

Relación de la depresión, ansiedad y calidad de vida en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardiaca

Depression, anxiety and quality of life relationship in hospitalized heart failure patients

*Thelma Hernández Salazar¹, Carlos Figueroa López¹,
Bertha Ramos del Río¹ y Luis Alcocer Díaz Barreiro²*

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo conocer la relación entre la depresión, la ansiedad y la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardiaca. Se utilizó un diseño no experimental transversal correlacional, en el cual participaron 28 pacientes diagnosticados con insuficiencia cardiaca y hospitalizados en el Hospital General de México. La evaluación psicológica se realizó usando un cuadernillo con los siguientes instrumentos: carta de consentimiento informado, ficha de identificación, Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y Cuestionario de Cardiomiopatía Kansas City. Los resultados indicaron que los pacientes exhibieron ansiedad y depresión en la misma proporción. Al realizar un análisis de correlación de Spearman entre las variables ansiedad, depresión y calidad de vida relacionada con la salud se encontró una relación negativa, es decir, que a mayor ansiedad, menor depresión. Se concluye que el pronóstico de los pacientes con insuficiencia cardiaca depende de diversos factores, entre los que se hallan una comunicación efectiva entre los profesionales de la salud y un mejor manejo clínico de la enfermedad, de tal suerte que se reduzcan los ingresos del paciente al hospital y que los objetivos del tratamiento se orienten al control de los síntomas y al manejo del estrés, la ansiedad y la depresión, entre otros. Con mejores herramientas de diagnóstico y de tratamiento de la insuficiencia, inevitablemente aumentará el número de pacientes con comorbilidad emocional disminuida.

Palabras clave: Insuficiencia cardiaca; Ansiedad; Depresión; Calidad de vida relacionada con la salud.

ABSTRACT

The goal of the present study was to determine the relationship between depression and anxiety with health-related quality of life in hospitalized heart failure patients. Through a non-experimental transversal correlational design 28 hospitalized patients at Mexico City General Hospital participated in the study. The psychological evaluation included the appropriate informed consent and consisted of an identification questionnaire, adapted and validated Spanish versions of the Hospital Anxiety Depression Scale, and the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire. Results showed the same proportion of patients reporting anxiety and depression. Spearman correlation analyses among anxiety, depression and health related quality of life showed a negative relationship, that is, the more depression and anxiety, the lower health related quality of life. It is concluded that the prognosis for heart failure patients as well as decreased rates of hospital readmissions depend of several factors, including effective communication among health professionals and improved clinical management of symptoms. The main findings also suggest that the principal goals of psychological interventions during the treatment of heart failure would to focus in the control of the symptoms and in the management of stress, anxiety

¹ Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Guelatao 66, Esq. Czda. Ignacio Zaragoza, Col. Ejército de Oriente, Del Iztapalapa, 09230 México, D.F., México, correo electrónico: thel_psi@hotmail.com. Artículo recibido el 28 de abril de 2011 y aceptado el 23 de noviembre de 2013.

² Hospital General de México, Dr. Balmis 148, Col. Doctores, Del. Cuauhtémoc, 06726 México, D.F., México.

and depression. Better diagnosis and intervention approaches to heart failure disease, would very likely increase the number of patients with less emotional comorbidity.

Key words: Heart failure; Anxiety; Depression; Health-related quality of life.

INTRODUCCIÓN

Las estadísticas generales en México informan que las enfermedades del corazón figuraron en primer lugar como causa de muerte en el año 2006, cuando hubo 81,252 muertes (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2008). La insuficiencia cardíaca (IC en lo sucesivo), una enfermedad cardiovascular, en el año 2000 afectó a 750 mil personas en México y se pronosticó que anualmente se agregarían 75 mil nuevos casos (Skromne et al., 2000). El gasto nacional destinado al tratamiento de esta enfermedad asciende a 314 millones de dólares al año, por lo que la IC representa un grave problema de salud pública (García, 2004).

De acuerdo con Orea et al. (2005), la población total estimada de mayores de 18 años de edad que se atiende en los centros de salud de la Ciudad de México era en ese año de 1,063,864 pacientes. Mediante una ecuación de regresión logística puede calcularse que la disfunción ventricular (sin síntomas) afecta a más de 310 mil pacientes, de los cuales 21 mil podrían tener IC (con síntomas).

En la actualidad, la mortalidad por enfermedad coronaria ha disminuido en los países occidentales. Sin embargo, la IC permanece como un problema creciente de salud pública, quizá por la mayor supervivencia de la población al mejorar el tratamiento de la enfermedad isquémica. Los pacientes con IC presentan las mayores tasas de readmisión hospitalaria y, por tanto, un alto costo en tratamientos (Orea et al., 2005).

