Rev. Latino-Am. Enfermagem
2016;24:e2836
DOI: 10.1590/1518-8345.1405.2836
www.eerp.usp.br/rlae

RLAE Revista Latino-Americana de Enfermagem

Artículo Original

Ansiedad, depresión, resiliencia y autoestima en individuos con enfermedades cardiovasculares[1]

Isabela Gonzales Carvalho[2]
Eduarda dos Santos Bertolli[2]
Luciana Paiva[3]
Lidia Aparecida Rossi[4]
Rosana Aparecida Spadoti Dantas[5]
Daniele Alcalá Pompeo[6]

Objetivos: analizar las relaciones entre los síntomas ansiedad y depresión, resiliencia y autoestima, con las características sociodemográficas y clínicas; correlacionar la resiliencia y autoestima con la edad y el tiempo de la enfermedad; analizar asociaciones entre ansiedad y depresión con las medidas de resiliencia y autoestima en individuos con enfermedades cardiovasculares. Método: estudio de correlación, realizado en un Hospital de Enseñanza de gran porte del interior del estado de Sao Paulo. La población estuvo constituida por pacientes adultos internados con enfermedades cardiovasculares. Una muestra consecutiva y no probabilística fue constituida por 120 pacientes. Las variables de interés fueron evaluadas por la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, la Escala de Resiliencia y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Resultados: los síntomas de ansiedad y depresión estaban presentes en 32,5% y 17,5% de los pacientes, respectivamente y fueron asociados al sexo femenino ($p = 0,002$; $p = 0,022$). Las manifestaciones de depresión fueron asociadas a la presencia de comorbilidades ($p = 0,020$). Pacientes más resilientes no presentaron síntomas depresivos ($p < 0,001$) y, las mujeres ansiosas, fueron menos resilientes ($p = 0,042$). Los mayores puntajes de autoestima estuvieron presentes en pacientes con ansiedad y depresión. Los hombres presentaron mayor resiliencia y menor autoestima cuando comparados a las mujeres. Conclusión: los pacientes con ansiedad y depresión fueron menos resilientes y presentaron mayor autoestima.

Descriptores: Adaptación; Autoimagen; Enfermedades Cardiovasculares; Ansiedad; Depresión; Enfermería.

[1] Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, processo nº 80055620143.
[2] Enfermera.
[3] PhD, Enfermero, Hospital das Clínicas, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.
[4] PhD, Profesor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
[5] PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
[6] PhD, Profesor Adjunto, Departamento de Enfermagem Especializada, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Carvalho IG, Bertolli ES, Paiva L, Rossi LA, Dantas RAS, Pompeo DA. Anxiety, depression, resilience and self-esteem in individuals with cardiovascular diseases. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2836. [Access ___ ___ ___]; Available in: _____. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1405.2836.

mes día año URL

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles son las principales causas de muerte en el mundo y han generado: elevado número de muertes prematuras, pérdida de la calidad de vida, limitación en las actividades de trabajo y recreación; además causaron impactos económicos para las familias, comunidades y sociedad en general, agravando las iniquidades y aumentando la pobreza[1].

En Brasil, como en otros países, las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen el problema de salud de mayor magnitud. Son responsables por 72% de las causas de muertes, con destaque para las enfermedades cardiacas circulatorias y respiratorias crónicas, y afectan individuos de todas las camadas socioeconómicas y de forma más intensa, a aquellos pertenecientes a grupos vulnerables, como ancianos y sujetos de baja escolaridad y renta[1].

Los enfermos cardiovasculares están expuestos a incomodidades físicas, psicológicas y sociales relacionadas al tratamiento, que pueden influenciar en la capacidad de adaptación a un nuevo estilo de vida[2]. Además de eso, los gastos pueden ocasionar cambios en la dinámica familiar por la necesidad de ofrecer mejores cuidados al paciente.

La administración del autocuidado en condiciones crónicas es deseable para prevención de complicaciones relacionadas a la enfermedad. En un estudio realizado con 628 pacientes con insuficiencia cardíaca sintomática, se constataron asociaciones entre elevados niveles de autocuidado y mejor calidad de vida y menores tasas de internaciones. Fue también mostrado que cuanto mayor es el número de comorbilidades, menor es la participación del paciente en la administración de su tratamiento[2].

La capacidad del paciente de responsabilizarse por su propia terapéutica es afectada por una serie de características personales interrelacionadas, como la motivación, la autoeficacia y la resiliencia. Identificar maneras eficaces de promover el desarrollo de estas características, en esta población, puede mejorar la capacidad de enfrentamiento y preparar los pacientes para vivir mejor con una enfermedad crónica[3].

La resiliencia ha sido definida como un proceso de negociación, administración y adaptación con fuentes significativas de estrés o trauma[4]; es la habilidad que tiene un individuo para ajustarse a las adversidades, mantener el equilibrio y continuar viviendo de una manera positiva[5].

Las personas resilientes son menos susceptibles a perjuicios[6] y poseen mayor habilidad para atenuar la presión causada por el impacto negativo de la enfermedad[7]. Una investigación realizada en Suecia identificó que bajos índices de resiliencia, durante la adolescencia, fueron asociados a un riesgo aumentado de enfermedades del corazón en la fase adulta[6].

