

INSUFICIENCIA CARDIACA. AFECTACIONES PSICOLÓGICAS EN DÍADAS DE PACIENTES Y CUIDADORES

Viridiana Peláez Hernández, Guadalupe Lizzbett
Luna Rodríguez, Norma Camacho Mendoza

*Si lo haces por probar
que te iré a buscar,
es egoísmo.
Si quieres confirmar
que te voy a extrañar,
es egoísmo.*

José José

RESUMEN

Las comorbilidades del paciente con insuficiencia cardiaca ejercen efectos negativos tanto en su salud mental como en la de su cuidador primario informal, quien se encarga de brindarle la atención, ayuda y cuidados que necesita. Esto agrava la condición del paciente y genera factores de riesgo físicos y mentales en los cuidadores, disminuyendo la calidad de vida de ambos.

Entre los factores involucrados en el desarrollo de alteraciones emocionales y de calidad de vida en los cuidadores se encuentran depresión, ansiedad y edad, así como los problemas que generan la falta de apego al tratamiento por parte del paciente y el deterioro de la función física de este. En los pacientes, por otra parte, los factores que inciden en la calidad de vida son la autopercepción de salud, limitación en las actividades cotidianas; además, el estrés que perciben en su cuidador les puede generar depresión y ansiedad, deteriorando aún más su condición.

Conocer las influencias recíprocas de las alteraciones emocionales y físicas tanto de los pacientes como de sus cuidadores permite ofrecer atención multidisciplinaria que mejore la salud mental y la calidad de vida de ambos.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca (IC) es resultado de alteraciones funcionales y/o estructurales que afectan la capacidad de llenado o contracción del corazón. Este síndrome suele considerarse como consecuencia de otras enfermedades crónicas como hipertensión arterial, enfermedad coronaria, diabetes mellitus, valvulopatías y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), entre otras.^{1,2}

En países desarrollados, la IC es la primera causa de hospitalización en pacientes mayores de 65 años, ocasionando 5% de estas, aproximadamente; además, su prevalencia suele aumentar con la edad, alcanzando 6-7% al año en pacientes de ese grupo de edad.³ En México, las enfermedades cardíacas afectan aproximadamente a 20.5 millones de personas, la IC es la segunda más frecuente sólo después de la hipertensión arterial, con un costo financiero de 6.1 mil millones de dólares en 2015.⁴

Los síntomas principales de la IC son disnea y fatiga, las que, de acuerdo con la evolución y la fisiopatología del padecimiento, están vinculadas a congestión pulmonar o sistémica e incremento en la resistencia vascular periférica, lo que limita la capacidad física. De esta manera, los pacientes van desarrollando un deterioro cada vez mayor de su estado de salud, más discapacidades y necesidad de ayuda para realizar sus actividades cotidianas.^{5,6}

En este contexto se vuelve necesaria la presencia de una persona que brinde atención, ayuda y cuidados al paciente. Por lo general, este rol lo asume algún familiar, principalmente el cónyuge o algún hijo.^{7,8} A esta persona se le denomina cuidador primario informal (CPI) y es quien se responsabiliza parcial o totalmente del paciente sin recibir ayuda económica ni capacitación previa para desempeñar esta tarea.⁹

INSUFICIENCIA CARDIACA Y SALUD MENTAL: PACIENTES Y CUIDADORES

Entre las principales comorbilidades de la IC destacan las alteraciones emocionales, principalmente la depresión y la ansiedad, cuya sintomatología se incrementa en función de la gravedad de la IC;¹⁰ además, disminuye la calidad de vida, se incrementa la tasa de mortalidad, de eventos cardíacos adversos y de frecuencia de hospitalizaciones.¹¹ La prevalencia de depresión clínicamente relevante se estima en alrededor de 21.5%, en tanto que 19% sufre síntomas severos. Por su parte, la prevalencia de ansiedad clínicamente relevante es de 30%, mientras que 13% sufre síntomas severos.¹⁰

La salud mental de los CPI también se ve alterada, pues convertirse en cuidador implica cambios tanto en la vida familiar como en la social¹² y alteración de las costumbres y rutinas, además de que se ven en la necesidad de brindar determinados cuidados para los cuales no han sido capacitados. Se estima que 86% de los CPI no recibió ninguna capacitación para llevar a cabo el cuidado de sus pacientes,⁷ situación que, en conjunto con otros factores, como la autoeficacia percibida, el estrés, el aislamiento social y los problemas financieros derivados del impedimentos de realizar otras actividades,¹ desencadena un conjunto de alteraciones emocionales como depresión, ansiedad y sobrecarga.¹³

