

Intervención psicológica a distancia para el tratamiento de la depresión en insuficiencia cardiaca

Remote psychological intervention for the treatment of depression heart failure

Carlos Silva-Ruz^{1*}, Emmanuel A. Ruiz-Acacio², Claudia Pineda-Flores² y Edgar Landa-Ramírez^{3,2}

¹Servicio de Hospitalización, Departamento de Cardiología Adultos, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez; ²Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México; ³Programa de Psicología Urgencias, Hospital General Dr. Manuel Gea González. Ciudad de México, México

Resumen

Las enfermedades cardiovasculares y la depresión se consideran problemas de salud pública, la depresión es un factor de riesgo para pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) por sus implicaciones clínicas. El objetivo de este estudio fue describir dos modalidades de intervenciones psicoterapéuticas en el abordaje de la depresión en pacientes con IC. **Métodos de búsqueda:** Se realizaron búsquedas en las bases especializadas MEDLINE, PubMed, PsycINFO, Web of Science, CINAHL y Cochrane Library de 2010 a 2020. **Criterios de selección:** Se seleccionaron los artículos por título y resumen, publicados en los últimos 10 años, escritos en castellano o inglés y se eliminaron los registros repetidos. **Obtención de los datos:** Tres autores recopilaron la información de los estudios que se documentan. **Resultados principales:** Se incluyeron 4 estudios clínicos con 911 pacientes, se realizaron en 4 países en los últimos 10 años y se implementaron diferentes métodos de intervenciones digitales y visitas domiciliarias, los efectos de estos tratamientos han sido estadísticamente significativos para reducir los puntajes de depresión autoinformada en pacientes con IC que recibieron la intervención psicoterapéutica en alguna de estas modalidades a comparación de aquellos pacientes que solo recibieron un tratamiento estándar. **Conclusiones:** Debido al número limitado de estudios y de los diferentes métodos de intervención no se identifica un tratamiento estándar de la depresión en IC en estos formatos de atención, por lo que se recomienda más investigación en este campo de estudio.

Palabras clave: Insuficiencia cardiaca. Depresión. Intervenciones psicoterapéuticas.

Abstract

Cardiovascular disease and depression are considered public health problems, depression is a risk factor for patients with heart failure (HF) for its clinical implications. The objective of this study was to describe two modalities of psychotherapeutic interventions in the approach to depression in patients with HF. **Search methods:** We searched the specialized databases MEDLINE, PubMed, PsycINFO, Web of Science, CINAHL and Cochrane Library from 2010 to 2020. **Selection criteria.** Articles were selected by title and abstract., published in the last 10 years, written in Spanish or English and repeated registrations were deleted. **Obtaining the data:** Three authors collected information from the studies being documented. **Main results:** We included 4 clinical studies with 911 patients, were conducted in 4 countries in the last 10 years and implemented different methods of digital interventions and home visits, the effects of these treatments have been statistically significant to reduce self-reported depression

Correspondencia:

*Carlos Silva-Ruz
E-mail: carlosruz382@gmail.com

Fecha de recepción: 06-08-2021
Fecha de aceptación: 13-12-2021
DOI: 10.24875/ACM.21000248

Disponible en internet: 29-03-2022
Arch Cardiol Mex. 2022;92(4):502-512
www.archivoscardiologia.com

1405-9940 / © 2021 Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

scores in patients with HF who received psychotherapeutic intervention in any of these modalities compared to those patients who only received a treatment. **Conclusions:** Due to the limited number of studies and different methods of intervention, a standard treatment of HF depression in these care formats is not identified, so more research in this field of study is recommended.

Keywords: Heart failure. Depression. Psychotherapeutic interventions.

Introducción

La depresión es un problema del estado de ánimo en donde el individuo experimenta de manera frecuente tristeza, falta de interés o placer durante al menos las últimas dos semanas. A lo anterior se agregan síntomas físicos (problemas de sueño, pérdida o ganancia de peso, fatiga, movilidad reducida), así como sentimientos de inutilidad o de culpa, falta de confianza en uno mismo y en algunos casos ideación recurrente de muerte o suicidio. Todo lo anterior repercute de manera importante en diversas áreas del funcionamiento humano e impacta de manera negativa en la calidad de vida de las personas¹. Los problemas de depresión son frecuentes en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC), se calcula que entre un 19 y 21.5% de dichos pacientes pueden presentar sintomatología depresiva o pueden ser diagnosticados con un trastorno depresivo mayor^{2,3}. De igual forma, se ha documentado que es el principal factor de riesgo para desarrollar implicaciones clínicas, ya que provoca una disminución en la conductas de autocuidado, en las actividades físicas, actividades placenteras, adherencia a la medicación y se incrementan conductas de riesgo como el consumo de tabaco e ingesta de alcohol²; también son más propensos a sufrir de síntomas de depresión cuando padecen de una alta carga de síntomas físicos⁴, lo cual disminuye su calidad de vida e incrementa el riesgo de hospitalización y mortalidad⁴⁻¹⁰.

En cuanto a su abordaje, el grupo de trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología recomienda una intervención farmacológica para el tratamiento de la depresión en paciente con IC¹¹. De igual forma, a partir de estudios recientes se ha reportado que disminuyen los puntajes de depresión de manera significativa cuando se utiliza la terapia cognitivo-conductual (TCC) para abordar la depresión en esta población^{12,13}. Sin embargo, debido a la limitada evidencia, no se puede hablar aún de los efectos de la combinación de farmacoterapia y psicoterapia para abordar la depresión en pacientes con IC².