En el desarrollo y causas de las enfermedades cardiovasculares intervienen múltiples factores de riesgo, los que pueden clasificarse en función de si son o no modificables y de la forma en que contribuyen a la aparición de la enfermedad (Yusuf et al., 2004). Los factores modificables que son producto del estilo de vida poco saludables de las personas (tabaquismo, comer demasia-

do, inactividad física, así como los factores de riesgo psicosociales (estrés, ansiedad, depresión, conducta tipo A, ira, entre otros) y la forma en que las personas se enfrentan a ellos (Davidson, Rieckman y Rapp, 2005; Johansson, Dahlström y Broström, 2006; Pickering, Phil, Clemow, Davidson y Gerin, 2003;), influyen en cuanto que se manifiestan diversas consecuencias psicosociales comórbidas durante el proceso y desarrollo de la IC, y son determinantes para mejorar o empeorar la calidad de vida de los pacientes con este tipo de padecimientos cardíacos al influir en ellos física y psicológicamente.

En el presente estudio se expone información acerca de los principales factores de riesgo psicosociales asociados a la IC, específicamente la ansiedad y la depresión y su relación con la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS en adelante).

Ansiedad, depresión y calidad de vida relacionada con la salud

La ansiedad tiene diversas consecuencias médicas y psicológicas en pacientes con alguna enfermedad cardíaca, en especial cuando es persistente o grave, e incluye la dificultad de adherencia a los tratamientos prescritos y la realización de cambios en el estilo de vida recomendados por el médico; el fracaso para realizar dichas modificaciones incrementa el riesgo de sufrir eventos cardíacos agudos y de tener complicaciones en el hospital después de un síndrome coronario agudo (Moser, 2007). La prevalencia de síntomas ansiosos en pacientes con enfermedad cardíaca crónica va de 5 a 10%, porcentaje que se eleva a 50% en pacientes con enfermedad cardíaca aguda en la unidad de cuidados intensivos (Sullivan, LaCroix, Speretus y Hecht, 2000).

Otro factor psicológico involucrado en la IC es el estrés emocional. Se sabe que el mismo puede producir disfunción contráctil ventricular izquierda, isquemia del miocardio, perturbaciones en el ritmo cardíaco e hipertensión arterial. Aunque estas anomalías a menudo son transitorias, sus consecuencias pueden ser gravemente dañinas y llevar a un desenlace de insuficiencia cardíaca, resultando algunas veces fatales. A pesar de muchas descripciones de los eventos cardiovasculares ca-

tastróficos que son consecuencia del estrés agudo emocional, el sustrato anatómico y las vías fisiológicas por las cuales dicho estrés emocional provoca los eventos cardiovasculares, se están caracterizando ahora mediante la aplicación de la psicofisiología y los avances en la neuroimagen funcional (Ziegelstein, 2007).

Asimismo, se ha demostrado que los eventos estresantes precipitan la depresión, y la amenaza de muerte y la pérdida de autonomía que acompañan a los pacientes con IC son estresores que generan depresión y disminuyen la calidad de vida. Una vez que se desarrolla la depresión, su efecto se asemeja mucho a los síntomas de la IC, como fatiga e incapacidad funcional, lo cual puede empeorar el síndrome clínico. El resultado aparente es un ciclo en el que los dos trastornos se refuerzan invariablemente entre sí (Davidson et al., 2005).

Por otro lado, la presencia de depresión también es común en este tipo de pacientes y hay tres veces más posibilidades de sufrir una depresión mayor en los pacientes con enfermedad coronaria cuando se comparan con la población general (Penninx et al., 2001).

Se han encontrado asociaciones entre la depresión y la mortalidad en pacientes con IC ambulatorios y hospitalizados (Friedmann et al., 2006). En Estados Unidos, se consideró la depresión como uno de los seis campos de mayor impacto de discapacidad generados por la enfermedad cardiovascular, hallándose que la depresión es de cuatro a cinco veces más común en pacientes con IC que en la población general (Angermann, 2007).

La tasa de prevalencia de la depresión en pacientes con IC congestiva fue calculada por Téllez y Estefan (2003) en un nivel de entre 24 y 42%, lo cual contribuye a una alta frecuencia de readmisiones hospitalarias. Los síntomas depresivos graves aparecieron en 85% de los pacientes hospitalizados por IC congestiva y se relacionaron con hipercortisolemia, concentraciones de sodio elevadas en suero y alto recuento de linfocitos en sangre.