La sobrecarga es definida como un estado de agotamiento emocional importante, sumado al estrés y al cansancio que afectan directamente las actividades de ocio, las relaciones sociales, la libertad y el equilibrio mental de los CPI,^{1,14} asociada con el grado de dependencia del paciente para realizar sus actividades diarias y el número de horas al día dedicadas a su cuidado.¹⁵ Se estima que entre 7 y 59% de los CPI refieren síntomas de depresión, entre 8 y 47% de ansiedad.^{13,16,17} y entre 23 y 32% de sobrecarga.

La presencia de depresión, ansiedad y sobrecarga es importante no sólo porque afecta directamente la salud mental del CPI, sino también la física, ya que estas condiciones incrementan el riesgo de presentar IC de 18 a 47% en los siguientes siete años¹⁸⁻²⁰ e impactan negativamente en el cuidado del paciente y en su calidad de vida.⁸

RELACIÓN DIÁDICA E IMPACTO EMOCIONAL

A la relación entre el paciente y su CPI se le denomina díada,¹⁸ y suele ser muy cercana, ya que en la mayoría de los casos son familiares, incluso cónyuges,^{8,21} quienes fungen como cuidadores, por lo que las emociones, conductas y respuestas interactúan y se influyen entre sí,¹⁵ creándose una estrecha codependencia emocional entre ambos en la que la conducta de uno afecta al otro y viceversa. Por lo anterior, se vuelve indispensable conocer la relación conjunta de las afectaciones mentales en pacientes y cuidadores para entender cómo se influyen mutuamente.

En diversos estudios con díadas de pacientes con enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas o cáncer se ha observado que, aunque son los pacientes quienes sufren mayores niveles de depresión y de deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), los de ansiedad son similares en la díada y los síntomas depresivos de los pacientes produjeron efectos físicos y emocionales tanto en ellos como en los CPI.^{2,19,20,22}

La sobrecarga en el CPI explica en más de 60% las variaciones en la percepción de su calidad de vida y la de los pacientes,²³ lo que repercute en su salud física y psicológica, así como en el nivel de independencia, en sus relaciones sociales y su entorno.²⁴ Por todo esto, las afectaciones emocionales de los CPI tienen repercusión tanto en ellos mismos como en sus pacientes.^{3,4} No obstante, son pocos los estudios que analizan las alteraciones mentales de pacientes y CPI en conjunto.

ESTUDIO PARA INVESTIGAR LAS ALTERACIONES PSICOLÓGICAS DE LOS PACIENTES Y SUS CUIDADORES

En este contexto, en el Servicio de Cardiología del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER) se realizó un estudio transversal correlacional y explicativo para investigar las alteraciones psicológicas de los pacientes con IC y sus CPI, así como sus interacciones.

En el estudio participaron 63 díadas, las cuales fueron evaluadas mediante entrevista y valoración psicométrica utilizando instrumentos estandarizados en población mexicana. Se incluyeron únicamente pacientes con IC estable y a CPI con más de seis meses en ese rol; todos los participantes firmaron el consentimiento informado.

Los pacientes fueron evaluados con los siguientes instrumentos:

- Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (SF-12)²⁵
- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)²⁶
- Cuestionario Martín-Bayarre-Grau (MGB) para apego terapéutico²⁷
- Escala de Apoyo social de Duke²⁸

Por su parte, los CPI fueron evaluados con los siguientes instrumentos:

- Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (SF-12)²⁵
- Inventario de Ansiedad de Beck²⁹
- Inventario de depresión de Beck^{30,31}
- Escala de carga del cuidador Zarit para determinar sobrecarga percibida³²
- Escala de Autoeficacia Percibida en Cuidadores Primarios Informales de Pacientes Crónicos³³

Los datos obtenidos fueron analizados a través del *software* estadístico SPSS versión 28. Para conocer el tipo de distribución muestral de los datos se realizó una prueba de normalidad Kolmogórov-Smirnov, determinándose a una distribución no normalizada. Se realizaron análisis no paramétricos, los datos se presentan en medianas (Me) y rango intercuartil (r.iq). El tamaño del efecto se calculó con el *software* GPower 3.1 y la significancia estadística se estableció en $\alpha=0.05$.

