

# Tamizaje rápido para depresión en pacientes con insuficiencia cardiaca

*Rapid screening for depression in  
patients with heart failure*

YALIANA TAFURT CARDONA \*

<https://orcid.org/0000-0003-1289-2395>

ANDRÉS FELIPE CASADIEGO \*

<http://orcid.org/0000-0003-2983-7632>

SANTIAGO CAMPBELL \*

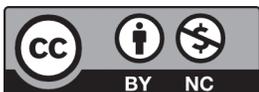
<http://orcid.org/0000-0001-7321-9474>

NELSON HAMID HERMIDA GUTIÉRREZ \*

<http://orcid.org/0000-0002-5127-2159>

Correspondencia: [yalianat@gmail.com](mailto:yalianat@gmail.com)

\* Facultad de Ciencias de la Salud. Fundación Universitaria  
Navarra (Uninavarra). Neiva, Huila (Colombia).



---

## Resumen

**Introducción:** Este estudio identificó síntomas depresivos en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC), mediante la prueba rápida EPD.3PO. **Método:** Estudio observacional descriptivo, de corte transversal, no probabilístico. Un total de 100 pacientes mayores de 18 años, con IC clínicamente estables, sin diagnóstico previo o tratados por depresión que ingresaron a consulta externa en una Clínica de la ciudad de Florencia, Caquetá (Colombia) fueron reclutados para este estudio. Después de la firma voluntaria del consentimiento informado, los pacientes fueron entrevistados para coleccionar variables de tipo sociodemográfico y posteriormente se realizó la prueba rápida EPD.3PO. **Resultados:** Acorde con el resultado de la prueba rápida EPD.3PO, el 64 % de los pacientes contestó afirmativamente a la pregunta ¿si se ha sentido triste o desesperanzado? 38% de los encuestados respondieron positivamente a la pregunta ¿ha presentado pérdida de interés en realizar actividades diarias?, y el 17 % de los pacientes respondió positivamente a la tercera pregunta ¿ha pensado en dejar de vivir? Se considera positiva la prueba ante cualquier respuesta positiva. **Conclusiones:** Los pacientes con insuficiencia cardiaca presentan síntomas depresivos, detectados por prueba de Tamizaje rápido (EPD.3PO), la cual se puede considerar una prueba eficiente y de sensibilidad en esta población.

**Palabras clave:** depresión, insuficiencia cardíaca, cribado.

---

## Abstract

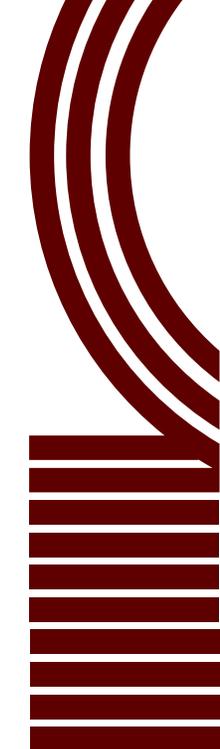
**Introduction:** The present study identified depressive symptoms in patients with heart failure (HF), using the EPD.3PO rapid test. **Method:** A cross sectional descriptive, non-probabilistic observational study. One hundred patients, over 18 years old, with stable heart failure, without depression, where recruited for this study in a clinic in Florencia Caqueta, Colombia. Previous signature a voluntary consent demographic data were taken and the EPD 3PO rapid test was applied to each patient in order to find depressive symptoms in these patients. **Results:** From the EPD 3PO rapid test 64 % of patients answered positively to the question have you felt sad or hopeless?; 38 % answered affirmatively to the question have you presented a loss of interest in carrying out daily activities?, and 17 % to, have you thought about giving up living? Had a positive answer, so the test was positive for majority

---

**Citación/referenciación:** Tafurt, Y., Casadiego, A., Campbell, S. y Hermida, N. (2023). Tamizaje rápido para depresión en pacientes con insuficiencia cardíaca. *Psicología desde el Caribe*, 40(2), 249-263.

Fecha de recepción: 10 de febrero de 2023

Fecha de aceptación: 5 de julio de 2023



of patients who was applied. Conclusions: Patients with heart failure should have undetected depressive symptoms so the EPD 3PO rapid test could be an important screening tool to do an early detection of depression on this type of patient.

