

ARTÍCULO ORIGINAL

Prevalencia y factores asociados a los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia cardíaca

HIGHLIGHTS

1. Los síntomas de ansiedad y depresión prevalecieron en pacientes con insuficiencia cardíaca.
2. La ansiedad se asoció con el sexo, el estado civil y el nivel de educación.
3. La clasificación funcional se correlacionó con los síntomas depresivos.

Danielly Farias Santos de Lima¹ 

Juliana Pessoa de Souza¹ 

Lidiane Lima de Andrade¹ 

Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal¹ 

Maria Eliane Moreira Freire¹ 

Suzanne Fredericks² 

Mailson Marques de Sousa¹ 

RESUMEN

Objetivo: Identificar la prevalencia y los factores sociodemográficos y clínicos asociados a los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia cardíaca en una clínica ambulatoria de cardiología. **Métodos:** Se realizó un estudio transversal en una clínica ambulatoria de cardiología en João Pessoa, Paraíba, Brasil, involucrando a 88 pacientes. La ansiedad y los síntomas depresivos fueron evaluados utilizando la Hospital Anxiety and Depression Scale. Se utilizaron pruebas de asociación, correlación de Spearman y regresión de Poisson. **Resultados:** La prevalencia de síntomas de ansiedad fue del 67,1%, y la prevalencia de síntomas depresivos fue del 34,1%. El estado civil, el sexo y el nivel de educación estaban significativamente asociados con síntomas de ansiedad. **Conclusiones:** Se identificó una alta prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión. Se necesitan intervenciones de salud para minimizar el impacto de los síntomas psicológicos, ya que tales medidas son esenciales para mejorar la adherencia a la terapia y la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardíaca.

DESCRIPTORES: Insuficiencia Cardíaca; Enfermedades Cardiovasculares; Ansiedad; Depresión; Prevalencia.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

de Lima DFS, de Souza JP, de Andrade LL, Leadebal ODCP, Freire MEM, Fredericks S, et al. Prevalencia y factores asociados a los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia cardíaca. Cogitare Enferm [Internet]. 2025 [cited "insert year, month and day"];30:e99574es. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.99574es>

¹Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Enfermagem Clínica, João Pessoa, PB, Brasil.

²Toronto Metropolitan University, Daphne Cockwell School of Nursing, Toronto, ON, Canada.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome clínico crónico caracterizado por la incapacidad del corazón para proporcionar una perfusión adecuada a los órganos. Está asociada con alteraciones estructurales o funcionales que tienen efectos adversos en el organismo, llevando a una disminución de la calidad de vida, aumento de las admisiones hospitalarias y tasas de mortalidad más elevadas¹⁻².

En todo el mundo, la IC afecta entre el 1% y el 3% de la población adulta, particularmente a la población anciana. Se estima que más de 64 millones de personas en todo el mundo viven con IC². En Brasil, durante el período 2022-2023 se registraron 408.771 admisiones hospitalarias debido a la IC³.

Las evidencias destacan que la ansiedad y la depresión son prevalentes en pacientes con IC y se han asociado con la progresión del síndrome y resultados clínicos adversos⁴⁻⁵. Una revisión sistemática indicó que la prevalencia global de depresión en pacientes con IC varía del 20% al 45%, mientras que la prevalencia de ansiedad varía del 20% al 50%¹. Estos trastornos causan alteraciones neurohormonales exacerbadas, desregulación del estado de ánimo y alteraciones en la función cognitiva, que influyen en patrones de pensamiento negativos y comprometen la capacidad del individuo para realizar comportamientos de autocuidado esenciales para mantener la capacidad funcional y la calidad de vida⁴⁻⁵.

Una investigación multicéntrica realizada en 71 centros hospitalarios en Brasil, con 3.013 participantes, reveló que el 13,2% de los pacientes tenían un diagnóstico de depresión⁶. Investigaciones anteriores señalan factores como el sexo femenino, el estado civil, la edad avanzada, las reinserciones hospitalarias y las comorbilidades preexistentes como asociados a los síntomas depresivos⁷⁻⁸.

Las directrices internacionales recomiendan que los profesionales de la salud realicen el rastreo de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con IC⁹⁻¹⁰. Esta investigación es relevante para la práctica clínica, ya que la evaluación de estos síntomas psicológicos puede informar a enfermeros y profesionales del equipo multidisciplinario en la elaboración de planes de cuidados. Además, apoya la implementación de intervenciones de salud no farmacológicas destinadas a la gestión de síntomas, mejorando así la adherencia al tratamiento, facilitando la toma de decisiones y mejorando el bienestar del paciente.

