



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CLÍNICA MENTAL
HOSPITAL MILITAR “DR. CARLOS ARVELO”

**TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PACIENTES CON SÍNDROME
CORONARIO**

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en Clínica
Mental

Malavé Olivares, José Daniel

Tutor: Janet Alizo Rondón

Caracas, noviembre 2018

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
VICERRECTORADO ACADÉMICO
SISTEMA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA, HUMANÍSTICA Y
TECNOLÓGICA (SICHT)

FECHA: 26 de noviembre de 2018

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRONICA DE LOS TRABAJOS
DE LICENCIATURA, TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE
GRADO Y TESIS DOCTORAL DE LA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.**

Yo, José Daniel Malavé Olivares, autor del trabajo, Trastorno de Estrés Postraumático en Pacientes con Síndrome Coronario. Presentado para optar al Título de Especialista en Clínica Mental.

Autorizo a la Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de los servicios de información que ofrece la Institución, sólo con fines de académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial N° 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

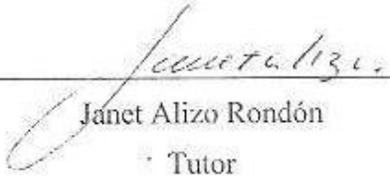
| | |
|-----------------|--|
| ✓ | <i>Si autorizo</i> |
| | <i>Autorizo después de 1 año</i> |
| | <i>No autorizo</i> |
| | <i>Autorizo difundir sólo algunas partes del trabajo</i> |
| <i>Indique:</i> | |

Firma autor

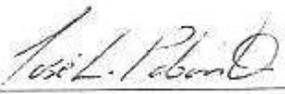


C.I. N°: 21195112

e-mail: malaveolivares.jo@gmail.com


Janet Alizo Rondón
Tutor


Álvaro Rafael Jiménez Benítez
Co-Tutor


José Lisandro Pabón Dávila
Director del Curso de Especialización en Clínica Mental


Ariana Concepción Otaiza Reyes
Coordinador Docente del Curso de Especialización en Clínica Mental

DEDICATORIA

A Pedro José Malavé Nederr:

Esta es otra suplencia de todo aquello que, el destino o mis yerros, no me permitieron decir.

ÍNDICE DE CONTENIDO

| | |
|--------------|----|
| RESUMEN | 1 |
| INTRODUCCIÓN | 3 |
| MÉTODOS | 27 |
| RESULTADOS | 33 |
| DISCUSIÓN | 36 |
| REFERENCIAS | 46 |
| ANEXOS | 54 |

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO

Malavé Olivares, José Daniel. CI: 21.195.112. Sexo: Masculino. E-mail: malaveolivares.jo@gmail.com. Teléf.: 0414-2177047/0212-3539429. Dirección: Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo". Programa de Especialización en Clínica Mental.

Tutora: **Alizo Rondón, Janet.** CI: 4.888.291. Sexo: Femenino. E-mail: janetalizo@hotmail.com. Teléf.: 0414-2352314. Dirección: Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo". Especialista en Psicología Clínica.

Co-Tutor: **Jiménez Benítez, Álvaro Rafael.** CI: 11.165.919. Sexo: Masculino. E-mail: aljimbe@yahoo.com. Teléf.: 0414-2547016. Dirección: Hospital Universitario de Caracas. Especialista en Medicina Interna y Cardiología.

RESUMEN

Objetivo: determinar la presencia de indicadores de trastorno de estrés posttraumático (T.E.P.T.) en pacientes adultos con uno o más episodios de síndrome coronario agudo (S.C.A.), hasta un año posterior al último evento, atendidos en los servicios de cardiología del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo" y del Hospital Universitario de Caracas. **Métodos:** estudio descriptivo, transversal, prospectivo, correlacional y multicéntrico. Muestreo no probabilístico, a conveniencia, representado por 69 pacientes mayores de 18 años de edad. Se utilizó la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT basada en los criterios diagnósticos del DSM-5. Se realizó una adaptación y validación a la población clínica, considerando elementos transculturales. **Resultados:** 55,1 % de los pacientes se encontró por encima del punto de corte para indicar la presencia de TEPT; 62,5 % de los pacientes con infarto agudo al miocardio y 23,1 % con angina inestable presentaron indicadores positivos para TEPT. En las escalas específicas: 100 % de los pacientes con TEPT presentó alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo, 90,48 % evitación conductual/cognitiva, 89,47 % hiperactivación psicofisiológica y 80,43 % reexperimentación. **Conclusiones:** la presencia de SCA es un factor de riesgo para desarrollar TEPT; los pacientes con infarto agudo al miocardio son más propensos al TEPT que los pacientes con angina inestable; existe relación estadísticamente significativa entre el TEPT y el estado civil (viudo y divorciado), la situación laboral, los tipos y tiempo de exposición y la disfuncionalidad global. La vivencia subjetiva del SCA incide en la respuesta emocional, cognitiva, conductual y fisiológica de estos pacientes.

PALABRAS CLAVES: Trastorno de estrés posttraumático, Síndrome coronario agudo, Infarto agudo al miocardio, Angina inestable, DSM-5.

ABSTRACT

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN PATIENTS WITH CORONARY SYNDROME

Objective: determine the presence of indicators of post-traumatic stress disorder (PTSD) in adult patients with one or more episodes of acute coronary syndrome (ACS), up to one year after the last event, attended in the cardiology service of the Military Hospital "Dr. Carlos Arvelo" and

the University Hospital of Caracas. Methods: descriptive, transversal, prospective, correlational and multicentric study. Non-probabilistic sampling, at convenience, represented by 69 patients over 18 years of age. The Severity Scale of Symptoms of PTSD was used based on the diagnostic criteria of the DSM-5. An adaptation and validation were made to the clinical population, considering cross-cultural elements. Results: 55.1% of the patients were found above the cut-off point to indicate the presence of PTSD; 62.5% of patients with acute myocardial infarction and 23.1% with unstable angina had positive indicators for PTSD. In the specific scales: 100% of the patients with PTSD presented cognitive alterations and negative mood, 90.48% behavioral/cognitive avoidance, 90% psychophysiological hyperactivation and 80.43% reexperimentation. Conclusions: the presence of SCA is a risk factor for developing PTSD; patients with acute myocardial infarction are more prone to PTSD than patients with unstable angina; there is a statistically significant relationship between PTSD and marital status (widowed and divorced), work situation, types and time of exposure and global dysfunctionality. The subjective experience of ACS affects the emotional, cognitive, behavioral and physiological response of these patients

KEY WORDS: Post-traumatic stress disorder, Acute coronary syndrome, Acute myocardial infarction, Unstable angina, DSM-5.

INTRODUCCIÓN

Un episodio traumático puede implicar la muerte, un peligro de muerte, una lesión grave o una amenaza para la integridad física de uno mismo o de otros. En general, las personas pueden adaptarse tras un evento traumático y recuperar su estado de funcionamiento previo, con o sin algunos síntomas crónicos. Cuando los síntomas que siguen a un trauma alteran el funcionamiento de la persona suelen manifestarse síndromes, a los que el Manual Diagnóstico y Estadístico de Patologías Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, en su quinta versión (D.S.M.5) clasifica como trastornos relacionados con traumas y factores estresantes. ⁽¹⁾

El trastorno de estrés postraumático (T.E.P.T.) se caracteriza por alteraciones psicológicas donde la persona se siente abrumada por pensamientos, sentimientos o imágenes del trauma a través de síntomas como reexperimentación, evitación, alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo, y activaciones psicofisiológicas. ⁽¹⁾ En los últimos años, el TEPT que se desarrolla en respuesta a eventos médicos de aparición súbita e inesperada, y que causan pérdida de control en el sujeto poniendo en peligro su vida, ha recibido una creciente atención como un importante problema de salud pública. ⁽²⁾

El síndrome coronario agudo (S.C.A.) puede ser definido como un evento traumático y un importante factor de estrés para la persona que lo padece. Es una complicación común de la cardiopatía isquémica, asociado a más de 2,5 millones de hospitalizaciones anuales en todo el mundo. ⁽³⁾ Se produce por la erosión o rotura de una placa aterosclerótica, que determina la formación de un trombo intracoronario, provocando así manifestaciones clínicas como angina inestable (AI), infarto agudo de miocardio (I.A.M.) (con o sin elevación del segmento ST) o muerte súbita. ⁽⁴⁾

En las últimas décadas, la tasa de supervivencia después del SCA ha aumentado constantemente. ⁽⁵⁾ Por lo tanto, para los 1,4 millones de pacientes con SCA dados de alta anualmente en hospitales de Estados Unidos, así como los 200 000 en Italia, 136 000 en Francia y un número similar de pacientes en Europa y en todo el mundo, la calidad de vida después del SCA se ha vuelto vital. Irónicamente, aunque el beneficio de supervivencia conferido por la adopción de nuevas tecnologías, intervenciones y pautas de tratamiento es un gran triunfo de la medicina moderna, también puede haber aumentado el número de pacientes para quienes la supervivencia

significa padecer trastornos psiquiátricos asociados al impacto emocional que supone la vivencia de su condición médica. ⁽⁶⁾

Los pacientes que han padecido SCA frecuentemente reportan experiencias peritraumáticas que están asociadas con el riesgo de desarrollar TEPT, incluyendo miedo intenso, amenaza de vida percibida, desamparo y conductas de evitación. ^(7,8) La evidencia metaanalítica sugiere que el TEPT debido al SCA es común, con una prevalencia que oscila entre 12 % y 25 %. ⁽⁹⁾

Asimismo, se ha reportado que el impacto del desarrollo de TEPT en pacientes con SCA no solo se relaciona con detrimento de la calidad de vida, sino que puede conducir a una mayor morbilidad y mortalidad cardiovascular, debido a todas las modificaciones neurohormonales que intervienen en el adecuado control emocional y que se ven comprometidas con el TEPT, alterando la regulación de variables fisiológicas, tales como: la presión arterial, la frecuencia cardíaca y los niveles circulantes de catecolaminas; sumado a la demostrada menor adherencia a los comportamientos recomendados para la salud, como el cumplimiento de las indicaciones y el tratamiento en general. De allí, que un diagnóstico precoz y el tratamiento de este trastorno psiquiátrico en pacientes con enfermedades coronarias pueda mejorar la atención multidisciplinaria, previniendo complicaciones. ⁽²⁾

En contraste con ello, la presencia de TEPT en pacientes con un SCA y su asociación con el pronóstico se ha estudiado menos que la depresión y la ansiedad. ⁽¹⁰⁾ Con una tasa de estudios baja que se intensifica en América Latina. ⁽²⁾ Por lo tanto, resulta perentorio conocer la presencia de indicadores de TEPT que puedan estar presentes en pacientes que han padecido uno o más episodios de SCA, a fin de promover una comprensión y consecuente abordaje más amplio del malestar físico, cognitivo y emocional.

Planteamiento y delimitación del problema

El SCA es una patología compleja en la que el impacto o compromiso sobre la salud física representa solamente uno de los vectores donde genera afectación, viéndose comprometida con ella la vida subjetiva, emocional y social de quien la padece. Por ello, su exploración no debe limitarse a una correlación general de enlazar una realidad biológica con unos factores psicológicos, sino discernir cuál es el tipo de malestar que está presentando el sujeto a fin de orientar la correcta atención.

En el contexto del SCA, la amenaza de lesión grave, el contacto cercano con la muerte, las modificaciones en las rutinas diarias que esto conlleva, sumado a la percepción subjetiva de convivir con una lesión cardíaca, pueden ser lo suficientemente traumáticas como para dar lugar al TEPT. En estudios previos pacientes calificaron el SCA, específicamente el IAM, como la peor experiencia traumática de su vida. ⁽¹¹⁾

En Venezuela, la ocurrencia de dicha comorbilidad ha sido estudiada en menor medida que en otras latitudes; se destaca una exploración llevada a cabo por Posadas *et al*, en el año 2006 donde encontraron 5,4 % de prevalencia total del TEPT en 109 pacientes con SCA. Si bien no resulta elevado el porcentaje de aparición del fenómeno dual, un análisis interno da cuenta de dos grandes elementos: primero, decisiones de muestreo y tipos de instrumento de medición que no favorecían la exploración específica del TEPT; segundo, el TEPT fue la segunda patología afectiva que tuvo lugar tras el SCA, siendo superada solamente por la depresión. Los autores concluyen que la presencia de comorbilidad SCA con patologías afectivas, causa un empeoramiento de la prognosis médica y calidad de vida en general. ⁽¹²⁾

Lo anterior llevó a preguntarse:

¿Cuál es la presencia de indicadores de trastorno de estrés postraumático en pacientes adultos que han padecido uno o más episodios de síndrome coronario agudo, hasta un año posterior al último evento, atendidos de manera ambulatoria en el Departamento de Cardiología del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” y en el Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Caracas, durante el período febrero-mayo, 2018?

Justificación

La persona que ha padecido SCA, no sólo acarrea con las modificaciones propias que conlleva la enfermedad, sino que sumado a ello, se somete a múltiples exploraciones y pruebas médicas, consulta con diferentes especialistas, dietas, indicaciones de tratamientos y tantos otros cambios significativos donde predomina la incertidumbre, y en muchos casos, la desinformación que invaden al paciente y derivan en un impacto emocional displacentero.

De allí que el SCA puede ser entendido como un estresor complejo que repercute en la adherencia al tratamiento, seguimiento de indicaciones, consciencia de enfermedad, evolución del cuadro fisiológico, propensión a un reinfarto, entre otras. Por lo que es necesaria la estabilidad emocional del sujeto que padece una condición de este tipo.

El abordaje de estos elementos está condicionado a la óptima exploración de los mismos, tomando amplia importancia la determinación de las dimensiones psicológicas tanto como las biológicas. En contraste con ello, es sabido que desde la perspectiva médica lo imperativo es la mejoría del cuadro físico, condicionada al cumplimiento del tratamiento y sus indicaciones, dejándose de lado la dimensión socioemocional que está ampliamente interrelacionada en este y otros hechos fundamentales.

Se precisa un entendimiento y consecuente abordaje multidisciplinario de la realidad ya descrita, haciendo énfasis en una exploración más profunda de otras posibilidades de reacciones emocionales y patologías que puedan desencadenarse en los pacientes. En consonancia con ello, y sumado a que se encontraron exiguas investigaciones al respecto en América Latina, el presente estudio está dirigido a explorar esta área, con la finalidad de aportar información para la correcta evaluación diagnóstica y el consecuente abordaje holístico y con mayor especificidad que beneficia al paciente, previniendo complicaciones biológicas y psicosociales.

Antecedentes

Princip *et al* (2015), realizaron un estudio en el Hospital Universitario de Berna, en Freiburgstrasse (Suiza) donde intentaron dilucidar si la representación gráfica de daños al corazón se correlacionaba con la aparición de TEPT en 84 pacientes con IAM, tres meses posteriores al evento traumático. Encontraron que el 70 % de los participantes reportó síntomas leves de TEPT, el 9,6 % presentó síntomas moderados y sólo uno cumplió con todos los criterios descritos en la Escala para el Trastorno de Estrés Postraumático administrada por el clínico, la cual a su vez está sustentada por los determinaciones establecidos en la cuarta edición del manual diagnóstico y estadístico de patologías mentales de la APA, versión revisada (D.S.M.-I.V.T.R.). Los investigadores concluyen que la presencia de TEPT está condicionada al predominio de cogniciones negativas por parte del paciente, relacionadas con un mal estado actual y pronóstico de su condición. Plantearon que se justifica la exploración de la presencia de TEPT posterior a un IAM, sobre todo si el paciente ha referido pensamientos pesimistas en relación a sí, su entorno y la enfermedad. ⁽¹³⁾

Meister *et al* (2016), en el departamento de cardiología del Hospital Universitario de Berna (Suiza) llevaron a cabo un estudio para determinar la presencia de TEPT en 98 casos de pacientes con antecedentes de IAM, y si este se relacionaba con la resiliencia individual de cada

uno de ellos. Para este fin, administraron la Escala Diagnóstica de Trastorno de Estrés Postraumático, tomando como punto de corte un mínimo de tres meses posteriores al último evento. Encontraron que 18 % de los pacientes desarrollaron síntomas propios del TEPT, lo cual era independiente de un malestar referido previamente o de cogniciones desfavorables con una correlación alta e inversamente proporcional con los rasgos de resiliencia que presentaba cada uno (a mayor resiliencia, menor TEPT). Los hallazgos del estudio sugirieron que la elasticidad del rasgo de resiliencia no amortigua la percepción del IAM como estresante *per se*, pero puede conllevar a un mejor enfrentamiento con la experiencia traumática a más largo plazo, evitando así el desarrollo de TEPT asociado a la patología. Los rasgos de resiliencia pueden desempeñar un papel protector importante en el desarrollo de síntomas de estrés postraumático desencadenados por enfermedades médicas como el IAM. ⁽¹⁴⁾

Sundquist *et al* (2016), llevaron a cabo un estudio de cohorte observacional en el Hospital Presbiteriano de Nueva York, por medio del cual buscaron determinar cuál era la tasa de tratamiento para el control emocional en pacientes con SCA recientemente hospitalizados que presentaban antecedentes de patologías afectivas. Para ello, utilizaron una muestra de 448 pacientes adultos con antecedentes confirmados de ansiedad o depresión, a los que tras haber transcurrido un mes del diagnóstico de SCA les realizaron una entrevista clínica diagnóstica por un profesional de salud mental, a fin de explorar la presencia actual de alguna patología psiquiátrica. Encontraron que más de una cuarta parte de los participantes (25,3 %) fueron diagnosticados con TEPT y depresión. Concluyeron señalando que la presencia del TEPT tenía lugar incluso en aquellos pacientes que habían recibido correcto tratamiento médico e información sobre su condición y evolución médica, ameritando tratamiento psiquiátrico (farmacológico y psicoterapéutico) el 47,6 % de los casos diagnosticados. Hacen énfasis en que la progresión del TEPT va a depender de las vulnerabilidades individuales, lo que incluye los antecedentes de ansiedad y depresión, siendo independiente del contexto donde se desarrolla el trauma y el tratamiento recibido que va a fungir como amortiguador del impacto TEPT, pero no se relaciona con la eliminación de su aparición. ⁽¹⁵⁾

