

Intervenciones no farmacológicas para la depresión en pacientes con falla cardíaca: una revisión sistemática

Non-pharmacological interventions for depression in patients with heart failure: a systematic review

Diana C. Tamayo-Lopera, Ana M. Posada-Borrero*, Luisa F. Mesa-Franco y Luz H. Lugo-Agudelo

Grupo de Rehabilitación en Salud, Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Resumen

Introducción: En fases avanzadas de la falla cardíaca, la prevalencia de la enfermedad depresiva puede superar el 50%, lo cual se asocia con un peor estado clínico y hace que aumenten los costos en la atención médica. **Objetivo:** Identificar y sintetizar las intervenciones no farmacológicas más efectivas para el tratamiento de la depresión en pacientes con falla cardíaca. **Método:** Se hizo una pregunta estructurada y se realizó la búsqueda en las principales bases de datos hasta septiembre de 2021 con los términos que incluían depresión y falla cardíaca. Dos autoras realizaron la selección de la literatura encontrada y el análisis de los datos de forma independiente. **Resultados:** La terapia cognitivo-conductual y el ejercicio fueron las intervenciones no farmacológicas más usadas para tratar los síntomas depresivos en pacientes con falla cardíaca, con tamaños de efecto moderados a grandes (d de Cohen entre 0.5 y 3.4). **Conclusión:** En pacientes con falla cardíaca, la terapia cognitivo-conductual y el ejercicio demostraron ser mejores que el cuidado usual no farmacológico para tratar los síntomas depresivos.

Palabras clave: Falla cardíaca. Depresión. Terapia cognitivo-conductual. Ejercicio.

Abstract

Background: In advanced stages of heart failure, the prevalence of depressive illness can exceed 50%, which is associated with a worse clinical state, also increasing medical care costs. **Objective:** To identify and synthesize the most effective non-pharmacological interventions for the treatment of depression in patients with heart failure. **Method:** Studies published up to September 2021 involving depression and heart failure were identified by reviewing main databases. Two authors independently carried out the selection of the literature found. **Results:** Cognitive behavioral therapy and exercise were the most commonly used non-pharmacological interventions for depressive symptoms in patients with heart failure, with moderate to large effect sizes (Cohen's d between 0.5 and 3.4). **Conclusion:** In patients with heart failure, cognitive behavioral therapy and exercise were shown to be better than usual care for depressive symptoms.

Keywords: Heart failure. Depression. Cognitive behavioral therapy. Exercise.

*Correspondencia:

Ana M. Posada-Borrero

E-mail: ana.posadab@udea.edu.co

Fecha de recepción: 23-11-2022

Fecha de aceptación: 26-01-2023

DOI: 10.24875/RCCAR.22000093

Disponible en internet: 06-09-2023

Rev Colomb Cardiol. 2023;30(4):171-179

www.rccardiologia.com

0120-5633 / © 2023 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Permalyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La falla cardíaca se define por la presencia de síntomas o signos sugestivos de deterioro del gasto cardíaco y sobrecarga de volumen, y se produce por una alteración anatómica o funcional del corazón que afecta el llenado o el vaciamiento ventricular e impide satisfacer las demandas metabólicas del organismo¹. Su prevalencia ha aumentado y se estima que en el mundo hay aproximadamente 23 millones de personas diagnosticadas con esta enfermedad². En el año 2012, la prevalencia general en la población colombiana fue de 2.3%³.

Los pacientes con falla cardíaca pueden presentar deterioro en su calidad de vida debido al curso de la enfermedad y pueden llegar a tener compromiso de su salud mental debido a otras enfermedades como la depresión⁴. Esta prolonga la recuperación, incrementa los días de hospitalización y se asocia a peor pronóstico, mayor tasa de mortalidad y mayor pérdida de la productividad laboral⁵⁻⁷. Se sabe, además, que los síntomas depresivos pueden alcanzar una prevalencia del 25% en pacientes con falla cardíaca⁸. En fases avanzadas de la falla cardíaca, la enfermedad depresiva puede superar el 50%⁹, lo cual se asocia con un peor estado clínico e incrementa los costos en la atención médica; por estas razones, las intervenciones guiadas al componente mental son una prioridad¹⁰.

El tratamiento de los síntomas depresivos en estos pacientes representa un desafío aún mayor que en la población sin falla cardíaca, debido a factores como la polifarmacia, entendida como el consumo de tres o más medicamentos¹¹. Las posibles interacciones farmacológicas podrían causar un efecto contrario al esperado debido a sus efectos secundarios. Es por esto que los programas dirigidos a pacientes han implementado diversas intervenciones no farmacológicas orientadas al componente mental^{12,13}. El objetivo de esta revisión sistemática fue sintetizar la evidencia disponible sobre las intervenciones no farmacológicas más efectivas para mejorar los síntomas depresivos en pacientes con falla cardíaca.

Método

Se realizó una revisión sistemática de la literatura en PubMed, BIREME, Cochrane y PROSPERO, publicada hasta septiembre de 2021, siguiendo las recomendaciones de la estrategia PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses)¹⁴.

Los términos utilizados para la búsqueda se pueden consultar en la [tabla 1](#).

Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados (ECA), pacientes con diagnóstico de falla cardíaca y depresión según el DSM-V u otras herramientas diagnósticas, y publicaciones que incluyeran intervenciones no farmacológicas, individuales y/o grupales, o programas orientados al tratamiento de los síntomas depresivos. Los criterios de exclusión fueron estudios publicados en idiomas diferentes al inglés o al español, además de los estudios con tratamientos farmacológicos como intervención o comparación.

