



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

“Hostilidad y Depresión en el Infarto Agudo de Miocardio”

Tutor: Lic. María Jimena Domingo.

Consultor: Dr. Luis Alberto Flores.

Tesista: Mirta Elena Flores.

Título obtener: Licenciatura en Psicología.

Facultad: Facultad de Psicología y Relaciones Humanas.

Fecha: 04 de Junio de 2012

RESUMEN

Introducción: Dado que el Infarto Agudo de Miocardio (IAM) es la causa más frecuente de muerte en nuestro país y que hoy en día cada vez son más las investigaciones que vinculan a la hostilidad y la depresión como características en dicha patología, este registro pretende conocer los niveles de Hostilidad y Depresión que presentan pacientes con IAM del Hospital Isidoro G. Iriarte de Quilmes, Buenos Aires, Argentina. **Objetivo:** Conocer la distribución de hostilidad y depresión en el IAM. **Objetivos específicos:** Determinar el perfil demográfico de la muestra, evaluar los factores de riesgo cardiovasculares en los pacientes, determinar los niveles de hostilidad y depresión en pacientes con y sin IAM. **Material y métodos:** Diseño transversal. Se realizó una encuesta a 112 sujetos. Inventarios: Factores de riesgo, Depresión (BDI) y Hostilidad (BDHI) en pacientes de los consultorios externos de Cardiología del Hospital Isidoro G. Iriarte de Quilmes, durante el 1 Marzo de 2012 al 28 de marzo 2012; **Análisis:** Mediante SPSS, se obtuvieron frecuencias, porcentajes y chi cuadrado para establecer significación $p < 0.05$. **Resultados:** pacientes con IAM puntuaron significativamente más alto en comparación con pacientes sin IAM (Sig. $< .001$). En depresión no hubo diferencias significativas. El IAM en esta población se distribuye con mayor frecuencia en hombres que en mujeres. Factores de riesgo prevalentes en ambos grupos Hipertensión. **Conclusión:** La hostilidad se presenta en mayor medida en pacientes con IAM. Los pacientes con IAM reflejaron conductas de tipo violentas, físicas y verbales, creencias suspicaces y de recelo. Además, mostraron tendencia a presentar mayor prevalencia de Depresión, pero no se pudo demostrar diferencias significativas. Los esfuerzos deben concentrarse en las estrategias que traduzcan con mayor exactitud si la existencia de las mismas es pre o post IAM.

PALABRAS CLAVES

Hostilidad- Depresión- Infarto de Miocardio- Enfermedad cardiovascular – factores de riesgo.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a mi Papá, el Dr. Luis Alberto Flores, por la gran ayuda prestada desde el comienzo del proyecto, hasta el desarrollo de la Tesina.

A mi tutora la Lic. Jimena García Domingo, quien sin conocerme y de forma desinteresada, brindó gran parte de su tiempo, predisposición, interés y ayuda para recorrer este camino.

A mi Mamá Mónica Pérez y a mi Hermano Emanuel Flores.

Al Hospital Isidoro G. Iriarte de Quilmes, en especial a los especialistas del área de Cardiología por la paciencia y predisposición brindada.

A mis amigos, mi novio y a todos aquellos que de alguna u otra forma también han contribuido para que pueda alcanzar este logro.

INDICE

Resumen	2
Palabras claves.....	2
Agradecimientos	3
Indice de tablas.....	6
Indice de gráficos	7
Capítulo 1: Introducción	8
1.1 Planteamiento y delimitación del problema	8
Capítulo 2: Marco teórico	13
2.1 Epidemiología de la ECV	13
2.2 Infarto Agudo de Miocardio	14
2.3 Factores de riesgo e infarto de miocardio	15
2.4 Ira y Hostilidad	17
2.5 Depresión	20
Capítulo 3: Justificación y objetivos.....	23
3.1 Justificación	23
3.2 Hipótesis:	23
3.3 Objetivo general	23
3.4 Objetivos específicos	24
Capítulo 4: Material y métodos.....	25
4.1 Tipo de estudio	25
4.2 Población y ámbito de estudio	25
4.2.1 Redistribución de la muestra	25
4.3 Criterios de inclusión	26
4.4 Criterios de Exclusión	26
4.5. Protocolos de Evaluación	27
4.5.1 Cuestionario de infarto de miocardio reciente y Factores de riesgo	27
4.5.2 Escala de Depresión de Beck.....	30

4.5.3 Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee	31
4.6. Grupos de comparación	33
4.7. Análisis de datos	33
Capítulo 5: Reparos éticos de la investigación.	35
5.1 Consentimiento Informado del paciente	35
5.2 Personal involucrado.....	36
Capítulo 7: Resultados	37
7.1 Caracterización de la muestra	37
7.1.1 Datos demográficos	37
7.1.2 Otras características de la muestra.....	41
7.1.3 Motivo de consulta.....	44
7.2 Factores de riesgo.....	45
7.3 Infarto y hostilidad	47
7.4 Depresión e Infarto	49
7.5 Hostilidad y depresión.....	51
Capítulo 8: Discusión	52
8.1 Características Demográficas	52
8.2 Hostilidad.....	55
8.3 Depresión	57
Capítulo 9: Conclusiones	58
Consideraciones Finales	59
Bibliografía	60
Anexos.....	65
1. Consentimiento Informado.....	65
2. Cuestionario demográfico y factores de riesgo.....	66
3. Inventario del estado de Animo	67
4. Inventario de Hostilidad	68
5. Cronograma de actividades.....	70

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de pacientes.	37
Tabla 2: Edad.....	37
Tabla 3: Distribución según sexo.....	38
Tabla 4 : Redistribución de la muestra según presencia o ausencia de infarto	39
Tabla 5 : Distribución del estado civil en ambas muestras:	41
Tabla 6: Cantidad de hijos en ambas muestras.....	42
Tabla 7: Nivel de Educación.	43
Tabla 8: Motivo de Consulta	44
Tabla 9: Factores de Riesgo en ambas muestras:.....	45
Tabla 10: Pruebas de normalidad Hostilidad y Sub escalas en ambas muestras.	47
Tabla 11: Comparación de pacientes con y sin infarto con Hostilidad y Sub escalas.	48
Tabla 12: Prueba de normalidad variable depresión en ambas muestras.	49
Tabla 13: Comparación de pacientes con y sin infarto de depresión..	49
Tabla 14: Prevalencia de Depresión y sus grados según presencia o ausencia de Infarto Agudo de Miocardio.....	50
Tabla 15: Correlación entre hostilidad y depresión en ambas poblaciones.....	51

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribución de la población según sexo.....	38
Gráfico 2: Distribución según sexo muestra con infarto.....	39
Gráfico 3: Distribución según sexo muestra sin infarto.....	40
Gráfico 4: Distribución del estado civil en ambas muestras: .	41
Gráfico 5: Cantidad de hijos en ambas muestras.....	42
Gráfico 6: Nivel de educación.	43
Gráfico 7: Motivo de consulta.....	44

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El siglo XX trajo un incremento sin precedentes en la esperanza de vida y una modificación radical de las causas de enfermedad y muerte a nivel mundial. A lo largo de este proceso, las enfermedades cardiovasculares (ECV) se convirtieron en la primera causa de muerte en nuestro planeta. Hace apenas un siglo, las ECV eran responsables de menos del 10% del total de las muertes. Actualmente, en cambio, se deben a ella más del 30% de fallecimientos a nivel mundial, con una distribución del 40% en los países de nivel económico elevado y del 28% en los de renta media. Actualmente, la enfermedad coronaria se considera como la pandemia más importante del siglo XXI. En 1996, el número estimado de fallecimientos a nivel mundial fue 1.5 millones de personas por alguna enfermedad cardiovascular, lo que representa el 29% de la mortalidad total y la cardiopatía isquémica (infarto de miocardio, angina de pecho) fue la responsable de la muerte de 7 millones de personas. Estudios epidemiológicos muestran que para 2020 la enfermedad cardiovascular será responsable de 25 millones de muertes al año; es decir 36%, y por primera vez en la historia de nuestra especie será la causa más común de muerte. De este modo, la enfermedad cardiovascular puede ahora considerarse como la más seria amenaza para el género humano. (Libby, P., Bonow, R., Mann, D., Zipes, D. & Braunwald, E. 2009).

A pesar de los progresos logrados en los últimos 30 años en el diagnóstico y el manejo del infarto agudo de miocardio (IAM), esta patología continúa representando un obstáculo y desafío importante en lo que respecta a la planificación de la salud en las sociedades industrializadas. En los Estados Unidos, cerca de un millón y medio de pacientes padecen anualmente un IAM, aproximadamente uno cada 20 segundos. Aunque más de un millón de pacientes con sospecha de IAM son ingresados cada año en las unidades coronarias, el

diagnóstico se confirma sólo en el 30-50% de ellos. Pese a que la frecuencia de muerte por IAM ha disminuido cerca del 30% en la última década, continúa siendo un evento fatal en cerca de un tercio de los pacientes. (Pomes Iparraguirre & Navarro Estrada; 2009).

En Argentina, las últimas encuestas de infarto de la Sociedad Argentina de Cardiología, dieron que el número total de infartos hospitalizados para el año 2005 sería de 42.025 (31.757 en hombres y 10.269 en mujeres), lo cual implicaría una incidencia anual de 10,8 por 10.000 habitantes de todas las edades y de 24,5 por 10.000 mayores de 35 años (Ferrante & Tajer; 2007). Y de acuerdo a los últimos informes del Ministerio de Salud de la Nación, la mortalidad cardiovascular ajustada por edad es de 211.32 por 100 000 habitantes, lo que en términos relativos significa que más de 1 de cada 3 muertes es de origen cardiovascular. (Ministerio de la Salud; 2007 en Allín, Rolandi, Herrera Paz, Fitz Maurice, Grinfeld & Ricardo Iglesias; 2010)

Las ECV comprenden un amplio número de trastornos que afectan al sistema circulatorio y al corazón. Incluyen la enfermedad coronaria y sus complicaciones asociadas, como la angina de pecho, el infarto de miocardio, el fallo cardíaco congestivo, la hipertensión arterial y los trastornos cerebrovasculares. (Fernandez Abascal, E., Martín Díaz, M. & Domínguez Sánchez, F. 2003). En la cardiopatía coronaria se pueden presentar diversas manifestaciones clínicas: Enfermedad coronaria asintomática o sin síntomas previos, muerte súbita, angina de pecho crónica estable, angina inestable, infarto agudo de miocardio, Insuficiencia Cardíaca, Arritmias cardíacas o defectos de la conducción auriculo ventriculares. (Laham, M.; 2006).

Dentro de estos, el infarto agudo de miocardio (IAM) es la principal causa de muerte y de discapacidad en todo el mundo. (Thygesen, K., Alpert, J. & White, H.;2007).

Por ello, la investigación para la caracterización y cuantificación de los principales factores de riesgo y las conductas preventivas en la población, resulta fundamental para la prevención y el control de estas afecciones. (Curto, Prats & Ayestarán; 2004)

En la actualidad, la etiología de la enfermedad coronaria sigue siendo algo complejo y multifactorial, que implica aspectos genéticos, fisiológicos, químicos, nutricionales, ambientales y psicosociales. (Palmero, et al.; 2007). Por lo que nos encontramos en la necesidad de hablar de factores de riesgo, tal y como se ha demostrado epidemiológicamente, que parecen estar asociados con la mayor incidencia de estos trastornos. (Fernandez Abascal, et al.: 2003).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los factores de riesgo como condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones. (OMS, 1998)

En las enfermedades cardiovasculares el grupo de los factores de riesgo comprende los que tienen un mayor componente biológico como el nivel de colesterol, hipertensión, consumo de tabaco, nivel de plaquetas en sangre, ingesta de cafeína, etc.; y los que poseen mayor componente emocional y conductual como el patrón de conducta Tipo A, hostilidad, ira, reactividad cardiovascular, apoyo social, etc. (Fernandez Abascal & Martín Díaz; 1994). Y además, Luisiardo (2005) agrega como factor de riesgo con componente emocional a la depresión. (Luisiardo, 2005).

Por un lado, el patrón de Conducta Tipo A (PACTA) es el factor psicosocial más investigado en relación a la enfermedad coronaria.). Desde las primeras investigaciones la hostilidad ha sido considerada un componente esencial del tipo A. Se ha comprobado que el PACTA se presenta más irritable que diferentes tipos ante la frustración, o el bloqueo, en su necesidad de alcanzar un objetivo. Dicha

irritabilidad ha constituido una evidencia indirecta de la hostilidad. (Laham, 2008). Como ira, hostilidad y agresión están íntimamente conectadas, la definición de hostilidad depende de la distinción que hacemos de las dimensiones afectivas, cognitivas y conductuales. (Laham, 2006). Ya son varios los estudios que encuentran que bien la ira o la hostilidad son factores de riesgo significativos de enfermedad coronaria y trastornos cardiovasculares, independientemente de los demás factores de riesgo. (Fernández Abascal, et al.; 2003).

La intervención psicológica sobre estas conductas, incluyendo los patrones desadaptativos de la conducta tipo A, produjo un descenso de la recurrencia del infarto y de la tasa de muerte súbita aproximadamente en un 50% durante un seguimiento de 7 años. (Molinello; 2007).

Diferentes estudios han señalado que los sujetos hostiles son más proclives que los no hostiles a desarrollar coronariopatías e, incluso, que situaciones de ira pueden precipitar los procesos de EC (Matthews, Glass, Rossenman & Bortner, 1977 en Iacovella, J. & Troglia, M. 2003). Se ha puesto de manifiesto que los procesos cardiovasculares patológicos estarían asociados con el potencial para la hostilidad (Dembroski, Mac Dougall, Costa & Grandits, 1989 en Fernandez Abascal, et al: 2003), y que el pobre manejo de los sentimientos hostiles, especialmente cuando son suprimidos, sería más destructivo (Spielberger, 1990 en Iacovella, J. & Troglia, M. 2003).