Así, el objetivo de este estudio fue identificar la prevalencia y los factores sociodemográficos y clínicos asociados a la ansiedad y síntomas depresivos en pacientes con IC en una clínica ambulatoria de cardiología.

MÉTODO

Este es un estudio transversal, analítico y exploratorio realizado de acuerdo con las recomendaciones del *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). La investigación se realizó en la clínica ambulatoria de cardiología de un hospital de media y alta complejidad afiliado a la Universidade Federal de Paraíba, gestionada por la Compañía Brasileña de Servicios Hospitalarios (EBSERH), ubicada en João Pessoa, PB, Brasil. En esta clínica, los pacientes son referidos a través del sistema regulatorio municipal para consultas de cardiología especializada.

La población del estudio consistió en 112 pacientes con IC bajo seguimiento en el servicio. El cálculo del tamaño de la muestra se realizó utilizando el programa OpenEpi, versión 3.01, basado en un estudio anterior⁵ que identificó una prevalencia del 62% de síntomas de ansiedad en pacientes con IC, con un nivel de confianza del 95% y un error de muestreo del 5%. El cálculo resultó en una muestra mínima de 86 participantes.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes con diagnóstico de IC, con edad ≥ 18 años, independientemente de la etiología, y Fracción de Eyección Ventricular Izquierda (FEVI) incluidos en el informe de ecocardiograma transtorácico. Los criterios de exclusión fueron: pacientes con diagnóstico médico de ansiedad o depresión, compromiso cognitivo, y uso de medicamentos psicotrópicos (ansiolíticos y antidepresivos) registrados en el registro médico.

Los datos fueron recolectados de pacientes previamente agendados para consultas, verificando los criterios de inclusión y exclusión en los registros clínicos entre septiembre de 2022 y abril de 2023 utilizando muestreo conveniente. Cada participante pasó por una entrevista individual en un ambiente privado que duró alrededor de 40 minutos. Los datos fueron recolectados utilizando dos instrumentos:

1) Un formulario para la caracterización sociodemográfica y clínica de pacientes con IC, utilizado en un estudio anterior¹¹, que contiene las siguientes variables: fecha de nacimiento, edad, sexo, origen, raza autodeclarada, pareja (con pareja; sin pareja), nivel de educación, situación laboral, ingreso familiar, etiología de IC, clase funcional de acuerdo con los criterios de la *New York Heart Association* (NYHA), comorbilidades asociadas a IC, FEVI registrada en un informe de ecocardiograma transtorácico y uso de medicamentos actuales.

2) La *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), traducida y validada al Portugués Brasileño¹², se utilizó para evaluar síntomas de ansiedad y depresión. La HADS consiste en dos subescalas con 14 ítems (siete para ansiedad y siete para depresión), con opciones de respuesta de opción múltiple. Cada ítem se evalúa en una escala de cero a tres, con una puntuación máxima de 21 para cada subescala. Las puntuaciones más altas indican una mayor percepción de los síntomas¹². Las puntuaciones de 0 a 7 indican ausencia de síntomas, las puntuaciones de 8 a 10 indican síntomas moderados y las puntuaciones ≥ 11 corresponden a niveles significativos de ansiedad o depresión⁷.

Los datos fueron organizados en hojas de cálculo de Microsoft Office Excel y analizados utilizando el *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 22.0 para Windows (IBM Corp., Armonk, NY, EE. UU.). Se realizaron estadísticas descriptivas (frecuencias absolutas y relativas, media, desviación estándar, mediana e rango intercuartílico).

La normalidad de los datos fue evaluada utilizando la prueba de Kolmogorov-Smirnov, que indicó una distribución anormal. Para identificar la asociación entre variables sociodemográficas, clínicas y puntuaciones de ansiedad y depresión, se utilizó la prueba chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher.

