes de continuar debo informarle que por razones de seguridad esta llamada está siendo grabada y por ley de Protección de datos usted puede consultar, corregir, cambiar o eliminar la información suministrada acercándose a las instalaciones de la Fundación Cardiovascular de Colombia.

¿Usted me autoriza continuar?

Si la respuesta es “No”, preguntar si se pueden comunicar en otro momento y en caso que el paciente persista con su negativa agradecer y dar por terminada la llamada. Estos pacientes no se vuelven a contactar.

Si la respuesta es “Sí”, continuar:

Señor/a antes de explicarle de forma más amplia en que consiste el proyecto, ¿me permite hacerle unas preguntas de seguridad muy importantes para continuar y corroborar unos datos?

Realizar las siguientes preguntas:

¿Cuántos años tiene?

Municipio y departamento donde vive actualmente

¿Vive en zona Rural o Urbana?

¿Ha presentado una nueva hospitalización por infarto, enfermedad cerebrovascular (derrame cerebral o isquemia cerebral)?

Si la respuesta es “Sí”, colocar la fecha de hospitalización.

Si la respuesta es “No”, continuar.

¿Alguna vez ha recibido un diagnóstico psiquiátrico o psicológico como por ejemplo depresión, ansiedad?

Si la respuesta es “Sí”, informar que este es uno de los criterios de inclusión, agradecer y dar por terminada la llamada, luego diligenciar en el CommCare las respuestas del paciente y finalizar el registro.

Si la respuesta es “No”, continuar.

¿En este momento se encuentra trabajando?

Si la respuesta es “No”, continuar.

Si la respuesta es “Sí”, hacer la siguiente pregunta:

¿Trabaja de manera independiente o por nomina/contrato?

Diligenciar en el CommCare las respuestas del paciente y continuar.

Dado que todas sus respuestas se ajustan a lo esperado, a continuación, le aclarare algunos puntos de la investigación:

Su participación es voluntaria y en caso de aceptar, tiene la opción de retirarse en cualquier momento que considere oportuno sin recibir ninguna clase de repercusión personal o repercusión en alguna intervención médica que actualmente este recibiendo. Su participación no le implica ningún costo y tampoco beneficios monetarios. La información que se obtenga será estrictamente confidencial y no se hará ninguna clase de identificación personal sino que se buscan datos generales de toda la población.

Su participación consistiría solamente en responder una entrevista que se realizaría en este mismo momento, con preguntas que indagan sobre la presencia de síntomas emocionales, y con una duración aproximada de 10 minutos o menos de acuerdo a sus respuestas. Es importante aclarar que esta entrevista no constituye un diagnóstico psicológico o psiquiátrico sino que corresponde a una exploración de la sintomatología presente.

¿Le gustaría participar?

Si la Respuesta es "NO", agradecer y dar por terminada la llamada (es importante indagar sobre el por qué no quiere participar y registrarlo).

Si la respuesta es "SI", continuar.

**INSTRUMENTO: MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIATRICA
INTERNACIONAL 5.0.0**

Instrucciones generales

- Las oraciones escritas en «letra normal» deben leerse «palabra por palabra» al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.

- Las oraciones escritas en «negrita» indican el período de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.

- Frases entre paréntesis () son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

- En caso de que no se cumpla uno de los criterios necesarios para el diagnóstico, explicados para cada trastorno, el entrevistador debe finalizar el módulo y continuar con el siguiente.

- A medida que el paciente responda las preguntas, debe registrarse las respuestas en el CommCare.

Muchas gracias por aceptar. En ese caso, vamos a proceder a realizar la entrevista. Le voy a hacer preguntas precisas sobre sintomatología emocional antes las cuales usted debe responder “sí” o “no”. Iniciaremos con el módulo de depresión.

Módulo de depresión (Episodio depresivo mayor actual).

A1. ¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?

A2. ¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?