A propósito de explorar el impacto del malestar emocional en estos pacientes, Sumner *et al* (2017), publicaron una investigación realizada en el *Center of Behavioral Cardiovascular Health* del Departamento de Medicina de la Universidad de Columbia en Nueva York, donde estudiaron si el desarrollo de síntomas de TEPT en pacientes con SCA se asocia con un mayor

riesgo de complicaciones cardíacas que deriven en rehospitalizaciones. Para este fin, seleccionaron 974 pacientes a los que un mes posterior al episodio al IAM o a la AI, les realizaron entrevistas clínicas presenciales o a distancia (vía telefónica) por medio de las que exploraron síntomas de TEPT. Encontraron que 1 de cada 10 pacientes fue rehospitalizado con una correlación alta y directamente proporcional a la presencia de la comorbilidad TEPT e IAM y, en menor medida, con AI. Determinaron que el TEPT es un factor de riesgo que puede aumentar la prevalencia de resultados adversos después de la hospitalización en pacientes con IAM, resaltando la importancia de su detección a fin de modificarlo y prevenir complicaciones cardíacas que generen readmisiones. ⁽¹⁶⁾

La significación del TEPT como factor de riesgo independiente en pacientes con SCA había sido previamente explorada por Kubzansky *et al* (2007), quienes realizaron una importante investigación prospectiva, en la Escuela de Medicina de la Universidad de Boston, estudiando a 1 946 pacientes con patologías cardíacas múltiples, encontraron que las complicaciones fisiológicas de morbimortalidad que presentaron estos pacientes, no fueron únicamente debidas a factores de riesgo como hipertensión arterial (H.T.A.), diabetes, dislipidemia, obesidad, o a elementos físicos en general; sino que se asociaban al desarrollo de patologías mentales como depresión y TEPT cuyas modificaciones generaron cambios fisiológicos, conductuales y psicosociales de impacto importante. ⁽¹⁷⁾

Múltiples han sido las investigaciones que han correlacionado el TEPT y el SCA, pero pocas han asentado una estimación media de incidencia de la comorbilidad. En base a ello, Edmondson *et al* (2012) llevaron a cabo una revisión sistemática y metaanálisis de 24 estudios (N: 2 383) en el *Center of Behavioral Cardiovascular Health* del Departamento de Medicina de la Universidad de Columbia en Nueva York; buscando determinar la prevalencia del TEPT posterior a un SCA. La estimación agrupada para la prevalencia descripta fue de 16 %. Sin embargo concluyeron que debido a varias decisiones de muestreo, tipo de investigación y variabilidades demográficas los resultados presentan un margen de variación amplio que se debe tomar en cuenta para no considerar la estimación como regla general. Además, sus datos sugieren que el TEPT sucesivo a un SCA se asocia con mayor riesgo de eventos cardiovasculares posteriores y mortalidad en 1 de cada 8 pacientes, por lo que su detención es no menos que fundamental. ⁽⁹⁾

Asimismo, se ha investigado sobre la aparición del TEPT en pacientes con SCA tras la presencia de situaciones contextuales y socioculturales desfavorables. Edmondson *et al* (2013), en el *Center of Behavioral Cardiovascular Health* del Departamento de Medicina de la Universidad de Columbia en Nueva York, demostraron cómo las condiciones de hacinamiento del servicio de emergencia en el que se atienden pacientes con SCA se asocia de manera dependiente, alta y directamente proporcional con el desarrollo de TEPT un mes posterior al evento. Encontrando que de 153 pacientes que fueron atendidos en emergencia bajo condiciones que consideraron desfavorables, el 40 % desarrolló TEPT. Siendo el contexto de atención un factor que afecta la vivencia subjetiva del trauma y su consecuente impacto. Los autores rescataron la importancia de brindar especificidad al estudio por medio de la exploración de las vulnerabilidades individuales de cada paciente. Ser rehospitalizado, haber tenido mala experiencia con centros de salud, haber estado en otra situación que implicara contacto con la patología cardíaca, se relaciona con mayor riesgo a desarrollar TEPT. ⁽¹⁸⁾

En conformidad con este hallazgo, los mismos autores: Edmondson *et al* (2014) desarrollan un estudio en el *Center of Behavioral Cardiovascular Health* del Departamento de Medicina de la Universidad de Columbia en Nueva York, determinando qué tipo de pacientes era proclive a desarrollar TEPT posterior a un SCA; para ello administraron la Escala de Impacto del Evento – Revisada a 189 con SCA sumado a una exploración clínica y de antecedentes mentales. Encontrando que los pacientes con antecedentes y presencia actual de síntomas ansiosos y depresivos tenían puntuaciones cuatro veces mayor en la escala del TEPT en contraste con aquellos pacientes sin las precondiciones descritas. En este sentido, los autores concluyeron que el TEPT no sólo se produce por el SCA en sí mismo, sino que su progresión va a depender sustancialmente del contexto en el que se desarrolla la patología, el tipo de atención que recibe el paciente y las vulnerabilidades individuales del mismo como los antecedentes de ansiedad y depresión. ⁽¹⁹⁾

Roberge *et al* (2010), publicaron un estudio llevado a cabo en tres hospitales de Canadá (Montreal, Quebec) en el que intentaron precisar la prevalencia del TEPT posterior a haber padecido un IAM. La muestra total fue de 477 pacientes, realizaron mediciones del TEPT basándose en múltiples instrumentos, entre los que destacan: la Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV, la Escala de Síntomas de TEPT Modificada – Auto Reporte, la Escala de Eventos Vitales Estresantes, la Evaluación de Trauma para Adultos, entre otras. Sus resultados reflejan

una importante variación en la prevalencia del TEPT posterior al SCA, relacionada con el tipo de instrumento administrado: por medio de los autoinformes el registro fue de 12 % en contraste con la entrevista estructurada cuyo índice fue menor (4,1 %). Los investigadores adjudicaron esta variación a una mayor especificidad encontrada por medio de la entrevista clínica que resulta menos proclive a arrojar resultados falsos positivos, ostentando mayor precisión en lo que pretende medir. ⁽²⁰⁾

Posadas *et al*, en el año 2006, publicaron una investigación llevada a cabo en Venezuela, en dos hospitales del estado Lara (Centro de Atención Cardiovascular Centrocidental y la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda”), donde estudiaron la relación de los trastornos mentales con la evolución del SCA. La muestra estuvo comprendida por 109 pacientes con diagnóstico comprobado de SCA a los que se le administró la Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV-TR. En sus resultados señalaron que 5,4 % de los participantes fueron diagnosticados con TEPT. Siendo para efectos de este estudio, la segunda patología afectiva más frecuente superada por la depresión y precedida por el trastorno de ansiedad. En los casos de AI, ningún paciente desarrolló TEPT, todos se manifestaron fue en casos de IAM. Concluyen que el IAM es un factor de riesgo a desarrollar TEPT en comparación con la AI, relacionado con el mayor dolor físico que tiene lugar tras un IAM así como las consecuencias médicas generales. ⁽¹²⁾

Marco teórico

Síndrome coronario agudo

El síndrome coronario agudo (S.C.A.) se produce por la erosión o rotura de una placa aterosclerótica, que determina la formación de un trombo intracoronario. ⁽⁴⁾ El síntoma principal que inicia la cascada diagnóstica y terapéutica en pacientes con sospecha de esta patología es el dolor torácico con el que se designa cualquier constelación de síntomas clínicos, compatibles con isquemia miocárdica aguda. ⁽²¹⁾

Según el electrocardiograma (E.C.G.), se deben diferenciar dos grupos de pacientes:

1. Pacientes con dolor torácico agudo y elevación persistente (20 min) del segmento ST. Esta condición se denomina SCA con elevación del ST y generalmente refleja una oclusión coronaria total aguda. La mayoría de los pacientes finalmente desarrollarán un infarto agudo de miocardio con elevación del ST (I.A.M.E.S.T.).

2. Pacientes con dolor torácico agudo pero sin elevación persistente del segmento ST. Los cambios del ECG pueden incluir elevación transitoria del segmento ST, depresión persistente o transitoria del segmento ST, inversión de la onda T, ondas T planas o pseudonormalización de las ondas T o el ECG puede ser normal. ⁽²¹⁾

El espectro clínico de SCA sin elevación del segmento ST (S.C.A.S.E.S.T.) puede variar desde pacientes sin síntomas en la presentación hasta individuos con isquemia en curso, inestabilidad eléctrica o hemodinámica o paro cardíaco. El correlato patológico en el nivel del miocardio es la necrosis de cardiomiocitos (IM sin estenosis estriado), o con menor frecuencia la isquemia de miocardio sin pérdida de células (angina inestable). Una pequeña proporción de pacientes puede presentar isquemia miocárdica en curso, caracterizada por uno o más de los siguientes: dolor torácico recurrente o continuo, depresión marcada del ST en el ECG de 12 derivaciones, insuficiencia cardíaca e inestabilidad hemodinámica o eléctrica. ⁽²¹⁾

El IAM define la necrosis cardiomiocitaria en un contexto clínico compatible con la isquemia miocárdica aguda. Se requiere una combinación de criterios para cumplir con el diagnóstico de esta patología, a saber, la detección de un aumento y/o disminución de un biomarcador cardíaco, preferiblemente Troponina cardíaca de alta sensibilidad, con al menos un valor por encima del percentil 99 del límite de referencia superior y al menos uno de los siguientes:

- Síntomas de isquemia.
- Nuevos o supuestos nuevos cambios significativos en la onda ST-T o bloqueo de rama izquierda en el ECG de 12 derivaciones.
- Desarrollo de ondas Q patológicas en ECG.
- Evidencia de imagen de una nueva o presunta nueva pérdida de miocardio viable o anomalía del movimiento de la pared regional.
- Trombo intracoronario detectado en angiografía o autopsia. ⁽²¹⁾

El término IAM refleja la muerte celular de miocitos cardíacos causada por isquemia, que es el resultado de un desequilibrio de perfusión entre la oferta y la demanda. La isquemia en un entorno clínico se puede identificar con mayor frecuencia a partir de la historia del paciente y del ECG. Los posibles síntomas isquémicos incluyen varias combinaciones de dolor en pecho, extremidad superior, mandíbula o malestar epigástrico con esfuerzo o en reposo. La incomodidad asociada con el IAM suele durar al menos 20 min. Con frecuencia, la incomodidad

es difusa, no localizada, no posicional, no se ve afectada por el movimiento de la región, y puede estar acompañada de disnea, diaforesis, náuseas o síncope. Estos síntomas no son específicos de la isquemia miocárdica y pueden diagnosticarse erróneamente y atribuirse a trastornos gastrointestinales, neurológicos, pulmonares o musculoesqueléticos. El infarto de miocardio puede ocurrir con síntomas atípicos, o incluso sin síntomas, siendo detectado por ECG, elevaciones de biomarcadores o imágenes cardíacas únicamente. ⁽²²⁾

Clínicamente, los diversos tipos de infarto de miocardio pueden ser clasificados de la siguiente manera:

- Tipo 1: IM espontáneo relacionado con isquemia debido a un evento coronario primario como erosión y/o ruptura de la placa, fisuración o disección.
- Tipo 2: IM secundario a isquemia debido a una mayor demanda de oxígeno o a un suministro disminuido, (ejemplo: espasmo de la arteria coronaria, embolia coronaria, anemia, arritmias, hipertensión o hipotensión).
- Tipo 3: muerte cardíaca inesperada repentina, incluyendo paro cardíaco, a menudo con síntomas sugestivos de isquemia miocárdica, acompañada de supuestamente nueva elevación del ST, o evidencia de trombo fresco en una arteria coronaria por angiografía y/o autopsia, pero la muerte ocurre antes que las muestras de sangre podrían ser obtenidas, o en un momento anterior a la aparición de biomarcadores cardíacos en la sangre.
- Tipo 4:
 - IM asociado con intervenciones coronarias percutáneas.
 - IM asociado a trombosis del *stent* documentado por angiografía o en autopsia.
- Tipo 5: IM asociado con injerto de *bypass* de arteria coronaria. ⁽²²⁾

En ocasiones, los pacientes pueden manifestar más de un tipo de IM de forma simultánea o secuencial. También se debe tener en cuenta que el término IAM no incluye la muerte celular del miocardio asociada con lesión mecánica por injerto de derivación de la arteria coronaria, por ejemplo, ventilación ventricular o manipulación del corazón; ni incluye la necrosis del miocardio debida a causas diversas, por ejemplo, insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca, cardioversión, ablación electrofisiológica, sepsis, miocarditis, toxinas cardíacas, o enfermedades infiltrativas. ⁽²²⁾

Otra manifestación clínica característica del SCA es la angina de pecho, definida generalmente como dolor torácico de origen isquémico. ⁽²²⁾ Sus síntomas y signos clínicos pueden dividirse en cuatro categorías: localización, carácter, duración y relación con el esfuerzo u otros factores de exacerbación o de alivio. El malestar que de esta se deriva se suele localizar en el pecho, cerca del esternón, pero también puede sentirse en otras áreas del cuerpo, como la zona epigástrica hasta la mandíbula inferior o la dentadura, entre los omoplatos o en uno de los brazos hasta la muñeca y los dedos. ⁽²³⁾

La angina puede ir seguida de una sensación de falta de aire y el malestar pectoral puede acompañarse de otros síntomas menos específicos, como fatiga o debilidad, náusea, quemazón, desasosiego o una sensación de fatalidad inminente. La duración del dolor o malestar suele ser breve (en la mayoría de los casos, no más de 10 minutos). Una característica importante es su relación con el ejercicio físico, actividades específicas o el estrés emocional. Típicamente, los síntomas aparecen o se intensifican con el aumento del ejercicio (subir una cuesta, caminar contra el viento o a bajas temperaturas) y desaparecen rápidamente después de unos minutos cuando cesan estos factores desencadenantes. La exacerbación de los síntomas después de una comida copiosa o al levantarse por la mañana es típica de la angina. ⁽²³⁾

Existen dos tipos de clasificaciones de angina útiles para el abordaje clínico, la primera está relacionada en torno al dolor torácico:

- Dolor anginoso típico (definitivo): cumple con las características siguientes:
 - Malestar torácico retroesternal de naturaleza y duración típicas.
 - Provocado por el esfuerzo o el estrés emocional.
 - Se alivia en unos minutos con reposo o nitratos.
- Dolor anginoso atípico (probable): cumple con dos de las características anteriores.
- Dolor no anginoso: cumple una o ninguna de las características anteriores. ⁽²⁴⁾

La segunda permite clasificar en distintos grados la angina y cuantificar el umbral en el que aparecen los síntomas en relación con diversas actividades físicas:

- Clase I: la actividad física habitual, como caminar y subir escaleras, no produce angina. Aparece con ejercicio extenuante, rápido o prolongado durante el trabajo o el ocio.
- Clase II: ligera limitación de la actividad habitual. Aparece angina al caminar o subir escaleras rápidamente, caminar o subir escaleras después de las comidas, con frío, viento

o estrés emocional o sólo a primera hora de la mañana; al caminar más 100 o 200 metros, en terreno llano o subir más de un piso de escaleras a paso normal y en condiciones normales.

- Clase III: marcada limitación de la actividad física habitual. Aparece la angina al caminar 100 o 200 metros en terreno llano o subir un piso de escaleras en condiciones y paso normales.
- Clase IV: incapacidad para desarrollar cualquier actividad física sin angina. El síndrome anginoso puede estar presente en reposo. ⁽²⁴⁾

Para efectos del abordaje de un paciente, resulta fundamental diferenciar el tipo de angina que presenta (estable o inestable). Existen elementos clínicos que orientan esta tarea, entre ellos se ha descrito que la angina inestable (A.I.) puede presentarse de tres maneras:

1. Como angina en reposo: dolor de naturaleza y localización característica, pero que ocurre sin un estado de actividad y durante periodos de tiempo más prolongados (hasta de 20 minutos).
2. Angina de nueva aparición: un episodio reciente de angina en clase II o III. Esta se suele clasificar como inestable, pero si la angina ocurre por primera vez tras un esfuerzo intenso, como correr durante un periodo largo o a paso muy acelerado esta angina correspondería más a la de tipo estable.
3. Angina *in crescendo*: que aumenta rápida y progresivamente con un umbral más bajo de esfuerzo (mínimo clase III) durante un periodo corto de 4 semanas o menos. ⁽²⁴⁾

Por otra parte, entre los pacientes con AI, es preciso diferenciar a los pacientes con riesgo alto, medio y bajo. Los pacientes con AI de bajo riesgo se caracterizan por: ausencia de dolor torácico recurrente en reposo, ausencia de signos de insuficiencia cardíaca, ausencia de alteraciones en el ECG inicial o en un segundo ECG (a las 6-9 h) y ausencia de elevación de la troponina (a la llegada del paciente y después de 6-9 h). Contrario a ello, si presenta alteraciones electrocardiográficas (onda T) se considera una angina de riesgo intermedio, y de presentar alteraciones en el segmento ST (lesión subepicárdica o subendocárdica) sin necrosis miocárdica, es decir con biomarcadores negativos, se clasifica como de alto riesgo. ⁽²⁵⁾

En este sentido, gran número de pacientes con cardiopatía isquémica estable, pasaría por un periodo de AI, por lo que existe una evidente superposición entre la clasificación de la angina estable y la inestable. ⁽²³⁾

Por último, la tercera manifestación clínica característica del SCA está constituida por aquellos pacientes que sufren muerte súbita cardíaca, con o sin cambios en el ECG que sugieren isquemia. Este grupo heterogéneo representa un diagnóstico desafiante dado que estos individuos mueren antes de que se puedan desarrollar cambios patológicos en el miocardio; es difícil decir con certeza si estos pacientes sucumbieron a un IM o a un evento isquémico que condujo a una arritmia fatal. El modo de muerte en estos casos es repentino, pero la etiología sigue siendo incierta a menos que el individuo informara síntomas previos de cardiopatía isquémica antes del paro cardíaco. Algunos pacientes con o sin antecedentes de enfermedad coronaria pueden desarrollar evidencia clínica de isquemia, que incluye dolor de pecho prolongado y profundo, diaforesis y/o dificultad para respirar y colapso repentino. Estas personas pueden morir antes de obtener muestras de sangre para biomarcadores, o estos individuos pueden estar en la fase de retraso antes de que los biomarcadores cardíacos puedan identificarse en la sangre. La hipótesis más frecuente es que estos pacientes pueden haber sufrido un infarto agudo de miocardio evolutivo y fatal. ⁽²¹⁾

Si estos pacientes se presentan con cambios de ECG presumiblemente nuevos, por ejemplo elevación del ST, y con frecuencia con síntomas de isquemia, se los debe clasificar como que han tenido un IM fatal incluso si falta evidencia de biomarcadores cardíacos de infarto. Además, los pacientes con evidencia de trombo fresco por angiografía coronaria (si se realiza) y/o en la autopsia deben clasificarse como que han sufrido muerte súbita como resultado de un infarto de miocardio. ⁽²²⁾

Datos epidemiológicos

A pesar de la existencia de estadísticas gubernamentales sobre el número de defunciones y del número de consultas por enfermedades cardiovasculares atendidas en el Sistema Público Nacional de Salud, en Venezuela no existen actualmente fuentes de información: válidas, confiables, exhaustivas y estables sobre la incidencia y prevalencia poblacional y hospitalaria de estas patologías. ⁽²⁶⁾ Esta carencia de información constituye una barrera que impide el entendimiento del impacto actual de las patologías cardiovasculares.

