

# Prevalencia de depresión en la cohorte de pacientes de una unidad de insuficiencia cardíaca crónica

Patricia Muñiz Prechac\*, Pablo Álvarez Rocha†, Anaulina Silveira‡, Gabriela Ormaechea§, Gabriela Silvera Pérez¶

GRUPO UMIC: Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca (UMIC) del Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay

## Resumen

**Importancia del tema:** la depresión es un factor de riesgo asociado a mayor incidencia de patología coronaria; se considera además como un factor de mal pronóstico en los pacientes con patología cardíaca. Su presencia se asocia a un aumento del riesgo de sufrir insuficiencia cardíaca (IC) en los pacientes con predisposición y tiene consecuencias negativas en quienes ya padecen la enfermedad.

Los pacientes con IC y depresión presentan mayores probabilidades de ser hospitalizados o de morir. En estos pacientes la depresión se encuentra asociada a la gravedad de la enfermedad. La Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca (UMIC) es un programa de seguimiento de pacientes ambulatorios y en todos los estadios de esta patología.

**Objetivos:** determinar la prevalencia de depresión en la cohorte de seguimiento de la UMIC y analizar la posible asociación de depresión con variables clínicas y paraclínicas Clase funcional NYHA (CFNYHA) y fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI).

**Material y método:** estudio transversal, descriptivo, observacional, en 151 pacientes con IC. Criterios de inclusión: pertenecer a la cohorte de seguimiento UMIC (IC por disfunción sistólica con FEVI menor a 40%), estar clínicamente estable y acceder, con consentimiento firmado, a la entrevista con el test aplicado. Criterios de exclusión: inestabilidad clínica por elementos de descompensación cardiovascular e imposibilidad cognitiva, neurológica o auditiva de realizar la entrevista. Se aplicó el test validado Patients Health Questionnaire 9

(PHQ9) y se definió como punto de corte un valor  $\geq 15$  para definir depresión con especificidad de 0,96.

**Resultados:** se incluyeron 151 pacientes de cohorte de seguimiento UMIC. Según PHQ9 se observó que 29,8% (n=45) presentaba depresión mayor moderadamente severa o severa (PHQ9  $\geq 15$ ). El promedio de edad de los pacientes con depresión (PCD) correspondió a 59,1 $\pm$ 1,8 años (rango 20-80). En los pacientes sin depresión (PSD) correspondió a 61,5 $\pm$ 1,2 años (rango 25-82). No existieron diferencias estadísticamente significativas entre PCD y PSD, según la edad. En cuanto a la asociación entre el sexo y la clase funcional, y la presencia o no de depresión, no se encontró asociación entre variables (p=0,287 y p=0,515).

No se encontró diferencia estadísticamente significativa en la CFNYHA, según presencia o no de depresión (p=0,655), ni en la FEVI entre PCD y PSD (p=0,457).

**Conclusiones:** la depresión es considerada hoy día una comorbilidad frecuente en la IC, llegando en la cohorte UMIC al 29,8% de esta. La presencia de depresión identifica a un grupo de pacientes con peor pronóstico. Destacamos la utilidad en la implementación de un test sencillo de screening para su detección. No se encontró asociación entre la presencia de depresión con la edad o el sexo, ni con parámetros pronósticos de severidad de IC, como CFNYHA o FEVI. La constatación de dicho valor de prevalencia debe jerarquizarse por el mayor riesgo que la presencia de depresión implica en los pacientes con IC.

\* Médico psiquiatra. UMIC, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

† Profesor Adjunto de Cardiología. Coordinador de UMIC. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

‡ Asistente Cátedra de Métodos Cuantitativos, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

§ Profesor Agregado Clínica Médica A, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

¶ Médico UMIC, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

**Correspondencia:** Patricia Muñiz Prechac. Avenida Giannattasio 551, casa 27. Correo electrónico: pattydoc3030@gmail.com

Conflicto de intereses: los autores del presente trabajo declaran que no existen conflictos de intereses.