La **Tabla 1** describe el perfil sociodemográfico de las díadas. La edad promedio de los pacientes es significativamente mayor que la de sus cuidadores (72 ± 18 vs. 56.50 ± 18 ; $p<.001$). En ambos grupos prevalecen las mujeres, sobre todo en el grupo de CPI (54 vs. 73.4%;

Tabla 1. Características sociodemográficas de pacientes con insuficiencia cardiaca y sus cuidadores

	Pacientes (n=63)	CPI (n=63)	p
Edad (Me±r.iq)	72±18.00	56.50±18.02	<0.001
Sexo n (%)			<0.001
Masculino	29 (46)	17 (26.6)	
Femenino	34 (54)	47 (73.4)	
Escolaridad n (%)			0.171
Alfabetización	9 (14.8)	4 (6.3)	
Primaria	19 (31.3)	11 (17.5)	
Secundaria	6 (9.8)	16 (25.4)	
Bachillerato	9 (14.8)	12 (19)	
Carrera Técnica	4 (6.6)	7 (11.1)	
Licenciatura	13 (21.3)	11 (17.5)	
Posgrado	1 (1.6)	2 (3.2)	
Ocupación n (%)			0.027
Hogar	28 (46.7)	32 (50)	
Estudiante	1 (1.7)	1 (1.6)	
Profesionista	2 (3.3)	2 (3.1)	
Empleado		17 (26.6)	
Jubilado	13 (21.7)	5 (7.8)	
Desempleado	6 (10)	1 (1.6)	
Oficio	4 (6.7)	5 (7.8)	
Trabajo independiente	2 (3.3)	1 (1.6)	
Estado Civil n (%)			0.001
Soltero	9 (14.3)	19 (29.7)	
Casado	35 (55.6)	37 (57.8)	
Unión libre	16 (25.4)	2 (3.1)	
Viudo	3 (4.8)	6 (9.4)	

Fuente: Fuente: elaborada por las autoras con datos obtenidos del estudio transversal correlacional y explicativo también llevado a cabo por las autoras en el INER.

p<0.001); además, se encontraron diferencias significativas en la ocupación y el estado civil entre ambos grupos.

Al analizar las condiciones de salud (**Tabla 2**), los pacientes tuvieron una sobrevivida superior al año y su tratamiento fue, principalmente, farmacológico y/o con suplementación de oxígeno (90.2%) en conjunto con dieta (41.9%) o ejercicio (38.7%). En general, la autopercepción de salud de los pacientes se encontró reducida.

Tabla 2. Condiciones de salud de los pacientes con insuficiencia cardiaca (n=63)

Tiempo de Inicio del padecimiento (meses; Me±r.iq)	17±52
Tratamiento n (%)	
Medicamento	59 (93.7)
Dieta	26 (41.9)
Ejercicio	24 (38.7)
Oxígeno	37 (90.2)
Percepción de la salud n (%)	
Nada saludable	2 (3.2)
Poco	9 (14.3)
Regular	41 (65.1)
Muy saludable	11 (17.5)

Fuente: elaborada por las autoras con datos obtenidos del estudio transversal correlacional y explicativo también llevado a cabo por las autoras en el INER.

Con respecto a las características psicológicas (**Tabla 3**), en 27% de los participantes se observó prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en diferentes grados, mientras que los niveles de estrés percibido fueron mínimos, al encontrarse por debajo de la mitad del total de la escala. El apoyo social estuvo presente con 48 de 55 puntos y, por último, cerca de 87.3% mostró un nivel moderado/alto de apego al tratamiento.

Entre los resultados psicosociales del perfil de los CPI (**Tabla 4**) se encontró un promedio de 24 meses de tiempo prestando este tipo de servicio, durante 11.5 horas al día. Los CPI suelen vivir en la misma casa (84.4%) y ser cónyuge o hijo del paciente (75%).

Los resultados de las evaluaciones psicológicas de los CPI (**Tabla 5**) muestran que 51.4% tenía síntomas de ansiedad en algún grado y 31.7% de depresión; además, 59.4% refería algún síntoma de sobrecarga. Solamente 18.8% se percibió completamente eficaz para brindar el cuidado.

Por su parte, no se encontraron diferencias significativas en los niveles de ansiedad, depresión, CVRS, estrés percibido, apego al tratamiento, apoyo social y necesidad de ayuda en los pacientes con IC ni en sus cuidadores, de acuerdo con el tiempo de evolución del padecimiento.

