

Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades cardiovasculares durante la pandemia COVID-19.

AUGUSTO VICARIO (1), RUTH FERNÁNDEZ (2), JULIO ENDERS (2), ALBERTO ALVES DE LIMA (3), GUSTAVO H. CEREZO (1)

(1). Unidad Corazón-Cerebro. Servicio de Prevención Cardiovascular. ICBA-Instituto Cardiovascular. Buenos Aires, Argentina.

(2). Escuela de Salud Pública. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.

(3). Departamento de Docencia e Investigación ICBA-Instituto Cardiovascular. Buenos Aires, Argentina.

(C1428ART) CABA. Argentina.

[E-mail](#)

Recibido 22-MAYO-2020 – ACEPTADO después de revisión el 26-JUNIO-2020.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses en el tema abordado.

Resumen

El aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) impuesto a consecuencia de la pandemia COVID-19 aplanó la curva de contagios. Sin embargo, su implementación prolongada podría tener un efecto negativo sobre la salud mental de la población. El objetivo de nuestro trabajo fue observar dicho efecto sobre la prevalencia de ansiedad y/o depresión en una muestra de pacientes con enfermedades cardiovasculares y asociar los resultados con los factores de riesgo y/o la enfermedad coronaria. En el día 90 del ASPO, 3542 participantes contestaron un cuestionario electrónico en el cual se incluían las preguntas de la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria. La edad promedio de la muestra fue 60.2±14 años (54.7% mujeres). La prevalencia de ansiedad fue 13.5%(n=480), la depresión 16.7%(n=592) y 44% de los participantes con depresión presentaron síntomas de ansiedad (trastorno combinado). El sexo femenino fue más afectado (ansiedad 18.8% vs. 13.3% y depresión 19.1% vs. 13.7%, $p < 0.0001$). Ambos trastornos se asociaron en forma inversa con la edad, siendo los participantes ≤ 40 años más afectados que los ≥ 71 años (ansiedad 24.6% vs. 9%; depresión 19.6% vs. 15.3%; $p < 0.001$). El análisis de regresión logística no encontró asociación con los factores de riesgo y/o enfermedad coronaria. Sin embargo, la ansiedad y depresión se asociaron con conductas de riesgo: sedentarismo, mayor consumo de cigarrillos y psicofármacos. En conclusión, el aumento en la prevalencia de ansiedad y/o depresión podría deberse a la implementación prolongada del ASPO. El grupo de edad de adultos jóvenes (≤ 40 años) fue el más afectado.

Palabras clave: ansiedad, depresión, factores de riesgo vasculares, COVID-19.

Abstract

The preventive and compulsory social isolation (ASPO by its acronym in Spanish) as a consequence of the COVID-19 pandemic flattened the contagion curve. However, its prolonged implementation could have a negative effect on the mental health of the population. The objective of our study was to observe this effect on the prevalence of anxiety and/or depression in a cardiovascular patients' sample and to associate the results with risk factors and/or coronary artery disease. On day 90 of ASPO, 3542 participants answered an electronic questionnaire that included the Hospital Anxiety and Depression scale. The average age of the sample was 60.2 ± 14 years (54.7% women). The prevalence of anxiety was 13.5 % (n = 480), depression 16.7% (n = 592), and 44% of participants with depression had symptoms of anxiety (composite disorder). The female sex was more affected (anxiety 18.8% vs. 13.3% and depression 19.1% vs. 13.7%, $p < 0.0001$). Both disorders were inversely associated with age, with participants ≤ 40 years being more affected than those ≥ 71 years (anxiety 24.6% vs. 9%; depression 19.6% vs. 15.3%; $p < 0.001$). Logistic regression analysis found no association with risk factors and/or cardiovascular disease. However, anxiety and depression were associated with risk behaviors: sedentary lifestyle, increased smoking and use of psychotropic drugs. In conclusion, the increase in the prevalence of anxiety and/or depression could be due to the prolonged implementation of ASPO. The age group of young adults (≤ 40 years) was the one most affected.

Key words: anxiety, depression, vascular risk factors, COVID-19.