Recibido: 15/12/12

Aceptado: 9/6/13

**Palabras clave:** DEPRESIÓN  
INSUFICIENCIA CARDÍACA  
ENFERMEDAD CRÓNICA

**Keywords:** DEPRESSION  
HEART FAILURE  
CHRONIC DISEASE

### Importancia del tema

La depresión es un factor de riesgo asociado a mayor incidencia de patología coronaria y es, además, un factor de mal pronóstico en los pacientes con patología cardíaca<sup>(1-3)</sup>. Su presencia se asocia a un aumento del riesgo de sufrir insuficiencia cardíaca (IC) en los pacientes con predisposición y tiene consecuencias negativas en quienes ya padecen la enfermedad<sup>(1,4)</sup>.

Los pacientes con IC y depresión presentan mayores probabilidades de ser hospitalizados o de morir<sup>(5-7)</sup>. En estos pacientes la depresión se encuentra asociada a la gravedad de la enfermedad<sup>(8,9)</sup>.

La Organización Mundial de la Salud reporta la depresión como la cuarta condición médica más común en el mundo y predice que la misma pasaría al segundo lugar para el 2020<sup>(10)</sup>.

La enfermedad depresiva se presenta con una prevalencia del orden del 25% en la población con IC, mientras que en los pacientes con fases avanzadas o graves de IC puede sobrepasar el 50%<sup>(11)</sup>.

Por todo lo expresado anteriormente la enfermedad depresiva es un problema de primer orden en la atención integral del enfermo cardíaco.

En Uruguay no existen datos publicados sobre prevalencia de depresión tanto en la población general como en cardiopatas con la única aproximación en una encuesta realizada en 1998 y repetida en 2008. La prevalencia de depresión mayor era de 15%, la depresión menor 7% y solo síntomas depresivos 26%<sup>(12)</sup>.

La Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca (UMIC) del Hospital de Clínicas es un programa de seguimiento ambulatorio de pacientes con esta patología, con un régimen de policlínica especializada y equipo interdisciplinario que incluye médicos internistas, cardiólogos, psiquiatra, asistente social, nutricionista y licenciada en enfermería.

Los objetivos de este estudio son determinar la prevalencia de depresión en la cohorte de seguimiento de la UMIC y analizar la posible asociación con algunas variables clínicas y paraclínicas.

### Material y método

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, observacional, en 151 pacientes con insuficiencia cardíaca.

El criterio de inclusión era pertenecer a la cohorte de seguimiento UMIC (insuficiencia cardíaca por disfunción sistólica con fracción de eyección del ventrículo izquierdo [FEVI] menor a 40% al ingreso), estar clínicamente estable y acceder, con consentimiento firmado, a la entrevista con el test aplicado.

El criterio de exclusión fue la inestabilidad clínica por elementos de descompensación cardiovascular e imposibilidad cognitiva, neurológica o auditiva de realizar la entrevista.

Se aplicó el test validado Patients Health Questionnaire 9 (PHQ9) (anexo 1), basado en los criterios diagnósticos de depresión mayor del manual de diagnóstico DSM IV, a todos los pacientes incluidos.

El PHQ-9 consta de nueve ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos presentes en las últimas dos semanas, permite realizar la pesquisa de pacientes con trastorno depresivo, valorar la severidad del mismo<sup>(13-17)</sup> y pautar la necesidad del tratamiento en el trastorno depresivo<sup>(18,19)</sup>. En todos los casos el instrumento fue administrado por el médico psiquiatra del equipo. La puntuación total fue la suma directa de todos los puntajes.

Se definió como punto de corte el valor no menor de 15, que determina la depresión con una especificidad de 0,96 y de severidad tal que está indicado el tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico<sup>(20)</sup> (tabla 1).

### Análisis estadístico

En la búsqueda de asociación entre variables cualitativas se utilizó test de chi cuadrado o exacto de Fisher (en caso de corresponder); para el estudio de diferencias entre variables cuantitativas se utilizó el test t de student para muestras independientes. En todos los casos se marcó un nivel de significación de  $\alpha = 0,05$ . Finalmente, para el cálculo de la prevalencia en la población estudiada se tomó el número de pacientes que presentaron depresión en función del test PHQ9 con un punto de corte mayor o igual a 15 en relación con el total de la población en la que se aplicó el test.

