

Síntomas depresivos somáticos y cognitivo-afectivos entre pacientes con enfermedad cardíaca: diferencias por sexo y edad

Carina Aparecida Marosti Dessotte¹
Fernanda Souza Silva²
Rejane Kiyomi Furuya³
Marcia Aparecida Ciol⁴
Jeanne Marie Hoffman⁴
Rosana Aparecida Spadoti Dantas⁵

Objetivo: este estudio investigó la asociación de síntomas somáticos y cognitivo-afectivos con el sexo y la edad en pacientes hospitalizados con enfermedad cardíaca. **Método:** este estudio fue un análisis secundario de dos estudios observacionales anteriores, totalizando 531 pacientes con enfermedad cardíaca, internados de 2005 a 2011, en dos hospitales públicos en Ribeirão Preto, estado de São Paulo, Brasil. Los síntomas somáticos y cognitivo-afectivos fueron evaluados utilizándose las subescalas del Inventario Beck de Depresión - I (IBD-I). **Resultados:** de los 531 participantes, 62,7% era del sexo masculino, con promedio de edad de 57,3 años (DE= 13,0) para los hombres y 56,2 años (DE = 12,1) para el sexo femenino. El análisis de variancia mostró un efecto del sexo ($p < 0,001$ para síntomas somáticos y $p = 0,005$ para los síntomas cognitivo-afectivos), pero ningún efecto de la edad. Las mujeres presentaron valores medios más altos que los hombres en ambas subescalas IBD-I: 7,1 (4,5) vs. 5,4 (4,3) para los síntomas somáticos, y 8,3 (7,9) vs. 6,7 (7,2) para los síntomas cognitivo-afectivos. No fueron encontradas diferencias por edad para síntomas somáticos ($p = 0,84$) o síntomas cognitivo-afectivos ($p = 0,84$). **Conclusión:** las mujeres internadas con enfermedad cardíaca tenían más síntomas somáticos y cognitivo-afectivos que los hombres. No fue encontrada asociación de los síntomas somáticos y cognitivo-afectivos con la edad. Investigaciones futuras de esos pacientes podrían revelar si esas diferencias por sexo continúan durante todo el proceso de rehabilitación.

Descriptor: Depresión; Enfermedades Cardiovasculares; Sexo.

¹ PhD, Professor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² Estudiante de doctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Becado de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

³ Estudiante de postdoctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Becado de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil.

⁴ PhD, Profesor Asociado, Department of Rehabilitation Medicine, School of Medicine, University of Washington, Seattle, WA, Estados Unidos.

⁵ PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Correspondencia:

Carina Aparecida Marosti Dessotte
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Av. Bandeirantes, 3900
Bairro: Monte Alegre
CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: camarosti@usp.br

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

Cardiomiopatías son la principal causa de morbilidad y mortalidad en el mundo⁽¹⁾. A pesar de avances significativos en el tratamiento y control de cardiomiopatías, todavía representan un problema de salud altamente relevante en el mundo de hoy. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la mortalidad global debido a las cardiomiopatías aumentará de 17,1 millones en 2004 para 23,4 millones en 2030, con un aumento relativo mayor en países de baja y media renta⁽¹⁾. Aspectos emocionales en personas con cardiomiopatía han sido estudiadas, incluyendo estudios de depresión en pacientes en Brasil⁽²⁻³⁾ y en otros países⁽⁴⁻⁵⁾.

Síntomas de depresión están presentes en una a cada cinco personas con enfermedad arterial coronaria (EAC) y en una a cada tres personas con insuficiencia cardíaca congestiva (ICC). Sin embargo, la mayoría de estos casos no es reconocida o tratada adecuadamente. La depresión es considerada un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, y también un predictor de peores resultados entre las personas con miocardiopatía establecida⁽⁶⁾.