**Keywords:** depression, heart failure, screening.

## Introducción

La insuficiencia cardíaca (IC) es una enfermedad progresiva, compleja y debilitante, que disminuye la calidad de vida de los pacientes que la padecen (Bordoni et al., 2018). En Estados Unidos, aproximadamente 6,5 millones de adultos tienen insuficiencia cardíaca, síndrome que incluye falla multiorgánica, con altos costos sanitarios y días de trabajo perdidos (Virani et al., 2020). Diferentes estudios han indicado que hasta el 30 % de los pacientes IC tienen mayor probabilidad de desarrollar depresión y un mayor porcentaje presenta síntomas depresivos (Sbolli et al., 2020), bidireccionalmente asociados con el deterioro de la calidad de vida y al aumento de un mal pronóstico de la enfermedad (Celano et al., 2018; Bichara et al., 2016; Zahid et al., 2018).

La fisiopatología de la depresión y la IC es poco conocida, pero ambas enfermedades comparten varios mecanismos y factores de riesgo, incluida la desregulación de la reactividad plaquetaria, inflamación, función neuroendocrina, arritmias, conductas de alto riesgo, factores sociales y mayores probabilidades de ser hospitalizados o de morir (Sbolli et al., 2020). Según el sistema de Información de Prestaciones de Salud (RIPS), en Colombia la IC genera el 6 % de hospitalizaciones en adultos, con una tasa de mortalidad del 2 % (Niño et al., 2021). Para 2013, la prevalencia de individuos con insuficiencia cardíaca fue estimada en 2.3 % sobre 47 704 472 habitantes, indicando la prevalencia y la incidencia de insuficiencia cardíaca en aumento con la edad (Go et al., 2013; Gómez, 2016).

La aparición de la depresión está asociada al padecimiento crónico de estrés como factor de riesgo de trastornos afectivos (Pérez-Padilla et al., 2017). La IC, junto con la depresión, conlleva a un desgaste emocional a lo largo de la vida, por lo que es necesario adaptaciones sucesivas a situaciones físicas y psicosociales, que pueden generar pérdida progresiva de la autonomía (Lee et al., 2019). Por tal motivo se han desarrollado herramientas de identificación, como los

cuestionarios de evaluación del trastorno depresivo en pacientes con IC, con lo cual se ha logrado características propias independientes de las enfermedades cardiacas, al excluir preguntas relativas a los aspectos físico-somáticos del trastorno depresivo (Hilton et al., 2006).

En el contexto clínico de la IC, es necesario contar con una herramienta de diagnóstico que le permita al médico identificar o sospechar rápidamente la presencia de un episodio depresivo (Álvarez Rocha et al., 2013). La encuesta de pesquisa de depresión (EPD.3PO), mediante 3 preguntas orales está basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV. La primera pregunta indaga sobre el estado de ánimo depresivo; la segunda sobre la anhedonia (pérdida de interés en y aislamiento de toda actividad habitual y placentera), y la tercera presenta doble objetivo, la detección de riesgo suicida (ideación suicida) y, probablemente, detectar el grado de profundidad o de mayor gravedad del trastorno depresivo (González Cáceres y Juvier Riesgo, 2009). La encuesta tiene una alta sensibilidad para detectar pacientes con depresión, por lo cual puede catalogarse como una prueba primaria adecuada (cribado), reconociendo síntomas depresivos en pacientes con IC (Álvarez Rocha et al., 2013).

Esta información es necesaria tanto para instituciones públicas como para entes encargados de planificar políticas de salud mental. Por tal motivo, este estudio se realizó con el objetivo de identificar síntomas depresivos en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica mediante la prueba de detección rápida EPD.3PO en una población de Florencia.

## Métodos

Este estudio observacional descriptivo, de corte transversal, no probabilístico, por conveniencia; se realizó en pacientes con IC clínicamente estables mayores de 18 años, que ingresaron a consulta externa en una Clínica de la ciudad de Florencia. Entre septiembre de 2019 y abril de 2020. La población objeto de estudio fue definida como pacientes con IC que presentaran una fracción de eyección del ventrículo izquierdo reducida (<40 %), en condiciones de aceptar y de entender el método de evaluación, a los cuales se les informó sobre el objetivo del estudio. Los criterios de exclusión fueron pacientes con diagnóstico o con tratamiento para depresión o trastorno mentales, o que su estado de salud no lo permitiera.