Por otro lado, un factor de riesgo importante que ha surgido durante las investigaciones ha sido la depresión. En los últimos años se han hecho considerables avances en el conocimiento de la relación entre la depresión y la enfermedad coronaria, considerándola tanto como un factor de incidencia de la enfermedad como un efecto post-infarto a atender en la rehabilitación dado que los pacientes que tienen depresión después de un infarto tienen una mortalidad significativamente más alta que los pacientes sin depresión, y este riesgo no está limitado a la depresión mayor. (Laham, 2008).

Por otro lado, abarcando la depresión post-infarto, la mayor parte de la investigación que ha estudiado la relación entre la depresión y la EAC se ha centrado en estudios con pacientes, focalizándose fundamentalmente en el análisis de la asociación entre la depresión y la recuperación tras un suceso cardiovascular mayor (infarto de miocardio, bypass, etc.). Existen actualmente, abundantes datos como para afirmar que la depresión constituye un factor de riesgo de primer orden en relación con posibles complicaciones o la muerte tras el infarto de miocardio. (Friedman, 1992; Smith 1992; Ohman y Sundin, 1995; Steptoe, 1998; Williams, 1996 en Sandín, 2002) Además, en los pacientes que cursan un infarto agudo de miocardio (IAM) se reconoció una elevada prevalencia de depresión psíquica y posteriormente se advirtió que los pacientes deprimidos tenían peor evolución que los no deprimidos. (Romero, 2007).

Varios estudios han reportado una prevalencia de la depresión del 10% en pacientes de atención primaria, y del 20% en el período post-IAM. El paciente hospitalizado no tratado de su depresión, tiene mayor probabilidad de volver a sufrir otro IAM. (Molinello; 2007).

Sobre la base del estado del conocimiento en relación con la problemática que aborda el presente estudio, se tratará de responder a las siguientes preguntas: ¿Cuáles son los niveles de depresión y hostilidad en pacientes infartados y no infartados? ¿Hay diferencias? Esto se intentará delucidar mediante un estudio realizado a 78 (38 con IAM y 40 sin IAM) pacientes del Hospital Isidoro G. Iriarte de Quilmes en el cual se midieron los niveles de hostilidad y depresión para ambas muestras.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1 EPIDEMIOLOGÍA DE LA ECV

La enfermedad coronaria es la manifestación más prevalente y se asocia con alta mortalidad y morbilidad. Las presentaciones clínicas de la enfermedad coronaria isquémica incluyen, isquemia silente, angina de pecho estable, falla cardíaca, angina inestable (síndrome coronario agudo sin elevación del ST), infarto agudo de miocardio (síndrome coronario agudo con elevación del ST) y muerte súbita. (Mendoza Beltrán, 2010). Todas estas presentaciones clínicas implican una patología denominada aterosclerosis, una enfermedad caracterizada por el depósito en la pared de las coronarias de lípidos, sustancias de la sangre, células sanguíneas, carbohidratos y calcio, que constituyen la placa ateromatosa. Estas placas pueden evolucionar de dos formas: aquellas que presentan un núcleo lipídico pequeño y una gruesa capa fibrosa (placa estable) y otras que presentan gran núcleo lipídico y una delgada capa fibrosa (placa inestable), estas últimas, al romperse por múltiples factores originan un coágulo dentro de la arteria obstruyéndola de forma completa y originando el infarto agudo de miocardio. (Libby et al; 2009)

2.2 INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

El infarto agudo de miocardio (IAM) es un evento mayor en la evolución de la enfermedad coronaria. Consiste en la muerte o necrosis de una zona del músculo cardíaco producida por una interrupción total del flujo coronario. (Traiber & Baccaro en Bertolasi & Tronge; 1994)

Según Chávez, 1999, el infarto de miocardio es la causa más frecuente de muerte en los adultos, su reconocimiento y tratamiento oportuno ha permitido en la actualidad que disminuyan en forma muy considerable las complicaciones de la fase aguda, la mortalidad y mejores perspectivas a largo plazo tanto en la calidad como en la esperanza de vida de los pacientes. (Chavez, 1999).

Según Tronge (2000) el síntoma principal es el dolor de pecho o dolor, con irradiación a hombro y brazo izquierdo, a veces hasta la mano, cuellos, mandíbula, incluso el dorso; puede aparecer un cuadro digestivo, por lo general es de gran intensidad, prolongado (más de 15 minutos de duración), de tipo opresivo, aunque puede ser urente, penetrante, cortante; no desaparece en el reposo ni con la administración medicinal. Se presenta además, debilidad externa, síntomas neurovegetativos vagales como náuseas, vómitos, diarrea, diaforesis o síntomas como palpitaciones y/o respuesta hipertensiva. Otras manifestaciones son la sensación de muerte inminente y angustia, e hipo por irritación diafragmática en el IAM. En algunas ocasiones el IAM puede transcurrir en forma totalmente asintomática, detectándose por electrocardiograma (ECG) o exámenes de laboratorio (Tronge; 2000)

2.3 FACTORES DE RIESGO E INFARTO DE MIOCARDIO

La noción de factor de riesgo está estrechamente relacionada al medio orgánico y social en que se desarrolla la vida de una persona: la genética, los hábitos, el estilo de vida, el medioambiente, el medio familiar y el medio laboral. (Laham, 2001) Durante las últimas décadas, la elevada prevalencia y tasa de mortalidad causadas por los trastornos cardiovasculares ha llevado al progreso en la búsqueda e identificación de los factores de riesgo para el padecimiento de este tipo de trastornos, hallándose como factores más importantes la edad, el sexo, el colesterol, la hipertensión, el consumo de tabaco y la obesidad. (Laham, 2008)

Dentro de los aspectos psicosociales, los primeros intentos estudiaron la posibilidad de que alguna forma particular de conducta pudiese tener una cierta relevancia a la hora de entender el porqué de los problemas cardiovasculares. Así, los pioneros trabajos de Rosenman & Friedman ponen de relieve el probable papel que juegan ciertas conductas y rasgos de personalidad a la hora de entender la predisposición al padecimiento de trastornos cardiovasculares. (Friedman & Rosenman, 1959 en Rosenman & Friedman 1977). A partir de la observación clínica de sus pacientes afectados por cardiopatía isquémica, acuñaron el concepto de Patrón de Conducta Tipo A (PCTA), en el que se incluían todas aquellas conductas y rasgos de personalidad que encontraron en forma repetida en sus pacientes. Sin embargo, con el tiempo, comenzaron a centrarse en factores específicos de dicho comportamiento, como por ejemplo, en el factor hostilidad. (Iacovella, J. & Troglia, M. ; 2003).

Según Lusiardo, 2005, gradualmente los cardiólogos han empezado a tomar conciencia de los aspectos psicológicos relacionados con los trastornos cardiovasculares y está prestando cada vez más atención a un cuerpo emergente de conocimiento, la psicología Cardíaca, rama de la Psicología de la Salud, que detecta los factores de riesgo psicosociales que inciden en el desarrollo y desencadenamiento de las enfermedades cardiovasculares y las secuelas psicológicas de los episodios cardíacos. Estos factores de riesgo están asociados

con la salud psicológica previa y posterior al evento cardíaco y a su impacto emocional. (Lusiardo, M.; 2005)

Varios autores (Laham, 2008; Palmero, et al., 2007) caracterizan una serie de factores de riesgo que entran en juego en el desarrollo y manifestación del IAM, destacan la diferencia entre factores modificables, (aquellos que tienen que ver directamente con los hábitos de salud como el tabaquismo, sedentarismo, etc.) , menores modificables (tipo de personalidad, obesidad- índice masa corporal, estrógeno y sexo) y los no modificables (historia familiar, edad y sexo) (Laham, 2008; Palmero, et al., 2007)

Dentro de los factores de riesgo se encuentran aquellos que poseen mayor componente emocional y conductual como hostilidad, ira, reactividad cardiovascular, apoyo social, etc. (Fernandez Abascal & Martín Díaz; 1994). Y además, Lusiardo (2005) agrega como factor de riesgo con componente emocional a la depresión. (Lusiardo, 2005).

2.4 IRA Y HOSTILIDAD

Según Laham 2006, desde los primeros años de este siglo se han venido registrando diferentes observaciones en pacientes cardíacos que vincularon las enfermedades cardiovasculares con ciertos factores psicológicos. Desde 1910 en adelante, se fue caracterizando al enfermo cardiovascular como individuo preocupado, con tendencia a represión de la ira, fuertes impulsos por dominar a otros.

En la segunda mitad de este siglo se han hecho diferentes investigaciones que desde la formulación de patrones de conducta posiblemente relacionados con las enfermedades cardiovasculares (como el PACTA y personalidad tipo D) hasta el aislamiento de factores de riesgo (como la hostilidad y el estrés), han intentado responder como los factores psicológicos pueden incidir en las coronariopatías y, consecuentemente, se han propuesto medidas de prevención y terapias que vinculen la práctica médica con la psicología. (Laham, 2006)

El estudio que abre paso a una investigación más detenida sobre la incidencia de factores de riesgo psicológicos en la enfermedad coronaria fue el realizado por los cardiólogo Friedman y Rosenman. Estas investigaciones dieron como resultado la formulación de un patrón de comportamiento asociado a los trastornos cadiovasculares, que se denominó Patrón de conducta tipo A. (Laham, 2006) Sin embargo, según Palmero, et al. (2007), tras un período de auge, al menos aparente, en el que parecían cumplirse todas las predicciones respecto al PCTA, y cuando la comunidad científica comenzaba a asumir la relación entre PCTA y trastornos cardiovasculares, así, el interés científico comenzó a focalizarse, de modo selectivo, en los distintos subcomponentes del PCTA, para delimitar cuál de ellos era el verdadero predictor de los trastornos cardiovasculares.

Actualmente, se considera que el componente emocional del PCTA, particularmente el complejo ira-hostilidad, parece la variable más importante para detectar a los sujetos propensos a sufrir trastornos cardiovasculares. (Palmero, et

al; 2007) Los estudios recientes clínicos y epidemiológicos sobre hostilidad y ECV, sin ser concluyentes, en general tienden a indicar que la elevada hostilidad puede constituir un factor de riesgo de la cardiopatía coronaria (Friedman, 1992; Smith 1992; Ohman y Sundin, 1995; Steptoe, 1998; Williams, 1996 en Sandín, 2002).

Varios autores, (Davidson, W., Kubzansky, L. & Rozanski, A.;2005; Laham, 2006; Palmero, F. , et al, 2007 & Steptoe, A., & Yoichi, C., 2009) sostienen que como ira, hostilidad y agresión están íntimamente conectadas, la definición de hostilidad depende de la distinción que hacemos de las dimensiones afectivas, cognitivas y conductuales. Partiendo de esta distinción, se define la ira como una emoción desagradable de variada intensidad que surge como consecuencia de percibir un maltrato o una provocación en nuestro entorno, centrándose en la dimensión afectivo-emocional. La agresión es la conducta manifiesta de esta emoción, supone acciones de ataque hacia el entorno, con el fin de causar daño y destrucción, encontrándose en la dimensión conductual. Y la dimensión cognitiva, abarca a la hostilidad considerada como un rasgo estable de personalidad, relacionada con creencias y actitudes hacia los demás, que incluyen cinismo, el resentimiento y la desconfianza, es una dimensión más duradera que las anteriores, y presupone venganza oblicua o encubierta. (Davidson, W., Kubzansky, L. & Rozanski, A.;2005; Laham, 2006; Palmero, F. , et al, 2007 & Steptoe, A., & Yoichi, C., 2009)

Según Laham, (2006), las personas hostiles han sido caracterizadas por esperar lo peor de los demás, estar siempre a la defensiva, crear ambientes de tensión y competitividad en la medida que perciben al entorno como el lugar de una lucha incesante para alcanzar sus objetivos, y permanecer en estado de alerta y vigilancia sobre los otros. Dicho estado promueve una activación fisiológica constante y desorganizada, que se asocia al desarrollo de la enfermedad coronaria y que, a su vez, se incrementa con el desencadenamiento de la emoción de ira, lo que incide fuertemente en la ocurrencia de episodios agudos. (Laham, 2006)

Pero, tanto la ira como la agresión, esto es, las dimensiones subjetiva y conductual, son variables inestables y transitorias en el tiempo. Por consiguiente, los estudios referidos a la relación entre el complejo Ira-Hostilidad, o el Síndrome AHI y las coronariopatías, se han centrado en la consideración de la dimensión cognitiva, es decir, la hostilidad. Esta constituye el aspecto cognitivo, es estable y duradera en el tiempo, razón por la que se erige como el factor a evaluar para comprender la relación entre la enfermedad cardiovascular y los procesos emocionales. (Iacovella J. & Troglia, M., 2003;)

En lo que se refiere a la relación entre la hostilidad y la enfermedad cardiovascular, algunos trabajos ponen de relieve la posibilidad de que la hostilidad sea el único componente relacionado con el desarrollo, mantenimiento y progresión de las alteraciones cardiovasculares, haciendo pensar que dicha variable es un factor independiente de riesgo. (Rosenman & Chesney, 1980; Dembrosky & MacDougall, 1983; Williams, Barefoot & Shekelle, 1985; Sloan, Bagiella, Shapiro, Kuhl, Chernikhova, Berg & Myers, 2001; Llabre, Spitzer, Siegel, Saab & Schneiderman, 2004; en Palmero, Díez, Diago, Moreno, Oblitas; 2007)

2.5 DEPRESIÓN

Aunque la depresión se ha estudiado más intensamente en relación con el curso y la prolongación de los trastornos cardiovasculares, tanto la depresión como la ansiedad se han vinculado al desarrollo de estos trastornos. (Sandín, 2002)

Existen diversas definiciones de depresión, pero la más usada y consensuada es la del DSM-IV. El DSM-IV es la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association. En ausencia de la posibilidad de establecer un diagnóstico en base a una determinación bioquímica o imagenológica, para el diagnóstico de depresión se debe recoger información acerca de una serie de síntomas que deben ser reconocidos por los pacientes, y que podemos resumir de la siguiente manera:

Durante al menos dos semanas, presencia casi diaria de al menos cinco de los siguientes síntomas, incluyendo necesariamente el 1) o el 2).