### Resultados

Se incluyeron 151 pacientes. El promedio de edad correspondió a 60,8 años (DE=1,0 años; rango: 20-82 años).

La cohorte estudiada está formada por 67,1% (101) pacientes de sexo masculino, y 32,9% (50) de sexo femenino, existiendo una razón de dos hombres por mujer.

En relación con la clase funcional según la clasificación de la NYHA, de los pacientes estudiados, 45,9%

**Tabla 1.** Método de puntuación del PHQ9 para la planificación y el control del tratamiento

| Puntuación | Acción   |
|------------|--|
| ≤4         | La puntuación indica que, probablemente, el paciente no necesita tratamiento para la depresión   |
| >5 a 14    | El médico debe utilizar su juicio clínico sobre el tratamiento, tomando en consideración la duración de los síntomas del paciente y su trastorno funcional |
| ≥15        | Se justifica el tratamiento de la depresión con antidepresivos, psicoterapia o una combinación de tratamientos   |

(n=68) son pacientes con clase funcional I y 54,1% (n=80) corresponden a clase funcional II-III.

El valor promedio de la FEVI% fue de 33,4 (DE=0,8; rango=15-61).

El resultado del puntaje obtenido por el test PHQ9 mostró 29,8% (IC 95% 22,5; 37,1) de pacientes con depresión mayor moderadamente severa y severa, y 20,5% de pacientes con síntomas mínimos, depresión menor, distimia o depresión mayor leve, todos los cuales deberían ser manejados por criterio de un psiquiatra.

El coeficiente alfa de Cronbach para el test utilizado correspondió a 0,824.

El promedio de edad para los pacientes con depresión correspondió a 59,1 (DE=1,8; rango 20-80). En el caso de pacientes sin depresión correspondió a 61,5 años (DE=1,2; rango: 25-82). No existieron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con y sin depresión según la edad, valor  $p = 0,287$ .

No se encontró asociación de sexo ( $p = 0,515$ ) o de edad ( $p = 0,655$ ) con la presencia o no de depresión.

El estudio de la asociación entre la FEVI % y la presencia de depresión presentó los siguientes resultados: para los pacientes con depresión, el promedio de FEVI 32,6% (DE=1,3; rango: 20-60). El promedio de FEVI % para los pacientes sin depresión correspondió a 33,7% (DE=1,0; rango: 15-61). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de depresión según FEVI %, valor  $p = 0,457$ .

## Discusión

En este trabajo se presentan por primera vez datos estadísticos sobre la prevalencia de la depresión en pacientes de una unidad de insuficiencia cardíaca en Uruguay. No hay publicaciones de registros o de estudios transversales que informen sobre la prevalencia de la depresión en Uruguay, ya sea en la población general como en pacientes cardiopatas, de manera tal que los hallaz-

**Tabla 2.** Presencia de depresión según la clase funcional de la NYHA.

|                   | Depresión |           | Total |
|-------------------|-----------|-----------|-------|
|                   | Ausencia  | Presencia |       |
| Clase funcional I | 51        | 17        | 68    |
| II                | 40        | 19        | 59    |
| III               | 13        | 8         | 21    |
| Total             | 104       | 44        | 148   |

gos de este estudio deben ser comparados con datos internacionales.

En un metaanálisis llevado a cabo por Rutledge y colaboradores se comprobó 21,6% de depresión en la población con IC, pero este valor variaba en los estudios dependiendo de la rigurosidad de los criterios y del interrogatorio, oscilando entre 14% y 38%<sup>(21)</sup>.

Uno de los estudios de depresión con mayor número de pacientes con IC (2.322) verificó una prevalencia de depresión de 43%<sup>(22)</sup>.

La prevalencia hallada de 29,8% en nuestra población se encuentra dentro de los rangos descritos en los distintos registros. En una actitud de mayor rigurosidad con los datos se descartaron como depresivos a aquellos pacientes cuyo diagnóstico quedaba sujeto a resolución del psiquiatra, pero es plausible pensar que un porcentaje del total de estos pacientes (n=31) podría aumentar el dato numérico de prevalencia.