Para los análisis, las variables sociodemográficas fueron agrupadas en subgrupos: edad (< 59 ; ≥ 60), sexo (masculino; femenino), color de piel (blanco; no blanco), nivel de educación (< 8 años; ≥ 8 años), pareja (con pareja; sin pareja), situación laboral (económicamente activo; inactivo), ingreso familiar (hasta un salario; más de un salario). En cuanto a las variables clínicas: etiología (isquémica; no isquémica), clase funcional NYHA (NYHA I, NYHA II, NYHA III), FEVI (reducido; preservado), número de comorbilidades (1-2 comorbilidades; ≥ 3 comorbilidades), número de medicamentos

(1-5 medicamentos; ≥ 6 medicamentos). Los síntomas de ansiedad y depresión fueron clasificados como sin síntomas (0 a 7 puntos) y con síntomas (≥ 8 puntos).

El análisis de correlación de Spearman se realizó para medir las relaciones entre la puntuación total de HADS y las variables sociodemográficas y clínicas. Para evaluar la fuerza de las correlaciones, se adoptaron los siguientes criterios: $\leq 0,30$ para magnitud débil, entre $0,40$ y $0,60$ para magnitud moderada y por encima de $0,70$ para magnitud fuerte¹³.

Las variables con un valor $p \leq 0,20$ obtenidas en el análisis inferencial fueron probadas en el modelo multivariado utilizando regresión de Poisson con varianza robusta, y las variables con significancia estadística del 5% permanecieron en el modelo final. Estas decisiones fueron tomadas siguiendo recomendaciones de la literatura¹⁴. Varios modelos fueron ajustados, considerando el Akaike Information Criterion (AIC) y el Omnibus Test. El modelo final incluyó todas las variables con un valor de $p < 0,05$.

Los participantes formalizaron su acuerdo con el estudio firmando el Formulario de Consentimiento Informado (FCI). La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación, bajo el número de aprobación 5.470.220/2022. Se siguieron todos los principios éticos y legales de la Resolución No 466/2012 del Consejo Nacional de Salud.

RESULTADOS

Un total de 88 pacientes con IC participaron en el estudio, 56,8% ($n=50$) de los cuales eran residentes de João Pessoa, PB, y 43,2% ($n=38$) eran del área metropolitana, con una edad media de $57,16 \pm 13,20$ años, variando de 24 a 82 años. De estos, 52,3% ($n=46$) eran hombres, 47,7% ($n=42$) se identificaban como razas mixtas, 50% ($n=44$) estaban casados o en uniones estables, 50% ($n=44$) eran jubilados y 65,9% ($n=58$) tenían un ingreso familiar de un salario mínimo.

En relación a las variables clínicas, 70,5% ($n=62$) tenían etiología no isquémica, 42% ($n=37$) fueron clasificados como clase funcional II de acuerdo con la NYHA, con una fracción media de eyección ventricular izquierda (FEVI) de $40,40 \pm 13,86\%$, 31,8% tenían hipertensión asociada a IC, 78,1% no practicaban actividad física y 35,1% estaban usando betabloqueadores.

La puntuación mediana de síntomas de ansiedad fue de 9,00 (rango intercuartílico de 9,00 a 11,75), variando de 4 a 18 puntos, mientras que la puntuación mediana de depresión fue de 6,00 (rango intercuartílico de 6,00 a 8,00), variando de 0 a 14 puntos, respectivamente. La prevalencia de los síntomas de ansiedad fue de 67,1%, y la prevalencia de los síntomas de depresión fue de 34,1%.

La Tabla 1 muestra la asociación entre ansiedad y síntomas depresivos y variables sociodemográficas. Sexo y estado civil fueron significativamente asociados con síntomas de ansiedad. No se identificaron variables asociadas a la depresión.

La Tabla 2 presenta la asociación entre síntomas de ansiedad y depresión y las variables clínicas. No se encontró asociación entre las variables y síntomas de ansiedad. Se encontró una asociación significativa entre la clase funcional NYHA y síntomas depresivos.

Tabla 1. Factores sociodemográficos asociados a la ansiedad y síntomas depresivos en pacientes con IC. João Pessoa, PB, Brasil, 2023