El consentimiento informado fue obtenido de cada paciente. Después de la firma voluntaria, según lo dispuesto en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, a los participantes se les aplicó la encuesta de pesquisa de depresión mediante 3 preguntas orales. La EPD-3PO tiene como base los criterios diagnósticos del DSM-IV para el Trastorno Depresivo Mayor (F32.x/ICD-10: 296.2x), así como del Trastorno Distímico (F34.1/ICD-10: 300.4); estos criterios no fueron modificados para el actual DSM-V. La primera pregunta indaga sobre el estado de ánimo depresivo, y la segunda sobre la anhedonia (pérdida de interés y aislamiento de toda actividad habitual y placentera). El trastorno psiquiátrico que más se relaciona con el suicidio es el trastorno depresivo mayor. La tercera pregunta presenta doble objetivo: la detección de riesgo suicida (ideación suicida) y, probablemente, detectar el grado de profundidad o de mayor gravedad del trastorno depresivo; para lo cual se necesita realizar estudios específicos posteriores con la EPD-3PO, la cual presenta una sensibilidad del 97,1 % y una especificidad del 60,7 %. En la cual se calcula un coeficiente falso positivo del 39,3 % y un coeficiente falso negativo de 2,9 %. El valor predictivo positivo de la prueba es de 52 %, mientras que el valor predictivo negativo es del 98 % (Álvarez Rocha et al., 2013)

De acuerdo con los principios bioéticos establecidos en la Declaración de Helsinki (WMA - *The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*), las encuestas fueron codificadas con el fin de proteger la confidencialidad de los participantes. El análisis estadístico se realizó mediante el programa R-Commander. Se tomaron en cuenta variables sociodemográficas y la encuesta de pesquisa de depresión. Las variables continuas fueron expresadas en media y desviación estándar, y las discretas en frecuencias y proporciones. Adicionalmente, se realizó la comparación de proporciones mediante la prueba de chi-cuadrado ( $\chi^2$ ).

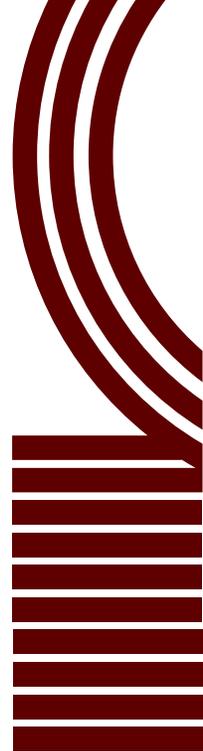
## Resultados

Un total de 100 pacientes con insuficiencia cardíaca fueron incluidos en el estudio. La tabla I indica las características sociodemográficas de la población. La edad promedio de la población fue de  $70.64 \pm 10.035$ . El 48 % de los pacientes se encontraban entre los 60 a 74 años (adulto mayor), procedentes del área urbana en un 92 %. El 52 % de los pacientes fueron hombres, con un estrato social bajo (40 %); el 39 % de los pacientes reportó un nivel educativo bajo ( $\leq$  primaria). En cuanto al estado civil, el 52 % de los pacientes indicó estar casados.

■ **Tabla 1.** Caracterización sociodemográfica de la población estudio

CARACTERÍSTICAS	POBLACIÓN N (%)
Total 100	(100%)
Edad Media + DS	70.64 ± 10.035
Adulto (35-59 años)	17 (17)
Adulto Mayor (60-74 años)	48 (48)
Anciano (75-84 años)	28 (28)
Longevos (≥85 años)	7 (7)
Procedencia	
Urbano	92 (92)
Rural	8 (8)
Sexo	
Hombre	52 (52)
Mujer	48 (48)
Estrato social	
Bajo-bajo	16 (16)
Bajo	40 (40)
Medio-bajo	35 (35)
Medio	7 (7)
Medio-alto	2 (2)
Alto	0 (0)
Nivel educativo	
Sin estudio	23 (23)
Primaria	39 (39)
Secundaria	24 (24)
Técnico	9 (9)
Pregrado	5 (5)
Posgrado	0 (0)
Estado civil	
Soltero	17 (17)
Casado	52 (52)
Viudo	28 (28)
Divorciado	3 (3)

En la tabla 2 se puede observar los resultados de la encuesta de pesquisa de depresión mediante 3 preguntas orales. Un 64 % de la población registró que en