- Estado anímico deprimido.
- Disminución del placer o interés en cualquier actividad.
- Aumento o disminución de peso/apetito.
- Insomnio o Hipersomnio.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos Excesivos de inutilidad o culpa.
- Problemas de concentración o toma de decisiones.
- Ideas recurrentes de muerte o suicidio.
- Interferencia de los síntomas con el funcionamiento cotidiano.
- No debido a medicamentos, drogas o una condición médica general.
- No asociado a la pérdida de un ser querido ocurrida en los últimos dos

meses (excepto en casos de marcado deterioro en el funcionamiento)
(American Psychiatric Association ; 1994)

Con respecto a la depresión pre-infarto, la psicoimmunoneuroendocrinología provee el marco conceptual para explicar la relación entre depresión y eventos coronarios agudos. Los procesos que conducen a un evento coronario agudo en pacientes portadores de lesiones ateroscleróticas y disfunción endotelial se ven favorecidos en pacientes deprimidos. Efectivamente, los tres procesos involucrados en los eventos agudos (inestabilidad de la placa, factores hemodinámicos y trombosis superpuesta) son favorecidos por la presencia de alteraciones vinculadas a la depresión. La depresión se asocia con niveles elevados de citoquinas pro inflamatorias, leucocitos y reclutamiento de macrófagos que generan inestabilidad en la placa: la respuesta exagerada de pacientes deprimidos ante situaciones que generan hostilidad, ira y estrés agudo produce vasoconstricción y elevación de la presión arterial a través de la liberación de catecolaminas, favoreciendo la rotura de la placa, finalmente, la agregación plaquetaria asociada con la depresión favorece la trombosis, que puede llegar a un grado de obstrucción coronaria de tal magnitud que produzca un evento agudo. (Romero, 2007)

En los pacientes que cursan un infarto agudo de miocardio (IAM), se reconoció una elevada prevalencia de depresión psíquica y posteriormente se advirtió que los pacientes deprimidos tenían peor evolución que los no deprimidos. Naturalmente, esta relación se atribuyó a un previsible vínculo entre la depresión y la gravedad del paciente: se supuso que los pacientes más enfermos debían sufrir mayor depresión y, por lo tanto, la peor evolución de los deprimidos debería atribuirse a una peor condición cardiovascular. (Romero; 2007)

Uno de los primeros estudios relevantes vinculados a la depresión con la evolución de los pacientes con un IAM, publicado en 1993 por un grupo de autores canadienses (Frasure-Smith, N.; Lesperance, F. & Talajic, M. :1993), mostró que en los seis meses posteriores al infarto la mortalidad de los pacientes deprimidos

era significativamente mayor que la de los pacientes no deprimidos. Los mismos autores publicaron en 2002 los resultados de la evolución a cinco años de 896 pacientes con IAM, en función de niveles de depresión medidos con el inventario de depresión de Beck. Tomando como referencia a los pacientes con niveles normales, los pacientes con índices crecientes tuvieron mortalidad global y mortalidad cardiovascular significativamente mayores. Todo esto reafirmó el carácter de predictor independiente de la depresión en cuanto a la evolución cardiovascular, y sugirió que el efecto predictor operaba no sólo en el corto, sino también en el mediano plazo.

Varios estudios han reportado una prevalencia de la depresión del 10% en pacientes de atención primaria, y del 20% en el período post-IAM. El paciente hospitalizado no tratado de su depresión, tiene mayor probabilidad de volver a sufrir otro IAM. (Molinello; 2007)

CAPÍTULO 3: JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

3.1 JUSTIFICACIÓN

A través de lo detallado en el apartado anterior, y teniendo en cuenta que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte a nivel mundial, es de suma importancia abordar dicha problemática de forma interdisciplinaria. Del mismo modo, es relevante el aporte desde campo de la psicología, en lo que refiere al desarrollo de nuevas estrategias de intervención a nivel de la prevención primaria y secundaria, con el fin de disminuir el riesgo de mortalidad por ECV. Los resultados obtenidos de la investigación se encontraran al alcance de la comunidad científica aportando nueva información de modo tal que todo profesional que quiera contribuir al cuidado y mejora de la Salud Mental tenga mayores herramientas.

3.2 HIPÓTESIS:

Pacientes con infarto agudo de miocardio reciente presentan mayores niveles de hostilidad y depresión en comparación con los pacientes sin infarto reciente.

3.3 OBJETIVO GENERAL

Medir la hostilidad y la depresión en individuos que padecen Infarto Agudo de Miocardio.

3.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el perfil demográfico de la muestra.
- Evaluar los factores de riesgo cardiovasculares en los pacientes.
- Determinar los niveles de hostilidad y depresión en pacientes con IAM
- Determinar los niveles de hostilidad y depresión en pacientes sin IAM.

CAPÍTULO 4: MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio epidemiológico de tipo observacional de corte transversal.

4.2 POBLACIÓN Y ÁMBITO DE ESTUDIO

Se administraron 112 encuestas a los pacientes que concurrieron en forma consecutiva a los consultorios externos de cardiología del Hospital Isidoro G. Iriarte de Quilmes ubicado en el partido de Quilmes, provincia de Buenos Aires, Argentina; en el periodo de 1 Marzo de 2012 hasta el 28 de marzo 2012; de los cuales, se descartaron 32 (41%) por ser respondidas en forma incompleta y se analizaron 78 (número total de la muestra) por reunir las condiciones para su análisis.

4.2.1 REDISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA

De los 78 casos analizados, la muestra se re-distribuyó de la siguiente manera:

- 38 pacientes de ambos sexos (aprox. entre 45 y 90 años) que han padecido infarto de miocardio reciente (> 15 días < 3 meses), reclutados del Hospital Isidoro G. Iriarte ubicado en el partido de Quilmes, provincia de Buenos Aires, Argentina.
- 40 pacientes que no han padecido IAM, de ambos sexos (aprox. entre 45 y 90 años) reclutados del Hospital Isidoro G. Iriarte ubicado en el partido de Quilmes, provincia de Buenos Aires, Argentina, que realizan un control cardiológico por

enfermedad cardiovascular, o por chequeo cardiológico de la zona sur de la Provincia de Buenos Aires (Quilmes).

Se aplicó una técnica de muestreo no-probabilística. Ninguno de los participantes de este estudio recibió compensación económica y todos completaron los dos instrumentos en forma individual. Todos los participantes recibieron una información acerca de los objetivos generales del estudio, y se los invitó a participar en forma voluntaria y anónima (si así lo deseaban), pero no se les informó las hipótesis del estudio para evitar sesgos en sus respuestas.

4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes de ambos sexos, entre 45 y 90 años, que concurren a el Hospital Isidoro G. Iriarte, ubicado en el partido de Quilmes, provincia de Buenos Aires, Argentina, que realizan un control cardiológico por enfermedad cardiovascular, o por chequeo cardiológico de la zona sur de la Provincia de Buenos Aires (Quilmes).

4.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Menores de 45 años.
- Enfermedad grave de cualquier etiología,
- Estén bajo tratamiento psiquiátrico
- Mujeres embarazadas.
- Cuestionarios incompletos, o respondidos en forma incorrecta. (El 41% de los cuestionarios administrados fueron excluidos dado este criterio)
- Toda otra patología no cardíaca (para el grupo de infarto de miocardio).
- Los casos de infarto de miocardio deben tener un diagnóstico no menor a los 15 días pero no mayor a los 3 meses de evolución

4.5. PROTOCOLOS DE EVALUACIÓN

Los instrumentos de evaluación que se utilizaron para evaluar las muestras se detallan a continuación y son los siguientes:

4.5.1 CUESTIONARIO DE INFARTO DE MIOCARDIO RECIENTE Y FACTORES DE RIESGO

Se tomó un cuestionario que abarca los factores de riesgo intervinientes en las enfermedades cardiovasculares, datos sobre la internación (de haber sufrido un infarto), información sobre el estado civil, nivel de estudio, edad y sexo.

La definición de Infarto Agudo de Miocardio que se utiliza en este cuestionario es la planteada por los cardiólogos Thygensen, K., Alpert, J. y White, H (2007) quienes sostienen que se considera infarto Agudo de Miocardio a aquellos infartos que evolucionaron a infarto tipo Q o no Q y desde el alta hospitalaria hasta menos de 3 meses de evolución, dado por los siguientes criterios: elevación o caída de los biomarcadores cardíacos (preferentemente la troponina) con un valor mínimo superior al percentilo 99 del límite de referencia superior, junto con al menos uno de los siguientes signos/ síntomas (Thygesen, K.; Alpert, J. & White, H. ; 2007):

- Síntomas de isquemia,
- Nuevos cambios del ECG caracterizados por nuevos cambios del ST-T o bloqueo de rama izquierda
- Aparición de ondas Q patológicas
- Estudios por imágenes que detectan pérdida de tejido miocárdico viable o alteraciones de la motilidad de la pared ventricular.
- Como consecuencia de un procedimiento de angioplastia en pacientes con valores normales previos de troponina y elevación de biomarcadores con valores superiores a 3 el percentilo 99 de limite de referencia superior . Como consecuencia de una cirugía de revascularización coronaria con valores normales previos de troponina y elevación de

biomarcadores con valores superiores a 5 URL más nuevas ondas Q patológicas o bloqueo de rama izquierda, o imagen de zona nueva de alteración de la motilidad del ventrículo o de oclusión de una coronaria o un puente aorto coronario por angiografía. (Thygesen, K.; Alpert, J. & White, H. ; 2007):

Los factores de riesgo evaluados se definen como:

- Colesterol: Valores de colesterol >200 mg/dl. (Graham, I.; Atar, D.; Borch-Johnsen, K.; Boysen, G.; Burel, G. & et al; 2008)
- Diabetes: Glucemia en ayunas >126 mg%, prueba de tolerancia oral evento. Pacientes en tratamiento con hipoglucemiante o insulina. Auto-referencial. (Rydén, L.; Standl, E.; Bartnik, M.; Van den Berghe, G.; Betteridge, J.; De Boer, MJ. & et al ; 2007)
- Tabaquismo: Consumo habitual u ocasional de tabaco dentro del años previo al evento. (Graham, I.; Atar, D.; Borch-Johnsen, K.; Boysen, G.; Burel, G. & et al; 2008)
- Ex tabaquismo: Presentar como mínimo un año de abstinencia de tabaco. (Graham, I.; Atar, D.; Borch-Johnsen, K.; Boysen, G.; Burel, G. & et al; 2008)
- Hipertensión arterial: Auto-referencial, presión arterial >140/90mmHg en condiciones basales, o pacientes bajo tratamiento anti-hipertensivo. (Graham, I.; Atar, D.; Borch-Johnsen, K.; Boysen, G.; Burel, G. & et al; 2008)
- Sedentarismo: falta de actividad física, entendiendo como tal cualquier movimiento corporal producido por los músculos

esqueléticos que da como resultado un gasto calórico para lo cual debe tener determinadas características de intensidad, duración y frecuencia. La intensidad debe ser suficiente para mantener las pulsaciones entre 60% y 85% de la frecuencia cardiaca máxima teórica. A los efectos de esta investigación se considero como sedentaria a toda persona que no realiza actividad física regular de duración mínima de 30 minutos, tres días a la semana. (Myers, J. & Froelicher, V.; 1995)

4.5.2 ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK

Para medir la variable depresión se utilizó la escala de depresión de Beck (EDB) (Beck, Rush & Shaw, 1979; Conde & Useros, 1975). La cual consta de 21 ítems de cuatro opciones cada uno con un puntaje que puede variar de 0 a 63. El coeficiente alfa de esta prueba tiene un índice de $r = .96$. La fiabilidad test-retest fue de .65 a .70. El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico. A efectos de selección de sujetos para investigación, el punto de corte usualmente aceptado es ≥ 21 puntos, el cual se utilizó para describir pacientes con o sin depresión.

Además se utilizaron los siguientes puntos de corte para graduar la intensidad / severidad para obtener una descripción un poco más detallada de ambas muestras.

Los puntos de corte son:

No depresión:	0-9 puntos
Depresión leve:	10-18 puntos
Depresión moderada:	19-29 puntos
Depresión grave:	> 30 puntos

(Beck, Rush & Shaw, 1979; Conde & Useros, 1975).

4.5.3 INVENTARIO DE HOSTILIDAD DE BUSS-DURKEE

Para medir la variable hostilidad se utilizó el Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI) (Moreno, Fuhriman, & Selby, 1993; Morales Vives & Codorniu Raga, 2005). Este cuestionario, constituye una de las técnicas de auto-informe más avalada para la medición específica de dos tipos de agresión: la física y la verbal, y de dos emociones relacionadas con la agresividad de los sujetos: la ira y la hostilidad. Cada ítem tiene dos opciones de respuesta: verdadero o falso, y cada respuesta afirmativa equivale a 1 punto y cada respuesta negativa a 0 puntos. Desde el punto de vista clínico, posee mayor relevancia el valor cuantitativo de la puntuación total. Consta de 75 ítems que se agrupan en 8 subescalas diferentes:

Violencia: Mide la violencia física hacia los demás y la tendencia a enzarzarse en peleas. No incluye la violencia verbal ni la destrucción de objetos materiales. (Por ej.: ‘De vez en cuando, no puedo resistir las ganas de hacerle daño a los demás’. Diez ítems: 1, 9, 17, 25, 33, 41, 49, 57, 65 y 70).