En resumen, se ha demostrado que las emociones negativas implican admisiones hospitalarias en pacientes con IC congestiva hasta un porcentaje de 49, comparado con 24 en las admisiones hospitalarias de otras condiciones médicas

(MacMahon y Lip, 2002). La depresión se encuentra más frecuentemente en este tipo de pacientes y se asocia a un mayor riesgo de mortalidad, lo que puede aumentar en el paciente el riesgo de sufrir sucesos cardiacos recurrentes y, como consecuencia, la muerte, dado que no hay adherencia al tratamiento farmacológico ni un cambio de comportamientos relacionadas con el estilo de vida (Lane, Chong y Lip, 2006). Además, la depresión y la ansiedad influyen en el empeoramiento clínico al incrementar la mortalidad, el mal pronóstico vital, la pérdida de apetito y el adelgazamiento físico, y disminuir el deseo de vivir y los cambios posibles en el estilo de vida (Pintor, 2006).

También se observa que los predictores más confiables de padecer depresión posterior en pacientes con IC se encuentran relacionados con factores tales como el aislamiento social, la preocupación por los gastos ocasionados, la pérdida de la habilidad para cuidarse a sí mismos y, en general, la disminución de la calidad de vida, pero en muy pocos casos con la severidad de la enfermedad (Guallar et al., 2006; Luskin, Reitz, Newell, Quinn y Haskell, 2002; Parajón, Lupón, González, Urrutia y Altimir, 2004).

La CVRS se refiere a cómo la salud de la persona afecta su habilidad para llevar a cabo actividades rutinarias de tipo físico y social. Coelho, Ramos, Prata, Bettencourt y Ferreira (2005) definieron la CVRS como la forma en que el paciente percibe el efecto funcional de su enfermedad y su consecuente terapia; de igual modo, mide la experiencia de la enfermedad que percibe el paciente y define su realidad y su punto de vista, en oposición a la realidad definida por el profesional de la salud.

Etxeberría, Sánchez, Alonso, Campos y Jarne (2007) evaluaron a 34 pacientes con IC para examinar la calidad de vida y los factores que pueden influir en ella, para lo cual utilizaron el Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLWHFQ) a fin de medir la edad, el sexo, la comorbilidad, la función cognitiva, la depresión y la capacidad funcional en la vida diaria. La depresión fue el factor que con más claridad se asoció a la disminución de la calidad de vida de los pacientes ($p = 0.0001$).

Parajón et al. (2004) evaluaron a 326 pacientes con IC con el objetivo de conocer la calidad de

vida a través del citado cuestionario, además de diversos factores clínicos y demográficos. Encontraron una correlación ($p < 0.001$) entre la calidad de vida con la clase funcional, el sexo (puntuaciones más altas en mujeres) y la diabetes, el número de ingresos hospitalarios durante el año previo ($p < 0.001$), la anemia ($p < 0.001$) y la etiología ($p = 0.01$). Dichos autores concluyeron que la valoración de la calidad de vida es muy útil para predecir la mortalidad y hospitalización en una población con IC.

Si bien existen diversas investigaciones sobre estrés, ansiedad, calidad de vida y depresión en pacientes con enfermedad cardiaco-coronaria (Kubzansky, Davidson y Rozanski, 2005; Lesperance, Frasure-Smith, Talajic y Bourassa, 2002), en México no hay estudios que reporten su prevalencia en la IC, lo cual podría servir como base para crear e implementar programas de evaluación e intervención psicológicas de los efectos de un entrenamiento psicosocial para modificar la ansiedad, la depresión y la calidad de vida en pacientes con IC.

Por lo anterior, los objetivos de la presente investigación fueron describir las variables sociodemográficas de la muestra de estudio, identificar los puntajes y categorías de las variables de ansiedad, depresión y CVRS, y determinar la relación entre la ansiedad y la depresión con la CVRS en pacientes con IC hospitalizados del Servicio de Cardiología del Hospital General de México.

MÉTODO

Participantes

Los pacientes se reclutaron en un periodo de tres meses, durante el cual los investigadores tuvieron acceso irrestricto a ellos. Participó una muestra no probabilística de 28 pacientes hospitalizados del Área de Cardiología del Hospital General de México (HGM) con diagnóstico médico de IC, con clasificación funcional I, II o III, de acuerdo con la New York Heart Association (NYHA), el cual fue hecho por el cardiólogo del mencionado hospital. Se incluyó a pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años de edad y alfabetizados. La selección de

los pacientes y la toma de datos se realizaron después de obtener el consentimiento informado por escrito del paciente y de un familiar acompañante, que incluían los lineamientos éticos del HGM, que consideran los principios básicos de la bioética: no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía.

Se utilizó un diseño no experimental transversal correlacional (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

Instrumentos

Para la evaluación, se utilizó un cuadernillo conformado con los siguientes instrumentos:

Ficha de identificación: Contiene información de las características sociodemográficas de los pacientes con IC.