INTRODUCCIÓN

En enero del 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró como emergencia sanitaria el brote de la enfermedad COVID-19 (*Corona Virus Disease 19*) causada por un nuevo coronavirus SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus 2*) [1]. El 19 de marzo, las autoridades de Argentina decretaron el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) después de haberse calificado a COVID-19 como pandemia creando una situación sin precedentes [2]. La elevada "carga" de incertidumbre y baja predictibilidad de COVID-19 agravado por el ASPO influyó de forma negativa sobre la experiencia emocional de las personas incrementando el riesgo de comprometer la salud mental. En los últimos meses, distintas publicaciones dan cuenta del efecto psicológico de la "cuarentena", el aumento en la prevalencia de ansiedad y/o depresión y su potencial riesgo de agravar la salud cardiovascular en personas vulnerables o con comorbilidades [3]. La interacción entre los trastornos conductuales y la enfermedad cardiovascular es compleja y bidireccional. Una investigación realizada en 2018 (Estudio EPICA), en pacientes ambulatorios con factores de riesgo vasculares demostró que el 20.8% sufría ansiedad, el 9.8% depresión y el 21.6% un trastorno combinado [4]. Estos porcentajes son mucho más elevados que los publicados por

Stagnaro y col., en un estudio realizado en Argentina, sobre población general financiado por el Ministerio de Salud de la Nación y ejecutado por la Facultad de Medicina de la UBA (ansiedad 9.4% y depresión 5.7%) [5]. La ansiedad y/o la depresión son factores de riesgo para infarto de miocardio e indicadores pronóstico con un riesgo atribuible a la población similar a la hipertensión arterial [6]. Estos trastornos conductuales pueden precipitar un evento cardiovascular (infarto), descompensar un cuadro de insuficiencia cardíaca o desencadenar arritmias.

El ASPO ha controlado en forma efectiva los contagios por SARS-CoV-2 (COVID-19), sin embargo, el confinamiento prolongado dispuesto en Argentina nos enfrenta en forma indiscutible a sus consecuencias neuropsiquiátricas o conductuales. El objetivo del presente estudio ha sido explorar la asociación del ASPO impuesto por la pandemia COVID-19 sobre la salud mental de las personas (prevalencia de síntomas de ansiedad y/o depresión) y asociarlos con los factores de riesgo, la enfermedad cardiovascular y/o conductas de riesgo tales como sedentarismo y/o tabaquismo.

MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño del estudio fue epidemiológico, transversal y descriptivo. La muestra del presente estudio fue obtenida de la base de datos de pacientes del Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (ICBA). Siguiendo los criterios de inclusión fueron seleccionados los pacientes ≥ 16 años atendidos en este centro en los 2 últimos años (2018-2019). El día 90 del ASPO fue enviado un cuestionario no personalizado y sin incentivos a 45 088 direcciones de correo electrónico. Tres días después se obtuvo una tasa de apertura del 55.4% (n=25 016). Se recibieron 5399 cuestionarios iniciados o terminados (n=1828+3571) que corresponde a una tasa de respuesta de 21.5% y una tasa de retención de 14.1%. Fueron excluidas 29 respuestas por no completar en forma correcta el cuestionario, quedando la muestra final integrada por 3542 respuestas válidas que fueron exportadas a una base de datos Microsoft Excel.

El cuestionario fue diseñado sobre la plataforma *JotForm* para ser auto-administrado. Estaba compuesto por 24 preguntas de las cuales 14 correspondían a la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD por sus siglas en inglés *Hospital Anxiety and Depression scale*) [7]. Las restantes 10 preguntas reunían información sobre: 1) datos demográficos (edad, sexo), 2) clínicos (hipertensión, diabetes, dislipidemia y tabaquismo), 3) antecedentes de enfermedad cardiovascular y/o cerebrovascular, 4) presencia de conductas de riesgo (sedentarismo, tabaquismo y consumo de psicofármacos), 5) presencia de síntomas cardiovasculares durante el ASPO (dolor de pecho y/o palpitaciones y/o aumento de la presión arterial), y 6) posibles consultas virtuales, presenciales o internaciones realizadas durante el ASPO.

