



IMPACTO DE LA DEPRESIÓN Y LA ANSIEDAD EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Peláez Hernández Viridiana, Figueroa López Carlos y Ramos del Río Bertha

Unidad de Cardiología Conductual. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM; Hospital General de México

ana_judo@hotmail.com

Insuficiencia Cardíaca, Ansiedad, Depresión, Calidad de Vida Relacionada con la Salud, Programa de Intervención Psicológica

RESUMEN:

Objetivo: Determinar el impacto de la ansiedad y la depresión en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de pacientes con Insuficiencia Cardíaca (IC).

Metodología: Participaron 114 pacientes del Servicio de Cardiología del Hospital General de México diagnosticados con IC clase funcional II o III; se utilizó un diseño transversal de tipo descriptivo y correlacional. Se realizó una evaluación, mediante los siguientes instrumentos a) Carta de consentimiento informado, b) Ficha de Identificación, c) Historia Clínica de la Insuficiencia Cardíaca, d) Cuestionario de Depresión de Yesavage (Aguilar-Navarro, Fuentes-Cantú, Ávila-Funes & García-Mayo, 2007), e) Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y f) Cuestionario de Cardiomiopatía Kansas City (Green, Porter, Bresnahan & Spertus, 2000).

Resultados: Características sociodemográficas de la muestra: edad media 56.92 años, 58.8% sexo masculino y 41.2% femenino; 57% casados o unión libre; 32.5% actividades del hogar y 40.04% oficios; 70.2% educación básica; 80.7% católicos; 50.9% presenta depresión, 16.7% ansiedad leve-moderada, 17.5% severa; 44.7% tiene un nivel medio de CVRS. Se encontró una relación significativa entre Ansiedad y Depresión ($r=.407$; $p<.001$), Depresión y CVRS ($r=-.531$; $p<.001$); así como, Ansiedad y CVRS ($r=-.355$; $p<.001$); es decir, que a menor nivel de Ansiedad y Depresión, mayor CVRS.

Conclusiones: En base a los datos encontrados, se considera relevante la planeación e implementación de estrategias de intervención psicológica en este tipo de población, fomentando así la intervención y la investigación multidisciplinarias con el fin de mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Introducción

Insuficiencia Cardiaca

La Insuficiencia Cardiaca (IC) se constituye en una entidad patológica con un gran impacto en la población general, considerándose uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, con importantes repercusiones económicas y sociales. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta entidad con el paso de los años tomará características de epidemia en los países desarrollados y subdesarrollados, incrementando la mortalidad, la pérdida de años productivos, el aislamiento psicosocial y, por consiguiente, los costos para los sistemas de salud (1).

La IC es una enfermedad crónica progresiva con una alta prevalencia en los países desarrollados (aproximadamente 2 % en Europa y USA), y con cerca de 550 000 nuevos casos anuales, en particular en adultos mayores. En los Estados Unidos, la IC es la causa principal de hospitalización en sujetos de 65 años, con una incidencia de 10/1000. Contribuyen a estas cifras el aumento de los factores de riesgo cardiovascular en la población y su envejecimiento progresivo, junto con la mayor efectividad en el tratamiento de las cardiopatías, en especial el aumento de la sobrevida después de un infarto agudo al miocardio.

La mortalidad anual en la IC es muy alta, aproximadamente el 50% de los pacientes diagnosticados con IC morirán en los próximos 5 años una vez establecido el diagnóstico. Por otro lado, se trata de una condición crónica caracterizada por descompensaciones o exacerbaciones y por hospitalizaciones recurrentes, lo que determina un enorme gasto en salud (2).

La principal función del corazón es empujar la sangre a todo el organismo, para que los tejidos puedan recibir el oxígeno y las sustancias necesarias para realizar sus funciones. La IC empieza cuando se presenta alteración cardiaca funcional o estructural, y el corazón no es capaz de enviar, con normalidad, sangre hacia el resto del organismo, o tiene menos fuerza de contracción. Otra causa es que el corazón no pueda llenarse de sangre correctamente, en general por presentar demasiada rigidez (hipertrofia del músculo cardiaco), aunque se pueda contraer bien. Por último, si las válvulas del corazón no se abren o cierran correctamente, la sangre no saldrá del corazón o volverá hacia atrás, y no llegará a los tejidos (3-4).