VARIABLES INVOLUCRADAS EN LA CALIDAD DE VIDA Y SALUD MENTAL DE PACIENTES Y CUIDADORES

Se calcularon dos modelos de regresión lineal múltiple con método Enter para conocer el efecto de las variables psicológicas, sociodemográficas o clínicas de pacientes o CPI sobre

Tabla 3. Perfil psicológico de los pacientes con insuficiencia cardiaca (n=63)

Variable	Puntuaciones totales (Me±r.iq)	Clasificación	n (%)
Ansiedad	5±6	Ninguna Leve/moderada Severa	46 (73) 11 (17.5) 6 (9.5)
Depresión	5±6	Ninguna Leve/moderada Severa	46 (73) 9 (14.3) 8 (12.7)
Apego al tratamiento	37±8.5	Poca o nula Moderada Alta	8 (12.7) 28 (44.5) 27 (42.8)
Estrés percibido*	22 ± 8 (el puntaje va de 10 a 50 puntos)		
Apoyo social*	48 ± 14 (el puntaje va de 11 a 55 puntos)		

*Variables no susceptibles de clasificación, a mayor puntuación se presenta un mayor nivel de la variable evaluada.

Fuente: elaborada por las autoras con datos obtenidos del estudio transversal correlacional y explicativo también llevado a cabo por las autoras en el INER.

la CVRS y alteraciones en la salud mental. El primer modelo predijo el efecto de la depresión, ansiedad y edad sobre la CVRS de CPI (**Tabla 6**). La ecuación del modelo de regresión fue estadísticamente significativa, incluyendo las variables de autopercepción de la salud, limitaciones en actividades de la vida cotidiana del paciente y depresión. El segundo modelo predijo la presencia de ansiedad en el paciente, resultando como variables predictoras significativas: el efecto de la función física y la eficacia autopercebida del CPI, la salud mental y el estrés percibidos del paciente. La ecuación en este modelo fue estadísticamente significativa.

Para reconocer qué factores del CPI y del paciente con IC podrían afectar la CVRS y la salud mental del CPI se calcularon dos modelos de regresión lineal simple con método Enter para conocer el efecto de las variables psicológicas, sociodemográficas y clínicas de pacientes y CPI sobre la CVRS y la salud mental de estos últimos. El primer modelo predijo el efecto de la depresión, ansiedad y edad sobre la CVRS de los CPI y el segundo predijo el efecto del apego del paciente al tratamiento, la sobrecarga del CPI y la función física del paciente sobre la salud mental del CPI (**Tabla 7**). Ambas ecuaciones fueron estadísticamente significativas.

Tabla 4. Características psicosociales de los cuidadores primarios informales de pacientes con insuficiencia cardiaca

Variable	
Tiempo que lleva cuidando a su paciente (meses; Me±r.iq)	24±48
Horas de cuidado que brinda al paciente al día (Me±r.iq)	11.5±19.75
Sí cohabita con su paciente, n (%)	54 (84.4)
Parentesco con su paciente, n (%)	
Cónyuge	24 (37.5)
Hijo (a)	24 (37.5)
Hermano (a)	4 (6.3)
Padre/Madre	10 (15.6)
Primo (a)	1 (1.6)
Tío (a)	1 (1.6)
Cuenta con el apoyo de un cuidador secundario, n (%)	36 (56.3)
Recibió información sobre el cuidado del paciente, n (%)	24 (37.5)
Recibió información sobre qué es ser "cuidador" , n (%)	14 (21.9)
Recibió información sobre autocuidado de la salud, n (%)	16 (25)
Presenta síntomas similares al de su paciente, n (%)	13 (20.3)
Cree que podría padecer la misma enfermedad que su paciente, n (%)	19 (31.1)

Fuente: elaborada con datos obtenidos del estudio transversal correlacional y explicativo en el INER llevado a cabo por las autoras.