Si la respuesta es “No” en las dos preguntas (A1-A2), seleccione la opción “No” al episodio depresivo mayor actual y pase al siguiente módulo, correspondiente a ansiedad.

Si la respuesta es “Si” en al menos una de las preguntas (A1 o A2), continúe con las demás:

A3. En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:

a. ¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de 5 % de su peso corporal o 8 libras o 3,5 kg, para una persona de 160 libras/70 kg)?

b. ¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?

c. ¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?

d. ¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?

e. ¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?

f. ¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?

g. ¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?

Si respondió “Sí” en menos de 5 preguntas de las opciones A1 a A3, seleccione la opción “No” al episodio depresivo mayor actual y pase al siguiente módulo.

Si respondió “Sí” en 5 o más preguntas de las opciones A1 a A3, seleccione la opción “Sí” al episodio depresivo mayor actual, y continúe con las siguientes preguntas:

A4 a. ¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?

Si la respuesta es “No”, seleccione la opción “No” al episodio depresivo mayor recidivante y pase al siguiente módulo, correspondiente a ansiedad.

Si la respuesta es “Sí”, realice la siguiente pregunta:

A4. b. ¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?

Si respondió “Sí”, seleccione la opción “Sí” al episodio depresivo mayor recidivante.

Si respondió “No”, seleccione la opción “No” al episodio depresivo mayor recidivante.

Hasta aquí llega el módulo de depresión. A continuación, seguiremos con el módulo de ansiedad. Recuerde que solo debe responder “Si” o “No” ante las preguntas realizadas.

Módulo de ansiedad (Trastorno de ansiedad generalizada actual).

O1. a. ¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?

Si la respuesta es “No”, seleccione la opción “No” al trastorno de ansiedad generalizada actual y pase al siguiente módulo, correspondiente a estrés.

Si la respuesta es “Si”, continúe con la siguiente pregunta:

O1. b. ¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?

Si la respuesta es “No”, seleccione la opción “No” al trastorno de ansiedad generalizada actual y pase al siguiente módulo, correspondiente a estrés.

Si la respuesta es “Si”, continúe con la siguiente pregunta:

O2. ¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?

Si la respuesta es “No”, seleccione la opción “No” al trastorno de ansiedad generalizada actual y pase al siguiente módulo, correspondiente a estrés.

Si la respuesta es “Si”, continúe con las demás preguntas:

O3. En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:

- a. *¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?*
- b. *¿Se sentía tenso?*
- c. *¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?*
- d. *¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?*
- e. *¿Se sentía irritable?*
- f. *¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?*

Si respondió “Sí” en 3 o más preguntas de las opciones O3, seleccione la opción “Sí” al trastorno de ansiedad generalizada actual.

Si respondió “Si” en menos de 3 preguntas de las opciones O3, seleccione la opción “No” al trastorno de ansiedad generalizada actual.

Hasta aquí llega el módulo de ansiedad. A continuación, seguiremos con el módulo de estrés. Recuerde que solo debe responder “Si” o “No” ante las preguntas.

Módulo de estrés (Estado por estrés postraumático).

II. ¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física?

EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHÉN,

*SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN
CERCANO A USTED, GUERRA O CATÁSTROFE NATURAL.*

Si la respuesta es “No”, seleccione la opción “No” al estado por estrés postraumático y de por finalizado el presente módulo.

Si la respuesta es “Si”, continúe con la siguiente pregunta:

12. ¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiada (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?

Si la respuesta es “No”, seleccione la opción “No” al estado por estrés postraumático y de por finalizado el presente módulo.

Si la respuesta es “Si”, continúe con las demás preguntas:

13. En el último mes:

a. ¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?

b. ¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento?

c. ¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?

d. ¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?

e. ¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?

f. ¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?

Si respondió “Sí” en menos de 3 preguntas de las opciones I3, seleccione la opción “No” al estado por estrés postraumático y de por finalizado el presente módulo.

Si respondió “Sí” en 3 o más preguntas de las opciones I3, continúe con la siguiente sección (I4).