En el caso de la terapia psicológica, las recomendaciones hasta ahora dadas provienen primordialmente de estudios que evaluaron la eficacia de las intervenciones en modalidades convencionales de

psicoterapia, usualmente se dio el tratamiento de manera cara a cara dentro de consultorios, clínicas u hospitales especializados^{12,13}. Lo anterior puede acarrear algunas limitaciones importantes para generalizar o aplicar dichas intervenciones, debido a que existen pacientes con deterioro físico o económico asociados a la enfermedad, que no pueden trasladarse a los centros de atención especializados a recibir esta intervención¹⁴⁻¹⁶. De igual forma, las condiciones de movilidad asociadas a la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) han restringido mucho la posibilidad de recibir atención convencional dentro de los hospitales o centros de salud¹⁶.

En los últimos años se han desarrollado investigaciones y guías para proporcionar intervenciones que no recurran a la modalidad convencional de la psicoterapia; existen así las intervenciones domiciliarias, en donde el equipo de salud se traslada al domicilio del usuario, para poder poner en contacto al paciente y familiar con los contenidos de la psicoterapia¹⁷. De igual forma, existen las intervenciones digitales, que recurren a la tecnología digital como el internet para promover contenidos psicoterapéuticos o las intervenciones en las cuales se proporciona la psicoterapia por medio de teléfonos, teleconferencia o correo electrónico^{18,19}.

Las modalidades de intervención psicoterapéuticas previamente descritas podrían ser una alternativa viable para abordar los problemas de depresión en pacientes con IC. El objetivo de este estudio fue el de describir dos modalidades de intervenciones psicoterapéuticas (intervenciones domiciliarias e intervenciones digitales) en el abordaje de la depresión en pacientes con IC.

Para conseguir dicho objetivo se realizó una revisión narrativa, mediante la cual se puede documentar y sintetizar los avances científicos en diversos temas, agrupar una colección de estudios sobre una línea de investigación publicados hasta el momento describiendo sus diversas metodologías y resultados, la revisión narrativa resulta un medio particularmente útil cuando el desarrollo de investigación en el área de interés es limitado y no es posible el desarrollo de revisiones sistemáticas y metaanálisis²⁰. Para esta revisión se utilizaron las bases de búsqueda MEDLINE, PsycINFO (por medio de Ovid), Web of Science (por medio de

Clarivate), CINAHL (por medio de EBSCO Host) y Cochrane Library. La búsqueda se realizó en el periodo de octubre a noviembre de 2020 y se combinaron términos pertinentes para cada uno de los conceptos; por ejemplo: *Heart failure, Psychotherapy, Digital intervention, Telepsychology, Home care, Depression*. Con base en dicha información se presentan los estudios más relevantes.

Modalidades de intervención

Después de seleccionar los artículos por título y resumen que describían específicamente intervenciones psicoterapéuticas, estudios publicados en los últimos 10 años, escritos en castellano o inglés y eliminar los registros repetidos, se identificaron cuatro estudios (Tabla 1), de los cuales dos son ensayos controlados y aleatorizados (ECA), un estudio piloto y uno cuasiexperimental, estos se agrupan en visitas domiciliarias e intervenciones digitales.

Visitas domiciliarias

El primer ECA que se identificó fue de 2013²¹ y se realizó en Inglaterra; su objetivo fue evaluar el efecto de la tele salud sobre la calidad de vida relacionada con la salud, la ansiedad y síntomas de depresión. Se incluyeron 759 participantes (464 hombres y 295 mujeres) con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes o IC, con una media de 70 años, la intervención consistió en una sesión informativa en casa de los participantes, así como la instalación de aparatos de medición de signos (presión sanguínea, pulso cardiaco, peso corporal y nivel de azúcar en sangre), psicoeducación y atención médica especializada por teléfono en comparación de la atención habitual. Los hallazgos indicaron que no se observaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables de estudio en las dos condiciones experimentales.

Un segundo ECA de 2014²² se llevó a cabo en EE.UU. con el objetivo de evaluar el efecto de la intervención sobre enfermedades crónicas como la IC y EPOC en comorbilidad con depresión. En este estudio se incluyeron 94 participantes (33 hombres y 61 mujeres) con diagnóstico de IC o EPOC, con promedio de edad de 80 años; la intervención consistió en un programa de monitoreo de síntomas asociados a la enfermedad, uso de medicamento, psicoeducación, estrategias de resolución de problemas relacionados con su padecimiento crónico y activación conductual

(grupo experimental = 48) en comparación con un programa de terapia física y nutrición, más psicoeducación, que incluía información sobre el progreso de la enfermedad, adherencia al tratamiento farmacológico, la importancia del registro diario del peso corporal y la relevancia de abandonar el hábito de fumar (grupo control = 46). Los resultados en el grupo experimental demostraron una reducción del 50% en los puntajes de depresión y una mejoría significativa en la habilidad de solución de problemas y autoeficacia, además reportaron que las enfermeras brindaron a la intervención una sensación de seguridad acompañada de bienestar emocional y un mayor conocimiento sobre su enfermedad, en contraste con los participantes del grupo control, quienes no reportaron estas mejorías.