Dos investigadores (DCT, AMP), de manera independiente, realizaron la selección por título y resumen y la evaluación a texto completo de los estudios seleccionados. Un tercer investigador (LHL) resolvió los conflictos en la selección.

El desenlace principal fue la diferencia entre grupos en las escalas de depresión, al final de las intervenciones. Debido a la heterogeneidad de los instrumentos de medición en los estudios, se decidió comparar las diferencias con el tamaño del efecto d de Cohen, calculado a partir de los promedios y desviaciones estándar de los puntajes, en los estudios que proporcionaban estos datos. Para su interpretación se clasificaron como menor a 0.2, efecto nulo; entre 0.2 y 0.5, pequeño; entre 0.5 y 0.8, moderado, y mayor a 0.8, grande¹⁵.

La evaluación del riesgo de sesgo se realizó mediante la herramienta Cochrane para ensayos clínicos aleatorizados (ROB 2).

Resultados

En la búsqueda, se identificaron 388 artículos para revisión de título y resumen. Luego de aplicar los criterios de exclusión, 314 fueron eliminados, 74 se revisaron en texto completo y 9 fueron elegidos para la síntesis ([Fig. 1](#)). Se usaron 4 instrumentos en los estudios; el más utilizado fue el PHQ-9 ($n = 6$), seguido por el BDI-II ($n = 3$).

Instrumentos utilizados para medir la depresión

Escala de depresión y ansiedad hospitalaria (HADS)

Consta de una subescala de depresión y otra de ansiedad, con siete ítems cada una. Se define como probable diagnóstico de ansiedad o depresión tener más de 10 puntos en las subescalas¹⁶.

Tabla 1. Estrategia de la búsqueda en bases de datos

PubMed
("heart failure"[MeSH Terms] OR "heart failure"[Title/Abstract] OR "cardiac failure"[Title/Abstract] OR "myocardial failure"[Title/Abstract] OR "ventricular dysfunction" [Title/Abstract] OR "decompensated heart"[Title/Abstract] OR "heart decompensation"[Title/Abstract] AND ("depressive disorder"[MeSH Terms] OR "depression"[MeSH Terms] OR "depress*"[Title/Abstract] OR "melancholia"[Title/Abstract]) AND ("exercise therapy"[MeSH Terms] OR "exercise" [MeSH Terms] OR "exercise training"[Title/Abstract] OR "exercise-based rehabilitation"[Title/Abstract] OR "cardiac rehabilitation"[Title/Abstract] OR "exercise therap*" [Title/Abstract] OR "psychotherapy"[MeSH Terms] OR "psychotherap*" [Title/Abstract] OR "Mindfulness" [Title/Abstract] OR "relaxation therapy"[MeSH Terms] OR "Relaxation"[Title/Abstract] OR "non pharmacolog*" [Title/Abstract] OR "non pharmacolog*" [Title/Abstract] OR "NFIs"[Title/Abstract] OR "Logotherapy"[Title/Abstract] OR "psychosocial"[Title/Abstract] OR "psychoanalytic" [Title/Abstract] OR "cognitive"[Title/Abstract] OR ("telemedicine"[MeSH Terms] OR "telemedicine"[Title/Abstract] OR "telehealth"[Title/Abstract] OR "tele-health"[Title/Abstract] OR "Mobile Health"[Title/Abstract] OR "mhealth"[Title/Abstract] OR "m-health"[Title/Abstract] OR "telecare"[Title/Abstract] OR "tele-care"[Title/Abstract] OR "teleconsult*" [Title/Abstract] OR "tele consult*" [Title/Abstract] OR "telecounsel*" [Title/Abstract] OR "tele counsel*" [Title/Abstract] OR "eHealth"[Title/Abstract] OR "e-Health"[Title/Abstract] OR "remote consult*" [Title/Abstract] OR "telerehabilitation"[Title/Abstract] OR "tele-rehabilitation"[Title/Abstract] OR "virtual appointment"[Title/Abstract]))
Cochrane
Reviews matching "heart failure" in Title Abstract Keyword AND depression in Title Abstract Keyword - (Word variations have been searched) AND ("non-pharmacologic" in Title Abstract Keyword - (Word variations have been searched)- ("psychotherapies" in Title Abstract Keyword - (Word variations have been searched)
BIREME-LILACS
("heart failure") AND ("depression") AND (db:("LILACS" OR "IBECs" OR "BDENF" OR "BINACIS" OR "CUMED" OR "LIPECS" OR "HomeoIndex" OR "coleccionSUS"))

Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)

Consta de nueve ítems y evalúa la presencia de síntomas depresivos. La escala va de 0 a 27; 0 a 4 significa no tener la enfermedad, 5 a 9 enfermedad leve, 10 a 19 enfermedad moderada y más de 20, depresión grave¹⁷.

Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II)

Es de autoinforme con 21 ítems. Los puntajes van de 0 a 63: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada y 29-63, depresión grave¹⁸.

Escala de depresión de Hamilton (HDRS)

Tiene 17 ítems, con puntuaciones entre 0 y 52 puntos, así: 0 a 7 sin depresión, 8 a 16 depresión leve, 17 a 23 moderada y superiores a 24, depresión grave¹⁹.

Intervenciones

Se identificaron dos intervenciones con mayor frecuencia: la terapia cognitivo-conductual (TCC) y el ejercicio. El tiempo de intervención en los estudios fue de tres a doce meses.