El corazón tiene la capacidad de adaptarse a las necesidades de cada situación, en circunstancias normales, como la práctica de ejercicio físico vigoroso, el corazón se acelera para satisfacer las necesidades de la situación. Cuando el corazón está dañado por cualquier causa y no bombea la sangre correctamente, trata de compensar esta deficiencia aumentando el número de latidos. Cuando su frecuencia supera los 100 latidos/minuto hablamos de taquicardia. En la IC pocas veces falta taquicardia en reposo. De esta forma, cuando se necesita mayor cantidad de oxígeno y nutrientes, el corazón no puede adaptarse a estas nuevas necesidades. Además de aumentar el número de latidos, el corazón insuficiente agranda su tamaño progresivamente para tratar de conseguir contracciones más vigorosas que compensen su deficiencia (3).

La New York Heart Association, clasifica la IC, según la capacidad funcional, en cuatro tipos:

Sin limitación física, la actividad física habitual no produce fatiga, disnea ni palpitaciones.

Ausencia de síntomas en reposo, pero la actividad habitual produce fatiga, disnea o palpitaciones.

Limitación importante de la actividad física, los síntomas aparecen con muy poca actividad.

Síntomas en reposo y con mínima actividad física (2).

La IC se origina generalmente cuando existen antecedentes de enfermedad cardiovascular como pueden ser la aterosclerosis, la cardiomiopatía, la miocarditis, las malformaciones congénitas, las alteraciones valvulares y por efecto de un tóxico o de una causa infecciosa. Por lo común, una causa mantenida durante años va produciendo una lesión progresiva en el corazón. Cuando el músculo cardiaco empieza a no funcionar bien, algunos mecanismos del organismo compensan el fallo durante un cierto tiempo. Por ello, a menudo, algunas personas no sienten grandes molestias a pesar de que el corazón no funcione del todo bien. Con el tiempo, se va haciendo evidente el agotamiento de este órgano, lo que repercute, además, en diversos órganos, que no realizan adecuadamente sus funciones. (3-4).

IMPACTO DE LA DEPRESIÓN Y LA ANSIEDAD EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

En México, las dos causas más frecuentes son la hipertensión arterial (HTA) y la enfermedad coronaria. La HTA afecta a una de cada tres personas adultas, y si no se controla de forma adecuada puede originar problemas como lesiones renales, cerebrales e infarto agudo de miocardio. Si la presión arterial se trata correctamente y las cifras son menores de 140/90 mmHg, el riesgo de que aparezcan esos problemas se reduce enormemente (3).

Si bien una elevada presión sanguínea puede parecer el resultado del estrés, no existe una relación simple entre el estrés y dicha presión sanguínea. Diversos estresores del medio ambiente pueden elevar la presión sanguínea, pero ésta recupera su estado normal cuando el estímulo situacional desaparece. Por el contrario, una exposición crónica ante el estresor puede jugar un papel importante en el desarrollo de la hipertensión (5).

La otra gran causa de IC es la enfermedad coronaria, sobre todo en personas que han padecido un infarto agudo de miocardio o angina de pecho. El infarto produce la muerte de una zona del músculo cardiaco, que deja de contraerse; si esta zona muerta es grande, el corazón se dilata y aparece IC (3).

Los tres síntomas más característicos de IC son:

- a) Disnea. Se refiere a la sensación subjetiva de falta de aire al respirar. Puede aparecer en relación con ejercicios importantes. Si aparece con esfuerzos ordinarios, a los que el paciente está habituado a realizar en la vida diaria, tiene mayor importancia diagnóstica. Un grado más avanzado de disnea es el que aparece con esfuerzos menores a los habituales y, por último, la llamada disnea de reposo o de mínimos esfuerzos, que es la que refleja un mayor grado de IC. La disnea a veces puede ser difícil de interpretar, particularmente en ancianos, obesos y mujeres.
- b) Fatiga o cansancio muscular. Se origina por muchas causas, siendo la más importante la escasa oferta de sangre y sustratos metabólicos que el corazón fatigado puede aportar a los músculos. Suele ir bastante paralela a la disnea. A veces es difícil de cuantificar, ya que, como la disnea, puede encontrarse en el límite de la normalidad o ser claramente incapacitante para el paciente.
- c) Edemas. Se trata de la hinchazón de las piernas, consecuencia de una retención de agua y sal por parte de los riñones. Cuando la IC es grave los edemas pueden llegar a ser muy aparatosos. En un paciente encamado, los edemas no aparecen tanto en las piernas, sino en la parte sacra y en los glúteos (2-3).