Intervenciones digitales

En el formato de intervenciones digitales se identificó un estudio con diseño cuasiexperimental, se desarrolló en Corea del sur en 2018²³ con el propósito de examinar los efectos de un programa de apoyo telefónico sobre el comportamiento de autocuidado, el índice biológico de la función cardiaca y la depresión. Participaron 38 pacientes (23 hombres y 15 mujeres) de 60 a 75 años, los pacientes en el grupo experimental (n = 18) recibieron un programa de autocuidado vía telefónica de cinco sesiones, la primera fue educación presencial durante 30 minutos en casa del participante y las otras cuatro vía telefónica, con una duración de 15 a 30 minutos; la intervención se estructuró de psicoeducación sobre IC, habilidades de autocuidado (medicación, dieta), relajación, control de consumo de tabaco, alcohol y actividad física, el grupo control (n = 20) no recibió intervención, aquellos pacientes que recibieron la intervención experimental mostraron un incremento en las puntuaciones del comportamiento de autocuidado y disminuyeron sus puntuaciones de depresión de manera estadísticamente significativa en comparación con el grupo control.

Un segundo ECA piloto del 2016²⁴ en Suecia tuvo el propósito de evaluar el efecto de un programa web de TCC de nueva semana sobre los síntomas depresivos, ansiedad, calidad de vida y los factores asociados con el cambio en los síntomas depresivos. Se reclutaron 50 pacientes (29 hombres y 21 mujeres) con diagnóstico de IC con una clasificación de la *New York Heart Association* (NYHA) I, II, III y IV, y con una media de edad de 62 años. La intervención se articuló en un programa de TCC mediante una plataforma web sin terapeuta (n = 21) en comparación con un foro de

Tabla 1. Intervenciones psicoterapéuticas digitales y visitas domiciliarias

Estudio	País/año	Diseño	Muestra	Intervención	Intervención de comparación	Desenlace	Estrategias de evaluación	Periodo de seguimiento	Resultados	Limitaciones
Cartwright et al., 2013 ²¹	Inglaterra /2013	ECA	Experimental = 431 Control = 328	Telesalud (monitoreo de signos vitales y síntomas; más psicoeducación sobre temas de salud y enfermedad)	Atención habitual por parte de la institución de salud	Calidad de vida - Ansiedad - Depresión	Calidad de vida (SF-12, EQ-5D) - Ansiedad (STAI) - Síntomas depresivos (CESD-10)	4 y 12 meses	Los resultados de depresión (telesalud): TE: - 0.02, IC 95%: -0.16 a 0.12; habitual: TE: -0.08, IC 95%: -0.20 a 0.05)	Grupos de participantes no homogéneos; medición genérica de calidad de vida, y los participantes asignados a la telesalud no recibieron tratamientos equivalentes en todos los centros
Gellis et al., 2014 ²²	EE.UU. /2014	ECA	Experimental = 48 Control = 46	Telesalud (telemonitoreo diario de síntomas, peso corporal y uso de medicamentos más ocho con entrenamiento en solución de problemas para la depresión y comunicación médico-paciente)	Atención habitual domiciliar más psicoeducación	- Depresión - Salud integral del paciente - Solución de problemas	- Depresión de Hamilton (HAM-D) y PHQ-9 - Encuesta de salud física (SF-12) - Inventario de resolución de problemas (SPSI-R)	3, 6 meses	Hubo mejoras significativas en todas las variables del grupo experimental en comparación con el grupo control Específicamente en depresión: a 3 meses (experimental X: 7.4, control X: 13.6, p= 0.01) 6 meses (experimental X: 7.9, control X: 14.1, p = 0.05)	No se examinó la influencia de los antidepresivos en los resultados
Moon et al., 2018 ²³	Corea /2018	Cuasixperimental (muestreo por conveniencia)	Experimental = 18 Control = 20	Programa de autocuidado, se realizó una sesión de psicoeducación presencial y 4 sesiones de psicoeducación vía telefónica	Sin intervención	- Comportamiento de autocuidado - Índice funcional cardíaco - Depresión	- <i>The European Heart Failure Self-care Behavior</i> (EHFSCB-9) - Inmunoensayo de electroquinolaminiscencia - Depresión (CES-D)	5 semanas	Aumentaron las conductas de autocuidado (t: 8.22, p < 0.001), mejoró la funcionalidad cardíaca, (t: 2.24, p = 0.032) y disminuyó los síntomas depresivos (t: 3.49, p= 0.001)	El pequeño tamaño de la muestra, la intervención breve y medidas de autoinforme puede que hayan debilitado los resultados

(continúa)

Tabla 1. Intervenciones psicoterapéuticas digitales y visitas domiciliarias (continuación)

Estudio	País/año	Diseño	Muestra	Intervención	Intervención de comparación	Diseñace	Estrategias de evaluación	Periodo de seguimiento	Resultados	Limitaciones
Lundgren et al., 2016 ²⁴	Suecia/2016	Estudio piloto de ECA	Experimental = 25 Control = 25	Programa de 9 semanas con terapia cognitivo-conductual basada en la web	Foro de discusión de 9 semanas vía web, en el cual se proponía un tema, sin preámbulo	<ul style="list-style-type: none"> - Depresión - Ansiedad - Calidad de vida 	<ul style="list-style-type: none"> - Síntomas de depresión (PHQ-9) - Síntomas de ansiedad Cuestionario de Ansiedad Cardiaca (CAQ) - Calidad de vida (MLHF)	9 semanas	Grupo experimental disminución de síntomas (\bar{X} : 10.8, DE: 5.7 vs. \bar{X} : 8.6, DE: 4.6; t (24): 2.6, p = 0.02, d de Cohen: 0.43) con mantenimiento de síntomas en el grupo control (\bar{X} : 10.6, DE: 5.0 vs. \bar{X} : 9.8, DE: 4.3 t (24) : 0.93, p = 0.36, d de Cohen: 0.18)	Efecto de suelo, edad media menor en comparación con la población en general, reclutamiento de pacientes con acceso a internet, sesgo de autoinformes e imputación de datos faltantes

ECA: ensayo controlado y aleatorizado; \bar{X} : media; DE: desviación estándar; TE: tamaño del efecto; IC 95%: intervalo de confianza del 95%.

discusión web sobre temas relacionados con la IC (n = 20), no se reportaron diferencias estadísticamente significativas entre las condiciones experimentales en el tratamiento de la sintomatología depresiva y la calidad de vida; en un análisis secundario que consistía en comparar los niveles de sintomatología depresiva intragrupo antes y después de la intervención en las dos condiciones experimentales se reportó una reducción significativa de síntomas depresivos en aquellos pacientes que recibieron la intervención web sobre TCC, mientras que en el grupo control no se registraron cambios antes y después de la intervención.

