



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

DEPRESIÓN E INSUFICIENCIA CARDÍACA

UN ESTUDIO DE PREVALENCIA EN PACIENTES NO HOSPITALIZADOS EN URUGUAY

Trabajo Final de Grado
Proyecto de investigación

Estudiante: Romina Brugman

CI: 4.728.306-5

Tutor: Prof. Adj. Mag. Alejandra Arias

Revisor: Asist. Mag. Carolina Farías

Montevideo, Uruguay
Octubre, 2022

Índice

Resumen	1
Fundamentación.....	2
Antecedentes.....	3
Marco conceptual.....	7
Psicología de la Salud	7
Salud-Enfermedad.....	8
Enfermedades Crónicas	10
Aspectos Psicosociales de las Enfermedades Crónicas.....	11
Insuficiencia Cardíaca	12
Depresión.....	13
Problema de investigación	14
Preguntas de investigación	15
Hipótesis.....	15
Objetivos.....	15
Generales.....	15
Específicos	15
Metodología	16
Diseño Metodológico	16
Población de Estudio y Criterios de Inclusión	16
Instrumentos de Medición.....	16
Procedimiento.....	18
Cronograma de ejecución.....	18
Consideraciones éticas.....	19
Resultados esperados y Plan de difusión	19
Referencias bibliográficas	21

Resumen

Este proyecto de investigación corresponde al trabajo final de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República (UdelaR). Su objetivo, principalmente, será determinar la prevalencia de depresión en los pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca, no hospitalizados, en Uruguay. De igual modo, se buscará caracterizar sociodemográficamente a los participantes y establecer el grado de relación entre esta patología y la presencia de aspectos del trastorno depresivo. Se tratará de identificar el grado de interferencia que generan los síntomas de depresión o la patología propiamente dicha en la vida cotidiana de estos pacientes. La metodología propuesta es de corte cuantitativo, transversal y con alcance descriptivo. Se tomará como población objetivo a aquellos pacientes que asisten a la Policlínica de Insuficiencia Cardíaca del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la UdelaR, Uruguay. Se estima una participación de 250 pacientes para contar con una muestra probabilística. En relación con los instrumentos, se proponen: entrevista cerrada con un bloque de preguntas sobre variables sociodemográficas y biomédicas, cuestionarios *Patients Health Questionnaire* (PHQ-9) y el inventario de depresión de Beck (BDI-II). Esta investigación adquiere relevancia a partir de las publicaciones consultadas que destacan la importancia que asume la salud mental como potencial factor de riesgo o de protección para las patologías cardíacas.

Palabras Clave: Prevalencia – Depresión – Insuficiencia cardíaca

Abstract

This research project is part of the final work of the Bachelor of Psychology at the University of the Republic. The main objective will be to determine the prevalence of depression in patients diagnosed with heart failure, not hospitalized in Uruguay. In the same way, we will seek to characterize the participants sociodemographically, establishing the degree of relationship between this pathology and the presence of aspects or depressive disorder. In this way, it is proposed to identify the degree of interference generated by the symptoms of depression or the pathology itself in the daily life of these patients. The proposed methodology is quantitative, transversal and descriptive in scope. The target population will be those patients who attend the Heart Failure Polyclinic of the Hospital de Clínicas of the Faculty of Medicine of UdelaR, Uruguay. A participation of 250 patients is estimated to have a probabilistic sample. In relation to the instruments, the following are proposed: a closed interview with a block of questions on sociodemographic and biomedical variables, *Patients Health Questionnaire* (PHQ-9) and the Beck Depression Inventory (BDI-II). This research becomes relevant from the publications consulted that highlight the importance that mental health assumes as a potential risk or protective factor for cardiac pathologies.

Keywords: Prevalence – Depression – Heart Failure

Fundamentación

Las enfermedades cardiovasculares son consideradas, tanto a nivel mundial como en Uruguay, un problema de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) las muertes por enfermedades cardiovasculares se estiman en 17.9 millones por año y ocupan la principal causa de defunción en el mundo. En Uruguay el patrón es el mismo, los datos actuales del Ministerio de Salud Pública (Uruguay, 2020) expresan que, de un total de 32.638 defunciones en el año 2020, 25.4 % corresponden a enfermedades cardiovasculares.

La Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca (UMIC) de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (2017) entiende a esta patología como la vía final de la mayoría de las cardiopatías. Afirma que esta enfermedad se comporta con una creciente incidencia y prevalencia. La morbimortalidad y costos en salud son elevados. En otras palabras, se puede observar que la insuficiencia cardíaca es una verdadera epidemia del siglo XXI. Con referencia al pronóstico vital, se plantea que, pese a los avances tecnológicos en sus tratamientos, se espera una sobrevida menor al 50 % a cuatro años, la cual disminuye a un año para presentaciones severas (Ormaechea y Álvarez, 2018 y Estrada *et al.* 2019).

Es pertinente definir la insuficiencia cardíaca crónica como un complejo síndrome clínico que se presenta con múltiples comorbilidades (presencia de dos o más enfermedades en el mismo paciente). La prevalencia de esta enfermedad es significativamente mayor en pacientes de más de 65 años, así como el riesgo de padecer enfermedades en simultáneo. Las patologías más frecuentes pueden dividirse en cardiovasculares (fibrilación auricular) y extracardíacas. Entre estas últimas se encuentran la anemia, el cáncer, la caquexia (pérdida severa de masa muscular), la diabetes *mellitus*, la disfunción eréctil, la depresión, la enfermedad renal crónica, la pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y los trastornos ventilatorio respiratorios del sueño (Universidad de la República, 2017).

Los pacientes con este diagnóstico presentan repercusiones a nivel psicosocial durante el desarrollo y transcurso de su enfermedad (Figuroa *et al.*, 2010). Algunas de ellas son las altas tasas de reingresos hospitalarios, ansiedad, bajo nivel socioeconómico por ausentismo laboral, depresión, dificultades interpersonales, disminución de la calidad de vida, estrés crónico, elevados costos en tratamientos médicos y polifarmacia, hostilidad y restricciones conductuales.

La relación entre depresión e insuficiencia cardíaca puede comprenderse desde dos polos: uno biológico y otro psicosocial. La depresión en pacientes con insuficiencia cardíaca se asocia con alteraciones del sistema nervioso autónomo y en factores de la coagulación, aumento de marcadores inflamatorios y trastornos del ritmo cardíaco (Universidad de la República, 2017 y Guallar-Castillón *et al.*, 2006). Por otro lado, en lo que se refiere a los mecanismos psicosociales, la presencia de depresión aumenta la tasa de incumplimiento terapéutico, traduciéndose en un factor de riesgo asociado al mal pronóstico y peor calidad de vida. En este sentido, Bichara *et al.* (2016) asocian la presencia de depresión con complicaciones pre y postoperatorias,

hospitalizaciones más prolongadas, mayores tasas de reingresos, progresión de enfermedad aterosclerótica, y peores resultados funcionales. Asimismo, los pacientes deprimidos tienden a adherirse menos a hábitos de vida saludables, tales como la actividad física regular, una alimentación adecuada o el abandono del cigarrillo.

Pintor (2006) menciona que existen dificultades para el diagnóstico de depresión, ya que en la enfermedad cardíaca se observa una decaída anímica y vital en los pacientes. Un ejemplo de ello es el enlentecimiento psicomotor y la torpeza mental que puede adjudicarse a la asociación de ambas patologías. En este sentido, Bichara *et al.* (2016) afirman que los síntomas de depresión son frecuentemente infradiagnosticados y subtratados en pacientes con enfermedades cardíacas, ya que estos se asocian a síntomas médicos. A partir del planteo de los autores, es relevante mencionar que la presencia de depresión duplica el riesgo de desarrollar una nueva enfermedad cardiovascular. En términos de tasa de mortalidad, la presencia de depresión la incrementa hasta 4 veces. Shen *et al.* (2013) coinciden con Bichara *et al.* (2016), al afirmar que «[...] la depresión exacerba, prolonga y amplifica los síntomas cardíacos» (p. 684).

Es necesario puntualizar que esta enfermedad crónica afecta a gran parte de la población uruguaya. Es una patología costosa que genera un empeoramiento en la calidad de vida de los pacientes y que, a su vez, se presenta como una enfermedad terminal en muchos casos. Esta investigación adquiere relevancia debido a que existe evidencia de la importancia que asume la salud mental como factor protector o de riesgo para estas patologías cardíacas. Esta investigación, abordará aspectos cuantitativos de la relación de la depresión asociada a la insuficiencia cardíaca en pacientes no hospitalizados en Uruguay. Es pertinente destacar que en Uruguay se registra escasa bibliografía publicada y no actualizada sobre el rol que ocupa la salud mental en estos pacientes.