Terapia conductivo-conductual

La TCC se enfoca en la relación entre el pensamiento y la conducta, con el objetivo de comprender los

procesos cognitivos y conductuales y mejorar los comportamientos negativos²⁰. Ha sido efectiva para el tratamiento de la depresión y representa una intervención adicional a las demás terapias²¹. Se encontraron 5 artículos que estudiaron la TCC^{12,22-25}. El primero²³, con 74 pacientes con falla cardíaca, clase funcional II y III de la New York Heart Association (NYHA), y depresión mayor, comparó ejercicio (n = 20), TCC (n = 19) o su combinación (n = 18) con el cuidado usual (n = 17). En el grupo de sólo ejercicio, recibieron doce visitas domiciliarias semanales para monitorizar y adaptar la prescripción del ejercicio. Los pacientes asignados a TCC recibieron varias sesiones de una hora en casa. Las intervenciones combinadas de ejercicio y TCC se administraron de forma simultánea o por separado, según la tolerancia del paciente. El cuidado usual consistió en brindar recomendaciones básicas acerca de los cuidados de su salud. Ambos grupos fueron evaluados con la HDRS a las 4, 8, 12 y 24 semanas. Reportaron que quienes recibieron la combinación de TCC y ejercicio tuvieron puntajes más bajos de HDRS a las 12 y 24 semanas²³. En otro estudio²² con 41 pacientes hospitalizados, con síntomas depresivos y falla cardíaca NYHA III/IV, se asignaron aleatoriamente a sesiones de treinta minutos de TCC. Además, recibieron un cuaderno con instrucciones para llevar a casa y llamadas telefónicas de 5 a 10 minutos a la semana después del alta. Se compararon con el cuidado usual,

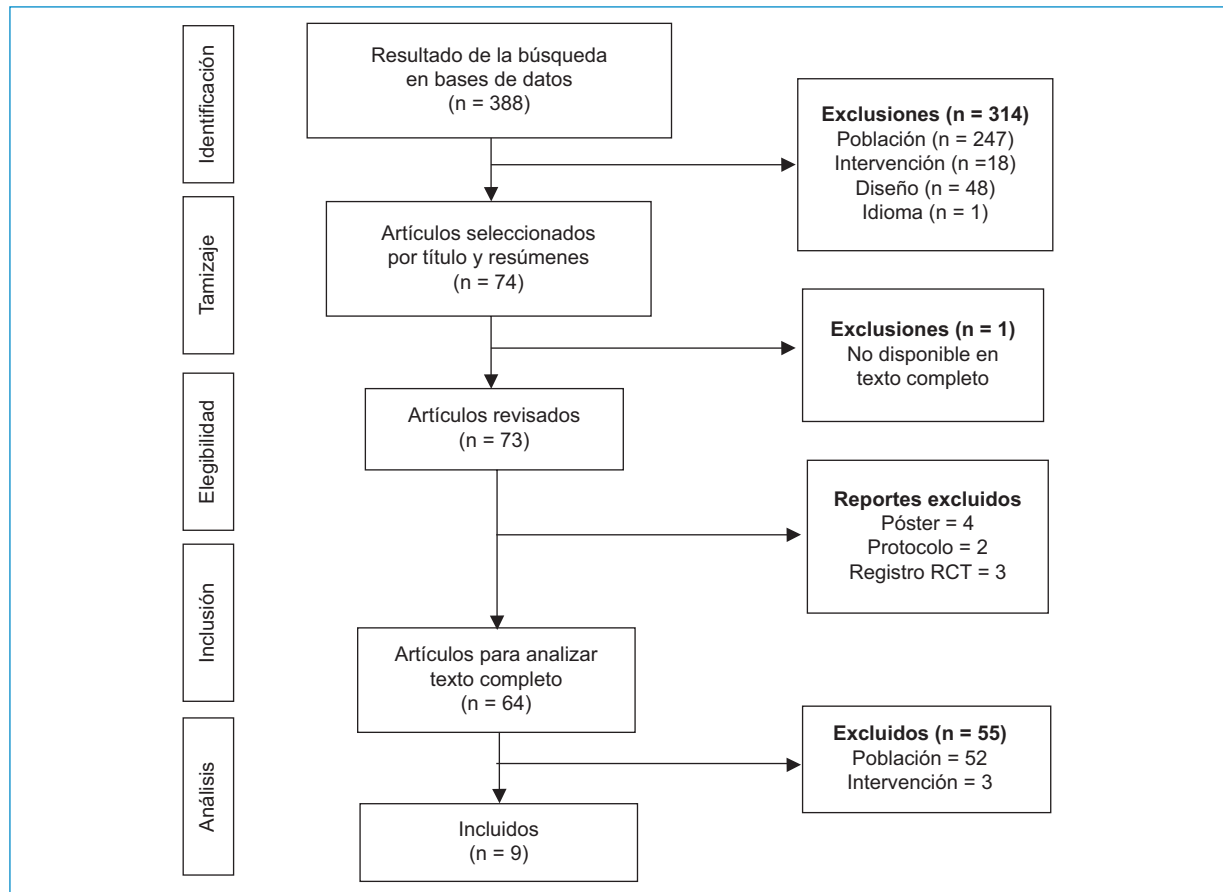


Figura 1. Flujograma.

