

Intervención de enfermería en los pacientes con depresión después de un infarto agudo del miocardio¹

Diana Marcela Achury Saldaña²
Lilia Andrea Buitrago Malaver³

-
- 1 Artículo de revisión. Recibido para evaluación: 9 de febrero 2009. Aceptado para publicación: 18 de marzo de 2009.
 - 2 Magíster en Enfermería en el Cuidado de la Salud Cardiovascular, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Profesora asistente, Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: dachury@javeriana.edu.co.
 - 3 Especialista Cardiorrespiratoria, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Aspirante a la Maestría en Enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular, Universidad Nacional de Colombia. Profesora instructora, Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: jefe_lili@yahoo.es.

Bogotá (Colombia), 11 (1): 33-52, enero-junio de 2009

Resumen

La depresión se considera una patología ligada a enfermedades cardiovasculares y no sólo un factor de riesgo para enfermedad coronaria. Tiene una gran prevalencia durante la hospitalización y el primer año posterior al alta en pacientes que han sobrevivido a un infarto agudo de miocardio. La depresión aparece por la condición crónica de la enfermedad, la incertidumbre acerca de la gravedad de su patología y de sus consecuencias. Con lo anterior es necesario que los profesionales de enfermería identifiquen oportunamente los síntomas de la depresión y proporcionen un cuidado integral centrado no sólo en su recuperación física, sino una recuperación emocional y social, con varios fines: aumentar el funcionamiento social y personal del paciente y la adherencia al tratamiento, mejorar la calidad de vida y disminuir los reingresos hospitalarios. En este artículo se describen algunos referentes del contexto actual de la depresión, su relación con el infarto agudo del miocardio y la intervención de enfermería.

PALABRAS CLAVE: depresión, infarto del miocardio, procesos de enfermería.

Nursing Intervention for Patients with Post Myocardial Infarction Depression

Abstract

The depression has been considered a pathology related to cardiovascular deceases and not only a factor of risk for coronary decease. It is a pathology of high prevalence in patients who have survived a myocardial infarction during the hospitalization and the first year after being released. The depression appears in these patients because of the chronic condition of their decease, the accuracy of the perceptions of the patient about the seriousness of his/her decease and his/her condition. The above it is necessary that the nursing professionals opportunely identify the symptoms of depression and provide an essential care based on not only his/her physical recovery but also his/her emotional and social recovery. This, in order to increase the levels of social and personal functioning and the adherence treatment, to improve the quality of life and reduce hospital admissions. Next, some accounts of the present context of the depression will be described, its relationship with the acute myocardial infarction and the nursing intervention.

KEY WORDS: Depression, myocardial infarction, nursing process.

Intervenção de enfermagem nos pacientes com depressão depois de um infarto agudo do miocárdio

Resumo

A depressão considera-se como uma patología ligada a doenças cardiovasculares e não só um fator de risco para doença coronária. Tem uma grande prevalência durante a hospitalização e o primeiro ano posterior à alta em pacientes que sobreviveram a um infarto agudo do miocárdio. A depressão aparece pela condição crônica da doença, a incerteza sobre a gravidade da sua patología e de suas consequências. Por isso é necessário que os profissionais de enfermagem identifiquem oportunamente os sintomas da depressão e proporcionem um cuidado integral centrado não só na sua recuperação física, mas também em uma recuperação emocional e social, com vários fins: aumentar o funcionamento social e pessoal do paciente e a aderência ao tratamento, melhorar a qualidade de vida e diminuir as re-hospitalização. Neste artigo descreve-se alguns refe-

Intervención de enfermería en los pacientes con depresión después de un infarto

rentes do contexto atual da depressão, sua relação com o infarto agudo do miocárdio e a intervenção de enfermagem.

PALAVRAS CHAVE: depressão, infarto do miocárdio, processos de enfermagem.

Introducción

La depresión en el paciente postinfarto agudo del miocardio (IAM) genera un sinnúmero de efectos negativos en diferentes aspectos de la vida de las personas: físicamente, variabilidad de la frecuencia cardiaca, aumento de la agregación plaquetaria y aparición de arritmias (1-3); entre tanto, social y emocionalmente, dificultades en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, alteración de las relaciones interpersonales y afectivas, dificultades en su rol laboral, etc.

Estos efectos repercuten en su calidad de vida, desencadenan en complicaciones, agudización de los síntomas, reingresos hospitalarios y, finalmente, la muerte. El manejo de estos pacientes en la práctica diaria va dirigido, sobre todo, a su incorporación en los programas de rehabilitación cardiaca. No obstante, se observa que los temas de mayor trabajo se refieren a los componentes físico y socioemocional, que generan dificultades para prevenir e identificar oportunamente la depresión.

Por lo tanto, no sólo basta delegar esta responsabilidad en los profesionales líderes en los grupos de rehabilitación, sino que es competencia del enfermero y la enfermera que se encuentran en las unidades coronarias y hospitalización. Lo anterior lleva a señalar que la depresión en los pacientes con IAM es un desafío que involucra la competencia profesional y un trabajo en equipo de cada uno de los profesionales que se encuentran con el paciente en el transcurso de la hospitalización y programas de rehabilitación cardiaca.

Aspectos conceptuales de la depresión

La depresión, concepto derivado del latín *depressus*, significa abatido, derribado (4); es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. En términos médicos, el concepto de depresión se refiere a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente la esfera afectiva de las personas, dentro de los cuales se encuentran: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo, limitar la actividad habitual, deteriorar las relaciones interpersonales y empeorar el pronóstico y recuperación ante una enfermedad.