Antecedentes

La Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca (UMIC) del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela de la Universidad de la República (UdelaR) de Uruguay, se ha dedicado a producir conocimientos sobre esta patología. Muñiz *et al.*, (2013) llevaron a cabo la investigación titulada *Prevalencia de depresión en la cohorte de pacientes de una Unidad de Insuficiencia cardíaca crónica*. La muestra contó con 151 pacientes y su objetivo fue determinar la prevalencia de depresión y analizar la posible asociación de ella con variables clínicas. El instrumento utilizado para el relevamiento de datos fue el cuestionario *Patients Health Questionnaire 9 (PHQ 9)* (Kroenke, Spitzer y Williams, 2001). Los resultados arrojaron que 45 pacientes de la muestra, que representan el 29.8 %, presentaban depresión mayor, moderada o severa. Las conclusiones a las que arribaron fue que la depresión se presentaba como una comorbilidad frecuente en los pacientes con insuficiencia cardíaca y que esto se relacionaba con un peor pronóstico.

En la región se encontraron antecedentes de estudios similares. En Argentina, Orellano (2015) investigó sobre los factores de riesgo psicológico en pacientes con enfermedad cardiovascular en

la Unidad de Prevención Cardiovascular del Servicio de Cardiología del Hospital Interzonal General, Dr. Alende, de Mar del Plata. El objetivo fue evaluar y describir factores de riesgo psicológicos tales como angustia, ansiedad, depresión y hostilidad, mediante historial clínico y entrevistas psicológicas. Participaron del estudio 35 pacientes de sexo masculino y encontraron como resultado que el 89 % de la muestra presenta algún síntoma de malestar psicológico. Dentro de esta, la depresión se encuentra presente en el 17 % de ellos; la categoría angustia se observó como el principal factor de riesgo psicológico (34 %). Por otra parte, el estudio refiere que en la práctica clínica se apreció que aquellos pacientes que consultaron en la guardia médica por cuadros de ansiedad, estados depresivos y crisis de angustia, desarrollaron síntomas somáticos similares al síndrome coronario agudo, por el cual requirieron tiempo después internación por esta última.

La investigación llevada a cabo en el Hospital General de México por Salazar *et al.* (2014) tuvo como objetivo principal determinar la relación de depresión, ansiedad y calidad de vida en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardíaca. La muestra fue conformada por 28 personas con este diagnóstico que se encontraban internadas en ese momento. Como instrumentos se utilizaron la *escala de ansiedad y depresión hospitalaria* (HADS)¹ y el *cuestionario de Cardiomiopatía de Kansas City*². Los resultados arrojaron que la variable ansiedad se detectó de forma leve-moderado en el 50 % de los pacientes, el 25 % la padecía de forma severa y el restante 25 % refirió no cursarla. En cuanto a la variable depresión, se encontró que en 43 % de los pacientes se presentaba de forma leve-moderada, en un 32 % de forma severa y en un 25 % refirió no padecerla. En las conclusiones los investigadores afirman que en pacientes con insuficiencia cardíaca el pronóstico de su enfermedad no se determina enteramente por factores clínico médicos, sino que participan elementos psicosociales. Destacan la importancia de la comunicación efectiva entre profesionales de la salud, la psicoeducación de pacientes y familiares y un mejor manejo clínico. A su vez, recomiendan que debería considerarse como objetivo de tratamiento el control de síntomas y manejo del estrés, la ansiedad y la depresión.

El estudio realizado en el Centro Especializado en Insuficiencia Cardíaca del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México, *Distrés psicológico y necesidades de información insatisfechas en pacientes con insuficiencia cardíaca y disfunción ventricular sin trastorno psiquiátrico previamente diagnosticado*, por Silva-Ruiz *et al.* (2021), tuvo como objetivo principal identificar las principales necesidades de apoyo psicológico en pacientes con insuficiencia cardíaca. La población de estudio fueron 150 pacientes en seguimiento desde noviembre de 2018 hasta abril de 2019. Los instrumentos utilizados fueron el *Minnesota Living with Heart Failure questionnaire* (MLFHQ)³ que mide la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca y la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS).

¹ Escala diseñada por Snaith y Zigmond en 1983.

² Cuestionario aplicado por Green, Porter, Bresnahan y Spertus en el año 2000.

³ Este cuestionario fue diseñado por Rector, T. y Cohn, J. en 1984.

Para los síntomas físicos se adaptó la escala visual analógica *Distress Thermometer*⁴ y se empleó el inventario de necesidades de información del paciente con insuficiencia cardíaca. Los resultados arrojaron que del inventario Minnesota se reportaron 98 pacientes con una buena calidad de vida —a pesar de su enfermedad—, 37 pacientes tenían una calidad de vida moderada y 15 consideraban tener una mala calidad de vida a causa de su enfermedad. Del cuestionario HADS se encontró que 148 pacientes expresaron no presentar síntomas asociados al trastorno depresivo y solo 2 refirieron padecerlos. En cuanto a la ansiedad, 148 pacientes señalan no padecerla, 11 confirmaron tener síntomas y los restantes 8 indicaron que poseen síntomas de ansiedad que se asociaban exclusivamente a preocupaciones constantes y pensamientos no deseados sobre su condición médica. Por último, en cuanto al distrés psicológico se encontró que 49 participantes requirieron asistencia psicológica por presentar elevados niveles de ese estado. Los autores de esta investigación aclaran que el estudio se encuentra limitado por la mínima presencia de sintomatología ansiosa y depresiva. Afirman, al respecto, que puede deberse a la sensibilidad de la escala utilizada (solo evalúa la conducta verbal), al alto porcentaje de pacientes que reportan una buena calidad de vida y que los participantes no evidenciaban síntomas de disfunción cardíaca (clase funcional I y II). En las conclusiones se plantea que los pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca sufren descompensaciones que afectan su funcionalidad física y emocional, lo que demanda para su correcto tratamiento una asistencia integral. Para los investigadores resulta primordial diseñar intervenciones que estén enfocadas en el tratamiento del manejo del estrés, de síntomas depresivos, ansiosos y físicos.

En Estados Unidos de Norteamérica la investigación desarrollada por Shen y Maeda (2018) se llevó a cabo en dos centros, la clínica cardiológica del Hospital Memorial Jackson de la Universidad de Miami y el Centro médico Cedars-Sinai en Los Ángeles. La muestra seleccionada fue de 252 pacientes, de los cuales 168 completaron la evaluación. El objetivo principal fue examinar las influencias de depresión, autoeficacia, apoyo social y sus variantes en la adherencia al tratamiento durante 6 meses, en pacientes con insuficiencia cardíaca. Los instrumentos utilizados fueron, para conocer la adherencia al tratamiento, la encuesta de adherencia específica del estudio de resultados médicos (MOS)⁵. Para evaluar la presencia de depresión se utilizó la *escala modificada del centro de estudios epidemiológicos (CESD-R)*⁶. El apoyo social que los pacientes percibían fue evaluado mediante la encuesta de apoyo social de MOS. Por último, para medir la confianza de los pacientes para seguir las recomendaciones de tratamiento se utilizó la *escala de autoeficacia HF*⁷. De los resultados se destaca que la evaluación de depresión arrojó que al comienzo del estudio 7.5 % de ellos presentaban síntomas leves, 12.3 % síntomas moderados y 21.4 % graves. A los 6 meses se volvió a evaluar y los resultados fueron similares: 8.4 % de los pacientes presentaba síntomas leves, 10.7 % moderados y 21.4 % presentaba síntomas graves. La investigación concluyó que tanto la

⁴ Escala diseñada por Roth, A., Kornblith, L., Batel-Copel, E., Peabody, H., Scher, J. en 1998.

⁵ Estudio desarrollado por Sherbourne, D. McHorney, C., Ware, J. y Lu, R. en 1992.

⁶ Eaton W., Muntaner, C., Smith, C., Tien, A. e Ybarra, M. desarrollaron esta escala en 2004.

⁷ Maeda, U., Shen, B.J., Schwarz, E. desarrollaron esta escala en 2013.

promoción de autoeficacia como la reducción de síntomas depresivos son objetivos prometedores para facilitar el compromiso con el tratamiento a largo plazo en pacientes con esta patología y, por ende, para mejorar su calidad de vida y pronóstico vital.