La escala HAD es una herramienta de *screening*, auto-administrada para evaluar el status conductual. En ella los síntomas somáticos, causados tanto por la ansiedad y/o depresión como por enfermedades físicas como las cardiovasculares (opresión precordial, palpitaciones, etc.), son sustituidos por otros más específicos vinculados a la esfera psíquica del trastorno. El cuestionario consta de 14 preguntas divididas en 2 sub-escalas de 7 preguntas cada una que exploran los síntomas psíquicos de la ansiedad y depresión. La intensidad o frecuencia del síntoma se valora a través de una escala de Likert de 4 puntos (rango entre 0 = nunca y 3 = siempre). Se consideran los puntos de corte como los definidos por Zigmond y Snaith (1983) en su artículo original: ≤ 7 puntos sin síntomas de ansiedad/depresión: "normal", 8-10 puntos: "caso probable" y ≥ 11 puntos: "caso" de ansiedad/depresión [7].

Análisis estadístico

Las medidas de resumen de las variables categóricas fueron sus frecuencias relativas expresadas en porcentajes y las variables continuas por la media \pm desvío estándar (DE). Para las comparaciones se utilizó análisis bi-variado por datos categorizados (test de chi cuadrado ajustado) o Mann Whitney, de acuerdo a la naturaleza de las variables involucradas en la comparación. Se realizó análisis de regresión logística. En todos los casos se trabajó con un nivel de confianza del 95%. Para el análisis estadístico se utilizó el *software* InfoStat®.

Consideraciones éticas

Antes de responder la encuesta, todos los participantes consintieron participar del estudio luego de haber leído las características y alcances del mismo. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética independiente del ICBA (código de registro: 1861). Todas las respuestas analizadas de los participantes fueron procesadas en forma anónima no siendo posible asociar los datos con las personas que los originaron cumpliendo con la ley nacional de protección de datos personales (Ley Nº 25.326).

RESULTADOS

La **tabla 1** resume las características clínicas y demográficas de la muestra estudiada. La edad media fue 60.2 ± 14 años (rango 18-99 años), la prevalencia de mujeres fue mayor (54.7% vs. 45.2%, $p < 0.0001$) y su media de edad fue menor que en los hombres (58.0 ± 14.4 años vs. 62.9 ± 13.0 años, $p < 0.0001$). La prevalencia de "caso" ansiedad fue 13.5%, depresión 16.7% y el 44% de aquellos con diagnóstico de depresión tenían asociados síntomas de ansiedad (trastorno combinado). Con salvedad del tabaquismo, los factores de riesgo y la enfermedad coronaria fueron más prevalentes en el sexo masculino, en tanto los trastornos conductuales (ansiedad y depresión) prevalecieron en las mujeres.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de la muestra estudiada (n=3542), los valores son porcentajes y frecuencias absolutas entre paréntesis.

Variable	Total (%-n)	Femenino	Masculino	Valor P
Edad (años-media ± DE)	60.2 ± 14	58.03 ± 14.4	62.9 ± 13.06	<0.0001
≤ 40 años*	10.8(357)	70.0(250)	29.9(107)	<0.0001
41-50	24.9(471)	66.2(312)	33.7(159)	<0.0001
51-60	21.8(775)	57.9(449)	42.0(326)	<0.0001
61-70	29.7(1054)	51.0(538)	48.9(516)	0.33
≥ 71	24.9(885)	44.1(391)	55.8(494)	<0.0001
Sexo		54.7(1940)	45.2(1602)	<0.0001
Factores de riesgo vascular*				
Hipertensión	38.4(1362)	32.3(627)	45.8(735)	<0.0001
Diabetes	10.0(355)	6.3(124)	14.4(231)	<0.0001
Dislipidemia	14.6(518)	15.0(292)	14.1(226)	0.42
Fumador	7.0(251)	8.2(160)	5.6(91)	<0.01
Sedentario	70.4(2497)	71.8(1393)	68.9(1104)	0.06
Enfermedades cardiovasculares*				
E. Coronaria	17.0(605)	6.4(125)	29.9(480)	<0.0001
IM	5.1(184)	1.3(27)	9.8(157)	<0.0001
CRM	7.5(266)	2.7(54)	13.2(212)	<0.0001
ATC/stent	9.9(351)	3.3(65)	17.8(286)	<0.0001
FA	4.4(157)	3.2(63)	5.8(94)	<0.002
ACV	1.5(54)	1.2(24)	1.8(30)	0.12
Trastornos conductuales*				
Ansiedad (probable)	16.3(580)	18.8(366)	13.3(214)	<0.0001
Ansiedad "caso"	13.5(480)	17.7(345)	8.4(135)	<0.0001
Depresión (probable)	17.9(636)	20.0(388)	15.4(248)	<0.0001
Depresión "caso"	16.7(592)	19.1(372)	13.7(220)	<0.0001