Las personas poco resilientes, posiblemente, presentan mayor exposición al estrés y el enfrentamiento es perjudicado frente a las adversidades, pudiendo generar síntomas de ansiedad, depresión, rabia, impulsividad y baja autoestima.

De esa forma, la enfermería debe reflexionar y elaborar propuestas para una anamnesis más detallada, que contemple no solo los aspectos físicos de la enfermedad, pero también los sicosociales. Sin embargo, poca atención ha sido dada a la identificación de esas características en el ambiente hospitalario.

En una revisión de la literatura se identificaron estudios que evaluaron la resiliencia de pacientes con enfermedades cardiovasculares congénitas[8-9] e insuficiencia cardíaca congestiva[10]. Son escasas las publicaciones que investigan la resiliencia, por medio de escalas validadas en Brasil, en esa población, principalmente, relacionada a la autoestima y a la ansiedad y depresión. Esos resultados pueden favorecer el fortalecimiento de estrategias multiprofesionales, con enfoque en el aumento de la resiliencia y de las habilidades emocionales, para auxiliar al paciente a enfrentar el estrés proveniente de la enfermedad cardíaca.

Así, los objetivos de este estudio fueron: 1) analizar asociaciones entre los síntomas de ansiedad y depresión con las características sociodemográficas y clínicas; 2) verificar asociaciones entre las medidas de resiliencia y autoestima con las variables sociodemográficas y clínicas; 3) correlacionar las medidas de resiliencia y autoestima con la edad y el tiempo de la enfermedad; 4) analizar asociaciones entre los síntomas ansiosos y depresivos con las medidas de resiliencia y autoestima en individuos con enfermedades cardiovasculares.

Método

Se trata de un estudio de correlación, de corte transversal, desarrollado en una Unidad de Internación Clínica y Quirúrgica especializada en el área cardiovascular, con capacidad para 77 camas, de un Hospital de Enseñanza, en el interior del estado de Sao Paulo. El hospital es una institución pública de gran porte, que atiende a 102 municipios de la región noroeste del estado de Sao Paulo, con un total de 629 camas, 53.000 atenciones mensuales y 262 trasplantes realizados en el año de 2015, incluyendo el de corazón.

La población estuvo constituida por pacientes con enfermedades cardiovasculares de etiología

clínica o quirúrgica, internados en el referido hospital, independientemente del sexo y con 18 años o más. Los criterios de exclusión fueron no conseguir comunicarse verbalmente y no poseer condiciones cognitivas que posibilitasen la participación en el estudio, la que fue verificada por medio de la capacidad de informar: edad o fecha de nacimiento, dirección residencial, día de la semana y mes. Los participantes que atendieron a los criterios de inclusión fueron seleccionados por medio de muestreo consecutivo y no probabilístico (n = 120); la recolección de datos fue realizada en el período de 01/10/2014 a 31/01/2015.

Para la recolección de los datos fueron utilizados cuatro instrumentos: caracterización sociodemográfica (sexo, edad, presencia de compañero, escolaridad, renta y actividad laboral), Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (*Hospital Anxiety and Depression Scale* – HAD-S)[11], Escala de Resiliencia[5,12] y Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)[13].

La HADS es de fácil manoseo y rápida ejecución, pudiendo ser realizada por el propio paciente o por el entrevistador. Posee 14 ítems, siendo siete para evaluación de la ansiedad (HADS-A) y siete para la depresión (HADS-D). Cada ítem contempla cuatro respuestas de 0 a 3, totalizando una puntuación máxima de 21 puntos para cada subescala. Cuanto mayor es el valor, mayor será la presencia de síntomas de ansiedad (HADS-A) o de depresión (HADS-D)[11].

La Escala de Resiliencia mide los niveles de adaptación sicosocial frente a eventos importantes de la vida. Posee 25 ítems descritos de forma positiva con respuestas tipo Likert variando de 1 (discuerdo totalmente) a 7 (concuerdo totalmente). Se subdivide en tres dimensiones: 1) Resolución de acciones y valores: 14 ítems de acciones relacionadas a energía, persistencia, disciplina, concepción de valores, acciones para dar sentido a la vida (como amistad, realización personal, satisfacción y significado de la vida); 2) Independencia y determinación: seis ítems que investigan la capacidad de resolver situaciones difíciles, lidiar con varias situaciones al mismo tiempo, aceptar las adversidades y aceptar situaciones que no pueden ser cambiadas; 3) Autoconfianza: cinco ítems que se enfocan: en la creencia de que la persona puede resolver sus problemas y que ellos dependen más de ella de que de los otros y en realizar acciones contra su voluntad manteniendo el interés en cosas que considera importantes[12]. Los puntajes de la escala oscilan de 25 a 175 puntos, con los valores altos indicando elevada resiliencia[12].

La EAR[13] y está compuesta por 10 ítems con cuatro posibilidades de respuestas: 1 concuerdo fuertemente, 2 concuerdo, 3 discuerdo, 4 discuerdo fuertemente. La medida de la autoestima es obtenida por la suma de los valores de las respuestas a los ítems de la escala, después de nueva codificación de los cinco ítems con puntuación reversa. La sumatoria de las respuestas puede variar de 10 a 40, con los mayores valores indicando elevada autoestima[13].