Celano *et al.* (2018), de la Universidad de Harvard, realizaron una revisión bibliográfica que, entre sus objetivos principales, tuvo el identificar las asociaciones entre depresión, ansiedad e insuficiencia cardíaca. Los resultados arrojaron que el desarrollo y progresión de esta enfermedad están asociados a los trastornos de depresión como de ansiedad e incluso al aumento en las tasas de mortalidad —mediados por mecanismos tanto conductuales como fisiológicos. Las conclusiones indican que los trastornos de depresión y ansiedad en estos pacientes son comunes y poco reconocidos.

Guallar-Castillón *et al.* (2006) realizaron su investigación en cuatro centros de salud. Su objetivo fue estimar la prevalencia de depresión e identificar los factores biomédicos y psicosociales que se asocian a los pacientes mayores de 65 años hospitalizados con insuficiencia cardíaca. El total de la muestra contó con 433 pacientes y se aplicó la *escala de Depresión Geriátrica de Yesavage*⁸. Los resultados señalan que, del total, 210 pacientes presentaron depresión (48.5 %). La conclusión de este estudio ratifica que existe una alta frecuencia de síntomas de depresión en los pacientes con insuficiencia cardíaca, mayores de 65 años y hospitalizados.

La investigación de Chialá *et al.* (2018) tuvo entre sus principales objetivos explorar las relaciones entre ansiedad, depresión y cognición con la capacidad de ejercicio en pacientes con insuficiencia cardíaca.⁹ Se admitieron 96 pacientes, reclutados en el hospital de Villa delle Querce en Nemi (Roma) desde octubre de 2014 hasta diciembre de 2016. Los instrumentos utilizados fueron: para medir la capacidad de ejercicio, la prueba de caminata de 6 minutos (6MWT)¹⁰. A través de ella es posible medir la distancia recorrida (en metros) en una superficie plana y firme. Las variables ansiedad y depresión se midieron mediante la escala HADS, *escala de ansiedad y depresión hospitalaria*¹¹. Para cuantificar el deterioro cognitivo se utilizó la *evaluación cognitiva* de Montreal¹², la cual evalúa dominios cognitivos, tales como atención, concentración, funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, habilidades visoconstructivas, pensamiento conceptual, cálculo y orientación. Los resultados arrojaron que en cuanto al test de marcha, solo 26 pacientes fueron capaces de caminar más de 300 metros sin presentar síntomas de disfunción cardíaca. Las puntuaciones del HADS expresaron que 46 pacientes presentaban ansiedad y 47 depresión. Por último, en cuanto al deterioro cognitivo se encontró que 11 pacientes no lo padecían, 67 tenían deterioro leve, 17 moderados y 1 paciente reportó tener deterioro severo. En las conclusiones se

⁸ Escala ideada por Brink y Yesavage en 1982.

⁹ La muestra de este estudio fue una submuestra de la investigación: *Increasing exercise capacity and quality of life of patients with heart failure through Wii gaming: the rationale, design and methodology of the HF-Wii study; a multicentre randomized controlled trial*, llevada a cabo por los autores Jaarsma *et al.* en 2015.

¹⁰ Rostagno, C., Olivo, G., Comeglio, M. aplicaron esta prueba en 2003.

¹¹ Escala validada para la población italiana por Costantini, M., Musso, M., Viterbori, P., Bonci, F., Del Mastro, L., Garrone, O., Venturini, M., Morasso, G. en 1999.

¹² Diseñada por Nasreddine, S., Phillips, N., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I. *et al.* en 2005).

presentó que clínicamente los pacientes deprimidos caminaban menos. Asimismo, es interesante considerar que casi el 50 % de la muestra presentaba ansiedad y depresión (48 % y 49 %, respectivamente).

En Asia, Husain *et al.* (2019) publicaron su investigación en la revista científica *Journal of Psychosomatic Research*. Entre sus objetivos se evaluó la prevalencia de depresión y el impacto de esta en la mortalidad y calidad de vida relacionada con la salud. La muestra fue conformada por 1009 pacientes que asistían a diferentes hospitales públicos de esa ciudad. Los instrumentos utilizados fueron: *inventario de depresión de Beck*, validado para la población de Pakistán en la Revista de Ayub Medical College Abbottabad, de 2015, *programas de entrevistas clínicas (CIS-R)* y *un cuestionario breve de discapacidad (Von Korff et al. 1996)*. Los resultados señalaron que 66 % de la muestra (670 pacientes) presentaban depresión. En las conclusiones se encontró que la tasa de depresión es alta entre los pacientes paquistaníes con esta patología cardíaca y que la gravedad de tal depresión se correlaciona directamente con una mayor mortalidad.

Marco conceptual

Psicología de la Salud

La Psicología de la Salud es una rama aplicada de las ciencias biológicas, específicamente un campo especializado de la psicología (Rodríguez, 2016; Morales, 2012, y Oblitas, 2006). Cuevas (2014), por su parte, señala que esta disciplina se posiciona desde una perspectiva sistémica e integradora que aborda el proceso de salud-enfermedad desde su complejidad e integra el papel de los factores psicosociales como parte de este. Ese proceso es necesario comprenderlo desde la noción de multicausalidad, a partir del modelo biopsicosocial (Morales, 2012). Este es un enfoque en el cual se reconoce el impacto que generan los factores biológicos, psicológicos y sociales sobre el bienestar y las enfermedades crónicas (Hilton y Johnston, 2017).

Morales (2012) ubica el nacimiento de la psicología de la salud en los años setenta. En ese momento histórico se estaba generando un cambio de pensamiento sobre la salud, la enfermedad y, en particular, sobre sus determinantes. Esto generó la transformación y el debilitamiento de aquellos modelos que centran las causas exclusivamente en los agentes biológicos. Se fue adoptando una mirada más integradora y ecológica, en la que se ubica a las personas «[...] no como un huésped pasivo de los agentes patógenos, sino como un sujeto activo en capacidad de construir su propia salud, participar activamente en su recuperación e intervenir en la sociedad para limitar los riesgos y desarrollar ambientes saludables» (p. 102)

Para Kaplan (2009) la psicología de la salud se centra en la « [...] interfaz entre la biología, el comportamiento y el contexto social» (p. 4). Se entiende por variables del comportamiento al estilo de vida y las condiciones sociales, tales como las influencias culturales, el contexto familiar y socioeconómico. El psicólogo que forma parte de esta disciplina cumple un papel fundamental, ya

que colabora desde su conocimiento para que se generen conductas saludables, es decir un comportamiento de salud (Rodríguez, 2016).

Matarazzo (en Velandia, Salamanca y Alarcón, 2018) agrega que la psicología de la salud se focaliza en los aportes científicos, educativos, de docencia y profesionales para colaborar con la promoción y el mantenimiento de la salud, así como con la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. En este aspecto también coincide Morales (2012) y agrega que será independiente si la enfermedad tiene origen físico o mental. Por su parte, Morales, en Cuevas (2014) señala que los factores que inciden en la salud son biológicos, fisiológicos, conductuales, sociales, emocionales, culturales e históricos. Por esta razón, el objeto de estudio será el referido a aquellos « [...] procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, el riesgo, la condición de enfermedad, la recuperación y las circunstancias interpersonales» (p. 50).

Para Kaplan (2009) en esta disciplina se incluyen actividades que van desde la investigación hasta la educación y el servicio clínico. A su vez, Espinoza y Pérez (2017) añaden aspectos como la comprensión de la etiología de la enfermedad, el estudio de factores emocionales y psicosociales asociados al mejoramiento del sistema de salud y la formulación de políticas sanitarias. Asimismo, reconocen varios niveles en la intervención, con individuos, familias, comunidades, instituciones y la sociedad en su conjunto. De igual manera, cada problemática deberá ser tratada de forma única, ya que será reconocida según su naturaleza, interpretada y evaluada para poder intervenir en ella.

Espinoza y Pérez (2017) establecieron los objetivos para la psicología de la salud. Estos son la aplicación de principios, métodos y teorías de investigación para fortalecer la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; la comprensión y evaluación de las interacciones entre lo físico y los factores biopsicosociales y, también, el reconocimiento de aquellos factores que interfieren en la adherencia al tratamiento. Asimismo, se agrega la evaluación y comprensión del papel que tiene el estrés en los procesos de las enfermedades, reconocer para intervenir de forma eficiente en aquellos casos en que los pacientes y familiares se encuentren vulnerables e intervenir con mecanismos y técnicas psicológicas en el afrontamiento y control de enfermedades crónicas.