consistente en instrucciones escritas sobre las consecuencias emocionales de vivir con falla cardíaca y 40 a 60 minutos de asesoría acerca de su enfermedad. Se midieron los síntomas depresivos a la semana y a los tres meses y se encontró que, aunque las puntuaciones del BDI-II mejoraron en ambos grupos, las diferencias entre grupos no fueron significativas²². En el tercer estudio¹² incluyeron 158 pacientes con falla cardíaca clase funcional NYHA I, II y III y depresión, y se les realizaron sesiones presenciales semanales de TCC, de 60 minutos, durante seis meses, las cuales estuvieron a cargo de terapeutas experimentados, e intervenciones telefónicas de 20 a 30 minutos para prevención de recaídas, 6 a 12 meses después de la aleatorización. El grupo control recibió educación sobre falla cardíaca por parte de una enfermera de rehabilitación cardíaca. Todos recibieron materiales educativos sobre autocuidado. Encontraron que las puntuaciones en el BDI-II a los seis meses fueron más bajas en el grupo de TCC que en el grupo de control¹². En otro estudio²⁵, con cincuenta pacientes con falla

cardíaca y síntomas depresivos leves, aleatorizados a TCC (n = 25) o a un foro de discusión virtual (n = 25), midieron los síntomas depresivos al inicio y a las 9 semanas de intervención. La TCC incluyó siete módulos, con textos y tareas para completar. El grupo control participó en varias sesiones de un foro de discusión virtual, con diferentes temas. Una enfermera especializada en salud mental con experiencia en la atención de pacientes con falla cardíaca, supervisada por un psicólogo clínico y un cardiólogo, respondió a los interrogantes de los participantes de ambos grupos. No encontraron diferencias significativas en los puntajes de PHQ-9 entre grupos después de las intervenciones²⁵. Por último, un estudio con 233 pacientes con falla cardíaca y síntomas depresivos, comparó seis sesiones semanales de TCC y dos sesiones telefónicas durante cuatro meses con la atención habitual, que incluyó recomendaciones generales de cómo abordar la depresión y la ansiedad. Se encontró que la TCC mejoró los síntomas depresivos y los efectos se mantuvieron a los ocho y doce meses²⁴.

Ejercicio

El ejercicio también fue una de las intervenciones más frecuentes^{13,17,18,26}. En el primero¹³ de tres estudios publicados por los mismos autores en el 2019, se aleatorizaron 46 pacientes con falla cardíaca sistólica a ejercicio aeróbico de intensidad leve a moderada más tratamiento médico estándar o a tratamiento médico estándar sin ninguna intervención de ejercicio. Ambos grupos mostraron una reducción significativa en los síntomas depresivos después de doce semanas, con diferencias significativas en el PHQ-9 a favor del grupo de ejercicio después de 6 y 12 semanas. El segundo estudio¹⁷ incluyó 69 pacientes con falla cardíaca y depresión leve a moderada, clasificados aleatoriamente en tres grupos: ejercicios de intensidad baja a moderada, ejercicios de intensidad moderada y ningún ejercicio. Todos los pacientes de los grupos de ejercicio fueron supervisados y recibieron retroalimentación para ajustar la prescripción de intensidad del ejercicio. Al grupo sin ejercicio se le recomendó mantener su actividad cotidiana. Concluyeron que en los tres grupos hubo una disminución significativa de la depresión con mayor diferencia en ambos programas de ejercicio. Por último, el tercer estudio²⁶ incluyó 46 pacientes con falla cardíaca y depresión, aleatorizados a ejercicio aeróbico continuo de intensidad moderada tres veces por semana, durante doce semanas, o a recibir recomendaciones que incluían estar activo, relajarse y establecer metas simples durante doce semanas. En ambos grupos tuvieron una disminución significativa en sus niveles de depresión, siendo mayor en el grupo de intervención²⁶. Por último, en un estudio con 653 pacientes con falla cardíaca y depresión según el BDI-II, se asignaron al azar a ejercicio aeróbico supervisado, de 90 minutos semanales, por tres meses, seguido de ejercicio en el hogar, al menos 120 minutos por semana, por nueve meses, o a un programa de educación y valoración por cardiología. No reportaron diferencias significativas entre grupos¹⁸.

CUIDADO USUAL NO FARMACOLÓGICO

En los estudios incluidos, el cuidado usual no farmacológico hace referencia a recibir información, instrucciones escritas o materiales educativos acerca de la enfermedad. No se incluyeron estudios que compararan el uso de medicamentos antidepresivos, que en muchos casos es reconocido como el cuidado usual de la depresión.

En la **tabla 2** se presentan las diferencias en los puntajes entre grupos para cada estudio.

Tamaños del efecto

Se calcularon los tamaños de efecto para siete estudios^{12,13,17,22-25} en los cuales la información se encontró disponible. En algunos evaluaron más de una intervención o tuvieron diferentes tiempos de seguimiento, por lo que se pudieron calcular varios tamaños de efecto (**Tabla 3**).

Calidad de los estudios

Los nueve artículos incluidos presentaron algún riesgo de sesgo (**Fig. 2**).

Discusión

La falla cardíaca tiene una asociación frecuente con la depresión, lo que lleva a deterioro en la calidad de vida y mayor riesgo de mortalidad²⁷. Varios estudios han informado que los pacientes con falla cardíaca y síntomas físicos más agudos, experimentan una depresión de mayor gravedad, y que los pacientes con depresión y falla cardíaca informan puntuaciones más bajas de salud mental y física^{28,29}. Los resultados más importantes de este estudio mostraron diferencias en los puntajes de depresión a favor de la intervención con ejercicio respecto a los grupos control. Se encontraron dos estudios con una efectividad del ejercicio leve a moderada, siendo el ejercicio moderado por 12 semanas el que mostró mayor efectividad sobre la depresión medida con el PHQ-9¹³. Por otra parte, la TCC mostró resultados más contradictorios, pues de los 5 estudios de TCC, 3^{12,23,24} reportaron diferencias en los puntajes de depresión para los grupos de intervención respecto al control y 2^{22,25} no encontraron diferencias estadísticamente significativas.