De acuerdo a las estadísticas gubernamentales (anuarios de morbilidad), durante el periodo 2007-2011, hubo una reducción constante del número de nuevos casos anuales de IAM atendidos en los 13 092 establecimientos de salud que conforman las unidades de notificación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nacional, de las cuales el 66 % (8 717) corresponden a la Misión Barrio Adentro. ⁽²⁶⁾

La progresiva reducción del número de nuevos casos anuales de IAM registrados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nacional, contrasta con las estadísticas oficiales de mortalidad que indican un aumento constante del número de defunciones por IAM, donde en el año 2013 fue de 20 641 personas, es decir el 13,77 % de la mortalidad total. Lo que supone, en la población de 45-84 años, una tasa cruda de mortalidad anual por IAM de 144 x 100 000 habitantes y se traduce en una muerte por IAM cada 30 minutos a nivel nacional. ⁽²⁷⁾

En base al análisis de los resultados del estudio de Carga Mundial de Enfermedad del año 2010, realizado por el Instituto para Mediciones y Evaluación de la Salud de la Universidad de Washington y la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), las enfermedades cardiovasculares, en conjunto, emergen como la causa que produce la mayor pérdida de años de vida por muerte prematura y discapacidad en la población general venezolana, con mayor incidencia en la población masculina en proporción 3:1, pero sin distingo en cuanto al deterioro que causa la patología. Dado que el 45 % de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares se produce en edades de importante productividad de la vida (entre los 25 y 64 años), cuando el impacto económico y social es mayor, y la discapacidad resultante es una carga demasiado pesada para los individuos, las familias y el sistema de salud propiamente dicho. ⁽²⁸⁾

La información actualmente disponible sobre la prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares en la población venezolana tiene importantes limitaciones metodológicas debido a la variabilidad en: la cobertura geográfica, los criterios diagnósticos, los grupos de edad considerados, los procedimientos de recolección de datos y de muestreo. ⁽²⁹⁻³¹⁾ A pesar de las limitaciones metodológicas antes mencionadas, varios estudios epidemiológicos de corte transversal realizados durante la última década en las principales ciudades (Caracas, Valencia, Barquisimeto y Maracaibo) revelan que la población venezolana está expuesta a una alta prevalencia de los principales factores de riesgo cardiovascular modificables, tales como:

- Dieta baja en frutas, granos, vegetales y fibras.

- Dieta baja en ácidos grasos poliinsaturados.
- Dieta alta en sodio, carbohidratos y ácidos grasos trans.
- Hipertensión arterial.
- Índice de masa corporal elevado.
- Consumo de alcohol.
- Hábito tabáquico.
- Glicemia elevada.
- Inactividad física.
- Hipercolesterolemia.⁽³²⁾

Trastorno de estrés postraumático

Es frecuente cierta disrupción en el funcionamiento mental de una persona ante un episodio traumático importante. En general, la mayoría puede adaptarse tras un suceso traumático y recuperar su estado de funcionamiento previo, con o sin algunos síntomas crónicos. Cuando los síntomas que siguen a un trauma alteran el funcionamiento de la persona, suelen manifestarse síndromes a los que el DSM-5 califica como trastornos relacionados con traumas y factores estresantes.⁽¹⁾

El TEPT puede ocurrir a cualquier edad, comenzando después del primer año de vida. Los síntomas suelen estar dentro de los primeros 3 meses después del trauma, aunque puede haber un retraso de meses, o incluso años, antes de que se cumplan los criterios para el diagnóstico. Frecuentemente, la reacción de un individuo a un traumatismo cumple inmediatamente después del evento con los criterios para el trastorno de estrés agudo. Los síntomas de TEPT y el predominio relativo de los diferentes síntomas pueden variar con el tiempo. La duración de los síntomas también varía con una recuperación completa dentro de los 3 meses que ocurren en aproximadamente la mitad de los adultos, mientras que algunos individuos permanecen sintomáticos por más de 12 meses y se han registrado casos en los que se extiende a más de 50 años. La recurrencia de los síntomas y la intensificación pueden ocurrir en respuesta a los recordatorios del trauma original, con vivencias estresantes similares de la actualidad.⁽¹⁾ En

específico, el DSM-5 establece que para un correcto diagnóstico del TEPT se deben cumplir los siguientes criterios:

Criterio A: exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

- Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
- Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
- Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo (en estos casos, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental).
- Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s).

Criterio B: presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

- Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
- Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
- Reacciones disociativas (por ejemplo: escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente).
- Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
- Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

Criterio C: evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

- Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

- Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

Criterio D: alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

- Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
- Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo.
- Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
- Estado emocional negativo persistente (por ejemplo: miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
- Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
- Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
- Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas.

Criterio E: alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

- Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
- Comportamiento imprudente o autodestructivo.
- Hipervigilancia.
- Respuesta de sobresalto exagerada.
- Problemas de concentración.
- Alteración del sueño.

Criterio F: la duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

Criterio G: la alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Criterio H: la alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo: medicamentos, alcohol) o a otra afección médica. ⁽¹⁾

Se especifica si se acompaña de síntomas disociativos, para ello los síntomas cumplen los criterios para el TEPT y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes, los cuales no deben ser atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica:

- Despersonalización: experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (por ejemplo: como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
- Desrealización: experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado). ⁽¹⁾

Se especifica si es con expresión retardada: la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento. ⁽¹⁾

Trastorno de estrés postraumático en respuesta al síndrome coronario agudo

Históricamente, el TEPT estaba condicionado a la vivencia de situaciones estresantes o traumáticas provenientes del mundo exterior, desconociendo su manifestación ante las problemáticas interiores que pueden llegar a ser marcadamente angustiantes. Circunscribir esta entidad a eventos traumáticos externos es el equivalente a seguir delimitándolo solamente a la población de excombatientes, personas torturadas, supervivientes de terrorismos o, en todo caso, a mujeres agredidas sexualmente. Contrario a ello, actualmente se extiende el concepto a las víctimas de violencia intrafamiliar, a los accidentes de tránsito e incluso a las personas diagnosticadas de enfermedades mortales o, cuando menos, incurables. ⁽³³⁾ Ocurre así un cambio fundamental basado en la concepción del diagnóstico ya no a partir del tipo de acontecimiento traumático sino en función a la reacción y vivencia subjetiva de la persona.

El DSM-5 plantea que una enfermedad potencialmente mortal o una condición médica debilitante no se considera necesariamente un evento traumático. Los incidentes médicos que se califican como eventos traumáticos implican eventos repentinos y catastróficos. ⁽¹⁾ En lo que a un evento médico estresante se refiere, el SCA resalta por su aparición súbita, inesperada y el importante riesgo a la vida que implica, ostentando todo el potencial para causar un trauma psicológico. ⁽³⁴⁾ Esta premisa ha impulsado la realización de múltiples investigaciones que intentan vislumbrar la presencia del TEPT posterior al SCA, encontrando una prevalencia que oscila entre 12 % y 25 %. ⁽⁹⁾ Pese a las variaciones encontradas en la prevalencia del TEPT en pacientes con SCA, que van a depender del tipo de instrumento que se utilice, las características individuales del sujeto que se evalúa y de las condiciones ambientales. ^(14,19,20) Su presencia es mucho mayor que la encontrada en la población general (10 % al 12 % en hombres y 5 % al 6 % en mujeres). ⁽³⁵⁾

A medida que las tasas de supervivencia de las patologías que componen un SCA han aumentado con la tecnología médica avanzada, más personas viven para recordar estas vivencias que amenazan la vida. Como resultado, la relación entre los eventos cardíacos y los síntomas traumáticos posteriores también está viéndose actualmente reflejada. Estos pacientes pueden ser propensos a desarrollar síntomas propios del TEPT como reexperimentación (por ejemplo, recordando el evento cardíaco o choques de desfibrilador, sueños sobre lo experimentado, flashbacks de intervenciones médicas y procedimientos quirúrgicos), evitación (por ejemplo, eludir recordatorios del evento cardíaco como la ubicación del evento, el hospital, la medicación, las situaciones en las que la frecuencia cardíaca aumenta, como el ejercicio o la actividad sexual) y los síntomas de excitación o hiperactividad (por ejemplo, preocupación por la frecuencia cardíaca o dolor torácico, insomnio). Siendo fundamental su exploración para la correcta atención. ⁽³⁶⁾

En cuanto a la cronicidad del TEPT posterior al SCA, existe asidua controversia. El estudio de Pedersen *et al*, sugieren que su prevalencia disminuye con el tiempo, encontrándose una remisión espontánea de la psicopatología afectiva. ⁽³⁷⁾ En este sentido Abbas *et al*, demostraron que aunque la gravedad disminuye, el TEPT sigue un curso subagudo, habiendo una persistencia a largo plazo en dos tercios de los pacientes diagnosticados, y siendo la hiperactividad psicofisiológica la característica clínica que tiene menos probabilidades de remitir con el paso del tiempo. ⁽³⁸⁾

Datos de metaanálisis revelan que el TEPT aumenta el riesgo de IAM dos veces en comparación con los pacientes que no presentan TEPT. ⁽¹⁸⁾ Estando a la par con el riesgo de mortalidad en la depresión posterior al SCA y con la recurrencia de eventos cardíacos. Se postula que los pacientes con TEPT presentar un peor pronóstico no sólo por la cascada patofisiológica adversa, sino porque son más propensos a no cumplir con las prescripciones médicas (adherencia al tratamiento) y otras recomendaciones para la salud. ⁽³⁹⁾

Generalmente, porque las indicaciones pueden servir como recordatorios traumáticos de su patología y resultan en conductas poco adaptativas frecuentes en el TEPT. ⁽⁴⁰⁻⁴²⁾ Lo que puede conducir a no buscar ayuda médica para un evento coronario recurrente, acentuando la morbimortalidad cardiovascular, y el aumento de reingresos relacionados con la cardiopatía coronaria. ^(43,44) Evidencia que muestra que el TEPT es un estresor complejo que causa afectación en tres aristas fundamentales de la vida humana, como lo son: lo biológico, lo conductual y lo psicosocial. ⁽⁴⁴⁾

Los mecanismos biológicos del aumento del riesgo de SCA en el trastorno de estrés postraumático incluyen la desregulación del eje hipotalámico-hipófisis-adrenal (H.P.A.), la disfunción del sistema nervioso autónomo y el aumento de la inflamación. La neurobiología del TEPT es compleja, con informes contradictorios sobre los niveles de cortisol tanto basal como reactivo en estos pacientes. ^(45,46)

En general, los estudios indican que la interrupción del eje HPA en pacientes con TEPT conduce a una menor secreción basal de cortisol, pero la secreción exagerada en respuesta a factores estresantes psicológicos, tales como recordatorios del evento traumático. La hiperreactividad del HPA a su vez, ha sido implicada en el desarrollo de la insuficiencia cardíaca y la isquemia cardíaca y se asocia prospectivamente con el aumento de la mortalidad por complicaciones de la patología cardiovascular. ⁽⁴⁵⁾

Otras alteraciones neuroendocrinas observadas en el TEPT incluyen una mayor sensibilidad a la retroalimentación negativa de los receptores de glucocorticoides en el sistema de respuesta al estrés (disminución de la respuesta de los glucocorticoides), y menores niveles de cortisol urinario y plasmático. ⁽⁴⁶⁾ El equilibrio autonómico también puede verse alterado, como lo demuestra una respuesta exagerada de catecolaminas a circunstancias estresantes, y mayores concentraciones de catecolaminas circulantes. ^(47,48)

Alteraciones en estas vías pueden conducir a complicaciones cardiovasculares a través de aumentos en la presión sanguínea y la coagulación, ya que las catecolaminas elevadas tienen efectos directos sobre el corazón, los vasos sanguíneos y las plaquetas. ^(49,50) Las catecolaminas también han estado implicadas en el desarrollo de insuficiencia cardíaca e isquemia cardíaca. ^(51,52) Además, los pacientes con TEPT demuestran disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca, disfunción barorreflexa y aumento de la variabilidad del QT en los ECG. ⁽⁴⁹⁾ Cada una de estas medidas fisiológicas se ha relacionado con el riesgo de SCA, ya que la reducción de la variabilidad de la frecuencia cardíaca predice la mortalidad después del infarto de miocardio. ⁽⁵³⁾

La inflamación es otro importante mecanismo potencial de aumento del riesgo de SCA. Aunque el aumento de las citoquinas inflamatorias puede ser adaptativo en el contexto de la reparación de una lesión aguda, la inflamación crónica se reconoce ahora como un factor importante en la patogénesis y la progresión de la enfermedad cardiovascular. ^(54,55) Von Känel *et al*, encontraron una relación directamente proporcional entre la gravedad de los síntomas del TEPT y la inflamación, incluyendo el aumento de los niveles de factor de necrosis tumoral α y la interleuquina 1 β y la disminución de los niveles de la interleucina antiinflamatoria citocínica. ⁽⁵⁶⁾

Los mediadores potenciales del comportamiento del aumento del riesgo de SCA incluyen el uso de sustancias, la obesidad, la disminución de la actividad física, la falta de adherencia a la medicación y la alteración del sueño. Es conocido que los pacientes con TEPT tienen mayores tasas de consumo de tabaco y dependencia de alcohol y sustancias, así como tendencia a la automedicación y síntomas hiperactivos, incluso en comparación con otras patologías mentales afectivas. ^(57,58)

El TEPT también se ha asociado con un riesgo de obesidad considerablemente mayor en estudios epidemiológicos grandes. ⁽⁵⁹⁾ Esta asociación es probablemente multifactorial y podría implicar otros vectores del estilo de vida, tales como una dieta pobre y una actividad física disminuida. Aunque se han publicado pocos datos sobre la ingesta dietética en pacientes con TEPT, múltiples estudios, entre ellos uno realizado en pacientes con SCA existente, han encontrado que estos pacientes reportan tasas más bajas de actividad física. ⁽⁶⁰⁾ El comportamiento sedentario puede ser particularmente importante, fuertemente conectados a

otros factores de riesgo cardíaco, como el aumento de la presión arterial, la resistencia a la insulina y los niveles de colesterol. ⁽⁶¹⁾

Los trastornos psicológicos comórbidos y las alteraciones del funcionamiento social también pueden aumentar el riesgo de SCA en los pacientes con TEPT y viceversa. Esto puede conducir a dificultades con el desarrollo y mantenimiento de relaciones que pueden disminuir las redes sociales y de apoyo. En un estudio comunitario de 2 985 adultos, las personas con TEPT reportaron niveles significativamente más bajos de apoyo social y menor calidad en relaciones de pareja e interpersonales. ⁽⁶²⁾ El aislamiento social se ha relacionado con la disminución de la supervivencia después del IAM y con una mayor mortalidad total. ⁽⁶³⁾

El TEPT es un cuadro complejo que genera modificaciones en la vida de quien lo padece según la Encuesta Nacional de Comorbilidad, un estudio poblacional de adultos estadounidenses, los participantes con TEPT tuvieron una probabilidad aumentada del 40 % de no adaptarse a sus funciones cotidianas y un aumento del 150 % de probabilidad de desempleo actual en comparación con los participantes sin TEPT. El estatus socioeconómico está fuertemente asociado con un mayor riesgo de episodios de SCA y mortalidad independiente de los factores de riesgo tradicionales de esta patología y el acceso a la asistencia sanitaria. ⁽⁶⁴⁾

Evaluación del trastorno de estrés postraumático

El TEPT requiere una evaluación cuidadosa, la naturaleza misma de los síntomas (especialmente la evitación por parte del paciente de cualquier estímulo o referencia asociados al trauma experimentado), así como la existencia de fenómenos disociativos, pueden inducir al terapeuta a no ver la conexión entre los síntomas actuales (ansiedad, depresión, irritabilidad, consumo abusivo de alcohol, etc.) y la experiencia del trauma y, en consecuencia, a no ofrecer el tratamiento adecuado. ⁽⁶⁵⁾ Hasta la fecha el diagnóstico del TEPT se basa fundamentalmente en la exploración clínica realizada por el especialista, lo que resulta sumamente demandante en cuanto a esfuerzo y tiempo, y se traduce en baja viabilidad y economía para efectos de una investigación. ⁽⁶⁶⁾

Las medidas de exploración tipo instrumentos, han sido una opción a la que han recurrido múltiples investigadores por lo parsimonioso que resulta su implementación y las propiedades estadísticas que muchas ostentan. Existen diversos tipos de escalas (autoinformes, heteroaplicadas, entrevistas estructuradas, etc.) diseñadas para el evaluar el TEPT y, algunas,

han sido adaptadas para su exploración en patologías médicas. ⁽³⁵⁾ Los autores reconocen el valor de la implementación de cada una de ellas, pero encuentran más viable la utilización de las heteroaplicadas ya que con ellas se disminuye el margen de error y se conserva mayor relación con los criterios diagnósticos a los que se refieren. ^(12,20)

Objetivo general

Determinar la presencia de indicadores de trastorno de estrés postraumático en pacientes adultos que han padecido uno o más episodios de síndrome coronario agudo, hasta un año posterior al último evento, atendidos ambulatoriamente en el Departamento de Cardiología, del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” y en el Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Caracas, durante el período febrero-mayo, 2018.