Salud-Enfermedad

Los conceptos de salud y enfermedad han ido transformándose a lo largo del tiempo. Gómez Arias (2018) afirma que « [...] las nociones de salud y enfermedad son construcciones sociales complejas, que han cambiado entre los grupos humanos bajo la influencia de condiciones históricas particulares» (p. 64). Por otro lado, Baeta (2015) afirma que las diferentes culturas, sociedades y su forma de organización elaboran diversos conceptos sobre salud, enfermedad, formas de aliviar y prevenir esta última.

Es conveniente realizar un breve recorrido histórico para comprender de qué forma se han ido modificando las nociones de salud y enfermedad a lo largo de la historia. Moreno-Altamirano (2007) y Gómez Arias (2018) encuentran como primer momento la antigua Grecia. Hipócrates en el siglo V aseguraba que la salud era el equilibrio de cuatro elementos: flema (agua), bilis amarilla (fuego),

bilis negra (tierra) y sangre (aire). Las enfermedades, por su parte, se producían cuando ocurría un desequilibrio de estos elementos.

Durante la Edad Media, la Iglesia y la religión judeocristiana influyeron considerablemente sobre la salud y la enfermedad. El sufrimiento y el dolor se explicaban a través del pecado de Adán y las enfermedades se generaban por haber desobedecido la ley divina.

Durante el período de la Modernidad se desarrolló la ciencia moderna y con ella el conocimiento basado en el razonamiento y la observación empírica. La enfermedad, desde este paradigma, asume dos posiciones: la concepción anátomo-clínica y la fisiopatológica. A través de la primera se determinaba la existencia de una enfermedad solo si el médico podía verla y retirarla para generar así la cura. La segunda explicaba que la normalidad —o la salud— estaría definida a través de la observación y comparación de ciertos atributos personales con el promedio de la población. Con el tiempo, comenzaron a observarse enfermedades que escapaban a la vista del patógeno observable. Surge la idea de enfermedad « [...] como el producto de la influencia de las interacciones entre el agente, el hospedero y el ambiente» (Moreno-Altamirano (2007, p. 66).

En la posmodernidad se producen numerosos cambios, los autores Santoro-Lamelas (2016) y Sartorius (2006) abordan el tema desde tres perspectivas históricas diferentes. En un primer momento se entiende que la salud es la ausencia de enfermedad o deficiencia. En otra perspectiva, se incluye la idea de estado transitorio como opuesto a salud o enfermedad como permanente. Para Tizón García (1988) estas perspectivas se ubican bajo un punto de vista biologicista que restringe a la salud desde una mirada pobre y negativa. Algo que no resulta útil en la práctica clínica, donde el acontecer humano se ve atravesado por múltiples cuestiones. A su vez, Sartorius (2006) afirma que, desde este enfoque, se pierde la percepción que tiene el individuo acerca de su estado de salud-enfermedad. Para Baeta (2015) través de esta mirada cartesiana se ha constituido la base conceptual de la medicina científica moderna, « [...] en donde el cuerpo humano es fragmentado y analizado desde el punto de vista de sus partes y la enfermedad es el funcionamiento defectuoso de los mecanismos biológicos o químicos» (p. 82),

La tercera y última perspectiva (Santoro-Lamelas, 2016; Sartorius, 2006, Gómez Arias, 2018) es la que tiene prevalencia en la actualidad. La salud es equivalente a un estado de equilibrio, de normatividad del individuo para sí mismo y con su entorno físico y social. Gómez (2009) afirma que fue a partir de la Conferencia de Alma-Ata en 1978 donde se comienza a disolver la mirada negativa de la salud para abordarla como el bienestar bio-psico-social y como un derecho humano. Para Cuevas (2014) este surgimiento se relaciona con el cambio de patologías prevalentes. Mientras que en el paradigma médico las causas de muertes se relacionan con las enfermedades sanitarias (ejemplo: la tuberculosis), en la actualidad se asocian a enfermedades crónicas, influidas por elementos sociales y culturales como el estrés y los hábitos de vida. Para Alfonso (2003) la aparición del modelo biopsicosocial fue la consecuencia de las limitaciones emergentes en el modelo médico y el fracaso de los sistemas sanitarios con su concepción restrictiva y descontextualizada de la salud.

Santoro-Lamelas (2016) destaca dos características de la perspectiva biopsicosocial. En primer lugar, el concepto de bienestar como una mirada positiva de la salud. Por otro lado, destaca el papel que se le otorga al valor social, entendido como el vínculo que se genera entre la salud y la sociedad. Este punto de vista implica «[...] una dimensión de la existencia humana que permanece en existencia independientemente de la presencia de enfermedades, algo así como el cielo que permanece en su lugar incluso cuando está cubierto de nubes» (Sartorius, 2006, p. 663).

Tizón García (1988) asegura que la noción de salud debe estar compuesta por elementos biológicos, psicológicos y sociales, y que estos están interrelacionados de forma inseparable. A su vez, plantea que es necesario incluir aquellas consideraciones científicas, filosóficas, ideológicas y políticas para comprender el significado de salud en un determinado momento histórico. De igual forma, esa noción de salud estará determinada por las concepciones que se tengan sobre la vida, la sociedad, la historia social y el rol que ocupa el individuo en su comunidad.

Baeta (2015) sostiene que el proceso de salud-enfermedad y las preocupaciones por la salud son universales en la vida humana y que están presentes en todas las culturas y sociedades. Se diferencia la salud de la enfermedad por su visibilidad, en tanto esta se entiende « [...] como un concepto ruidoso, por hacerse visible y presente en el padecimiento de la persona». Y la salud se entiende « [...] como un fenómeno silencioso puesto que nos permite el desarrollo de nuestra cotidianidad sin preocuparnos en ella» (Santoro-Lamelas, 2016, p. 532).

Enfermedades Crónicas

Las enfermedades crónicas o no transmisibles son aquellas patologías que se instalan y progresan de forma lenta y que rara vez alcanzan una curación completa (Ardila, 2018). La *National Library of Medicine* (s/f) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos las caracteriza por ser permanentes, generar una incapacidad residual en los individuos y requerir de un entrenamiento al paciente para su rehabilitación y recuperación. A su vez, afirman que son causadas por alteraciones patológicas irreversibles y es esperable que requieran de un largo período de cuidado, observación y supervisión.

La Organización Mundial de la Salud (2021b) vincula el riesgo de padecer diferentes enfermedades crónicas con los estilos de vida modernos, tales como hábitos de alimentación no saludables, sedentarismo, consumo de sustancias psicoactivas, tabaco, alcohol u otras drogas. En otras palabras, las enfermedades crónicas son el resultado de un conjunto de factores de carácter social, que involucra cambios epidemiológicos, demográficos, medioambientales, y de estilos de vida (Ledón, 2011).

Ardila (2018) considera que el padecer patologías crónicas traduce una carga económica para el portador, sus cuidadores y el Estado y genera un desgaste desde la perspectiva de la dependencia social y, en algunas ocasiones, produce discapacidad. Para Ledón (2011) la condición de enfermedad crónica exige « [...] lidiar con ella de forma permanente en los espacios físicos, psíquicos y simbólicos» (p. 490).

Aspectos Psicosociales de las Enfermedades Crónicas

Las enfermedades crónicas generan en los individuos y su entorno una reestructuración que abarca tanto las actividades cotidianas como sus estilos de vida. Los autores Montalvo, Cabrera y Quiñones (2012) señalan, con respecto al impacto de las enfermedades crónicas, que, por un lado, el diagnóstico de cronicidad implica en una primera instancia el hecho de que la enfermedad se prolonga en el tiempo y que, por ende, su pronóstico será incierto. Por otro lado, las demandas de tratamiento impactarán en todas las áreas vitales, desde sus relaciones interpersonales, laborales, familiares, económicas, de pareja y su propia sexualidad.

A su vez, Orellano (2015) afirma que se genera un malestar psicológico de « [...] carácter biopsicosocial y es experimentado por un sujeto cuando las demandas o exigencias de la vida cotidiana exceden los recursos adaptativos, este proceso estresante es nocivo, presentándose colateralmente síntomas como angustia, ansiedad, depresión y hostilidad» (p. 52). A su vez, para la enfermedad crónica se generan etiquetas valorativas como *cardiópata* o *enfermo*, juicios de valor que crean una « [...] visión estereotipada y desacreditada sobre ellas que no son solamente impuestas desde lo externo sino también asumidas internamente» (Ledón, 2011, p. 491). En conclusión, las enfermedades crónicas «[...] no solo alteran al paciente por el proceso de adaptación que implican, sino que pueden producir dificultades económicas, cambiar la visión que la persona tiene de sí misma, y afectar las relaciones con los miembros de la familia y amigos» (Brannon y Feist, en Ledón, 2011, p.490).