IM, infarto de miocardio; CRM, cirugía de revascularización miocárdica; ATC, angioplastia transluminal coronaria; FA, fibrilación auricular; ACV, ataque cerebrovascular; E. Coronaria, enfermedad coronaria (IM y/o CRM y/o ATC). El valor de p corresponde a sexo femenino vs masculino.

La ansiedad y depresión fueron asociadas en forma inversa y significativa con los grupos de edad (**Figura 1**). En el grupo ≤ 40 años el 24.6% presentaba ansiedad (p<0.001 respecto a los otros grupos) y el 19.6% depresión (p<0.001 respecto a los otros grupos, pero no al grupo 41-50 años), en tanto en grupo ≥ 71 años la prevalencia fue 9% y 15.3% respectivamente (en ambos casos p<0.001 respecto a las otras categorías) (**Figura 2**). Solo en los grupos de 51-60 años y ≥ 71 años la prevalencia de depresión fue significativamente

superior a la ansiedad (**Figura 2**). El análisis de regresión logística no mostró asociación entre los trastornos conductuales (ansiedad y depresión) y los factores de riesgo y/o la enfermedad coronaria (infarto de miocardio y/o angioplastia y/o cirugía de revascularización).

Figura 1. Distribución de medias \pm EE de los puntajes de HAD-Ansiedad/Depresión según categorías de edad (n=3542). **Figura A:** Los puntajes de los grupos de categoría de edad con las letras A-B-C-D, son significativamente diferentes entre sí. El puntaje del grupo ≥ 71 años es menor a las otras categorías de edad ($p < 0.001$); grupo 61-70 años es diferente a las otras categorías de edad ($p < 0.001$); los grupos de 51-60 y 41-50 son similares entre si y diferentes a los otros tres grupos ($p < 0.001$); el grupo ≤ 40 años es superior a los otros grupos ($p < 0.001$). **Figura B:** Los puntajes de las categorías de edad A-B-C, son significativamente diferentes entre sí. El puntaje de los grupos ≥ 71 y 61-70 años es menor a las otras categorías de edad ($p < 0.001$); el grupo 51-60 es similar al 41-50 años y diferente a los de los otros grupos ($p < 0.001$); el grupo 41-50 años es similar al ≤ 40 años y diferente a los otros grupos ($p < 0.001$); el grupo ≤ 40 años es similar al grupo 41-50 años y superior a los otros grupos ($p < 0.001$).