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Diseñado por Snaith y Zigmond (1983), está formada por 14 ítems, siete para cada trastorno, donde los ítems pares corresponden a la ansiedad y los pares a la depresión, con una escala de respuestas que va de 0 a 3. Dicha escala fue validada por López et al. (2002) en población mexicana (ansiedad $\alpha = 0.84$; depresión $\alpha = 0.70$). La consistencia interna calculada para este estudio mediante la prueba alfa de Cronbach fue de 0.82 para la escala de ansiedad y de 0.76 para la de depresión.

Cuestionario de Cardiomiopatía Kansas City (CCKC). Consta de 23 ítems autoadministrables, los cuales se responden en una escala Likert. Cuenta con dos medidas de resumen para facilitar la interpretación: el estado funcional, que es la combinación de limitaciones físicas y el dominio de síntomas (excepto los cambios a través del tiempo), y un resumen clínico, mismo que se calcula incluyendo el estado funcional, el dominio de calidad de vida y la interferencia social. A mayor puntaje, mejor CVRS. Fue validado en el año 2000 en pacientes con IC congestiva por Green, Porter, Bresnahan y Spertus. La consistencia interna de este instrumento para el presente estudio, hallada mediante la prueba alfa de Cronbach, fue de 0.88. Este cuestionario fue validado en México por Rincón, Figueroa, Ramos y Alcocer (en prensa) en 203 pacientes con IC hospitalizados; como se pue-

de apreciar en la Tabla 1, se encontraron similitudes con la validación hecha por Green, Porter, Bresnahan y Spertus (2000).

Tabla 1. Comparación de las validaciones de Green y cols. (2000) y el HGM.

Dominio de calidad de vida	Green	HGM
Limitaciones físicas	0.90	0.84
Síntomas	0.88	0.84
Calidad de vida	0.78	0.66
Interferencia social	0.86	0.84
Autoeficacia	0.62	0.41
Estado funcional	0.93	0.89
Resumen clínico	0.95	0.90

Procedimiento

Los pacientes con IC fueron seleccionados, asignados por un cardiólogo y evaluados de forma individual en la Unidad 302 de Hospitalización del Servicio de Cardiología del HGM en una sola sesión de 45 minutos. Para esta investigación, se tomaron en cuenta los lineamientos éticos establecidos por el hospital a través de una carta de consentimiento informado, que es un documento que informa al paciente sobre el estudio, objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios a los que sería sometido durante el desarrollo de la investigación, así como la capacidad que tenía de elegir libremente, sin coacción alguna, su participación o permanencia, así como la condición de confidencialidad de la información obtenida. Para ello, era necesario que firmaran los pacientes, su cuidador y dos testigos.

RESULTADOS

Características sociodemográficas de los pacientes con IC

En la Tabla 2 se observan los datos sociodemográficos obtenidos de los pacientes hospitalizados con IC. Se puede observar que la media de edad fue de 63.21 años; de ellos, 42.9% fueron mayores de 70 años; en su mayoría, los pacientes fueron de sexo masculino; la ocupación que predominó fueron los oficios (carpinteros, mecánicos,

voceadores, entre otras). Respecto al estado civil, la mayoría de los pacientes estaban casados o vivían en unión libre; en cuanto a su escolaridad, los pacientes sabían leer y escribir, pero la mayoría carecía de educación formal.

Tabla 2. Características sociodemográficas de pacientes con IC (n = 28).

Edad	$\bar{x} = 63.21$	
	Frec.	%
Grupo etario (años)		
De 20 a 29	1	3.6
De 30 a 39	0	0.0
De 40 a 49	3	10.7
De 50 a 59	7	25.0
De 60 a 69	5	17.9
> 70	12	42.9
Sexo		
Masculino	18	64.3
Femenino	10	35.7
Ocupación		
Oficios	11	39.3
Ama de casa	9	32.1
Empleado	5	17.9
Comerciante	2	7.1
Profesionista	1	3.6
Estado civil		
Casado o unión libre	16	57.1
Viudo	7	25.0
Soltero	5	17.9
Escolaridad		
Sabe leer y escribir	17	60.7
Primaria	5	17.9
Secundaria	3	10.7
Bachillerato	2	7.1
Profesionista	1	3.6

En la Tabla 3 se pueden apreciar las frecuencias de los pacientes con IC respecto a la clase funcional de acuerdo con la New York Heart Association (NYHA), observándose que tres cuartas partes de los pacientes se hallaban en una clase funcional II.

Tabla 3. Frecuencia de la clase funcional en los pacientes con IC.

Clase funcional	Frec.	%
I	1	3.6
II	21	75.0
III	5	17.9

Ansiedad

En cuanto a la ansiedad, 25% de los pacientes no reportó sufrirla, 50% dijo padecerla entre leve y moderada, y otro 25% de los pacientes afirmó padecerla de un modo severo.