DISCUSIÓN

En su mayoría, los pacientes con IC fueron adultos mayores, con escolaridad predominantemente baja, en concordancia con lo reportado por otras investigaciones.^{34,35} La mayor parte fueron mujeres, amas de casa y con un tiempo de diagnóstico de entre uno y cuatro años. Los resultados del presente estudio difieren de lo reportado en otros estudios, en donde los pacientes con enfermedades cardiorrespiratorias suelen ser predominantemente hombres.^{35,36}

En general, se observó una elevada prevalencia de síntomas asociados con ansiedad y depresión clínicamente importantes y consistentes en el tiempo; esta característica se ha

Tabla 5. Perfil psicológico de los cuidadores primarios informales (n= 63)

Variable	Puntuaciones totales (Me±r.iq)	Clasificación	n (%)
Ansiedad	3±14	Sin síntomas Leve Moderado Severo	26 (42.6) 22 (36.1) 10 (16.4) 3 (4.9)
Depresión	5.5±9	Sin síntomas Leve Moderado	41 (68.3) 10 (16.7) 9 (15)
Sobrecarga	19±17.5	Sin sobrecarga Leve-Moderada Alta	26 (40.6) 19 (29.7) 19 (29.7)
Autoeficacia percibida	87.5±70	Baja Moderada Alta	36 (56.3) 16 (25) 12 (18.8)

Fuente: elaborada con datos obtenidos del estudio transversal correlacional y explicativo en el INER llevado a cabo por las autoras.

observado en pacientes con IC y/o EPOC en quienes tanto el nivel como la severidad de la ansiedad y depresión aumentan conforme progresan los padecimientos,⁷ incrementándose a su vez las tasas de mortalidad.⁸

Con respecto a los CPI de estos pacientes, la mayoría eran mujeres, casadas, con educación básica y más jóvenes que sus pacientes, se dedicaban al hogar o eran empleadas, referían tener entre dos y cuatro años siendo CPI y en promedio dedicaban a esta actividad 11.5 horas al día, vivían en el mismo domicilio que sus pacientes, ya que la gran mayoría era cónyuge o hijo del paciente y carecían de la formación necesaria para brindar cuidados. Estos hallazgos concuerdan con otras investigaciones, en las que se observa el mismo perfil de los CPI de pacientes crónicos.^{12,21}

Referente a las alteraciones psicológicas, se observó que los síntomas de ansiedad y depresión se presentaron en 27% de los participantes, lo que difiere de la literatura, que refiere una prevalencia cercana a 40%.¹¹⁻¹³ Cabe destacar que, pese a no contar con diferencias estadísticamente significativas, los puntajes de ansiedad y depresión suelen modularse a lo largo del proceso de adaptación a esa actividad, este efecto ha sido observado en otras poblaciones de CPI.^{37,38}

Tabla 6. Modelos predictivos de calidad de vida y ansiedad en pacientes con insuficiencia cardiaca (n=63)

Modelos	F	R2	ΔR2	B	Error estándar	β	p	1- β	f2
Modelo 1. CVRS	21.84 (3,49)	0.75	0.57				<0.001	1	1.33
Autopercepción de salud				11.98	3.52	0.32	.0001		
Limitación en actividades de la vida cotidiana				-8.61	.617	-0.36	<0.001		
Depresión				-2.69	2.29	-0.42	<0.001		
Modelo 2. Ansiedad	8.280 (4,47)	0.64	0.41				<0.001	0.99	0.70
Autoeficacia percibida del CPI				-0.01	0.01	-0.12	0.26		
Función física del CPI				-0.04	0.01	-0.39	0.002		
Salud mental del paciente				-0.03	0.01	-0.27	0.039		
Estrés percibido del paciente				0.18	0.07	0.31	0.019		

CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud; CPI: cuidador primario informal.

Fuente: elaborada con datos obtenidos del estudio transversal correlacional y explicativo en el INER llevado a cabo por las autoras.

La prevalencia de los niveles de sobrecarga moderada/severa alcanzó 29.7%, incrementándose con el tiempo de manera clínica, lo que concuerda con lo reportado por otros estudios en los que la prevalencia de sobrecarga severa ocurre en cerca de 23.7% de los cuidadores²¹ y se incrementa con el tiempo de cuidado.¹² Además, se encontraron niveles bajos de autoeficacia percibida en 56.3% de los participantes, pero son notablemente más bajos en aquellos CPI que tienen más tiempo desempeñando esta actividad.³⁸

Los resultados de calidad de vida relacionada con la salud indican que los pacientes tuvieron un menor nivel de esta variable en comparación con los CPI, lo que es esperado y concuerda con la literatura, ya que los pacientes suelen desarrollar mayores alteraciones físicas y de salud que sus cuidadores;^{1,11} sin embargo, una diferencia importante se observó