Hostilidad indirecta: Evalúa las conductas hostiles indirectas, como los chismorreos o bromas y la descarga de afecto negativo hacia los demás, sin centrarse en nadie en particular. (Por ej.: ‘Cuando estoy furioso, a veces pongo mala cara’. Nueve ítems: 2, 10, 18, 26, 34, 42, 50, 58 y 75).

Irritabilidad: Se refiere a la tendencia a explotar en reacciones de afecto negativo ante pequeñas provocaciones. Incluye además el malhumor constante, la exasperación y la rudeza. (Por ej.: ‘A veces las personas me molestan con tan sólo estar a mi alrededor’. Once ítems: 4, 11, 20, 21, 35, 44, 52, 60, 66, 71 y 73).

Negativismo: Se refiere a una conducta opositora generalizada hacia la autoridad. Implica rechazo a la cooperación, ya sea en forma de incumplimientos pasivos o de rebelión manifiesta hacia las convenciones o normas. (Por ej.:

“Cuando alguien es mandón, hago lo opuesto de lo que me pide”. Cinco ítems: 3, 12, 19, 28 y 36).

Resentimiento: Evalúa los celos y el odio hacia los demás. Incluye sentimientos de ira hacia el mundo, basados en malos tratos reales o imaginarios. (Por ej.: “Los demás siempre parecen recibir todas las oportunidades”. Ocho ítems: 5, 13, 21, 29, 37, 45, 53 y 61).

Recelos: También denominada suspicacia o sospecha. Puede variar desde la mera desconfianza y cautela ante la gente hasta la creencia de que los demás son despectivos o planean el mal. (Por ej.: “Usualmente me pregunto cuál será el motivo oculto que tiene la persona que hace algo para ayudarme” Diez ítems: 6, 14, 22, 30, 38, 46, 54, 62, 67 y 72).

Hostilidad verbal: Se refiere a la expresión del afecto negativo mediante el habla, ya sea en su contenido o en su estilo. El estilo comprende conductas como dar voces y chillidos. El contenido puede incluir amenazas, insultos e hipercriticismo. (Por ej.: “Si una persona me molesta, soy capaz de decirle lo que pienso de ella”. Trece ítems: 7, 15, 23, 31, 39, 43, 47, 51, 55, 59, 63, 68 y 74).

Culpabilidad (Por ej.: “Cuando hago algo que está mal, mi conciencia me castiga severamente”. Nueve ítems: 8, 16, 24, 32, 40, 48, 56, 64 y 69). (Moreno, Fuhrman, & Selby, 1993; Morales Vives & Codorniu Raga, 2005)

Los puntos de corte propuestos para las diferentes subescalas y la puntuación total son los siguientes (Bobes García, J.; Portilla, M. ;Bascarán Fernández, M. T.; Saíz Martínez, P. & Bousoño García, M. : 2004)

- Violencia: 3
- Hostilidad Indirecta: 6
- Irritabilidad: 6
- Negativismo: No existe punto de corte en la bibliografía.
- Resentimiento: 2
- Recelos: 2
- Hostilidad Verbal: 6
- Culpabilidad: No existe punto de corte en la bibliografía.
- Puntuación total: 27.

4.6. GRUPOS DE COMPARACIÓN

- Depresión y hostilidad en pacientes con IAM
- Depresión y hostilidad en pacientes sin IAM

4.7. ANÁLISIS DE DATOS

Los datos se cargaron y procesaron mediante el paquete estadístico *SPSS 18*. Se realizó un análisis descriptivo de las puntuaciones de los dos cuestionarios y las características demográficas de la muestra para obtener frecuencias y porcentajes de las respuestas de ambos grupos (con infarto de miocardio y sin antecedentes cardíacos). Las variables continuas se expresaron como media y desviación estándar. Las variables nominales u ordinales se expresaron como porcentajes.

Las proporciones se compararon con la prueba de chi cuadrado. Se consideró significativo un valor de $p < \alpha = 0.05$. Se realizó un contraste de hipótesis sobre la normalidad de las variables estudiadas mediante un análisis de Shapiro Wilks Para el análisis, se empleó estadística no paramétrica, en particular el test de U de Mann-Whitney para las comparaciones y Rho de Spearman (r_s) para las correlaciones.

CAPÍTULO 5: REPAROS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Todos los pacientes que ingresaron al estudio prestaron conformidad y asintieron por voluntad propia, firmando un consentimiento informado, con anonimidad de los datos que se recopilen para el posterior análisis de este estudio:

5.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

“Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre los **NIVELES DE DEPRESION Y HOSTILIDAD EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.**

Esta investigación es realizada por la Srita. Mirta Elena Flores, estudiante de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana.

En este trabajo se espera que todos los pacientes participen de forma voluntaria. La aplicación de los siguientes cuestionarios será anónima y confidencial, esto implica que ninguna otra persona conocerá las respuestas de los cuestionarios.

Si ha leído este documento y ha decidido participar, entienda que su participación es totalmente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de la misma.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación por favor comuníquese con: la Srita. Mirta Flores al 1156988563.

Su firma en este consentimiento implica que ha decidido brindar su colaboración después de leído y discutido la información presentada en dicho consentimiento.”

Todo el trabajo clínico estará sujeto a las Reglas ICH de Buenas Prácticas Clínicas, a la revisión de las declaraciones de Helsinki (1964, c/enmiendas Tokio, 1975; Venecia, 1983; Hong-Kong, 1989) así como las regulaciones de las Autoridades del Ministerio de Salud de la Nación y CABA. Los investigadores intervinientes conocen y realizar las salvaguardas previstas en todos los requisitos éticos, legales y jurídicos, establecidos en las normas bioéticas nacionales –Disposición ANMAT 6677/10, Ley GCBA 3301 – e internacionales - Declaración de Helsinki y sus modificaciones (The World Medical Association-WMA., 2008; ANMAT., 2010; GCBA, 2009).

Fundamentalmente en concordancia con los considerados que regulan las investigaciones científicas en salud en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires, Ley N° 11044 y su decreto reglamentario N° 3385/09 el Consentimiento Informado y el presente trabajo fue autorizado para su realización por los respectivos Comité de Ética y Comité de Investigación del Hospital Isidoro G. Iriarte de Quilmes.

5.2 PERSONAL INVOLUCRADO

Tutores: Lic. María Jimena García Domingo.

Dr. Luis Alberto Flores. Especialista Consultor en Cardiología.

CAPÍTULO 7: RESULTADOS

7.1 CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

7.1.1 DATOS DEMOGRAFICOS

- Se entregaron 112 encuestas a los pacientes que concurrieron en forma consecutiva a los consultorios externos de cardiología del Hospital Isidoro G. Iriarte de Quilmes de los cuales, se descartaron 32 por ser respondidas en forma incompleta o por presentar criterios de exclusión para su análisis y se analizaron 78 por reunir las condiciones para su análisis. (Ver tabla 1)

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	38	48,7
No	40	51,3
Total	78	100,0

- Como se observa en la tabla 2, la edad media del total de la muestra (n:78) fue de 64.21 +/- 13.5.

TABLA 2: EDAD

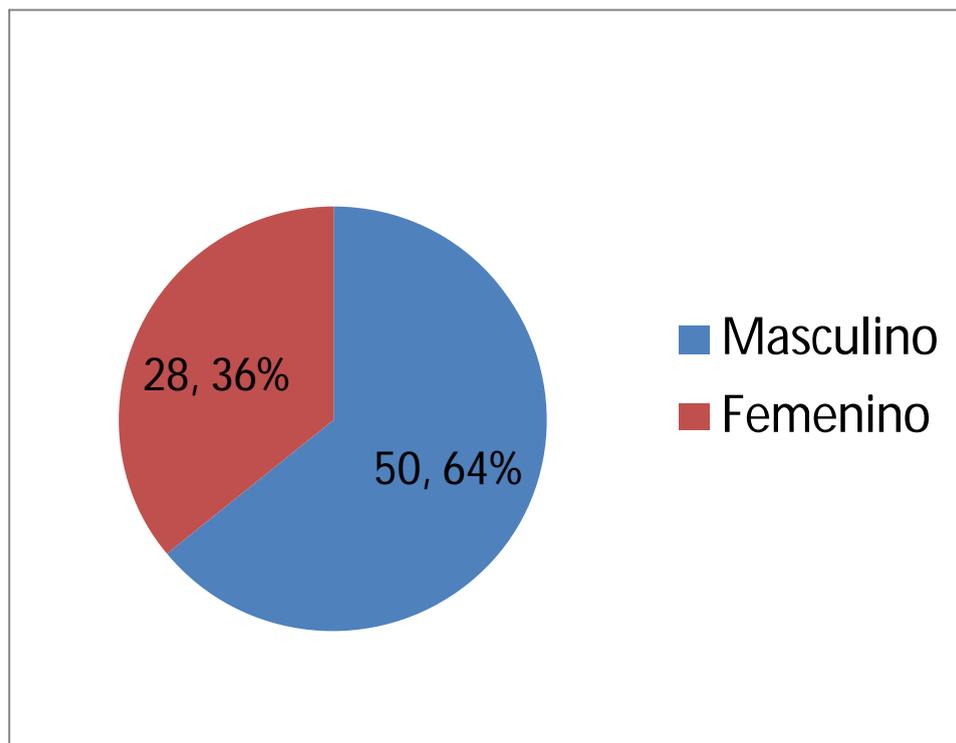
N	Válidos	78
	Perdidos	0
Media		64,21
Desv. típ.		13,544

- 50 (64.10%) pacientes fueron de sexo masculino y 28 (35.9%) de sexo femenino. (Ver tabla 3; Gráfico 1)

TABLA 3: DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	50	64,1
Femenino	28	35,9
Total	78	100,0

GRÁFICO 1: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SEXO



- De la muestra total (n:78) se examinaron dos muestras, una compuesta por 38 pacientes con al menos un infarto previo con un rango etáreo de 45 a 90 años (Media= 65,13; DT = 13,21), de ambos sexos, 29 (76%) varones y 9 (24%) mujeres (ver tabla 4, gráfico 2) , y la segunda compuesta por 40 pacientes sin infarto previo, con un rango etáreo de 45 a 90 años (Media= 63,33, DT= 13,96), de ambos sexos, 21 (52%) varones y 19 (48%) mujeres (Ver tabla 4, gráfico 3), todos residentes en zona sur de la Provincia de Buenos Aires.

TABLA 4 : REDISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN PRESENCIA O AUSENCIA DE INFARTO

Infarto		Frecuencia	Porcentaje
Si	Masculino	29	76,3
	Femenino	9	23,7
	Total	38	100,0
No			
	Masculino	21	52,5
	Femenino	19	47,5
	Total	40	100,0

GRÁFICO 2: DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO MUESTRA CON INFARTO

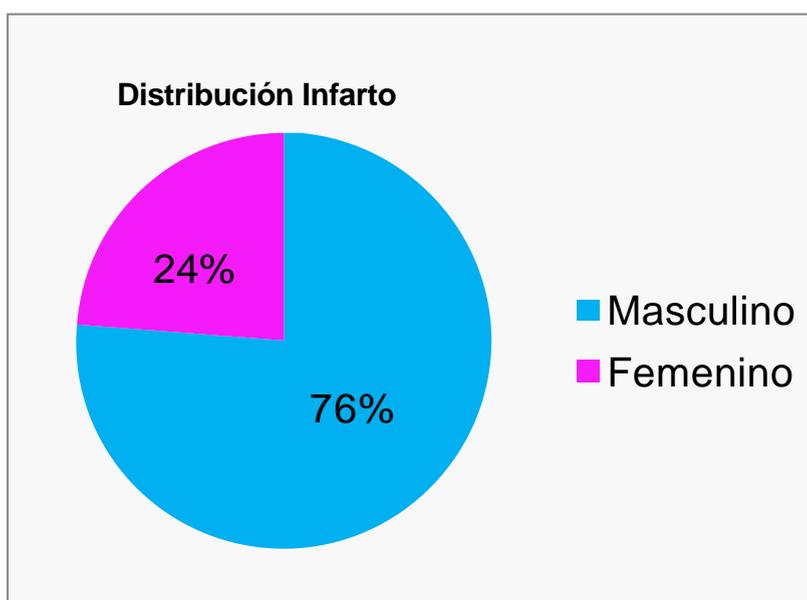
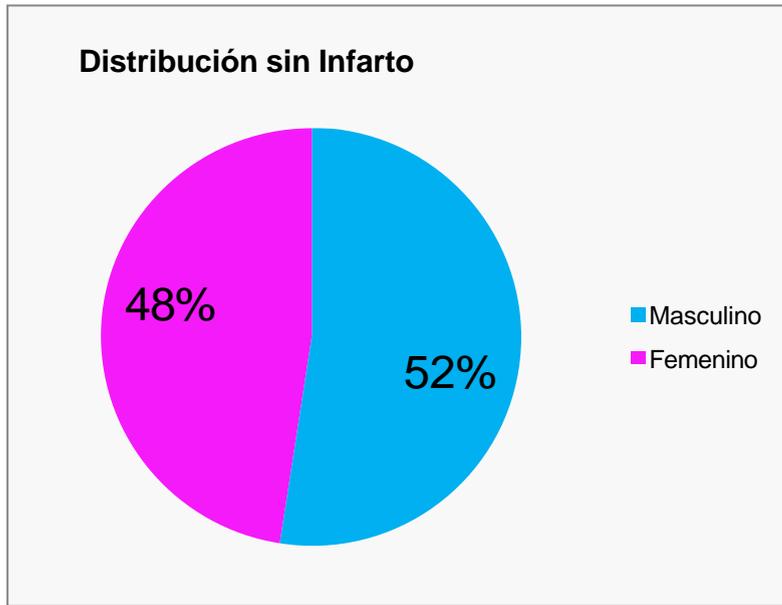