A diferencia de otros estudios<sup>(23-26)</sup>, el nuestro no evidenció diferencias significativas en la prevalencia de depresión según edad o sexo de los pacientes, y si bien esto puede ser atribuido al n de nuestra muestra, es cierto también que algunos de estos estudios no difieren mayormente en el número de pacientes reclutados<sup>(24,25)</sup>.

El hecho de no hallarse asociación entre la clase funcional y la presencia de depresión agrega hechos para seguir analizando este aspecto, ya que no hay datos definitorios al respecto, pues algunos estudios (tabla 2)<sup>(23)</sup> mostraron diferencias significativas con la clase funcional, pero no vieron asociación cuando se utilizaron parámetros objetivos de severidad. Por otra parte, un estudio más numeroso verificó asociación con la clase funcional relacionada a la prueba de los 6 minutos pero, nuevamente, no se comprobó diferencias con parámetros objetivos como la FEVI o el péptido cerebral natriurético (BNP)<sup>(26)</sup>. Este aspecto, que puede estar expresando implicancias motivacionales de la depresión en el paciente con IC, no se pudo veri-

ficar en nuestro estudio<sup>(27)</sup>. En el mismo sentido se enmarca la falta de asociación de la FEVI con la incidencia de depresión hallada en nuestro trabajo.

### Limitaciones

Por tratarse de un estudio basado en una muestra elegida por conveniencia, más allá de provenir de un hospital de referencia, los resultados obtenidos no son generalizables a la población de pacientes con IC de nuestro país.

El número total de pacientes podría ser insuficiente en la búsqueda de asociaciones de factores independientes con la depresión, si bien resulta un número aceptable para la comparación con otros estudios.

El test PHQ9, validado internacionalmente, elegido por su practicidad a la hora de aplicarlo en nuestra población por sus características sociales y culturales, no fue utilizado en ninguno de los trabajos de prevalencia hallados en la búsqueda bibliográfica, lo cual podría generar diferencias en los valores hallados, pero eso resulta difícil de confirmar.

El no haber tenido en cuenta medidas objetivas de la clase funcional podría estar limitando la constatación de diferencias y asociaciones de la misma con la depresión, ya que se limitaría a la sensación subjetiva del paciente y a la interpretación del médico.

### Conclusiones

La depresión, hoy día considerada una comorbilidad frecuente en la IC, se encontró en 29% de los pacientes pertenecientes a una cohorte de seguimiento de una unidad de insuficiencia cardíaca en Uruguay, no hallándose asociación entre la presencia de la misma con la edad, el sexo, la clase funcional o la FEVI. La constatación de dicho valor de prevalencia debe ser jerarquizada por el mayor riesgo que la presencia de depresión implica en los pacientes con IC.

### Abstract

**Relevance of the topic:** depression is a risk factor associated to a greater incidence of coronary pathologies; it is also considered a negative prognostic factor in patients with heart disease. Depression is associated to an increase in the risk of suffering from heart failure in patients who are prone to suffer it, and has negative consequences in those who already suffer from the condition.

Patients with heart failure (HF) and depression evidence greater chances of being hospitalized and dying. Depression is associated to the severity of the disease in these patients.

The Multidisciplinary Unit of Heart Failure (UMIC) is a program devised to follow up ambulatory patients throughout all stages of the condition.

**Objectives:** to determine the prevalence of depression in the cohort of patients under follow-up by the Multidisciplinary Unit of Heart Failure (UMIC) and to analyse the potential association of depression with clinical and paraclinical variables: NYHA functional classification (CFNYHA) and left ventricular ejection fraction (LVEF).

**Method:** transversal descriptive, observational study of 151 patients with HF. Inclusion criteria: belonging to the cohort of patients under follow-up by the Multidisciplinary Unit of Heart Failure (UMIC) (HF for systolic dysfunction with LVEF lower than 40%), being clinically stable and agreeing, by means of a written consent, to being interviewed and undergoing the test. Exclusion criteria: clinical instability due to cardiovascular decompensation elements and cognitive, neurologic or hearing impairments that do not allow for the interview to be conducted.