Jordá (2019) menciona que existen factores psicosociales comunes a las enfermedades crónicas y que representan un riesgo tanto para el desarrollo de la enfermedad como para el empeoramiento de la calidad de vida. Conviene destacar, en primer lugar, que la vulnerabilidad psicológica es entendida como la presencia de un desequilibrio emocional que debilita la tolerancia a las frustraciones de la vida y que genera una sensación de indefensión y desesperanza. En otras palabras, este factor « [...] englobaría una autopercepción de dependencia, perfeccionismo, atribuciones negativas y la necesidad de fuentes externas de aprobación, constituyendo un factor de riesgo relevante para diferentes perturbaciones psicológicas, particularmente la depresión» (Jordá, 2019, p. 10). Otro factor sobre el que se hace énfasis es el agotamiento vital, descrito como un estado mental desagradable. Se caracteriza por la presencia de tres componentes: a) sensaciones de excesiva fatiga mental y falta de energía, b) incremento de la irritabilidad, y c) sentimientos de desmoralización.

Ledón (2011) asegura que en los procesos de salud-enfermedad intervienen aspectos personales y sociales como el acceso a la información, las creencias personales, el devenir histórico, las experiencias de otros, la interpretación y propósito de vida para la construcción de la significación y el papel que se le otorgara a su causalidad, evolución y pronóstico de la patología. Por su parte, Vinaccia, Stefano, y Orozco (2005) afirman que en la enfermedad crónica la persona y su entorno se ven obligados a un proceso de adaptación rápida, el cual genera una serie de emociones negativas como miedo, ira y ansiedad que traduce un mayor deterioro emocional.

La presencia de una enfermedad crónica puede generar tensiones familiares como consecuencia de los síntomas asociados. Entre ellos se destacan la dependencia del cuidador, una disminución de productividad, dolor, discapacidad, fatiga, efectos secundarios de los medicamentos, incapacidad para trabajar, dificultad para hacer planes, incertidumbre generada por la propia enfermedad. (Checton *et al.* en Orozco & Castiblanco (2015). Es así que la familia «[...] constituye uno de los espacios de vida más profundamente impactados a partir de la aparición de una enfermedad crónica y, a la vez, uno de los espacios que mayor potencial sostiene para revertir positivamente la situación de salud» (Ledón, 2011, p. 493).

Insuficiencia Cardíaca

La insuficiencia cardíaca es una patología crónica que se manifiesta cuando el corazón es incapaz de cumplir con las demandas metabólicas del organismo o, en el caso de lograrlo, es a expensas de un gran esfuerzo. Esto último provoca a largo plazo un fracaso en la función de la bomba cardíaca y repercute por compensación en los demás órganos (Borstnar y López, 2020).

El diagnóstico es clínico y se basa en los criterios de Framingham. Para considerarse como diagnóstico positivo el paciente debe manifestar al menos dos de los siguientes criterios denominados mayores: disnea paroxística nocturna (episodios de falta de aire que despiertan a la persona), ortopnea (debe utilizar varias almohadas para dormir por la sensación de ahogo), ingurgitación yugular, cardiomegalia y/o edema pulmonar. De igual modo, puede realizarse diagnóstico con la presencia de un criterio mayor sumado a dos o más criterios menores. Estos últimos incluyen: edemas en miembros inferiores, tos nocturna; disnea al esfuerzo; hepatalgia (dolor en hipocondrio derecho o epigastrio); derrame pleural; frecuencia cardíaca >120 lat/min; pérdida de más de 4.5 kg en 5 días tras tratamiento con diuréticos. (Borstnar y López 2020).

Según el *Manual práctico para el manejo del paciente con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida* (Universidad de la República, 2017) existen varias clasificaciones que caracterizan la insuficiencia cardíaca. Se mencionan a continuación las más utilizadas en la clínica.

- ✚ La *clasificación funcional o de disfunción cardíaca de New York Heart Association* se divide en:
 - Clase I - el paciente no presenta síntomas de disfunción cardíaca al realizar ejercicio físico.
 - Clase II - se presentan síntomas como disnea, fatiga o palpitaciones al realizar ejercicio, pero hay ausencia de estos durante el reposo.
 - Clase III - el paciente padece limitaciones de tipo moderadas, generadas por los síntomas frente a actividades diarias, las cuales desaparecen en reposo.
 - Clase IV - el paciente padece síntomas tanto en reposo como al mínimo gasto cardíaco al realizar actividades cotidianas.
- ✚ Otra de las clasificaciones es según el estadio evolutivo del paciente o el riesgo de desarrollar insuficiencia cardíaca, y fue elaborada por el *American College of Cardiology & American Heart Association*. Se categoriza en: Estadio A - presenta factores de riesgo sin disfunción cardíaca.

Estadio B - presenta disfunción ventricular asintomática. Estadio C - insuficiencia cardíaca sintomática. Estadio D - insuficiencia cardíaca terminal.

El tratamiento de esta patología es integral y dinámico, ya que varía según el estadio y severidad de la presentación de la enfermedad. Consta de dos polos, uno de múltiples fármacos y otro de recomendaciones higiénicas y dietéticas. Entre estas últimas se destacan el control de peso (incremento mayor de 2 kg en tres días es señal de alarma), dieta hiposódica, consumo escaso o nulo de alcohol, abandono de tabaquismo, inmunización anual (antigripal, antineumocócica) y ejercicio aeróbico regular. (Borstnar y López, 2020).

Depresión

La Organización Mundial de la Salud (2021a) describe a la depresión como un trastorno de la salud mental, se presenta con frecuencia en la población y genera una importante discapacidad a nivel mundial. Es una enfermedad que tiene un gran impacto en la vida cotidiana de quien la padece y afecta todas las áreas del individuo, tales como comer, dormir, estudiar, trabajar y disfrutar de la vida (Uruguay, 2022).

Estas instituciones la describen como una patología multifactorial, ya que es el resultado de múltiples y complejas interacciones ambientales, biológicas, genéticas, psicológicas y sociales. Es por esta razón, que la depresión puede provocar el empeoramiento de la situación vital de la persona y, asimismo, explicaría la relación de retroalimentación que se da entre las enfermedades físicas (o médicas) y los trastornos de salud mental. Con relación a esto último, en la *Guía Práctica Clínica sobre el Manejo de la depresión en el Adulto* (2014) se señala que la relación entre las patologías físicas, mentales, el abuso de sustancias, la conducta suicida y la depresión es compleja. Esto se debe a que esta última puede predisponer el padecimiento de las primeras y, al mismo tiempo, la presencia de tales patologías podría incrementar la probabilidad de tener depresión.

La Guía mencionada indica también que las personas con depresión suelen presentar un conjunto de síntomas con predominio afectivo como anhedonia, apatía, decaimiento, desesperanza, irritabilidad, impotencia frente a las exigencias de la vida, sensación subjetiva de malestar y tristeza patológica. Sin embargo, la sintomatología puede tener presentaciones distintas de acuerdo a la edad, ya que en jóvenes los síntomas que prevalecen son fundamentalmente comportamentales, y en adultos y adultos mayores los síntomas son frecuentemente somáticos. A su vez, el trastorno depresivo puede evidenciarse a través de signos poco específicos como alteraciones del sueño, deterioro en la apariencia y aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, facies triste, llanto espontáneo, tono de voz bajo, quejas somáticas inespecíficas, y verbalización de ideas pesimistas.

Por otro lado, es conveniente mencionar que el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (American Psychiatric Association, 1998) categoriza de forma nosológica el trastorno depresivo. Este Manual define que para su diagnóstico se deberán presentar los síntomas por un período de dos semanas y generar un cambio en el funcionamiento de la persona. Al menos cinco de los siguientes síntomas se presentarían, estado de ánimo deprimido la mayor parte del

tiempo, pérdida de interés o placer en actividades que antes lo generaban, agitación o retraso psicomotor, cambios significativos en el peso (modificación de más de 5 % en un mes), en el apetito, y en el sueño (insomnio o hipersomnias), disminución de la capacidad de concentración, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, pensamientos de muerte.