Edad y sexo son dos factores que han sido estudiados como moderadores de síntomas de depresión en personas con cardiomiopatía. Las mujeres tienden a tener una probabilidad dos a tres veces mayor de ser diagnosticadas con trastorno depresivo mayor (TDM) que los hombres⁽⁷⁾ y presentan valores más altos que los hombres en medidas de auto-relato de síntomas de depresión^(2,8). Con relación a la edad, estudios han mostrado que hay una mayor prevalencia de síntomas de depresión entre los adultos entre 35 a 50 años de edad, con una disminución en la prevalencia para 65 años de edad o más^(2,7,9-10).

Los investigadores también indicaron diferencias entre hombres y mujeres con TDM respecto a la percepción de síntomas depresivos, medido con el Inventario Beck de Depresión (IBD-I y IBD-II)^(8,11). Las mujeres tendieron a mostrar mayor frecuencia de síntomas de depresión que los hombres, y también mayores tasas de trastornos de ansiedad y síntomas somáticos, tales como fatiga, disturbios del sueño y falta de apetito⁽¹²⁾. Entre los pacientes con cardiomiopatía, especialmente aquellos con EAC, la presencia de ansiedad ha sido observada en diversos estudios⁽¹²⁻¹³⁾. Ante la frecuencia de relatos de depresión, y también otros síntomas asociados con cardiomiopatía, es relevante determinar si existen diferencias entre hombres y mujeres cuando

se examina los síntomas específicos asociados a la depresión.

A pesar de las investigaciones sobre depresión y cardiomiopatía, poco ha sido examinado sobre si existen diferencias en la presencia o ausencia de síntomas depresivos específicos en esta población. Específicamente, no fueron encontrados estudios que investigaran el papel del sexo y de la edad en la presencia de síntomas somáticos y cognitivo-afectivos entre personas con cardiomiopatía. La finalidad de este estudio fue investigar la asociación de síntomas somáticos y cognitivo-afectivos con el sexo y la edad entre pacientes hospitalizados con enfermedad cardíaca en dos hospitales públicos en el estado de São Paulo, Brasil. Ante la investigación anterior, hipotetizamos que las mujeres relatarían más síntomas en cada grupo de síntomas que los hombres y que los más viejos relatarían niveles superiores de cada síntoma que los más jóvenes. Los resultados ayudarán a los médicos a comprender el perfil de síntomas somáticos y cognitivo-afectivos de pacientes con cardiomiopatía establecida, forneciendo informaciones que puedan ser utilizadas en su tratamiento y cuidados, y que puedan ayudar en la rehabilitación mental y psicosocial de los pacientes.

Métodos

Configuración y diseño del estudio

Este estudio es un análisis secundario de los datos de dos estudios de observación, que será descrito a seguir.

Recolección de datos e instrumentos

Los datos de este estudio salieron de dos estudios anteriores involucrando pacientes hospitalizados con enfermedad cardíaca en dos hospitales públicos en el estado de São Paulo, Brasil, y que llenaron el Inventario Beck de Depresión - I (IBD-I).

El primer estudio fue desarrollado para adaptar culturalmente y evaluar las propiedades psicométricas del cuestionario de sentido de coherencia de Antonovsky a la lengua Portuguesa⁽¹⁴⁾. Los datos fueron recolectados a partir de un único hospital universitario que atiende a personas a través del sistema público de salud en Brasil. Los individuos podrían ser incluidos en el estudio si tuvieran un diagnóstico de enfermedad cardíaca confirmado por pruebas clínicas, de laboratorio o radiológicas, sin condiciones psiquiátricas (tales como

demencia, depresión clínica o esquizofrenia), y que fueran hospitalizados para fines de diagnóstico o terapéuticos, debido a cardiomiopatías, para diagnóstico tanto en la primera como en las demás hospitalizaciones repetidas. Los datos para ese estudio fueron recolectados en dos fases: de 2005 a 2007 (203 participantes) y de 2010 a 2011 (100 participantes).

