

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

QUALITY OF LIFE IN CORONARY HEART DISEASE PATIENTS

MARIANTONIA LEMOS

Doctora en Psicología. Profesora del Programa de Psicología, Universidad EAFIT. Medellín (Antioquia, Colombia). Correo electrónico: mlemosh@eafit.edu.co

DAVID ACOSTA

Estudiante de Psicología, Universidad EAFIT, Medellín (Antioquia, Colombia). Correo electrónico: dacosta4@eafit.edu.co

DIANA MARÍA AGUDELO

Doctora en Psicología Clínica y de la Salud. Profesora asociada Departamento de Psicología, Universidad de los Andes, Bogotá (Colombia). Correo electrónico: dm.agudelo932@uniandes.edu.co

El artículo hace parte de una investigación llamada: "El Modelo de Afectividad Positiva y Negativa y su Relación con la Cardiopatía Isquémica" del grupo de investigación Factores psicosociales en Psicología Clínica y de la Salud, en la línea Factores psicosociales de riesgo y protectores en salud.

Recibido el 11 de junio de 2015/Aprobado el 22 de septiembre de 2015

Resumen

La cardiopatía isquémica es una enfermedad crónica que lleva a cambios en el estilo de vida y en el funcionamiento físico de aquellos que la presentan. El presente artículo hace una revisión teórica de este tema, centrándose en la trayectoria que presenta la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de aquellos que la padecen, así como los factores que la afectan. Se concluye que la cardiopatía isquémica impacta negativamente la CVRS, pero que esta relación

es aún más importante en las mujeres, en personas de posición socioeconómica baja y que tienen otros factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular (ECV). Adicionalmente, factores emocionales como la depresión, la ansiedad y la ira/hostilidad afectan su trayectoria.

Palabras clave

Cardiopatía isquémica, enfermedades crónicas, calidad de vida, depresión, ansiedad.

Abstract

Ischemic heart disease is a chronic disease that leads to changes in lifestyle and physical functioning of those who suffer it. This article makes a theoretical review of this issue, focusing on the health related quality of life (HRQOL) trajectories and the factors that affect it. We conclude that ischemic heart disease negatively impacts HRQOL, but this relationship is even more important in women, in people of low socio-economic status and have other risk factors for cardiovascular disease (CVD). Additionally, emotional factors such as depression, anxiety and anger / hostility affect these trajectories.

Keywords

Ischemic heart disease, chronic disease, quality of life, depression, anxiety.

Introducción

La *cardiopatía isquémica* es un término que aglomera distintos síndromes caracterizados por un desequilibrio entre la oferta y la demanda de oxígeno en el miocardio, ocasionada por una disminución en el flujo sanguíneo a través de las arterias coronarias (Antman, Selwyn, Braunwaldy Loscalzo, 2009). Este proceso es conocido como *arteroesclerosis*, el cual comienza tempranamente en la vida y se desarrolla progresivamente a lo largo de los años. Tiene tres formas de manifestarse: la angina de pecho; el síndrome coronario agudo (SCA), que incluye el infarto agudo del miocardio (IAM) y la angina inestable; y la muerte súbita por paro cardíaco (Krantz y McCeney, 2002; Oblitas, 2007; Steptoe y Kivimäki, 2013). Este síndrome se ha relacionado con altas tasas de mortalidad a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2009), atribuyéndose la mitad de las muertes por enfermedad cardiovascular (ECV), en las cuales se incluye también la hipertensión y el ataque cerebral.

Cabe anotar que el impacto de la cardiopatía isquémica no se limita a las altas tasas de mortalidad. Aunque los tratamientos para la enfermedad cardíaca son cada vez más abundantes y efectivos, la morbilidad de esta enfermedad lleva a que los pacientes tengan en algunos casos menores niveles de esperanza de vida y que deban adaptarse a cambios en sus estilos de vida, a su enfermedad y a las complicaciones que puedan presentarse en un futuro (Cherrington, Moser, Lennie y Kennedy, 2004; Maes y Boersma, 2005; Stanton, Revenson y Tennen, 2007). Este artículo aborda el tema de la calidad de vida de los pacientes con cardiopatía isquémica, sus trayectorias después de un evento cardíaco y los factores que influyen en la misma.