Problema de Investigación

Las enfermedades cardiovasculares, así como la defunción por esta patología se presentan cada vez con mayor frecuencia. Según el reporte del Ministerio de Salud Pública (Uruguay, 2020) las enfermedades cardiovasculares ocupan la primera causa de defunción y, en cuanto a morbilidad, se proyecta que su prevalencia sea cada vez mayor. En esta investigación, dentro de las enfermedades cardiovasculares, se circunscribe a la insuficiencia cardíaca crónica. Esta se presenta como un complejo síndrome que favorece las comorbilidades y tiene consecuencias negativas en la calidad de vida, debido a síntomas inhabilitantes. En muchos casos, se presenta como una enfermedad terminal. Al igual que el resto de las enfermedades cardiovasculares su presencia es cada vez mayor en la población uruguaya. Asimismo, requiere, tanto a nivel de la persona que porta este tipo de enfermedad como del Estado, elevados costos económicos y sociales. En cuanto al costo individual se destaca la necesidad de la polifarmacia y de gastos necesarios para el tratamiento de la enfermedad, como estudios, intervenciones, hospitalizaciones, entre otros. Ante la presencia de síntomas invalidantes puede ser necesaria la subvención estatal mediante pensiones o retiros anticipados.

En relación con los costos sociales, Larrinaga y Hernández (2016) mencionan que al asumir el rol de enfermo crónico se instala en la persona y su familia la creencia de que la vida *terminó*, ya que provoca « [...] una pérdida del rol social, dependencia y angustia» (p. 3). La enfermedad produce una pérdida progresiva en la autonomía, una intolerancia cada vez mayor al ejercicio de bajo impacto (por ejemplo, tareas de rutina básicas como bajar una escalera), disminución en la capacidad para el trabajo, afectación en sus relaciones interpersonales. Al mismo tiempo, presentan dificultades en las relaciones sexuales, lo cual genera conflictos maritales o intrafamiliares. Por último, se manifiestan efectos secundarios a los fármacos que empeoran la calidad de vida y alientan al aislamiento y encierro social, por ejemplo: la poliuria (producción de orina mayor a 3 litros por día) y nicturia (necesidad de interrumpir el sueño para orinar), reacciones secundarias al uso de diuréticos, ginecomastia (aumento de tejido mamario en hombres) por el uso de espironolactona, entre otros. (Borstnar y López, 2020)

La literatura consultada incluye a la depresión dentro de los factores de riesgo modificables en la insuficiencia cardíaca. Se han encontrado asociaciones entre la presencia de la depresión y un mayor riesgo de desarrollar nuevas patologías cardíacas, un empeoramiento en la calidad de vida de quien ya la padece, menor adherencia al tratamiento farmacológico y recomendaciones de hábitos, mayor tiempo de hospitalizaciones, peores resultados funcionales, entre otros. No obstante,

existen signos y síntomas de depresión que se manifiestan de igual forma que los de insuficiencia cardíaca, lo que obstaculiza la terapéutica y complejiza el seguimiento de los pacientes.

Es por todo lo expresado que este estudio cobra relevancia a partir de las publicaciones consultadas que destacan la importancia que asume la salud mental como factor protector o de riesgo para las patologías cardíacas. Del mismo modo, la investigación sería un aporte a nivel país por la escasa bibliografía publicada y no actualizada sobre el problema que se propone estudiar.

Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes con insuficiencia cardíaca no hospitalizados en Uruguay?
- ¿Con qué frecuencia y grado se presenta un trastorno de depresión en pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca?
- Desde la perspectiva de pacientes, ¿cuánto infiere su enfermedad en diferentes ámbitos de su vida cotidiana?

Hipótesis

- Existe una relación considerable entre la presencia de depresión e insuficiencia cardíaca en pacientes no hospitalizados en Uruguay.
- El trastorno depresivo se presenta con mayor frecuencia y gravedad en pacientes del género masculino.
- Los pacientes con insuficiencia cardíaca grave o avanzada presentan mayores tasas de trastorno depresivo moderado y grave.
- Los síntomas de depresión identificados por los pacientes interfieren en su vida cotidiana.

Objetivos

Generales

Determinar la prevalencia de depresión en pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca no hospitalizados en Uruguay.

Específicos

1. Caracterizar sociodemográficamente pacientes con insuficiencia cardíaca no hospitalizadas en Uruguay.
2. Establecer el grado de relación entre insuficiencia cardíaca y depresión de los pacientes no hospitalizados en Uruguay.

3. Identificar la interferencia de la depresión en la vida cotidiana de los pacientes con insuficiencia cardíaca.

Metodología

Diseño Metodológico

A fin de alcanzar los objetivos previamente mencionados y a partir de las preguntas que guían esta investigación, se propone un diseño metodológico cuantitativo, transversal y con un alcance descriptivo. Según Hernández Sampieri *et al.* (2014) el propósito de las investigaciones transversales es « [...] describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado» (p. 154). En relación con los diseños descriptivos, estos autores establecen que a través de ellos « [...] se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis» (p. 92).

Población de Estudio y Criterios de Inclusión / Exclusión

Se propone llevar a cabo la investigación en la Policlínica de Insuficiencia Cardíaca del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la UdelaR, Uruguay. La población participante incluirá aquellos pacientes que allí se encuentren en seguimiento. Se incluirán aquellos pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca clínicamente estables al momento del inicio del estudio. Por otro lado, se tomarán como criterios de exclusión el estar hospitalizado por descompensación de la patología y padecer deterioro cognitivo o neurológico que imposibilite la participación. Este último criterio se establece con relación a una de las posibles comorbilidades de esta patología cardíaca.

Se espera contar con una muestra aleatoria simple de 250 pacientes para alcanzar una muestra probabilística, con una confianza de 95 % y un margen de error de 5 % en una población total de 700 pacientes que actualmente se encuentran en seguimiento en el centro (Dra. G. Ormaechea, comunicación personal, 25 de julio de 2022).

Instrumentos de Medición

En una primera instancia se llevarán a cabo entrevistas cerradas con los participantes para caracterizarlos sociodemográficamente. Los datos a indagar en esta entrevista serán sobre sexo, edad, nivel de estudios alcanzados —escuela primaria completa o incompleta, bachillerato completo o incompleto, nivel terciario o politécnico completo o incompleto, ninguno. Ocupación: jubilado, pensionista, empleado, trabajos temporales o desempleado. Nivel de ingresos económicos mayor, igual o menor al salario mínimo nacional establecido por el Ministerio de Economía y Finanzas y Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (Decreto 454/021). Grupo familiar: casado, cónyuge, hijos u otros. Por otro lado, será relevante conocer aspectos biomédicos como frecuencia con la que debe asistir a controles médicos, tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad,

cantidad de fármacos ingeridos, presencia de comorbilidades y gravedad de la enfermedad según la *clasificación de la Funcional New York Association*. Esta última, ya descrita en el marco conceptual permite clasificar la gravedad de la patología según la limitación que genera en el ejercicio físico.

Posteriormente, se dará paso a la aplicación de la versión española del *cuestionario Patients Health Questionnaire (PHQ-9)* (Kroenke, Spitzer y Williams, 2001) con el fin de realizar un *screening* de síntomas depresivos. Este instrumento es un autoinforme que tiene la capacidad de identificar la presencia de síntomas de depresión en adultos y cuantificar su gravedad. A su vez, mediante una pregunta extra se permite indagar la interferencia de estos síntomas en la vida cotidiana. Conviene subrayar que se añadirá el siguiente campo de respuesta corta con el ítem: describa o especifique a esta última. La razón de esta modificación es profundizar en las posibles interferencias que generan los síntomas. Es un cuestionario sencillo y breve que se adapta fácilmente a los tiempos de consulta en la atención primaria en salud. A su vez, se destaca que fue utilizado previamente en Uruguay con la misma población objetivo de este estudio (Muñiz *et. al.*, 2013).

El cuestionario se compone de nueve ítems que evalúan la presencia de síntomas de depresión experimentados durante las dos semanas previas y se basa en los criterios diagnósticos establecidos por el *manual DSM IV* (American Psychiatric Association, 1998) para el episodio depresivo mayor. Las respuestas se puntúan de acuerdo a una escala Likert que va desde: ningún día (0), varios días (1), más de la mitad de los días (2) y casi todos los días (3). En cuanto a la última pregunta sobre la interferencia de los síntomas en la vida cotidiana, las categorías son: no ha sido difícil (0), un poco difícil (1), muy difícil (2) y extremadamente difícil (3).

En relación con la calificación, el puntaje total es la suma de la puntuación de todos los ítems. Los puntos de corte son: mínima existencia o ausencia de síntomas depresivos (0 a 4 puntos), síntomas depresivos leves (5 a 9 puntos), síntomas depresivos moderados (10 a 14 puntos), síntomas depresivos moderado a grave (15 a 19 puntos), y síntomas depresivos graves (20 a 27 puntos).