El segundo estudio fue desarrollado para estudiar la asociación entre síntomas depresivos y edad y sexo, en personas con síndrome coronario agudo (incluyendo isquemia miocárdica aguda y angina inestable), hospitalizadas para su primer evento cardíaco⁽²⁾. Los datos fueron recolectados a partir del mismo hospital universitario, igual al primero estudio, pero con participantes adicionales de un segundo hospital (institución no de enseñanza), también en la esfera del sistema público de salud, con una población similar de pacientes. Los individuos podrían participar del estudio caso estuvieran siendo hospitalizados debido al primer episodio de angina inestable o infarto agudo del miocardio, y estuvieran en condiciones físicas y psicológicas para responder a los cuestionarios. Los datos para ese estudio fueron recolectados de 2006 a 2009 (253 participantes). Para ambos estudios, los individuos eran excluidos si tuvieran una historia de accidente vascular cerebral, que impidiera la capacidad de comunicarse con el investigador.

Respecto a la edad, en el primer estudio⁽¹⁴⁾ los individuos podrían ser incluidos con 18 años o más y, en el segundo⁽²⁾, fueron incluidos individuos con 21 años o más. En este estudio, los resultados se refieren a todos los pacientes con 18 años de edad o más.

Ya que 25 individuos participaron en ambos estudios, sus datos solamente fueron utilizados en la evaluación más antigua. Por lo tanto, el número total de participantes en este análisis fue 531. Debido a los criterios de inclusión/exclusión, la muestra final puede ser considerada representativa de los individuos hospitalizados debido a enfermedades cardíacas.

Ambos estudios recolectaron los siguientes datos demográficos y clínicos: sexo, edad en años, estado civil (soltero, viudo o divorciado vs. casado o viviendo con alguien), trabajo remunerado (sí o no), años de escolaridad, ingresos familiares mensuales en reales, diagnóstico en la admisión hospitalaria, y presencia de comorbilidades (sí o no, hipertensión arterial, obesidad, dislipidemia y diabetes mellitus). El diagnóstico en la admisión hospitalaria fue categorizado como enfermedad arterial coronaria (enfermedad de la arteria coronaria, angina pectoris, infarto agudo del miocardio),

insuficiencia cardíaca (insuficiencia cardíaca, con o sin infarto agudo del miocardio) o otra (enfermedad valvular cardíaca, arritmia o otras).

Síntomas somáticos y cognitivo-afectivos

Ambos estudios recolectaron informaciones sobre síntomas somáticos y cognitivo-afectivos a través de las subescalas del IBD-I⁽¹⁵⁾, utilizando la versión adaptada a la lengua Portuguesa⁽¹⁶⁾.

El IBD-I es un inventario compuesto por 21 ítems, donde cada ítem describe una manifestación comportamental específica de depresión. Cada ítem posee cuatro opciones de declaraciones de auto-evaluación, con valores de 0 a 3, donde los valores superiores indican el aumento de la gravedad de los síntomas. Los entrevistados son orientados a describir la forma como se estaban sintiendo durante la semana anterior. Las mayores sumas de puntajes sugieren síntomas de depresión más elevados⁽¹⁵⁾.

Con base en una revisión de modelos de factores existentes e ítem de contenido⁽¹⁷⁾ y estudios con pacientes cardíacos^(8,18), la puntuación de los ítems 1 a 10 y 12 a 14 (tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de punición, auto-descontento, auto-culpa, pensamientos o deseos suicidas, lloro, abstinencia, indecisión, y con relación a la apariencia física), son sumados para calcular la subescala de síntomas cognitivo-afectivos del IBD-I (escala de 0 a 39). Asimismo, los ítems 11 y 15 a 21 (irritabilidad, capacidad para el trabajo, disturbios del sueño, cansancio o fatiga, disturbios del apetito, disturbios de peso, preocupaciones con la salud, y desinterés sexual) son sumados para calcular la subescala de síntomas somáticos del IBD-I (escala de 0 a 24). Puntajes más altos en las subescalas significan síntomas somáticos y cognitivo-afectivos más elevados.