En ninguno de los estudios incluidos en la presente revisión realizaron cegamiento a los participantes, lo cual es difícil por el tipo de intervenciones. Y, solamente en algunos, quienes hacían la evaluación de los desenlaces estaban enmascarados, lo que puede llevar a sesgos. En la literatura se ha reportado ausencia de estudios de buena calidad que evalúen la efectividad de las intervenciones³⁰. La revisión sistemática realizada en 2012 por Woltz et al.³⁰, sólo identificó un ECA con una intervención de TCC y concluyó que no había pruebas suficientes sobre los efectos de ésta.

En cuanto a los cálculos de los tamaños de efecto, solo la mitad de los estudios incluidos en esta revisión proporcionaron la información requerida y de los 14 valores calculados, cuatro corresponden a tamaño de efecto grande, tres a tamaño de efecto moderado, seis a tamaño

Tabla 2. Diferencias de puntaje entre grupos en los estudios

Autor	Escala	Tiempo	n	Intervención	Grupo control	Diferencia entre grupos	p
Gary 2010 ²³	HDRS	6 meses	56	Ejercicio	Cuidado usual	-0.1	0.26
Dekker 2012 ²²	BDI-II	3 meses	41	TCC	Cuidado usual	-0.8	0.129
Freedland 2015 ¹²	BDI-II	6 meses	158	TCC	Cuidado usual	-4.43 (IC 95%: -7.68; -1.18)	0.008
		12 meses	158	TCC	Cuidado usual	-4.82 (IC 95%: -8.14; -1.49)	0.005
	HDRS	6 meses	158	TCC	Cuidado usual	-3.95 (IC 95%: -5.81; -2.08)	< 0.001
Lundgren 2016 ²⁵	PHQ-9	9 semanas	7	TCC	Foro de discusión virtual	-1.2	0.21
Cully 2017 ²⁴	PHQ-9	8 meses	228	TCC	Cuidado usual	-3.20	< 0.001
		12 meses	224	TCC	Cuidado usual	-2.67	0.011
Blumenthal 2012 ¹⁸	BDI-II	3 meses	653	Ejercicio aeróbico	Cuidado usual	-1.31 (IC 95%: -2.54; -0.09)	0.04
		12 meses	653	Ejercicio aeróbico	Cuidado usual	-1.56 (IC 95%: -2.84; -0.27)	0.02
Abdelbasset 2019 ¹³	PHQ-9	6 semanas	46	Ejercicio	No ejercicio	-3.891	< 0.001
		12 semanas	46	Ejercicio	No ejercicio	-4.89	< 0.001
Abdelbasset 2019 ²⁶	PHQ-9	6 semanas	57	MICAE	No ejercicio	-3.82	< 0.001
		12 semanas	57	MICAE	No ejercicio	-5.42	< 0.001
Abdelbasset 2019 ¹⁷	PHQ-9	6 semanas	69	LMIEP MICEP	No ejercicio	LMIEP -3.91 MICEP -3.82	< 0.001 < 0.001
		12 semanas	69	LMIEP MICEP	No ejercicio	LMIEP -4.89 MICEP -5.42	< 0.001 < 0.001

TCC: terapia cognitivo-conductual; PHQ9: cuestionario de salud del paciente - 9; BDI-II: Inventario de Depresión de Beck; HDRS: escala de puntaje de depresión de Hamilton; IC 95%: intervalo de confianza del 95%; MICAE: ejercicio aeróbico continuo de intensidad moderada; LMIEP: programa de ejercicio de intensidad baja a moderada; MICEP: programa de ejercicio continuo de intensidad moderada.

de efecto pequeño y uno a tamaño de efecto nulo. En la investigación de Thombs et al.³¹ encontraron un tamaño del efecto pequeño para la TCC y ausencia de resultados estadísticamente significativos para la psicoterapia interpersonal. Por su parte, Jeyantham et al.³² reportaron una diferencia en el puntaje de la depresión a favor de la TCC, con un tamaño de efecto moderado.

Diversos estudios han revelado que el ejercicio proporciona múltiples beneficios sobre desenlaces como tasas de hospitalización y reducción de la mortalidad^{33,34}. Reconocen, además, que las intervenciones psicosociales, el tratamiento farmacológico y el ejercicio son útiles, y que, más allá de la atención habitual, la TCC en pacientes con falla cardíaca y depresión, junto a un programa educativo, puede conseguir una reducción en la depresión, la ansiedad y los síntomas de fatiga, mejorando el funcionamiento social, mental y la

calidad de vida¹⁸. En 2020, Ishak et al.³⁵ observaron seis intervenciones: medicamentos antidepressivos, atención colaborativa, psicoterapia, ejercicio, educación y otras intervenciones no farmacológicas y, aunque los pacientes mostraron mejoría en la depresión, la evidencia fue contradictoria para el ejercicio y la educación.

En esta revisión se encontró que el ejercicio es la intervención con mayor impacto respecto a la mejoría de los síntomas depresivos en los pacientes con falla cardíaca, a diferencia de la revisión sistemática de estudios observacionales realizada por Jeyantham et al.³², en la que concluyeron que la TCC es más efectiva que la atención habitual, pero que se necesitan ECA más grandes para evaluar los efectos clínicos.