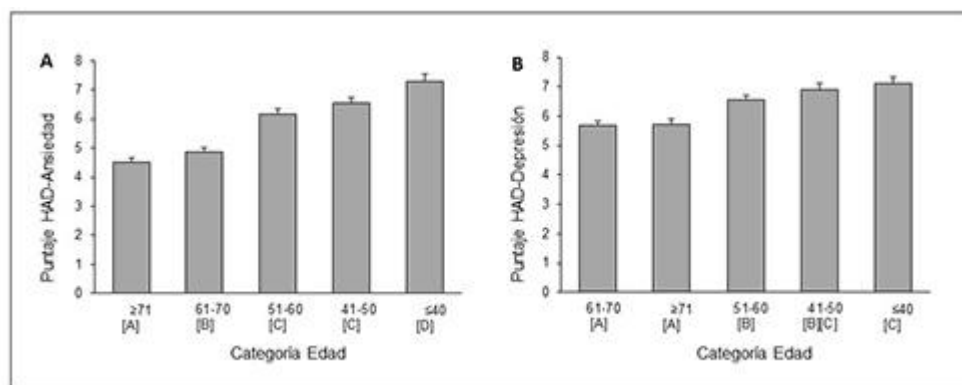
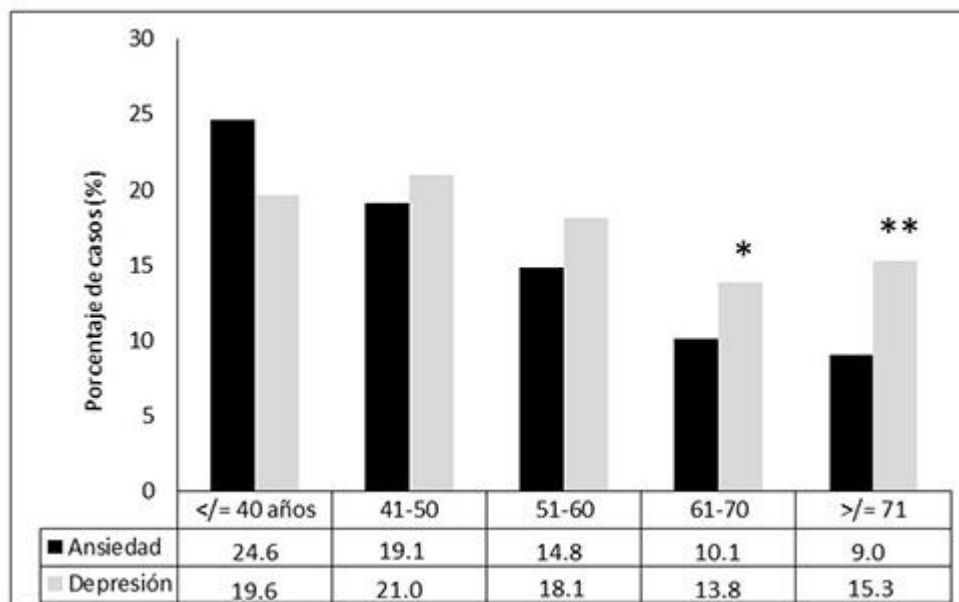


Figura 2. Prevalencia de ansiedad y depresión según categorías de edad. Las categorías están expresadas cada 10 años entre los 40 y 70 años. Los valores de la tabla son porcentajes. Los valores p comparan prevalencia de ansiedad y depresión en la categoría. *valor de p = 0.009; **valor de p 0.0001



El análisis de las conductas de riesgo (tabaquismo y sedentarismo) demostró que el 25.2% (n =893) de la muestra eran ex fumadores, el 7% (n = 251) fumadores y, el 13.3% (n = 153) de ellos volvió a fumar o incrementó el número de cigarrillos fumados durante el ASPO. En tanto que, el 70.4% de la muestra era sedentaria (menos 150 min/semana). En ambos casos, la prevalencia de ansiedad y depresión fue mayor en los grupos de fumadores y sedentarios (**Tabla 2**).

Tabla 2. Prevalencia de ansiedad y depresión en las conductas de riesgo.

	Fumador*			Sedentario**		
	Si n=251	No n=3291	Valor P	Si n=2497	No n=1045	Valor P
Ansiedad	16.3(41)	13.3(439)	0.18	14.9(374)	10.1(106)	<0.0001
Depresión	23.1(58)	16.2(534)	0.005	20.8(520)	7.8(82)	<0.0001

*Fumador actual. **Menos de 150 minutos/semana de actividad física. Los valores son porcentajes y frecuencias absolutas entre paréntesis.