Todas las escalas fueron traducidas y adaptadas para ser usadas en Brasil y poseen consistencia interna, medida por medio del coeficiente Alfa de Cronbach; siendo satisfactorias para: HADS-A: 0,68 y HADS-D: 0,77[11]; Escala de Resiliencia: 0,80[12]; EAR: 0,98[13].

La recolección de datos tuvo inicio con la consulta al censo de pacientes de la unidad de internación, para constatación de la enfermedad cardíaca. Después de los esclarecimientos sobre la investigación y la concordancia en participar, fue solicitada la firma del término de consentimiento libre e informado e iniciada la entrevista, aplicada verbalmente por la entrevistadora.

Los datos fueron procesados y analizados por medio del programa Minitab 17 (Minitab Inc) y el Statistica 10 (SatatSoft Inc). Para el análisis descriptivo fueron utilizadas medidas de posición (promedio y mediana) y variabilidad (desviación estándar).

Los datos cualitativos fueron asociados mediante la aplicación del test Chi-cuadrado. La edad de los pacientes y el tiempo de enfermedad fueron comparados con las variables de caracterización del muestreo, variables clínicas y factores de riesgo, mediante la aplicación del test t para muestras independientes (cuando fueron comparados dos grupos de muestreo) y del Análisis de Variancia (ANOVA) (cuando comparados más de dos grupos de muestreo).

El test de correlación de Pearson fue utilizado para analizar las variables continuas normalmente distribuidas (resiliencia, autoestima, edad y tiempo de la enfermedad). El nivel de significación adoptado fue de 0,05.

El desarrollo del estudio atendió a las normas nacionales e internacionales de ética en investigaciones con seres humanos, siendo aprobada con el protocolo número 697.946.

Resultados

De los 120 sujetos con enfermedades cardiovasculares, 67 (55,8%) eran del sexo masculino y 53 (44,2%) del sexo femenino, con variación de edad entre 26 y 88 años, promedio de 58,3 años y desviación estándar de 12,2 años. La mayoría era casada (n = 71; 59,2%); 49 sujetos (40,8%) eran activos en el trabajo, siendo que la mayoría no ejercía actividades profesionales por estar de licencia, ser jubilados o no trabajar (n = 71; 59,2%).

Las coronariopatías fueron el diagnóstico médico de 58 pacientes (48,3%), seguida de la insuficiencia cardíaca congestiva (n = 43; 35,8%) y valvulopatías (n = 19; 15,8%). Casi la mitad de los sujetos relató poseer la enfermedad hace más de cinco años (48,3%); la mayoría afirmó no poseer comorbilidades (n = 73; 60,8%) y que la enfermedad interfiere en sus actividades de la vida diaria (n = 85; 70,8%).

En relación a los hábitos de vida cotidiana, la mayoría de los pacientes mencionó no ser tabaquista (n = 103; 85,5%), no beber alcohol (n = 97; 80,8%) y poseer personalidad estresada (n = 73; 60,8%).

Los síntomas de ansiedad y depresión estaban presentes en 32,5% y 17,5% de los pacientes, respectivamente. Al analizar la presencia de estos síntomas, según el sexo, se observó que las mujeres presentaron más síntomas de ansiedad y depresión que los hombres, siendo estas asociaciones estadísticamente significativas (p = 0,002 y p = 0,022, respectivamente). No se constató asociaciones entre los síntomas de ansiedad y de depresión con las variables presencia de compañero y escolaridad, conforme Tabla 1.

Tabla 1 - Síntomas de ansiedad y de depresión entre los participantes, según el sexo, la escolaridad y la presencia de compañero. Sao José del Rio Preto, Sao Paulo, Brasil, 2014-2015

Variables	Ansiedad		Depresión	
	No	Si	No	Si
Sexo	81 (67,50%)	39 (32,50%)	99 (82,50%)	21 (17,50%)
Femenino	28 (34,57%)	25 (64,10%)	39 (39,39%)	14 (66,67%)
Masculino	53 (65,43%)	14 (35,90%)	60 (60,61%)	7 (33,33%)
Valor p*	0,002		0,022	
Escolaridad	78 (70,27%)	33 (29,73%)	91 (81,98%)	20 (18,02%)
Sin estudio	10 (62,50%)	6 (37,50%)	12 (75,00%)	4 (25,00%)
Fundamental	54 (70,13%)	23 (29,87%)	63 (81,82%)	14 (18,18%)
Medio	8 (66,67%)	4 (33,33%)	10 (83,33%)	2 (16,67%)
Superior	6 (100%)	0 (0,00%)	6 (100%)	0 (0,00%)
Valor p*	0,191		0,410	
Presencia de compañero	81 (67,50%)	39 (32,50%)	99 (82,50%)	21 (17,50%)
Si	46 (64,79%)	25 (35,21%)	60 (84,51%)	11 (15,49%)
No	35 (71,40%)	14 (28,60%)	39 (79,60%)	10 (20,40%)
Valor p*	0,445		0,486	

* Valor p referente al Test Chi-cuadrado

Los valores promedios y las desviaciones estándar de las medidas de resiliencia y de autoestima de acuerdo con las variables: sexo, escolaridad y presencia de compañero; los que se presentan en la Tabla 2. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas apenas entre los promedios de las escalas de resiliencia (p = 0,027) y de autoestima (p = 0,031) según el sexo de los participantes. Los hombres presentaron puntajes superiores de resiliencia y las mujeres puntajes superiores de autoestima.