The test validated by Patients Health Questionnaire 9 (PHQ9) was applied, and the cut off was set in a value  $\geq 15$  to define depression, with a 0.96 of specificity.

**Results:** 151 patients were included in the cohort of patients under follow-up by UMIC. The PHQ9 revealed that 29.8% (n=45) showed moderately severe or severe major depression (PHQ9  $\geq 15$ ). Average age of patients with depression was  $59.1 \pm 1.8$  years (20-80 range) and patients with no depression  $61.5 \pm 1.2$  years (25-82 range). There were no statistically significant differences between the groups with and without depression in terms of age.

As to the association of depression and gender and functional classification with depression, no association among variables was found ( $p=0.287$  y  $p=0.515$ ).

No statistically significant differences were found in the NYHA functional classification according to the presence or absence of depression ( $p=0.655$ ), neither in the association of LVEF with patients with or without depression ( $p=0.457$ ).

**Conclusions:** depression is considered today as a comorbidity factor in HF, adding up to 29.8% in the cohort of patients under follow-up by the UMIC. The presence of depression identifies a group of patients with a worse prognosis. We emphasize on the usefulness of the implementation of a simple screening test to identify this condition. The study did not find an association between the presence of depression and age or gender, neither with severity of HF prognosis factors such as the NYHA functional classification of the LVEF. The confirmation of this prevalence values needs to be pointed out given the larger risk the presence of depression implies in patients with HF.

## Resumo

**Importância do tema:** a depressão é um fator de risco associado a uma maior incidência de patologia coronária; também é considerada como um fator de mal prognóstico em pacientes com patologia cardíaca. Sua presença está associada a um aumento do risco de insuficiência cardíaca (IC) em pacientes com predisposição e tem consequências negativas naqueles que já são portadores dessa doença.

Os pacientes com IC e depressão apresentam uma maior probabilidade de ser hospitalizados ou de morrer. Nestes pacientes a depressão está associada à gravidade da enfermidade.

A Unidade Multidisciplinária de Insuficiência Cardíaca (UMIC) é um programa de seguimento de pacientes ambulatoriais em todos os estádios da insuficiência cardíaca.

**Objetivos:** determinar a prevalência de depressão na coorte de seguimento da UMIC e analisar a possível associação de depressão com variáveis clínicas e de laboratório, classe funcional NYHA (CFNYHA) e fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE).

**Material e método:** foi realizado um estudo transversal, descritivo, observacional, em 151 pacientes com IC. Critérios de inclusão: pertencer à coorte de seguimento UMIC (IC por disfunção sistólica com FEVE menor a 40%), estar clinicamente estável e aceitar, com consentimento assinado, à entrevista com aplicação do teste. Critérios de exclusão: instabilidade clínica por elementos de descompensação cardiovascular e impossibilidade cognitiva, neurológica ou auditiva de realizar a entrevista.

Foi aplicado o teste validado Patients Health Questionnaire 9 (PHQ9); foi definido como ponto de corte um valor  $\geq 15$  para definir depressão com especificidade de 0,96.

**Resultados:** foram incluídos 151 pacientes da coorte de seguimento UMIC. Foi observado, de acordo com o PHQ9, que 29,8% (n=45) apresentava depressão maior moderadamente severa ou severa (PHQ9  $\geq 15$ ). A idade média dos pacientes com depressão (PCD) foi  $59,1 \pm 1,8$  anos (intervalo 20-80) e  $61,5 \pm 1,2$  anos (intervalo 25-82) entre os pacientes sem depressão (PSD). Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre PCD e PSD, segundo idade.

Com relação à associação entre sexo e classe funcional, e presença ou não de depressão, não foi encontrada associação entre variáveis ( $p=0,287$  y  $p=0,515$ ).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na CFNYHA, segundo presença ou não de depressão ( $p=0,655$ ), nem na FEVE entre PCD e PSD ( $p=0,457$ ).