Objetivos específicos

1. Describir las características demográficas y clínicas de los pacientes.
2. Determinar el nivel de trastorno de estrés postraumático en la escala global.
3. Determinar el nivel de trastorno de estrés postraumático en cada una de las escalas específicas: a) Reexperimentación; b) Evitación; c) Alteraciones cognitivas; d) Hiperactivación psicofisiológica.
4. Comparar la presencia y nivel del trastorno de estrés postraumático en las distintas manifestaciones clínicas del Síndrome Coronario Agudo.
5. Comparar la presencia y nivel del trastorno de estrés postraumático en pacientes dependiendo del número de episodios de Síndrome Coronario Agudo.
6. Comparar el comportamiento del nivel de trastorno de estrés postraumático en los pacientes de las instituciones seleccionadas.

Aspectos éticos

Para efectos de velar por la salud, dignidad, integridad e intimidad de los participantes, la presente investigación se enmarcó a los lineamientos nacionales e internacionales vigentes, lo que incluye el comité de bioética hospitalaria (de ambas instituciones donde se realizará el proyecto), las normas universitarias y aquellas que rigen el ejercicio de la psicología, en específico:

Artículo 55: la investigación en Psicología deberá ser realizada y supervisada por personas técnicamente entrenadas y científicamente calificadas. ⁽⁶⁷⁾

Artículo 57: para proteger la integridad física y mental de la persona, la experimentación con humanos debe cumplir los siguientes requisitos:

- Toda persona debe expresar con absoluta libertad su voluntad de aceptar o rechazar su condición de sujeto de experimentación.
- Debe tener la facultad de suspender la experiencia en cualquier momento.
- Debe estar suficientemente informado acerca de la naturaleza, alcance, fines y consecuencias que pudieran esperarse de la experimentación, excepto en aquellos casos en que la información pudiera alterar los resultados de la misma. ⁽⁶⁷⁾

Artículo 60: el investigador deberá garantizar el anonimato de las respuestas de los sujetos sometidos a investigaciones y aminorar la posibilidad de cualquier daño moral a aquellos. ⁽⁶⁷⁾

En este sentido se solicitó el permiso de cada uno de los pacientes, para obtener la información requerida en la investigación, a través del consentimiento informado (Anexo 1). Previamente, se le explicó el objetivo del estudio y los instrumentos a utilizar respetando la autonomía en la decisión de participar o no, así como la posibilidad de retirarse en el momento deseado.

Aunado a esto, se les informó a aquellos pacientes que presentaron indicadores propios de TEPT, la necesidad de atención por parte de un profesional de área de la salud mental garantizando su bienestar, previniendo las complicaciones propias de la presencia de la comorbilidad con la patología psiquiátrica.

MÉTODOS

Tipo de estudio

La investigación es un estudio de casos de tipo descriptivo. El diseño es transversal, prospectivo, correlacional y multicéntrico.

Población y muestra

Estuvo representada por 69 adultos, de ambos sexos, mayores de 18 años de edad, con diagnóstico confirmado de Síndrome Coronario Agudo, atendidos de manera ambulatoria en el Departamento de Cardiología del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” y en el Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Caracas, durante el período febrero-mayo, 2018.

El muestreo fue no probabilístico, de conveniencia, tratándose de adultos con diagnóstico confirmado de SCA que estuvieran siendo atendidos de manera ambulatoria en los centros ya descritos, durante el periodo de tiempo delimitado y que se adaptaran a los objetivos y alcances de la propuesta de estudio. ⁽⁶⁸⁾ Se excluyeron participantes que presentaran:

- Negativa a la participación en el estudio.
- Factores que impedían la administración del instrumento, tales como:
 - Deterioro neurocognitivo mayor: para ello se administró a la muestra del estudio de 65 años de edad o más, la Evaluación Cognitiva de Montreal (M.O.C.A.) que examina habilidades como: atención, concentración, funciones ejecutivas (incluyendo capacidad de abstracción), memoria, lenguaje, capacidades visoconstructivas, cálculo y orientación. ⁽⁶⁹⁾
 - Barrera idiomática.
 - Discapacidad auditiva.
- Insuficiencia cardíaca descompensada.
- Antecedentes y presencia actual de patología mental (exceptuando ansiedad y depresión).
- Presentar un tiempo mayor a un año desde el último evento cardíaco.
- Presentar un tiempo menor a un mes desde el último evento cardíaco.

Procedimientos

Una vez delimitada la muestra, se procedió a la administración del instrumento.

Recursos humanos y materiales

Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático – Revisada: elaborada en España por Echeburúa *et al* (2016), basada en los criterios diagnósticos del DSM-5, consta de 21 ítems que se corrigen en un formato tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas (0: Nada; 1: Poco; 2: Bastante; 3: Mucho). Validada en una muestra de víctimas de violencia intencional (agresiones sexuales y violencia contra la pareja) y también, en menor medida, en víctimas de accidentes. Posee propiedades psicométricas adecuadas como: alta consistencia interna ($\alpha = 0,91$), buena validez discriminante ($g = 1,27$) y convergente ($r_{bp} = 0,78$), así como eficacia diagnóstica de 82,48 %. ⁽⁷⁰⁾ Se estructura en función de cinco bloques:

1. El suceso traumático: registra el tipo de suceso que padeció la persona, el tipo de exposición a la que fue sometida (exposición directa: vivida en primera persona; testigo directo: presencia del evento traumático en alguien cercano o significativo; testigo por referencia: haber sido sometido a detalles explícitos del evento en alguna persona; interviniente: profesional o particular que ha asistido a alguna persona en una situación como la traumática), la frecuencia del suceso traumático, si ha recibido tratamiento (el tipo y la duración) y la exposición previa o antecedentes del suceso traumático o una situación similar.
2. Los núcleos sintomáticos: fundamentados en los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-5, que evalúan:
 - a. Reexperimentación: síntomas de intrusión asociados al suceso traumático y que tienen lugar posterior al mismo.
 - b. Evitación conductual y cognitiva: referido a la evasión persistente de estímulos asociados al suceso traumático y que tienen lugar posterior al mismo.
 - c. Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo: perturbaciones cognitivas y emocionales, asociadas al suceso traumático y que tienen lugar posterior al mismo.
 - d. Hiperactivación: alteraciones de la alerta y reactividad, asociadas al suceso traumático y que tienen lugar posterior al mismo.
3. Información complementaria: relativa a la presencia de síntomas disociativos como despersonalización y desrealización. También se registra si la presentación del TEPT es demorada (seis meses posteriores al suceso traumático) o no.

4. Disfuncionalidad en la vida cotidiana relacionada con el suceso traumático: evalúa la presencia de deterioro global en las aristas o dominios que conforman la vida del sujeto (relación de pareja, familiar, desempeño laboral o académico, vida social y tiempo de ocio).
5. Signos de vivencia traumática expresados en la entrevista: se trata de un registro (de presencia o ausencia) que lleva a cabo el evaluador a fin de considerar objetivamente ciertos elementos clínicos relacionados con la vivencia traumática y manifestaciones de ansiedad. Compuesto por signos observables (dificultad para hablar sobre el hecho, llanto o angustia, relato del hecho como un tercero), activación fisiológica (habla entrecortada, sensación de quedarse sin aire, sudoración, entre otros) y síntomas cognitivos que son preguntas directas relacionadas con pensamientos sobre temor a volverse loco o perder el control, miedo a morir, culpa y retaliación.

El diagnóstico de TEPT va a requerir la presencia de un síntoma en reexperimentación, un síntoma en evitación, dos síntomas en alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo y dos síntomas en hiperactivación psicofisiológica. Un síntoma se considera presente cuando se puntúa con dos o más en el ítem correspondiente. ⁽⁷⁰⁾

Por sugerencia de los autores de la escala, se llevó a cabo una adaptación de la misma considerando la población clínica y los elementos transculturales. En este sentido, se realizó una validación de contenido por juicio de expertos conformado por dos psicólogos clínicos, un médico psiquiatra, tres médicos cardiólogos y un lingüista; se les contactó en sus sitios de trabajo o a través de redes sociales, y se les envió información escrita suficiente sobre el propósito de la investigación (objetivos), conceptualización del universo de contenido y la tabla de especificaciones o de operacionalización de las variables del estudio. A través del método de agregados individuales, se encargaron de estimar, de manera independiente: la relevancia y congruencia de los reactivos de la escala con el contenido teórico, la claridad en la redacción y el sesgo o tendenciosidad en la formulación de los ítems, más observaciones pertinentes (Anexo 2).

Las decisiones de mantenimiento, modificación o eliminación de los ítems se tomaron en función de la coincidencia favorable o no entre los jueces, relacionados con la claridad, pertinencia, redacción y tendenciosidad del reactivo con la investigación. ⁽⁷¹⁾ De dicha revisión

derivó la versión adaptada a la población clínica a estudiar de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Anexo 3).

Ya que no existía información alguna acerca del comportamiento de la escala adaptada, se llevó a cabo un segundo nivel de validación que consistió en una determinación cualitativa del comportamiento de la muestra con el uso de la misma; no se vislumbraron indicadores que sugirieran la necesidad de alguna modificación. Como paso siguiente, a fin de determinar las propiedades psicométricas de la escala adaptada, se realizó una validación de constructo, que fue llevada a cabo por medio de un tratamiento estadístico *ad hoc* que atendió a la factibilidad y resultó más ventajoso al ser comparado con una prueba piloto, puesto que no agotó sino que incluyó en sí toda la población para determinar las propiedades de la prueba. En específico se realizó el análisis de la consistencia interna (confiabilidad) y la dimensionalidad de la escala mediante el Análisis Factorial Confirmatorio. ⁽⁷¹⁾

Consistencia interna

Se estableció un índice de Alpha de Cronbach con el propósito de determinar la homogeneidad o heterogeneidad de cada dimensión que compone el instrumento. ⁽⁷⁴⁾ Obteniéndose como resultados que los índices de consistencia para las dimensiones que conforman la prueba fueron: reexperimentación 0,86; evitación conductual/cognitiva 0,75; alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo 0,77; hiperactivación psicofisiológica 0,77 y la escala global 0,94 (Anexo 4 – Tabla 1).

Los resultados dan cuenta que es una escala con una buena consistencia interna, es decir, sus dimensiones poseen una adecuada homogeneidad entre los reactivos que las conforman, lo que implica que al conocer el desempeño de una persona en un ítem, se podrá predecir cómo será el desempeño en el resto de la dimensión.

Análisis factorial

En primera instancia, se llevó a cabo la prueba de esfericidad de Bartlett que arrojó resultados estadísticamente significativos para un nivel de significación $< 0,01$ (Anexo 5 – Tabla 2). De este modo se justifica la elección del método factorial como procedimiento para analizar los resultados del instrumento y la posibilidad de confirmar las dimensiones a partir de los componentes o factores extraídos. ⁽⁷²⁾

Para la determinación del análisis factorial, se ejecutó un análisis de componentes principales con rotación ortogonal Varimax, a través del paquete estadístico SPSS versión 24. Se seleccionó este método por ser uno de los más utilizados en la literatura psicológica ya que permite hacer una aproximación de la estructura simple en estudios analíticos factoriales; de este modo se consigue dispersar la mayor cantidad de varianza a través de los factores (dimensiones) y al mismo tiempo obtener la estructura más simple posible. ⁽⁷²⁾

En el análisis sólo se consideraron aquellos ítems con cargas mayores a 0,30, sin embargo, se incluyeron cargas menores en los casos de los reactivos que no superaban este valor en ningún factor. Cuando los ítems cargaron en más de un factor simultáneamente, se consideraron dentro del factor donde presentaban la carga más alta.

Se obtuvo que el porcentaje de varianza total explicada para las cuatro dimensiones de la prueba fue de 68,46 % (Anexo 6 – Tabla 3). Lo que se traduce en que la prueba explica más del 68 % de la variable, por lo general, en las ciencias sociales, es adecuado considerar una solución que represente un 60 % de la varianza total como satisfactoria y en algunos casos incluso menos. ⁽⁷³⁾ Por lo que puede considerarse apropiada la solución anterior. El primer factor obtenido, recoge la mayor cantidad de varianza, explicando el 26,83 % de la varianza total. Con relación al resto de los factores, es importante reconocer que recogen porcentajes menores, observándose una notable diferencia.

En específico, los datos arrojados por el análisis de matriz de componentes rotados (Anexo 7 – Tabla 4), indican que existen cuatro factores claramente definidos. En el primer factor se agrupan los reactivos que tienen que ver con la respuesta conductual y fisiológica ante el evento traumático y recordatorios del mismo, observándose altas correlaciones positivas y directamente proporcionales en los ítems (16, 19, 13, 20, 10, 18, 8 y 4), por lo tanto, este factor fue denominado: hiperreactividad psicofisiológica.

Los ítems que se agrupan en el segundo componente son los que tienen relación con el impacto cognitivo y emocional del evento traumático y recordatorios del mismo (5, 1, 2, 6, 15). Se evidencia que las correlaciones que se agrupan, se dan de modo positivo y con una intensidad que fluctúa entre moderada y alta. Es por lo anterior, que este factor se llamó: alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo.

El tercer factor está constituido por dos ítems, uno con alta carga positiva (14) y otro con alta carga negativa o inversa (11). El ítem con alta carga positiva apunta al dominio de interacción social y el ítem con alta carga negativa se caracteriza por una descripción individual y el manejo ante la culpa. Porque el factor alude claramente al dominio social, se denominó: relaciones interpersonales.

Por su parte, el cuarto factor está conformado por un único reactivo (17) que posee carga elevada y positiva, y se relaciona con las acciones que realiza el sujeto y que no son recomendables para la salud, por lo que fue significado como: conductas de riesgo.

En términos generales, por medio del análisis factorial, se encontró que los ítems que conforman la escala se unen a cuatro componentes (hiperreactividad psicofisiológica, alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo, relaciones interpersonales y conductas de riesgo), similares a las 4 dimensiones de la versión original de la escala, con la particularidad que presentan cargas bastante heterogéneas para explicar las variables.

Es por esta razón que se considera que la versión adaptada de la escala solo posee validez de contenido dada por los expertos, ya que su validez de constructo es menor a la encontrada en la versión original de la escala que ostenta una validez discriminante ($g = 1,27$) y convergente ($rbp = 0,78$ con el diagnóstico), aunado a que los resultados del análisis factorial confirmatorio apoyan los cuatro núcleos de síntomas del DSM-5. Lo que adquiere sentido por la menor cantidad de población utilizada para el análisis factorial en la adaptación. ⁽⁷³⁾

Finalmente, se recolectó toda la información, se organizó en una matriz de almacenamiento de datos y se procesó para el análisis estadístico de los resultados.

Tratamiento estadístico adecuado

Se calculó la media y la desviación estándar de las variables continuas; en el caso de las variables nominales, se calcularon frecuencias y porcentajes. Se aplicó la prueba Chi-cuadrado de Pearson en la comparación de variables nominales entre pacientes con y sin TEPT, en el caso de variables continuas, se aplicó la prueba t de Student para muestras independientes. Se consideró un valor estadísticamente significativo si $p < 0,05$. Los datos fueron analizados y tabulados con el paquete estadístico SPSS versión 24. ⁽⁷⁴⁾

RESULTADOS

Características de la muestra

La muestra estuvo compuesta por 69 participantes: el 100 % procedente del distrito capital, 50 de ellos (72,5 %) corresponde al sexo masculino y 19 (27,5 %) al sexo femenino. La edad promedio fue 52 años. Respecto al hospital donde eran atendidos: 53 (76,8 %) son pacientes del Departamento de Cardiología del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” (H.M.C.A.) y 16 (23,2 %) del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Caracas (H.U.C.). Al caracterizar el estado civil se encontraron 47 pacientes (68,1 %) casados, 12 (17,4 %) solteros, 8 (11,6 % viudos) y 2 (2,9 %) divorciados. En cuanto al grado de instrucción: 38 (55,1 %) de los pacientes aseguraron ser universitarios, 24 (34,8 %) bachilleres y 7 (10,1 %) con técnico superior universitario. Respecto a la situación laboral: 38 (55,1 %) estaban activos, 14 (20,3 %) de reposo médico, 10 (14,5 %) jubilados, 5 (7,2 %) retirados y 2 (2,9 %) en oficios del hogar (Anexo 8 - Tabla 5).

Distribución de pacientes según tipo de exposición y frecuencia del suceso

Del total de la muestra, 56 pacientes (81,2 %) tenían un diagnóstico confirmado de IAM y 13 (18,8 %) de AI. En cuanto a la frecuencia del suceso se obtuvo que 55 (79,8 %) de los pacientes presentaron un único episodio de SCA, 7 (10,1 %) más de un episodio de IAM y 7 (10,1 %) más de un episodio de AI, respectivamente. De igual manera, los resultados refieren que en 38 de los pacientes (55,1 %) el SCA había tenido lugar en un periodo menor a 6 meses. Por su parte, 46 pacientes (66,7 %) negaron haber tenido otro tipo de exposición, 13 (20,2 %) fueron testigo por referencia, 5 (7,2 %) testigo directo y 4 (5,8 %) estuvieron en otras situaciones como intervinientes (Anexo 9 – Tabla 6).

Distribución de pacientes según el hospital donde eran atendidos

De los 53 pacientes que eran atendidos en el HMCA, 41 (77,36 %) tenían diagnóstico confirmado de IAM y 12 (22,64 %) de AI. En el HUC la muestra se comportó similar, con mayor prevalencia de casos de IAM (93,17 %) que de AI (6,25 %). En cuanto a la presencia de indicadores de TEPT: para el HMCA el total fue de 58,49 % y en el HUC 43,75 %, lo que no supone una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,299$). De igual manera se encontró que los pacientes atendidos en el HUC recibían en mayor medida tratamiento

psicofarmacológico, psicoterapéutico o combinado, que los pacientes pertenecientes al HMCA ($p = 0,032$) (Anexo 10 - Tabla 7).