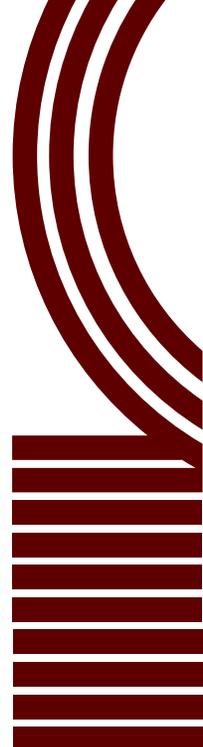


algún momento se ha sentido triste o desesperanzado; un 38 % registró pérdida de interés en realizar las actividades diarias, y un 17 % registró que ha pensado en dejar de vivir. La prueba se considera positiva ante cualquier respuesta positiva de al menos una pregunta. Por lo tanto, el 73 % de la población encuestada presenta al menos una respuesta positiva para síntomas depresivos.

■ **Tabla 2.** Tabla de hallazgos de depresión según la encuesta de pesquisa de depresión mediante 3 preguntas orales

DATOS DE LA ENCUESTA EPD.3PO	
Sensación de estar triste o desesperanzado	Población N (%)
Sí	64 (64)
No	36 (36)
<b>Pérdida de interés</b>	Población (%)
Sí	38 (38)
No	62 (62)
Pensar en dejar de vivir	Población (%)
Sí	17 (17)
No	83 (83)
<b>Depresión</b>	Población (%)
Sí	73 (73)
No	27 (27)

Como se indica en la tabla 3, la población estudio fue discriminada de acuerdo según la encuesta de pesquisa EPD.3PO. Se puede observar que el 44 % los adultos mayores presenta síntomas depresivos, sin discriminar entre hombres y mujeres. Un 90 % de la población que respondió afirmativamente una de las preguntas del tamizaje pertenece a estratos sociales medio-bajo, bajo y bajo-bajo. De este mismo grupo, el 83 % tiene un nivel de escolaridad de máximo bachillerato.



■ **Tabla 3.** Distribución de la población con y sin síntomas de depresión, según la encuesta de pesquisa EPD.3PO

Características	Síntomas De Depresión Sí (%)	Síntomas De Depresión No (%)	P
TOTAL	73 (73)	27 (27)	N.A
EDAD (GRUPO ETARIO)			
Adulto (35-59 años)	12 (16)	5 (18)	0.343a
Adulto mayor (60-74 años)	32 (44)	16 (59)	
Anciano (75-84 años)	24 (33)	4 (15)	
Longevos (≥85 años)	5 (7)	2 (8)	
SEXO			
Masculino	37 (51)	15 (56)	0.665a
Femenino	36 (49)	12 (44)	
PROCEDENCIA			
Urbana	69 (95)	23 (85)	0.127a
Rural	4 (5)	4 (15)	
ESTRATO SOCIAL			
Bajo-bajo	13 (18)	3 (11)	0.526a
Bajo	26 (36)	14 (52)	
Medio-bajo	26 (36)	9 (33)	
Medio	6 (7)	1 (4)	
Medio-alto	2 (3)	0 (0)	
Alto	0 (0)	0 (0)	
NIVEL EDUCATIVO			
Sin estudio	17 (23)	6 (22)	0.804a
Primaria	27 (37)	12 (44)	
Secundaria	17 (23)	7 (26)	
Técnico	8 (11)	1 (4)	
Pregrado	4 (6)	1 (4)	
Posgrado	0 (0)	0 (0)	
ESTADO CIVIL			
Soltero	9 (12)	8 (30)	0.123a
Casado	38 (52)	14 (52)	
Viudo	23 (32)	5 (18)	
Divorciado	3 (4)	0 (0)	

DS = Desviación estándar; P: probabilidad.

aPrueba de chi-cuadrado para la comparación de proporciones.

La tabla 4 fue discriminada de acuerdo con el resultado de síntomas de depresión en la tabla 2. Se observan las preguntas de la encuesta de pesquisa de depresión con respecto al resultado. Para la primera pregunta (*sensación de estar triste o desesperado*), el 73 % fueron positivos para depresión, registrando diferencias significativas con los que no presentaron depresión ( $p=0.003$ ). Para la segunda pregunta (*pérdida de interés y aislamiento de toda actividad habitual y placentera*), un 44 % respondió que SÍ, indicando diferencias significativas con el grupo que no presentó depresión ( $p=0.048$ ). Para la tercera pregunta (*pensar en dejar de vivir*), 16 % de los pacientes respondió que SÍ. Debido a la metodología utilizada, son positivas para síntomas de depresión.