Calidad de vida relacionada con la salud

El concepto de *calidad de vida* surgió en la década de los 60 y hace referencia a la percepción de un individuo acerca de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los que vive, y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones (Bowling, 2007; *International Quality of Life Assessment*, s. f.). Desde la visión de la OMS, este concepto implica tres elementos importantes: 1) una evaluación subjetiva, 2) desde un contexto social, cultural y ambiental, y 3) en los dominios de salud, trabajo, familia, relaciones sociales y actividades de placer (IsHak et al., 2011). Debido a la amplitud del concepto de calidad de vida, en la psicología de la salud ha comenzado a utilizarse un término aún más específico, la *calidad de vida relacionada con la salud* (CVRS), la cual hace referencia a la percepción sobre el estado de salud y su impacto en el funcionamiento físico,

mental y social (Soto y Failde, 2004). Por lo anterior, la CVRS evalúa no solo un componente físico, que busca valorar aspectos relacionados con la salud física, sino un componente mental, referido a aspectos emocionales y sociales de los individuos (Marosszeki y Sansoni, 2005; Ware Jr., 2004).

La CVRS es un concepto de gran relevancia en el estudio de las enfermedades crónicas, tal como la cardiopatía isquémica. Este tipo de enfermedades posee una serie de características que llevan a que su impacto en la vida de quienes las padecen sea considerable: 1) Son sistémicas, afectando múltiples sistemas corporales y un amplio rango de funciones físicas y sociales. 2) Se desarrollan a lo largo del curso vital, siendo diagnosticadas años después de que comienzan. 3) Tienen un carácter insidioso, afectando gradualmente un amplio rango de actividades diarias. 4) Presentan dos tipos de fases, unas tónicas donde hay control de la enfermedad y crisis en las cuales aparecen las complicaciones (Leventhal, Halm, Horowitz, Leventhal y Ozakinci, 2004). Las enfermedades crónicas representan el 75 % de los costos médicos en Estados Unidos e implican la realización de ajustes en múltiples dominios de la vida de quienes los padecen a lo largo del tiempo, debido al malestar y disrupción significativa que generan (Stanton et al., 2007). En el caso de la cardiopatía isquémica, la evaluación de la interacción de los factores físicos y psicológicos relacionados con morbilidad después de un IAM es necesaria para comprender cuáles son los factores que se asocian con una mala recuperación y adaptación después de este evento (Cherrington et al., 2004).

Los estudios han señalado que la CVRS en personas con cardiopatía isquémica es baja al ser comparadas con controles o con datos normativos mediante estudios transversales (Borowiak y Kostka, 2006; White y Groh, 2007). Sin embargo, se observa que sus niveles no son estables en el tiempo sino que tienden a mejorar de manera posterior al evento cardíaco (Bakar, Chinna, Awang y Krishnan, 2000; Brink, Grankvist, Karlson y Hallberg, 2005; Dueñas, Ramírez, Arana y Failde, 2011; Lemos, Agudelo, Arango y Rogers, 2013; Rogers, Nicholls, Lemos, Aristizábal y Arango, 2013; Soriano et al., 2010), aunque esta mejoría no ha sido señalada como significativa en todos los estudios (Kiessling y Henriksson, 2007). Al respecto, un estudio con 50 pacientes que fueron seguidos durante un mes después de la cirugía de *bypass* evidenció que había diferencias significativas en los niveles de CVRS en el momento de admisión a la cirugía de *bypass* y el mes posterior a la intervención. Estas diferencias fueron mayores en el componente físico que en el componente mental (Bakar et al., 2000). Resultados similares se reportaron en una muestra de 175 pacientes seguidos por seis meses, en la cual se encontró que no había variaciones en los niveles del componente mental pero sí en el componente físico; aunque estos no fueron notorios durante los primeros tres meses, pero sí a los seis (Dueñas et al., 2011). Información sobre lapsos mayores de tiempo fue reportada por Worcester et al. (2007) en un estudio con 229 mujeres de Melbourne, en las

que se observó que la CVRS era menor que la de la población general en el momento del evento. Adicionalmente, se encontró que la mayor parte de la recuperación se produce en los primeros dos o tres meses después del evento cardíaco y su tratamiento, y que este continúa presentándose con una tasa de cambio menor durante los meses siguientes (Worcester *et al.*, 2007).

Cabe anotar que parte de la afectación de la CVRS podría deberse más a la hospitalización que a la enfermedad como tal. Estos resultados fueron encontrados por Borowiak y Kostka (2006) en una muestra de 100 pacientes mayores de 65 años que hacían parte de tres grupos: pacientes hospitalizados por ECV, personas con ECV no hospitalizadas y personas sin ECV. Los resultados del estudio indicaron que la hospitalización en pacientes mayores con ECV está más asociada con disminuciones en la CVRS que la enfermedad como tal. Sin embargo, en este estudio se encontraron menores puntuaciones de ansiedad y depresión en los pacientes hospitalizados que en aquellos no hospitalizados (Borowiak y Kostka, 2006), lo que no coincide con otros estudios que señalan que indicadores de salud mental afectan las puntuaciones en la CVRS (Dueñas *et al.*, 2011; Lemos *et al.*, 2013).