GRÁFICO 3: DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO MUESTRA SIN INFARTO



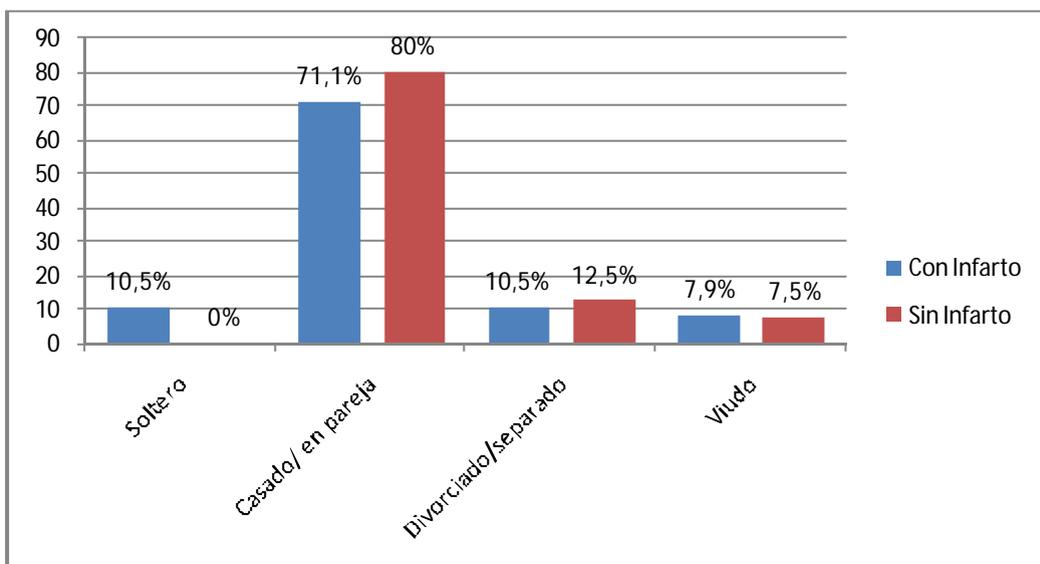
7.1.2 OTRAS CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

- En b que respecta al estado civil de las personas encuestadas, para ambos grupos predominó la variable Casado/ pareja en un 71.1% (N: 27) para el grupo con Infarto y en un 80.0 % (N: 32) para el grupo sin infarto. (Ver tabla 5, gráfico 4)

TABLA 5 : DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL EN AMBAS MUESTRAS:

Grupo	Con Infarto		Sin Infarto	
	N	%	N	%
Situación marital				
Soltero	4	10,5	-	-
Casado/ en pareja	27	71,1	32	80,0
Divorciado/separado	4	10,5	5	12,5
Viudo	3	7,9	3	7,5

GRÁFICO 4: DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL EN AMBAS MUESTRAS:

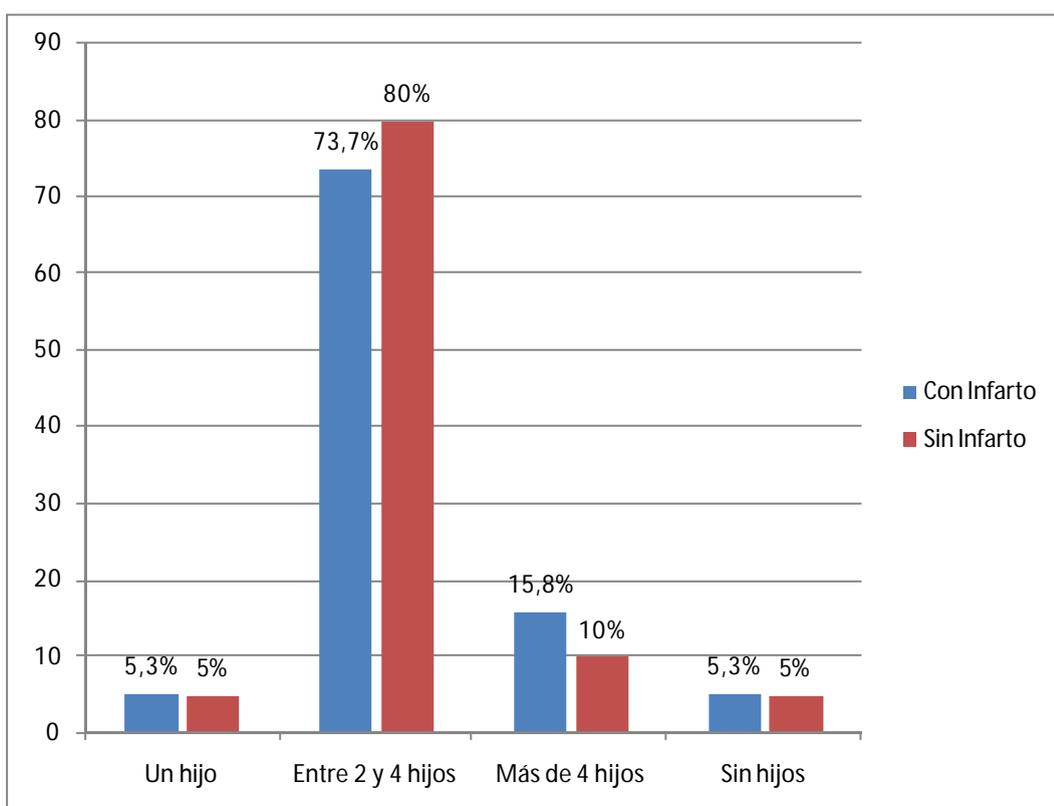


- Sobre la cantidad de hijos de los participantes de ambas muestras se obtuvo que la mayoría tiene entre 2 y 4 hijos con un 73.7% (N28) para el grupo con infarto y un 80% (N32) para el grupo sin infarto (Ver tabla 6, gráfico 5)

TABLA 6: CANTIDAD DE HIJOS EN AMBAS MUESTRAS.

Grupo	Con Infarto		Sin Infarto	
	N	%	N	%
Un hijo	2	5,3	2	5,0
Entre 2 y 4 hijos	28	73,7	32	80,0
Más de 4 hijos	6	15,8	4	10,0
Sin hijos	2	5,3	2	5,0

GRÁFICO 5: CANTIDAD DE HIJOS EN AMBAS MUESTRAS.

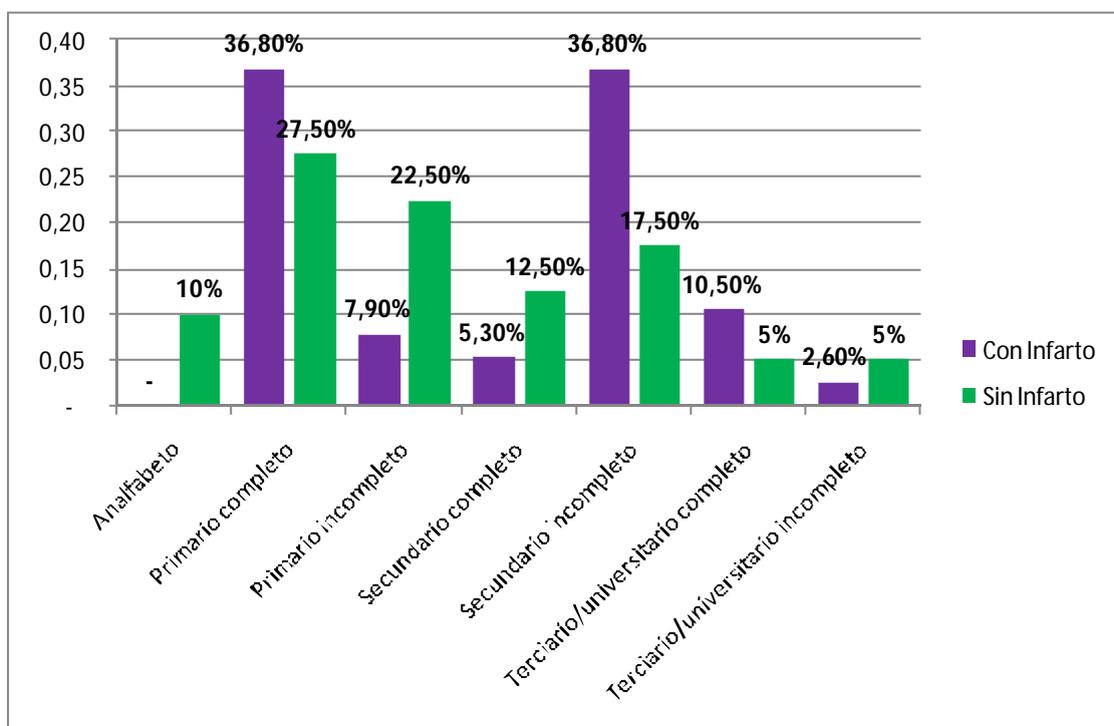


- Sobre el nivel de educación de la muestra puede observarse la prevalencia primario completo en un 36.8% (N: 14) y de Secundario incompleto en un 36.8% (N:14) en la muestra de pacientes con infarto. En lo que respecta a la muestra sin infarto, el nivel de educación que predomina es el primario completo en un 27,5% de la muestra (N: 11) y primario incompleto en un 22.5% (N:9). (Ver tabla 7 , gráfico 6)

TABLA 7: NIVEL DE EDUCACIÓN.

Grupo Nivel de Educación	Con Infarto		Sin Infarto	
	N	%	N	%
Analfabeto	-	-	4	10,0
Primario completo	14	36,8	11	27,5
Primario incompleto	3	7,9	9	22,5
Secundario completo	2	5,3	5	12,5
Secundario incompleto	14	36,8	7	17,5
Terciario/universitario completo	4	10,5	2	5,0
Terciario/universitario incompleto	1	2,6	2	5,0

GRÁFICO 6: NIVEL DE EDUCACIÓN.



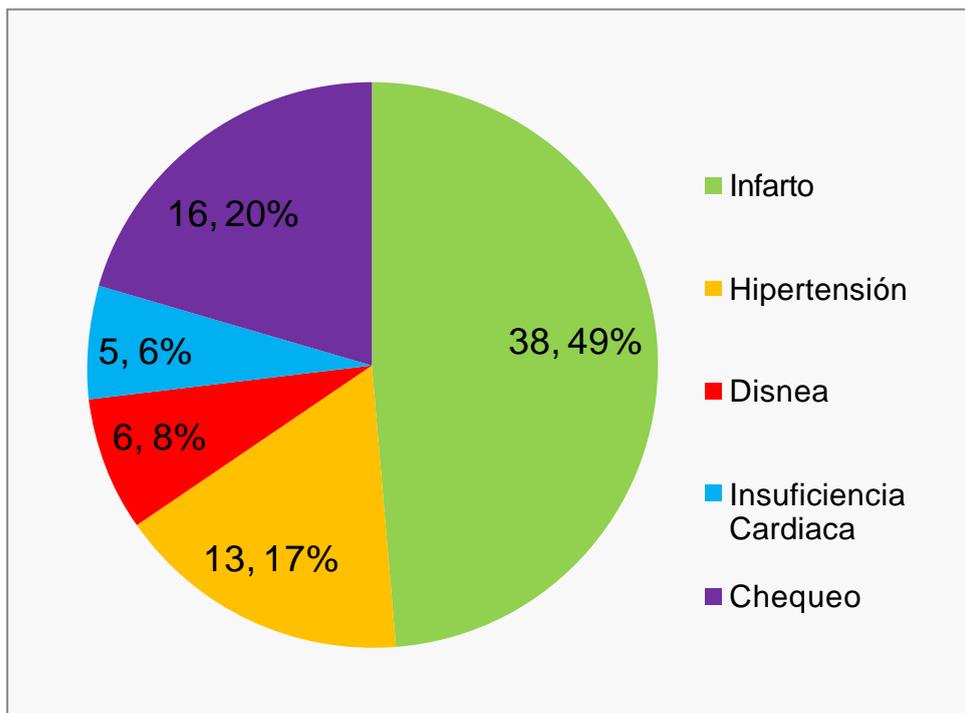
7.1.3 MOTIVO DE CONSULTA

- Como se observa en la tabla 8 (gráfico 7), los motivos de consulta más frecuentes del grupo control fueron: Hipertensión y Chequeo Médico.

TABLA 8: MOTIVO DE CONSULTA

	Frecuencia	Porcentaje
Infarto	38	48,7
Hipertensión	13	16,7
Disnea	6	7,7
Insuficiencia cardiaca	5	6,4
Chequeo	16	20,5
Total	78	100,0

GRÁFICO 7: MOTIVO DE CONSULTA



7.2 FACTORES DE RIESGO

- Durante el proceso de encuesta, se solicitó a los pacientes que contestaran de forma afirmativa o negativa ante la presencia de ciertas patologías o hábitos que son considerados factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares. Estos se resumieron a Diabetes, Hipertensión Arterial, Tabaquismo, Sedentarismo y Colesterol.

Como se observa en la tabla 9, los porcentajes obtenidos se distribuyen de forma similar en ambos grupos.