La escolaridad y la presencia de compañero no influenciaron de forma significativa la resiliencia y autoestima.

Tabla 2 - Medidas de las variables resiliencia y autoestima según el sexo, la escolaridad y la presencia de compañero de los participantes. Sao José del Rio Preto, Sao Paulo, Brasil, 2014-2015

Variables	Resiliencia	Autoestima
	Promedio [D.E. (Mediana)]	Promedio [D.E. (Mediana)]
Sexo		
Femenino (n = 53)	127,79[11,26 (130,00)]	20,79[2,08 (21,00)]
Masculino (n = 67)	132,30[10,52 (135,00)]	19,92[2,24 (20,00)]
Valor p*	0,027	0,031
Escolaridad		
Sin estudio (n = 16)	125,56[11,18 (126,50)]	20,87[1,25 (21,00)]
Fundamental (n = 77)	129,75[11,08 (130,00)]	20,31[2,39 (20,00)]

(continúa...)

Tabla 2 - *continuación*

Variables	Resiliencia	Autoestima
	Promedio [D.E. (Mediana)]	Promedio [D.E. (Mediana)]
Medio (n = 12)	133,75[12,12 (135,00)]	20,08[2,23 (20,00)]
Superior (n = 6)	135,17[10,32 (138,50)]	19,50[2,07 (19,50)]
Valor p†	0,166	0,591
Presencia de compañero		
Si (n = 71)	130,92[11,22 (132,00)]	20,48[2,17 (20,00)]
No (n = 49)	129,43[10,81 (129,00)]	20,06[2,25 (20,00)]
Valor p*	0,468	0,315

p* proveniente del Test t para Muestras Independientes; p† proveniente del Test Análisis de Variancia (ANOVA)

En la Tabla 3 se presentan los resultados del test de asociación entre los síntomas de ansiedad y depresión con las variables presencia de comorbilidades (además de las enfermedades cardiovasculares), tabaquismo y etilismo, independientemente del sexo. La única asociación estadísticamente constatada fue entre las variables presencia de síntomas de depresión y comorbilidades (p = 0,020).

Tabla 3 - Síntomas de ansiedad y de depresión entre los participantes, según existencia de otras comorbilidades, tabaquismo y etilismo. Sao José del Rio Preto, Sao Paulo, Brasil, 2014-2015

Variables	Ansiedad		Depresión	
	No	Si	No	Si
Comorbilidad	81 (67,50%)	39 (32,50%)	99 (82,50%)	21 (17,50%)
No	51 (62,96%)	22 (56,41%)	65 (65,66%)	8 (38,10%)
Si	30 (37,04%)	17 (43,59%)	34 (34,34%)	13 (61,90%)
Valor p*	0,492		0,020	
Tabaquismo	81 (67,50%)	39 (32,50%)	99 (82,50%)	21 (17,50%)
No	70 (86,42%)	33 (84,62%)	84 (84,85%)	19 (90,48%)
Si	11 (13,58%)	6 (15,38%)	15 (15,15%)	2 (9,52%)
Valor p*	0,792		0,484	
Etilismo	81 (67,50%)	39 (32,50%)	99 (82,50%)	21 (17,50%)
No	65 (80,25%)	32 (82,05%)	78 (78,79%)	19 (90,48%)
Si	16 (19,75%)	7 (17,95%)	21 (21,21%)	2 (9,52%)
Valor p*	0,813		0,186	

* Valor p referente al Test Chi-cuadrado

La edad del paciente y el tiempo de la enfermedad no influenciaron en la presencia de los síntomas de ansiedad (p = 0,179; p = 0,833) y depresión (p = 0,861; p = 0,855) en los pacientes evaluados (Valor p referente al test t para muestras independientes p < 0,05).

No hubo asociación de las variables clínicas (diagnóstico médico y comorbilidad) y de los factores de riesgo (tabaquismo y etilismo) con los puntajes de resiliencia y autoestima.

La edad y el tiempo de enfermedad no presentaron correlación con los puntajes de resiliencia y autoestima. Los valores referentes a la correlación entre resiliencia y edad (r = -0,129, p = 0,161), resiliencia y tiempo de enfermedad (r = 0,069, p = 0,454), autoestima y edad (r = 0,091, p = 0,324), autoestima y tiempo de enfermedad (r = 0,136, p = 0,138) sugieren la falta de correlación significativa entre las variables evaluadas (p > 0,050).

En las Tablas 4 y 5, se observa que las mujeres con síntomas de ansiedad (p = 0,042) fueron, significativamente, menos resilientes; en los hombres (p = 0,377) la ansiedad no fue factor preponderante para ocasionar diferencias significativas en la resiliencia. Adicionalmente, los participantes de los dos sexos con manifestaciones depresivas fueron menos resilientes (p < 0,001; p < 0,001). No hubo relación entre la autoestima y la depresión en los dos sexos (p = 0,050; p = 0,117).

Las mujeres y hombres con ansiedad presentaron mayores puntajes de autoestima (p = 0,003; p = 0,024) cuando comparados a los participantes sin el síntoma, conforme Tablas 4 y 5, respectivamente.