Variables	N (%)	HADS Ansiedad		HADS Depresión		valor p
		Sin síntomas	Con síntomas	Sin síntomas	Con síntomas	
Edad				0,599*		0,759*
≤ 59 años	46 (52,3)	14 (15,9)	32 (36,4)	31 (35,2)	15 (17,0)	
≥ 60 años	42 (47,7)	15 (17,0)	27 (30,7)	27 (30,7)	15 (17,0)	
Sexo				0,002*		0,097*
Masculino	46 (52,3)	22 (25,0)	24 (27,3)	34 (38,6)	12 (13,6)	
Femenino	42 (47,7)	7 (8,0)	35 (39,8)	24 (27,3)	18 (20,5)	
Color de piel				0,819*		0,111*
Branco	17 (19,3)	6 (6,8)	11 (12,5)	14 (15,9)	3 (3,4)	
No blanco	71 (80,7)	23 (26,1)	48 (54,5)	44 (50,0)	27 (30,7)	
Educación				0,111*		0,353*
< 8 años de estudio	50 (56,8)	13 (14,8)	37 (42,0)	35 (39,8)	15 (17,0)	
> 8 años de estudio	38 (43,2)	16 (18,2)	22 (25,0)	23 (26,1)	15 (17,0)	
Pareja				0,041*		1,000*
Con una pareja	44 (50,0)	10 (11,4)	34 (38,6)	29 (33,0)	15 (17,0)	
Sin pareja	44 (50,0)	19 (21,6)	25 (28,4)	29 (33,0)	15 (17,0)	
Situación laboral				0,263**		0,319*
Económicamente activo	8 (9,1)	1 (1,1)	7 (8,0)	4 (4,5)	4 (4,5)	
Inactivo	80 (90,9)	28 (31,8)	52 (59,1)	54 (61,4)	26 (29,5)	
Ingresos				0,136*		0,291*
Hasta un salario mínimo	58 (65,9)	16 (18,2)	42 (47,7)	36 (40,9)	22 (25,0)	
Más de un salario mínimo	30 (34,1)	13 (14,8)	17 (19,3)	22 (25,0)	8 (9,1)	

Leyenda: Salario mínimo de R\$ 1,212,00. p < 0,05. *Prueba de Chi-cuadrado; **Prueba de Fisher.

Fuente: Los autores (2023).

Tabla 2. Factores clínicos asociados con ansiedad y síntomas depresivos. João Pessoa, PB, Brasil, 2023

(continúa)

Variables	N (%)	HADS Ansiedad		HADS Depresión		valor p
		Sin síntomas	Con síntomas	Sin síntomas	Con síntomas	
Etiología				0,830*		0,946*
Isquémica	26 (29,5)	9 (10,2)	17 (19,3)	17 (19,3)	9 (10,2)	
No-isquémico	62 (70,5)	20 (22,7)	42 (47,7)	41 (46,6)	21 (23,9)	
NYHA				0,431*		0,029*
NYHA I	21 (23,9)	6 (6,8)	15 (17,0)	18 (20,5)	3 (3,4)	
NYHA II	37 (42,0)	15 (17,0)	22 (25,0)	25 (28,4)	12 (13,6)	
NYHA III	30 (34,1)	8 (9,1)	22 (25,0)	15 (17,0)	15 (17,0)	

Tabla 2. Factores clínicos asociados con ansiedad y síntomas depresivos. João Pessoa, PB, Brasil, 2023

(conclusión)

Variables	N (%)	HADS Ansiedad			HADS Depresión			valor p
		Sin síntomas	Con síntomas		Sin síntomas	Con síntomas		
Fracción de Eyección					0,531**			0,679*
FEVI reducido	66 (82,5)	23 (28,8)	43 (53,8)		43 (48,9)	21 (23,9)		
FEVI preservada	14 (17,5)	3 (3,8)	11 (13,8)		15 (17,0)	9 (10,2)		
Número de comorbilidades					0,709*			0,709*
1-2 comorbilidades	40 (45,5)	14 (15,9)	26 (29,5)		14 (15,9)	26 (29,5)		
3 o más comorbilidades	48 (54,5)	15 (17,0)	33 (37,5)		15 (17,0)	33 (37,5)		
Número de medicamentos					0,240*			0,975*
1 - 5 medicamentos	35 (39,8)	9 (10,2)	26 (29,5)		23 (26,1)	12 (13,6)		
> 6 medicamentos	53 (60,2)	20 (22,7)	33 (37,5)		35 (39,8)	18 (20,5)		

Leyenda: p < 0,05. *Prueba de Chi-cuadrado; **Prueba de Fisher.

Fuente: Los autores (2023).