■ **Tabla 4.** Encuesta de pesquisa de depresión mediante 3 preguntas orales vs resultado de depresión

PREGUNTAS	DEPRESIÓN SÍ N (%)	DEPRESIÓN NO N (%)	P
TOTAL	73 (73)	27 (27)	N.A
SENSACIÓN DE ESTAR TRISTE O DESESPERADO			
SÍ	53 (73)	11 (41)	0.003a
No	20 (27)	16 (59)	
PÉRDIDA DE INTERÉS			
SÍ	32 (44)	6 (22)	0.048a
No	41 (56)	21 (78)	
PENSAR EN DEJAR DE VIVIR			
SÍ	12 (16)	5 (18)	0.806a
No	61 (84)	22 (82)	

P: probabilidad; aPrueba de chi-cuadrado para la comparación de proporciones.

## Discusión

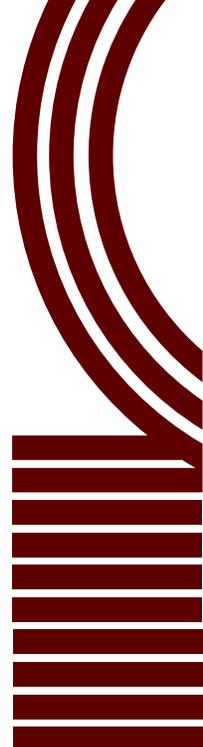
Diferentes estudios han sugerido que las enfermedades psiquiátricas como la depresión es frecuente en pacientes con IC; estos trastornos conducen a resultados negativos en salud, que empeoran su calidad de vida (Celano et al., 2018). Este estudio determinó que un 73 % de la población objeto de estudio presenta síntomas depresivos, porcentaje alto y superior a los promedios descritos (25 -50 %) (Gnanasekaran, 2011).

El trastorno depresivo es un problema de primer orden en la atención integral del paciente con IC; de ahí que un tamizaje sencillo y rápido, como la encuesta aplicada, que no diagnostica pero que permite la detección de los casos probables, es un buen identificador en nuestro medio en cuanto a detección precoz, y, por ende, evitar que se agrave la condición depresiva en los pacientes; así, evitar que se incremente la intensidad de los síntomas, número de episodios depresivos que pueden conllevar a un desenlace fatal, como el suicidio (Álvarez Rocha et al., 2013).

El fenómeno depresivo predominó en pacientes procedentes de la zona urbana. Esto puede estar asociado a la creciente urbanización, debido a lo cual, cada vez más personas están expuestas a factores de riesgo que se originan en el entorno urbano social, como la pobreza o físico como el ruido del tráfico, lo que incrementa los niveles de estrés, asociado negativamente con la salud mental y el bienestar (Rapp et al., 2015). Las ciudades, por el estrés que generan, pueden presentar casi un 40 % más riesgo de depresión, 20 % más de ansiedad y doble riesgo de esquizofrenia, además de soledad y aislamiento, en comparación con el área rural (Gruebner et al., 2017).

Diferentes estudios han indicado que la depresión es más frecuente en el sexo femenino, especialmente en la etapa media de la vida, por lo cual las mujeres pueden presentar un riesgo dos veces mayor que los hombres (Harkness et al., 2010). Sin embargo, en este estudio no se encontró diferencias significativas. Aunque ambos grupos tienen en común una misma enfermedad de base (IC), es probable que la predisposición de padecer trastornos depresivos estén asociados a factores biológicos y psicosociales que influyen de manera diferente en hombres que en mujeres (Muñiz Prechac et al., 2013).

Los síntomas depresivos también fueron más prevalentes en los estratos sociales bajo-bajo, bajo y medio bajo, con un 65 %, al igual que los pacientes sin formación educativa o con nivel de escolaridad primario. Estudios realizados en Colombia han encontrado una estrecha relación entre los problemas de pobreza y el desarrollo de la depresión, asociados al bajo poder adquisitivo (Posada, 2013; Gómez-Restrepo et al., 2016). De igual forma, se ha indicado que la escolaridad se relaciona negativamente con trastornos en general o con sintomatología depresiva (Ortiz-Hernández et al., 2007; García-Martínez et al., 2019). La pobreza, como determinante social genera una carga adicional para quienes ya tienen una condición de salud física, y por ende, el compromiso afectivo suele



contribuir a la ya disminuida capacidad laboral en los pacientes con IC, lo cual impacta negativamente el pronóstico y la mejoría de esta población (Knaul et al., 2016).