**Conclusões:** atualmente a depressão é considerada como uma comorbidade frequente na IC, alcançando na coorte UMIC 29,8%. A presença de depressão identifica a um grupo de pacientes com pior prognóstico. Destacamos a utilidade da implementação de um teste simples de triagem para sua detecção. Não foi encontrada uma associação entre presença de depressão e idade ou sexo, nem com parâmetros prognósticos de severidade de IC, como CFNYHA ou FEVE.

A confirmação deste valor de prevalência deve ser considerada pelo maior risco que a presença de depressão significa para os pacientes com IC.

## Bibliografía

1. Carney RM, Freedland KE. Depression in patients with coronary heart disease. *Am J Med* 2008; 121(11 Suppl 2):S20-7.
2. Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Sherwood A, Strauman T, Robins C, et al. Depression as a risk factor for coronary artery disease: evidence, mechanisms, and treatment. *Psychosom Med*.2004; 66(3):305-15.
3. Albert NM, Fonarow GC, Abraham WT, Gheorghiadu M, Greenberg BH, Nunez E, et al. Depression and clinical outcomes in heart failure: an OPTIMIZE-HF analysis. *Am J Med* 2009; 122(4):366-73.
4. Romero CE. Depresión y enfermedad cardiovascular. *Rev Urug Cardiol* 2007; 22(2):92-109.
5. Jiang W, Alexander J, Christopher E, Kuchibhatla M, Gauden LH, Cuffe MS, et al. Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. *Arch Intern Med* 2001; 161(15):1849-56.
6. Vaccarino V, Kasl SV, Abramson J, Krumholz HM. Depressive symptoms and risk of functional decline and death in patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2001; 38(1):199-205.
7. Faller H, Störk S, Schowalter M, Steinbüchel T, Wollner V, Ertl G, et al. Depression and survival in chronic heart failure: does gender play a role? *Eur J Heart Fail* 2007; 9(10):1018-23.
8. Sherwood A, Blumenthal JA, Trivedi R, Johnson KS, O'Connor CM, Adams KF Jr, et al. Relationship of depression to death or hospitalization in patients with heart failure. *Arch Intern Med*; 167(4):367-73.
9. Silver MA. Depression and heart failure: an overview of what we know and don't know. *Cleve Clin J Med* 2010; 77 Suppl 3:S7-S11.
10. Gnanasekaran G. Epidemiology of depression in heart failure. *Heart Fail Clin* 2011; 7(1):1-10.
11. Pintor L. Insuficiencia cardíaca y enfermedad depresiva, una frecuente combinación tantas veces olvidada. *Rev Esp Cardiol* 2006; 59(8):761-5.