La Tabla 3 muestra los valores de correlación entre las variables de la muestra estudiada. Se identificó una correlación negativa débil y significativa entre el nivel de educación y la puntuación de ansiedad HADS ($\rho = -0,249$), lo que significa que niveles más bajos de educación se asociaron con una mayor percepción de síntomas de ansiedad. En relación con la clase funcional NYHA, se encontró una correlación positiva débil y significativa con la puntuación de depresión HADS ($\rho = 0,265$), indicando que la clase funcional más alta según la escala NYHA estaba asociada a síntomas más depresivos.

Tabla 3. Correlación entre variables sociodemográficas, clínicas y HADS. João Pessoa, PB, Brasil, 2023

Variables	HADS Ansiedad	valor p	HADS Depresión	valor p
Edad	-0,122	0,256	-0,058	0,589
Educación	-0,249	0,019*	0,114	0,289
Número de comorbilidades	0,071	0,51	0,076	0,483
FEVI	0,027	0,811	0,048	0,671
Número de medicamentos	-0,167	0,120	-0,09	0,931
Clase funcional NYHA	0,175	0,103	0,265	0,013*

Leyenda: *p < 0,05. FEVI: Fracción de eyección ventricular izquierda.

Fuente: Los autores (2023).

En la Tabla 4, tras el análisis de la regresión de Poisson múltiple, las variables que permanecieron asociadas a los niveles de ansiedad fueron sexo, estado civil y nivel de educación. La prevalencia de síntomas de ansiedad fue un 76% mayor en mujeres y un 67% mayor en individuos que viven con una pareja. Cada año adicional de educación se asoció a una reducción del 4% en la prevalencia de síntomas de ansiedad. En este modelo, no se encontraron variables estadísticamente significativas asociadas a síntomas depresivos.

Tabla 4. Modelo de regresión de Poisson asociado a la presencia de síntomas de ansiedad. João Pessoa, PB, Brasil, 2023

Variables	PR [†]	95% CI [‡]	valor p
Sexo			<0,001 [§]
Femenino	1,76	1,31-2,35	
Masculino	1	-	
Estado civil			<0,001 [§]
Con una pareja	1,67	1,26-2,21	
Sin pareja	1	-	
Educación	0,96	0,934-0,995	0,025 [§]

Leyenda: [†]PR: Prevalencia ajustada; [‡] 95% CI: Intervalo de confianza del 95%; [§]p-valor del modelo de análisis multivariado (regresión de Poisson con varianza robusta).

Fuente: Los autores (2023).

DISCUSIÓN

Este estudio identificó la prevalencia y los factores sociodemográficos y clínicos asociados con síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con IC en una clínica ambulatoria de cardiología. Se observó una prevalencia del 67,1% para ansiedad y del 34,1% para síntomas depresivos. Estos hallazgos subrayan la importancia de la detección de síntomas psicológicos durante la gestión terapéutica. Un hallazgo similar fue reportado en una revisión sistemática, que indicó que la prevalencia de depresión en pacientes con IC varió del 20% al 45%¹. La presencia de síntomas de ansiedad y depresión conduce a un peor pronóstico, aumento del uso de servicios de salud, reinserciones hospitalarias y resultados clínicos adversos en IC¹⁵.

En lo que respecta a los síntomas de ansiedad y depresión, las puntuaciones HADS observadas en este estudio fueron similares para ansiedad y menores para depresión que las de un estudio realizado en Jordania⁵. Otro estudio que involucró a 127 participantes reportó puntuaciones más altas para síntomas de ansiedad y depresión¹⁶.

La prevalencia de síntomas en este estudio fue menor que la observada en un estudio japonés, que mostró que el 31% de los participantes tenía síntomas de ansiedad leves, y el 16% tenía síntomas de ansiedad graves. En cuanto a los síntomas depresivos, el 52% presentó síntomas leves, mientras que el 28% presentó síntomas graves¹⁷. Otro estudio realizado en Arabia Saudita, con una muestra de 205 participantes, encontró una prevalencia del 56,9% para ansiedad y del 52,7% para síntomas depresivos⁸, corroborando aún más la alta prevalencia de trastornos en esta población.

En cuanto a las variables sociodemográficas, el sexo y el estado civil se asociaron con los síntomas de ansiedad. Este resultado está alineado con estudios que muestran una diferencia significativa en los síntomas de ansiedad entre hombres y mujeres¹⁸. Una revisión encontró que las mujeres son aproximadamente tres veces más propensas a reportar síntomas de ansiedad que los hombres¹⁹. Sin embargo, se necesitan más investigaciones para aclarar estas diferencias.