I4. Durante el último mes:

- a. ¿Ha tenido usted dificultades para dormir?*
- b. ¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje?*
- c. ¿Ha tenido dificultad para concentrarse?*
- d. ¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?*
- e. ¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?*

Si respondió “Sí” en menos de 2 preguntas de las opciones I4, seleccione la opción “No” al estado por estrés postraumático y de por finalizado el presente módulo.

Si respondió “Sí” en 2 o más preguntas de las opciones I4, continúe con la siguiente sección (I5).

15. ¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?

Si respondió “Sí”, seleccione la opción “Sí” al estado por estrés postraumático.

Si respondió “No”, seleccione la opción “No” al estado por estrés postraumático.

Hasta aquí llega el módulo de estrés, y por lo tanto, se da por finalizada la entrevista.

¿Desea recibir la información de sus resultados individuales?

Si responde “Sí”, informar los resultados.

En caso de que no se evidencie sintomatología en ninguna variable:

Los resultados de la entrevista indican que no hay presencia de sintomatología emocional para ninguna de las situaciones evaluadas, esto quiere decir que según sus respuestas usted no se encuentra en riesgo emocional. Es importante recordarle que esta entrevista no constituye un diagnóstico psicológico o psiquiátrico sino que corresponde a una exploración de la sintomatología presente. De igual forma, recuerde que sus respuestas son estrictamente confidenciales y no se hará ninguna identificación personal.

En caso de que se evidencie sintomatología en alguna o todas las variables:

Los resultados de la entrevista indican que hay presencia de sintomatología emocional para una/dos/tres de las situaciones evaluadas anteriormente. Usted presenta sintomatología asociada a depresión/ansiedad/estrés, lo que indica que está en mayor riesgo de desarrollar este o estos diagnósticos. En este caso, se recomienda que se comunique con su EPS y solicite una cita médica que permita dar un respectivo seguimiento. Recuerde que esta entrevista no constituye un diagnóstico psicológico o psiquiátrico sino que corresponde a una exploración de la sintomatología presente. De igual forma, recuerde que sus respuestas son estrictamente confidenciales y no se hará ninguna identificación personal.

Si responde “No”, continuar.

Si desea conocer los resultados finales de la investigación, estos estarán disponibles en la página web de la cardiovascular (www.fcv.org/txt2 - en el link de publicaciones) cuando el estudio termine (aproximadamente, enero 2019).

Antes de despedirme, quisiera agradecerle nuevamente por su disposición y participación en el estudio. Recuerde que le habló Daniela Torres. Que tenga un buen día/tarde. Hasta luego.

Fin de la llamada.....

IMPORTANTE TENER EN CUENTA DURANTE LAS LLAMADAS:

En caso que el paciente se encuentre nuevamente hospitalizado, hacer una pausa pequeña y manifestar *“lamento mucho que el señor (a) se encuentre en hospitalización en este momento, de parte del coordinador (a) del departamento o investigación, esperamos que se recupere pronto, agradezco mucho su tiempo”* y finalizar.

En caso que el paciente haya fallecido, hacer una pequeña pausa y manifestar: *“Lamento mucho que el señor(a) haya fallecido, en nombre del departamento/jefe reciba un sentido pésame, recuerde que de necesitar apoyo psicológico puede solicitarlo en su EPS, ya mismo actualizo la información en nuestra base de datos”*

En caso que el paciente solicite información sobre acceso a citas con especialistas de la FCV se recomienda brindar la siguiente información:

“Señor (a) comprendo muy bien sus inquietudes, pero lamentablemente yo no puedo dar solución a lo que me pide, sin embargo, puede comunicarse con la central de citas de la

Fundación Cardiovascular de Colombia al 639 00 00, número que se encuentra en servicio las 24 horas del día, cualquier día de la semana.”