Depresión

Respecto a la variable de depresión, 25% de los pacientes dijo no padecerla, 43% puntuó en las categorías de leve y moderada, y 32% señaló sufrirla en un grado severo.

Calidad de vida relacionada con la salud

En cuanto a la evaluación de la CVRS de los pacientes hospitalizados con IC, se observó que la distribución fue similar en las tres categorías: baja (32%), media (36%) y alta (32%). Según los resultados obtenidos, si el paciente se siente menos limitado para realizar actividades, percibe un menor esfuerzo al hacerlo, además de tener un mejor desempeño; por ejemplo, caminar una mayor distancia. Conforme va disminuyendo la CVRS, la persona se ve afectada en su habilidad para realizar actividades rutinarias de tipo social y físico; es decir, se ven disminuídas ciertas áreas de la conducta, como el funcionamiento físico (capacidad para realizar tareas físicas); el funcionamiento ocupacional (habilidad para realizar múltiples funciones esenciales y no solo laborales; las percepciones sobre el estado de salud (creencias perso-

nales y evaluaciones del estado de salud general), y el funcionamiento psicológico y social (cómo se relaciona con otras personas y cómo reaccionan esas personas ante él o ella).

Correlaciones entre ansiedad, depresión y calidad de vida

Se realizaron correlaciones bivariadas con la prueba *rho* de Spearman entre las puntuaciones de los instrumentos de ansiedad y depresión (HADS) y el de calidad de vida (CCKC) con el objetivo de identificar la relación existente entre ellos. Los resultados obtenidos indican que dichos instrumentos correlacionan significativamente. Así, la ansiedad correlacionó negativamente con el puntaje total del cuestionario que mide la CVRS; respecto a la depresión, también hubo una correlación negativa con dicho instrumento (Tabla 4); esto es, a medida que aumenta la ansiedad y la depresión, la CVRS disminuye.

En cuanto a las correlaciones entre los dominios del instrumento de la CVRS, se encontró que a mayores limitaciones físicas, mayores síntomas; a limitaciones físicas más grandes, más interferencia social, y a mayor calidad de vida, mayor autoeficacia (Tabla 4).

Por otro lado, se llevaron a cabo correlaciones entre algunas variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas de los pacientes con IC, encontrándose una correlación negativa significativa entre la clase funcional y la CVRS ($r_s = -.431$; $p < .05$).

Tabla 4. Correlaciones entre variables.

	Limitaciones físicas	Síntomas	Autoeficacia	Calidad de vida	Interferencia social	Ansiedad	Depresión	CVRS
Limitaciones físicas	—							
Síntomas	.606**	—						
Autoeficacia	.363	.455	—					
Calidad de vida	.606	.673	.456*	—				
Interferencia social	.455*	.343	-.109	.540	—			
Ansiedad	-.397*	-.243	-.229	-.484**	-.012	—		
Depresión	-.567**	-.167	-.370	-.388*	-.199	.215	—	
CVRS	.832**	.845**	.512**	.854**	.587**	-.376*	-.482**	—

* $p < .05$; ** $p < .01$

DISCUSIÓN

En cuanto a la muestra estudiada, las características sociodemográficas del paciente con IC fueron, a saber: que la mayoría fueron mayores de 70 años (Etxeberria et al., 2007; Guallar et al., 2006; Martínez et al., 2002), de sexo masculino (Parajón et al., 2004), casados, en unión libre y viudos (Guallar et al., 2006; Majani et al., 1999), que sabían leer y escribir, pero sin tener una educación formal (Martínez et al., 2002), los cuales trabajaban en oficios tales como carpintería, albañilería, mecánica y otros, y con una clase funcional mayor a I, lo cual coincide con lo encontrado por Jiang et al. (2004), Parajón et al. (2004) y Guallar et al. (2006), lo que indica, de acuerdo a la NYAH, que eran desde pacientes con cardiopatía ligera hasta pacientes con cardiopatía que produce una importante limitación de la actividad física. Estos datos pueden ser de utilidad como indicadores de riesgo para valorar la presencia de ansiedad y depresión en la población con IC.

Uno de los objetivos del estudio fue identificar los puntajes y categorías de las variables de ansiedad, depresión y CVRS, así como conocer la relación entre las mismas en pacientes con IC hospitalizados del servicio de Cardiología del Hospital General de México.