Los hallazgos de este estudio relacionados con el estado civil divergieron de la literatura, lo que muestra que los pacientes casados tienden a tener mejores mecanismos de afrontamiento de enfermedades cardíacas²⁰. Otros autores subrayaron que los individuos casados con apoyo familiar presentaron mejores comportamientos de gestión cardíaca y mejoras en los síntomas de ansiedad y depresión²¹.

Una posible explicación para los resultados de este estudio es que la recolección de datos ocurrió después de la pandemia, que estuvo marcada por los efectos del aislamiento social y los desafíos enfrentados por las familias en la gestión y apoyo a problemas de salud, especialmente durante las interrupciones en el cuidado de seguimiento. Por lo tanto, los estudios futuros deben explorar el impacto de la ansiedad y los síntomas depresivos en diferentes arreglos familiares.

Este estudio identificó una asociación entre el nivel de educación y los síntomas de ansiedad. Los resultados fueron similares a los encontrados en un estudio realizado en Irán, en el que la baja alfabetización en salud redujo la probabilidad de un evento cardíaco en un 69%²². Investigaciones en pacientes con enfermedades cardiovasculares post-pandémicas descubrieron que la ansiedad y la depresión eran más prevalentes en participantes con bajo nivel de educación²³. La baja alfabetización en salud está asociada a prácticas subóptimas que promueven el desarrollo de enfermedades cardíacas. Esto se debe al aumento de la exposición a factores de riesgo como el tabaquismo, mala dieta, falta de actividad física y baja adherencia al seguimiento terapéutico, todo lo cual contribuye a un peor pronóstico²⁴.

En esta muestra, no se encontraron correlaciones significativas entre el nivel de educación y la depresión. Sin embargo, un estudio chino identificó que la alfabetización en salud tuvo un impacto importante en la relación entre la depresión y los comportamientos de autocuidado. La presencia de depresión reduce la motivación y las acciones relacionadas con el cuidado personal, contribuyendo a una comprensión limitada de la condición de salud, lo que resulta en menos confianza y prácticas menos efectivas de autocuidado²⁵.

En relación con las variables clínicas, las clases NYHA II y III fueron las más prevalentes, indicando que los pacientes en este estudio presentaron síntomas leves desencadenados por el esfuerzo o limitaciones graves en la actividad física. El análisis de correlación indicó que cuanto mayor es la clase funcional, mayor es la presencia de síntomas depresivos. Este hallazgo es respaldado por estudios que enfatizan la prevalencia de la depresión en relación con la gravedad de la IC y la no adherencia al tratamiento^{5,16,21}. Los pacientes diagnosticados con IC en las etapas III y IV presentaron mayor prevalencia de depresión en comparación con las etapas I y II⁵, ya que aquellos en etapas avanzadas presentan mayores necesidades de hospitalización y mayores riesgos de mortalidad¹⁰. Estos hallazgos pueden apoyar estrategias terapéuticas no farmacológicas, como programas de educación en salud utilizando un lenguaje accesible y tecnologías audiovisuales y grupos terapéuticos que ofrecen apoyo emocional. Tales medidas son esenciales para reducir el impacto emocional de la IC, promover la estabilidad clínica, mejorar el afrontamiento de la enfermedad y mejorar la calidad de vida.

Una limitación de este estudio es su diseño transversal, que impide el establecimiento de una relación causal. Además, el estudio se realizó en una única institución en una región específica del noreste de Brasil, limitando así la generalización de los hallazgos y exigiendo cautela al aplicarlos a otros contextos. Futuras investigaciones deben incluir estudios de cohorte con tamaños de muestra más grandes. También se recomienda que se prueben nuevos modelos predictivos para evaluar el impacto de los síntomas emocionales en los resultados clínicos de la IC.

CONCLUSIONES

Se identificó una alta prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con IC. En el modelo de regresión, el sexo, el estado civil y el nivel de educación se asociaron significativamente con los síntomas de ansiedad. Se observó una correlación positiva débil entre la clase funcional NYHA y los síntomas depresivos. Por lo tanto, es esencial que las enfermeras y otros miembros del equipo multidisciplinario examinen los síntomas psicológicos y desarrollen estrategias que ayuden en la gestión clínica de la carga de los síntomas, para reducir los resultados clínicos adversos.