TABLA 9: FACTORES DE RIESGO EN AMBAS MUESTRAS:

Grupo	Con Infarto		Sin Infarto	
Otras Patologías	N	%	N	%
Diabetes	31	54,4	26	45,6
Hipertensión arterial	23	60,5	23	57,5
Tabaquismo	12	31,6	12	30,0
Fuma actualmente	12	31,6	12	30,0
Ha fumado en el pasado	21	55,3	20	50,0
Sedentarismo	20	50	20	50,0
Colesterol	17	44,7	19	47,5

- Se llevó a cabo un análisis de χ^2 (Chi cuadrado) para comparar grupos, pero no se encontraron diferencias significativas entre pacientes con y sin infarto con pacientes con y sin patología (ver Tabla 10) (excepcionalmente en Diabetes, pero la diferencia es muy marginal).

Tabla 10: Chi Cuadrado entre factores de riesgo y pacientes con y sin infarto

FACTORES DE RIESGO	PACIENTES CON INFARTO		PACIENTES SIN INFARTO		χ^2	SIG.	EFFECTO DE MAGNITUD (PHI)
Diabetes	31	54,4%	26	45,6%	2,72	,081	,099
Hipertensión arterial	23	50,0%	23	50,0%	,07	,484	,786
Fuma actualmente	12	50,0%	12	50,0%	,66	,717	,717
Ha fumado	21	51,2%	20	48,8%	,67	,715	,717
Sedentarismo	22	52,4%	20	47,6%	,48	,319	,484

7.3 INFARTO Y HOSTILIDAD

- Mediante la prueba de normalidad se asumió una distribución asimétrica de las puntuaciones de ambos instrumentos (Sig. < .05) para ambos grupos, pacientes con y sin infarto (Ver tabla 10). Por lo que para su análisis, se empleó estadística no paramétrica, en particular el test de *U* de Mann-Whitney para las comparaciones y *Rho* de Spearman (r_s) para las correlaciones.

TABLA 10: PRUEBAS DE NORMALIDAD HOSTILIDAD Y SUB ESCALAS EN AMBAS MUESTRAS.

Variables	Grupo	Estadístico SW	Sig.
Hostilidad Total	Pacientes con infarto	,942	,047
	Pacientes sin infarto	,886	,001
Violencia	Pacientes con infarto	,918	,008
	Pacientes sin infarto	,890	,001
Hostilidad indirecta	Pacientes con infarto	,919	,009
	Pacientes sin infarto	,916	,006
Irritabilidad	Pacientes con infarto	,936	,030
	Pacientes sin infarto	,950	,073
Negativismo	Pacientes con infarto	,939	,038
	Pacientes sin infarto	,710	,000
Resentimiento	Pacientes con infarto	,958	,162
	Pacientes sin infarto	,906	,003
Recelos	Pacientes con infarto	,943	,054
	Pacientes sin infarto	,898	,002
Hostilidad verbal	Pacientes con infarto	,910	,005
	Pacientes sin infarto	,934	,021
Culpabilidad	Pacientes con infarto	,936	,031
	Pacientes sin infarto	,907	,003

- Se encontraron diferencias significativas entre pacientes con infarto y sin infarto en Hostilidad, donde los pacientes con infarto (Media= 36.89) puntuaron significativamente más alto en comparación con pacientes sin infarto (Media= 28,75, Sig. < .001). También se encontraron diferencias en los subfactores Violencia (Sig. < .001), Negativismo (Sig. = .002), Recelos (Sig. < .001), Hostilidad verbal (Sig. .003), y Culpabilidad (Sig.= .007) (ver Tabla 11).

TABLA 11: COMPARACIÓN DE PACIENTES CON Y SIN INFARTO CON HOSTILIDAD Y LAS SUB ESCALAS.

<i>Variables</i>	<i>Grupo</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>U de Mann-Whitney</i>	<i>Z</i>	<i>Sig.</i>
Hostilidad (Total)	Pacientes con infarto	38	36,89	8,636	393,000	3,673	,000
	Pacientes sin infarto	40	28,75	8,494			
Violencia	Pacientes con infarto	38	4,95	1,394	352,500	4,157	,000
	Pacientes sin infarto	40	3,50	1,359			
Hostilidad indirecta	Pacientes con infarto	38	4,39	1,285	608,000	1,576	,115
	Pacientes sin infarto	40	4,00	1,086			
Irritabilidad	Pacientes con infarto	38	5,53	2,140	605,500	1,565	,118
	Pacientes sin infarto	40	4,88	1,870			
Negativismo	Pacientes con infarto	38	2,76	1,218	463,000	3,080	,002
	Pacientes sin infarto	40	1,93	1,328			
Resentimiento	Pacientes con infarto	38	3,39	1,794	627,000	1,351	,177
	Pacientes sin infarto	40	2,88	1,620			
Recelos	Pacientes con infarto	38	5,74	1,622	342,500	4,245	,000
	Pacientes sin infarto	40	4,13	1,556			
Hostilidad verbal	Pacientes con infarto	38	6,66	1,864	464,500	2,981	,003
	Pacientes sin infarto	40	5,33	2,212			
Culpabilidad	Pacientes con infarto	38	3,39	1,669	493,000	2,709	,007
	Pacientes sin infarto	40	2,30	1,843			
Hostilidad (Total)	Pacientes con infarto	38	36,89	8,636	393,000	3,673	,000
	Pacientes sin infarto	40	28,75	8,494			

7.4 DEPRESIÓN E INFARTO

- Mediante la prueba de normalidad se asumió una distribución asimétrica de las puntuaciones de ambos instrumentos (Sig. < .05) para ambos grupos, pacientes con y sin infarto (Ver tabla 12). Por lo que para su análisis, se empleó estadística no paramétrica, en particular el test de *U* de Mann-Whitney para las comparaciones y *Rho* de Spearman (r_s) para las correlaciones.

TABLA 12: PRUEBA DE NORMALIDAD VARIABLE DEPRESIÓN EN AMBAS MUESTRAS.

Variables	Grupo	Estadístico SW	Sig.
Depresión	Pacientes con infarto	,925	,014
	Pacientes sin infarto	,607	,000

- No se encontraron diferencias significativas entre pacientes con infarto y sin infarto con depresión (Sig. >.05). (Ver tabla 13)

TABLA 13: COMPARACIÓN DE PACIENTES CON Y SIN INFARTO DE DEPRESIÓN.

Variables	Grupo	N	Media	DT	U de Mann-Whitney	Z	Sig.
Depresión Total	Pacientes con infarto	38	11,18	8,434	692,500	,678	,498
	Pacientes sin infarto	40	9,00	6,055			

- La prevalencia de la Depresión en el total de la población estudiada (N:78) fue del 70.5% sin depresión y del 29.5% con depresión leve, moderada o grave.
- En la redistribución de la muestra, la prevalencia de la depresión fue de un 44,7 % en los pacientes infartados y del 15 % en los pacientes sin infartos.
- La población sin sintomatología depresiva en la redistribución de la muestra fue de 55.3% para pacientes infartados y del 55% para pacientes sin infarto. (Ver tabla 14)

TABLA 14: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y SUS GRADOS SEGÚN PRESENCIA O AUSENCIA DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.

	PACIENTES CON INFARTOS.			PACIENTES SIN INFARTOS.			TOTAL DE LA MUESTRA	
	N	%	%	N	%	%	N	%
Sin Depresión	21	55,3	55,3	34	85 %	85 %	55	70,5
Depresión Leve	8	21,1	44,7	3	7,5 %	15	11	29,5
Depresión Moderada.	8	21,1		2	5 %		10	
Depresión Grave	1	2,5		1	2,5 %		2	
Total	38		100%	40		100%	78	

7.5 HOSTILIDAD Y DEPRESIÓN

- Se correlacionó la depresión y la hostilidad (y sus factores) en ambos grupos por separado. No se encontraron correlaciones significativas entre ambas variables (ver Tabla 15).

TABLA 15: CORRELACIÓN ENTRE HOSTILIDAD Y DEPRESIÓN EN AMBAS POBLACIONES

Hostilidad	Depresión en Pacientes con infarto	Depresión en Pacientes sin infarto
Violencia	-,098	-,072
<i>Sig.</i>	,556	,658
Hostilidad indirecta	-,034	,271
<i>Sig.</i>	,841	,090
Irritabilidad	,033	-,105
<i>Sig.</i>	,843	,521
Negativismo	-,016	-,056
<i>Sig.</i>	,924	,732
Resentimiento	-,031	-,023
<i>Sig.</i>	,854	,887
Recelos	,024	,042
<i>Sig.</i>	,885	,796
Hostilidad verbal	,248	,003
<i>Sig.</i>	,134	,987
Culpabilidad	-,203	-,064
<i>Sig.</i>	,222	,693
Hostilidad Total	,025	,037
<i>Sig.</i>	,882	,819

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

CAPÍTULO 8: DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue conocer los niveles de hostilidad y depresión en pacientes que hayan atravesado la experiencia de un infarto agudo de miocardio reciente. Dicho propósito se realizó mediante la valoración de los niveles de hostilidad expresados en violencia, hostilidad indirecta, irritabilidad, negativismo, resentimiento, celos, hostilidad verbal y culpabilidad y del mismo modo se analizaron los niveles de depresión en pacientes en ambos grupos.

8.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

La edad promedio en que se presentan los infartos en nuestro país es cercana a los 60 años, y se mantiene la diferencia de 10 años entre hombres y mujeres. A pesar de haberse observado un incremento del infarto entre las mujeres desde la década del 50, en los últimos 10 años no han existido modificaciones. En la Tercera encuesta Nacional de Infarto Agudo Miocardio (IAM), realizada por la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC) del Año 1996, se incluyeron 645 pacientes, el promedio de edad fue 62 \pm 13 años; y sólo el 25 % eran mujeres (Hirschson Prado, A.; Trivi, M.; Tajer, C.; Charask, A.; Mauro, V.; Salvatti, A. M.; Gagliardi, J.; Gadaleta, F.; Iglesias, R. & Piombo, A. ;1998).

En una similar encuesta sobre IAM, realizado por la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC) del año 2005, la edad media fue de 62,9 \pm 13,8 (27 a 98) años, y casi sin diferencias, el 24 % eran mujeres. (Blanco, P.; Gagliardi, J. ; Higa, C.; Dini, A. ; Guetta, J.; Di toro, D.; Botto, F. & Sarmiento, R. ; 2007).

En este trabajo, se examinaron dos muestras, una compuesta por 38 pacientes con al menos un infarto previo con un rango etáreo de 45 a 90 años (Media= 65,13; DT = 13,21), de ambos sexos, 29 (76%) varones y 9 (24%) mujeres, y la segunda compuesta por 40 pacientes sin infarto previo, con un rango etáreo de 45 a 90 años (Media= 63,33, DT= 13,96), de ambos sexos, 21 (52%)

varones y 19 (48%) mujeres, se desprende del análisis de estos datos la concordancia con los descritos en las encuestas realizadas en nuestro país.

El nivel educativo observado en este trabajo correspondió en mayor porcentaje a pacientes con primario completo en ambos grupos (36,8% pacientes con IAM y 27,5% pacientes sin IAM), primario incompleto (7,9 % pacientes con IAM y 22,5% pacientes sin IAM) y secundario incompleto (36,8 % pacientes con IAM y 17,5% pacientes sin IAM), esta frecuencia posiblemente esté relacionada con el tipo de población que atiende en forma mayoritaria el hospital Iriarte de Quilmes, en su mayoría, pacientes de bajos recursos, sin obra social y desocupados; no obstante estas variables y su relación con el nivel educativo, no se analizaron en el presente.

En el grupo de IAM, el factor de riesgo más prevalente fue la presencia de diabetes en un (54,4) continuando con hipertensión arterial (60%), luego el sedentarismo (50%), el tabaquismo (31,6%) y ex tabaquismo (55,6%). La mitad de los pacientes con IAM en la Argentina son fumadores o ex fumadores con un periodo de tabaquismo de entre 10 y 30 años, con una mayor incidencia en pacientes más jóvenes. El tabaquismo es un problema muy complejo, con implicancias socioculturales y económicas de magnitud, y habitualmente supera la posibilidad de influencia del cardiólogo clínico y su tratamiento requiere de un equipo multidisciplinario, donde el psicólogo juega un rol fundamental en el abordaje de dependencias a sustancias nocivas para la salud y que contribuyen al padecimiento de enfermedades Cardiovasculares, entre otras.

Continuando con los factores de riesgo, la presencia de Colesterol se observó en un 44,7 % de los pacientes con IAM.

Todos los datos de factores de riesgo recabados en este estudio fueron muy similares a los observados en la encuesta SAC 2005 (Blanco, P.; Gagliardi, J.; Hga, C.; Dini, A. ; Guetta, J.; Di toro, D.; Botto, F. & Sarmiento, R. ; 2007) donde Hipertensión Arterial (67,8 %), Tabaquismo (45,2%) y Dislipidemia (49,7 %) fueron los factores de riesgo predominantes. Sólo el factor de riesgo Diabetes en

dicho estudio de la SAC se presentó en un 20% de la población con infarto a diferencia de este trabajo en donde la Diabetes se presentó en una mayor porción de la población. Sin embargo, ninguna de estas patologías son estadísticamente significativas en este trabajo.

Por otro lado, puede observarse que dentro del grupo sin IAM, los porcentajes son similares en comparación con pacientes con IAM. Se observó que un también predomina la presencia de Diabetes (45.6) Hipertensión Arterial (57.5%), continuando con mayor presencia de colesterol (47.5%).

Con lo que podría decirse que los factores de riesgo son comunes a las enfermedades cardiovasculares en general, pero que la diferencia entre un grupo y otro radica en otras variables necesarias de descubrir.