Distribución de pacientes según la escala global y las específicas

En la escala global: 38 pacientes (55 %) se encuentran por encima del punto de corte para indicar la presencia de TEPT. Con respecto a las escalas específicas: 46 pacientes (66,7 %) puntuaron positivo para reexperimentación, 42 (60,9 %) evitación conductual/cognitiva, 44 (63,8 %) alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo y 38 (55,1 %) hiperactivación psicofisiológica (Anexo 11 - Tabla 8).

Relación del tipo de evento y presencia de trastorno de estrés postraumático

Al comparar la presencia de TEPT en las distintas manifestaciones clínicas del SCA, se encontró que de los 56 pacientes con IAM, 35 (62,5 %) desarrolló TEPT y de los 13 pacientes con AI, 3 (23,1 %) presentaron el trastorno; indicando mayor riesgo a desarrollar TEPT en casos de IAM sobre AI con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,010$) (Anexo 12 – Tabla 9).

Relación Trastorno de Estrés Postraumático y las variables principales de la escala

Del 55 % de pacientes que desarrolló TEPT según la escala global: 100 % presentó alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo, 92,1 % disfuncionalidad global, 90,48 % evitación conductual y cognitiva, 89,47 hiperactivación psicofisiológica y 80,43 % reexperimentación. Indicando un mayor riesgo de desarrollo de TEPT en aquellos pacientes que presentaron signos positivos de las variables principales de la escala ($p = 0,026$) (Anexo 13 – Tabla 10).

Relación Trastorno de Estrés Postraumático e información complementaria de la escala

Se encontró que los signos observables, la activación fisiológica y los síntomas cognitivos, no presentan una influencia estadísticamente significativa que se pueda relacionar con el desarrollo del TEPT ($p = 0,343$) (Anexo 14 – Tabla 11).

Relación de las variables epidemiológicas con la presencia de trastorno de estrés postraumático

El 100 % de los pacientes viudos (8) y divorciados (2), se encontró por encima del punto de corte para indicar presencia de TEPT, mostrando una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,021$) al compararse con otros estados civiles donde el 43,9 % (23) de los pacientes casados

y el 41,7 % (5) de los solteros, desarrollaron el trastorno. De igual manera, se halló asociación de la presencia de TEPT y la situación laboral ($p = 0,001$), la mayoría de los pacientes sin TEPT (83,9 %) estaban laboralmente activos, en comparación con aquellos que tenían TEPT, se encontraban en reposo médico (31,6 %), jubilados (13,2 %) y retirados (18,4 %). Los resultados no reflejan un nivel de significancia cuantitativo para el resto de las variables epidemiológicas como edad ($p = 0,085$), sexo ($p = 0,77$), hospital donde eran atendidos ($p = 0,29$) y escolaridad ($p = 0,99$) (Anexo 15 – Tabla 12).

Relación de presencia del trastorno de estrés postraumático y variables clínicas

Se encontró que de los 31 pacientes presentaron el SCA en un tiempo mayor a seis meses, 10 de ellos (26,3 %) desarrollaron TEPT, y de los 38 pacientes que presentaron el SCA en un tiempo menor a 6 meses, 28 de ellos (73,7 %) puntuaron positivo para TEPT; lo que da cuenta de una diferencia estadísticamente significativa en relación a la temporalidad ($p = 0,001$). De igual manera, se destaca que de los 23 pacientes que experimentaron otra exposición, 17 (73,9 %) desarrollaron TEPT; siendo un factor que influye significativamente ($p = 0,026$) aumentando el riesgo de aparición de la patología mental. Así mismo, de los 14 pacientes con exposición previa, 11 (78,6 %) puntuaron por encima de lo establecido para determinar presencia de TEPT, reflejando una relevancia estadística ($p = 0,048$). Por su parte, la presencia de síntomas disociativos no se asoció al TEPT ($p = 0,565$), así como el tipo de tratamiento recibido ($p = 0,752$), ni los antecedentes de ansiedad o depresión ($p = 0,565$) (Anexo 16 – Tabla 13).

DISCUSIÓN

Las características epidemiológicas de la muestra, reflejan una predominancia del sexo masculino (72,5 %), y un promedio de edad de 52 años (\pm 13 años) en pacientes con SCA; confirmando los datos reportados por el Anuario de Mortalidad del Ministerio del Poder Popular para la Salud en cuanto a la proporción 3:1 en población masculina del SCA y la edad media de afectación de la entidad nosológica. ⁽²⁸⁾ El hecho que la muestra esté constituida en su mayoría por pacientes del Departamento de Cardiología del HMCA (76,8 %), se explica por el bajo ingreso de pacientes en la Unidad de Cuidados Coronarios del HUC que coincidió con el periodo estipulado para la fase de campo.

El 55 % del total de la muestra con SCA se encontró por encima del punto de corte para determinar presencia del TEPT. Prevalencia que resulta elevada cuando se compara con lo reportado en la revisión metaanalítica llevada a cabo por Edmondson *et al* (2012), quienes refieren una presentación que oscila entre el 12 y 25 % de los casos. ⁽⁹⁾ Lo mismo se deduce del contraste con la investigación llevada a cabo en Venezuela por Posadas *et al* (2006) donde la patología tuvo lugar en 5,4 % de los casos. ⁽¹²⁾ Tal como refiere la literatura, las variaciones que se encuentran en un estudio a otro sobre la prevalencia del TEPT en el SCA se deben a múltiples factores, dentro de los más importantes se destacan: antecedentes de patología mental, el tipo de instrumento utilizado para la medición, el tipo de atención que recibe y el contexto en el que se encuentra el paciente (acceso a atención medica expedita, evaluaciones y medicamentos; las condiciones ambientales y socioculturales en general). ^(13,15,18,20)

Para efectos de este estudio se excluyeron los antecedentes de patología mental exceptuando ansiedad y depresión, y la presencia de estas condiciones no resultó significativa para el desarrollo del TEPT ($p = 0,565$). En relación al tipo de instrumento, se utilizó una escala heteroaplicada, método valorado por los investigadores como el modo más preciso de evaluación de una entidad nosológica tan compleja como el TEPT, disminuyendo significativamente el margen de error y conservando clara relación con los criterios que establece la fenomenología. ^(12,20) Por lo que difícilmente se puede explicar la elevada prevalencia del TEPT en los pacientes con SCA, reportada en este estudio, por estos elementos.

La presencia de posibles situaciones contextuales y socio-económicas desfavorables actuales en Venezuela pudiera plantear una afectación del tipo de atención recibida y el contexto en el que

se encuentra el paciente con SCA, lleno de carencias y barreras que impiden la implementación de estrategias para la adecuada prevención y control. Ya en 2014 Núñez *et al*, señalaban que la praxis de la medicina cardiovascular en Venezuela plantea un panorama epidemiológico caracterizado por importante morbimortalidad intra y extrahospitalaria, y en el caso de sobrevivencia, padecer una patología como el SCA representa pérdida en la productividad laboral, enorme impacto económico y social, con una tasa de discapacidad resultante que no logra cubrir el individuo, la familia y el sistema de salud. ⁽²⁶⁾ El IAM y la AI en sí mismos son considerados factores estresantes, en estudios previos pacientes los calificaron como la peor experiencia de sus vidas. ⁽¹¹⁾ Si a ello, se le suma el contexto ya descrito donde predominan situaciones que sobreexigen las capacidades del sujeto para reponerse, resulta comprensible una evaluación mayor de vivencia traumática. Pudiéndose deducir que el aumento de la prevalencia reportado en el estudio adquiere sentido por el detrimento de las condiciones de atención médica, económicas e institucionales actuales del país, que fungen como potenciadores de la percepción estresante del SCA.

Se asoció un mayor riesgo de desarrollo de TEPT en aquellos pacientes que se encontraron por encima del punto de corte para cada una de las variables principales de la escala ($p = 0,026$). Estas no solo se centran en la descripción fenomenológica de la patología mental sino que aportan información en relación a la percepción subjetiva de la persona en torno al suceso traumático. Lo que parece apoyar los planteamientos de Edmondson *et al* (2013), en cuanto a que la afectación del TEPT tiene lugar en la subjetividad del individuo y que va a estar conformada por aspectos personales y socioculturales. ⁽¹⁸⁾ Las variables más afectadas fueron:

- Alteraciones cognitivas y el estado de ánimo negativo: el 100 % de los pacientes con TEPT presentó compromisos en sus pensamientos y emociones. Hallazgo que se relaciona con los planteamientos de Princip *et al* (2015), quienes encontraron una importante asociación entre el desarrollo y mantenimiento del TEPT en aquellos pacientes con SCA en los que predominaban pensamientos pesimistas (sobre sí mismos, su entorno y su enfermedad) y estado de ánimo disfórico como consecuencia de esto. ⁽¹³⁾
- Disfuncionalidad global: el 92,1 % de los pacientes con TEPT refirió deterioro en la relación de pareja, familiar, desempeño laboral, vida social y tiempo de ocio. De allí que el SCA pueda ser entendido como un estresor complejo que repercute en todas aquellas aristas que componen la vida funcional del sujeto y que, cuando estas se comprometen,

el riesgo de aparición de las patologías mentales, como el TEPT, se exagera. ⁽⁶²⁾ La disfuncionalidad del sujeto es un potenciador de la percepción negativa de la enfermedad. El evento no es vivido como una condición más sino que pasa a ser significado de una manera más amplia donde la enfermedad ocupa la vida del sujeto. ⁽¹¹⁾

- Evitación conductual y cognitiva: en el 90,48 % de los pacientes con TEPT se encontraron modificaciones importantes en sus pensamientos y conductas a fin de sortear recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados o personas que recuerden el trauma. Síntoma característico de los pacientes con TEPT que se presenta como mecanismo regulador o defensivo del sujeto para prevenir el malestar que generan los recordatorios externos del suceso experimentado. ⁽¹⁾ En la población de pacientes con enfermedades médicas como el SCA resulta una medida desadaptativa y de riesgo ya que puede conducir a no buscar ayuda médica para un evento coronario recurrente, acentuando la morbimortalidad cardiovascular, y el aumento de reingresos relacionados con la cardiopatía coronaria. ^(43,44)
- Hiperactivación psicofisiológica: el 89,47 de los pacientes con TEPT presentó alteraciones relacionadas con la alerta, reactividad, higiene del sueño e ingesta alimentaria. Hallazgo que si se evalúa a la luz de los planteamientos de Von Känel *et al* (2010), refleja claro riesgo al desarrollo de comportamientos que incluyen el uso de sustancias, obesidad, disminución de la actividad física, falta de adherencia a la medicación y los comportamientos recomendados para la salud, así como tendencia a la automedicación. ⁽⁵⁶⁾ Aumentando el riesgo a re-infartos y peor calidad de vida en general. ⁽⁶⁰⁾
- Reexperimentación: fue la dimensión que en mayor medida se presentó en el total de la muestra (66,7 %), y que tuvo menos expresión dentro del TEPT (80,43 %). Esto da a entender que los síntomas de intrusión asociados al suceso traumático no están estrictamente condicionados al desarrollo de TEPT; existiendo un grupo de pacientes que puede padecerlos y no tener la patología mental propiamente dicha. Lo que se corresponde con los planteamientos de Tulloch *et al* (2014), quienes aseveran que el SCA causa malestar general y deterioro funcional en los pacientes sin la necesidad de

un diagnóstico psiquiátrico propiamente dicho. Habiendo síntomas aislados que son necesarios explorar para su correcta atención.⁽³⁶⁾

El paciente con SCA que desarrolla TEPT no solo va a acarrear con una serie de síntomas desfavorables en su funcionamiento emocional y percepción de la enfermedad, sino que va a convivir con una distorsión en su pensamiento, emociones, juicio y conductas que resulta sumamente deletéreo para sí mismo y su entorno.⁽³⁹⁾ Habiendo una cascada sintomática adversa donde el SCA afecta la vida del sujeto, ello causa el desarrollo de una patología mental, como TEPT, que va a causar mayor afectación en su dimensión psicológica, social y en la enfermedad médica propiamente dicha.⁽²⁾ Viéndose afectados los dominios principales que componen la vida del sujeto. Guardando relación con lo referido por Tulloch *et al* (2014) quienes reportan que la importancia va más allá del diagnóstico de la entidad nosológica, esta reside en los indicadores sintomáticos que presente el paciente y el impacto en el funcionamiento y vida global.⁽³⁶⁾

Asimismo, se destaca que las puntuaciones positivas en las variables principales de la escala no se presentan únicamente en los casos de TEPT, también tiene lugar en el resto de la muestra del estudio, pero en menor medida y sin representatividad estadística. En este sentido Abbas *et al* (2009) señalaron que existen casos donde el SCA no se relaciona con el desarrollo del TEPT propiamente dicho, pero sí en la presencia de ciertos indicadores que generan afeción en el sujeto. Por lo general, estos casos son desatendidos, puesto que son poco frecuentes y la manifestación clínica sigue un curso subagudo, con la presencia de algunos síntomas aislados, que si bien generan malestar clínicamente significativo, no son percibidos por el entorno y se relacionan con un compromiso importante en el funcionamiento y adaptación del sujeto a su funcionalidad global.⁽³⁸⁾

Adicionalmente, se encontró una mayor probabilidad de desarrollar TEPT en pacientes con IAM que con AI ($p = 0,010$); hallazgo que claramente se corresponde con los datos arrojados en otras investigaciones como la de Sumner *et al* (2017) quienes encontraron una mayor correlación del TEPT con IAM y un peor pronóstico general cuando se compara con la AI. Lo que se explica por el mayor impacto físico que tiene el IAM sobre el sujeto donde la vivencia de muerte es mayor, las conductas médicas suelen ser más invasivas y los cambios en la vida diaria más drásticos.⁽¹⁶⁾ Aunado a esto, el estudio llevado a cabo en Venezuela por Posadas *et al* (2006)

refleja un comportamiento similar, encontrándose que el tipo de SCA va a fungir como factor de riesgo a desarrollar el TEPT, siendo únicamente el IAM la condición que desencadena la patología mental, relacionado con el mayor dolor físico que tiene lugar tras un IAM así como las consecuencias médicas generales. ⁽¹²⁾ En este sentido, el IAM cumple con características de trauma por ser un evento potencialmente mortal, debilitante, repentino y que genera cambios significativos en todas las aristas que conforman la vida del sujeto. ⁽³⁵⁾ No así la AI que es un evento que causa un impacto de menor intensidad en el sujeto y que las medidas terapéuticas que realiza el cardiólogo son menos agresivas. ⁽²³⁾

El desarrollo del TEPT no solo va a estar condicionado al tipo de SCA, sino que va a verse influido en gran medida por las características individuales del sujeto que lo padece. Hecho que comulga con la concepción del diagnóstico de TEPT ya no a partir del tipo de acontecimiento traumático sino en función a la historia y vivencia subjetiva de la persona del evento. ⁽¹⁸⁾ El estado civil resultó ser una variable determinante, encontrándose mayor propensión a desarrollar la patología mental en los pacientes viudos y divorciados que en los pacientes solteros y casados ($p = 0,021$). En este sentido, Zen *et al* (2012) en su estudio reportaron niveles bajos de apoyo social y calidad en relaciones de pareja como factor de riesgo al desarrollo de TEPT en pacientes con SCA; siendo el funcionamiento social una arista fundamental en la salud mental de los pacientes con SCA. ⁽⁶¹⁾

Asociación también encontrada entre la presencia de TEPT y la situación laboral. La mayoría de los pacientes sin TEPT fueron laboralmente activos en comparación con aquellos que tenían TEPT, que se encuentran de reposo médico, o en condición de jubilados o retirados ($p = 0,001$). De allí que se deduce que la actividad laboral y ocupación constante produce un doble beneficio en el sujeto; por un lado como ejercicio que causa productividad y accesibilidad económica y, por otro, como espacio que permite el contacto interpersonal, el apoyo y la sensación de utilidad. Edmondson *et al* (2012) señalaron que la inactividad laboral es considerada una alteración del funcionamiento social que trae consigo un impacto negativo en las personas y se intensifica en los pacientes con SCA puesto que exacerba la percepción deletérea tanto del IAM como de la AI. ⁽⁹⁾ Esto se relaciona con el estudio poblacional publicado por la Encuesta Nacional de Comorbilidad quienes reflejan que los participantes con TEPT tuvieron una probabilidad aumentada del 40 % de no adaptarse a sus funciones cotidianas y un aumento del 150 % de probabilidad de desempleo actual, hecho que afecta el estatus socioeconómico que, a su vez,

está fuertemente asociado con un mayor riesgo de episodios de SCA y mortalidad independiente de los factores de riesgo tradicionales de esta patología y el acceso a la asistencia sanitaria. ⁽⁶⁴⁾

De igual manera, se encontró una diferencia estadísticamente significativa en relación a la temporalidad del evento cardíaco ($p = 0,001$). A mayor tiempo de haber transcurrido el evento, menor es la presencia e intensidad del TEPT y viceversa. Hallazgo que engrana con los estudios de Pedersen *et al*, por un lado, quienes sugieren que el TEPT en pacientes con SCA remite parcialmente con el tiempo, encontrándose pocos casos de manifestaciones retardadas (superior a los seis meses). ⁽³⁶⁾ Y, Abbas *et al*, por otro, puesto que demostraron que aunque la gravedad disminuye, el TEPT sigue un curso subagudo, persistiendo parte de la clínica. ⁽³⁸⁾ En ambos casos señalan que la cronicidad del TEPT va a estar condicionada a la evolución de la patología cardíaca. En los casos donde tienen lugar reinfartos, rehospitalizaciones, intervenciones agresivas, el TEPT tiene menor posibilidad de remitir con el paso del tiempo. ^(37,38)

Según lo reflejado en el estudio, otros factores que aumentan el riesgo de aparición del TEPT en pacientes con SCA, son la presencia de otros tipos de exposición ($p = 0,026$), así como haber padecido previamente uno o más episodios de SCA ($p = 0,048$). Edmondson *et al* (2013) determinaron que los aspectos que rodean al sujeto influyen de manera directa y altamente proporcional en la aparición, desarrollo e intensidad del TEPT, destacan que las malas experiencias con centros de salud, ser rehospitalizado, haber tenido otro tipo de exposición (testigo por referencia o testigo directo) aumentan el riesgo a desarrollar TEPT en pacientes con SCA. ⁽¹⁸⁾ Edmondson *et al* (2014) retoman sus exploraciones y arguyen que el tipo de exposición o los antecedentes de exposición no son un factor determinante *per se* para el desarrollo de TEPT en pacientes con SCA, la experiencia tiene que ser negativa para el sujeto, destacando que existen exposiciones y experiencias positivas que son protectoras en el sujeto con SCA. ⁽¹⁹⁾ Resulta fundamental esta revisión ya que profundiza en la concepción de los tipos y tiempos de exposición, en el estudio todos los casos refirieron a exposiciones que fueron significadas como negativas para los pacientes.