La depresión constituye una de las principales causas de morbimortalidad actual, y será la primera según las proyecciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2020 (5). En la depresión

hay un factor genético que contribuye claramente a la evolución de los trastornos del ánimo; sin embargo, el patrón de transmisión genética sigue mecanismos complejos. El trastorno depresivo se debe al desajuste bioquímico de ciertos neurotransmisores o aminas endógenas; la síntesis de noradrenalina y serotonina sufren alteraciones en las personas con depresión (6-7). También existen factores externos implicados en los trastornos del estado de ánimo, pues se considera que la depresión es el resultado de influencias genéticas, ambientales y psicosociales.

Clasificación de la depresión

Al igual que en otras enfermedades, existen varios tipos de trastornos depresivos. Los tipos de depresión más comunes, según la clasificación clásica, son (8):

- *Depresión endógena o primaria.* Esta depresión debe entenderse como la manifestación depresiva sin una causa que, al menos en apariencia, la justifique; se caracteriza por que aparece espontáneamente. Por ejemplo: psicosis afectiva, ciclotimia, melancolía, depresión endógena y psicosis maniaco-depresiva (monopolar).
- *Depresión secundaria.* Está relacionada y surge luego de presentarse otras enfermedades médicas o psiquiátricas. En este tipo de depresión es importante identificar el trastorno original que la provocó y tratarlo adicionalmente. La depresión secundaria desempeña un papel determinante en la aparición y desenlace de la enfermedad cardíaca. Se considera un factor de riesgo para presentar enfermedad cardiovascular; pero cuando la persona ya la padece, pueden aparecer episodios depresivos. Algunos estudios muestran una prevalencia del 47% de pacientes con IAM que padecen algún grado de depresión, con lo cual se incrementa el riesgo de fallecimiento (9).

Los episodios depresivos se generan por diferentes causas, dentro de las cuales se encuentran: una condición crónica de enfermedad (10), la poca claridad en las percepciones del paciente sobre lo grave de su enfermedad, la condición clínica de salud en que se encuentre el paciente, la necesidad de realizar cambios en los estilos de vida, el consumo de medicamentos —especialmente algunos antiarrítmicos— (11) y la afectación de la capacidad funcional (12).

Dados los cambios sociodemográficos e industriales de la sociedad, se ha identificado la depresión como un trastorno característico de la segunda mitad del siglo XX (13); a su vez, se considera una patología fuertemente ligada con enfermedades cardiovasculares (14). Su alta prevalencia en el mundo entero la han transformado en un síndrome de

alto interés, por su relación con el sistema cardiocirculatorio, el cual también “es fuente de una gran cantidad de enfermedades crónicas y degenerativas con altas tasas de mortalidad” (15).

La American Heart Association (16) considera la depresión como uno de los seis campos de mayor impacto de discapacidad generados por la enfermedad cardiovascular. El interés cada vez más frecuente por la relación existente entre el corazón y la mente se ha basado en hallazgos clínicos y en trabajos epidemiológicos sobre el efecto de los factores psicológicos, por ejemplo, el estrés, la depresión y la ansiedad sobre la enfermedad coronaria y el IAM.

La depresión en el paciente con IAM afecta los componentes físico, social y emocional. En el componente físico se ha planteado la hipótesis de que la mayor frecuencia de episodios isquémicos silentes en pacientes con depresión se debe a un umbral más alto en las fibras dolorosas aferentes del corazón o a una respuesta alterada de las β -endorfinas, o bien a mecanismos neurohumorales que inducen la vasoconstricción coronaria y que probablemente están vinculados con la integridad endotelial (5). Por otro lado, existen diversos mecanismos que pueden explicar el mal pronóstico que tiene la asociación de síntomas depresivos en los pacientes post-IAM, dentro de los cuales encontramos:

1. *Cambios en el tono cardíaco.* Durante la crisis depresiva aumenta el tono simpático y disminuye el tono parasimpático del corazón, lo cual hace al paciente más susceptible a presentar arritmias ventriculares. Los cambios en el tono autonómico del corazón producen taquicardia, aumento en las concentraciones de catecolaminas y disminución de la tasa de variabilidad cardíaca, factores que influyen negativamente en la función y reactividad del corazón.
2. *Aumento de la actividad plaquetaria.* Durante los episodios depresivos se presenta una disminución de la biodisponibilidad de la serotonina, que a su vez incrementa la actividad de las plaquetas y la producción de fibrinógeno y promueve la trombogénesis con un aumento de la función procoagulante.
3. *Mayor disponibilidad del óxido nítrico (NO).* Producido por la enzima óxido nítrico sintetasa (NOS). El óxido nítrico inhibe la agregación plaquetaria, por lo cual una alteración en su producción puede representar un factor de riesgo para la vasoconstricción de las coronarias.
4. *Estrés emocional.* Promueve la isquemia miocárdica en pacientes con enfermedad coronaria, porque precipita al hipotálamo a que aumente el factor de liberación de corticotropina, el cual estimula la pituitaria y la glándula suprarrenal y, por consiguiente, mayor producción de cortisol, que se asocia con el desarrollo de aterosclerosis e hipertensión arterial.