En caso que el paciente desee hacer reclamos relacionados con el trato brindado en su EPS se recomienda brindar la siguiente información:

“Señor (a) comprendo muy bien sus inquietudes, sin embargo, estas deben ser manifestadas a su EPS, quien es la encargada de garantizarle dichos servicios y si estos no le dan solución puede comunicarse con la supersalud a la línea gratuita 018000513700”

En caso que el paciente solicite información o presente dudas acerca del proyecto Txt4 Heart Colombia:

“Señor (a) comprendo muy bien sus inquietudes, pero lamentablemente yo no puedo dar solución a lo que me pide, sin embargo, puede comunicarse con la Jefe Karol Castillo al teléfono: 316- 6270128.

Anexo B

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional 5.0.0

A. Episodio depresivo mayor

(SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1	
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2	
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	<input type="radio"/> NO	SÍ		
En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:					
A3	a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	3
	b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	4
	c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto	NO	SÍ	5
	d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	6
	e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	7
	f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	8
	g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SÍ	9

¿CODIFICÓ **SÍ** EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE	

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:

A4	a	¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	<input type="radio"/> NO	SÍ	10
----	---	---	--------------------------	----	----

- b ¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?

NO	SÍ	11
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE		

O. Trastorno de ansiedad generalizada

(SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

O1	¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	<input type="radio"/> NO	SÍ	1
	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	<input type="radio"/> NO	SÍ	2
	CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.	NO	<input type="radio"/> SÍ	3
O2	¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	<input type="radio"/> NO	SÍ	4
O3	CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.			
En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:				
	¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?	NO	SÍ	5
	¿Se sentía tenso?	NO	SÍ	6
	¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	NO	SÍ	7
	¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	NO	SÍ	8
	¿Se sentía irritable?	NO	SÍ	9
	¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	NO	SÍ	10

¿CODIFICÓ **SÍ** EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE **O3**?

NO	SI
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZAD A ACTUAL	

I. Estado por estrés postraumático (opcional)

(SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

I1	¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física? EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATÁSTROFE NATURAL	<input checked="" type="radio"/> NO	SÍ	1
I2	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiada (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	<input checked="" type="radio"/> NO	SÍ	2
I3	En el último mes:			
a	¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	NO	SÍ	3
b	¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento?	NO	SÍ	4
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SÍ	5
d	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SÍ	6
e	¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SÍ	7
f	¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SÍ	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE I3?	<input checked="" type="radio"/> NO	SÍ	
I4	Durante el último mes:			
a	¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SÍ	11
d	¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	NO	SÍ	12
e	¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	NO	SÍ	13
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE I4?	<input checked="" type="radio"/> NO	SÍ	
I5	¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?	NO	SÍ	14

**ESTADO POR
ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO
ACTUAL**

Anexo C

Capturas de pantalla de los correos con autorización de uso de la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional 5.0.0 por parte de sus autores

Se solicitó permiso de uso a los autores de la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional 5.0.0 para el proyecto mediante el envío de un correo electrónico. Se adjuntan un ejemplo del formato de carta de solicitud y las respuestas recibidas.

Permiso de uso MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Versión en Español 5.0.0



Daniela Alejandra Torres Hortua

lun 18/06/2018 12:44 p.m.

Para: bobes@uniuvi.es ↗



Responder a todos | v

Buenas tardes, Julio Bobes

Mi nombre es Daniela Torres Hortua y hago parte del grupo de investigación de Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana en Bucaramanga-Colombia. En este momento nos encontramos en la fase de diseño de un proyecto de investigación denominado "Salud mental en pacientes con edad laboral activa y antecedente de enfermedad cardiovascular oclusiva de origen arterial de la Fundación Cardiovascular de Colombia". Dentro de las variables que queremos medir en este estudio están depresión, ansiedad y estrés y encontramos que el instrumento MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Versión en Español 5.0.0 se ajusta a las necesidades metodológicas del proyecto. En este sentido, quisiéramos solicitar permiso de usar el instrumento en nuestro protocolo de evaluación. Además de conocer las propiedades psicométricas de este si es posible.

Agradezco su colaboración.