Tabla 7. Modelos predictivos de CVRS y salud mental en cuidadores de pacientes con insuficiencia cardiaca (n=63)

Modelos	F	R2	ΔR2	B	Error estándar	β	p	1- β	f2
Modelo 1 CVRS	25.96 (3,55)	0.76	0.58				<0.001	1	1.41
Depresión				-0.78	0.31	-0.27	0.017		
Ansiedad				-0.86	0.21	-0.45	<0.001		
Edad				-0.40	0.28	-0.28	0.002		
Modelo 2 Salud mental	11.68 (3,49)	0.64	.41				<0.001	0.99	0.71
Apego al tratamiento				0.82	0.33	0.27	0.017		
Sobrecarga				-0.84	0.18	-0.51	<0.001		
Función física del paciente				0.17	0.06	0.31	0.007		

CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud.

Fuente: elaborada con datos obtenidos del estudio transversal correlacional y explicativo en el INER llevado a cabo por las autoras.

en el componente de dolor crónico, que fue mayor en los CPI. Este aspecto es importante porque se ha observado que el dolor crónico no sólo disminuye la calidad de vida, sino que se relaciona con alteraciones como la ansiedad y la depresión y podría dar pie al desarrollo de otras comorbilidades.^{39,40} Otros aspectos relacionados con la calidad de vida, como la función social, son similares entre ambos grupos, asociándose con un comportamiento que a la larga podría afectar la salud mental de los CPI.^{8,18}

Los modelos de regresión indicaron que los factores propios del paciente, como la autopercepción de la salud, las limitaciones en actividades cotidianas y la presencia de depresión, podrían predecir en 57.2% alteraciones en la CVRS. Cabe destacar que conforme la IC genera mayores alteraciones, aumenta la necesidad de ayuda, debido a la creciente discapacidad a la que se enfrentan los pacientes;^{1,11} además de que la sintomatología depresiva incrementa el riesgo en ellos de sufrir un evento cardiaco adverso,^{14,16,17} lo que en conjunto disminuiría su calidad de vida y su salud.^{2,20}

Factores como ansiedad, depresión y edad predijeron en 58.6% la probabilidad de alteraciones en la CVRS de los CPI, estos factores son importantes debido a que la mayoría de los

CPI son mujeres y ellas tienen mayor probabilidad de padecer alteraciones emocionales,^{9,12} mientras que la edad también es un factor importante, ya que aunque los CPI son más jóvenes que los pacientes, los primeros suelen estar expuestos a mayores niveles de estrés y sobrecarga,⁹ esto implica alteraciones en su salud física y mental, lo que se refleja en la disminución de su CVRS.^{2,10,13}

En conjunto, encontramos que aspectos como la autoeficacia, salud mental y estrés percibidos, así como la función física del CPI predicen en 41.3% el que los pacientes sufran ansiedad, mientras que cuestiones como el apego del paciente al tratamiento y su función física, además de la sobrecarga predicen en 41.7% las alteraciones en la salud mental del CPI. Nuestros resultados concuerdan con lo reportado por la literatura, en la que se ha encontrado que la ansiedad, la depresión y la limitación en la función física impactan negativamente en la CVRS de los pacientes,² en tanto que la ansiedad y la preocupación que los pacientes muestran afectan la CVRS de los CPI, sobre todo en relación con la salud mental. También se ha reportado que los síntomas depresivos de los pacientes ejercen efectos físicos y emocionales tanto en ellos mismos, como en sus CPI, mostrando una correlación entre un estado de bienestar general y los síntomas de ansiedad y depresión.²²

Nuestros modelos de predicción concuerdan con la literatura, en la que es ampliamente conocido que aspectos relacionados con la autoeficacia percibida de los CPI se relacionan con una mejor percepción de salud de los pacientes,^{12,22} la autopercepción está dada principalmente por la capacidad física y emocional con la que los CPI perciben que cuentan para realizar sus funciones adecuadamente, por lo tanto, al brindar un mejor cuidado, los pacientes se preocupan menos por su salud, lo que se refleja en una mejor CVRS y apego al tratamiento;^{9,21} sin embargo, a la larga esto podría generar mayor dependencia por parte del paciente, más necesidad de ayuda y mayor tiempo de cuidado, generando sobrecarga en los CPI,^{6,12,15,18} lo que mermaría la capacidad del cuidado y ocasionaría problemas de salud mental y física para ambos miembros de la diada.