12. **Lista Varela A, González E.** Epidemiología de la depresión 10 años después. Conferencia de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, mayo 2008; Montevideo. Datos no publicados.
13. **Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB.** Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire.* JAMA 1999; 282(18):1737-44.
14. **Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB.** The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16(9):606-13.
15. **Löwe B, Spitzer RL, Gräfe K, Kroenke K, Quenter A, Zipfel S, et al.** Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *J Affect Disord* 2004; 78(2):131-40.
16. **Martin A, Rief W, Klaiberg A, Braehler E.** Validity of the Brief Patient Health Questionnaire Mood Scale (PHQ-9) in the general population. *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28(1):71-7.
17. **Baader T, Molina JL, Venezian S, Rojas C, Farías R, Fierro-Freixenet C, et al.** Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Rev Chil Neuro-psiquiatr* 2012; 50(1):10-22. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?HYPERLINK=http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272012000100002](http://www.scielo.cl/scielo.php?HYPERLINK=http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272012000100002) script=sci\_arttext&pid=S0717-92272012000100002. [Consulta: 10 de oct de 2012].
18. **Backenstrass M, Frank A, Joest K, Hingmann S, Mundt C, Kronmüller KT.** A comparative study of nonspecific depressive symptoms and minor depression regarding functional impairment and associated characteristics in primary care. *Compr Psychiatry* 2006; 47(1):35-41.
19. **Manea L, Gilbody S, McMillan D.** Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *CMAJ* 2012; 184(3):E191-6.
20. **Löwe B, Kroenke K, Herzog W, Gräfe K.** Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *J Affect Disord* 2004; 81(1):61-6.
21. **Diez-Quevedo C, Rangil T, Sanchez-Planell L, Kroenke K, Spitzer RL.** Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosom Med* 2001; 63(4):679-86.
22. **Rutledge T, Reis VA, Linke SE, Greenberg BH, Mills PJ.** Depression in heart failure a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. *J Am Coll Cardiol* 2006; 48(8):1527-37.
23. **Gottlieb SS, Kop WJ, Ellis SJ, Binkley P, Howlett J, O'Connor C, et al; HF-ACTION Investigators.** Relation of depression to severity of illness in heart failure (from Heart Failure And a Controlled Trial Investigating Outcomes of Exercise Training [HF-ACTION]). *Am J Cardiol* 2009; 103(9):1285-9.
24. **Gottlieb SS, Khatta M, Friedmann E, Einbinder L, Katzen S, Baker B, et al.** The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients. *J Am Coll Cardiol* 2004; 43(9):1542-9.
25. **Williams SA, Kasl SV, Heiat A, Abramson JL, Krumholz HM, Vaccarino V.** Depression and risk of heart failure among the elderly: a prospective community-based study. *Psychosom Med* 2002; 64(1):6-12.
26. **Naqvi TZ, Naqvi SS, Merz CN.** Gender differences in the link between depression and cardiovascular disease. *Psychosom Med* 2005; 67 Suppl 1:S15-8.
27. **Skotzko CE, Krichten C, Zietowski G, Alves L, Freudenberg R, Robinson S, et al.** Depression is common and precludes accurate assessment of functional status in elderly patients with congestive heart failure. *J Card Fail* 2000; 6(4):300-5.

## ANEXO

Cuestionario PHQ9. Lista de verificación de 9 síntomas y asignación de puntuación

|   |
|---|
| 1) Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?  |
| a) Tener poco interés o placer en hacer las cosas.<br>Nunca <input type="radio"/> Varios días <input type="radio"/> Más de la mitad de los días <input type="radio"/> Casi todos los días <input type="radio"/>   |
| b) Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza<br>Nunca <input type="radio"/> Varios días <input type="radio"/> Más de la mitad de los días <input type="radio"/> Casi todos los días <input type="radio"/>  |
| c) Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado<br>Nunca <input type="radio"/> Varios días <input type="radio"/> Más de la mitad de los días <input type="radio"/> Casi todos los días <input type="radio"/>  |
| d) Sentirse cansado/a o tener poca energía<br>Nunca <input type="radio"/> Varios días <input type="radio"/> Más de la mitad de los días <input type="radio"/> Casi todos los días <input type="radio"/>   |
| e) Tener poco apetito o comer en exceso<br>Nunca <input type="radio"/> Varios días <input type="radio"/> Más de la mitad de los días <input type="radio"/> Casi todos los días <input type="radio"/>  |
| f) Sentir falta de amor propio, o que sea un fracaso o que decepcionara a sí mismo/a o a su familia.<br>Nunca <input type="radio"/> Varios días <input type="radio"/> Más de la mitad de los días <input type="radio"/> Casi todos los días <input type="radio"/>   |
| g) Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión.<br>Nunca <input type="radio"/> Varios días <input type="radio"/> Más de la mitad de los días <input type="radio"/> Casi todos los días <input type="radio"/>   |
| h) Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta, o de lo contrario está tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo acostumbrado<br>Nunca <input type="radio"/> Varios días <input type="radio"/> Más de la mitad de los días <input type="radio"/> Casi todos los días <input type="radio"/>                                    |
| i) Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que haría daño de alguna manera.<br>Nunca <input type="radio"/> Varios días <input type="radio"/> Más de la mitad de los días <input type="radio"/> Casi todos los días <input type="radio"/>   |
| 2) Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario ¿cuán difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?<br>Nada en absoluto <input type="radio"/> Algo difícil <input type="radio"/> Muy difícil <input type="radio"/> Extremadamente difícil <input type="radio"/> |