REFERENCIAS

1. Rashid S, Qureshi AG, Noor TA, Yaseen K, Sheikh MAA, Malik M, et al. Anxiety and depression in heart failure: an updated review. *Curr Probl Cardiol* [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 4];48(11):101987. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2023.101987>
2. Savarese G, Becher PM, Lund LH, Seferovic P, Rosano GMC, Coats AJS. Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. *Cardiovasc Res* [Internet]. 2022 [cited 2024 Jan 4];118(17):3272-3287. Available from: <https://doi.org/10.1093/cvr/cvac013>
3. DATASUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde (BR); 2024 [cited 2024 Sep 5]. Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS);[about 1 screen]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>
4. Sbolli M, Fiuzat M, Cani D, O'Connor CM. Depression and heart failure: the lonely comorbidity. *Eur J Heart Fail* [Internet]. 2020 [cited 2024 Jan 9];22(11):2007-2017. Available from: <https://doi.org/10.1002/ejhf.1865>
5. AbuRuz ME. Anxiety and depression predicted quality of life among patients with heart failure. *J Multidiscip Healthc* [Internet]. 2018 [cited 2024 Jan 9];11:367-373. Available from: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S170327>
6. de Albuquerque DC, Barros e Silva PGM, Lopes RD, Hoffmann-Filho CR, Nogueira PR, Reis H, et al. In-Hospital Management and Long-term Clinical Outcomes and Adherence in Patients with Acute Decompensated Heart Failure: Primary Results of the First Brazilian Registry of Heart Failure (BREATHE). *J Card Fail* [Internet]. 2024 [cited 2024 Mar 16];30(5):639-650. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2023.08.014>
7. Veskovic J, Cvetkovic M, Tahirovic E, Zdravkovic M, Apostolovic S, Kosevic D, et al. Depression, anxiety, and quality of life as predictors of rehospitalization in patients with chronic heart failure. *BMC Cardiovasc Disord* [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 16];23:525. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12872-023-03500-8>
8. Al Shamiri MQ, Almushawah AA, Alsomali AH, Alsuwayegh MB, Aljaffer MA, Hayajneh AM, et al. The prevalence of depression and anxiety in heart failure patients in Saudi Arabia: an original study. *Cureus* [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 16];15(4):e36997. Available from: <https://doi.org/10.7759/cureus.36997>
9. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, Deswal A, Drazner MH, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation* [Internet]. 2022 [cited 2024 Mar 16];145(18):e895-e1032. Available from: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001063>
10. Jaarsma T, Hill L, Bayes-Genis A, La Rocca HPB, Castielo T, Čelutkienė J, et al. Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *J Heart Fail* [Internet]. 2021 [cited 2024 Mar 16];23(1):157-174. Available