CONCLUSIONES

La ansiedad y la depresión repercuten profundamente en pacientes y cuidadores. Mientras la CVRS y muchos de sus componentes se encuentran disminuidos en los primeros, el dolor crónico es mayor en los segundos y la función social se ve afectada igualmente en ambos integrantes de la diada. Se observó que el funcionamiento físico y emocional podrían ser factores involucrados en el nivel de CVRS, lo que impacta a su vez en el desarrollo de síntomas como ansiedad en los pacientes y en la salud mental de los cuidadores.

Investigar la influencia recíproca de las alteraciones emocionales de pacientes y CPI para entenderlas y generar una aproximación más eficiente a tratamientos que involucren también la atención al CPI, sin centrarse exclusivamente en el cuidado del paciente es de vital importancia para mejorar la calidad de vida y la salud mental del CPI que podrían, a la larga, ser factores de riesgo para el desarrollo del padecimiento en el CPI. Por lo tanto, brindar herramientas de autocuidado y prevención ayudaría a mejorar la CVRS de la diada.

FUENTES CONSULTADAS

1. Cagide A. Evolución del tratamiento de la insuficiencia cardiaca. *Insuf Card*. 2015;10(1):49-55.
2. Ivziku D, Clari M, Piredda M et al. Anxiety, depression, and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease patients and caregivers: an actor-partner interdependence model analysis. *Qual Life Res*. 2019;28(2):461-472.
3. De la Serna F. Capítulo 1. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca. En De la Serna, F. *Insuficiencia cardiaca crónica*. Federación Argentina de Cardiología, 2007:1-13.
4. Stevensa B, Pezzullo L, Verdiana L et al. The economic burden of hypertension, heart failure, myocardial infarction, and atrial fibrillation in Mexico. *Arch Cardiol Mex*. 2018;88(3), 241-244.
5. Shi J, Huang A, Jia Y, Yang X. Perceived stress, and social support influence anxiety symptoms of Chinese family caregivers of community-dwelling older adults: a cross-sectional study. *Psychogeriatrics*. 2020;20(4):377-384.
6. Armstrong P, Armstrong H. Thinking in through: women, work and caring in the new millennium. Maritime Centre of Excellence for Women's Health/Nova Scotia Advisory Council on the status of Women, Canadá. Tomado de <https://cdn.dal.ca/content/dam/dalhousie/pdf/diff/ace-women-health/Healthy%20Balance/ACEWH_hbrp_thinking_it_through_women_work_caring_new_millennium.pdf>, consultado el 10 de abril de 2023.
7. Celano CM, Villegas AC, Albanese AM et al. Depression and anxiety in heart failure: a review. *Harv Rev Psychiatry*. 2018;26(4):175-184.
8. Vikjord SAA, Brumpton BM, Mai XM et al. The association of anxiety and depression with mortality in a COPD cohort. The HUNT study, Norway. *Respir Med*. 2020;171:1069089.
9. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D et al. Caregiver burden: a clinical review. *JAMA*. 2014;311(10):1052-1060.
10. Hou D, Chen YX, He D et al. The relationship between caregiver reactions and psychological distress in family caregivers of patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2020;35(3):234-242.
11. Francis GS, Tang WH. Pathophysiology of congestive heart failure. *Rev Cardiovasc Med*. 2003;4(Suppl2):S14-S20.
12. Pinzón-Rocha ML, Aponte-Garzón LH, Galvis-López CR. Perfil de los cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas y calidad de vida, Villavicencio, Meta, 2011. Orinoquia. Universidad de los Llanos, Villavicencio, Meta, Colombia. 2012;16(2):107-117.
13. Lacerda MS, Cirelli MA, Barros AL, Lopes JL. Anxiety, stress, and depression in family members of patients with heart failure. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51: e03211.
14. Roest AM, Martens EJ, Denollet J, de Jonge P. Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac events: a meta-analysis. *Psychosom Med*. 2010;72(6):563-569.
15. Cook WL, Kenny DA. The actor-partner interdependence model: a model of bidirectional effects in developmental studies. *Int J Behav Dev*. 2005;29(2):101-109.
16. Daskalopoulou M, George J, Walters K et al. Depression as a risk factor for the initial presentation of twelve cardiac, cerebrovascular, and peripheral arterial diseases: data linkage study of 1.9 million women and men. *PLoS One*. 2016;11(4):e0153838.
17. Roest AM, Zuidersma M, de Jonge P. Myocardial infarction, and generalised anxiety disorder: 10-year follow-up. *Br J Psychiatry*. 2012;200(4):324-329.
18. Marguerite S, Laurent B, Marine A et al. Actor-partner interdependence analysis in depressed patient-caregiver dyads: Influence of emotional intelligence and coping strategies on anxiety and depression. *Psychiatry Res*. 2017;258:396-401.
19. Chung ML, Moser DK, Lennie TA, Rayens MK. The effects of depressive symptoms and anxiety on quality of life in patients with heart failure and their spouses: testing dyadic dynamics using Actor-Partner Interdependence Model. *J Psychosom Res*. 2009;67(1):29-35.
20. Wan-Fei K, Hassan STS, Sann LM et al. Depression, anxiety, and quality of life in stroke survivors and their family caregivers: A pilot study using an actor/partner interdependence model. *Electron Physician*. 2017; 9(8):4924-4933.
21. Pinzón EA, Carrillo GM. Carga del cuidado y calidad de vida en cuidadores familiares de personas con enfermedad respiratoria crónica. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2016;34(2):193-201.
22. Strömberg A, Liljeroos M, Ågren S et al. Associations among perceived control, depressive symptoms, and well-being in patients with heart failure and their spouses: a dyadic approach. *J Cardiovasc Nurs*. 2021;36(3):198-205.
23. Guimarães JI (coord.). *II Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o Diagnóstico e Tratamento da Insuficiência Cardíaca*. Grupo de Estudos de Insuficiência Cardíaca (GEIC), Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol*. 2002;79(SupplIV):1-30.
24. Larsen AI, Lindal S, Aukrust P et al. Effect of exercise training on skeletal muscle fibre characteristics in men with chronic heart failure. Correlation between skeletal muscle alterations, cytokines and exercise capacity. *Int J Cardiol*. 2002;83(1):25-32.
25. Turner-Bowker D, Hogue SJ. Short Form 12 Health Survey (SF-12). En Michalos AC (ed.), *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Springer, Dordrecht, 2014.
26. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-370.
27. Martín Alfonso L, Bayarre Veá HD, Grau Ábalo JA. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau)