Análisis de los datos

Los datos fueron analizados usándose el programa IBM SPSS versión 21.0 para Windows y Mac (SPSS, Inc., Chicago, IL, EEUU). El análisis descriptivo fue utilizado para todas las variables. Las características demográficas y clínicas fueron comparadas entre hombres y mujeres mediante la prueba de Chi-cuadrado (estado civil, trabajo remunerado, presencia de hipertensión arterial, obesidad, dislipidemia y diabetes mellitus, y diagnóstico en la admisión hospitalaria), o prueba t para muestras independientes (edad, ingresos familiares mensuales, y años de estudio). Para comparar las puntuaciones

de las subescalas de síntomas somáticos y cognitivo-afectivos, fue utilizada un análisis de la varianza de dos vías (ANOVA), utilizándose edad y sexo como factores, e incluyendo su interacción. El nivel de significancia fue definido como $\alpha=0,05$.

Procedimientos éticos

Este estudio se aprobó por el Consejo de Ética en Investigación (Comité de Ética en Investigación) del Hospital das Clínicas de la Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidade de São Paulo (HCRP Proceso nº. 12164/2012), y fue liberado de un nuevo consentimiento informado, ya que se trataba de un análisis secundario de los datos disponibles a partir de estudio previamente aprobados.

Resultados

La Tabla 1 muestra las características clínicas y demográficas de los participantes. Cuando comparados

con las mujeres, los hombres revelaron promedios de años de escolaridad ligeramente más altos y ingresos familiares superiores (ambas estadísticamente significativas con $p<0,001$), pero fueron semejantes en promedio de edad ($p=0,30$). Fue encontrada una mayor proporción de hombres casados o que vivían con una pareja ($p<0,001$) y que eran empleados ($p<0,001$) que las mujeres.

Hombres y mujeres difirieron en el diagnóstico de admisión hospitalaria, con una mayor proporción de hombres portadores de enfermedad arterial coronaria y mayor proporción de mujeres con insuficiencia cardíaca. Los hombres mostraron menores proporciones de hipertensión arterial ($p=0,01$), dislipidemia ($p<0,001$) y diabetes ($p=0,01$) que las mujeres, pero no fueron diferentes en obesidad ($p=0,93$) y accidente vascular cerebral ($p=0,83$).

La Tabla 2 muestra los resultados del ANOVA. Para ambas subescalas, fue encontrado un efecto del sexo, pero ningún efecto de la edad o la interacción entre edad y sexo.

Tabla 1 – Distribución de los participantes por sexo según las características sociodemográficas y clínicas. Ribeirão Preto, SP, Brasil. 2005-2011

Características	Hombres (n=333)				Mujeres (n=198)				Valor p*
	n	%	Promedio	Desvío estándar	n	%	Promedio	Desvío estándar	
Características sociodemográficas									
Educación en años [†]			5,5	4,3			4,2	3,6	<0,001
Ingresos familiares en Reales [†]			1517	1320			939	962	<0,001
Edad en años*			57,3	13,0			56,2	12,1	0,30
Rango de edad									0,21
18-44,9	61	18,3			37	18,7			
45-54,9	69	20,7			51	25,8			
55-64,9	104	31,2			55	27,8			
65-74,9	73	21,9			48	24,2			
75 o más	26	7,8			7	3,5			
Casado/con pareja significativa	253	76,0			113	57,1			<0,001
Tiene empleo remunerado	173	52,1			50	25,3			<0,001
Características clínicas									
Diagnóstico en la admisión [‡]									0,005
Enfermedad Arterial Coronaria	243	74,1			119	50,7			
Insuficiencia cardíaca	37	11,3			36	18,4			
Otras [‡]	48	14,6			41	20,9			
Presencia de comorbilidades									
Hipertensión arterial	219	65,8			151	76,3			0,01
Obesidad [†]	124	37,6			74	37,9			0,93
Dislipidemia	114	34,2			106	53,5			<0,001
Diabetes mellitus	95	28,5			77	38,9			0,01
Accidente Vascular Cerebral	13	3,9			7	3,5			0,83

*Valor p de una prueba-t para escolaridad en años, ingresos familiares y edad en años, y de una prueba de Chi-cuadrado para rango de edad, estado civil, trabajo remunerado, diagnóstico de hospitalización, y presencia de comorbilidades.