8.2 HOSTILIDAD

Los estudios recientes clínicos y epidemiológicos sobre hostilidad y ECV, sin ser concluyentes, en general tienden a indicar que la elevada hostilidad puede constituir un factor de riesgo de la cardiopatía coronaria (Friedman, 1992; Smith 1992; Ohman y Sundin, 1995; Steptoe, 1998; Williams, 1996 en Sandín, 2002; Laham, 2008).

En el presente estudio los pacientes infartados (Media= 36.89) puntuaron significativamente más alto en comparación con pacientes sin infarto (Media= 28,75, Sig. < .001).

Según varios autores, (Davidson, W., Kubzansky, L. & Rozanski, A.;2005; Laham, 2006; Palmero, F. , et al, 2007 & Steptoe, A., & Yoichi, C,. 2009) la hostilidad se define como un constructo psicológico complejo, multidimensional, compuesto por tres formas posibles de manifestación, cognitivas, afectivo-emocionales y conductuales. El componente cognitivo consiste en creencias negativas sobre los demás; estas creencias producen tendencias atribucionales que hacen más fácil interpretar la conducta de los demás como amenazadoras u opositoras en relación a esta dimensión, en la dimensión afectivo-emocional se incluyen estados emocionales como ira, enfado, resentimiento, disgusto y desprecio, y la dimensión conductual implica la agresión física y/o verbal, o de otros modos más sutiles y socialmente aceptados (Davidson, W., Kubzansky, L. & Rozanski, A.;2005; Laham, 2006; Palmero, F. , et al, 2007 & Steptoe, A., & Yoichi, C,. 2009)

En este trabajo, se obtuvo con respecto al componente cognitivo que la sub-escala Recelo, mostró que los pacientes con infarto puntuaron significativamente más alto que los pacientes sin infarto (Sig,: <001) como así también en la subescala culpabilidad (Sig.= .007) reflejando que los pacientes que

presentaron IAM reciente presentaron un patrón de respuesta negativo, suspicaz y cínico así como también como la culpa ante los actos realizados.

Con respecto al componente emocional- afectivo en este trabajo, no hubo puntuaciones estadísticamente significativas en las subescalas que evaluaban dicho componente.

En lo que respecta al componente conductual los pacientes infartados encuestados en este trabajo, puntuaron significativamente más alto en la subescala Violencia (Sig. <. 001) y en la subescala Hostilidad Verbal (Sig. .003) que los pacientes sin IAM. Por lo que demuestra que los pacientes con IAM reciente expresan el afecto negativo mediante el habla, ya sea en su contenido o en su estilo. El estilo comprende conductas como dar voces y chillidos. El contenido puede incluir amenazas, insultos e hipercriticismo. Generando no sólo altercados o malos ratos para el entorno, sino para ellos mismos, lo cual, genera problemas a nivel corporal como venimos planteando hasta ahora.

Existen datos que sugieren un efecto directo de la hostilidad sobre la salud cardiovascular a través de mecanismos psicofisiológicos (Palmero, et al; 2007). Es posible, no obstante, que una de las principales vías de influencia sea de tipo indirecta, esto es, incrementando las conductas nocivas para la salud (p.ej., fumar, abuso de alcohol, dieta insana, etc.) y reduciendo las conductas saludable (p.ej., ejercicio físico) (Allin et al.; 2010), lo comentado se reflejo claramente en este trabajo dado que los pacientes del grupo con IAM eran en un 32% fumadores y sedentarios en un 50 %.

8.3 DEPRESIÓN

Muchas publicaciones han reportado la relación que existe entre los niveles elevados de depresión y la mayor posibilidad de hacer un Infarto Agudo de Miocardio (Frasure-Smith, N.; Lesperance, F. & Talajic, M. :1993).

Por otro lado se conoce bien que en la población general la prevalencia de síntomas depresivos varían entre un 10 a 29 % (Molinello; 2007).

Diferentes trabajos presentados en la literatura (Frasure-Smith, N.; Lesperance, F. & Talajic, M. :1993) reportaron síntomas depresivos en los pacientes con infarto agudo de miocardio, los cuales varían entre el 18 y 60 %, ubicándose más cercanamente en el rango entre el 17 y 37 %. (Frasure-Smith, N.; Lesperance, F. & Talajic, M. :1993)

En el presente estudio, la prevalencia de depresión en la totalidad de los pacientes analizados (con y sin infarto) ocurrió en 29,5 %, en los pacientes con infarto, esta, se presento en un 44,7 % en contraste con los pacientes sin infarto que fue del 15 %, coincidente con la literatura analizada. Si bien se observa mayor prevalencia de síntomas Depresivos en la población CON INFARTO no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos (Sig. 498)

No pudo determinarse que la depresión sea un factor de riesgo del Infarto Agudo de Miocardio, dado que esto puede presentarse de forma contraria, siendo el IAM un factor de riesgo de la depresión dado la intensidad emocional y la desestabilidad que provoca un evento de dicha magnitud, por otro lado la depresión parecería ejercer su mayor influencia sobre la mortalidad y morbilidad durante los primeros 6 meses tras un IAM (Ladwig et al., 1994 en Romero, E.; 2007).

CAPÍTULO 9: CONCLUSIONES

Partiendo de los objetivos propuestos en el estudio y sobre la base de los resultados encontrados se llegó a las siguientes conclusiones:

- El infarto agudo de miocardio en esta población se distribuye con mayor frecuencia en hombres que en mujeres.
- En ambos grupos los factores de riesgo Cardiovasculares resultaron con porcentajes similares y sin diferencia significativas, excepcionalmente en Diabetes, pero la diferencia es muy marginal.
- En este estudio, los pacientes con IAM presentaron un nivel más alto de hostilidad que aquellos pacientes sin IAM.
- Los resultados mostraron que los pacientes con infarto tienden a experimentar más violencia física hacia los demás, son más belicosos con otras personas, tienden a comportarse de manera opositora (hacia la autoridad), no son cooperativos, actúan con más suspicacia, son más desconfiados y despectivos, se expresan con estilo negativo hacia otros (incluyendo amenazas, insultos e hipercriticismo), y experimentan frecuentemente sentimiento de culpa, en comparación con personas sin infarto, pero no son más depresivos que la población clínica general que se empleó para comparar.
- Los pacientes con infarto de miocardio mostraron tendencia a presentar mayor prevalencia de Depresión, pero no se pudo demostrar diferencias significativas.

CONSIDERACIONES FINALES

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en este trabajo, y los altos niveles de Hostilidad y Depresión que aparecen en la población que presentó Infarto Agudo de Miocardio, es relevante acentuar la importancia del trabajo interdisciplinario a la hora de arribar la complejidad del ser humano.

Dentro de este entramado multidisciplinar, el Psicólogo debe abrir camino mediante la implementación de técnicas para abordar los factores psicosociales que entran en juego en las enfermedades cardiovasculares, desde su temprana aparición. Es decir, el Psicólogo debe insertarse dentro del grupo asistencial para poder complejizar y profundizar la mirada del ser humano y el desencadenamiento los trastornos cardiovasculares.

Es imprescindible el desempeño en conjunto, para abarcar instancias de prevención primaria, secundaria y también de rehabilitación y así alcanzar la meta de mejorar la calidad de vida del sujeto y de su entorno.

Sería interesante poder realizar investigaciones de corte longitudinal, para poder observar detenidamente las variables de este trabajo en el tiempo, tanto en pacientes infartados, como en aquellos que no lo están, y así poder determinar una mayor o menor relación entre ellas de tal manera que puedan sumarse puntos de partida al campo Psicocardiológico.

BIBLIOGRAFÍA

- Allin, J. G. et al. (2010) Evolución del tratamiento del infarto agudo de miocardio en la Argentina desde 1987 a 2005. *Medicina (B. Aires)* [versión electrónica]. 70, (1): 15-22. ISSN 1669-9106. Extraído el 24/07/2011 en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v70n1/v70n1a04.pdf>
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnóstico and statistical manual of mental disorders (4a. ed.) DSM-IV*. Washington, DC, EE. UU.
- Beck, AT.; Rush, AJ.; Shaw, B.F. et al (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press, 1979.
- Blanco, P.; Gagliardi, J. ; Higa, C.; Dini, A. ; Guetta, J.; Di toro, D.; Botto, F. & Sarmiento, R. (2007) Infarto agudo de miocardio. Resultados de la Encuesta SAC 2005 en la Republica Argentina. *Rev. Argentina de Cardiología* 2007; Vol 75 , (3): 163-170.
- Conde, V. & Useros, E. (1975) El inventario para la medida de la depresión de Beck. *Rev Psiquiatr Psicol Med Eur Am Lat* 1974; 12: 153-167.
- Curto, S.; Prats, O. & Ayestarán, R. (2004). Investigación sobre factores de riesgo cardiovascular en Uruguay. *Rev Med Uruguay*; 20: 61-71
- Davidson, W., Kubzansky, L. & Rozanski, A. (2005). The clinical impact of negative psychological states: expanding the spectrum of risk for coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 67, (Suplement 1): 10-14.
- Fernandez Abascal, E. & Martín Díaz, M. (1994). Ira y Hostilidad en los trastornos coronarios. *Anales de Psicología* 10 (2): 177-188.
- Fernandez Abascal, E., Martín Díaz, M. & Domínguez Sánchez, F. (2003). Factores de riesgo e intervenciones eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*, 15 (4): 615-630. ISSN1886-144X
- Ferrante, D.; Tajer, C. (2007). ¿Cuántos infartos hay en la Argentina?. *Revista Argentina de Cardiología*, 75 (3): 161-162.

- Frasure-Smith, N.; Lesperance, F. & Talajic, M. (1993) Depression following Myocardial Infarction. *Jama the journal of the American Medical Association* 1993. Vol 270 (15) : 1819-1825.
- Friedman, M. (1977). Type of a behaviour pattern: some of its pathophysiological components. *Bulletin of the new academy of medicine* 53 (7): 593-604.
- Grahan, I.; Atar, D.; Borch-Johnsen, K.; Boysen, G.; Burel, G. & et al; (2008) Guías de Práctica clínica sobre prevención de la enfermedad cardiovascular. Cuarto Grupo de Trabajo Conjunto de la Sociedad Europea de Cardiología y otras sociedades sobre Prevención de la Enfermedad Cardiovascular en la Práctica Clínica. *Rev Espan Cardiol.* 2008;61(1):1-49
- Hernandez sampieri, R. , Fernandez Collado, C. y Pilar Baptista, L. (2010). Metodología de la Investigaciones (5ta edicion). Buenos Aires: MC Graw Hill .
- Hirschson Prado, A.; Trivi, M.; Tajer, C.; Charask, A.; Mauro, V.; Salvatti, A. M.; Gagliardi, J.; Gadaleta, F.; Iglesias, R. & Piombo, A. (1998). Infarto agudo de miocardio en la Argetina. Tercera encuesta nacional SAC 1996. *Rev. Argentina de Cardiología* 1998, Vol. 66 (1) : 63-72
- Laham, M. (2001). *Psicocardiología: Abordaje psicológico al paciente cardíaco*. (1ª Ed.). Buenos Aires, Argentina: Ediciones Lumiere S.A.
- Laham, M. (2006). *Escuchar al corazón: Psicología Cardíaca. Actualización en psicocardiología*. (1ª Ed.). Buenos Aires, Argentina: Ediciones Lumiere S.A.
- Laham, M. (2008). Psicocardiología: Su importancia en la prevención y rehabilitación de coronarias. *Suma Psicol. [online].* 15, (1) [citado 2011-06-18], pp. 143-170. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012143812008000100009&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0121-4381
- Libby, P., Bonow, R., Mann, D., Zipes, D. & Braunwald, E. (2009). Parte I Consideraciones generales de las enfermedades cardiovasculares en

Braunwald Tratado de Cardiología. (8ª. Ed, Vol I, pp. 1-41) Barcelona, España. Elsevier España S.L.

- Lusiardo, M. (2005). Mente y Corazón, factores psicosociales de riesgo cardiovascular. *Salud Militar*, 27 (1): 75-82.
- Mendoza Beltran, F. (2010). Introducción en Guías colombianas de cardiología. Síndrome coronario agudo con elevación ST en *Revista Colombiana de Cardiología*. [versión electrónica]. 17 (3) : 123-126 extraído el 25 de julio de 2011 en <http://www.scc.org.co/Portals/0/GUIA%20SINDROME%20CON%20ELEVACION%20ST.pdf>
- Molinello, H. (2007). Emociones y enfermedad cardiovascular. *Avances en Psiquiatría biológica*, 8: 114-123
- Myers, J. & Froelicher, V.; (1995). Exercise testing and prescription. Cardiac rehabilitation. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 1995; 6(1): 117-51.
- Palmero, F., Díez, J., Diago, J., Moreno, J.; Oblitas, L.; (2007). Hostilidad, psicofisiología y salud cardiovascular. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25 (1): 22-43 ISSN 1794-4724
- Piombo, A.; Salzberg, S.; Lowenberg, T.; Grasso, C.; Finaret, B.; Golub, S.; Fernández, H.; Chirico, M.; Zylbersztejn, H. & Ciruzzi, M. (1999) Epidemiología del infarto agudo de miocardio en los hospitales públicos de la Capital Federal. *Revista Argentina de Cardiología*, 1999. Vol 67 (2) : 201-206.
- Pomes Iparraguirre, H. & Navarro Estrada, J. (2009). Infarto agudo de Miocardio. *Prosac*. [versión electrónica] 4 (1) : 1-33. Extraído el 20/08/2011 en <http://www.sac.org.ar/files/files/prosac-4-1.pdf>
- Romero, E. (2007). Depresión y enfermedad Cardiovascular. *Revisión, revista uruguaya de Cardiología*, 22. :92-109.
- Rydén, L.; Standl, E.; Bartnik, M.; Van den Berghe, G.; Betteridge, J.; De Boer, MJ. & et al ; (2007) Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC); European Association for the Study of Diabetes (EASD). Guidelines on diabetes, pre-

diabetes and cardiovascular diseases: executive summary. The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Eur Heart J.* 2007 (28) 88-136.