La encuesta de pesquisa de depresión en el contexto clínico se convierte en una herramienta útil que permite al médico de atención primaria o al cardiólogo sospechar de manera rápida la presencia de un estado depresivo que requiera derivación a un especialista (Álvarez Rocha et al., 2013). En nuestro estudio, el 73 % de los pacientes que presentaron depresión, fue asociado a la pregunta ha “tenido la sensación de estar triste o desesperanzado”, esto puede deberse a que los pacientes conocen las complicaciones asociadas a su enfermedad y la menor esperanza de vida (Davis et al., 2000). Un estudio realizado por Jiang et al. (2001), en pacientes hospitalizados con IC que presentaron depresión mayor, indicó que tenían el doble de probabilidades de morir o ser rehospitalizados en 1 año. Otros estudios indicaron que los pacientes con IC presentan mayor gravedad de síntomas depresivos asociado al deterioro de calidad de vida, limitaciones físicas laborales y, por lo tanto, reducción de sus ingresos económicos (Murberg y Furze, 2004; Sherwood et al., 2007).

Por otro lado, la necesidad de depender del consumo de medicamentos para mantener su salud genera agotamiento y cambios del estado de ánimo en los pacientes; además, psicológicamente afecta el desempeño sexual, lo cual trae consigo inconvenientes en la vida de pareja, al igual que genera ansiedad y temor de presentar un evento súbito (Guallar-Castillón et al., 2006).

Finalmente, para detectar la depresión, es indispensable evaluar variables que eviten la confusión de síntomas y signos propios de la enfermedad con el estado depresivo. No obstante, el uso de la encuesta de pesquisa de depresión mediante 3 preguntas orales nos ayuda a identificar en los pacientes con IC, sospecha de trastorno depresivo, puesto que esta relacionada con resultados clínicos adversos (Sherwood et al., 2007).

## Conclusiones

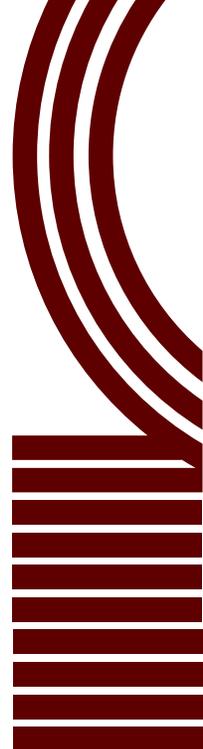
La encuesta rápida EPD<sub>3</sub>PO detectó una alta frecuencia de depresión en la población estudio, en la ciudad de Florencia. La identificación de depresión en estos pacientes es algo fundamental, puesto que permite mejorar el enfoque diagnóstico y puede fortalecer la prestación y gestión de servicios de salud individuales y colectivos, así como su articulación con servicios sociosanitarios

para la prevención, control, intervención y atención integral de esta enfermedad, incrementando las tasas de adherencia al tratamiento, disminuyendo las hospitalizaciones y, por ende, tasas de mortalidad. Finalmente, la encuesta de pesquisa de depresión es una excelente prueba por su sencillez y rapidez en detectar probables casos de depresión; por lo tanto, es recomendable su aplicación para la detección temprana y toma de conductas pertinentes. Sugerimos que todo paciente que resulte positivo en la encuesta EPO-3 sea sometido a intervención diagnóstica, con el fin de realizar el debido seguimiento y determinar presencia o ausencia de síntomas depresivos mayores.