† 1 valor ausente para educación, 11 ausente para renta, 7 ausente para diagnóstico en la admisión hospitalaria, y 6 ausente para presencia de obesidad

‡ Arritmias, enfermedad valvular cardíaca o enfermedad de Chagas

Tabla 2 – Valores-p a partir del análisis de la varianza (ANOVA) para el Inventario Beck de Depresión - I (IBD-I) de los síntomas somáticos y cognitivo-afectivos según el sexo, rango de edad e interacción entre sexo y edad. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2005-2011

Factor	Valor p para el factor	
	Somático	Cognitivo-afectivo
Sexo	<0,001	0,005
Rango de edad	0,72	0,57
Interacción entre sexo y edad	0,26	0,24

La Tabla 3 muestra los promedios y desvíos-estándares para las subescalas somáticas y cognitivo-afectivas del IBD separadamente por sexo y edad. Las mujeres mostraron valores más altos para ambos síntomas somáticos y cognitivo-afectivos que los hombres.

Tabla 3 – Promedios y desvíos-estándares para Inventario Beck de Depresión - I (IBD-I) de los síntomas somáticos y cognitivo-afectivos, según muestra total, sexo y rango de edad. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2005-2011

Característica	Somático		Cognitivo-afectivo	
	Promedio	Desvío estándar	Promedio	Desvío estándar
Muestra total (n=531)	7,3	7,5	6,	4,4
Sexo				
Hombres	5,4	4,3	6,7	7,2
Mujeres	7,1	4,5	8,3	7,9
Rango de edad				
18-44,9	6,4	4,3	7,5	7,8
45-54,9	6,2	4,4	7,4	7,6
55-64,9	5,9	4,3	7,6	7,8
65-74,9	5,8	4,7	6,6	6,8
75 o más	5,7	4,9	7,3	7,5

La Figura 1 representa el promedio de las dos subescalas IBD-I para edad y sexo. Fueron tabulados los datos en la escala de cada subescala, para mostrar la gravedad relativa de los síntomas de cada grupo por edad y sexo. Se observa que los hombres parecen tener el mismo nivel de síntomas, independientemente del rango de edad para ambas subescalas, somática y cognitivo-afectiva. Las mujeres presentaron valores más altos que los hombres en todos los rangos de edad, pero parecen alcanzar valores superiores en la media edad (45-49,5 años) y en edad avanzada (75 o más), aunque el rango de edad no haya sido estadísticamente significativo.