Otro tipo de intervenciones

Mediante la búsqueda de artículos también se identificaron siete estudios que no son intervenciones psicoterapéuticas y que se han aplicado por otros profesionales de la salud en pacientes con IC en formato de atención domiciliaria y telesalud (Tabla 2), en estas intervenciones también evaluaron el efecto sobre la depresión²⁵⁻³¹, por ello la relevancia de documentarlas, de estos estudios cuatro²⁸⁻³¹ reportaron que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las condiciones experimentales y el periodo de seguimiento, mientras que solo tres estudios describen una reducción significativa en los síntomas de depresión y a continuación se detallan brevemente: el primer estudio se llevó a cabo en Hokkaido, Japón²⁷, en 2013 con el propósito de determinar los efectos del tratamiento domiciliario en el estado psicológico de los pacientes con IC. Participaron 161 pacientes (124 hombres y 37 mujeres) con diagnóstico de IC en clasificación NYHA I y II, con un promedio de edad de 76 años. En el estudio se documenta el efecto de una intervención (grupo experimental = 79) en el que se realizaron visitas domiciliarias por profesionales de enfermería con el objetivo de monitorear el estado de salud, adherencia a la medicación, cambios en el estilo de vida, actividad física y necesidad de apoyo social, en comparación con solo tratamiento farmacológico (grupo control = 82), los resultados indicaron una reducción significativa en los puntajes de ansiedad y depresión en los participantes asignados en el grupo experimental.

El siguiente estudio ECA, de 2015²⁶, se realizó en China y su objetivo fue examinar la eficacia de brindar educación sanitaria mediante un folleto durante la admisión hospitalaria sobre la adherencia a la medicación, calidad de vida relacionada con la salud y el estado psicológico de los pacientes. Se reclutaron 160 participantes (105 hombres y 55 mujeres) con

Tabla 2. Intervenciones no psicoterapéuticas digitales y visitas domiciliarias

Estudio	País/año	Diseño	Muestra	Intervención	Intervención de comparación	Desenlace	Estrategias de evaluación	Periodo de seguimiento	Resultados	Limitaciones
Jiang et al., 2020 ²⁵	República de Singapur /2020	Preexperimental	9 participantes	Psicoeducación para el autocuidado. Entrevista motivacional impartida por enfermeras: una sesión cara a cara y 3 visitas domiciliarias quincenales y una aplicación para teléfono inteligente	Sin grupo	<ul style="list-style-type: none"> Calidad de vida relacionada con la salud Ansidad Depresión 	<ul style="list-style-type: none"> Escala de autoeficacia cardiaca (CSES) Cuestionario Minnesota <i>Living with Heart Failure</i> (SCHFI) Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) Cuestionario de apoyo social (SSQ6) 	6 semanas	<p>CSES (control de síntomas). LB: \bar{X}: 2.30, DE: 1.07; POST: \bar{X}: 3.71, DE: 0.71; $p = 0.025$</p> <p>SCHFI de mantenimiento. LB: \bar{X}: 38.14, DE: 21.35; POST: \bar{X}: 68.51, DE: 13.34; $p = 0.015^*$</p> <p>SCHFI de confianza. LB: \bar{X}: 40.77, DE: 21.89; POST: \bar{X}: 80.93, DE: 20.26; $p = 0.007^*$</p> <p>HADS total. LB: \bar{X}: 15.78, DE: 12.27; POST: \bar{X}: 4.22, DE: 3.67; $p = 0.028^*$</p>	<p>Sin grupo de comparación</p> <p>Un solo seguimiento a los 6 meses</p> <p>Los resultados pueden ser afectados por sesgo test-retest</p>
Yu et al., 2015 ²⁶	China /2015	ECA	Experimental = 70 Control = 66	Folleto de educación para la salud y seguimientos telefónicos sobre adherencia a la medicación, calidad de vida relacionada con la salud y estado psicológico proporcionado por personal médico y enfermeras	Atención habitual	<ul style="list-style-type: none"> Calidad de vida relacionada con la salud Ansidad Depresión 	<ul style="list-style-type: none"> Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky (MMAS) Cuestionario de Minnesota Living with Heart Failure (MLHFQ) Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) 	3 meses	<p>MMAS. Experimental: \bar{X}: 6.6, DE: 1.7; control: \bar{X}: 5, DE: 2.0; $p < 0.05$</p> <p>MLHFQ. Experimental: GEE: -0.37 (IC: -0.49 a -0.26); $p < 0.001$; control: GEE: -0.50 (IC: -0.66 a -0.35); $p < 0.001$; $p < 0.05$</p> <p>HADS. Experimental: \bar{X}: 6.7, DE: 3.5; control: \bar{X}: 8.9, DE: 4.5); $p < 0.05$</p>	<p>La mayoría eran hombres. No hubo cegamiento de la asignación</p>