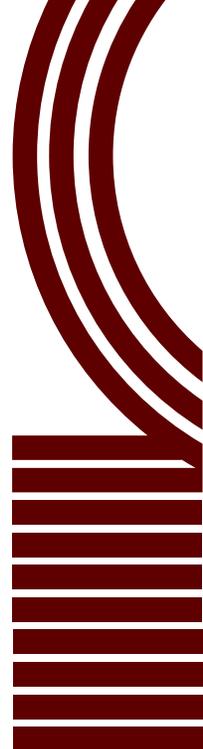
## Referencias

- Álvarez Rocha, P., Muñoz Prechac, P., Silveira, A., Silvera Pérez, G. y Ormaechea Gorriochos, G. (2013). Utilidad de una encuesta rápida para pesquisa de depresión (EPD.3PO) en una cohorte de pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. *Insuficiencia cardíaca*, 8(4), 165-170.
- Bichara, V. M., Santillán, J., de Rosa, R. y Estofan, L. (2016). Depresión en insuficiencia cardíaca crónica: Causa o consecuencia. *Insuficiencia cardíaca*, 11(4), 173-200.
- Bordoni, B., Marelli, F., Morabito, B. y Sacconi, B. (2018). Depression and anxiety in patients with chronic heart failure. *Future Cardiology*, 14(2), 115-119. <https://doi.org/10.2217/fca-2017-0073>.
- Calvo-Gómez, J. M. y Jaramillo-González, L. E. (2015). Detection of major depressive disorder in primary care patients. A review. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(3), 471-482.
- Celano, C. M., Villegas, A. C., Albanese, A. M., Gaggin, H. K. y Huffman, J. C. (2018). Depression and Anxiety in Heart Failure: A Review. *Harvard Review of Psychiatry*, 26(4), 175-184. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000162>
- Davis, R. C., Hobbs, F. D. y Lip, G. Y. (2000). ABC of heart failure. History and epidemiology. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 320(7226), 39-42. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7226.39>
- García-Martínez, D., Osuna-Sánchez, J., Pérez-Belmonte, L. M., & de Teresa-Galván, E. (2019). Enfermedad cardiovascular y nivel educacional en España, periodo 2005-2014: Análisis por comunidades/ciudades autónomas. *REC: CardioClinics*, 54(1), 53-55. <https://doi.org/10.1016/j.rccl.2019.01.011>.
- Gnanasekaran, G. (2011). Epidemiology of depression in heart failure. *Heart Failure Clinics*, 7(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.hfc.2010.08.002>.
- Go, A. S., Mozaffarian, D., Roger, V. L., Benjamin, E. J., Berry, J. D., Borden, W. B., Bravata, D. M., Dai, S., Ford, E. S., Fox, C. S., Franco, S., Fullerton, H. J., Gillespie, C., Hailpern, S. M., Heit, J. A., Howard, V. J., Huffman, M. D., Kissela, B. M., Kittner, S. J., American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. (2013). Heart disease and stroke statistics--2013

- update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 127(1), e6-e245. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31828124ad>.
- Gómez, E. (2016). Capítulo 2. Introducción, epidemiología de la falla cardiaca e historia de las clínicas de falla cardiaca en Colombia. *Revista Colombiana de Cardiología*, 23, 6-12. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2016.01.004>.
- Gómez-Restrepo, C., de Santacruz, C., Rodríguez, M. N., Rodríguez, V., Tamayo Martínez, N., Matallana, D. y Gonzalez, L. M. (2016). Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo del estudio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45, 2-8. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.04.007>.
- González Cáceres, JA., Juvier Riesgo, T. (2009). Pesquisa de depresión en atención primaria mediante tres preguntas orales. *Psiquiatría. Com.* 13(1).
- Gruebner, O., A. Rapp, M., Adli, M., Kluge, U., Galea, S. y Heinz, A. (2017). Cities and Mental Health. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(8), 121-127. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0121>.
- Guallar-Castillón, P., del Mar Magariños-Losada, M., Montoto-Otero, C., Tabuenca, A. I., Rodríguez-Pascual, C., Olcoz-Chiva, M., Conde-Herrera, M., Carreño, C., Conthe, P., Martínez-Morentín, E., Banegas, J. R. y Rodríguez-Artalejo, F. (2006). Prevalencia de depresión, y factores biomédicos y psicosociales asociados, en ancianos hospitalizados con insuficiencia cardiaca en España. *Revista Española de Cardiología*, 59(8), 770-778. <https://doi.org/10.1157/13091880>.
- Harkness, K. L., Alavi, N., Monroe, S. M., Slavich, G. M., Gotlib, I. H. y Bagby, R. M. (2010). Gender differences in life events prior to onset of major depressive disorder: The moderating effect of age. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 791-803. <https://doi.org/10.1037/a0020629>.
- Hilton, T. M., Parker, G., McDonald, S., Heruc, G. A., Olley, A., Brotchie, H., Friend, C. y Walsh, W. F. (2006). A validation study of two brief measures of depression in the cardiac population: The DMI-10 and DMI-18. *Psychosomatics*, 47(2), 129-135. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.47.2.129>.
- Jiang, W., Alexander, J., Christopher, E., Kuchibhatla, M., Gaulden, L. H., Cuffe, M. S., Blazing, M. A., Davenport, C., Califf, R. M., Krishnan, R. R. y O'Connor, C. M. (2001). Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. *Archives of Internal Medicine*, 161(15), 1849-1856. <https://doi.org/10.1001/archinte.161.15.1849>.
- Knaul, F. M., Arreola-Ornelas, H. y Méndez-Carniado, O. (2016). [Financial protection in health: Updates for Mexico to 2014]. *Salud Publica de Mexico*, 58(3), 341-350. <https://doi.org/10.21149/spm.v58i3.7886>.
- Lee, J. K., Won, M. H. y Son, Y.-J. (2019). Combined Influence of Depression and Physical Frailty on Cognitive Impairment in Patients with Heart Failure. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(1), 66. <https://doi.org/10.3390/ijerph16010066>.
- Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.pdf>.