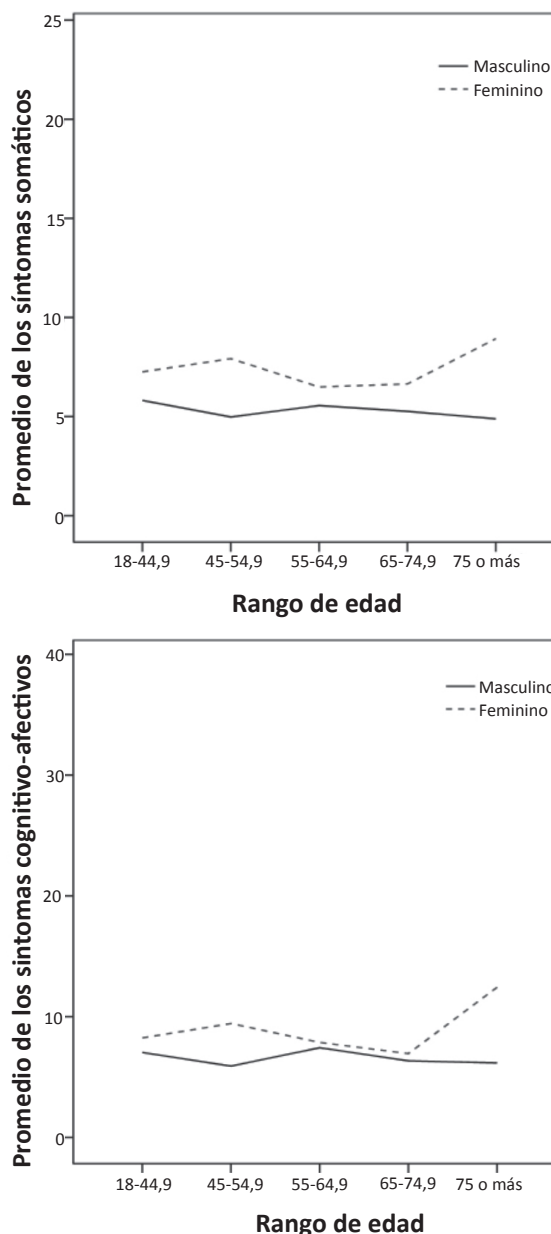


Figura 1 – Promedio de los IBD-I de los síntomas somáticos y cognitivo-afectivos por edad y sexo

Discusión

Se descubrió que los síntomas somáticos y cognitivo-afectivos fueron diferentes para los grupos de hombres y mujeres, pero no fueron diferentes para los rangos de edad.

En la literatura, estudios que utilizaron el IBD-I en poblaciones con enfermedades cardíacas no relataron las subescalas somáticas y cognitivo-afectivas separadamente y, por lo tanto, una comparación directa con nuestro estudio no es posible. Sin embargo, cuando considerado como un puntaje total único, el IBD-I mostró diferencias entre hombres y mujeres en los síntomas depresivos en varios estudios^(11,19-21) y

nuestros resultados generales son consistentes con la literatura.

Los síntomas somáticos han sido estudiados para determinadas poblaciones, utilizándose medidas diferentes del IBD. Entre los pacientes bajo tratamiento para depresión, las mujeres relataron más síntomas de depresión global y quejas somáticas cuando comparadas a los hombres⁽¹⁹⁾. Quejas somáticas que fueron diferentes entre hombres y mujeres: dolor de cabeza, tontura, dolor de espalda, náuseas, dolores musculares, ondas de calor y frío, y sensación de nudo en la garganta. Otros investigadores también estudiaron personas con trastorno depresivo mayor (DDM) y encontraron una probabilidad mayor de mujeres con depresión somática que hombres⁽¹¹⁾. Fatiga y alteraciones en el apetito fueron significativamente diferentes entre hombres y mujeres⁽¹¹⁾.

En nuestro estudio, el rango de edad no fue un factor estadísticamente significativo en la presencia de síntomas cognitivo-afectivos o somáticos. Una vez más no encontramos estudios que examinaran los síntomas cognitivo-afectivos separadamente. Sin embargo, aunque no estadísticamente significativa, detectamos una tendencia, siendo observado un aumento de los síntomas somáticos y cognitivo-afectivos para aquellos en edad más joven (especialmente la media edad) cuando comparados con edad más avanzada. Un patrón similar fue observado en las personas con depresión en la población en general^(7,9-10). Se observa en la Figura 1 que las mujeres alcanzaron promedios más altos para ambas subescalas del IBD-I, pero ese grupo incluyó solamente siete mujeres, inflando el promedio de todo el grupo.