A la ansiedad se le ha caracterizado como una emoción sumamente negativa, con componentes de temor y manifestaciones conductuales, neurológicas y cognitivas, y que aparece simultáneamente con la depresión, sobre todo en pacientes longevos. Los síntomas ansiosos pueden asociarse a un riesgo elevado de sufrir diversas enfermedades cardiacas, y asimismo con una mayor frecuencia de infartos al miocardio (Jiang et al., 2004). En el presente estudio se encontró que tres cuartas partes de los pacientes mostraban ansiedad. En otras investigaciones hechas con pacientes con enfermedad cardiaca crónica, la prevalencia de los síntomas ansiosos es de 5 a 10%, la cual se eleva a 50% en pacientes con enfermedad cardiaca aguda internados en las unidades de cuidados intensivos (Sullivan et al., 2000). Por otro lado, Lane, Carroll, Ring, Beevers y Lip (2001) realizaron un estudio con 288 pacientes hospitalizados por infarto al miocardio, encontrando que una cuarta parte de ellos tenía altos niveles de sín-

tomas ansiosos; Friedmann et al. (2006) encontraron ansiedad hasta en 45%; Téllez y Estefan (2003) en 85%; Guallar et al. (2004) en 48.5%, y Gottlieb et al. (2004) en 36%. Tales diferencias se podrían explicar por las condiciones de los pacientes al momento de ser evaluados (pacientes ambulatorios, hospitalizados, tiempo de hospitalización, eventos cardiovasculares recientes, entre otros). Existe evidencia que muestra la relación entre los factores psicosociales en la ansiedad y la depresión en pacientes con enfermedades coronarias como la IC, y muestra los efectos negativos que producen en el paciente, como más reincidencias hospitalarias o la falta de adherencia al tratamiento, situaciones que pueden aumentar el riesgo de padecer eventos cardiacos recurrentes y tener como consecuencia final la muerte del paciente.

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 con IC y evoluciona en episodios recurrentes, según el DSM-R IV (American Psychiatric Association, 1994).

En esta investigación se pudo observar que a mayor presencia de ansiedad y depresión, menor CVRS, al encontrar correlaciones negativas entre dichas variables en los pacientes con IC, lo que es consistente con lo encontrado por Etxeberria et al. (2007), Heo, Doering, Widener y Moser (2008) y Chung, Moser, Lennie y Rayens (2009), por lo que dichos estudios confirman los presentes hallazgos.

Por otro lado, las correlaciones entre algunas variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas de pacientes con IC fueron significativamente negativas entre la clase funcional y la CVRS; correlaciones similares se encontraron en los estudios de Parajón et al. (2004) y Lee, Yu, Woo y Thompson (2005), de modo que entre mayor es la clase funcional, la calidad de vida disminuye.

Esta información proporciona sustento para promover el diseño de intervenciones psicológicas que tengan como objetivo prevenir complicaciones psicológicas que afectan la salud integral de los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, como es el caso de quienes sufren IC, ayudando así a mejorar su CVRS e insertándolos nuevamente en la sociedad.

La IC es una de las enfermedades crónicas que más afecta a la CVRS (McMurray y Stewart, 2000). En efecto, según se ha dicho líneas antes, la condición física de los pacientes con tal padecimiento está mermada por signos y síntomas tales como disnea, fatiga, edemas y pérdida de masa muscular, y con frecuencia también por causas subyacentes a la IC, como la angina de pecho. Si a esto se le suman las limitaciones en la dieta, las dificultades para realizar el trabajo habitual y la actividad sexual, la progresiva falta de autonomía, los efectos secundarios de los medicamentos y los ingresos recurrentes al hospital, es fácil darse cuenta de que la calidad de vida de las personas que la padecen se ve deteriorada de una manera importante. Por otro lado, la CVRS ha mostrado ser un predictor útil de mortalidad y hospitalización, lo que la convierte en un instrumento de suma importancia al momento de tomar decisiones terapéuticas individualizadas (Alta et al., 2002; Hulsmann et al., 2002).

Se propone, pues, que en futuros trabajos mediante los cuales se pretenda evaluar la presencia de factores psicosociales en pacientes con IC, se tomen en cuenta distintas variables por ejemplo la conducta tipo D, los tipos de afrontamiento o la disposición al cambio, entre otras.

Conceptualmente, la cardiología conductual representa un punto de vista alternativo en cuanto

a que si bien las enfermedades cardiovasculares no son inevitables, es posible prevenirlas. De acuerdo con esto, las variables que contribuyen a la aparición de la enfermedad cardiaca no se encuentran únicamente en el mismo corazón, sino que también son producto del estilo de vida y de los efectos de numerosos factores psicosociales. La cardiología conductual no solo explica cómo actúan estos factores en la aparición de la enfermedad, sino también cómo se pueden modificar una vez ya instalados (Figueroa, Domínguez, Alcocer y Ramos, 2009).