(continúa)

Tabla 2. Intervenciones no psicoterapéuticas digitales y visitas domiciliarias (continuación)

Estudio	Pais/año	Diseño	Muestra	Intervención	Intervención de comparación	Desenlace	Estrategias de evaluación	Periodo de seguimiento	Resultados	Limitaciones
Peng et al., 2018 ²⁹	China /2018	ECA	Experimental = 49 Control = 49	Telesalud (un folleto impreso, entrenamiento sobre ejercicios físicos y 32 sesiones de entrenamiento con ejercicios físicos)	Atención habitual	– Calidad de vida – Ansiedad – Depresión	Cuestionario de Minnesota <i>Living with Heart Failure</i> (MLHFQ) Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)	4 meses	Hubo mejorías en calidad de vida a lo largo de las tres mediciones (F: 8.272, p = 0.005; F: 50.05, p = 0.000 y F: 79.73, p = 0.000). No hubo diferencias significativas en depresión y ansiedad	Falta de representatividad de la muestra. Cortos periodos de evaluación
Tsuchihashi-Makaya et al., 2013 ²⁷	Japón /2013	ECA	Experimental = 79 Control = 82	Atención domiciliar por parte de enfermeras cada dos semanas y llamadas al finalizar. adherencia a la medicación, modificación del estilo de vida, actividad diaria y necesidades de apoyo social	Tratamiento habitual sin seguimientos	– Calidad de vida relacionada con la salud – Ansiedad – Depresión – Riesgo de hospitalizaciones	– Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) – Calidad de vida: <i>Short Form-8</i> (SF-8)	12 meses	Anova de medidas repetidas. HADS: disminución de ansiedad y depresión en grupo experimental (p = 0.043 y p = 0.029). SF-8: aumento en grupo experimental (p = 0.001) Menor hospitalización en el grupo experimental (RR: 0.52, IC 95%: 0.27–0.96, p = 0.037)	Aplicarse solo en tres hospitales, lo que limita la generalidad. No se midió la adherencia al tratamiento médico
Bakitas et al., 2020 ³¹	EE.UU. /2020	ECA	Experimental = 208 Control = 207	Telesalud (consulta médica en cuidados paliativos y 6 sesiones enfocadas en temas de autocuidado en pacientes paliativos)	Atención habitual (atención médica ambulatoria y proporción de información mediante materiales impresos)	– Calidad de vida – Ansiedad – Depresión	– Cuestionario de cardiomiopatía de Kansas City (KCCQ) – Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)	Recolección de datos cada 8 semanas durante 48 semanas	En calidad de vida hubo una pequeña mejora 3.9 (1.3) puntos en el grupo de intervención y 2.3 (1.2) puntos en el grupo de atención habitual (d: 0.07 [IC 95%: –0.09 a 0.24]). Hubo pequeñas diferencias en ansiedad (d: –0.02 [IC 95%: –0.20 a 0.16] y depresión (d: –0.09 [IC 95%: –0.24 a 0.06])	Alta deserción de los participantes

(continúa)

Tabla 2. Intervenciones no psicoterapéuticas digitales y visitas domiciliarias (*continuación*)

Estudio	País/año	Diseño	Muestra	Intervención	Intervención de comparación	Desenlace	Estrategias de evaluación	Periodo de seguimiento	Resultados	Limitaciones
Varon et al., 2015 ²⁸	Reino Unido /2015	ECA	Experimental = 306 Control = 105	Telesalud (plataforma que proporciona educación sobre monitoreo de síntomas, educación sobre medicación, dieta y ejercicio)	Telesalud (plataforma que proporciona educación sobre monitoreo de síntomas)	<ul style="list-style-type: none"> Calidad de vida Autocuidado Ansiedad Depresión 	<ul style="list-style-type: none"> Reporte de autocuidado europeo de la insuficiencia cardiaca (EHFScBS) Escala de calidad de vida EQ-5D14 Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) 	42 días	No se encontraron diferencias significativas en ninguna variable entre las dos modalidades de intervención ni en los dos momentos de evaluación ($p > 0.05$, considerando IC 95%)	No hubo monitoreo de los medicamentos ni de las dosis, la corta duración del estudio y diferencias en el número de participantes en cada grupo de intervención
Pekmezaris et al., 2019 ³⁰	EE.UU. /2019	ECA	Experimental = 46 Control = 58	Telesalud (monitoreo de signos vitales diarios y visitas semanales de telesalud entre el paciente y el personal de enfermería)	Atención ambulatoria estándar (monitoreo de adherencia a medicamentos y síntomas)	<ul style="list-style-type: none"> Calidad de vida Ansiedad Depresión 	<ul style="list-style-type: none"> Cuestionario de Minnesota Living with Heart Failure (MLHFQ) Ansiedad y depresión, Cuestionario de Salud del Paciente-4 (PHQ-4) 	90 días	No se encontraron mejoras en calidad de vida en ambos grupos (62.7 para grupo experimental vs. comparación 59.9 y 36.3 experimental frente a 27.8 para control a los 90 días ($p = 0.50$). Los síntomas de ansiedad mejoraron para ambos grupos, la mejora mayor fue en el grupo control (50% experimental a 57% control línea base, y 28 vs. 13% control a los 90 días, $p = 0.05$)	Se dificultó medir la eficacia del tratamiento en telesalud debido a los costos que implicaba

*: Resultado estadísticamente significativo;

LB: línea base; X: media; DE: desviación estándar; POST: posevaluación; GEE: modelo de ecuación de estimación generalizada; IC: intervalo de confianza; RR: razón de riesgo; ECA: ensayo controlado aleatorizado; ANOVA: análisis de varianza.

diagnóstico de IC y una media de 59 años, los participantes de la condición experimental (n = 70) recibieron la atención habitual durante la admisión hospitalaria más el folleto de educación sanitaria y seguimiento telefónico en comparación con el grupo control (n = 66), quienes solo recibieron la atención habitual que consistía en: breves introducciones de la enfermedad y el entorno hospitalario, educación breve sobre el alta hospitalaria, monitoreo de la medicación y una cita para seguimiento ambulatorio, los resultados del estudio reportaron un incremento en el apego a la medicación, mejoría de la calidad de vida y una reducción de sintomatología ansiosa y depresiva en el grupo experimental.