Quedo atenta,

Daniela Torres Hortua
Universidad Pontificia Bolivariana

Bucaramanga, Colombia

Respuesta 1 – Julio Bobes

Permiso de uso MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Versión en Español 5.0.0



Julio Bobes <bobes@uniovi.es>

mar 19/06, 3:05 a.m.

Daniela Alejandra Torres Hortua



Responder a todos

Estimada Sra. Torres:

Tiene permiso para utilizar la versión en español que indica.

Pueden encontrar toda la información sobre la MINI en: <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/mini-international-neuropsychiatric-interview>

Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)

eprovide.mapi-trust.org

To assess the 17 most common psychiatric disorders in DSM-III-R, DSM-IV and DSM-5 and ICD-10. The MINI was designed as a brief structured diagnostic interview to meet the need for a short but accurate structured psychiatric interview for multicenter clinical trials and epidemiology studies and to be used as a first step in outcome tracking in ...

Deseando que lleven a cabo satisfactoriamente su investigación,

Saludos cordiales,

Julio Bobes



Respuesta 2 – Juan Gibert

Permiso de uso MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Versión en Español 5.0.0



Juan Gibert Rahola <juan.gibert@uca.es>

lun 18/06, 10:00 p.m.

Daniela Alejandra Torres Hortua



Responder a todos

Estimada Daniela:

Por mi parte no hay ningún inconveniente en que lo utilicen, pero deben dirigirse al Prof. Julio Bobes de la Universidad de Oviedo ya que era el coordinador del proyecto (bobes@uniovi.es).

Atentamente



Juan Gibert Rahola
Catedrático de Farmacología
Dpto de Neurociencias
Universidad de Cádiz
Pza Falla 9, 11003 Cádiz
Tel 956012525

Anexo D

Capturas de pantalla de la aplicación CommCare

A continuación se presentan algunas capturas de pantalla que muestran la digitalización de la entrevista realizada con los pacientes, incluye preguntas sociodemográficas, médicas y la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional 5.0.0.

Salud Mental

Datos sociodemograficos

3. Sexo

Mujer

Hombre

Salud Mental

Datos sociodemograficos

5. ¿Alguna vez ha recibido un diagnóstico psiquiátrico o psicológico como por ejemplo depresión, ansiedad?

No

Si

Salud Mental

Datos sociodemograficos > Estado Laboral

6.1 ¿En este momento se encuentra trabajando?

No

Si

6.2 ¿Trabaja de manera independiente o por nomina/contrato?

Independiente

Nómina/contrato

Salud Mental

Encuesta Salud Mental > Episodio depresivo mayor > Depresión I

7. ¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?

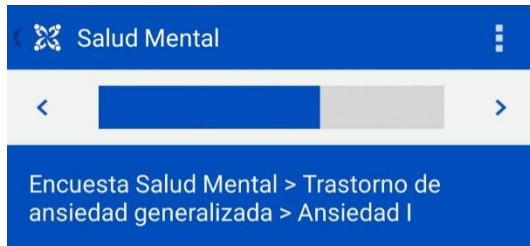
No

Si

8. ¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?

No

Si



13.1 ¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?

No

Si

13.2 ¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?

No

Si



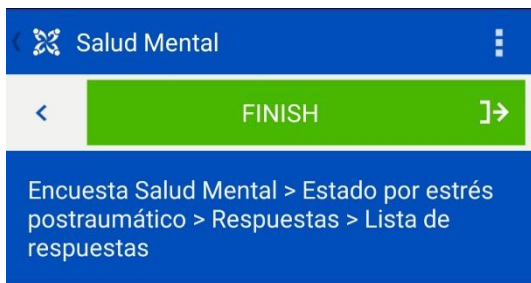
17.1 ¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física?

No

Si

17.2 ¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiada (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?

No



¿Episodio depresivo mayor? 0

¿Episodio depresivo mayor recidivante?

¿Trastorno de ansiedad generalizada actual? 0

¿Estado por estrés postraumático? 0