El estudio de los cambios en la CVRS en el tiempo son importantes, ya que se ha encontrado que esta es un predictor de morbilidad y mortalidad en personas con ECV (Kroenke, Kubzansky, Adler y Kawachi, 2008; Schenkeveld *et al.*, 2010). Un estudio con 875 pacientes que habían sido sometidos a una intervención coronaria percutánea entre octubre de 2001 y 2002 encontró que la CVRS, especialmente su componente físico, era predictora de mortalidad a los seis años. En contraste, no se encontró relación entre la disminución significativa en el estatus de salud al mes y a los doce meses y la mortalidad a los seis años (Schenkeveld *et al.*, 2010). Resultados similares arrojó un estudio de 40 337 mujeres saludables entre los 46 y 71 años del Nurses Health Study. Se encontró que las mujeres con menor CVRS, así como con aquellas que tienen un gran declive en esta, tienen mayores tasas de mortalidad que aquellas con niveles estables. Lo anterior llevó a concluir que los cambios en el componente físico de la CVRS predicen la mortalidad en un rango de cuatro años, con resultados similares para el componente mental (Kroenke *et al.*, 2008).

Los datos anteriores llevan a señalar la importancia de abordar el concepto de CVRS en pacientes con cardiopatía isquémica. Sin embargo, no todos los pacientes que han tenido un SCA presentan la misma trayectoria en la CVRS, sino que, por el contrario, existen trayectorias heterogéneas, de tal modo que en algunos pacientes la CVRS tiende a aumentar con el paso del tiempo, en otras se mantiene relativamente estable y en otros pacientes tiende a empeorar (Janz *et al.*, 2001). Esto lleva a que se considere necesario pensar en los factores que afectan la CVRS en pacientes con cardiopatía isquémica. Estos serán abordados a continuación.

Factores asociados con la CVRS

La CVRS en pacientes con cardiopatía isquémica se ha visto asociada a los factores que inciden en el proceso de la aterosclerosis. Estos factores han sido clasificados de diferentes maneras, siendo una de ellas la diferenciación entre modificables y no modificables. Los factores de riesgo no modificables incluyen la mayor edad, el sexo masculino y los factores genéticos (American Heart Association, AHA, 2010). En los factores de riesgo modificables se encuentran las dietas ricas en grasas y pobres de frutas y verduras, el sedentarismo, la diabetes y el tabaquismo (OMS, 2009). Otra clasificación los categoriza en inherentes, tradicionales y emocionales. Los inherentes hacen referencia a las características específicas del individuo, entre los que estaría la mayor edad, el ser hombre o el tener enfermedades como la diabetes. Los tradicionales son aquellos factores típicamente relacionados con la ECV, como la hiperlipidemia, la hipertensión arterial, el tabaco, la obesidad, el sedentarismo y el alto consumo de alcohol. Por último estarían los factores emocionales, los cuales se ampliarán más adelante.

Algunos de estos factores han sido abordados en estudios de intervención. Por ejemplo, Christian *et al.* (2007) evaluó un programa de psicoeducación y encontró que, de forma adicional al programa, el ser mayor de 65 años y convivir con una pareja, tener mayor nivel educativo, estar empleado y no tener historia previa de SCA se asociaban con una mejor recuperación de la CVRS (Christian, Cheema, Smith y Mosca, 2007). Adicionalmente, debe tenerse presente que estos factores deben ser analizados desde la perspectiva temporal, comprendiendo si estos son agudos o crónicos. Los factores crónicos, tanto biológicos como psicológicos, son aquellos que permanecen y ejercen su influencia en el tiempo. Por ejemplo, los niveles de arteroesclerosis de un paciente cardíaco pueden cambiar en el tiempo de acuerdo a la influencia del alto colesterol o el tabaquismo. Los factores agudos llevan a cambios patofisiológicos momentáneos que pueden llegar a disparar eventos clínicos como la isquemia, el IAM y la muerte súbita (Krantz y McCeney, 2002). Desde la psicología de la salud, los factores modificables cobran una gran relevancia, ya que pueden ser objeto de intervención. A continuación se profundiza en aquellos que tienen mayor importancia en la CVRS de pacientes con cardiopatía isquémica.