Finalmente el tercer estudio se implementó en Singapur en 2020²⁵, con el objetivo de evaluar su efectividad para incrementar el comportamiento de autocuidado entre pacientes con IC. Participaron 10 pacientes (9 hombres y 1 mujer) con IC crónica, con una media de 69 años, los participantes recibieron visitas domiciliarias con el objetivo de monitorear el autocuidado más la integración de una aplicación móvil que contenía información sobre IC, monitoreo de signos y síntomas, programación de visitas domiciliarias, toma del medicamento y ejercicio; se utilizó un diseño preexperimental sin grupo de comparación, se identificó una mejoría en el autocuidado y una disminución de los síntomas de ansiedad y depresión.

Consideraciones finales

El objetivo de este estudio fue documentar intervenciones psicoterapéuticas en dos formatos de atención, visitas domiciliarias e intervenciones digitales. Dichos estudios incluyeron pacientes con IC, en su mayoría con una edad mayor de 50 años en NYHA I, II, III y IV. Para el tratamiento de la depresión de los cuatro estudios que existen, solo uno reporta que no hubo un efecto en el tratamiento de la depresión²¹ y tres intervenciones²²⁻²⁴ documentan una reducción en los puntajes de depresión al concluir la intervención, estos programas incluyeron alguno de los componentes de la TCC, como psicoeducación de la IC, solución de problemas, activación conductual y manejo de pensamientos disfuncionales, componentes que también han incluido otras intervenciones en IC en atención presencial y que han documentado efectos similares³²⁻³⁴. El número de estudios identificados es contrastante en comparación con el nivel de documentación de los efectos clínicos favorables en el tratamiento a distancia de la depresión, ansiedad y

conductas de riesgo en otros padecimientos del corazón como enfermedades coronarias e isquémicas³⁵⁻⁴² y esto puede deberse a que son dos padecimientos con alta incidencia y de igual relevancia clínica, padecimientos en los que se ha impulsado mayor investigación clínica; el número de estudios identificados en esta revisión narrativa deja en evidencia la carencia que existe en el desarrollo de estudios clínicos con formatos de atención domiciliaria y digital en IC.

En cuanto a las intervenciones no psicoterapéuticas²⁵⁻³¹, estos estudios intervienen sobre la depresión como un desenlace secundario y se centran en atender problemas de autocuidado y mejorar la calidad de vida del paciente, por lo anterior se puede considerar que los componentes de estas intervenciones pudieran tener un efecto clínico indirecto sobre la depresión, ya que algunos componentes que articulan estas intervenciones, como las educación sobre la IC al paciente y la activación física, se han empleado como parte del tratamiento de la depresión en IC con resultados favorables^{32,33}, se recomienda una mayor documentación de los efectos y cambios clínicos en este tipo de estudios.

En esta revisión narrativa de la literatura científica se identificó un reducido número de intervenciones psicoterapéuticas en formato digital y visitas domiciliarias, estudios diseñados para el tratamiento de la depresión en pacientes con IC y que son distintos en su metodología de aplicación, debido al número limitado de investigaciones no es posible identificar una tendencia en los hallazgos y concluir si este tipo de intervenciones son efectivas o no para tratar la depresión en IC. El número de estudios es escaso, por ello es relevante centrarse en el desarrollo de este tipo de intervenciones y con ello acumular una sólida evidencia de su eficacia y efectividad, por medio de metodologías con mayor rigurosidad clínica como ECA o estudios de caso único (n = 1)⁴³, más la incorporación de tecnologías viables y de libre acceso para los pacientes y familiares.

Las diferentes herramientas que se emplearon para administrar las intervenciones representan una innovación y opciones de cómo aplicar estos programas de atención, gracias a la introducción de las nuevas tecnologías en el ámbito de la salud; actualmente la implementación de intervenciones psicológicas digitales está siendo más utilizada⁴⁴ y este tipo de tratamiento presenta varias ventajas, entre las que se encuentran la eficiencia y el ahorro económico⁴⁵.

Se recomienda diseñar intervenciones con base en el entendimiento de la disfunción psicológica que ocasiona la depresión en el paciente con IC, identificar la morfología de la conducta y las relaciones funcionales que explican el origen y mantenimiento del malestar emocional en cada paciente⁴⁶. Intervenciones que atiendan las necesidades individuales e incorporen diferentes métodos de evaluación de una condición como la depresión más allá de solo inventarios que registran únicamente la conducta verbal, estas herramientas pueden ser registros conductuales, registro de síntomas o signos vitales, como se describe en dos de los estudios psicoterapéuticos^{20,21}.

Las limitaciones que podría tener esta revisión narrativa son la falta de una metodología de búsqueda con mayor estructura, análisis de sesgos y resultados como en los estudios de revisiones sistemáticas con o sin metaanálisis⁴⁷; sin embargo, la virtud de este estudio radica en que representa uno de los primeros intentos por proporcionar una documentación de las intervenciones psicoterapéuticas que actualmente existen en la atención domiciliaria o digital en IC.