En conclusión, el pronóstico de los pacientes con insuficiencia cardiaca depende de diversos factores, tales como una comunicación efectiva entre los profesionales de la salud, la psicoeducación de pacientes y familiares y un mejor manejo clínico de la IC, de tal suerte que no solamente se reduzcan los ingresos del paciente al hospital, sino que también los objetivos del tratamiento se orienten al control de los síntomas (como la disnea y la tolerancia disminuida al ejercicio) y el manejo del estrés, la ansiedad y la depresión, entre otros efectos. Con mejores herramientas de diagnóstico y de tratamiento de la IC, inevitablemente se incrementará el número de pacientes que disminuya la comorbilidad emocional (Weir, McMurray, Taylor y Brady, 2006).

REFERENCIAS

- Alta, F., Briancon, S., Guillemin, F., Jullière, Y., Mertès, P.M., Villemot, J.P., et al. (2002). Self-rating of quality of live provides additional prognostic information in heart failure. Insights into the EPICAL study. *European Journal of Heart Failure*, 4, 337-343.
- American Psychiatry Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-R IV)*. Washington: APA.
- Angermann, C.E. (2007). Detection and treatment of depression in routine care of patients with heart failure. *Reports of the Heart Failure 2007 Congress*. Hamburg, 9-12 June. Disponible en línea: www.escardio.org/bodies/assosiations/HFA/reports/HF07/Reports/Angerman_HF07_070611.htm.
- Chung, M.L., Moser, D.K., Lennie, T.A. y Rayens, M.K. (2009). The effects of depressive symptoms and anxiety on quality in patients with heart failure and their spouses: Testing dyadic dynamics using Actor-Partner Interdependence Model. *Journal Psychosomatics Research*, 67(1), 29-35.
- Coelho, R., Ramos, S., Prata, J., Bettencourt, P. y Ferreira, A. (2005). Heart failure and health related quality of life. *Clinical Practice of Epidemiology Mental Health*, 1(19), 1-7.
- Davidson, K., Rieckman, N. y Rapp, M. (2005). Definitions and distinctions among depressive syndromes and symptoms: implications for a better understanding of the depression cardiovascular disease association. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 6-9.
- Etxeberría L., D., Sánchez A., J., Alonso G., A., Campos R., R. y Jarne B., V. (2007). Estudio de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia cardiaca en un servicio de medicina interna. *Anales de Medicina Interna*, 24(2), 57-60.