Tabla 4 - Promedio ± desviación estándar (mediana) de los puntajes de resiliencia y autoestima de las participantes del sexo femenino en relación a la ocurrencia de ansiedad y depresión. Sao José del Rio Preto, Sao Paulo, Brasil, 2014-2015

	Sexo Femenino	
	Resiliencia Promedio [D.E. (Mediana)]	Autoestima Promedio [D.E. (Mediana)]
Ansiedad		
No (n = 28)	130,75[10,93 (132,00)]	20,00[1,72 (20,00)]
Si (n = 25)	124,48[10,90 (126,00)]	21,68[2,13 (22,00)]
Valor p*	0,042	0,003
Depresión		
No (n = 39)	131,51[9,34 (132,00)]	20,43[1,98 (20,00)]
Si (n =14)	117,43[9,74 (118,50)]	21,78[2,12 (22,00)]
Valor p*	<0,001	0,050

* Valor p referente al Test t para Muestras Independientes con p < 0,05

Tabla 5 - Promedio ± desviación estándar (mediana) de los puntajes de resiliencia y autoestima de los participantes del sexo masculino en relación a la ocurrencia de ansiedad y depresión. Sao José del Rio Preto, Sao Paulo, Brasil, 2014-2015

	Sexo Masculino	
	Resiliencia Promedio [D.E. (Mediana)]	Autoestima Promedio [D.E. (Mediana)]
Ansiedad		
No (n = 53)	132,96[10,09 (135,00)]	19,60[2,19 (20,00)]
Si (n = 14)	129,79[12,07 (129,00)]	21,14[2,07 (21,00)]
Valor p*	0,377	0,024
Depresión		
No (n = 60)	133,68[10,14 (136,00)]	19,75[2,18 (20,00)]
Si (n = 7)	120,43[4,83 (121,00)]	21,43[2,37 (21,00)]
Valor p*	<0,001	0,117

* Valor p referente al Test t para Muestras Independientes con p < 0,05

Discusión

Los resultados de este estudio mostraron que 32,5% y 17,5% de los pacientes presentaron síntomas de ansiedad y depresión, respectivamente. Otras investigaciones identificaron porcentajes semejantes[14-15], destacándose que la presencia de esos síntomas puede aumentar el riesgo de morbimortalidad, retardar el alta hospitalaria, promover reinternaciones y disminuir la funcionalidad, dificultar la promoción del autocuidado y la adopción de cambios necesarios para modificar el estilo de vida, resultando en la no adhesión al tratamiento[14,16].

El sexo femenino presentó más síntomas de ansiedad y depresión que el masculino, hecho que puede estar relacionado a una mayor exposición de las mujeres a factores estresantes, como: bajo nivel socioeconómico, falta de energía, sobrecarga de su papel, atributos psicológicos y baja autoestima. Las menores tasas de prevalencia en hombres pueden estar relacionadas a la dificultad de diagnóstico, ya que los hombres tienden a negar sus síntomas de depresión y a compensarlos con actitudes y comportamientos, como rabia, agresividad, comportamiento antisocial, uso indebido de alcohol y hostilidad[17]. Otros estudios también identificaron asociaciones positivas de la ansiedad y depresión con el sexo femenino[15,17].

La depresión es la principal causa de incapacidad medida por años vividos y el cuarto principal contribuyente para la cantidad global de enfermedades, siendo asociada, en este estudio, a la presencia de comorbilidades. La prevalencia de depresión identificada (17,5%) difiere de la encontrada en la población en general (cerca de 10,0%)[18]. Ese aumento puede ser atribuido a la vulnerabilidad de esos pacientes que se encuentran en condición crónica de sufrimiento emocional, así como al instrumento utilizado, que no mide el grado de depresión de la persona (leve, moderada y grave) y si la presencia de síntomas depresivos.

Un estudio realizado en Grecia evaluó 190 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca, internados en cuatro hospitales públicos, y constató elevados niveles de ansiedad (57,3%) y depresión (41,6%), medidos por la HADS[14].

Diversos estudios apuntan el impacto negativo de la depresión en pacientes con enfermedades del corazón(14-16,19). Uno en cada cinco pacientes presentaron elevados niveles de depresión tres meses después del episodio de infarto del miocardio, siendo ese trastorno de humor asociado al aumento del riesgo de un nuevo evento cardiovascular o a la muerte[19]. Otros estudios evidenciaron que la depresión puede elevar el riesgo de mortalidad en pacientes con coronariopatías[15,20].

El mecanismo que explica la asociación de la depresión con las enfermedades cardiovasculares es todavía ignorado, pero se sabe que es bidireccional y multicausal, en el cual participan varios procesos centrales y periféricos que provocando cambios en el sistema inmune[21], como aumento de la agregación de plaquetas, inflamación, alteración del ritmo cardíaco, elevación de los niveles de catecolaminas y disfunción endotelial[16]. Los factores psicológicos, por ejemplo, la condición de enfrentar la presencia de una enfermedad crónica, con altos índices de mortalidad y los bruscos cambios de estilo de vida, también pueden contribuir[16].