Es importante detectar la IC lo antes posible porque esta enfermedad, como otras, tiene mejor tratamiento cuanto más precozmente se detecta. Cuidar el corazón desde niño, con hábitos favorables, disminuye las probabilidades de padecer IC (3).

La IC se sospecha por los síntomas antes mencionados, mismos que deben ser objeto de consulta al médico. Éste deberá realizar una minuciosa exploración clínica, con historia y examen físico completo, y luego, exámenes complementarios que incluyen electrocardiograma, radiografía de tórax y ecocardiograma, el estudio más útil en la evaluación de daños estructurales en pacientes con IC. Es muy importante asegurar la existencia de lesión cardiaca antes de diagnosticar IC (2-3).

Se debe investigar el antecedente de diversas patologías o condiciones potencialmente causantes de enfermedad cardiaca: HTA, diabetes, enfermedad coronaria, valvulopatías, enfermedad vascular periférica, tabaquismo, fiebre reumática, drogas anticancerosas, radioterapia, alcohol, drogas ilícitas, síndrome de apnea del sueño y VIH; así como la presencia de antecedentes familiares de ciertas enfermedades que pueden tener expresión genética: miocardiopatías, muerte súbita, miopatías esqueléticas (2).

Depresión

La depresión es un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por la presencia de síntomas como la tristeza, la pérdida de interés y la incapacidad para experimentar sentimientos de placer, se hace crónica en la mayor parte de los pacientes y evoluciona en episodios recurrentes (6).

Según el National Institute of Mental Health, las personas que padecen de afecciones cardíacas tienen más probabilidades de sufrir de depresión que las personas sanas, y a la inversa. Además, las personas enfermas del corazón afectadas por la depresión tienen un mayor índice de mortalidad y

IMPACTO DE LA DEPRESIÓN Y LA ANSIEDAD EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

morbilidad, en comparación con las que no están deprimidas. De este modo, la depresión en pacientes con trastornos cardiovasculares puede exacerbar las consecuencias físicas de la enfermedad (7).

De igual modo, la depresión se asocia con factores involucrados en la fisiopatología de la enfermedad cardíaca dentro de ellos se encuentran:

- a) Las disregulación del sistema hipotálamo-hipofiso-simpatoadrenal (HHS).
- b) Los pacientes con depresión presentan alteraciones neuroendocrinas y neuroanatómicas que modifican el comportamiento del eje en cuestión.
- c) Con anormalidades de la función plaquetaria, coagulación sanguínea, función inmunológica, eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA), balance autonómico, metabolismo folato/homocisteína y función endotelial, todos los cuales se encuentran involucrados en el proceso arterioesclerótico.
- d) Se asocia con una respuesta inflamatoria de fase aguda, y concentraciones elevadas de proteína C reactiva, citocinas inflamatorias, como interleucinas-6 (IL-6), interleucina-1B (IL-1B), factor de necrosis tumoral alfa y antagonista del receptor de la interleucina-1. Estas citocinas proinflamatorias, a su vez, pueden producir síntomas de depresión, anorexia, pérdida de peso, anhedonia y alteraciones en el sueño.
- e) La persona deprimida tiene alteraciones sanguíneas, que ocasionan estados pretrombóticos.
- f) La función endotelial se encuentra alterada en pacientes deprimidos o estresados.
- g) Las anormalidades autonómicas observadas en pacientes cardiológicos con arritmias ventriculares y muerte súbita son similares a las padecidas por pacientes con depresión. Por lo cual esto explica el aumento en la mortalidad cardiovascular en pacientes con depresión (8).