- Muñiz Prechac, P., Álvarez Rocha, P., Silveira, A., Ormaechea, G. y Silvera Pérez, G. (2013). Prevalencia de depresión en la cohorte de pacientes de una unidad de insuficiencia cardíaca crónica. *Revista Médica del Uruguay*, 29(3), 174-180.
- Murberg, T. A. y Furze, G. (2004). Depressive symptoms and mortality in patients with congestive heart failure: A six-year follow-up study. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 10(12), CR643-648.
- Niño, M. B., Pinzon, C. H., Barrera, D. M., Mendivelso, F. y Barrera, C. A. (2021). Perfil psicosocial de pacientes atendidos en una unidad de insuficiencia cardíaca y trasplante cardíaco. *Meridiano - Revista Colombiana de Salud Mental*, 1, 1-28.
- Ortiz-Hernández, L., López-Moreno, S. y Borges, G. (2007). Desigualdad socioeconómica y salud mental: Revisión de la literatura latinoamericana. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 1255-1272. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600002>.
- Pérez-Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortes, J. C. y Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *REVISTA BIOMÉDICA*, 28(2), Article 2. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>.
- Posada, J. A. (2013). Mental health in Colombia. *Biomédica*, 33(4), 497-498. <https://doi.org/10.7705/biomedica.2214>.
- Rapp, M. A., Kluge, U., Penka, S., Vardar, A., Aichberger, M. C., Mundt, A. P., Schouler-Ocak, M., Mösko, M., Butler, J., Meyer-Lindenberg, A. y Heinz, A. (2015). When local poverty is more important than your income: Mental health in minorities in inner cities. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14(2), 249-250. <https://doi.org/10.1002/wps.20221>.
- Rueda, G., Diaz, L.A., López, M.T. y Campos, A. (2009). Validación de una versión abreviada de la Escala para Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en adultos colombianos. *Revista colombiana de psiquiatria*, 38 (3), 513-521.
- Sbolli, M., Fiuzat, M., Cani, D. y O'Connor, C. M. (2020). Depression and heart failure: The lonely comorbidity. *European Journal of Heart Failure*, 22(11), 2007-2017. <https://doi.org/10.1002/ehjhf.1865>
- Sherwood, A., Blumenthal, J. A., Trivedi, R., Johnson, K. S., O'Connor, C. M., Adams, K. F., Dupree, C. S., Waugh, R. A., Bensimhon, D. R., Gaulden, L., Christenson, R. H., Koch, G. G. y Hinderliter, A. L. (2007). Relationship of depression to death or hospitalization in patients with heart failure. *Archives of Internal Medicine*, 167(4), 367-373. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.4.367>.
- Virani, S. S., Alonso, A., Benjamin, E. J., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., Carson, A. P., Chamberlain, A. M., Chang, A. R., Cheng, S., Delling, F. N., Djousse, L., Elkind, M. S. V., Ferguson, J. F., Fornage, M., Khan, S. S., Kissela, B. M., Knutson, K. L., Kwan, T. W., Lackland, D. T. American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. (2020). Heart Disease and Stroke Statistics-2020 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, 141(9), e139-e596. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000757>.



WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (s. f.). <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.

Zahid, I., Baig, M. A., Ahmed Gilani, J., Waseem, N., Ather, S., Farooq, A. S., Ghouri, A., Siddiqui, S. N., Kumar, R., Sahil, null, Suman, null, Kumar, R., Kumar, R., Mulla, A. A., Siddiqi, R. y Fatima, K. (2018). Frequency and predictors of depression in congestive heart failure. *Indian Heart Journal*, 70 (3), S199-S203. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2018.10.410>.