- Figuroa L., C., Domínguez, B., Alcocer, L. y Ramos R., B. (2009). Emergencia de la cardiología conductual en la práctica clínica. *Psicología y Salud*, 19(1), 10-19.
- Friedmann, E., Thomas, S., Liu, F., Morton, P., Chapa, D. y Gottlieb, S. (2006). Relationship of depression, anxiety, and social isolation to chronic heart failure outpatient mortality. *American Heart Journal*, 152(5), 940-948.
- García, P. (2004, 24 de agosto). *Reúne Pfizer a cardiólogos para hacer frente común a insuficiencia cardiaca*. Disponible en línea: <http://www.noticiasentornomedico.com> (Obtenido el 1 de agosto de 2008).
- Gottlieb, S.S., Khatta, M., Friedmann, E., Einbinder, L., Katzen, S., Baker, B., et al. (2004). The influence of age, gender and race on the prevalence of depression in heart failure patients. *Journal of American College of Cardiology*, 43, 1542-1549.
- Green, P., Porter, C., Bresnahan, D. y Spertus, J. (2000). Development and evaluation of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire: A new health status measure for heart failure. *Journal of American College of Cardiology*, 35, 1245-1255.
- Guallar, C.P., Magariños, L.M., Montoto, O.C., Tabuenca, C., Rodríguez, P.C. y Olcoz, C.M. (2006). Prevalencia de depresión y factores biomédicos y psicosociales asociados en ancianos hospitalizados con insuficiencia cardiaca en España. *Insuficiencia cardiaca*, 59(8), 770-778.
- Heo, S., Doering, L.V., Widener, J. y Moser, D.K. (2008). Predictors and effect of physical symptom status on health-related quality of life in patients with heart failure. *American Journal of Critical Care*, 17(2), 124-132.
- Hernández S., R., Fernández C., C. y Baptista L., P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hulsmann, M., Berger, R., Sturm, B., Bojic, A., Woloszczuk, W., Bergler-Klein, J., et al. (2002). 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. *European Heart Journal*, 23, 886-891.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2008). *Estadísticas demográficas 2006*. México: Autor.
- Jiang, W., Kuchibhatla, M., Cuffe, M.S., Christopher, E.J., Alexander, J.D., Clary, G.L., et al. (2004). Prognostic value of anxiety and depression in patients with chronic heart failure. *Circulation*, 110, 3452-3456.
- Johansson, P., Dahlström, U. y Broström, A. (2006). Factors and interventions influencing health-related quality of life in patients with heart failure: A review of the literature. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(1), 5-15.
- Kubzansky, L., Davidson, K. y Rozanski, A. (2005). The clinical impact of negative psychological states: Expanding the spectrum of risk for coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 67, 10-14.
- Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, D.G. y Lip, G.Y. (2001). Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: effects of depression and anxiety. *Psychosomatic Medicine*, 63, 221-230.
- Lane, D.A., Chong, A.Y. y Lip, G.Y.H. (2006). *Intervenciones psicológicas para la depresión en la insuficiencia cardiaca* (Revisión Cochrane traducida). Chichester, UK: John Wiley y Sons, Ltd.
- Lee, D., Yu, D., Woo, J. y Thompson, D. (2005). Health-related quality of life in patients with congestive heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 7(3), 419-422.
- Lesperance, F., Frasere-Smith, N., Talajic, M. y Bourassa, M. (2002). Five-year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction. *Circulation*, 105, 1049-1053.
- López A., J.C., Vázquez V., V., Arcila M., D., Sierra O., A.E., González B., J. y Salín P., R.J. (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depresión Scale (HAD). *Revista de Investigación Clínica*, 54 (5), 403-409.
- Luskin, F., Reitz, M., Newell, K., Quinn, T. y Haskell, W. (2002). A controlled pilot study of stress management training of elderly patients with congestive heart failure. *Preventive Cardiology*, 5(4), 168-172.
- MacMahon, M.A.K. y Lip, Y.H.G. (2002). Psychological factors in heart failure. *Archives of Internal Medicine*, 162, 509-516.
- Majani, G., Pierobon, A., Giardini, A., Callegari, S., Opasich, C., Cobelli, F. y Tavazzi, L. (1999). Relationship between psychological profile and cardiological variables in chronic heart failure. The role of patient subjectivity. *European Heart Journal*, 20, 1579-1586.
- Martínez I., J., Onis V., M.C., Dueñas H., R., Colomer A., C., Aguado T., C. y Luque L., R. (2002). Versión española del Cuestionario de Yesavage Abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12(10), 620-630.
- McMurray, J.J. y Stewart, S. (2000). Epidemiology, aetiology, and prognosis of heart failure. *Heart*, 83, 596-602.
- Moser, D.K. (2007). "The Rust of Life": Impact of anxiety on cardiac patients. *American Journal of Critical Care*, 16, 361-369.
- Orea T., A., Castillo M., L., Ortega S., A., González T., R., Morales O., J. y Barrera P., F. (2005). Prevalencia de factores de riesgo de insuficiencia cardiaca en la Ciudad de México. *Medicina Interna de México*, 21, 18-24.
- Parajón, T., Lupón, J., González, B., Urrutia, A. y Altimir, S. (2004). Aplicación en España del cuestionario sobre calidad de vida "Minnesota Living With Heart Failure" para la insuficiencia cardíaca. *Revista Española de Cardiología*, 57, 155-160.

- Penninx, B.W., Beekman, A.T., Honig, A., Deeg, D.J., Schoevers, R.A., Van Eijk, J.T., et al. (2001). Depression and cardiac mortality results from a community-based longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 58(3), 221-227.
- Pickering, T., Phil, D., Clemow, L., Davidson, K. y Gerin, W. (2003). Behavioral cardiology – has its time finally arrived? *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 70(2), 101-112.
- Pintor, L. (2006). Insuficiencia cardiaca y enfermedad depresiva, una frecuente combinación tantas veces olvidada. *Revista Española de Cardiología*, 59(8), 761-765.
- Rincón S., Figueroa, C., Ramos, B. y Alcocer, L. (en prensa). Validación del Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud en pacientes con insuficiencia cardiaca. *Claves del Pensamiento*, 10.
- Skromne, K.D., Aguilar R., R., Chávez D., R., Enciso M., J.M., Hernández G., H., Meaney, M.E. et al. (2000). Insuficiencia cardiaca. *Revista Mexicana de Cardiología*, 11(2), 224-234.
- Snaith, R.P. y Zigmond, A.S. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 67(6), 361-370.
- Sullivan, M., LaCroix, A.Z., Speretus, J.A. y Hecht, J. (2000). Five-year prospective study of the effects of anxiety and depression on symptoms and function in patients with coronary heart disease, *American Journal Cardiology*, 86, 1135-1138.
- Téllez V., J. y Estefan C., R. (2003). Depresión y enfermedad cardiovascular. *Cuadernos de Psiquiatría de Enlace*, 19, 8-11.
- Weir, R., McMurray, J., Taylor, J. y Brady, A. (2006). Heart failure in older patients. *British Journal Cardioogy*, 13(4), 257-266.
- Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F. et al. (2004). Effect of potentially risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study. *The Lancet*, 364, 937-952.
- Ziegelstein, R. (2007). Acute emotional stress and cardiac arrhythmias. *Journal of the American Medical Association*, 298, 324-329.