Es importante mencionar que pueden existir diferencias en los hallazgos debido a que algunos estudios sólo incluyeron pacientes con depresión leve o moderada, ya

Tabla 3. Puntajes promedio después de la intervención y tamaños del efecto (d de Cohen)

Autor/Año	Intervención	Escala	Tiempo	n intervención	n control	Posintervención (DE)	Poscontrol (DE)	d Cohen (Post)
Abdelbasset ¹⁷	MICEP	PHQ-9	12 semanas	23	23	3.12 (1.18)	8.54 (2.14)	3.14
Abdelbasset ¹³	LMIEP	PHQ-9	12 semanas	23	23	3.65 (1.21)	11.65 (3.28)	2.81
Abdelbasset ¹⁷	MICEP	PHQ-9	6 semanas	23	23	7.83 (3.22)	8.54 (2.14)	1.18
Abdelbasset ¹³	LMIEP	PHQ-9	6 semanas	23	23	7.74 (3.26)	11.65 (3.28)	1.20
Freedland 2015 ¹²	TCC	HDRS	6 meses	79	79	12.1 (6.0)	8.2 (5.9)	0.66
Cully 2017 ²⁴	TCC	PHQ-9	4 meses	132	101	10.3 (5.1)	13.3 (5.8)	0.55
Cully 2017 ²⁴	TCC	PHQ-9	8 meses	128	100	10.3 (5.5)	13.5 (6.0)	0.55
Cully 2017 ²⁴	TCC	PHQ-9	12 meses	125	99	10.6 (5.1)	13.2 (6.4)	0.45
Dekker 2012 ²²	TCC	BDI-II	3 meses	20	21	9.3 (1.6)	10.1 (1.7)	0.49
Freedland 2015 ¹²	TCC	BDI-II	6 meses	79	79	17.3 (10.7)	12.8 (10.6)	0.42
Lundgren 2016 ²⁵	TCC	PHQ-9	9 semanas	25	25	8.6 (4.6)	9.8 (4.3)	0.27
Gary 2010 ²³	TCC + Ejercicio	HDRS	6 meses	15	14	6.1 (5.1)	8.2 (5.4)	0.40
Gary 2010 ²³	TCC	HDRS	6 meses	16	14	7.1 (4.9)	8.2 (5.4)	0.21
Gary 2010 ²³	Ejercicio	HDRS	6 meses	17	14	8.3 (5.2)	8.2 (5.4)	0.02

DE: desviación estándar; LMIEP: programa de ejercicio de intensidad baja a moderada; MICEP: programa de ejercicio continuo de intensidad moderada; TCC: terapia cognitivo-conductual; PHQ-9: cuestionario de salud del paciente - 9; BDI-II: Inventario de Depresión de Beck; HDRS: Escala de puntaje de depresión de Hamilton. Categorías del estadístico de Cohen: menor a 0.2 efecto nulo; entre 0.2 y 0.5 efecto pequeño; entre 0.5 y 0.8 efecto moderado y mayor a 0.8 efecto grande.

que para estos niveles de depresión la diferencia en los cambios de puntaje, como medida de efecto de las intervenciones, podría ser más pequeña. Otros aspectos a considerar son las barreras de heterogeneidad de los instrumentos, los criterios y las metodologías empleadas para el diagnóstico de este grupo de pacientes, así como las intervenciones no farmacológicas utilizadas³⁶, que no permiten hacer comparaciones ni metaanálisis.

La Asociación Americana del Corazón (AHA) ha publicado recomendaciones para el tamizaje de síntomas depresivos en pacientes con enfermedad cardiovascular, que afirman que el diagnóstico de depresión se debe basar en los criterios del DSM-V, además de utilizar herramientas de detección validadas específicamente en pacientes con enfermedad cardíaca^{37,38}. La dificultad que se tiene con estas herramientas y sus puntos de corte es que pueden no ser apropiados para los pacientes con enfermedades cardiovasculares, ya que algunos síntomas de la enfermedad cardíaca pueden superponerse o confundirse con síntomas depresivos³⁹. La mayoría de los instrumentos que evalúan sintomatología depresiva en pacientes con falla cardíaca se basan en escalas, las cuales son autoadministradas por el paciente o

diligenciadas por el personal médico y no incluyen todos los criterios para el diagnóstico clínico de depresión⁴⁰. Sin embargo, varios estudios han evaluado el desempeño psicométrico de estas escalas en pacientes con falla cardíaca^{12,41-44} y han encontrado un desempeño adecuado para el tamizaje de depresión. Un estudio reportó sensibilidad del 94% y especificidad del 85% para el HADS con un punto de corte de 7 puntos⁴². Otro estudio reportó sensibilidad del 70% y especificidad del 92% para el PHQ-9, con un punto de corte de 10⁴³. Además de esto, otro estudio que comparó las escalas concluyó que el HADS-D, el PHQ-9 y el BDI-II tienen un desempeño psicométrico similar, con valores altos de especificidad para la identificación de posibles casos de depresión en pacientes con falla cardíaca, tanto ambulatorios como hospitalizados, y que la escala HADS-D parece tener una ventaja como herramienta de tamización respecto a las demás, debido a su mayor sensibilidad⁴⁴.