Si bien los resultados de la investigación no refieren una significación estadística en el desarrollo de TEPT para otras variables como: edad, sexo, escolaridad, síntomas disociativos, tipo de tratamiento recibido u hospital donde eran atendidos; sobre estos últimos dos puntos es importante detenerse porque se encontraron variaciones que aportan información que va más

allá del nivel cuantitativo. Hubo un menor número de pacientes con TEPT que eran atendidos en el HUC en comparación con el HMCA, lo que adquiere mayor relevancia dado que la mayoría de la muestra del HUC tenía IAM como evento (93,75 %), el cual está relacionado como factor de riesgo para el desarrollo de TEPT en comparación con la AI ($p = 0,010$). Así mismo, se encontró un menor número de pacientes con TEPT que recibían tratamiento psicoterapéutico, psicofarmacológico o combinado, en comparación con aquellos que no recibían tratamiento alguno. Hechos que están interconectados debido a que la única diferencia externa entre ambos grupos fue que el 75 % pacientes del HUC recibía (o había recibido) tratamiento por un profesional del área de la salud mental y solo el 15,1 % de pacientes del HMCA era atendido en este sentido. Sundquist *et al* (2016) advertían que el tratamiento por un profesional del área de la salud mental en pacientes con SCA y TEPT va a fungir como amortiguador del impacto TEPT, pero no se relaciona con la eliminación de su aparición.⁽¹⁵⁾ De este modo se puede explicar porqué no se encontró diferencia estadísticamente significativa en cuanto al tratamiento recibido, pero sí una pequeña variación en cuanto a su presencia.

Por último, los resultados no relacionan inferencia estadísticamente significativa de la información complementaria de la escala con la progresión del TEPT ($p = 0,343$), lo que resulta acorde al planteamiento de Echeburúa *et al* (2016) puesto que la función de esta información es proporcionar al clínico herramientas visibles para profundizar la exploración de la entidad nosológica. Una guía que permita la mayor precisión diagnóstica que a su vez se relaciona con una adecuada praxis en el tratamiento.⁽⁶⁷⁾ Por lo tanto su valor es cualitativo y se utiliza en la exploración de la presencia de la patología y el grado de afectación en el sujeto.

Conclusiones

La muestra estuvo caracterizada por pacientes del distrito capital, principalmente de sexo masculino, con edad promedio de 52 años, en su mayoría casados y con grado instrucción universitaria, cuyo último episodio de SCA fue posterior a un mes y no excede a un año.

Se encontraron altos niveles de indicadores de TEPT tanto en la escala global como en las escalas específicas, afectando una amplia gama de situaciones que componen los dominios básicos de la vida de cada uno de los pacientes, tanto aquellos relacionados con la individualidad (hábitos alimenticios e higiene del sueño), como los que involucran a otro, a saber: relación de

pareja, familiar, desempeño laboral o académico, vida social y tiempo de ocio; llegando, en ciertos casos, a presentarse en un tiempo mayor a seis meses.

El SCA no es un hecho aislado sino que va a desarrollarse en una persona con historia y que está inmersa en un contexto, por lo tanto, además de las características clínicas del evento padecido, la vivencia subjetiva de la persona va a influir en el desarrollo del TEPT; en este sentido, los resultados de la investigación destacan dos grupos de factores que pueden resultar protectores o contribuyentes: los intrínsecos constituidos por los antecedentes, las cogniciones del paciente, la predominancia de afecto negativo y el estado civil, y los extrínsecos como tipo y calidad de atención percibida, la presencia de pareja como ente de apoyo, tipo de evento cardíaco (IAM o AI), el tipo de exposición y la actividad laboral.

Si bien el tipo de tratamiento (psicoterapéutico, psicofarmacológico y combinado), no mostró influencia estadísticamente significativa como protector ante la progresión del TEPT, su presencia puede interpretarse como amortiguador del impacto de la patología.

Limitaciones

- Disparidad entre los grupos de pacientes los centros hospitalarios. Explicada por bajo número de ingresos en la Unidad de Cuidados Coronarios del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Caracas
- No poder generalizar los resultados debido al tamaño de la muestra y por ser realizado únicamente en la Gran Caracas.

Recomendaciones

- La detección del TEPT y otras patologías mentales, en específico de la esfera emocional, debería incluirse en cualquier programa de tratamiento de pacientes con SCA.
- Realizar estudio que correlacione el TEPT en pacientes con SCA más variables como: impacto de estrés ambiental; calidad de vida; calidad de atención percibida; resiliencia; acompañamiento psiquiátrico o psicológico.
- Debido que el SCA es una enfermedad crónica, se sugiere realizar estudio longitudinal sobre la presencia y variación de TEPT.

- Realizar un análisis de las propiedades psicométricas del instrumento seleccionado con una muestra más numerosa, que posea las mismas características del estudio, para considerar su validez en futuras investigaciones.
- Finalmente, se recomienda incrementar el tamaño de la muestra e incluir estados del interior del país, a fin que los resultados puedan ser generalizados.

AGRADECIMIENTOS

- A la Doctora Janet Alizo por su tiempo, disposición y conocimiento. Pilar en la construcción de este trabajo.
- Al Doctor Álvaro Jiménez por sus oportunos y precisos aportes en la construcción de este trabajo.
- Al profesor Dimas Sulbarán por su contribución fundamental.
- Al Departamento de Cardiología del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” y al Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Caracas, por permitir el uso de sus espacios.
- A los pacientes por su colaboración en el estudio.

REFERENCIAS

- 1.-American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013;(5).
- 2.-Singh A, Agrawal S, Gargya S, Saluja S, Kumar A, Karla K, et al. Posttraumatic stress disorder after myocardial infarction and coronary artery bypass grafting. *Int J Crit Illn Inj Sci.* 2017;7(2):84-7. doi: 10.4103/IJCIIS.IJCIIS2717. PubMed PMID: 28660161; PubMed Central PMCID: PMC5479081
- 3.-Granero R. Cuatro décadas en la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en Venezuela. *Avances Cardiol.* 2012;(32):8-3.
- 4.-Aboderin I, Kalache A, Ben-Shlomo Y, Lynch J, Yajnik C, Kuh D, et al. Life course perspectives on coronary heart disease, stroke and diabetes: Key issues and implications for policy and research. World Health Organization. Geneva [Internet]. 2002 [citado 1 marzo 2017];(1): [aproximadamente 1 p.]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67174/WHO_NMH_NPH_02.1.pdf;jsessionid=736483056F80601260062CEC195AE8C9?sequence=1
- 5.-Awaida J, Dupuis J, Thérroux P, Pelletier G, Joyal M, De Guise P, et al. Demographics, treatment and outcome of acute coronary syndromes: 17 years of experience in a specialized cardiac centre. *Can J Cardiol.* 2006;22(2). PubMed PMID: 16485046; PubMed Central PMCID: PMC2538994.
- 6.-Theroux P, Wilkerson J, Armstrong P. Progress in the treatment of acute coronary syndromes: a 50-year perspective (1950–2000). *Circulation.* 2000;(1):102-8. doi: 10.1161/CIR.000000000000130. PubMed PMID: 25246013.
- 7.-Edmondson D. An enduring somatic threat model of posttraumatic stress disorder due to acute life-threatening medical events. *Soc Personal Psychol Compass.* 2014;(8):118-34. doi: 10.1111/spc3.12089. PubMed PMID: 24920956. PubMed Central PMCID: PMC4048720.
- 8.-Holbrook TL, Hoyt DB, Stein MB, Sieber WJ. Perceived threat to life predicts posttraumatic stress disorder after major trauma: Risk factors and functional outcome. *J Trauma.* 2001;(51):287-92. PubMed PMID: 11493786.
- 9.-Edmondson D, Richardson S, Falzon L, Davidson KW, Mills MA, Neria Y. Posttraumatic stress disorder prevalence and risk of recurrence in acute coronary syndrome patients: A meta-analytic review. *PLoS One.* 2012;(7):315-89. doi: 10.1371/journal.pone.0038915. PubMed PMID: 22745687. PubMed Central PMCID: PMC3380054.
- 10.-Kronish IM, Edmondson D, Goldfinger JZ, Fei K, Horowitz CR. Posttraumatic stress disorder and adherence to medications in survivors of stroke and transient ischemic attacks. *Stroke.* 2012;(43):2192-97. doi: 10.1161/STROKEAHA.112.655209. PubMed PMID: 22618380. PubMed Central PMCID: PMC3404197.

11.-Suinn R. The terrible twos (Anger and anxiety) Hazardous to your health. *American Psychologist*. 2001;(56):36-27. PubMed PMID: 11242985.

12.-Posadas J, Rojas C. Relación de los trastornos mentales con la evolución del síndrome coronario agudo: informe preliminar. *Medigraphic Artemisa* [Internet]. 2006 [citado 3 marzo 2017];(2): [aproximadamente 7 p.]. Disponible en:

<http://www.jurn.org/#gsc.tab=0&gsc.q=estr%C3%A9s%20postraum%C3%A1tico%20pacientes%20s%C3%ADndrome%20coronario%20agudo&gsc.sort=&gsc.page=1>

13.-Princip M, Koemeda M, Meister, RE, Barth J, Schnyder U, Znoj H, et al. A picture paints a thousand words: heart drawings reflect acute distress and illness perception and predict posttraumatic stress symptoms after acute myocardial infarction. *Health Psychol Open*. 2015;10(1):2019-55. doi: 10.1177/2055102915592091. PubMed PMID: 28070360. PubMed Central PMCID: PMC5193314.

14.-Meister RE, Princip M, Schnyder U, Barth J, Znoj H, Schmid JP, et al. Association of trait resilience with peritraumatic and posttraumatic stress in patients with myocardial infarction. *Psychosom Med*. 2016;78(3):324-27. doi: 10.1097/PSY.0000000000000278. PubMed PMID:26599911.

15.-Sundquist K, Chang BP, Parsons F, Dalrymple N, Edmondson D, Sumner JA. Treatment rates for PTSD and depression in recently hospitalized cardiac patients. *J Psychosom Res*. 2016;(86):60-2. doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.05.007. PubMed PMID: 27302548. PubMed Central PMCID: PMC4911700.

16.-Sumner JA, Kronish IM, Chang BP, Wri Y, Schwartz JE, Edmondson D. Acute stress disorder symptoms after evaluation for acute coronary syndrome predict 30-day readmission. *Int J Cardiol*. 2017;(240):89-87. doi: 10.1016/j.ijcard.2017.03.102. PubMed PMID: 28377184. PubMed Central PMCID: PMC5475403.

17.-Kubzansky LD, Koenen KC, Spiro A, Vokonas PS, Sparrow D. Prospective study of posttraumatic stress disorder symptoms and coronary heart disease in the Normative Aging Study. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;(64):106-19. doi 10.1001/archpsyc.64.1.109. PubMed PMID: 17199060.

18.-Edmondson D, Shimbo D, Ye S, Wyer P, Davidson KW. The association of emergency department crowding during treatment for acute coronary syndrome with subsequent posttraumatic stress disorder symptoms. *JAMA Internal Medicine*. 2013;(173):470-74. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.2536. PubMed PMID: 23400256. PubMed Central PMCID: PMC3973030.

19.-Edmondson D, Kronish IM, Wasson LT, Giglio JF, Davidson KW, Whang W. A test of the diathesis-stress model in the emergency department: who develops PTSD after an acute coronary syndrome?. *J Psychiatr Res*. 2014;(53):13-8. doi: 10.1016/j.jpsychires.2014.02.009. PubMed PMID: 24612925. PubMed Central PMCID: PMC4023688.

- 20.-Roberge MA, Dupuis G, Marchand A. Post-traumatic stress disorder following myocardial infarction: prevalence and risk factors. *Can J Cardiol*. 2010;(26):70-5. PubMed PMID: 20485697. PubMed Central PMCID: PMC2886563.
- 21.-Roffi M, Patrono C, Collet JP, Andreotti F, Bax J, Borger M, et al. Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*. 2015;(10):1093-320. doi: 10.1007/s12471-016-0939-y. PubMed PMID: 27966184. PubMed Central PMCID: PMC5313450.
- 22.-Thygesen K, Alpert S, White H. Universal definition of myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol*. 2007;(50):2173-180. doi: 10.1016/j.jacc.2007.09.011. PubMed PMID: 18036459.
- 23.-Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S, Adreotti F, Arden C, Budaj A, et al. Guía de práctica clínica de la ESC 2013 sobre diagnóstico y tratamiento de la cardiopatía isquémica estable. *Rev Esp Cardiol [Internet]*. 2014 [citado 12 marzo 2017];67(2): [aproximadamente 1 p.]. Disponible en:
<http://www.revespcardiol.org/es/guia-practica-clinica-esc-2013/articulo/90267574/>
- 24.-Camici PG, Crea F. Coronary microvascular dysfunction. *N Engl J Med*. 2007;3(56):830-40. doi: 10.1056/NEJMra061889. PubMed PMID: 17314342.
- 25.-Fihn SD, Gardin JM, Abrams J, Berra K, Blankenship JC, Dallas AP, et al. Guideline for the diagnosis and management of patients with stable ischemic heart disease. *Circulation*. 2012;(126):471-354. doi: 10.1161/CIR.0b013e3182776f83. PubMed PMID: 23166210.
- 26.-Nuñez-Medina T, Donis J, Garcia E, Davila-Spinetti D, Mayorga J, Martinez J, Nuñez-Valero T. Bases epidemiológicas para la creación de sistemas regionales de reperfusión coronaria de emergencia en la República Bolivariana de Venezuela: estimación del número anual de infartos agudos de miocardio con elevación del segmento ST. *Avances Cardiol [Internet]*. 2014 [citado 12 marzo 2017];(34): [aproximadamente 10 p.]. Disponible en:
http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/41097/Informe_Situacion_Salud_Cardivascular_Venezuela.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- 27.-Anuario de Mortalidad del Ministerio del Poder Popular para la Salud. Caracas. República Bolivariana de Venezuela: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Gobierno Bolivariano de Venezuela [Internet]. 2013 [citado 12 marzo 2017];(1): [aproximadamente 3 p.]. Disponible en:
<https://www.ovsalud.org/descargas/publicaciones/documentos-oficiales/Anuario-Mortalidad-2013.pdf>
- 28.-Global Burden of Disease Study. Venezuela Global Burden of Disease Study 2010 (GBD 2010). Results 1990-2010. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) [Internet]. 2013 [citado 12 marzo 2017];(1): [aproximadamente 1 p.]. Disponible en:
<http://www.healthdata.org/>
- 29.-López R, López L, Acosta J, Chazzin G, Castillo E, Marques J. Una aproximación a conocer la prevalencia de hipertensión arterial, factores de riesgo cardiovascular y estilo de vida en

Venezuela. *Avances Cardiol* [Internet]. 2014 [citado 12 marzo 2017];(34): [aproximadamente 4 p.]. Disponible en:

<http://cania.msinfo.info/bases/biblo/texto/pdf2/lopeznouel.pdf>

30.-Schargrodsky H, Hernandez-Hernandez R, Champagne BM et al. CARMELA: assessment of cardiovascular risk in seven Latin American cities. *Am J Med*. 2008;(121):65-58. doi: 10.1016/j.amjmed.2007.08.038. PubMed PMID: 18187074.

31.-Ordunez P, Silva LC, Rodriguez MP, Robles S. Prevalence estimates for hypertension in Latin America and the Caribbean: are they useful for surveillance? *Pan American journal of public health* [Internet]. 2001 [citado 2 abril 2017];10(15): [aproximadamente 4 p.]. Disponible en:

<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2001.v10n4/226-231/>

32.-Hernández-Hernández R. ¿Son reales los valores de prevalencia de hipertensión y otros factores de riesgo reportados para Venezuela en estudios recientes? *Avances Cardiol* [Internet]. 2014 [citado 2 abril 2017];(34): [aproximadamente 7 p.]. Disponible en:

[https://svcardiologia.org/es/images/documents/Avance_Cardiologico/2014/articulos_N_34_vo13/10.%20Lopez%20R%20\(255-256\).pdf](https://svcardiologia.org/es/images/documents/Avance_Cardiologico/2014/articulos_N_34_vo13/10.%20Lopez%20R%20(255-256).pdf)

33.-Belloch A, Sandín B, Ramos F. *Manual de psicopatología*. McGraw-Hill. 2008;(3):11-3.

34.-Rozanski A, Blumenthal J, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular diseases and their implications for therapy. *Circulation*. 1999;(99):217-92. PubMed PMID: 10217662.

35.-Vaccarino V, Goldberg J, Rooks C, Shah AJ, Veledar E, Faber TL, et al. Posttraumatic stress disorder and incidence of coronary heart disease: a study of twins. *J Am Coll Cardiol*. 2013;(62):970-8. doi: 10.1016/j.jacc.2013.04.085. PubMed PMID: 23810885. PubMed Central PMCID: PMC3823367.

36.-Tulloch H, Greenman PS, Tassé V. Posttraumatic stress disorder in cardiac patients: Prevalence, risk factors and considerations for evaluation and treatment. *Behav Sci (Basel)*. 2014;(5):40-27. doi: 10.3390/bs5010027. PubMed PMID: 25545708. PubMed Central PMCID: PMC4384060.

37.-Pedersen SS, van Domburg RT, Larsen ML. The effect of low social support on short-term prognosis in patients after a first myocardial infarction. *Scand J Psychol* [Internet]. 2004 [citado 8 abril 2017];(45): [aproximadamente 12 p.]. Disponible en:

<file:///C:/Users/Daniel/Downloads/2004%20-%20Artikel%2027.pdf>

38.-Abbas CC, Schmid JP, Guler E, Wiedemar L., Begré S, Saner H, et al. Trajectory of post-traumatic stress disorder caused by myocardial infarction: a two-year follow-up study. *Int. J. Psychiatry Med*. 2009;(39):359-76. doi: 10.4103/IJCIIS.IJCIIS2717. PubMed PMID: 28660161. PubMed Central PMCID: PMC5479081.