para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Rev Cub Salud Publica*. 2008;34(1).

28. Broadhead WE, Gehlbach SH, de Gruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire. Measurement of social support in family medicine patients. *Med Care*. 1988;26(7):709-723.

29. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56(6):893-897.

30. Upton J. Beck Depression Inventory. En Gellman MD, Turner JR (eds.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Nueva York: Springer, 2013.

31. Robles R, Varela R, Jurado S, Páez F. Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*. 2001;18(2): 211-218.

32. Alpuche Ramírez VJ, Ramos del Río B, Rojas Russell ME, Figueroa López CG. Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y Salud*. 2008;18(2):237-245.

33. Pablo Santiago R, Domínguez Trejo B, Peláez Hernández V, Rincón Salazar S, Orea Tejeda A. Sobrecarga y autoeficiencia percibida en cuidadores primarios in-

formales de pacientes con insuficiencia cardiaca. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2016;9(3):152-158.

34. Rodríguez-Artalejo F, Banegas Banegas JR, Gual-lar-Castillón P. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca. *Rev Esp Cardiol*. 2004;57(2):163-170.

35. De Miguel Díez J, Méndez Bailón M. Comorbilidades en la EPOC. Implicaciones diagnósticas y terapéuticas. *Rev Patol Respir*. 2008;11(Suppl 2):109-116.

36. Dragnich AG, Yee N, Gylys-Coldwell I et al. Sociodemographic characteristics and physical activity in patients with COPD: a 3-month cohort study. *COPD*. 2021;18(3):265-271.

37. Li Q, Lin Y, Xu Y, Zhou H. The impact of depression and anxiety on quality of life in Chinese cancer patient-family caregiver dyads, a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2018;16(1):230.

38. Hu P, Yang Q, Kong L et al. Relationship between the anxiety/depression and care burden of the major caregiver of stroke patients. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(40):e12638.

39. Gureje O. Comorbidity of pain and anxiety disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2008;10(4):318-322.

40. IsHak WW, Wen RY, Naghdechi L et al. Pain and depression: a systematic review. *Harv Rev Psychiatry*. 2018;26(6):352-363.