Algunas causas posibles de diferencias en los síntomas depresivos entre hombres y mujeres han sido discutidas en la literatura⁽²²⁻²³⁾, incluyendo un estudio en la población brasileña⁽²⁴⁾. Se cree que los síntomas depresivos en mujeres puedan estar relacionados a aspectos biológicos, tales como oscilaciones hormonales durante su período reproductivo y menopausia, y también aspectos psicosociales, tales como sus papeles sociales y familiares. En la cultura occidental, incluyendo la población brasileña, las mujeres pueden tener una carga de trabajo relativamente mayor que los hombres, pues pueden tener un empleo profesional mientras que siguen haciendo la mayor parte del trabajo doméstico, siendo la principal responsable por el cuidado de los hijos, marido y parientes enfermos, todo eso al mismo tiempo y, además, con menor nivel de educación y sueldos inferiores a los hombres. En nuestro estudio, se observó

un mayor porcentaje de hombres casados, con ingresos familiares medios mayores, y un número medio de años de estudio mayor en el momento de la hospitalización. Es posible que esos factores psicosociales, además de su condición cardíaca crónica, puedan predisponer las mujeres a síntomas más graves de depresión que los hombres.

El uso de las subescalas del IBD-I separadamente para pacientes con cardiomiopatía trae implicaciones tanto para la práctica clínica como para la investigación. Diferenciando el tipo de síntomas depresivos que una persona tiene puede ayudar en la evaluación de la gravedad (intensidad y cronicidad) de la condición, en su pronóstico, y en la posible respuesta al tratamiento, especialmente cuando existen diferencias en la manifestación de síntomas depresivos, según las características de la persona. En nuestro estudio, las mujeres revelaron mayores niveles de síntomas somáticos y cognitivo-afectivos que los hombres. Este hecho puede ser utilizado en el tratamiento prescrito a ellos. Por ejemplo, algunos investigadores sugieren que personas con puntajes elevados en el dominio cognitivo-afectivo pueden beneficiarse de tratamientos comportamentales cognitivos, mientras que las personas con puntajes somáticos elevados pueden beneficiarse de tratamiento medicamentoso⁽²⁵⁾.

Este estudio posee algunas limitaciones. Primero, este es un análisis de datos secundarios y, como tal, nuestros resultados son del tipo exploratorio. Algunas variables no estaban disponibles y creemos que debían ser consideradas en estudios futuros. Por ejemplo, habría sido interesante observar si la hospitalización era la primera, segunda, etc. Mientras uno de los estudios solamente incluía personas en su primera hospitalización, el otro no tenía esa información y, por lo tanto, no fue posible asociar esa variable con síntomas depresivos.

Conclusión

Usando las subescalas del IBD-I en una muestra de personas con cardiomiopatía de dos hospitales públicos del estado de São Paulo, Brasil, se verificó que las mujeres tenían, en media, niveles superiores de síntomas somáticos y cognitivo-afectivos que los hombres. La edad no fue estadísticamente asociada con las subescalas del IBD-I. Aunque las mujeres en el rango de edad de 45-54,9 años mostraran un promedio mayor en ambas subescalas, la interacción entre edad y sexo no fue estadísticamente significativa.

El tratamiento de pacientes con cardiomiopatía debería incluir la evaluación de síntomas depresivos y cuidado especial debería ser dado al evaluar la depresión en mujeres, de manera que los síntomas depresivos serían identificados precozmente y el tratamiento adecuado sería iniciado.