Los individuos evaluados con sintomatología ansiosa y depresiva por la HADS fueron menos resilientes que los que no presentaban esos síntomas. Esa asociación corrobora un estudio alemán realizado con 186 pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva y 372 controles, en que fue constatado que la resiliencia es predominantemente asociada a variables psicológicas y no a la gravedad de la enfermedad. Los resultados demostraron que la resiliencia fue menor en pacientes que poseían depresión y alexitimia[10].

Otro estudio que acompañó 237.980 hombres apuntó que menores valores de resiliencia están asociados al aumento del riesgo de desarrollar coronariopatías, destacando que la forma de enfrentar las adversidades puede estar relacionada al estilo de vida y a factores ambientales, como por ejemplo, al hábito de ejercitarse físicamente, a dieta, al índice de masa corporal elevado, al tabaquismo y soporte social, y a las características personales, como el tipo de personalidad[6].

En lo que se refiere al sexo, nuestro estudio evidenció que en los hombres la resiliencia fue mayor que en las mujeres, apoyando los resultados de una investigación con pacientes renales crónicos[7]. Ese resultado puede estar relacionado al hecho de que las mujeres utilizan más estrategias de enfrentamiento enfocadas en la emoción y, los hombres, las enfocadas en el problema[22], en las cuales la persona opta por resolver las dificultades, modificar actitudes, para que pueda ser capaz de lidiar con presiones habituales, disminuyendo o hasta eliminando situaciones generadoras de estrés.

Las personas resilientes poseen mayor motivación y capacidad para resolver problemas, mantener el equilibrio y seguir adelante, de forma positiva[3-4]. Los niveles de resiliencia de los sujetos investigados fueron medios y altos, apoyando los resultados de estudios realizados en Londres con pacientes después de corrección quirúrgica de tetralogía de Fallot[9] y en Corea, en individuos con enfermedad cardíaca congénita[8].

Por tanto, el equipo de enfermería y demás profesionales de la salud deben identificar maneras eficaces de mantener y promover el desarrollo de esas características positivas en la población para mejorar la capacidad de enfrentamiento y preparar los pacientes para la imprevisible tarea de vivir con una enfermedad crónica.

Los puntajes de la Escala de Autoestima de Rosenberg evidenciaron que los sentimientos que la persona tiene de sí misma en relación a su valor (capacidad, importancia y éxito) fueron moderados (promedio de 20,31 puntos).

Las mujeres presentaron mayores puntajes de autoestima cuando comparadas a los hombres ($p = 0,031$). Niveles elevados de autoestima fueron encontrados en una investigación brasileña, realizada en pacientes con coronariopatías, sin embargo no fue observada diferencia significativa entre los sexos masculinos y femeninos[23].

Un metaanálisis de 80 estudios evidenció que la baja autoestima es un factor predictor de depresión, independientemente del sexo y edad de los individuos[24]. En nuestro estudio, los mayores puntajes de autoestima fueron en pacientes que presentaron síntomas de ansiedad, no corroborando los resultados encontrados en la literatura[24].

Las evidencias apuntan que existe una mayor robustez en la relación entre depresión y autoestima que ansiedad y autoestima, hecho que puede estar relacionado a las vulnerabilidades cognitivas específicas de cada evento. En la depresión, el individuo hace constantes evaluaciones negativas de sí mismo, del mundo y del futuro; y, en la ansiedad, anticipa amenazas físicas o psicológicas[24]. Existe necesidad de realizar nuevas investigaciones que investiguen la asociación entre ansiedad y autoestima, controlando las variables que pueden interferir en ese proceso.

Otros estudios comprobaron que la autoestima elevada puede estar asociada a la reducción de la enfermedad coronariana[20] y a la mejoría de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca[25]. Condiciones psicológicas positivas, como la autoestima, pueden causar un efecto cardioprotector, evitando inflamación sistémica y arteriosclerosis, al contrario

de las condiciones psicológicas negativas, como la depresión y la falta de esperanza[24].

Individuos con niveles más bajos de autoestima son más sensibles a las críticas de otros y se preocupan con la forma con que los otros lo ven y lo juzgan, evitando así, exponerse en demasía y proteger su autoestima. Como consecuencia, pueden sentirse solitarios, tristes, tímidos, incapaces de realizar sus tareas y de obtener placer por cosas que antes le causaban placer; lo que puede llevarlos a una percepción negativa de su propio valor, condición que puede elevar el riesgo de desarrollar síntomas depresivos[24].

La autoestima parece ser un factor facilitador para la prevención de las enfermedades cardiovasculares. De esta forma, enfermeros y otros profesionales de la salud deben planificar un abordaje enfocado en la persona. Una evaluación de la salud orientada para los aspectos biopsicosociales del paciente cardíaco, en el ambiente hospitalario, podrá contribuir para la identificación precoz – de síntomas ansiosos y depresivos, de baja autoestima y resiliencia perjudicada – con el objetivo de promover estrategias individuales y en grupo para el tratamiento de esas condiciones.

Este estudio fue limitado por el tiempo y delineamiento transversal, no siendo posible el acompañamiento en el largo plazo para evaluar la resiliencia y la autoestima en cada fase de la enfermedad cardiovascular. Además de eso, apenas aquellos pacientes internados en el hospital escogido participaron de la investigación, por tanto, nuestros resultados no pueden ser generalizados para otros ambientes clínicos.