En el aspecto social y emocional, el IAM genera dificultades en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, alteración en las relaciones interpersonales y afectivas y dificultades en su rol laboral. “Se ha determinado que la aparición de síntomas depresivos durante la recuperación del paciente y específicamente en la etapa post infarto agudo de miocardio tiene un efecto en el pronóstico directo en la rapidez de la recuperación de una enfermedad” (17). Los pacientes que presentan depresión e IAM tienen mayor riesgo de morbimortalidad, sobre todo en los estudios de seguimiento a un año; además, a largo plazo, generan más gastos en la salud pública (10).

Por otro lado, la depresión repercute en la calidad de vida de un paciente y de su familia, lo cual, en consecuencia, se está convirtiendo en un problema de salud pública que tiende a acrecentarse cada día más (18-22). La asociación entre la depresión y la calidad de vida deficiente en los pacientes con IAM puede atribuirse al impacto de la depresión sobre el deterioro del funcionamiento físico. Las pruebas realizadas a pacientes con enfermedades cardiovasculares, con relación a la calidad de vida, indican que los pacientes deprimidos sin trastornos médicos crónicos pueden tener peores percepciones de salud; presentar limitaciones físicas, sociales y funcionales, e informar de mayor dolor físico que los pacientes no deprimidos con trastornos médicos crónicos (23-25).

Por las repercusiones que genera la depresión en la calidad de vida de las personas con IAM, en las últimas décadas se ha prestado un poco más de atención al tratamiento, pero no se han establecido estrategias por parte de la profesión de enfermería para afrontar esta problemática en estos pacientes. La literatura de enfermería es escasa en lo referente a la relación entre IAM y depresión; sin embargo, existen estudios hechos por otras disciplinas diferentes a la enfermería que han mostrado asociación entre estas dos patologías.

De allí se puede concluir que la depresión interfiere de manera significativa con los sentimientos de bienestar o felicidad, produce discapacidad y complica el tratamiento de las enfermedades. Al revisar la literatura se han encontrado algunos estudios que sustentan la relación existente entre depresión e IAM. Algunos de ellos son:

El estudio realizado por Lespérance y cols. (26) en un grupo de 896 pacientes con IAM, a quienes se les aplicó el inventario de depresión de Beck en el momento de ser admitidos al hospital y un año después del IAM, demostró que la mejoría de los síntomas depresivos en los pacientes que presentaban depresión leve está asociada a la disminución de las cifras de mortalidad cardíaca. Los pacientes con puntajes altos de depresión (depresión grave) mantuvieron un pronóstico peor cinco años más tarde, aun cuando los síntomas depresivos hubieran mejorado.

El estudio de Berkman (27), publicado en el 2003, realizado con pacientes deprimidos en la etapa posterior al ataque de un IAM y que recibieron seis meses de terapia cognitivo-conductual, reveló una reducción pequeña, pero significativa de la depresión después de la intervención, comparado con los pacientes que recibieron atención habitual.

Se ha demostrado que la depresión modifica el pronóstico en aquellos pacientes que han padecido un infarto de miocardio o padecen isquemia de miocardio. Frasure-Smith y cols. (9,19), quienes desarrollan su actividad científica en el Research Center, del Montreal Heart Institute, Quebec, Canadá, evaluaron el impacto de la presencia de un cuadro depresivo en la sobrevivencia de pacientes a los seis meses post-IAM. Dentro de los resultados encontrados se mostró una mortalidad cardiaca del 18%, en comparación con el 4% en los pacientes no depresivos.

Laghrissi-Thode y cols. (28-31) encontraron que los pacientes deprimidos poseen menor adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, lo que empeora la progresión de las lesiones coronarias y genera la posibilidad de que la depresión cause directamente enfermedad cardiovascular o que, por el contrario, dificulte el proceso de recuperación del paciente.

En el estudio llevado a cabo por Shiotani y cols. (32) se pretendió investigar el impacto de los síntomas depresivos en el pronóstico de pacientes con IAM. Los autores evaluaron a 1.042 pacientes, de los cuales el 42% presentaron síntomas depresivos, y dentro de estos la tasa de eventos cardiacos fue de un 31,2%, comparado con un 23% para los pacientes que no presentaban síntomas depresivos. Este seguimiento se realizó durante un año. Así se llegó a la conclusión de que la depresión ocurrida tras un episodio de infarto de miocardio es un predictor importante de eventos cardiovasculares, y con mayor frecuencia en personas mayores de 65 años.

La situación planteada en relación con la depresión y el IAM, sumada a la escasa literatura propia de enfermería, hace que los profesionales de esta área generen estrategias que orienten la identificación oportuna de la depresión, así como adopten acciones preventivas en pacientes diagnosticados con IAM. A continuación se presentan algunas estrategias de intervención en la depresión.