- Sandín, B. (2002). Papel de las emociones negativas en el trastorno cardiovascular: un análisis crítico. *Revista de psicopatología y Psicología Clínica*, 7, (1): 1-18.
- Steptoe, A., & Yoichi, C. (2009). The association of Anger and Hostility with future Coronary Heart Disease [version electronica]. *Journal of the American College of Cardiology*, 53 (11): 936-946.
- Thygesen, K., Alpert, J. & White, H. (2007). Universal definition of myocardial infarction. *Behalf of the Joint ESC/ACCF/AHA/ WHF Task Force for the Redefinition of Myocardial Infarction.* *Eur Heart J* 2007; 28: 2525-38.
- Treiber, F. A., Kamarck, T. & Schneiderman, N. (2003). Cardiovascular Ractivity and Development of Preclinical and Clinical diseases states. [version electronica]. *Psychosomatic Medicine*, 65 :46-62. Recuperado el 15 de Julio de 2011 en <http://www.psychosomaticmedicine.org/content/65/1/46.full?maxtoshow=&HITS=10&hits=10RESULTFORMAT=&searchid=1&FIRSTINDEX=0&volume=65&firstpage=46&resourcetype=HWCIT>
- Trongé, J. (2000). Epidemiología y Factores de Riesgo en Bertolasi, C. (2000) *Cardiología 2000* (1° ed., pp:1905-1921) Buenos Aires, Argentina. Editorial Medica Panamericana S.A.

ANEXOS

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre los **NIVELES DE DEPRESION Y HOSTILIDAD EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.**

Esta investigación es realizada por la Srita. Mirta Elena Flores, estudiante de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana.

En este trabajo se espera que todos los pacientes participen de forma voluntaria. La aplicación de los siguientes cuestionarios será anónima y confidencial, esto implica que ninguna otra persona conocerá las respuestas de los cuestionarios.

Si ha leído este documento y ha decidido participar, entienda que su participación es totalmente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de la misma.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación por favor comuníquese con la Srita. Mirta Flores al 1156988563.

Su firma en este consentimiento implica que ha decidido brindar su colaboración después de leído y discutido la información presentada en dicho consentimiento.”

2. CUESTIONARIO DEMOGRÁFICO Y FACTORES DE RIESGO

Edad: _____

Sexo: Masculino Femenino

Estado civil:

Soltero Casado / Pareja Separado / Divorciado Viudo

Hijos: Si No
Cantidad: _____

NIVEL DE EDUCACIÓN:

Analfabeto Primario Completo Primario Incompleto

Secundario Completo: Secundario Incompleto:

Terciario / Universitario completo: Terciario / Universitario Completo:

OCUPACION:

Empleado en relación de dependencia

Empleado subcontratado

Cuentapropista

Desocupado

Jubilado

Factores de riesgo:

Diabetes (cualquier tipo): NO Si Insulino Requiriente: Si No

Hipertensión Arterial: Si No

Tabaquismo: Si No Ex Tabaquismo: Si No

Sedentarismo: Si No Colesterol: Si No

Motivo de Consulta:

(Si presentó un Infarto Agudo de Miocardio en los últimos 3 meses y ese es su motivo de consulta por favor establezca la fecha. Si presentó Infarto Agudo de Miocardio pero mayor a 3 meses y su motivo de consulta es otro, conteste de forma negativa y escriba el motivo)

Infarto: Si Fecha: ___/___/_____

No Otro: _____

3. INVENTARIO DEL ESTADO DE ANIMO

Inventario de Estado de Animo:

PRIMERO: Lea todas las afirmaciones (sensaciones o síntomas) de cada grupo.

SEGUNDO: Marque con un círculo las afirmaciones (sensaciones o síntomas) que usted está sintiendo en este momento.

0. No me siento triste. 1. Me siento triste. 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. 3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo	0. No he perdido el interés por los demás. 1. Estoy menos interesado en los demás que antes. 2. He perdido gran parte del interés por los demás. 3. He perdido todo interés por lo demás.
0. No me siento demasiado con relación al futuro. 1. Me siento desanimado con relación al futuro. 2. Siento que no hay nada por lo que luchar. 3. No hay esperanza para el futuro y las cosas no mejoran.	0. Tomo mis propias decisiones como de costumbre. 1. Evito tomar decisiones más que antes. 2. Tomar decisiones me resulta muy difícil. 3. Me resulta imposible tomar decisiones.
0. No me siento un fracaso. 1. He fracasado más que la mayoría de las personas. 2. Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro. 3. Soy un fracaso total como persona.	0. No creo tener peor aspecto que antes. 1. Estoy preocupado porque parezco envejecido. 2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico. 3. Creo que tengo un aspecto horrible.
0. Las cosas no me satisfacen tanto como antes. 1. No disfruto de las cosas tanto como antes. 2. Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas. 3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.	0. Trabajo igual que antes. 1. Comenzar a hacer algo me toma gran esfuerzo. 2. Tengo que obligarme para poder hacer algo. 3. Soy incapaz de llevar a cabo alguna tarea.
0. No me siento culpable. 1. Me siento culpable en ocasiones. 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. 3. Me siento culpable constantemente.	0. Duermo tan bien como siempre. 1. No duermo tan bien como antes. 2. Me despierto antes de lo normal y me cuesta dormir. 3. Me despierto y no puedo volver a dormir.
0. No creo que este siendo castigado 1. Siento que quizá este siendo castigado. 2. Espero ser castigado. 3. Siento que estoy siendo castigado.	0. No me siento mas cansado de lo normal. 1. Me canso más q antes. 2. Me canso apenas hago cualquier cosa. 3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.
0. No estoy descontento de mi mismo. 1. Estoy descontento de mi mismo 2. Estoy a disgusto con migo mismo. 3. Me odio a mi mismo.	0. Mi apetito no ha disminuido. 1. Tengo tan buen apetito como antes. 2. Ahora tengo mucho menos apetito que antes. 3. He perdido completamente el apetito.
0. No me considero peor que cualquier otro. 1. Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores. 2. Me culpo continuamente por mis fallas. 3. Me culpo por todo lo que sucede.	0. No he perdido peso últimamente. 1. He perdido más de 2 kilos. 2. He perdido más de 4 kilos. 3. He perdido más de 7 kilos.
0. No tengo ningún pensamiento suicida. 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo hare. 2. Desearía poner fin a mi vida. 3. Me suicidaría si tuviera oportunidad	0. No estoy preocupado por mi salud. 1. Me preocupa padecer dolores y malestares. 2. M preocupa mucho padecer enfermedades. 3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que no puedo pensar en otra cosa.
0. No lloro más de lo normal. 1. Ahora lloro más que antes. 2. Lloro continuamente. 3. No puedo dejar de llorar.	0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo. 1. La relación sexual me atrae menos que antes. 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo que antes. 3. He perdido totalmente interés sexual.
0. No estoy irritado. 1. Me irrito mas fácilmente que antes. 2. Me siento continuamente irritado. 3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.	

4. INVENTARIO DE HOSTILIDAD

Inventario de hostilidad:

	Verdadero	Falso
1. Raramente le pego a alguien, aun si la persona me pega a mi primero.		
2. A veces chismorreo sobre las personas que me caen mal.		
3. A menos que me pidan que haga algo de buena manera no lo hago.		
4. Me enfurezco con facilidad pero se me pasa rápido.		
5. Parece que nunca recibo lo que merezco.		
6. Se que la gente tiende a hablar mal de mi a mis espaldas		
7. Cuando desapruobo el comportamiento de mis amistades se los hago saber.		
8. Las pocas veces que he hecho trampa he sentido un remordimiento insoportable.		
9. Debes en cuando, no puedo resistir las ganas de hacerle daño a los demás.		
10. Nunca me pongo tan furioso como para tirar cosas.		
11. A veces las personas me molestan con tan solo estar a mí alrededor.		
12. Cuando alguien establece una regla, no me gusta, me da tentación romperla.		
13. Los demás siempre parecen recibir todas las oportunidades.		
14. Tiendo en no confiar en la gente que es más amigable de lo que yo espero.		
15. A menudo encuentro que no estoy de acuerdo con los demás.		
16. A veces tengo pensamientos malos que me hacen sentir avergonzado.		
17. No se de ninguna razón para pegarle a una persona.		
18. Cuando estoy furioso a veces pongo mala cara.		
19. Cuando alguien es mandón, hago lo opuesto de lo que me pide.		
20. Me molesto mucho mas a menudo de que la gente piensa.		
21. No conozco a nadie que odie plenamente.		
22. Hay cierto número de personas a quien aparentemente le caigo mal.		
23. No puedo evitar discutir con las personas a quien aparentemente le caigo mal.		
24. Las personas que no cumplen con su trabajo deben sentirse muy culpables.		
25. Si alguien me pega primero le caigo encima.		
26. Cuando estoy furioso/a a veces tiro las puertas.		
27. Siempre tengo paciencia con los demás.		
28. Ocasionalmente, cuando estoy furioso con alguien dejo de hablarle por algún tiempo.		
29. Cuando pienso en lo que me ha pasado no puedo evitar sentir un leve resentimiento.		
30. Hay cierto número de personas que parece tener celos de mí.		
31. Insisto en que las personas respeten mis derechos.		
32. Me deprime pensar que no hice más por mis padres.		
33. El que insulte a mi o a mi familia se esta buscando una pelea.		
34. Nunca le juego bromas a las personas.		
35. Me revienta que alguien se burle de mí.		
36. Cuando la gente es mandona, tardo más en hacer las cosas para fastidiarlas.		
37. Casi toda la semana veo a alguien que me cae mal.		
38. A veces me da la impresión de que los demás se ríen de mí.		
39. Aun cuando me da coraje no uso malas palabras.		

	Verdadero	Falso
40. Me preocupo por que se perdonen mis pecados.		
41. Las personas que se la pasan fastidiando se están buscando un puñetazo en la nariz.		
42. A veces pongo mala cara cuando las cosas no salen a mi manera.		
43. Si una persona me molesta, soy capaz de decirle lo que pienso de ella.		
44. A veces me siento como la pólvora, a punto de explotar.		
45. Aunque no lo doy a demostrar, a veces me consumen los celos.		
46. Mi frase favorita es nunca confíes en los desconocidos.		
47. Cuando la gente me grita, yo le grito de nuevo.		
48. Hago muchas cosas que me dan remordimiento después.		
49. Cuando pierdo los estribos soy capaz de abofetear a alguien.		
50. Después de los diez años no me volvió a agarrar un berrinche.		
51. Cuando me pongo furioso/a digo cosas desagradables.		
52. A veces tengo una actitud de "atrévete de meterte conmigo".		
53. Si la gente conociera mis sentimientos me consideraría una persona poco llevadera.		
54. Usualmente me pregunto cual será el motivo oculto que tiene la persona que hace algo para ayudarme.		
55. No podría poner a alguien en su sitio aunque se lo mereciera.		
56. El fracasar me da remordimiento.		
57. Me meto en peleas tan a menudo con los demás.		
58. Recuerdo haber estado tan furioso que agarre la primera cosa que encontré y la rompí.		
59. A menudo hago amenazas sin intención de llevarlas a cabo.		
60. No puedo evitar ser algo maleducado/a con las personas que me caen mal.		
61. Hay veces que siento que la vida ha sido injusta conmigo.		
62. Antes yo pensaba que la mayoría de la gente decía la verdad, pero ahora se que no es así.		
63. Generalmente disimulo la mala opinión que tengo de las personas.		
64. Cuando hago algo que esta mal, mi conciencia me castiga severamente.		
65. Si tuviera que surtir la violencia física para defender mis derechos, lo haría.		
66. Si alguien no me trata bien, no dejo que eso me moleste.		
67. No tengo enemigos que realmente quieran hacerme daño.		
68. Cuando estoy discutiendo, tiendo a alzar las vos.		
69. A menudo siento que no he llevado una vida correcta.		
70. He conocido personas que me han llevado a tal extremo que nos hemos entrado a golpes.		
71. No dejo que muchas cosas sin importancia me moleste.		
72. Es raro que yo sienta que alguien me esta tratando de enfurecer o insultar.		
73. Ultimamente he estado de mal humor.		
74. Prefiero dar mi brazo a torcer que discutir por algo.		
75. A veces demuestro mi enfado dando golpes en la mesa.		

5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Abril 2011	Mayo 2011	Junio 2011	Julio 2011	Agosto 2011	Sep. 2011	Oct. 2011	Nov. 2011	Dic. 2011	Enero 2012	Feb. 2012	Marzo 2012	Abril 2012	Mayo 2012	Junio 2012
1- Determinación del problema de investigación															
2- Recorte del objeto de estudio															
3- Búsqueda bibliográfica															
4- Elaboración del Planteo del problema															
5- Elaboración del marco teórico															
6- Formulación de Objetivos															
7- Formulación de hipótesis															
8- Selección del Diseño															
9- Definición operacional de las variables															
10- Selección de la muestra e instrumento de medición															
11- Entrega del preproyecto															
12- Ampliación de marco teórico															
13- Recolección de datos															
14- Interpretación de los resultados															
15- Elaboración de discursos															
16- Conclusiones															
17- Entrega de tesina															