from: <https://doi.org/10.1002/ejhf.2008>

11. de Sousa MM, Almeida TCF, Gouveia BLA, Freire MEM, de Sousa FS, Oliveira SHS. Persuasive communication and the diminution of the salt intake in heart failure patients: a pilot study. Rev Bras Enferm [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr 9];74(2):e20200715. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0715>
12. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Jr CG, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Rev saúde pública [Internet]. 1995 [cited 2024 Apr 9];29(5):355-363. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>
13. Dancey CP, Reidy JG, Rowe R. Estatística sem matemática para as ciências da saúde. Porto Alegre: Penso, 2017. 502 p.
14. Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. BMC Med Res Methodol [Internet] 2003 [cited 2024 Jul 15];3:21. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2288-3-21>
15. Hiriscau EI, Bodolea C. the role of depression and anxiety in frail patients with heart failure. Diseases [Internet]. 2019 [cited 2024 Apr 9];7(2):45. Available from: <https://doi.org/10.3390/diseases7020045>
16. Alemoush RA, Al-Dweik G, AbuRuz ME. The effect of persistent anxiety and depressive symptoms on quality of life among patients with heart failure. Appl Nurs Res [Internet]. 2021 [cited 2024 Jun 15];62:151503. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151503>
17. Hamatani Y, Iguchi M, Ikeyama Y, Kunugida A, Ogawa M, Yasuda N, et al. Prevalence, temporal change, and determinants of anxiety and depression in hospitalized patients with heart failure. J Card Fail [Internet]. 2022 [cited 2024 Jun 15];28(2):181-190. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2021.07.024>
18. Yang X, Wen Y, Peng H, Zhu H, Wang WE, Zhou J. Gender differences in anxiety, depression, insomnia, and quality of life in heart failure with preserved ejection fraction: a multicenter, cross-sectional study. J Cardiovasc Nurs [Internet]. 2023 [cited 2024 Jun 15];38(5):425-432. Available from: <https://doi.org/10.1097/jcn.0000000000000951>
19. Vasiliadis HM, Desjardins F, Roberge P, Grenier S. Sex differences in anxiety disorders in older adults. Curr Psychiatry Rep [Internet]. 2020 [cited 2024 Jul 5];22:75. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01203-x>
20. de Lima JG, de Barros ALBL, Lopes JL. Self-care behavior among patients with heart failure: relationship between sociodemographic and clinical variables. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 4];32:e20230191. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0191en>
21. Figueiredo JHC, de Oliveira GMM, Pereira BB, Figueiredo AEB, Nascimento EM, Garcia MI, et al. Synergistic effect of disease severity, anxiety symptoms and elderly age on the quality of life of outpatients with heart failure. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2020 [cited 2024 Jul 5];114(1):25-32. Available from: <https://doi.org/10.5935/abc.20190174>
22. Lin CY, Ganji M, Griffiths MD, Bravell ME, Broström A, Pakpour AH. Mediated effects of insomnia, psychological distress and medication adherence in the association of eHealth literacy and cardiac events among Iranian older patients with heart failure: a longitudinal study. Eur J Cardiovasc Nurs [Internet]. 2020 [cited 2024 Jul 5];19(2):155-164. Available from: <https://doi.org/10.1177/1474515119873648>
23. Wu M, Shen L, Wang Q, Liu L, Lu S, Jin J, et al. Anxiety and depression prevalence and risk factors among patients with cardiovascular diseases in post-COVID-19 China. Front Public Health [Internet]. 2022 [cited 2024 Aug 7];9:758874. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.758874>
24. Albus C, Waller C, Fritzsche K, Gunold H, Haass M, Hamann B, et al. Significance of psychosocial factors in cardiology: update 2018: Position paper of the German Cardiac Society. Clin Res Cardiol [Internet]. 2019 [cited 2024 Aug 7];108(11):1175-1196. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00392-019-01488-w>

25. Wang B, Xia L, Yu J, Feng Y, Hong J, Wang W. The multiple mediating effects of health literacy and self-care confidence between depression and self-care behaviors in patients with heart failure. Heart Lung [Internet]. 2020 [cited 2024 Aug 7];49(6):842-847. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.09.011>

Prevalence and factors associated with anxiety and depressive symptoms in patients with heart failure

ABSTRACT

Objective: To identify the prevalence and sociodemographic and clinical factors associated with anxiety and depressive symptoms in patients with heart failure at a cardiology outpatient clinic. **Methods:** A cross-sectional study was conducted at a cardiology outpatient clinic in João Pessoa, Paraíba, Brazil, involving 88 patients. Anxiety and depressive symptoms were assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale. Association tests, Spearman's correlation and Poisson regression were conducted. **Results:** The prevalence of anxiety symptoms was 67.1%, and the prevalence of depressive symptoms was 34.1%. Marital status, sex, and education level were significantly associated with anxiety symptoms. **Conclusions:** A high prevalence of anxiety and depression symptoms was identified. Health interventions are necessary to minimize the impact of psychological symptoms, as such measures are essential to improve adherence to therapy and the quality of life of patients with heart failure.

DESCRIPTORS: Heart Failure; Cardiovascular Diseases; Anxiety; Depression; Prevalence.

Recibido en: 08/05/2025

Aprobado en: 19/08/2025

Editor asociado: Dra. Luciana de Alcantara Nogueira

Autor correspondiente:

Mailson Marques de Sousa

Universidade Federal da Paraíba

Conj. Pres. Castelo Branco III, Campus I - Cidade Universitária, João Pessoa - PB, 58051-900

E-mail: mailson.sousa@academico.ufpb.br

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - **de Lima DFS, de Souza JP, de Andrade LL, Leadebal ODCP, Freire MEM, Fredericks S, de Sousa MM.** Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **de Lima DFS, de Souza JP, de Andrade LL, Leadebal ODCP, Freire MEM, Fredericks S, de Sousa MM.** Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **de Lima DFS, de Souza JP, de Sousa MM.** Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses:

Los autores no tienen conflictos de intereses que declarar.

Disponibilidad de datos:

Los autores declaran que los datos pueden disponerse bajo solicitud al autor correspondiente.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](#).