Ansiedad

La ansiedad se ha caracterizado como una emoción altamente negativa, con componentes miedo, la cual tiene manifestaciones conductuales, neurobiológicas y cognitivas y está presente simultáneamente junto con la depresión especialmente en población longeva enferma. Los síntomas ansiosos pueden ser asociados a un alto riesgo de tener enfermedades del corazón y también se ha asociado con el incremento de infartos al miocardio (9).

La ansiedad tiene diversas consecuencias médicas y/o psicológicas en pacientes con alguna enfermedad cardíaca en especial cuando es persistente o grave, incluyendo la dificultad de adherencia a los tratamientos recetados y para realizar cambios en el estilo de vida recomendados por el médico, el fracaso para realizar cambios en conductas de riesgo, incrementa el riesgo de presentar eventos cardíacos agudos, así como incrementa el riesgo de tener complicaciones en el hospital después de un síndrome coronario agudo (10).

La prevalencia de síntomas ansiosos en pacientes con enfermedad cardíaca crónica es del 5% al 10%, la cual se eleva al 50% con pacientes con enfermedad cardíaca aguda en la unidad de cuidados intensivos (11).

Calidad de vida relacionada con la salud

La prevalencia de enfermedades crónicas, en la mayoría de los países, para las cuales no existe una curación total y donde el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes, lleva a que las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no sean suficientes para evaluar la calidad de los servicios de salud. En este contexto, la incorporación de la medida de la Calidad de Vida Relacionada con Salud (CVRS) como una medida necesaria ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones (12).

Esencialmente incorpora la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud. El modelo biomédico tradicional excluye el hecho de que, en la mayoría de las enfermedades, el estado de salud está profundamente influido por el estado de ánimo, los mecanismos de afrontamiento a las diversas situaciones y el soporte social. Es evidente que estos aspectos de máxima importancia en la vida de los seres humanos serán los que más influyan a la

IMPACTO DE LA DEPRESIÓN Y LA ANSIEDAD EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

hora de que los pacientes evalúen su calidad de vida (13).

La mayoría de autores están de acuerdo en que la CVRS es un concepto multidimensional, aunque no existe un consenso absoluto respecto al modelo conceptual y a cómo debe hacerse operativa la medida de la CVRS, casi todos los modelos incorporan la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1948, como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, que no sólo comporta la ausencia de enfermedad» (12).

Una de las definiciones más útiles de CVRS es la que Shumaker y Naughton: "La Calidad de Vida Relacionada con la Salud se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico, y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional" (12-14).

Los aspectos más importantes de esta definición son el hecho de que pone el énfasis en la evaluación subjetiva que el individuo hace de su propia calidad de vida, e incorpora un número limitado y bien definido de dimensiones (14).

Hay numerosas evidencias de que, a medida que la enfermedad progresa, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida, por lo que podemos encontrar personas con grados importantes de limitación física que consideren que su calidad de vida es buena.

El concepto de calidad de vida no puede ser de ningún modo independiente de las normas culturales, patrones de conducta y expectativas de cada uno. Es claro que calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas (13).

Así, debe valorarse tanto el estado objetivo de salud, de funcionalidad y de interacción del individuo con su medio, como los aspectos más subjetivos, que engloban el sentido general de satisfacción del individuo y la percepción de su propia salud.

Mediante la evaluación de la CVRS se ha puesto de manifiesto que el estado de salud de los pacientes no siempre corresponde a los datos que proporcionan las medidas biológicas utilizadas habitualmente para su evaluación clínica y que los índices clásicos de actividad de la enfermedad no siempre son buenos predictores de su calidad de vida (15).

La IC es una de las enfermedades crónicas que más afecta a la CVRS (16). La condición física de los pacientes con IC está mermada por los signos y síntomas propios de la enfermedad y con frecuencia también por causas subyacentes a la IC, por ejemplo, angina de pecho. Si a todo esto se le suman las limitaciones en la dieta, las dificultades para realizar el trabajo habitual y para tener relaciones sexuales, la progresiva falta de autonomía, los efectos secundarios de los medicamentos y los ingresos hospitalarios recurrentes es fácil darse cuenta de que la calidad de vida de las personas que la padecen se ve deteriorada. Por otro lado, la CVRS también ha demostrado ser un predictor útil de mortalidad y hospitalización lo que la convierte en un instrumento de suma importancia a la hora de tomar decisiones terapéuticas individualizadas (17-18).