Finalmente la aplicación de estas intervenciones con buenas metodologías en conjunto con tecnologías adecuadas podría ayudar a identificar y documentar de manera confiable los cambios clínicos que se producen a raíz de dichas intervenciones y con ello su eficacia para el tratamiento de la depresión. Se recomienda continuar con investigación de intervenciones en IC que incluyan los componentes (activación conductual, activación física, solución de problemas y manejo de creencias disfuncionales) que hasta el momento han demostrado efecto en la reducción de los puntajes de depresión, estas intervenciones también podrían ayudar a prevenir complicaciones como una mala adherencia al tratamiento farmacológico, identificar riesgos de una descompensación y prevenir con ello hospitalizaciones en aquellos pacientes que no pueden acudir a los centros especializados en atención de la IC.

Agradecimientos

Agradecemos el apoyo recibido por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACyT; mediante el otorgamiento de la beca con número de apoyo: 728960/ becario: 919658 para estudios de doctorado se ha podido efectuar la presente investigación. También al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez por las facilidades para realizar esta investigación.

Financiamiento

El presente estudio se llevó a cabo con el apoyo de la beca nacional para estudios de posgrado número: 728960 del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) con número de currículum vitae único (CVU) 919658.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener 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

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Celano CM, Villegas AC, Albanese AM, Gaggin HK, Huffman JC. Depression and anxiety in heart failure: A review. *Harv Rev Psychiatry*. 2018;26(4):175-84.
3. 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.
4. Graven LJ, Grant JS, Vance DE, Pryor ER, Grubbs L, Karioth S, et al. Predicting depressive symptoms and self-care in patients with heart failure. *Am J Heal Behav*. 2015;39(1):77-87.
5. Graven LJ, Martorella G, Gordon G, Grant Keltner JS, Higgins MK. Predictors of depression in outpatients with heart failure: An observational study. *Int J Nurs Stud*. 2017;69:57-65.
6. Aburuz ME. Anxiety and depression predicted quality of life among patients with heart failure. *J Multidiscip Healthc*. 2018;11:367-73.
7. Aggelopoulou Z, Fotos NV, Chatziefstratiou AA, Giakoumidakis K, Eleftheriotis I, Brokalaki H. The level of anxiety, depression and quality of life among patients with heart failure in Greece. *Appl Nurs Res*. 2017;34:52-6.
8. Chialà O, Vellone E, Klompstra L, Ortali GA, Strömberg A, Jaarsma T. Relationships between exercise capacity and anxiety, depression, and cognition in patients with heart failure. *Hear Lung*. 2018;47(5):465-70.
9. Sokoreli I, de Vries JJG, Pauws SC, Steyerberg EW. Depression and anxiety as predictors of mortality among heart failure patients: systematic review and meta-analysis. *Heart Fail Rev*. 2016;21(1):49-63.
10. Ramos S, Prata J, Bettencourt P, Gonçalves FR, Coelho R. Depression predicts mortality and hospitalization in heart failure: A six-years follow-up study. *J Affect Disord*. 2016;201:162-70.
11. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2016;37(27):2129-200.
12. 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.
13. Peng Y, Fang J, Huang W, Qin S. Efficacy of cognitive behavioral therapy for heart failure. *Int Heart J*. 2019;60(3):665-70.