Estrategias de intervención de enfermería para detectar y prevenir la depresión

La valoración que realiza el profesional de enfermería es fundamental y va dirigida a conocer tanto los antecedentes biopsicosociales del pa-

ciente como su estado mental y a identificar de manera temprana los posibles factores y características personales-familiares que influyen para que pueda presentar depresión, así como los síntomas de depresión. Los antecedentes biopsicosociales permiten valorar el funcionamiento biológico, psicológico y social del paciente a lo largo de la vida. Los elementos que se deben valorar se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Evaluación biopsicosocial del paciente post-IAM deprimido

Datos	Consideraciones
Antecedentes psiquiátricos	Se debe obtener información sobre los padecimientos psiquiátricos anteriores para comprender el episodio reciente y hacer un pronóstico
Antecedentes familiares	El indagar antecedentes familiares permitirá orientar el cuidado, ya que existe un porcentaje significativo de trastornos del estado del ánimo como factor hereditario
Antecedentes sociales	La capacidad de un individuo de entablar y conservar relaciones indica su capacidad de emplear la relación terapéutica. Redes sociales más amplias se correlacionan con enfermedad mental menos grave y recuperación más completa
Espiritualidad	Es un aspecto que se descuida en la valoración y se convierte en un elemento fundamental que influye en el impacto de la enfermedad y tratamiento
Capacidad de afrontamiento	Las capacidades de afrontamiento permiten evaluar el manejo de los factores internos y externos que el paciente utiliza

Fuente: tomado y adoptado de "Valoración de la enfermera en psiquiatría". En: Carniaux C. Enfermería psiquiátrica. 2000.

El examen del estado mental es una valoración del comportamiento, del aspecto general del paciente, de su estado de ánimo, así como de su proceso de pensamiento, juicio y discernimiento (Tabla 2).

Tabla 2. Evaluación del estado mental del paciente post-IAM deprimido

Datos	Consideraciones
Comportamiento y aspecto general	Se debe valorar la apariencia corporal, postura, grado de actividad, gestos y actividad psicomotora
Estado del ánimo	Se debe observar la profundidad, los límites y la fluctuación de la expresión emocional. Es fundamental conocer la variabilidad en el afecto del paciente
Proceso de pensamiento	Es la manera en que el paciente piensa. Se deben explorar y analizar ideas o pensamientos positivos y negativos en torno al estado actual

Continúa

Datos	Consideraciones
Juicio	Es la capacidad de anticipar las consecuencias de su estado actual y sus acciones, así como la forma de elegir un comportamiento apropiado
Discernimiento	Se refiere al grado en que el paciente se ha percatado de la enfermedad y de comportamientos de adaptación negativa

Fuente: tomado de “Valoración de la enfermera en psiquiatría”. En: Carniaux C. Enfermería psiquiátrica. 2000.

Los factores que inciden para que el paciente pueda presentar depresión son: la coexistencia de una enfermedad crónica que genere trastornos psicológicos y la hospitalización, que conlleva una alteración brusca del ritmo de vida, la separación de la familia y el trabajo, el vivir experiencias percibidas como amenazantes, soledad, sentimientos de inutilidad, interrogantes y falta de información sobre aspectos relacionados con la enfermedad (recuperación, limitaciones, sexualidad, medicamentos, complicaciones y reincorporación laboral).

Por otro lado, las características personales y familiares se refieren a valorar el grado de autonomía, capacidad física-laboral, funcionamiento familiar (estado civil, relaciones con su pareja y familia), funcionamiento social (lazos y actividades sociales, nivel de apoyo social percibido, comportamiento sexual antes del infarto y después) y actitud hacia la enfermedad.

Finalmente, los síntomas que puede presentar el paciente con depresión son: afecto depresivo la mayor parte del tiempo, insomnio o hipersomnia, aumento o disminución de peso, pérdida de energía, agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de inutilidad o culpa, ideas de muerte o suicidio, llanto fácil, desesperanza o culpa excesiva.

Todos estos aspectos que se deben valorar permitirán prever y atender al paciente y su familia. Las intervenciones del profesional de enfermería deben responder a lo estipulado por la OMS en el abordaje del paciente post-IAM, que señala: “la intervención integral post infarto son la suma de todas las medidas necesarias para proporcionarle al paciente las mejores condiciones físicas, psicológicas y sociales que le permitan recuperar una posición normal en la sociedad y una vida tan activa y productiva como sea posible” (33). Por esto la intervención de enfermería va dirigida a dos escenarios: el primero, acciones que ayuden a prevenir la depresión y, el segundo, acciones al paciente que ya presentan depresión postinfarto.

Acciones de enfermería para prevenir la depresión

Las acciones para prevenir la depresión en el paciente post-IAM empiezan durante su hospitalización y, posteriormente, continúan en el seguimiento que se realiza en los programas de rehabilitación. A continuación se describen:

1. Valorar los aspectos psicológicos que puedan interferir en la evolución del paciente (esfera emocional, esfera afectiva o esfera cognitiva).
2. Generar un proceso de comunicación terapéutica de confianza que le permita determinar esos miedos y el riesgo real o no de su enfermedad (34).
3. Facilitar el acceso a la información para aumentar el conocimiento acerca del autocuidado que debe desarrollar al egreso de su hospitalización.
4. Movilizar recursos afectivos que propicien el cambio, aprovechando la experiencia emocional correctiva como elemento favorecedor.
5. Dar instrucciones y orientación a la familia para el manejo y tratamiento de los pacientes.
6. Reforzar la información encaminada a la prevención secundaria, a fin de lograr la modificación de actitudes ante los factores de riesgo.
7. Fomentar la participación de la familia para lograr un adecuado manejo de sus pacientes y para que respalde la modificación de actitudes.
8. Promover conductas de motivación y acciones que recompensen los aspectos y cambios positivos en su adherencia (35).
9. Incentivar la participación en programas y actividades que promuevan el autocuidado y la adherencia (36).