- 39.-Grace SL, Abbey SE, Kapral MK, Fang J, Nolan RP, Stewart DE. Effect of depression on five-year mortality after an acute coronary syndrome. *Am J Cardiol.* 2005;(96):1179–85. doi: 10.1016/j.amjcard.2005.06.052. PubMed PMID: 16253578.
- 40.-Hemingway H, Marmot M. Evidence based cardiology: Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease. Systematic review of prospective cohort studies. *BMJ.* 1999;(318):1460–7. PubMed PMID: 10346775. PubMed Central PMCID: PMC1115843.
- 41.-Goodwin RD, Davidson JR. Self-reported diabetes and posttraumatic stress disorder among adults in the community. *Prev Med.* 2005;(40):570–4. doi: 10.1016/j.ypmed.2004.07.013. PubMed PMID: 15749140.
- 42.-Beckham JC, Kirby AC, Feldman ME, Hertzberg MA, Moore SD, Crawford AL, et al. Prevalence and correlates of heavy smoking in Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Addict Behav.* 2008;33(11):1458–53. doi: 10.1016/j.addbeh.2008.05.007. PubMed PMID: 18571871. PubMed Central PMCID: PMC2556875.
- 43.-Alonzo AA, Reynolds NR. The structure of emotions during acute myocardial infarction: A model of coping. *Soc Sci Med.* 1998;(46):1099–110. PubMed PMID: 9572601.
- 44.-Pedersen SS. Post-traumatic stress disorder in patients with coronary artery disease: A review and evaluation of the risk. *Scand J Psychol.* 2001;(42):445–51. PubMed PMID: 11771814.
- 45.-Yehuda R. Biology of posttraumatic stress disorder. *J Clin. Psychiatry.* 2001;(62):46–41. PubMed PMID: 11495096.
- 46.-Yehuda R. Advances in understanding neuroendocrine alterations in PTSD and their therapeutic implications. *Ann NY Acad Sci.* 2006;(1071):166–137. doi: 10.1196/annals.1364.012. PubMed PMID: 16891568.
- 47.-VanItallie TB. Stress: a risk factor for serious illness. *Metabolism.* 2002;(51):45–40. PubMed PMID: 12040540.
- 48.-Rozanski A, Blumenthal JA, Davidson KW, Saab PG, Kubzansky L. The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: The emerging field of behavioral cardiology. *J Am Coll Cardiol.* 2005;(45):651–637. doi: 10.1016/j.jacc.2004.12.005. PubMed PMID: 15734605.
- 49.-Bedi US, Arora R. Cardiovascular manifestations of posttraumatic stress disorder. *J Natl Med Assoc.* 2007;(99):649–642. PubMed PMID: 17595933. PubMed Central PMCID: PMC2574374
- 50.-Brotman DJ, Golden SH, Wittstein IS. The cardiovascular toll of stress. *Lancet* [Internet]. 2007 [citado 12 abril 2017];(370): [aproximadamente 1 p.]. Disponible en: [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(07\)61305-1/abstract?code=lancet-site](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(07)61305-1/abstract?code=lancet-site)

- 51.-Benedict CR, Shelton B, Johnstone DE, et al. Prognostic significance of plasma norepinephrine in patients with asymptomatic left ventricular dysfunction. SOLVD Investigators. *Circulation*. 1996;(94):697–690. PubMed PMID: 8772689.
- 52.-Rogers KM, Bonar CA, Estrella JL, Yang S. Inhibitory effect of glucocorticoid on coronary artery endothelial function. *Am J Physiol Heart Circ Physiol*. 2002;(283):1928–1922. doi: 10.1152/ajpheart.00364.2002. PubMed PMID: 12384470.
- 53.-Bigger JT Jr, Fleiss JL, Steinman RC, Rolnitzky LM, Kleiger RE, Rottman JN. Frequency domain measures of heart period variability and mortality after myocardial infarction. *Circulation*. 1992;(85):171–164. PubMed PMID: 1728446.
- 54.-Ridker PM. C-reactive protein, inflammation, and cardiovascular disease: clinical update. *Tex Heart Inst J*. 2005;(32):386–384. PubMed PMID: 16392225. PubMed Central PMCID: PMC1336715.
- 55.-Ridker PM, Hennekens CH, Buring JE, Rifai N. C-reactive protein and other markers of inflammation in the prediction of cardiovascular disease in women. *N Engl J Med*. 2000;(342):843–836. doi: 10.1056/NEJM200003233421202. PubMed PMID: 10733371.
- 56.-Von Kanel R, Begre S, Abbas CC, Saner H, Gander M-L, Schmid J-P. Inflammatory biomarkers in patients with posttraumatic stress disorder caused by myocardial infarction and the role of depressive symptoms. *Neuroimmunomodulation* [Internet]. 2010 [citado 12 abril 2017];(17): [aproximadamente 1 p.]. Disponible en: <https://www.karger.com/Article/Pdf/243084>
- 57.-Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;(52):1060–1048. PubMed PMID: 7492257.
- 58.-Breslau N, Davis GC, Schultz LR. Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;(60):294–289. PubMed PMID: 12622662.
- 59.-Cohen BE, Marmar C, Ren L, Bertenthal D, Seal KH. Association of cardiovascular risk factors with mental health diagnoses in Iraq and Afghanistan war veterans using VA health care. *JAMA*. 2009;(302):492–489. doi: 10.1001/jama.2009.1084. PubMed PMID: 19654382.
- 60.-Zen AL, Whooley MA, Zhao S, Cohen BE. Post-traumatic stress disorder is associated with poor health behaviors: Findings from the Heart and Soul Study. *Health Psychol*. 2012;(31):201–194. doi: 10.1037/a0025989. PubMed PMID: 22023435. PubMed Central PMCID: PMC3295904.
- 61.-Brock CM, King DS, Wofford MR, Harrell TK. Exercise, insulin resistance, and hypertension: a complex relationship. *Metab Syndr Relat Disord*. 2005;(3):60–5. doi: 10.1089/met.2005.3.60. PubMed PMID: 18370711.

- 62.-Davidson JR, Hughes D, Blazer DG, George LK. Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychol Med*. 1991;(21):713–21. PubMed PMID: 1946860.
- 63.-Berkman LF, Leo-Summers L, Horwitz RI. Emotional support and survival after myocardial infarction. A prospective, population-based study of the elderly. *Ann Intern Med* [Internet]. 1992 [citado 17 abril 2017];(17): [aproximadamente 1 p.]. Disponible en: <http://annals.org/aim/article/706000/emotional-support-survival-after-myocardial-infarction-prospective-population-based-study>
- 64.-Marmot M. Inequalities in health. *New England Journal Med*. 2001;(345):136–134. doi: 10.1186/1471-2288-11-104. PubMed PMID: 21749720. PubMed Central PMCID: PMC3149599.
- 65.-Echeburúa E, Corral P, Amor P. Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Pirámide. 2014;(2):(290-91).
- 66.-Crespo M, Gómez M. Propuesta de un inventario para la evaluación y diagnóstico del trastorno de estrés postraumático. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*. 2003;3(3):41-2.
- 67.-Federación de Psicólogos de Venezuela. Código de Ética Profesional del Psicólogo de Venezuela. Caracas: *Revista de Psicología*. 1981. Vol. VIII (4):407-36.
- 68.-Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. McGraw-Hill Interamericana [Internet]. 2004 [citado 17 abril 2017];(5): [aproximadamente 2 p.]. Disponible en: https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigacion%20de%20Edici%C3%B3n.pdf
- 69.-Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53(4):695-99. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x. PubMed PMID: 15817019.
- 70.-Echeburúa E, Amor P, Sarsua B, Zubizarreta I. Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica*. 2016; ISSN: 0718-4808.
- 71.-Corral Y. Validez y Confiabilidad de los Instrumentos de Investigación para la Recolección de Datos. *Revista Ciencias de la Educación* [Internet]. 2009 [citado 23 abril 2017];19(33): [aproximadamente 15 p.]. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/n33/art12.pdf>
- 72.-Kaplan Y, Saccuzzo D. *Pruebas Psicológicas. Principios, aplicaciones y temas*. México: Thompson. 2006;(6).

73.-Hair J, Anderson R, Tatham R, Black W. Análisis Multivariante. Prentice Hall. 1999;(5).

74.-Siegel S, Castellan NJ. Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta. Editorial Trillas. 1995;(4):151-7.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CLÍNICA MENTAL
HOSPITAL MILITAR “DR. CARLOS ARVELO”
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente yo _____, de _____ años de edad, portador de la cédula de identidad _____, declaro que se me ha informado en forma clara, precisa, detallada y objetiva, sobre los propósitos de la investigación titulada: **“TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO”**, como requisito parcial para optar al título de especialista en Clínica Mental, realizado por: Malavé Olivares, José Daniel, bajo la tutoría de la Licenciada Janet Alizo y la Co-Tutoría del Doctor Álvaro Jiménez.

Ha brindado su orientación sobre el tema y ésta ha sido de calidad para mi entendimiento. Comprendo que mi participación en el estudio es voluntaria, que es una investigación sin fines de lucro, no pretendo recibir ninguna remuneración al respecto y que mi cooperación es significativa. Presto libremente mi conformidad para la realización de la investigación, así como proporcionar la información necesaria, según los acuerdos estipulados entre mi persona y el investigador.

Caracas, ____ de _____ de _____

Firma del participante

Firma de testigo

Le he explicado todos los detalles de la investigación al participante y he contestado todas sus preguntas e inquietudes. El(la) colaborador(a), comprende toda la información descrita en este documento. En mi condición de investigador, me comprometo a no divulgar la información que se confía, la cual sólo será utilizada con fines científicos y no devengaré ninguna ganancia económica del mismo.

Lic. Malavé Olivares, José Daniel

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN

| ITEM | CRITERIOS A EVALUAR | | | | | | | | | | OBSERVACIONES (Si debe eliminarse o modificarse un ítem, por favor, indique) |
|------|--------------------------|----|--------------------|----|----------------------------------|----|---|----|----------------------|----|---|
| | CLARIDAD EN LA REDACCIÓN | | COHERENCIA INTERNA | | INDUCCIÓN A LA RESPUESTA (SESGO) | | LENGUAJE ADECUADO CON EL NIVEL DEL INFORMANTE | | MIDE LO QUE PRETENDE | | |
| | SÍ | NO | SÍ | NO | SÍ | NO | SÍ | NO | SÍ | NO | |
| 1 | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 18 | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | | |

SÍNTOMAS DISOCIATIVOS

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1 | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | |

DISFUNCIONALIDAD EN LA VIDA COTIDIANA RELACIONADA CON EL HECHO TRAUMÁTICO

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1 | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | |

SIGNOS DE VIVENCIA TRAUMÁTICA EXPRESADOS EN LA ENTREVISTA

SIGNOS OBSERVABLES

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1 | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | |

ACTIVACIÓN FISIOLÓGICA

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1 | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 3 | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | |

SÍNTOMAS COGNITIVOS

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1 | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | |

| ASPECTOS GENERALES | | | | | | | | | NO | SÍ | OBSERVACIONES (Si debe eliminarse o modificarse un ítem, por favor, indique) |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|-----------|--|
| El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder al cuestionario | | | | | | | | | | | |
| Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación | | | | | | | | | | | |
| Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial | | | | | | | | | | | |
| El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir | | | | | | | | | | | |

VALIDEZ

| | |
|------------------|---------------------|
| APLICABLE | NO APLICABLE |
|------------------|---------------------|

ANEXO 3

ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO - REVISADA

(VERSIÓN CLÍNICA ADAPTADA A LA POBLACIÓN CON SÍNDROME
CORONARIO)

(Malavé J, 2017).

| | | | | |
|----------------------|-------------------|---------------------------|---------------------|---------------------|
| Iniciales: | Fecha: | Sexo: | Edad: | Hospital: |
| Estado civil: | Profesión: | Situación laboral: | Escolaridad: | Procedencia: |

BLOQUE 1: SUCESO TRAUMÁTICO

TIPO DE SUCESO

Síndrome coronario agudo.

Infarto agudo de miocardio (con o sin elevación del segmento ST).

Angina inestable.

TIPO DE EXPOSICIÓN

Testigo directo – márquese positivo si:

¿Presenció a algún familiar, amigo o conocido
que haya sufrido un evento coronario agudo
(infarto o angina de pecho)?

SÍ () - NO ()

Información adicional:

Grado de consanguinidad o filiación

¿La persona falleció?

SÍ () - NO ()

Otras situaciones // Testigo por referencia – márquese positivo si:

¿Ha sido sometido a detalles explícitos de
infartos o anginas de pecho que han tenido lugar
en personas significativas para usted?

SÍ () - NO ()

Otras situaciones // Interviniente – márquese positivo si:

| | |
|--|-----------------|
| ¿Ha asistido tareas de emergencia médica de este tipo (pacientes con infartos o anginas de pecho)? | SÍ () - NO () |
|--|-----------------|

FRECUENCIA DEL SUCESO

| | |
|---|---|
| Exposición directa | Testigo directo u Otras situaciones |
| () Episodio único | () Episodio único |
| () Varios episodios // Cantidad N ⁰ _____ | () Varios episodios // Cantidad N ⁰ _____ |
| Fecha del último episodio: _____ | Fecha del último episodio _____ |

TRATAMIENTO

| | |
|---|--|
| ¿Ha recibido tratamiento por alguna manifestación psicológica o psiquiátrica del suceso vivido? | SÍ () - NO () |
| | De ser afirmativa la respuesta, especificar: |

| TIPO DE TRATAMIENTO | DURACIÓN | ¿CONTINÚA ACTUALMENTE? |
|---------------------|----------|------------------------|
| () Psicológico | | SÍ () - NO () |
| () Farmacológico | | SÍ () - NO () |

Tipo de medicación: _____

ANTECEDENTES PERSONALES // EXPOSICIÓN PREVIA

| | |
|---|-----------------|
| ¿Recuerda haber sido expuesto, antes de su situación médica actual, a hospitalizaciones, enfermedades con riesgo de muerte, dolor importante, incapacitaciones, vulnerabilidades, lesiones, etc.? | SÍ () - NO () |
|---|-----------------|

De ser afirmativa su respuesta, especificar:

Cantidad N⁰ _____

| | |
|-------------------------|-----------------|
| ¿Tuvo secuelas físicas? | SÍ () - NO () |
| Describir: | |

BLOQUE 2: NÚCLEO SINTOMÁTICO

Colóquese en cada síntoma la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la duración e intensidad del mismo

| 0 | 1 | 2 | 3 |
|------|-----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| Nada | Una vez por semana o menos / Poco | De 2 a 4 veces por semana / Bastante | 5 o más veces por semana / Mucho |

REEXPERIMENTACIÓN

| Nº | Ítem | Valoración |
|----|--|---|
| 1 | ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetidas del suceso de forma involuntaria? | 0. Nada 1. Poco 2. Bastante 3. Mucho |
| 2 | ¿Tiene sueños desagradables y frecuentes sobre el suceso? | 0. Nada 1. Poco 2. Bastante 3. Mucho |
| 3 | ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo? | 0. Nada 1. Poco 2. Bastante 3. Mucho |
| 4 | ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso? | 0. Nada 1. Poco 2. Bastante 3. Mucho |
| 5 | ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones que le recuerdan algún aspecto del suceso? | 0. Nada 1. Poco 2. Bastante 3. Mucho |

Puntuación en reexperimentación: ____ (Rango: 0-15).

| EVITACIÓN CONDUCTUAL Y COGNITIVA | | |
|---|---|---|
| Nº | Ítem | Valoración |
| 6 | ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provoquen recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional? | 0. Nada 1. Poco 2. Bastante 3. Mucho |
| 7 | ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional? | 0. Nada 1. Poco 2. Bastante 3. Mucho |
| 8 | ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional? | 0. Nada 1. Poco 2. Bastante 3. Mucho |

Puntuación en evitación: ____ (Rango 0-9).

| ALTERACIONES COGNITIVAS Y ESTADO DE ÁNIMO NEGATIVO | | |
|---|--|---|
| Nº | Ítem | Valoración |
| 9 | ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso? | 0. Nada 1. Poco 2. Bastante 3. Mucho |
| 10 | ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro? | 0. Nada 1. Poco 2. Bastante 3. Mucho |
| 11 | ¿Suele culparse a sí mismo o a otras personas de las causas o consecuencias del suceso traumático? | 0. Nada 1. Poco 2. Bastante 3. Mucho |

| | | |
|----|--|---|
| 12 | ¿Experimenta un continuo estado de ánimo negativo en forma de terror, ira, culpa o vergüenza? | 0. Nada 1. Poco 2. Bastante 3. Mucho |
| 13 | ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana? | 0. Nada 1. Poco 2. Bastante 3. Mucho |
| 14 | ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean? | 0. Nada 1. Poco 2. Bastante 3. Mucho |
| 15 | ¿Se siente limitado para expresar emociones positivas (por ejemplo alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)? | 0. Nada 1. Poco 2. Bastante 3. Mucho |

Puntuación en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo: ____ (Rango: 0-21).

| HIPERACTIVACIÓN PSICOFISIOLÓGICA | | |
|---|---|---|
| Nº | Ítem | Valoración |
| 16 | ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen? | 0. Nada 1. Poco 2. Bastante 3. Mucho |
| 17 | ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas? | 0. Nada 1. Poco 2. Bastante 3. Mucho |
| 18 | ¿Se sobresalta o alarma más fácilmente desde el suceso, como sentir la necesidad de acudir al médico aún sin tener síntomas de la enfermedad o por molestias inespecíficas en el pecho? | 0. Nada 1. Poco |

| | | |
|----|---|---|
| | | 2. Bastante 3. Mucho |
| 19 | ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo para seguir una conversación o al llevar a cabo sus obligaciones diarias? | 0. Nada 1. Poco 2. Bastante 3. Mucho |
| 20 | ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador? | 0. Nada 1. Poco 2. Bastante 3. Mucho |

Puntuación en activación/reactividad psicofisiológica: ____ (Rango: 0-15).