Sin embargo, los resultados obtenidos posibilitaron la comprensión de algunas características emocionales relevantes para pacientes con enfermedades cardiovasculares, permitiendo que enfermeros y otros profesionales de la salud amplíen sus posibilidades de actuación, con intervenciones sobre las condiciones psicosociales, para que el paciente conviva mejor con su enfermedad y adopte un estilo de vida más positivo. Además, elucida la necesidad de realizar futuros estudios clínicos que comprueben programas de fortalecimiento de habilidades cognitivas y emocionales y que produzcan nuevas evidencias científicas para que se puedan implementar en la práctica.

Conclusión

En conclusión, nuestros resultados mostraron algunas características psicosociales presentes en pacientes con enfermedades cardiovasculares. Las mujeres presentaron más síntomas de ansiedad y depresión y mayor autoestima, y los hombres fueron más resilientes.

Los pacientes de los dos sexos con síntomas depresivos y las mujeres con ansiedad fueron asociados a menores puntajes de resiliencia. Los niveles de autoestima fueron superiores en hombres y mujeres con ansiedad.

El estudio tiene importantes consecuencias para la práctica clínica y para la investigación en enfermería, ya que apunta caminos para perfeccionar el abordaje al paciente en ambiente hospitalario y dirige estudios futuros sobre intervenciones orientadas a obtener un mejor enfrentamiento de las adversidades y promoción de la percepción positiva de sí mismo.

Referencias

1. Malta DC, Silva JB Jr da. Brazilian Strategic Action Plan to Combat Chronic Non-communicable Diseases and the global targets set to confront these diseases by 2025: a review. Epidemiol Serv Saúde. [Internet]. 2013 [Access Nov 10, 2015]; 22(1):151-64. Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742013000100016&script=sci_arttext. http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100016.

2. Buck HG, Dickson VV, Fida R, Riegel B, D'Agostino F, Alvaro R, et al. Predictors of hospitalization and quality of life in heart failure: A model of comorbidity, self-efficacy and self-care. Int J Nurs Stud. [Internet]. 2015 [Access Nov 10, 2015];52(11):1714-22. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748915002230. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.06.018.

3. Leppin AL, Gionfriddo MR, Sood A, Montori VM, Erwin PJ, Zeballos-Palacios C, et al. The efficacy of resilience training programs: a systematic review protocol. Syst Rev. [Internet]. 2014 [Access Oct 26, 2015];3:20. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3946765/pdf/2046-4053-3-20.pdf. doi: 10.1186/2046-4053-3-20.

4. Windle G, Bennett KM, Noyes J. A methodological review of resilience measurement scales. Health Qual Life Outcomes. [Internet] 2011 [Access Oct 26, 2015];4;9:8. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3042897/pdf/1477-7525-9-8.pdf. doi: 10.1186/1477-7525-9-8.

5. Wagnild GM, Young H. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. J Nurs Meas. 1993;1(2):165-78.

6. Bergh C, Udumyan R, Fall K, Almroth H, Montgomery S. Stress resilience and physical fitness in adolescence and risk of coronary heart disease in middle age. Heart. [Internet] 2015 [Access Nov 10, 2015];101(8):623-9. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/

pmc/articles/PMC4396533/pdf/heartjnl-2014-306703.pdf. doi: 10.1136/heartjnl-2014-306703.

7. Ma LC, Chang HJ, Liu YM, Hsieh HL, Lo L, Lin MY, et al. The Relationship between Health-Promoting Behaviors and Resilience in Patients with Chronic Kidney Disease. Scientific Wld J. [Internet] 2013 [Access Nov 11, 2015];25;2013:124973. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3621294/pdf/TSWJ2013-124973.pdf doi: 10.1155/2013/124973.

8. Bang JS, Jo S, Kim GB, Kwon BS, Bae EJ, Noh CI, et al. The mental health and quality of life of adult patients with congenital heart disease. Int J Cardiol. [Internet] 2013 [Access Nov 10, 2015];170(1):49-53. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167527313018172. doi: 10.1016/j.ijcard.2013.10.003.

9. Frigiola A, Bull C, Wray L. Exercise capacity, quality of life, and resilience after repair of tetralogy of Fallot: a cross-sectional study of patients operated between 1964 and 2009. Cardiol Young. [Internet] 2014 [Access Nov 10, 2015];24(1):79-86. Available from: http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FCTY%2FCTY24_01%2FS1047951112002296a.pdf&code=6f6e01252aa5a0815eecd461067b11c3. doi: 10.1017/S1047951112002296.

10. Lossnitzer N, Wagner E, Wild B, Frankenstein L, Rosendahl J, Leppert K, et al. Resilience in chronic heart failure. Dtsch Med Wochenschr. [Internet] 2014 [Access Nov 11, 2015];139(12):580-4. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Lossnitzer+N%2C+Wagner+E%2C+Wild+B%2C+Frankenstein+L%2C+Rosendahl+J%2C+Leppert+K+et+al.+Resilience+in+chronic+heart+failure. doi: 10.1055/s-0034-1369862.

11. Botega NJ, Pereira WA, Bio MR, Garcia Júnior C, Zomignani MA. Psychiatric morbidity among medical in-patients: a standardized assessment (GHQ-12 and CIS-R) made by 'lay' interviewers in a Brazilian hospital. Soc Psychiat Epidemiol. 1995;30(3):127-31.

12. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. Cad Saúde Pública. [Internet] 2005 [Acesso 10 nov 2015];21(2):436-47. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csp/v21n2/10.pdf.

13. Dini DM, Quaresma MR, Ferreira LM. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de autoestima de Rosenberg. Rev Soc Bras Cir Plast. [Internet] 2004 [Acesso 10 nov 2015];19(1):41-52. Disponível em: http://www.rbcp.org.br/imagebank/pdf/19-01-04pt.pdf.

14. Polikandrioti M, Goudevenos J, Michalis LK, Koutelekos J, Kyristi H, Tzialas D, et al. Factors associated with depression and anxiety of hospitalized patients with heart failure. Hellenic J Cardiol. [Internet] 2015 [Access Nov 10,v 2015];56(1):26-35. Available from: http://www.hellenicjcardiol.org/archive/full_text/2015/1/2015_1_26.pdf.

15. Watkins LL, Koch GG, Sherwood A, Blumenthal JA, Davidson JRT, O'Connor C, et al. Association of Anxiety and Depression With All-Cause Mortality in Individuals With Coronary Heart Disease. J Am Heart Assoc. [Internet] 2013 [Access Nov 10, 2015];19;2(2):e000068. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3647264/pdf/jah3-2-e000068.pdf. doi: 10.1161/JAHA.112.000068.

16. Mastrogiannis D, Giamouzis G, Dardiotis E, Karayannis E, Chroub-Papavaiou A, Kremeti D, et al. Depression in Patients with Cardiovascular Disease. Cardiol Res Pract. [Internet] 2012 [Access Nov 10, 2015];2012:794762. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3398584/pdf/CRP2012-794762.pdf. doi: 10.1155/2012/794762.

17. Möller-Leimkühler AM. Gender differences in CVD and depression. Dialogues Clin Neurosci. [Internet] 2007 [Access Nov 10, 2015];9(1):71-83. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181845/pdf/DialoguesClinNeurosci-9-71.pdf.

18. WHO. [Internet]. Depression [Access May 12, 2016]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/.

19. Larsen KK. Depression following myocardial infarction--an overseen complication with prognostic importance. Dan Med J. [Internet] 2013 [Access Nov 13, 2015];60(8):B4689. Available from: http://www.danmedj.dk/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob_page.show?_docname=10270994.PDF.

20. Lundgren O, Garvin P, Jonasson L, Andersson G, Kristenson M. Psychological Resources are Associated with Reduced Incidence of Coronary Heart Disease. An 8-Year Follow-up of a Community-Based Swedish Sample. Int J Behav Med. [Internet] 2015 [Access Nov 10, 2015];22(1):77-84. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4311061/pdf/12529_2014_Article_9387.pdf. doi: 10.1007/s12529-014-9387-5.

21. Kao CW, Chen TY, Cheng SM, Lin WS, Friedmann E, Thomas SA. Gender differences in the predictors of depression among patients with heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs. [Internet] 2013 [Access Nov 17, 2015];13(4):320-8. Available from: http://cnu.sagepub.com/content/13/4/320.long. doi: 10.1177/1474515113496493.

22. Bazrafshan MR, Jahangir F, Mansouri A, Kashfi SH. Coping strategies in people attempting suicide. Int J High Risk Behav Addict . [Internet] 2014 [Access Nov 15, 2015];9;3(1):e16265. Available from: http://

www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4070193/pdf/ijhrba-03-01-16265.pdf. doi: 10.5812/ijhrba.16265.

23. Silvério CD, Dantas RA, Carvalho AR. Gender-specific evaluation of coronary disease patients' self-esteem and social support. Rev Esc Enferm USP. [Internet] 2009 [Access Nov 13, 2015];43(2):407-14. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/en_a21v43n2.pdf. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000200021

24. Sowislo JF, Orth U. Does Low Self-Esteem Predict Depression and Anxiety? A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. Psychol Bull. [Internet] 2013 [Access Nov 21, 2015];139(1):213-40. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Ulrich_Orth/publication/228064767_Does_Low_Self-Esteem_Predict_Depression_and_Anxiety_A_Meta-Analysis_of_Longitudinal_Studies/links/09e415140f47fc4c8a000000.pdf. doi: 10.1037/a0028931.

25. Cajanding RJ. The Effectiveness of a Nurse-Led Cognitive-Behavioral Therapy on the Quality of Life, Self-Esteem and Mood Among Filipino Patients Living With Heart Failure: a Randomized Controlled Trial. Appl Nurs Res. [Internet] 2016 [Access Ago 5, 2016];31:86-93. Available from: http://ac.els-cdn.com/S0897189716000185/1-s2.0-S0897189716000185-main.pdf?_tid=b6c41386-5d6e-11e6-bc14-00000aab0f26&acdnat=1470664257_54419c6f59de1417016ccb95cd1b4ba8. doi: 10.1016/j.apnr.2016.01.002.

Recibido: 15.12.2015
Aceptado: 15.9.2016

Correspondencia:
Daniele Alcalá Pompeo
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Departamento de Enfermagem Especializada
Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416
Vila São Pedro
CEP: 15090-000, São José do Rio Preto, SP, Brasil
E-mail: dalcala@eerp.usp.br / daniele.pompeo@famerp.br

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.
Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.