Acciones de enfermería en el manejo de la depresión post-IAM

Las acciones que realiza el profesional de enfermería, dirigidas a los pacientes que se encuentran con depresión, son intervenciones de tipo interdependientes, desarrolladas con el equipo interdisciplinario (médico, psicólogo y psiquiatra), y acciones independientes que pueden ser ejecutadas sólo por el profesional de enfermería.

Intervenciones interdependientes

Las intervenciones interdependientes van dirigidas al manejo de la crisis situacional que presenta el paciente con depresión. Esta crisis se define como el estado que aparece cuando una persona enfrenta un obstáculo a sus objetivos o expectativas vitales y que parece ser insuperable con los métodos usuales de resolución de problemas que la persona ha utilizado en el pasado. Las personas con crisis suelen presentar como síntomas: ansiedad, sentimientos de desamparo, confusión, cansancio y desorganización en el funcionamiento de sus actividades familiares, laborales y sociales (37-40). El éxito o fracaso de la resolución de una crisis depende la percepción del problema, de la red de apoyo familiar y social y de la capacidad de la persona de resistir el estrés y el grado de realidad al enfrentar y resolver problemas.

Esta crisis no sólo la puede presentar el paciente postinfarto, sino su familia, manifestada por angustia, temor, impotencia, rabia, compasión, preocupación extrema y sobreprotección. La respuesta de cada uno de los profesionales ante la presencia de la crisis en el paciente y su familia es proporcionar una relación empática y de ayuda para que puedan enfrentar las dificultades, de modo que la probabilidad de efectos negativos se aminore y se incremente la de recuperar el equilibrio emocional. De ahí que la intervención de los profesionales se fundamente en tres aspectos: (a) análisis de la crisis, (b) intervención psicosocial y (c) tratamiento farmacológico.

Análisis de la crisis

El análisis de la crisis se debe considerar en los pacientes que presenten depresión no severa y no crónica. Se desarrolla durante cinco momentos (41-43):

1. *Realización del contacto psicológico.* Se define este primer contacto como empatía con los sentimientos de una persona durante una crisis. Así mismo, se debe estimular a la persona a hablar, a analizar la reacción de la persona ante el acontecimiento y a establecer lineamientos reflexivos, mostrándole el interés por escucharla, entenderla y apoyarla. Esto, a su vez, disminuye la intensidad de la ansiedad.
2. *Analizar las dimensiones del problema.* La indagación se enfoca en tres áreas: la primera corresponde al pasado inmediato, donde se hace referencia a los acontecimientos que condujeron al estado de crisis. La segunda es la indagación acerca de la situación presente e implica las preguntas quién, qué, dónde, cuándo, cómo; se requiere saber quién está implicado, qué pasó, cuándo, etc. Y la tercera es el futuro inmediato que se enfoca hacia cuáles son las dificultades para la persona y su familia.

3. *Sondear las posibles soluciones.* Se refiere a la identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después, identificadas de manera previa.
4. *Asistir en la ejecución de pasos concretos.* Involucra ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta. El objetivo es en realidad muy limitado: no es más que motivar a la persona a plantear estrategias fáciles de ejecutar que den respuesta a la situación problema.
5. *Seguimiento para verificar el progreso.* Implica obtener información y establecer un procedimiento que permita el seguimiento para verificar el progreso.

Intervención psicosocial

La intervención psicosocial más efectiva para la depresión en pacientes que han sufrido un IAM es la terapia cognitivo-conductual, desarrollada por profesionales expertos (psiquiatra o psicólogo) (44,45). Este método asume que los pacientes son participantes activos en el tratamiento y se producen interacciones recíprocas entre las cinco áreas clave en la terapia como son: medio ambiente, pensamientos, emociones, comportamiento y factores fisiológicos. La terapia cognitivo-conductual hace énfasis en la resolución de problemas prácticos a corto plazo y favorece el desarrollo de estrategias para cambiar los aspectos estresantes de la vida del paciente que este puede controlar.

Tratamiento farmacológico

El profesional de enfermería debe conocer en qué momento está indicado el tratamiento farmacológico y las posibles interacciones o efectos en el sistema cardiovascular. El inicio de esta terapia está determinado en depresión grave y crónica, existencia de historia familiar de depresión e incapacidad del paciente para realizar el trabajo requerido en la psicoterapia.

Es necesario que cuando el médico tome la decisión de recetarle un antidepresivo al paciente deprimido, el profesional de enfermería valore la seguridad, tolerabilidad, eficacia e interacciones. Uno de los grupos de medicamentos más utilizados en el manejo de la depresión son los antidepresivos tricíclicos; por ello el desconocimiento por parte del profesional de enfermería y del médico sobre los efectos en el sistema cardiovascular e interacciones con otros medicamentos genera múltiples complicaciones.

Los antidepresivos tricíclicos desencadenan efectos hipotensores, proarritmogénicos y sobre la conducción cardíaca (46-48). Las respuestas hipotensoras que ocurren en ocasiones con estos fármacos tienen un

profundo efecto sobre la perfusión de un tejido miocardio previamente afectado. La hipotensión ortostática puede llegar a ser más pronunciada si cabe en pacientes que reciban tratamiento concomitante con beta-bloqueantes, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, o en pacientes que toman diuréticos para tratamiento de hipertensión o insuficiencia cardiaca (48).

Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) han demostrado una eficacia clara en el tratamiento de la depresión y presentan menores efectos secundarios en todos los sistemas (47,48), pero especialmente en el sistema cardiovascular, que otros antidepresivos.