El 28.8% (n = 1021) de la muestra total recibía psicofármacos de los cuales el 18.9% (n=193) incrementaron la dosis durante el ASPO. La prevalencia de ansiedad y depresión fue mayor

en quienes aumentaron la dosis de psicofármacos comparado con quienes mantuvieron la dosis habitual (ansiedad 43% vs. 14.9%, $p < 0.0001$; depresión 41.4% vs. 20.1%, $p < 0.0001$). El 73.7% ($n = 2613$) presentó algún trastorno del sueño (“despertares nocturnos” 35.9% ($n=1272$), “dificultad en conciliar el sueño” 23.9% ($n=848$), “dormir más tiempo” 19.9% ($n=707$) y “despertares muy tempranos” 13.9% ($n=495$)). Los participantes $HAD \geq 11$ puntos (caso de ansiedad y/o depresión) realizaron mayor número de consultas (virtuales, presenciales o en servicios de emergencia). El porcentaje de consultas en los participantes con ansiedad fue 27.9% vs. 15.3%, $p < 0.0001$ y con depresión 24.4% vs 15.3%, $p < 0.0001$. Entre quienes realizaron consultas los síntomas más frecuentes fueron: “palpitaciones” (23%), “elevación de la presión arterial” (18%) y “opresión precordial” (16.2%).

DISCUSIÓN

El resultado más relevante de nuestro estudio fue la elevada prevalencia de ansiedad (13.5%) y depresión (16.7%) observada en la muestra durante del ASPO con significativo predominio en el sexo femenino y la presencia de un trastorno combinado (44% de aquellos con diagnóstico de depresión presentaban síntomas de ansiedad), resultados que incrementan el riesgo de progresión y/o mortalidad de las enfermedades cardíacas en pacientes con insuficiencia cardíaca o enfermedad coronaria [8,9]. Más aún, si sumamos la presencia de “casos probables” (HAD entre 8-10 puntos) estos porcentajes se duplican, de manera que la tercera parte de la muestra analizada sufre algún grado de trastorno de ansiedad o depresión. Estos porcentajes exceden en forma amplia los informados por Stagnaro y col. en el estudio realizado en Argentina sobre población general (ansiedad 9.4% y depresión 5.7%), e incluso los informados en el estudio EPICA (ansiedad 20.8% y depresión 9.8%), respecto al cual la prevalencia de depresión se duplicó y la prevalencia de ansiedad disminuyó 5 [4,5]. El estudio EPICA fue una investigación realizada en más de 1000 pacientes con factores de riesgo y/o enfermedades cardiovasculares asistidos en los consultorios de cardiología del ICBA que, si bien utilizó la misma escala para evaluar la presencia de ansiedad y/o depresión varió la metodología con que se obtuvieron los datos. En este estudio el cuestionario fue completado en forma presencial, “en papel” y sin supervisión, en tanto en la investigación actual se completó online y fue enviado por correo electrónico. Si bien parece evidente que la diferencia establecida con la población general podría responder a las características de la muestra a quién fue dirigido el cuestionario (base de datos de personas atendidas en un centro monovalente de cardiología con factores de riesgo o enfermedad cardíaca), la diferencia con los resultados del estudio EPICA son más complejas de explicar. Es posible que los mismos puedan ser interpretados como consecuencia de las diferencias metodológicas utilizadas en ambos estudios, sin embargo, el ASPO podría explicar la mayor prevalencia en los “casos” de depresión respecto a los “casos” de ansiedad. Las encuestas publicadas sobre la prevalencia de trastornos