Factores de riesgo comportamentales

Factores como las dietas ricas en grasas y azúcares y pobres en frutas y verduras, el tabaquismo y el sedentarismo inciden en el proceso de arteroesclerosis y aumentan la probabilidad de padecer enfermedades o condiciones que también conllevan un riesgo para el mal pronóstico de

los pacientes posterior a un SCA. Al respecto, intervenciones focalizadas en cambiar los hábitos de vida poco saludables han mostrado tener un impacto en los indicadores de salud a nivel objetivo, tales como mediciones de lípidos y azúcares; porcentaje de obstrucción de las arterias carótidas, así como de la CVRS (Daubenmier et al., 2007; Ornish, 1998; Ornish et al., 1998; Schulz et al., 2008). En relación con los hábitos comportamentales, factores como la obesidad se han asociado a menor CVRS y funcionamiento físico en pacientes que habían sido sometidos a una angioplastia un año antes del estudio (Oreopoulos et al., 2010). Los estudios más relevantes se resumen en la tabla 1.

Intervenciones para la cardiopatía isquémica

El tratamiento de la cardiopatía isquémica generalmente incluye cambios en el estilo de vida, potenciando hábitos de vida saludable que disminuyan los factores de riesgo cardiovascular, así como tratamiento farmacológico y procedimientos médicos. Adicionalmente se encuentra la rehabilitación cardíaca, con el objetivo de mejorar la salud y cambiar los hábitos de vida (National Health Lung and Blood Institute, NHLBI, 2014). Los procedimientos médicos utilizados para el tratamiento de la ECV son dos: la angioplastia y la cirugía de derivación coronaria o bypass. Algunos estudios han mostrado el efecto que tienen los procedimientos médicos en la CVRS de los pacientes que son sometidos a las mismas. Estas serán descritas a continuación y están incluidas en la tabla 1.

Angioplastia o intervención coronaria percutánea (ICP): La angioplastia es un procedimiento en el que se introduce un dispositivo en las arterias coronarias bloqueadas para empujar la placa hacia las paredes de las arterias y restablecer el flujo sanguíneo (NHLBI, 2012). De este procedimiento se ha afirmado que previene bloqueos de las arterias coronarias por años (NHLBI, 2014). En el procedimiento pueden o no implantarse stents, según la necesidad de los pacientes. Con respecto a su efectividad, Weintraub et al. (2008) compararon la efectividad de reducción de las tasas de IAM en pacientes con ECV que eran sometidos a intervención coronaria percutánea, en comparación con aquellos en tratamiento farmacológico a 4,6 años. Los análisis señalaron que no había diferencias con respecto a las tasas de incidencia de nuevo IAM o muerte durante un tiempo de 4,6 años. Este estudio también señaló que, en ambos grupos, el porcentaje de pacientes que se vieron libres de síntomas de angina se incrementó substancialmente al mes y continuó mejorando con el tiempo. Además, se encontró una interacción entre la severidad de la angina y el grupo de intervención. La angioplastia llevó a mejor recuperación en el grupo con mayor angina y ningún efecto en el grupo con menores síntomas (Weintraub et al., 2008).

Estos resultados fueron replicados en Australia en una muestra de 347 pacientes (Beltrame, Tavella y Cutri, 2008) y de 951 pacientes en los Estados

Unidos (Mark et al., 2009). Sin embargo, hay otros investigadores que afirman que las tasas de éxito con la angiografía han sido mayores que en el estudio original en países como Argentina y Estados Unidos (Kinlay, 2008; Rodríguez, Maree y Palacios, 2008), o que los pacientes, después de una angiografía, tienen efectos inmediatos respecto a sus síntomas, por lo que se afirma que muchos de los síntomas evaluados en este estudio como relacionados con la angina no estaban totalmente relacionados con esta, lo que llevó a conclusiones inadecuadas frente al procedimiento (Reppel, Radke y Schunkert, 2008).

Respecto a la CVRS, se ha reportado que esta mejora en todos los dominios a los tres meses (Weintraub et al., 2008; Wong y Chair, 2007). De forma similar, en el estudio de Weintraub et al. (2008) se presentó un incremento mayor en el grupo de la angioplastia sobre el tratamiento médico a los tres y seis meses; sin embargo, estas diferencias desaparecieron a los 12 meses. Estos resultados hacen pensar que la CVRS podría verse impactada positivamente en pacientes que son sometidos a angioplastia en los primeros meses después del SCA.

Derivación coronaria o bypass: La cirugía de bypass consiste en la utilización de otras venas o arterias del cuerpo para crear un desvío que permita reestablecer el flujo de sangre que llega al corazón y evitar aquellas arterias que ya han colapsado (NHLBI, 2012, 2014). La meta de la cirugía de bypass coronario es liberar la presión en las arterias coronarias disminuyendo la posibilidad de angina y reducir el riesgo de un nuevo SCA. En este sentido la cirugía llevaría a mejoras en la CVRS de los pacientes; sin embargo, la recuperación de la misma podría ser considerada una experiencia estresante que requiere de una adaptación física y psicosocial (Kendel et al., 2011; Tung, Hunter y Wei, 2008).