La utilización de ISRS puede proteger contra el infarto de miocardio (46,48). Este hecho podría atribuirse al efecto inhibitorio que tienen sobre la activación plaquetaria, mediada por serotonina; al efecto protector sobre el endotelio, o, posiblemente, a la mejora de otros factores asociados con el riesgo incrementado de infarto en el contexto de un cuadro depresivo, como las modificaciones que se ejercen sobre el estilo de vida, y un mejor cumplimiento de la terapia farmacológica, dieta y ejercicio físico (37,49,50).

Con lo anterior, el profesional de enfermería, al administrar los medicamentos, debe aplicar cada una de las fases del proceso de atención de enfermería que permitan identificar oportunamente las interacciones y los efectos de los antidepresivos. La valoración de enfermería debe fundamentarse en la historia (conocimiento del tipo de antidepresivo, tiempo del tratamiento, efectos adversos, cumplimiento del tratamiento, percepción del paciente sobre sus efectos y tolerancia).

En la fase de diagnóstico, el profesional de enfermería analiza e interpreta los datos obtenidos en la valoración y determina los problemas reales o potenciales con relación al tratamiento antidepresivo. En este grupo de problemas se encontrarían las reacciones farmacológicas e interacciones de los antidepresivos con los medicamentos cardiovasculares. El profesional de enfermería ocupa una posición ideal para evitarlas o detectarlas precozmente y comunicarlo oportunamente al médico. Así mismo, en esta fase se deben explorar cuidadosamente las complicaciones más importantes que se puedan derivar de los antidepresivos con el fin de evitarlos, controlarlos o reducirlos al mínimo.

En la planificación es necesario establecer las metas a corto o a mediano plazos que permitan resolver los problemas identificados en la fase anterior. Por último, en la fase de ejecución y evaluación el profesional de enfermería le proporcionará información al paciente sobre el medicamento antidepresivo y sus posibles efectos adversos, haciendo un seguimiento que cumpla las metas planteadas e incentiven la mejoría del estado físico y funcional del paciente.

Intervenciones independientes

Como acciones complementarias a la terapia cognitiva-conductual el profesional de enfermería puede desarrollar una serie de intervenciones de tipo independiente, dirigidas a la seguridad del paciente, necesidades físicas, escucha activa, educación, comportamiento y familia. En la seguridad del paciente, el profesional de enfermería debe valorar el riesgo que tiene de presentar ideas suicidas de acuerdo con la intensidad de la depresión. En caso de idea suicida, la enfermera ha de intervenir de inmediato. Es posible que el paciente intente lesionarse a sí mismo y es necesario que observe de cerca esta conducta y lo proteja de cualquier lesión.

La satisfacción de necesidades físicas se constituye en una intervención que permite promover el bienestar físico, ya que los pacientes descuidan su salud y su seguridad. La actividad física es muy importante y debe ser fomentada aun si el paciente se resiste. De ser posible, la enfermera ha de motivar al paciente para que participe en actividades que antes disfrutaba. La actividad física libera energía reprimida e incrementa los sentimientos de bienestar, logro y control.

La escucha activa se fundamenta en permitir la expresión de los sentimientos y pensamientos del paciente para que no se sienta rechazado. Se deben dar respuestas positivas frecuentes a los logros y al cumplimiento de las metas. Es importante hacer compatibles las expectativas del paciente con sus capacidades, porque esto previene el fracaso, que podría reforzar sentimientos de escasa valía. Los pacientes deprimidos son personas con las que resulta difícil trabajar, y su conducta negativa o su apatía frustran a las enfermeras que esperan resultados inmediatos.

Es fundamental para el profesional de enfermería comprender los síntomas, despersonalizar las reacciones del paciente y orientar determinadas expectativas y creencias de éste. Por ejemplo, es frecuente para el enfermo y su familia creer que el ejercicio físico tras el evento cardíaco puede ponerlo en riesgo de sufrir una muerte súbita. Como resultado de ello, restringe su actividad física, lo cual enlentece la recuperación, mantiene la depresión y aumenta el riesgo de desarrollar otros problemas de salud. Por otro lado, el identificar estas concepciones erróneas y proporcionar un adecuado apoyo educativo puede conducir a una mejor adherencia al tratamiento por el paciente y a un mejor acercamiento a su comportamiento, estado de ánimo y salud.

En cuanto al comportamiento, el profesional de enfermería debe alentar de forma razonable al paciente a participar en actividades que

permitan la realización de ejercicio físico y actividades sociales, lúdicas y/o recreativas, además de los programas específicos de rehabilitación cardíaca.

Por último, es fundamental involucrar a la familia en el proceso de rehabilitación de este tipo de pacientes pues, con mucha frecuencia, ellos experimentan sentimientos de falta de ayuda, pérdida y depresión, similares a los que presenta el paciente; adicionalmente, sus parejas pueden temer el retorno a la actividad diaria, incluyendo la actividad sexual. Por lo tanto, es necesario educar a los familiares de los pacientes y a sus parejas y proporcionarles adecuadas fuentes de información.