Objetivo

Determinar el impacto de la ansiedad y la depresión en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de pacientes con Insuficiencia Cardiaca (IC).

Metodología

Participaron 114 pacientes del Servicio de Cardiología del Hospital General de México diagnosticados con IC clase funcional II o III. El diseño utilizado fue transversal de tipo descriptivo y correlacional.

IMPACTO DE LA DEPRESIÓN Y LA ANSIEDAD EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

El médico especialista en cardiología realizó una evaluación médica, mediante la cual se obtuvo la historia clínica de la IC, la cual incluye los siguientes datos: a) antecedentes heredo familiares, b) antecedentes personales patológicos c) historia cardiovascular, d) etiología de la IC, e) Clase Funcional Actual, f) medicamentos consumidos actualmente, g) exploración física actual y h) estudios realizados y sus resultados. Mediante esta evaluación se determinó si el paciente cumplía con el criterio de contar con diagnóstico clínico de IC clase funcional II o III.

Posteriormente, se informó al paciente sobre el procedimiento del estudio, en qué consistía su participación y los beneficios potenciales; con la finalidad de que participara voluntariamente mediante la firma de la carta de consentimiento informado, tanto del paciente como de su cuidador primario; para después proceder a la evaluación psicológica mediante la aplicación de los siguientes instrumentos

- a) Carta de consentimiento informado,
- b) Ficha de Identificación,
- c) Cuestionario de Depresión de Yesavage (Aguilar-Navarro, Fuentes-Cantú, Ávila-Funes & García-Mayo, 2007),
- d) Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), y
- e) Cuestionario de Cardiomiopatía Kansas City (Green, Porter, Bresnahan & Spertus, 2000), mismo que evalúa la CVRS.

Se tomaron en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

- Toda la información proporcionada por los participantes fue totalmente confidencial.
- La información fue única y exclusivamente utilizada con fines de investigación.
- Los pacientes que decidieron no participar no recibieron ninguna sanción médica o administrativa por parte de la institución.
- Los pacientes tuvieron el derecho de desistir de su participación en cualquier momento del protocolo sin represalia alguna de la institución ni de los investigadores.

Resultados

Las características sociodemográficas de la muestra se muestran en la tabla 1.

Edad	Media 56.92 (Mín. 20 – Máx. 89)	
Género	Masculino 58.8% (67)	Femenino 41.2% (47)
Ocupación	Oficios 40.04% (46); Ama de casa 32.5% (37).	
Escolaridad	Educación básica 70.2% (80)	
Estado Civil	Casado(a)/Unión Libre 57% (65), Soltero(a) 19.3% (22)	
Religión	Católica 80.7% (92)	

Tabla 1.

Nota: El número en el paréntesis representa la cantidad de sujetos correspondiente al porcentaje señalado. Cabe señalar que se consideraron sólo los porcentajes más representativos.

En lo que se refiere a las evaluación psicológica 50.9% de los pacientes de la muestra presentaron depresión, 16.7% ansiedad leve-moderada, 17.5% ansiedad severa; y 44.7% se percibe con un

IMPACTO DE LA DEPRESIÓN Y LA ANSIEDAD EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

nivel medio de CVRS.

Mediante un análisis de correlación de Pearson se encontró que una relación significativa entre Ansiedad y Depresión ($r=.407$; $p<.001$), Depresión y CVRS ($r=-.531$; $p<.001$); así como, Ansiedad y CVRS ($r=-.355$; $p<.001$); es decir, que a menor nivel de Ansiedad y Depresión, mayor CVRS.