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA ESCALA DEL TEPT: ____ (Rango: 0-60).

| <u>BLOQUE 3: INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA</u> | | |
|--|---|---|
| SÍNTOMAS DISOCIATIVOS | | |
| Nº | Ítem | Valoración |
| 1 | ¿Al mirarse en un espejo se siente como si realmente no fuera usted? | 0. Nada 1. Poco 2. Bastante 3. Mucho |
| 2 | ¿Siente como si su cuerpo no le perteneciera? | 0. Nada 1. Poco 2. Bastante 3. Mucho |
| 3 | ¿Siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño? | 0. Nada 1. Poco 2. Bastante 3. Mucho |
| 4 | ¿Percibe al resto de las personas como si no fueran reales? | 0. Nada |

| | | |
|--|--|------------------------------------|
| | | 1. Poco 2. Bastante 3. Mucho |
|--|--|------------------------------------|

Presencia de al menos dos síntomas disociativos: Sí _____ No _____

| | |
|---|----------------------|
| PRESENTACIÓN DEMORADA DEL CUADRO CLÍNICO (AL MENOS 6 MESES DESPUÉS DEL SUCESO) | _____ Sí _____ No |
|---|----------------------|

| BLOQUE 4: DISFUNCIONALIDAD EN LA VIDA COTIDIANA RELACIONADA CON EL SUCESO TRAUMÁTICO | | |
|---|--|---|
| ÁREAS AFECTADAS POR EL SUCESO TRAUMÁTICO | | |
| Nº | Áreas | Valoración |
| 1 | Deterioro en la relación de pareja. | 0. Nada 1. Poco 2. Bastante 3. Mucho |
| 2 | Deterioro de la relación familiar. | 0. Nada 1. Poco 2. Bastante 3. Mucho |
| 3 | Interferencia negativa en la vida laboral/académica. | 0. Nada 1. Poco 2. Bastante 3. Mucho |
| 4 | Interferencia negativa en la vida social. | 0. Nada 1. Poco 2. Bastante 3. Mucho |
| 5 | Interferencia negativa en el tiempo de ocio. | 0. Nada 1. Poco |

| | | |
|---|---------------------------------------|---|
| | | 2. Bastante 3. Mucho |
| 6 | Disfuncionalidad global. ¹ | 0. Nada 1. Poco 2. Bastante 3. Mucho |

Puntuación en el grado de afectación del suceso: ____ (Rango: 0-18).

| BLOQUE 5: SIGNOS DE VIVENCIA TRAUMÁTICA EXPRESADOS EN LA ENTREVISTA | | |
|--|---|--------------------|
| VIVENCIA TRAUMÁTICA Y MANIFESTACIONES DE ANSIEDAD | | |
| Nº | Signos observables | Valoración |
| 1 | Dificultad para hablar sobre el hecho traumático. | ____ Sí ____ No |
| 2 | Sufrimiento emocional (llanto o angustia). | ____ Sí ____ No |
| 3 | Relato de sus pensamientos o emociones como si fuera un espectador externo. | ____ Sí ____ No |
| Nº | Activación fisiológica | Valoración |
| 1 | Habla entrecortada o sequedad en la boca. | ____ Sí ____ No |
| 2 | . Sensación de quedarse sin aire o no poder respirar. | ____ Sí ____ No |
| 3 | Sudoración. | ____ Sí ____ No |
| 4 | Mareo, sensación de inestabilidad o desmayos. | ____ Sí ____ No |
| 5 | Náuseas o malestar abdominal. | ____ Sí ____ No |

| | | |
|-----------|---|--------------------|
| 6 | Sofocos o escalofríos. | ____ Sí ____ No |
| 7 | Temblores o estremecimientos. | ____ Sí ____ No |
| Nº | Síntomas cognitivos | Valoración |
| 1 | ¿Últimamente tiene miedo de volverse loco o perder el control? | ____ Sí ____ No |
| 2 | ¿En la actualidad ante algún malestar físico tiene miedo de morir? | ____ Sí ____ No |
| 3 | ¿Cree que tuvo la oportunidad de evitar que esto le sucediera? | ____ Sí ____ No |
| 4 | ¿Piensa con frecuencia que puede volverle a ocurrir lo que le pasó o algo parecido? | ____ Sí ____ No |

Puntuación en signos observables: ____ (Rango: 0-3)

Puntuación en activación fisiológica: ____ (Rango: 0-7)

Puntuación en síntomas cognitivos: ____ (Rango: 0-4)

Trastorno de estrés postraumático:

Se requiere de la presencia de:

- Un (1) síntoma en reexperimentación.
- Un (1) síntoma en evitación.
- Dos (2) síntomas en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo.
- Dos (2) síntomas en hiperactivación psicofisiológica.

NOTA: se considera un síntoma presente cuando se puntúa al menos con dos (2) puntos en el ítem correspondiente (rango del ítem: 0 a 3 puntos).

¹: la puntuación relativa a la disfuncionalidad global, se obtendrá de la sumatoria de los ítems que componen la disfuncionalidad en la vida cotidiana relacionada con el suceso traumático (1 a 5). Siendo:

- 0 (Nada) para ningún ítem positivo.
- 1 (Poco) para uno o dos ítems positivos.
- 2 (Bastante) para tres o cuatro ítems positivos.
- 3 (Mucho) para cinco ítems positivos.

²: se considera presente la disfuncionalidad a partir de una sumatoria mayor igual a 9.

| | PUNTOS DE CORTE | PUNTUACIÓN OBTENIDA |
|---|------------------------|----------------------------|
| ESCALA GLOBAL (20 ítems – Rango: 0-60). | 19 | 0 |
| ESCALAS ESPECÍFICAS | | |
| Reexperimentación (5 ítems – Rango: 0-15). | 4 | 0 |
| Evitación (3 ítems – Rango: 0-9). | 4 | 0 |
| Alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo (7 ítems – Rango: 0-21). | 6 | 0 |
| Hiperactivación psicofisiológica (5 ítems – Rango: 0-15). | 5 | 0 |

ANEXO 4

Tabla 1. Consistencia interna de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático – Versión Adaptada

| Dimensión | Alfa de Cronbach | Número de ítems |
|---|-------------------------|------------------------|
| Reexperimentación | 0,86 | 5 |
| Evitación conductual/cognitiva | 0,75 | 3 |
| Alteraciones cognitivas y estado emocional negativo | 0,77 | 7 |
| Hiperactivación psicofisiológica | 0,77 | 5 |
| Escala global | 0,94 | 20 |

ANEXO 5

Tabla 2. Prueba de esfericidad de Bartlett de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático – Versión Adaptada

| KMO y prueba de Bartlett | | | |
|---|-------------------------|---------|---------|
| Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin | | | 0,88 |
| Prueba de esfericidad de Bartlett | Chi-cuadrado aproximado | | 885,778 |
| | | gl (*) | 190 |
| | | Sig (†) | 0 |

(*) Grados de libertad.

(†) Nivel de significación.

ANEXO 6

Tabla 3. Varianza total explicada de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático – Versión Adaptada

| Varianza Total Explicada | | | |
|---------------------------------|--------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Componente | Total | Porcentaje de varianza | Porcentaje acumulado |
| 1 | 5,36 | 26,83 | 26,83 |
| 2 | 4,97 | 24,89 | 51,72 |
| 3 | 1,84 | 9,20 | 60,93 |
| 4 | 1,50 | 7,52 | 68,46 |

ANEXO 7

Tabla 4. Matriz de componentes rotados de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático – Versión Adaptada

| Matriz de componentes rotados | | | | | |
|---|----------------|------------|------|---|---|
| Ítem | Número de ítem | Componente | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen? | 16 | 0,72 | | | |
| ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo para seguir una conversación o al llevar a cabo sus obligaciones diarias? | 19 | 0,72 | | | |
| ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana? | 13 | 0,71 | | | |
| ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador? | 20 | 0,7 | | | |
| ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro? | 10 | 0,67 | 0,52 | | |
| ¿Se sobresalta o alarma más fácilmente desde el suceso, como sentir la necesidad de acudir al médico aun sin tener síntomas de la enfermedad o por molestias inespecíficas en el pecho? | 18 | 0,66 | | | |
| ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional? | 8 | 0,64 | | | |
| ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso? | 4 | 0,63 | 0,55 | | |

| | | | |
|--|----|------|------|
| ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional? | 7 | 0,56 | |
| ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso? | 9 | 0,52 | |
| ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetidas del suceso de forma involuntaria? | 5 | | 0,80 |
| ¿Tiene sueños desagradables y frecuentes sobre el suceso? | 1 | | 0,77 |
| ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provoquen recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional? | 2 | | 0,74 |
| ¿Se siente limitado para expresar emociones positivas (por ejemplo alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)? | 6 | | 0,69 |
| ¿Experimenta un continuo estado de ánimo negativo en forma de terror, ira, culpa o vergüenza? | 15 | | 0,65 |
| ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo? | 12 | | 0,62 |
| ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones que le recuerdan algún aspecto del suceso? | 3 | 0,51 | 0,58 |
| ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean? | 14 | | 0,87 |

¿Suele culparse a sí mismo o a otras personas de las causas o consecuencias del suceso traumático?

11

- 0,85

¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?

17

0,85

ANEXO 8

Tabla 5. Distribución de la muestra según características epidemiológicas

| Variables | Estadísticos | |
|----------------------|---------------------|--------|
| N | 69 | |
| Edad (años) (*) | 52 ± 13 | |
| Sexo | | |
| Masculino | 50 | 72,5 % |
| Femenino | 19 | 27,5 % |
| Hospital | | |
| HMCA | 53 | 76,8 % |
| HUC | 16 | 23,2 % |
| Estado civil | | |
| Soltero | 12 | 17,4 % |
| Casado | 47 | 68,1 % |
| Divorciado | 2 | 2,9 % |
| Viudo | 8 | 11,6 % |
| Escolaridad | | |
| Bachiller | 24 | 34,8 % |
| TSU | 7 | 10,1 % |
| Universitario | 38 | 55,1 % |
| Lugar de procedencia | | |
| Distrito capital | 69 | 100 % |
| Situación laboral | | |
| Activo | 38 | 55,1 % |
| Oficios del hogar | 2 | 2,9 % |
| Reposo | 14 | 20,3 % |
| Jubilado | 5 | 7,2 % |
| Retirado | 10 | 14,5 % |

(*) Media ± desviación estándar.

ANEXO 9

Tabla 6. Distribución de pacientes según tipo de exposición y frecuencia del suceso

| Variables | n | % |
|-----------------------------------|----------|----------|
| Tipo de episodio | | |
| IAM | 56 | 81,2 |
| AI | 13 | 18,8 |
| Frecuencia del suceso | | |
| Episodio único | 55 | 79,8 |
| Más de un episodio de IAM | 7 | 10,1 |
| Más de un episodio de AI | 7 | 10,1 |
| Presentación retardada | | |
| Si | 31 | 44,9 |
| No | 38 | 55,1 |
| Otra exposición | | |
| Negada | 46 | 66,7 |
| Otras situaciones -Por referencia | 13 | 20,2 |
| Testigo directo | 5 | 7,2 |
| Otras situaciones – Interviniente | 4 | 5,8 |

ANEXO 10

Tabla 7. Distribución de pacientes según el hospital donde eran atendidos

| Variables | Hospitales | | | | p (†) |
|----------------------|------------|-------|-----|-------|-------|
| | HMCA | | HUC | | |
| | n | % | n | % | |
| Tipo de episodio | | | | | — |
| IAM | 41 | 77,36 | 15 | 93,75 | |
| AI | 12 | 22,64 | 1 | 6,25 | |
| TEPT | | | | | 0,299 |
| Sí | 31 | 58,49 | 7 | 43,75 | |
| No | 22 | 41,51 | 9 | 56,25 | |
| Tratamiento recibido | | | | | — |
| Ninguno | 45 | 84,90 | 4 | 25 | |
| Farmacológico | 5 | 9,43 | 0 | 0,0 | |
| Psicoterapéutico | 1 | 1,89 | 9 | 56,25 | |
| Combinado | 1 | 1,89 | 3 | 18,75 | |
| No especificado | 1 | 1,89 | 0 | 0,0 | |

(†) Nivel de significación estadística.

ANEXO 11

Tabla 8. Distribución de pacientes según la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático

| Variables | n | % |
|---|----------|----------|
| Escala global – presencia de TEPT | 38 | 55,1 |
| Reexperimentación | 46 | 66,7 |
| Evitación conductual/cognitiva | 42 | 60,9 |
| Alteraciones cognitivas y estado emocional negativo | 44 | 63,8 |
| Hiperactivación psicofisiológica | 38 | 55,1 |

ANEXO 12

Tabla 9. Relación tipo de evento y trastorno de estrés postraumático

| TEPT | Tipo de evento | | | | p (†) |
|------|----------------|------|----|------|-------|
| | IAM | | AI | | |
| | n | % | n | % | |
| Si | 35 | 62,5 | 3 | 23,1 | 0,010 |
| No | 21 | 37,5 | 10 | 76,9 | |

(†) Nivel de significación estadística.

Anexo 13

Tabla 10. Relación trastorno de estrés postraumático y variables principales de la escala

| | | VARIABLES PRINCIPALES | | | | | | | | | |
|--------------------------|----------|---|----------|--|----------|---|----------|--------------------------------|----------|----------|--------------|
| Reexperimentación | | Evitación conductual / cognitiva | | Alteraciones cognitivas y estado emocional negativo | | Hiperactivación psicofisiológica | | Disfuncionalidad global | | | |
| TEPT | n | % | n | % | n | % | N | % | n | % | p (†) |
| SÍ | 37 | 80,43 | 38 | 90,48 | 38 | 100 | 34 | 89,47 | 35 | 92,1 | 0,026 |
| NO | 9 | 19,57 | 4 | 9,52 | 0 | 0,0 | 4 | 10,53 | 3 | 7,9 | |

(†) Nivel de significación estadística.

Anexo 14

Tabla 11. Relación trastorno de estrés postraumático e información complementaria de la escala

| Información Complementaria | | | | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------|----------|-------------------------------|----------|----------------------------|----------|--------------|
| TEPT | Signos observables | | Activación fisiológica | | Síntomas cognitivos | | p (†) |
| | n | % | n | % | n | % | |
| SÍ | 28 | 70 | 29 | 80,56 | 38 | 66,67 | 0,343 |
| NO | 12 | 30 | 7 | 19,44 | 19 | 33,33 | |

(†) Nivel de significación estadística.

ANEXO 15

Tabla 12. Relación trastorno de estrés postraumático y variables epidemiológicas

| Variables | Trastorno de estrés postraumático | | | | p (†) |
|-------------------|-----------------------------------|--------|---------|--------|-------|
| | Sí | | No | | |
| N | 38 | | 31 | | - |
| Edad (años) (*) | 54 ± 15 | | 49 ± 11 | | 0,085 |
| Sexo | | | | | 0,771 |
| Masculino | 27 | 71,1 % | 23 | 74,2 % | |
| Femenino | 11 | 28,9 % | 8 | 25,8 % | |
| Hospital | | | | | 0,299 |
| HMCA | 31 | 81,6 % | 22 | 71,0 % | |
| HUC | 7 | 18,4 % | 9 | 29,0 % | |
| Estado civil | | | | | 0,021 |
| Soltero | 5 | 13,2 % | 7 | 22,6 % | |
| Casado | 23 | 60,5 % | 24 | 77,4 % | |
| Divorciado | 2 | 5,3 % | 0 | 0,0 % | |
| Viudo | 8 | 21,1 % | 0 | 0,0 % | |
| Escolaridad | | | | | 0,990 |
| Bachiller | 13 | 34,2 % | 11 | 35,5 % | |
| TSU | 4 | 10,5 % | 3 | 9,7 % | |
| Universitario | 21 | 55,3 % | 17 | 54,8 % | |
| Situación laboral | | | | | 0,001 |
| Activo | 12 | 31,6 % | 26 | 83,9 % | |
| Oficios del hogar | 2 | 5,3 % | 0 | 0,0 % | |
| Reposo | 12 | 31,6 % | 2 | 6,5 % | |
| Jubilado | 5 | 13,2 % | 0 | 0,0 % | |
| Retirado | 7 | 18,4 % | 3 | 9,7 % | |

(*) Media ± desviación estándar.

(†) Nivel de significación estadística.

ANEXO 16

Tabla 13. Relación trastorno de estrés postraumático y variables clínicas

| Variables | Trastorno de estrés postraumático | | | | p (†) |
|--------------------------------------|-----------------------------------|------|----|------|-------|
| | Sí | | No | | |
| | N | % | N | % | |
| Presentación retardada | | | | | 0,001 |
| Si | 10 | 26,3 | 21 | 67,7 | |
| No | 28 | 73,7 | 10 | 32,3 | |
| Otra exposición | | | | | 0,026 |
| Si | 17 | 44,7 | 6 | 19,4 | |
| No | 21 | 55,3 | 25 | 80,6 | |
| Exposición previa | | | | | 0,048 |
| Si | 11 | 28,9 | 3 | 9,7 | |
| No | 27 | 71,1 | 28 | 90,3 | |
| Antecedentes de ansiedad o depresión | | | | | 0,565 |
| Si | 2 | 5,3 | 0 | 0,0 | |
| No | 36 | 94,7 | 31 | 100 | |
| IAM previo | | | | | 0,026 |
| Si | 7 | 20 | 0 | 0 | |
| No | 28 | 80 | 31 | 100 | |
| AI previa (‡) | | | | | 0,243 |
| Si | 3 | 100 | 4 | 40 | |
| No | 0 | 0,0 | 6 | 60 | |
| Tratamiento | | | | | 0,752 |
| No | 28 | 73,7 | 21 | 67,7 | |
| Farmacológico | 3 | 7,9 | 2 | 6,5 | |
| Psicoterapéutico | 4 | 10,5 | 6 | 19,4 | |
| Combinado | 2 | 5,3 | 2 | 6,5 | |
| No especificado | 1 | 2,6 | 0 | 0,0 | |
| Síntomas disociativos | | | | | 0,565 |

| | | | | |
|----|----|------|----|-----|
| Si | 2 | 5,3 | 0 | 0,0 |
| No | 36 | 94,7 | 31 | 100 |

(†) Nivel de significación estadística.

(‡) Prueba exacta de Fisher.