Conclusiones

- Existe una estrecha relación entre los estados depresivos y el IAM, y esta relación se debe a múltiples factores ambientales, psicológicos y sociales.
- La depresión empeora el pronóstico y la recuperación de las personas diagnosticadas con IAM. Es claro que los procesos fisiológicos secundarios a la depresión determinan las complicaciones médicas que puede presentar el paciente en la etapa post-IAM; adicionalmente, los estados de ánimo depresivos del paciente conllevan una mala adherencia a los tratamientos, tanto farmacológicos como no farmacológicos.
- La depresión también se considera un factor de riesgo para presentar enfermedad cardíaca y, a su vez, se presenta como un estado determinante del paciente para que adopte conductas no saludables.
- La depresión en los pacientes con IAM es un desafío que involucra la competencia profesional de enfermería y su equipo de trabajo, que se encuentran con el paciente en el transcurso de la hospitalización y en los programas de rehabilitación cardíaca en las fases I y II. El manejo de la depresión debe estar dirigido a identificar tempranamente los posibles factores y características personales y familiares que influyen para que el paciente pueda presentar depresión, así como sus síntomas.
- Las estrategias del profesional de enfermería deben estar fundamentadas en la prevención de la depresión y su manejo. La prevención va dirigida a valorar aspectos psicológicos, lograr la comunicación terapéutica y promover conductas de autocuidado, apoyo social y motivación. De ahí que las acciones en el manejo de la depresión comprendan intervenciones interdependientes e independientes.

Referencias

1. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds CF, Alexopoulos GS, Bruce MI, et al. Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. *J Am Med Assoc.* 1997;278:1186-90.
2. Peralta V, Cuesta MJ, Giraldo C, González F. Classifying psychotics disorders: issues regarding categorical vs. dimensional approaches and time frame to assess symptoms. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2002;252:12-8.
3. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet.* 2007;370:851-8.
4. Jiang W, Glassman A, Krishnan R, O'Connor CM, Califf RM. Depression and ischemic heart disease: what have we learned so far and what must we do in the future? *Am Heart J.* 2005;150:54-78.
5. 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;45:637-51.
6. Penninx BW, Beekman AT, Honig A, Deeg DJ, Schoevers RA, van Eijk JT, et al. Depression and cardiac mortality results from a community-based longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* [en internet]. 2001 [2008 dic 08]; 58(3):221-7. URL disponible en <http://www.tecnociencia.es/especiales/depresion/epidemiologia.htm>.
7. Dubovsky SL, Buzan R. Trastornos del estado de ánimo. En: Hales RE, Yudofsky SC, editores. *Sinopsis de psiquiatría clínica. Basado en DSM IV, Tratado de psiquiatría.* 3ª ed. Barcelona: Masson; 2000. p. 287-341.
8. Williams JW Jr, Kerber CA, Mulrow CD, Medina A, Aguilar C. Depressive disorders in primary care: prevalence, functional disability, and identification. *J Gen Intern Med.* 1995;10:7-12.
9. Frasure-Smith N, Lespérance F. Depression and anxiety as predictors of 2-year cardiac events in patients with stable coronary artery disease. *Arch Gen Psychiatry.* 2008;65:62-71.
10. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry.* 2000;57(10):1552-62.
11. Taragano EF, Vicario A, Boskis B, Bagnati P, Allegri RF. *Fisiopatología vascular de los trastornos neuropsiquiátricos.* Buenos Aires: Edi-Ser; 2000. Caps. 1-3.
12. Barefoot JC, Helens MJ, Mark DB. Depression and long term mortality risk in patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol.* 2001;78:613-7.
13. Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M, et al. The functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study. *JAMA.* 1999;262:914-9.
14. Berrio V, Riosco P, Vielma M, Boggiano G, Silva L, Saldivia S. Prevalencia de vida y 6 meses de algunos trastornos psiquiátricos en la provincia de Cautín, Chile. *Rev Psiquiatría.* 2000;2:75-86.
15. Muselman DL, Evans DL, Nemeroff CB. The relationship of depression to cardiovascular disease: epidemiology, biology, and treatment. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;55:580-92.
16. American Heart Association. *Heart disease and stroke statistic; 2004.*

17. Polsky D, Doshi JA, Marcus S, Oslin D, Rothbard A, Thomas N, et al. Long-term risk for depressive symptoms after a medical diagnosis. *Arch Intern Med.* 2005;165:1260-6.
18. Ruo B, Rumsfeld JS, Hlatky MA, Liu H, Browner WS, Whooley MA. Depressive symptoms and health-related quality of life: the Heart and Soul Study. *JAMA.* 2003;290:215-21.
19. Frasure-Smith N. Reflections on depression as a cardiac risk factor. *Academy of Psychosomatic Medicine. Proceedings of 53rd Annual Meeting, Tucson, Arizona, 2006.*
20. Corace KM, Endler NS. Psychosocial predictors of cardiac rehabilitation patients' quality of life. *Journal of Applied Biobehavioral Research.* 2003;8:1-26.
21. Fogel J, Fauerbach JA, Ziegelstein RC, Bush DE. Quality of life in physical health domains predicts adherence among myocardial infarction patients even after adjusting for depressive symptoms. *J Psychosom Res.* 2004;56:75-82.
22. Rugulies R. Depression as a predictor for coronary heart disease: a review and meta-analysis. *Am J Prev Med.* 2002;23:51-61.
23. Stansfeld SA, Fuhrer R, Shipley MJ, Marmot MG. Psychological distress as a risk factor for coronary heart disease in the Whitehall II Study. *Int J Epidemiology.* 2002;31:248-55.
24. Carney RM, Blumenthal JA, Freedland KE, Youngblood M, Veith RC, Burg MM, et al. Depression and late mortality after myocardial infarction in the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICH) Study. *Psychosom Med.* 2004;66(4):466-74.
25. Frasure-Smith N, Lespérance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. *JAMA* 2003; 270: 1819-1825.
26. Lespérance F, Frasure-Smith N, Talajic M, Bourassa M. Five-years risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction. *Circulation.* 2002;105:1049-53.
27. Berkman LF, Blumenthal J, Burg M, Carney RM, Catellier D, Cowan MJ, et al. Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICH) Randomized Trial. *J Am Med Assoc.* 2003;289:3106-6.
28. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science.* 2003;301:386-9.
29. Van Melle JP, de Jonge P, Spijkerman T, Tijssen JG, Ormel J, van Veldhuisen DJ, et al. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis. *Psychosom Med.* 2004;66:814-22.
30. Janszky I, Ahlbom A, Hallqvist J, Ahnve S. Hospitalization for depression is associated with an increased risk for myocardial infarction not explained by lifestyle, lipids, coagulation, and inflammation: The SHEEP Study. *Biol Psychiatry.* 2007;62:25-32.