conductuales realizadas durante la primera semana de la cuarentena por la COVID-19, han informado mayor prevalencia de ansiedad respecto a la depresión, tal el caso del estudio realizado en China (ansiedad 28.8% vs. depresión 16.5%) o el estudio del norte de España (ansiedad 16% vs. depresión 12%) [10,11]. Estos resultados podrían ser interpretados por el predominio, en esta etapa, de emociones tales como el miedo, la incertidumbre y la angustia las cuales generan respuestas adaptativas patológicas que desencadenan ansiedad. En tanto con el transcurso de los días, el aislamiento social prolongado desencadena otros sentimientos subjetivos tales como la soledad, la tristeza, la desesperanza y la inmovilidad, que afectan en forma predominante el estado anímico (depresión) [12]. Nuestra encuesta fue enviada tres meses después del inicio de la cuarentena (día 90) y podría así explicar porque la prevalencia de depresión fue más elevada que la ansiedad. Así, el ASPO prolongado o con fecha incierta de finalización, como el caso de Argentina, podría convertirse en un factor de riesgo con potenciales consecuencias negativas sobre la salud mental con efectos negativos sobre la salud cardiovascular de las personas precipitando o agravando enfermedades pre-existentes[3]. Coincidente con otros estudios, el puntaje de la escala HAD tanto como la prevalencia de “casos” de ansiedad y depresión presentaron una asociación inversa con la edad, siendo la categoría de ≤ 40 años la más afectada (ansiedad 24.6%, depresión 19.6%) comparada con los ≥ 71 años (ansiedad 9%, depresión 15.3%) [5,10,11]. No se observaron diferencias significativas en la prevalencia de ansiedad y depresión en las categorías de edad salvo en las categorías de 61 a 70 años y ≥ 71 años, en las cuales la prevalencia de depresión fue significativamente superior a la prevalencia de ansiedad. Estos hallazgos definen un grupo de personas conformado por adultos jóvenes con mayor vulnerabilidad a la falta de contactos sociales y mayor predisposición de padecer trastornos psicológicos y aumentar el riesgo de enfermedades vasculares.

A diferencia de los resultados del estudio EPICA, el análisis de regresión logística de la muestra no encontró asociación alguna entre los trastornos conductuales (ansiedad y depresión) y la enfermedad coronaria. Tal resultado podría explicarse por la menor prevalencia de factores de riesgo y enfermedad coronaria en la muestra estudiada respecto al estudio EPICA, consecuencia tal vez atribuible a la metodología utilizada para informar el dato (virtual vs. presencial), la mayor frecuencia con que los pacientes con enfermedad coronaria concurren a los consultorios para su atención o la presencia de co-variables que no han sido exploradas.

No obstante, estos resultados, tanto la depresión como la ansiedad siguen siendo factores de riesgo reconocidos para enfermedad coronaria e indicadores pronósticos de mortalidad [6]. De hecho, los pacientes de la muestra definidos como “casos” de ansiedad y/o depresión realizaron significativamente más consultas o concurren más veces a los

servicios de emergencias por presentar síntomas cardíacos (palpitaciones, elevaciones de la presión arterial u opresión precordial).

Los pacientes con ansiedad y depresión mostraron una asociación significativa con conductas de riesgo (más sedentarismo y aumento de cigarrillos fumados), las cuales también aumentan en forma indirecta el riesgo cardiovascular [6]. Además, y como consecuencia del trastorno conductual, las alteraciones del sueño y el consumo de psicofármacos fue más frecuente.

El estudio cuenta con algunas limitaciones. La primera es propia de aquellas investigaciones que obtienen datos mediante un cuestionario auto-administrado *online*, aunque la tasa de respuesta (21.5%) y retención (14.1%) fueron adecuadas y coincidentes con las esperadas en este tipo de cuestionario con un solo envío no personalizado, con consentimiento informado y sin incentivo (15-20%). La segunda, podría atribuirse a la comparación histórica con otro estudio (EPICA) realizado dos años antes en el ICBA que, aunque la escala utilizada para evaluar ansiedad y/o depresión (escala HAD) fue la misma, la forma en que fueron obtenidos los datos fue distinta (cuestionario presencial vs. electrónico).