Por otro lado, se debe tener en cuenta que este instrumento por sí solo no puede proporcionar un diagnóstico conclusivo de depresión (Villarreal *et al.*, 2019). Por esta razón, se propone que en aquellos pacientes que presenten un puntaje que los ubique en la identificación de síntomas o indicadores de depresión moderada o grave, se dará paso a la aplicación de la versión española del *Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)*.¹³ Este cuestionario es un autoinforme clásico para la detección y evaluación de gravedad del trastorno depresivo en adolescentes y adultos. Se encuentra basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV y CIE-10 para episodio depresivo mayor y distimia

El cuestionario se compone de 21 ítems indicativos de síntomas de: tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de muerte, pesimismo, entre

¹³ Adaptación realizada en 2011 por Sanz, Perdigon y Vázquez. <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf>

otros, experimentados durante las dos últimas semanas. Las respuestas se puntúan en una escala Likert que contiene 4 opciones. A excepción de los ítems 16 y 18 (cambio en el patrón del sueño y cambios en el apetito, respectivamente) que contienen 7 posibles respuestas. La puntuación abarca de 0 a 3 puntos y, en casos que se marque más de una opción, se tomará la que puntuó más alta.

Con relación a la calificación, el puntaje total es la suma de la puntuación de todos los ítems. Los puntos de corte son: mínima existencia de trastorno depresivo (0 a 13 puntos), depresión leve (14 a 19 puntos), depresión moderada (20 a 28 puntos) y depresión grave (29 a 63 puntos).

Procedimiento

En primer lugar, se presentará la propuesta al Comité de Ética de la Facultad de Psicología, UdelaR, y al Comité de Ética del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la UdelaR. Una vez aprobada la propuesta se realizará una convocatoria en la Policlínica de Insuficiencia Cardíaca del Hospital de Clínicas con la finalidad de contactar a los posibles participantes. De este modo, a aquellos que muestren interés de forma voluntaria se les brindará un consentimiento libre e informado en donde deberán expresar su acuerdo con participar de la investigación mediante su firma. Una vez obtenido el consentimiento se les brindará una hoja de información con datos de la investigación e investigadores participantes. Posteriormente, se dará paso a la aplicación de los instrumentos elegidos por parte del equipo investigador. Es de destacar, con relación a esto último, que la investigadora se presentará a la maestría en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología, UdelaR con la intención de presentar este proyecto al Instituto de Psicología y Salud, en el programa de Determinantes, Concepciones y Políticas Públicas en Salud planteando la posibilidad de integrar estudiantes en formación en esta temática. O en su defecto, presentarlo a un proyecto de iniciación de CSIC para contribuir con la formación de estudiantes.

El análisis y procesamiento de los datos obtenidos mediante el software *Statistical Package for Social Sciences* (IBM SPSS Statistics). Este programa estadístico tiene la capacidad de analizar de forma rápida y segura grandes volúmenes de datos. Es descrito (IBM Statistics, en Valencia, 2016) como «[...] el software estadístico líder mundial para empresas, gobierno, organizaciones de investigación y académicas» (p. 4). A eso agrega que «[...] este software proporciona herramientas que permiten a los usuarios consultar datos y formular hipótesis de pruebas adicionales de forma rápida, así como ejecutar procedimientos para ayudar a aclarar las relaciones entre variables, crear clústeres, identificar tendencias y realizar predicciones» (p. 5).

Cronograma de Ejecución

Se planifica que este proyecto dure 18 meses. No obstante, puede variar en función de la postulación del autor a la maestría en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología, UdelaR, y que el Comité Académico de esta acepte su integración a la cohorte 2023.

	Meses 1-2	Meses 3-4	Meses 5-6	Meses 7-8	Meses 9-10	Meses 11-12	Meses 13-14	Meses 15-16	Meses 17-18
Revisión de Marco teórico y Metodología									
Presentación a Comité de Ética									
Contacto con el centro y cuerpo médico									
Entrevistas cerradas									
Aplicación de cuestionarios									
Análisis y sistematización de datos									
Elaboración de informe final									
Difusión de resultados									

Consideraciones Éticas

Esta investigación se ampara en lo establecido por el Decreto 379/008 de investigación con seres humanos, respecto a la preservación de la dignidad y los derechos humanos de los participantes. Estos últimos, intervendrán de forma voluntaria mediante un consentimiento informado, donde se les comunicará sobre la naturaleza de la investigación, sus objetivos, métodos, beneficios y potenciales riesgos. A su vez, de acuerdo a la Ley N.º 18 331 se garantiza la protección de la identidad y los datos personales. Se regirá bajo los cuatro principios de bioética: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Se destaca que aquellos pacientes que concurran a consulta en el centro donde se realice la investigación, de negarse o abandonar su participación eso no tendrá ningún efecto perjudicial o consecuencias de tipo alguno.

Por último, se señala que de detectar la presencia de síntomas o trastorno de depresión se le comunicará tanto al paciente como a su equipo médico tratante para gestionar su atención en salud mental. Para finalizar, se asegura que los resultados obtenidos serán de público conocimiento y se elaborará un informe para ser compartido con las instituciones correspondientes.

Resultados Esperados y Plan de Difusión

A través de esta investigación se pretende cumplir con los objetivos planteados, así como dar respuesta a las preguntas que la guían. Se espera que estos resultados sirvan como puntapié inicial para destacar la importancia y el rol que ocupa la salud mental en pacientes con patologías cardíacas, tales como la insuficiencia cardíaca. Cabe destacar que esta patología ha ido en aumento en nuestro país y en el resto del mundo. A su vez, se considera que los datos resultantes serán de gran utilidad para la sociedad médica, los equipos de salud mental, pacientes y familiares, así como

para la sociedad en general. En otras palabras, se espera conocer el estado actual de uno de los factores de riesgo modificables para la insuficiencia cardíaca, como es la depresión, para generar recursos para evitarla e incluirla como parte de la terapéutica en aquellos pacientes que la padezcan.

Se espera aportar a la comunidad científica y a la sociedad en general mediante comunicación y producción científica, así como actualizar el único registro de datos sobre la presencia de depresión en pacientes con insuficiencia cardíaca en Uruguay.

Referencias Bibliográficas

- Alfonso, M. (2003). Aplicación de la psicología en el proceso de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(3), pp. 275-281. <https://www.redalyc.org/pdf/214/21429307.pdf>
- American Psychiatric Association. (1998). DSM IV: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. In DSM IV: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
- Ardila, E. (2018). Las enfermedades crónicas. *Biomédica*, 38, 5-6.
- Baeta, M. (2015). Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud enfermedad. *Comunidad y Salud*, 13(2), 81-84 Retrieved August 22, 2022, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932015000200011&lng=es&tlng=es.
- Bichara, V., Santillán, J., de Rosa, R. y Estofan, L. (2016). Depresión en insuficiencia cardíaca crónica: causa o consecuencia. *Insuficiencia cardíaca*, 11(4), 173-200.
- Borstnar, C. R., & Cardellach, F. (Eds.). (2020). Farreras Rozman. Medicina Interna. Elsevier Health Sciences. Capítulo 49
- Celano, C., Villegas, A., Albanese, A., Gaggin, H. y Huffman, J. (2018). Depression and Anxiety in Heart Failure: A Review. *Harvard review of psychiatry*, 26(4), 175–184. <https://doi.org/10.1097/HRP.000000000000162>
- Chialà, O., Vellone, E., Klompstra, L., Ortali, G., Strömberg, A., y Jaarsma, T. (2018). Relationships between exercise capacity and anxiety, depression, and cognition in patients with heart failure. *Heart & lung: the journal of critical care*, 47(5), 465–470. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2018.07.010>
- Cuevas, M. (2014). La psicología de la salud: una propuesta integradora a la salud del ser humano. *MÉDICA REVIEW. International Medical Humanities Review/Revista Internacional de Humanidades Médicas*, 3(2).
- Espinosa, X. y Pérez-Acosta, A. (2017). Evolución del concepto de psicología de la salud y su diferenciación con otros campos de acción profesional. *Documentos de Investigación*, 24(1), 7-27.
- Estrada Escobar, S., Álvarez Rocha, P., Florio Legnani, L. y Ormaechea Gorricho, G. (2019). Causas de muerte de pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida en seguimiento por un programa multidisciplinario. *Revista Uruguay de Medicina Interna*, 4(3), 17-25.
- Figueroa, C., Alcocer, L., Ramos, B., Hernández, T. y Gaona, B. (2010). Factores de riesgo psicosociales asociados a la insuficiencia cardíaca. *Revista Mexicana de Cardiología*, 21(2), 70-74.
- Gómez E. (2009). *Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS*. <https://www.revistatog.com/num9/pdfs/original2.pdf>