Fortalezas y limitaciones

Un aspecto positivo del estudio es que se incluyeron solamente ensayos clínicos aleatorizados y se

	Risk of bias domains					Overall
	D1	D2	D3	D4	D5	
Abdelbasset 2019-I	+	-	+	+	-	-
Abdelbasset 2019-II	+	-	+	+	-	-
Abdelbasset 2019-III	+	-	+	+	-	-
Blumenthal 2012	+	-	+	+	+	-
Cully 2017	+	-	+	+	+	-
Dekker 2012	+	-	+	-	+	-
Freedland 2015	+	-	+	+	+	-
Gary 2010	+	-	+	+	-	-
Lundgren 2016	+	-	+	-	+	-

Study

Domains:
D1: Bias arising from the randomization process.
D2: Bias due to deviations from intended intervention.
D3: Bias due to missing outcome data.
D4: Bias in measurement of the outcome.
D5: Bias in selection of the reported result.

Judgement
- Some concerns
+ Low

Figura 2. Evaluación de la calidad de la evidencia con el instrumento ROB 2.0.

siguieron las recomendaciones del PRISMA. Las limitaciones incluyen la heterogeneidad de los instrumentos utilizados para medir los síntomas depresivos y las intervenciones, lo que impidió realizar un metaanálisis. En ninguno de los estudios los pacientes estaban enmascarados a la asignación y solamente en unos pocos los evaluadores lo estaban. No se incluyeron estudios en los que se compararan las intervenciones no farmacológicas con la farmacoterapia, que en muchos casos es el tratamiento de primera línea en personas con depresión. Además, tres de los cuatro estudios que evaluaron el ejercicio fueron de los mismos autores e incluyeron los mismos participantes, variando solamente la intensidad del ejercicio.

Implicaciones para la práctica

La depresión puede llevar a cambios significativos en la calidad de vida, especialmente en aquellos pacientes con falla cardíaca, por lo que se requieren medidas para prevenirla o tratarla⁴⁵. Los profesionales de la salud deben estar en la capacidad de implementar terapias tanto farmacológicas como no farmacológicas para prevenir y tratar los síntomas de depresión y mejorar la atención y la calidad de vida en los pacientes con falla cardíaca⁴⁶.

Conclusiones

El ejercicio mostró ser mejor que el cuidado usual no farmacológico para los pacientes con falla cardíaca y síntomas depresivos. En cuanto a la TCC, se encontraron diferencias contradictorias en los resultados. Se necesitan más investigaciones que evalúen intervenciones no farmacológicas, con diferentes tipos de intervención, duración e intensidad, solas o acompañadas con tratamientos farmacológicos.

Agradecimientos

A la Clínica Las Américas Auna y a Paola Andrea Ramírez, bibliotecóloga.

Financiamiento

El presente trabajo ha sido financiado con recursos de Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación como parte del proyecto “Efectividad de un programa de rehabilitación cardíaca fase III en pacientes con falla cardíaca” (Número de convocatoria 807 – 2018), Código 111580763152.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