Conclusiones

En base a los resultados obtenidos se puede concluir que efectivamente la IC es un trastorno cardiovascular que abarca un amplio espectro de edades, oscilando en la muestra entre los 20 y los 89 años, con una media de 56.92 años, lo cual es importante recalcar debido a que se trata de una edad en que las personas todavía realizan actividades económicamente productivas; así mismo, en general, en la muestra obtenida la mayoría de las personas tienen un bajo nivel académico y socioeconómico, aunque esto último puede deberse a que la investigación fue realizada en un hospital del sector público.

Así mismo, y dado que se encontró que efectivamente la ansiedad y la depresión tienen un impacto directo sobre la calidad de vida de los pacientes con IC, se considera relevante la planeación e implementación de estrategias de intervención psicológica en este tipo de población, fomentando así la intervención y la investigación multidisciplinarias con el fin de mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de estos pacientes, disminuyendo el impacto que tienen los factores psicológicos en la fisiopatología de la enfermedad cardíaca.

Bibliografía

- (1) Achury-Saldaña D. Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardíaca. *Chía* 2007; 7(2): 139-160.
- (2) Alfaro M, Asenjo R, Castro P, Jalil J, LLancaqueo M, Sepúlveda L, et. al. Guías para el diagnóstico y tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca 2007; 26(4): 473-504.
- (3) Conthe P. Guía. Insuficiencia Cardíaca. España: Mayo; 2004.
- (4) Rodríguez-Pérez J, Gallardo G, Vargas-Alarcón G. Bases moleculares de la insuficiencia cardíaca. *Archivos de cardiología de México* 2006; 76(4): 10-17.
- (5) Figueroa-López C, Ramos del Río B. Factores de riesgo de la hipertensión arterial y la salud cardiovascular en estudiantes universitarios. *Anales de psicología* 2006. 22(2): 169-174.
- (6) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV. USA: Masson; 2005.
- (7) Lip G, Lane D, Millane T, Tayebjee M. Intervenciones psicológicas para la depresión en adolescentes y adultos con cardiopatía congénita. *EUA: Biblioteca Cochrane Plus* (4); 2007. Disponible en: URL: <http://www.update-software.com>.
- (8) Alarcón R, Ramírez-Vallejo E. Medicina psicosomática en enfermedad cardiovascular: consideraciones clínicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2006; XXXV: 112-124.
- (9) Jiang W, Kuchibhatla M, Cuffe MS, Chistopher EJ, Alexander JD, Clary GL, et al. Prognostic Value of Anxiety and Depression in Patients With Chronic Heart Failure. *Circulation* 2004; 110: 3452-3456.
- (10) Moser DK. "The Rust of Life": Impact of Anxiety on Cardiac Patients. *American Journal of Critical Care* 2007; 16: 361-369.
- (11) Sullivan M, LaCroix AZ, Speretus JA, Hetch J. Five-year prospective study of the effects of anxiety and depression on symptoms and function in patients with coronary heart disease. *American Journal Cardiology* 2000; 86: 1135-1138.
- (12) Rajmil L; Estrada M; Herdman M; Serra-Sutton V, Alonso J. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos

IMPACTO DE LA DEPRESIÓN Y LA ANSIEDAD EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

adaptados en España. Gaceta Sanitaria 2001; 15 Supl. 4: 34-43.

- (13) Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Ciencia y enfermería 2003; IX (2): 9-21.
- (14) Soto M, Failde I. La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. Revista de la Sociedad Española del Dolor 2004; 11: 505-514.
- (15) Esteve M, Roca J. Calidad de vida relacionada con la salud: un nuevo parámetro para tener en cuenta. Medicina Clínica 1997; 108: 458-459.
- (16) McMurray JJ, Stewart S. Epidemiology, etiology and prognosis of heart failure. Heart 2000; 83: 596-602.
- (17) Alta F, Briacon S, Guillemin F, Jullière Y, Maertès PM, Villemot JP, et al. Self-rating of quality of life provides additional prognostic information in heart failure. Insights into de EPICAL study. European Journal of Heart Failure 2002; 4: 337-343.
- (18) Hulsmann M, Berger R, Sturm B, Bojic A, Woloszczuk W, Bergler-Klein J, et al. Prediction of outcome by neurohumoral activation, the six-minute walk test and the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire in an outpatient cohort with congestive heart failure. Europe Heart Journal 2002; 23: 886-891.