- Gómez Arias, R. (2018). ¿Qué se ha entendido sobre salud y enfermedad? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 36(1), 64-102.
- Guallar-Castillón, P., del Mar Magariños-Losada, M., Montoto-Otero, C., Tabuenca, A. I., Rodríguez-Pascual, C., Olcoz-Chiva, M., y Rodríguez-Artalejo, F. (2006). Prevalencia de depresión, y factores biomédicos y psicosociales asociados, en ancianos hospitalizados con insuficiencia cardíaca en España. *Revista española de cardiología*, 59(8), 770-778.
- Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, España. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la Investigación. Sexta Edición. Editorial McGraw-Hill. México. Recuperado de: chrome-extension://oemmnclbldboiebfnladdacbfmadadm/https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf
- Hilton, C. y Johnston, L. (2017). Health psychology: It's not what you do, it's the way that you do it. *Health Psychology Open*, 4(2), 2055102917714910.
- Husain, M., Chaudhry, I., Husain, M., Abrol, E., Junejo, S., Saghir, T., Ur Rahman, R., Soomro, K., Bassett, P., Khan, S., Carvalho, A. y Husain, N. (2019). Depression and congestive heart failure: A large prospective cohort study from Pakistan. *Journal of psychosomatic research*, 120, 46–52. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.03.008>
- Kaplan R.M., (2009), Health Psychology: Where Are We And Where Do We Go From Here? *Mens Sana Monogr.* Jan;7(1):3-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3151453/>
- Jordá, A. (2019). *Enfermedad cardiovascular y factores de riesgo psicosociales. Papel de la psicología clínica en la salud cardiovascular.* 3Ciencias. <https://www.3ciencias.com/wp-content/uploads/2019/03/Enfermedad-cardiovascular-y-factores-de-riesgo-psicosociales.-Papel-de-la-psicolog%C3%ADa-cl%C3%ADnica-en-la-salud-cardiovascular.pdf>
- Kroenke, K., Spitzer, R., Williams, J. (2001). The PHQ-9 Validity of a Brief Depression Severity Measure. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Larrinaga Sandrino, V., y Hernández Meléndrez, E. (2016). Factores psicosociales relacionados con las enfermedades cardiovasculares. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, 22(3), 152-156. http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/658/html_53
- Ledón Llanes, L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista cubana de salud pública*, 37, 488-499.
- Montalvo-Prieto, A., Cabrera-Nanclares, B. y Quiñones-Arrieta, S. (2012). Enfermedad crónica y sufrimiento: revisión de literatura. *Aquichan*, 12(2), 134-143. Retrieved August 22, 2022,

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000200005&lng=en&tlng=es.

- Morales Calatayud, F. (2012). Psicología de la salud. Realizaciones e interrogantes tras cuatro décadas de desarrollo. *Psiciencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 98-107. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333127382005>
- Moreno-Altamirano, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, 49(1), 63-70. Recuperado en 30 de agosto de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000100009&lng=es&tlng=es.
- Muñiz Prechac, P., Álvarez Rocha, P., Silveira, A., Ormaechea, G., y Silvera Pérez, G. (2013). Prevalencia de depresión en la cohorte de pacientes de una unidad de insuficiencia cardíaca crónica. *Revista Médica del Uruguay*, 29(3), 174-180.
- National Library of Medicine. National Center for Biotechnology. (s/f) Information.:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh?Db=mesh&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=68002908&ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Mesh.Mesh_ResultsPanel.Mesh_RVDocSum
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la Salud y calidad de vida*. <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.476.1981&rep=rep1&type=pdf#page=46>
- Orellano, C. M. (2015). Factores de riesgo psicológico en pacientes con enfermedad cardiovascular. *Perspectivas en psicología*, 12(1), 52-56.
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Un informe sobre la salud pública*. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-cardiovasculares>
- Organización Mundial de la Salud. (2021a). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organizacion Mundial de la salud (2021b) *Enfermedades no transmisibles* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Ormaechea, G., y Álvarez, P. (2018). Programando el manejo del paciente con insuficiencia cardíaca. Conceptos generales y aportes de una unidad nacional. *Revista Uruguaya de cardiología*, 33(1), 205-244.
- Orozco & Castiblanco. (2015). Factores Psicosociales e Intervención Psicológica en Enfermedades Crónicas No Transmisibles/ Psychosocial Factors and Psychological Intervention in Chronic Non-Communicable Diseases/ Fatores Psicossociais e Intervenção Psicológica em Doenças Crônicas Não Transmissíveis. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(1), 203–217. <https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.15446/rcp.v24n1.42949>
- Pintor, L. (2006). Insuficiencia cardíaca y enfermedad depresiva, una frecuente combinación tantas veces olvidada. *Revista Española de Cardiología*. 59(8):761-765.

- Rodríguez, T. (2016) Contribución al desarrollo de la Psicocardiología en Cuba, como rama de la Psicología de la Salud. Vinlay. Revista de Enfermedades no transmisibles. 6(3). <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/387>
- Salazar, T., López, C., del Río, B. y Barreiro, L. (2014). Relación de la depresión, ansiedad y calidad de vida en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardíaca. *Psicología y Salud*, 24(1), 25-34.
- Santoro-Lamelas, V. (2016). La salud pública en el continuo salud-enfermedad: un análisis desde la mirada profesional. *Revista de Salud Pública*, 18, 530-542.
- Sartorius N. (2006). The meanings of health and its promotion. *Croatian medical journal*, 47(4), 662-664.
- Shah, S. U., White, A., White, S., & Littler, W. A. (2004). Heart and mind:(1) relationship between cardiovascular and psychiatric conditions. *Postgraduate medical journal*, 80(950), 683-689.
- Shen, B., y Maeda, U. (2018). Psychosocial predictors of self-reported medical adherence in patients with heart failure over 6 months: An examination of the influences of depression, self-efficacy, social support, and their changes. *Annals of Behavioral Medicine*, 52(7), 613-619.
- Shen, B., Eisenberg, S., Maeda, U., Farrell, K., Schwarz, E., Penedo, F., Bauerlein, E. y Mallon, S. (2011). Depresión and anxiety predict decline in physical health functioning in patients with heart failure. *Annals of Behavioral Medicine*.41(3):373-82.
- Silva-Ruz, C., Martínez-Ríos, M. A., Carbajal-Gutiérrez, B., Fiscal-López, Ó. J., Chuquiure-Valenzuela, E., García-Romero, D. y Sánchez-Sosa, J. (2021). Distrés psicológico y necesidades de información insatisfechas en pacientes con insuficiencia cardíaca y disfunción ventricular sin trastorno psiquiátrico previamente diagnosticado. Estudio transversal en un centro de referencia nacional. *Arch Cardiol Mex*, 92(1), 36-41.
- Tizón Garcia, J. (1988). *Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la atención primaria*. <https://core.ac.uk/download/pdf/61245686.pdf>
- Universidad de la República. Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Clínica Médica "A"- Cátedra de Cardiología. Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca. (2017). *Manual práctico para el manejo del paciente con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida*. https://www.umic.hc.edu.uy/images/MANUAL_FINAL.pdf
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. (2020). <http://informe-mortalidad-2020.cardiosalud.org/introducci%C3%B3n.html>
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública (2022). *13 de enero: Día Mundial de Lucha contra la Depresión*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/13-enero-dia-mundial-lucha-contra-depresion>
- Valencia, (2016) S. *Manual introductorio al SPSS Statistics Standard*. Edition 22 (Doctoral dissertation, Instituto Politécnico Nacional). https://www.fibao.es/media/uploads/manual_de_spss_universidad_de_celaya.pdf

- Velandia, M., Salamanca, Y., y Alarcón, M. (2018). Psicología de la salud en Colombia: formación e investigación. *Psychologica*, 12(2), 75-86. file:///C:/Users/pycsa/Downloads/Dialnet-PsicologiaDeLaSaludEnColombia-7050912%20(1).pdf
- Villarreal-Zegarra D, Copez-Lonzoy A, Bernabé-Ortiz A, Melendez-Torres G. y Bazo-Álvarez J. Valid group comparisons can be made with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A measurement invariance study across groups by demographic characteristics. *PloS one*. 2019 Sep 9; 14(9):e0221717.
- Vinaccia, S. y Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1(2), 125-137. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982005000200002&lng=en&tlng=es.