- Virani SS, Alonso A, Benjamin EJ, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, et al. Heart disease and stroke statistics-2020 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2020;141(9):e139-e596.
- McMurray JJ, Stewart S. Epidemiology, aetiology, and prognosis of heart failure. *Heart*. 2000;83(5):596-602.
- Gómez E. Epidemiología de la falla cardíaca e historia de las clínicas de falla cardíaca en Colombia. *Rev Colomb Cardiol*. 2016;23(1):6-12.
- 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.
- Gathright EC, Goldstein CM, Josephson RA, Hughes JW. Depression increases the risk of mortality in patients with heart failure: A meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2017;94:82-9.
- 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.
- Murberg TA, Bru E, Svebak S, Tveterås R, Aarsland T. Depressed mood and subjective health symptoms as predictors of mortality in patients with congestive heart failure: a two-years follow-up study. *Int J Psychiatry Med*. 1999;29(3):311-26.
- Frasere-Smith N, Lespérance F. Depression and other psychological risks following myocardial infarction. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60(6):627-36.
- Lane DA, Chong AY, Lip GY. Psychological interventions for depression in heart failure. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;25(1).
- DuBeau CE, Kuchel GA, Johnson T, 2nd, Palmer MH, Wagg A. Incontinence in the frail elderly: report from the 4th. International Consultation on Incontinence. *NeuroUrol Urodyn*. 2010;29(1):165-78.
- OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Organización Mundial de la Salud: Ginebra, Suiza; 2015.
- Freedland KE, Carney RM, Rich MW, Steinmeyer BC, Rubin EH. Cognitive behavior therapy for depression and self-care in heart failure patients: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2015;175(11):1773-82.
- Abdelbasset WK, Alqahtani BA, Elshehaw AA, Tantawy SA, Elnagamy TE, Kamel DM. Examining the impacts of 12 weeks of low to moderate-intensity aerobic exercise on depression status in patients with systolic congestive heart failure - A randomized controlled study. *Clinics*. 2019;26(74).
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;29(372).
- Cohen J. A power primer. *Psychol Bull*. 1992;112(1):155-9.
- Koehler J, Stengel A, Hofmann T, Wegscheider K, Koehler K, Sehner S, et al. Telemonitoring in patients with chronic heart failure and moderate depressed symptoms: results of the Telemedical Interventional Monitoring in Heart Failure (TIM-HF) study. *Eur J Heart Fail*. 2021;23(1):186-94.
- Abdelbasset WK, Alqahtani BA, Alrawali SM, Ahmed AS, Elnagamy TE, Ibrahim AA, et al. Similar effects of low to moderate-intensity exercise program vs moderate-intensity continuous exercise program on depressive disorder in heart failure patients: A 12-week randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(32):e16820.
- Blumenthal JA, Babyak MA, O'Connor C, Keteyian S, Landzberg J, Howlett J, et al. Effects of exercise training on depressive symptoms in patients with chronic heart failure: the HF-ACTION randomized trial. *JAMA*. 2012;308(5):465-74.
- Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol*. 1967;6(4):278-96.
- Celano CM, Huffman JC. Depression and cardiac disease: a review. *Cardiol Rev*. 2011;19(3):130-42.
- Smagula SF, Freedland KE, Steinmeyer BC, Wallace MJ, Carney RM, Rich MW. Moderators of response to cognitive behavior therapy for major depression in patients with heart failure. *Psychosom Med*. 2019;81(6):506-12.
- Dekker RL, Moser DK, Peden AR, Lennie TA. Cognitive therapy improves three-month outcomes in hospitalized patients with heart failure. *J Card Fail*. 2012;18(1):10-20.
- Gary RA, Dunbar SB, Higgins MK, Musselman DL, Smith AL. Combined exercise and cognitive behavioral therapy improves outcomes in patients with heart failure. *J Psychosom Res*. 2010;69(2):119-31.
- Cully JA, Stanley MA, Petersen NJ, Hundt NE, Kauth MR, Naik AD, et al. Delivery of brief cognitive behavioral therapy for medically ill patients in primary care: a pragmatic randomized clinical trial. *J Gen Intern Med*. 2017;32(9):1014-24.
- Lundgren JG, Dahlström Ö, Andersson G, Jaarsma T, Kämer Köhler A, Johansson P. The effect of guided web-based cognitive behavioral therapy on patients with depressive symptoms and heart failure: a pilot randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2016;18(8).
- Abdelbasset WK, Alqahtani BA. A randomized controlled trial on the impact of moderate-intensity continuous aerobic exercise on the depression status of middle-aged patients with congestive heart failure. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(17):e15344.
- Bichara V, Santillán J, de Rosa R, Estofan L. Depresión en insuficiencia cardíaca crónica: causa o consecuencia. *Insuf Card*. 2016;11(4):173-200.
- Moudgil R, Haddad H. Depression in heart failure. *Curr Opin Cardiol*. 2013;28(2):249-58.
- Ege M, Yilmaz N, Yilmaz M. Depression and heart failure. 2012. *Int J Cardiol*. 158(3):474.
- Woltz PC, Chapa DW, Friedmann E, Son H, Akintade B, Thomas SA. Effects of interventions on depression in heart failure: a systematic review. *Heart Lung*. 2012;41(5):469-83.
- Thombs BD, de Jonge P, Coyne JC, Whooley MA, Frasure-Smith N, Mitchell AJ, et al. Depression screening and patient outcomes in cardiovascular care: a systematic review. *JAMA*. 2008;300(18):2161-71.
- Jeyantham K, Kotecha D, Thanki D, Dekker R, Lane DA. Effects of cognitive behavioural therapy for depression in heart failure patients: a systematic review and meta-analysis. *Heart Fail Rev*. 2017;22(6):731-41.
- Chen YW, Wang CY, Lai YH, Liao YC, Wen YK, Chang ST, et al. Home-based cardiac rehabilitation improves quality of life, aerobic capacity, and readmission rates in patients with chronic heart failure. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(4):e9629.
- Jackevicius CA, de Leon NK, Lu L, Chang DS, Warner AL, Mody FV. Impact of a multidisciplinary heart failure post-hospitalization program on heart failure readmission rates. *Ann Pharmacother*. 2015;49(11):1189-96.
- Ishak WW, Edwards G, Herrera N, Lin T, Hren K, Peterson M, et al. Depression in heart failure: a systematic review. *Innov Clin Neurosci*. 2020;17(4-6):27-38.
- 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.
- Association AP. Diagnostic and Statistical. Manual of Mental Disorders. 5th. edition. Washington DC: Arlington: American Psychiatric Press, Inc.; 2013.
- Elderlin L, Whooley MA. Depression and cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis*. 2013;55(6):511-23.
- Eisele M, Blozik E, Störk S, Träder J-M, Hermann-Lingen C, Scherer M. Recognition of depression and anxiety and their association with quality of life, hospitalization and mortality in primary care patients with heart failure - study protocol of a longitudinal observation study. *BMC Family Practice*. 2013;14(1):180.
- Norra C, Skobel EC, Arndt M, Schauerte P. High impact of depression in heart failure: early diagnosis and treatment options. *Int J Cardiol*. 2008;125(2):220-31.
- Holzappel N, Zugck C, Müller-Tasch T, Löwe B, Wild B, Schellberg D, et al. Routine screening for depression and quality of life in outpatients with congestive heart failure. *Psychosomatics*. 2007;48(2):112-6.
- Ski CF, Thompson DR, Hare DL, Stewart AG, Watson R. Cardiac depression Scale: Mokken scaling in heart failure patients. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10:141.
- Hammash MH, Hall LA, Lennie TA, Heo S, Chung ML, Lee KS, et al. Psychometrics of the PHQ-9 as a measure of depressive symptoms in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2013;12(5):446-53.
- Zarco Rivero R. Desempeño psicométrico de las escalas para tamizaje de sintomatología depresiva en pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca: revisión sistemática y metanálisis. Universidad de Cartagena [Citado Abr 2022]; 2016; Disponible en: <https://repositorio.unicartagena.edu.co/handle/11227/4440?locale-attribute-es>
- Correll CU, Solmi M, Veronese N, Bortolato B, Rosson S, Santonastaso P, et al. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry*. 2017;16(2):163-80.
- Tsaloglidou A, Koukourikos K, Savvidis A, Kourkouta L. Heart failure, depression and exercise. *Mental Health: Global Challenges Journal*. 2019;2(2):26-30.