En conclusión, en la muestra estudiada a los 90 días del ASPO la prevalencia de ansiedad y/o depresión fueron más elevada respecto a la informada en la población general y la depresión fue más elevada aún que la informada en pacientes con enfermedad cardiovascular. Fue más frecuente en los adultos jóvenes, en las mujeres y pareciera ser dinámica en el tiempo de acuerdo a las emociones que predominar en cada período de la cuarentena, Así, el ASPO prolongado parece tener efectos sobre el estado anímico (depresión). El confinamiento obligatorio es sin duda una limitante al movimiento y contactos sociales de las personas con consecuencias negativas sobre la salud psicológica que pueden aumentar en forma significativa el riesgo de complicaciones cardiovasculares. Es así que, si observamos solo los efectos beneficiosos del ASPO consistentes en evitar la exposición al contagio, sin prestar debida atención a las potenciales consecuencias sobre la salud en general es entender una parte del problema. Estas consecuencias no están asociadas a la pandemia COVID-19 sino, por el contrario, a cómo se implementa el ASPO. Más allá de la debida atención a estos problemas conductuales y sus probables consecuencias cardiovasculares, las autoridades sanitarias deberían encontrar el fino equilibrio entre la selección de los grupos de mayor riesgo de enfermar por COVID-19, la prevención de los contagios y las potenciales consecuencias patológicas (conductuales y cardiovasculares) que impone la obligatoriedad y duración del ASPO.

AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren expresar su agradecimiento a la Dra. Ruth Henquin, presidente del Comité de ética e investigación del Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (ICBA) por sus oportunos consejos que mejoraron la presentación del protocolo. También queremos reconocer la invaluable contribución del Sr. Nicolás Berney, miembro del *staff* del Departamento de Comunicaciones del ICBA-Instituto Cardiovascular, por la adaptación del cuestionario en la plataforma *online*, el envío del mismo a través de los medios electrónicos y la recopilación de datos.

PUNTOS CLAVE

- La implementación en forma prolongada del ASPO desaceleró la curva de contagios por COVID-19 pero aumentó la prevalencia de ansiedad y depresión.
- La prevalencia de ansiedad en una muestra de pacientes con enfermedades cardiovasculares se duplicó y la depresión se cuadruplicó durante el ASPO respecto de la población general.
- La ansiedad y la depresión se asociaron en forma inversa con la edad, con conductas de riesgo (sedentarismo y tabaquismo) así como con alteraciones del sueño y mayor consumo de psicofármacos.
- Los adultos jóvenes y las mujeres conforman un grupo con mayor vulnerabilidad a padecer trastornos psicológicos y aumentar en forma potencial el riesgo de enfermedades vasculares.

BIBLIOGRAFÍA

1. [Organización Mundial de la Salud. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19> Consultado en julio 2020.](https://www.who.int/es/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19)
2. [Decreto de Necesidad y Urgencia 297/2020. Boletín Oficial de la República Argentina. Disponible en <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320> Consultado en julio 2020.](https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320)
3. [Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet 2020; 395: 912 - 20.](#)
4. [Cerezo GH, Vicario A, Fernández R, Enders J. Prevalencia de depresión y ansiedad en la consulta cardiológica. Estudio EPICA \(Estudio sobre la Prevalencia de depresión en pacientes Cardiovasculares\) Rev Fed Arg Cardiol 2018; 47: 26 - 31.](#)
5. [Stagnaro JC, Cía AH, Aguilar Gaxiola S, et al. Twelve-month prevalence rates of mental disorders and service use in the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2018; 53: 121 - 9.](#)

6. [Litchman JH, Froelicher Es, Blumenthal JA et al. American Heart Association Scientific Statement. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations. Circulation 2014; 129: 1350 - 69.](#)
7. [Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67: 361 - 70.](#)
8. [Celano CM, Villegas AC, Albanese AM, Gaggin HK, Huffman JC. Depression and anxiety in heart failure: a review. Harv Rev Psychiatry.2018; 26: 175 - 184.](#)
9. [Celano CM, Millstein RA, Bedoya CA, et al. Association between anxiety and mortality in patients with coronary artery disease: A meta-analysis. Am Heart J 2015; 170: 1105 - 15.](#)
10. [Wang C, Pan R, Wan X, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease \(COVID-19\) epidemic among the general population in China. Int J Environ Res Public Health 2020; 17: 17 - 29.](#)
11. [Wang C, Pan R, Wan X, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease \(COVID-19\) epidemic among the general population in China. Int J Environ Res Public Health 2020; 17: 17 - 29.](#)
12. [Santini ZI, Koyanagi A, Tyrovolas S, et al. The association between social relationship and depression: a systematic review. J Affect Disord 2015; 175: 53 - 65.](#)