14. Mohr DC, Ho J, Duffecy J, Reifler D, Sokol L, Burns MN, et al. Effect of telephone-administered vs. face-to-face cognitive behavioral therapy on adherence to therapy and depression outcomes among primary care patients: A randomized trial. *JAMA*. 2012;307(21):2278-85.
15. Mohr DC, Hart SL, Howard I, Julian L, Vella L, Catledge C, et al. Barriers to psychotherapy among depressed and nondepressed primary care patients. *Ann Behav Med*. 2006;32(3):254-8.
16. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang YT, Liu Z, Hu S, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):e17-8.
17. Heron N, Kee F, Donnelly M, Cardwell C, Tully MA, Cupples ME. Behaviour change techniques in home-based cardiac rehabilitation: A systematic review. *Br J Gen Pract*. 2016;66(651):e747-57.
18. Banbury A, Nancarrow S, Dart J, Gray L, Parkinson L. Telehealth interventions delivering home-based support group videoconferencing: Systematic review. *J Med Internet Res*. 2018;20(2).
19. Psychologists JTF for the D of TG for, These. Guidelines for the practice of telepsychology. *Am Psychol*. 2013;68(9):791-800.
20. Siddaway AP, Wood AM, Hedges LV. How to do a systematic review: A best practice guide for conducting and reporting narrative reviews, meta-analyses, and meta-syntheses. *Annu Rev Psychol*. 2018;70(1):747-70.
21. Cartwright M, Hirani SP, Rixon L, Beynon M, Doll H, Bower P, et al. Effect of telehealth on quality of life and psychological outcomes over 12 months (Whole Systems Demonstrator telehealth questionnaire study): Nested study of patient reported outcomes in a pragmatic, cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2013;346(7897):1-20.
22. Gellis ZD, Kenaley BL, Have TT. Integrated telehealth care for chronic illness and depression in geriatric home care patients: The integrated telehealth education and activation of mood (I-TEAM) study. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(5):889-95.
23. Moon MK, Yim JE, Jeon MY. The effect of a telephone-based self-management program led by nurses on self-care behavior, biological index for cardiac function, and depression in ambulatory heart failure patients. *Asian Nurs Res*. 2018;12(4):251-7.
24. Lundgren JG, Dahlström Ö, Andersson G, Jaarsma T, Köhler AK, 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):1-13.
25. Jiang Y, Shorey S, Nguyen HD, Wu VX, Lee CY, Yang LF, et al. The development and pilot study of a nurse-led HOME-based HEart failure self-Management Programme (the HOM-HEMP) for patients with chronic heart failure, following Medical Research Council guidelines. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2020;19(3):212-22.
26. Yu M, Chair SY, Chan CWH, Choi KC. A health education booklet and telephone follow-ups can improve medication adherence, health-related quality of life, and psychological status of patients with heart failure. *Hear Lung J Acute Crit Care*. 2015;44(5):400-7.
27. Tsuchihashi-Makaya M, Matsuo H, Kakinoki S, Takechi S, Kinugawa S, Tsutsui H. Home-based disease management program to improve psychological status in patients with heart failure in Japan. *Circ J*. 2013;77(4):926-33.
28. Varon C, Alao M, Minter J, Stapleton M, Thomson S, Jaecques S, et al. Telehealth on heart failure: results of the Recap project. *J Telemed Telecare*. 2015;21(6):340-7.
29. Peng X, Su Y, Hu Z, Sun X, Li X, Dolansky MA, et al. Home-based telehealth exercise training program in Chinese patients with heart failure: A randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(35):e12069.
30. Pekmezaris R, Nouryan CN, Schwartz R, Castillo S, Makaryus AN, Ahern D, et al. A randomized controlled trial comparing telehealth self-management to standard outpatient management in underserved Black and Hispanic patients living with heart failure. *Telemed J E Health*. 2019;25(10):917-25.
31. Bakitas MA, Dionne-Odom JN, Ejem DB, Wells R, Azuero A, Stockdill ML, et al. Effect of an early palliative care telehealth intervention vs. usual care on patients with heart failure: The ENABLE CHF-PC randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2020;180(9):1203-13.
32. 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.
33. Freedland KE, Carney RM, Rich MW, Brian C, Rubin EH. Cognitive behavior therapy for depression and self-care in heart failure patients: A randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2016;175(11):1773-82.
34. Dekker RL, Moser DK, Peden AR, Lennie TA. Cognitive therapy improves three-month outcomes in hospitalized patients with heart failure. *J Card Fail*. 2008;23(1):1-7.
35. Wallin E, Norlund F, Olsson EMG, Burell G, Held C, Carlsson T. Treatment activity, user satisfaction, and experienced usability of internet-based cognitive behavioral therapy for adults with depression and anxiety after a myocardial infarction: Mixed-methods study. *J Med Internet Res*. 2018;20(3).
36. O'Neil A, Taylor B, Sanderson K, Cyril S, Chan B, Hawkes AL, et al. Efficacy and feasibility of a tele-health intervention for acute coronary syndrome patients with depression: Results of the "MoodCare" randomized controlled trial. *Ann Behav Med*. 2014;48(2):163-74.
37. Duan YP, Liang W, Guo L, Wienert J, Si GY, Lippke S. Evaluation of a web-based intervention for multiple health behavior changes in patients with coronary heart disease in home-based rehabilitation: Pilot randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2018;20(11).
38. Norlund F, Wallin E, Olsson EMG, Wallert J, Burell G, von Essen L, et al. Internet-based cognitive behavioral therapy for symptoms of depression and anxiety among patients with a recent myocardial infarction: The u-care heart randomized Controlled trial. *J Med Internet Res*. 2018;20(3).
39. Kokcu OD, Kaya H. The effect of web-based training on anxiety and depression levels in myocardial infarction patients. *Int J Caring Sci*. 2019;12(3):1372-9.
40. Chung LJ, Tsai PS, Liu BY, Chou KR, Lin WH, Shyu YK, et al. Home-based deep breathing for depression in patients with coronary heart disease: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2010;47(11):1346-53.
41. Oneil A, Taylor B, Hare DL, Sanderson K, Cyril S, Venugopal K, et al. Long-term efficacy of a tele-health intervention for acute coronary syndrome patients with depression: 12-month results of the MoodCare randomized controlled trial. *Eur J Prev Cardiol*. 2015;22(9):1111-20.
42. Dale LP, Whittaker R, Jiang Y, Stewart R, Rolleston A, Maddison R. Text message and internet support for coronary heart disease self-management: Results from the text4heart randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2015;17(10):1-12.
43. Tate RL, Perdices M, Rosenkoetter U, Shadish W, Vohra S, Barlow DH, et al. The Single-Case Reporting Guideline in BEhavioural Interventions (SCRIBE) 2016 Statement. *Remedial Spec Educ*. 2016;37(6):370-80.
44. Soto-Pérez F, Franco M, Monardes C, Jiménez F. Internet y psicología clínica: Revisión de las ciber-terapias. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2010;15(1):19-37.
45. Plata LAF, López GC, Baca XD, Gómez AR. Psicoterapia vía Internet: Aplicación de un programa de intervención cognitivo-conductual para pacientes con depresión. *Psicol Iberoam*. 2014;22(1):7-15.
46. Sánchez-Sosa, J.J. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: La interfaz, intervención-investigación en Psicología de la Salud. En: G. Rodríguez y M. Rojas (Dirs.). *La Psicología de la salud en América Latina*. México: M. A. Porrúa. Pp. 33-44.
47. Urrútia G, Bonfill X. PRISMA declaration: A proposal to improve the publication of systematic reviews and meta-analyses. *Med Clin (Barc)*. 2010;135(11):507-11.