Referencias

1. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update 2008. [Internet]. [acceso em: 25 jul. 2013]. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf
2. Dessotte CAM, Silva FS, Bolela F, Rossi LA, Dantas RAS. Presence of depressive symptoms in patients with a first episode of Acute Coronary Syndrome. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013;21(1):325-31.
3. Mello AP, Carvalho ACC, Higa EMS. Depressive symptoms in patients with acute coronary syndrome. *Einstein*. 2011; 9(3 Pt 1):326-31.
4. Doyle F, Mcgee HM, Conroy RM, Delaney M. What predicts depression in cardiac patients: sociodemographic factors, disease severity or theoretical vulnerabilities? *Psychol Health*. 2011;26(5):619-34.
5. Mattos LA, Lemos-Neto PA, Rassi AJ, Marin-Neto JA, Sousa AGMR. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia – Intervenção Coronária Percutânea e Métodos Adjuntos Diagnósticos em Cardiologia Intervencionista (II Edição – 2008). *Arq Bras Cardiol*. 2008; 91(6 supl.1):1-58.
6. World Federation for Mental Health. Mental Health And Chronic Physical Illnesses: The need for continued and integrated care. World Mental Health Day. 2010[acceso em: 25 jul. 2013]. Disponível em: <http://wfmh.com/wp-content/uploads/2014/02/WMHDAY2010.pdf>.
7. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*. 2011;9:90.
8. Delisle VC, Beck AT, Dobson KS, Dozois DJA, Thombs BD. Revisiting Gender Differences in Somatic Symptoms of Depression: Much Ado about Nothing? *PLoS ONE*. 2012;7(2):e32490. Disponível em: <http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0032490&representation=PDF>
9. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, Graaf R, Vollebergh W, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2003;12(1):3-21.
10. Eaton WW, Kalaydjian A, Scharfstein DO, Mezuk B, Ding Y. Prevalence and incidence of depressive disorder: the Baltimore ECA follow-up, 1981 –2004. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;116(3):182-8.
11. Wenzel A, Steer RA, Beck AT. Are there any gender differences in frequency of self-reported somatic symptoms of depression? *J Affect Disord*. 2005;89(1-3):177-81.
12. Silverstein B. Gender Difference in the Prevalence of Clinical Depression: The Role Played by Depression Associated With Somatic Symptoms. *Am J Psychiatry*. 1999;156(3):480-2.
13. Silverstein B. Gender Differences in the Prevalence of Somatic Versus Pure Depression: A Replication. *Am J Psychiatry*. 2002;159(6):1051-2.
14. Dantas RAS, Silva FS, Ciol MA. Psychometric properties of the Brazilian Portuguese versions of the 29- and 13-item scales of the Antonovsky's Sense of Coherence (SOC-29 and SOC-13) evaluated in Brazilian cardiac patients. *J Clin Nurs*. 2013;23(1-2):156-65.
15. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961 Jun; 4:561-71.
16. Gorestein C, Andrade L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev psiquiatr clín*. 1998;25(5):245-50.
17. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*. 1988;8(1):77-100.
18. Delisle VC, Abbey SE, Beck AT, Dobson KS, Dozois DJ, Grace SL, et al. The Influence of Somatic Symptoms on Beck Depression Inventory Scores in Hospitalized Postmyocardial Infarction Patients. *Can J Psychiatry*. 2012;7(12):752-8.
19. Dekker J, Koelen JA, Peen J, Schoevers RA, Wijk CGV. Gender differences in clinical features of depressed outpatients: preliminary evidence for subtyping of depression? *Women Health*. 2007; 46(4):19-38.
20. Marcus SM, Kerber KB, Rush AJ, Wisniewski SR, Nierenberg A, Balasubramani GK, et al. Sex differences in depression symptoms in treatment-seeking adults: confirmatory analyses from the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression study. *Compr Psychiatry*. 2008;49(3):238-46.
21. Romans SE, Tyas J, Cohen MM, Silverstone T. Gender Differences in the Symptoms of Major Depressive Disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2007;195(11):905-11.
22. Correia KML, Borloti E. Mulher e Depressão: Uma Análise Comportamental-Contextual. *Acta comport*. 2011;19(3):359-73.

23. Justo LP, Calil HM. Depressão – o mesmo acometimento para homens e mulheres? Rev. psiquiatr. clín. 2006;33(2):74-9.
24. Santos MJ, Kassouf AL. Uma investigação dos determinantes socioeconômicos da depressão mental no Brasil com ênfase nos efeitos da educação. Econ. Apl. 2007;11(1):5-26.
25. Endler NS, Rutherford A, Denisoff E. Beck depression inventory: Exploring its dimensionality in a nonclinical population. J Clin Psychol. 1999;55(10):1307-12.