31. Laghrissi-Thoinked F, Wagner WR, Pollock BG, Johnson PC, Finkel MS. Elevated platelet factor 4 and betathromboglobulin plasma levels in depressed patients with ischemic heart disease. *Biol Psychiatry*. 2003;42:290-5.
32. Shiotani I, Sato H, Kinjo K, Nakatani D, Mizuno H, Ohnishi Y, et al. Depressive symptoms predicts 12-months prognosis in elderly patients with acute myocardial infarction. *J Cardiovasc Risk*. 2002;9(supl 3):153-60.
33. Wulsin LR, Singal BM. Do depressive symptoms increase the risk for the onset of coronary disease? A systematic quantitative review. *Psychosom Med*. 2003;65:201-10.
34. Rieckmann N, Gerin W, Kronish IM, Burg MM, Chaplin WF, Kong G, et al. Course of depressive symptoms and medication adherence after acute coronary syndromes: an electronic medication monitoring study. *J Am Coll Cardiol*. 2006;48:2218-22.
35. Gehi A, Haas D, Pipkin S, Whooley MA. Depression and medication adherence in outpatients with coronary heart disease: findings from the Heart and Soul Study. *Arch Intern Med*. 2005;165:2508-13.
36. Ziegelstein RC. Depression in patients recovering from a myocardial infarction. *JAMA*. 2001;286:1621-7.
37. Di Matteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patients adherence. *Arch Intern Med*. 2000;160:2101-7.
38. Ziegelstein RC, Fauerbach JA, Stevens SS, Romanelli J, Richter DP, Bush DE. Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Arch Intern Med*. 2000;160:1818-23.
39. De Jonge P, Honig A, van Melle JP, Schene AH, Kuyper AM, Tulner D, et al. Nonresponse to treatment for depression following myocardial infarction: association with subsequent cardiac events. *Am J Psychiatry*. 2007;164:1371-8.
40. Van den Brink RH, van Melle JP, Honig A, Schene AH, Crijns HJ, Lambert FP, et al. Treatment of depression after myocardial infarction and the effects on cardiac prognosis and quality of life: rationale and outline of the Myocardial Infarction and Depression-Intervention Trial (MIND-IT). *Am Heart J*. 2002;144 (2):219-25.
41. García Vicente E, del Villar Sordo V, García, García EL. La depresión tras el infarto agudo de miocardio. *An Med Interna (Madrid)*. 2007;24:346-51.
42. Bush DE, Ziegelstein RC, Tayback M, Richter D, Stevens S, Zahalsky H, Fauerbach JA. Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*. 2002;1:89:112-3.
43. Katon W, Lin EHB, Kroenke K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007;29:147-55.
44. Guck TP, Kavan MG, Elsasser GN, Barone EJ. Assessment and treatment of depression following myocardial infarction. *Am Fam Physician*. 2001;15:64:641-8. Review.

45. Lichtman JH, Bigger JT, Blumenthal JA, Frasure-Smith N, Kaufmann PG, Lespérance F, et al. Depression and coronary heart disease. Recommendations for screening, referral, and treatment. *Circulation*. 2008;118:1768-75.
46. Glassman AH, O'Connor CM, Califf RM, Swedberg K, Schwartz P, Bigger JT Jr, et al. Sertraline treatment of major depression in patients with acute MI or unstable angina. *JAMA*. 2002;288:701-9.
47. Hippisley-Cox J, Pringle M, Hammersley V, Crown N, Wynn A, Meal A, Coupland C. Antidepressants as risk factor for ischaemic heart disease: case-control study primary care. *Br J Medicine*. 2001;323:666-9.
48. Rasmussen JN, Chong A, Alter DA. Relationship between adherence to evidence-based pharmacotherapy and long-term mortality after acute myocardial infarction. *JAMA*. 2007;297:177-86.
49. Maliik S, Krumholz HM, Lin ZQ, Kasl SV, Mattera JA, Roumains SA, Vaccarino V. Patients with depressive symptoms have lower health status benefits after coronary artery bypass surgery. *Circulation*. 2005;25(111):271-7.
50. Barth J, Schumacher M, Herrmann-Lingen C. Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a metaanalysis. *Psychosom Med*. 2004; 66:802-13.