Dos estudios de seguimiento en países diferentes (Alemania y China) evidenciaron mejoría en la CVRS a los seis meses y al año de la cirugía de bypass (Kendel et al., 2011; López, Ying, Poon y Wai, 2007). Sin embargo, la evolución de la CVRS parece ser distinta de acuerdo al sexo, ya que, al parecer, las mujeres no obtienen el mismo beneficio del bypass coronario que los hombres (Tung et al., 2008). Se ha afirmado que estas diferencias no pueden atribuirse a condiciones de salud previas a la intervención, sino que la explicación podría estar relacionada con que la CVRS en las mujeres se ve más afectada por características de personalidad y variables ambientales que por su condición cardiovascular (Dueñas et al., 2011). Sin embargo, también se ha reportado que las mujeres que tienen un SCA son tratadas menos agresivamente que los hombres, y que generalmente los eventos cardíacos se presentan en las mujeres más tardíamente que en los hombres (Rosengren et al., 2004). Al comparar ambos procedimientos la evidencia es variable, aunque se manifiesta en general un mejoramiento de la CVRS en todos los pacientes. Algunos estudios favorecen la angioplastia (Cohen et al., 2011), otros el bypass (Loponen et al., 2009), pero las diferencias tienden a no ser significativas.

Rehabilitación cardíaca: Los programas de rehabilitación cardíaca se plantean como objetivo primario aumentar la actividad física del paciente mediante programas de ejercicio estandarizado, y fueron creados a partir de la propuesta de la Organización Mundial de la Salud en los años sesenta para mejorar la CVRS y el pronóstico de los pacientes con ECV. Estos programas deben ser multidisciplinarios e incluir entrenamiento físico, orientación psicológica y control de los factores de riesgo relacionados con la ECV. Sin embargo, en la práctica estos programas pueden variar de acuerdo con los componentes que incluyen, además de que no hay un acuerdo frente a cuál debe ser su duración (Cano de la Cuerda, Alguacil Diego, Alonso Martín, Molero Sánchez y Miangolarra Page, 2012).

Una revisión Cochrane sobre el efecto de la rehabilitación cardíaca en la salud física concluyó que esta reducía la mortalidad general (RR=0,87, IC 95 %: 0,75-0,99), la mortalidad cardiovascular (RR=0,74, IC 95 %: 0,63-0,87) y las admisiones hospitalarias (RR=0,69, IC 95 %: 0,51-0,93) en pacientes con ECV. Sin embargo, en los estudios analizados, la rehabilitación cardíaca no redujo el riesgo total de IAM, bypass o angioplastia (Heran et al., 2011). Con respecto a indicadores de salud cardiovascular, un estudio de seguimiento en Alemania mostró una mejoría promedio de 51 % en los participantes bajo los parámetros evaluados, siendo la menor en la tasa cardíaca en receso (31 %) y la mayor en la presión arterial (77 %). En este estudio, el programa de rehabilitación cardíaca estandarizada tenía un promedio de duración de 21 días e incluía los tres componentes arriba mencionados (Salzwedel et al., 2014). Frente al impacto de la rehabilitación cardíaca en la CVRS en general, los resultados señalan una tendencia al mejoramiento de los niveles iniciales en el momento de ingreso al programa (Cepeda-Valery, Cheong, Lee y Yan, 2011; Heran et al., 2011; Kennedy et al., 2003), sin embargo este efecto no se ha reportado en todos los estudios (Salzwedel et al., 2014). En la revisión Cochrane anteriormente mencionada se reportó que, aunque no hay resultados concluyentes, en siete de diez estudios que evaluaron CVRS con pruebas validadas se encontraron mejores niveles de CVRS en pacientes que asistieron a la rehabilitación cardíaca que en los de cuidado usual (Heran et al., 2011). Cabe anotar que, más que la pertenencia a estos grupos, el indicador de buen pronóstico de CVRS es la adherencia a los programas (Christian et al., 2007).

Tabla 1. Estudios sobre calidad de vida asociados con factores comportamentales y el tipo de intervención.

Autores	Muestra	Conclusión
Daubenmier et al. (2007)	869 pacientes (34 % mujeres) no fumadores con enfermedad coronaria	Mejoras en la dieta, el ejercicio y el manejo del estrés están relacionados de forma individual, aditiva e interactiva con riesgos coronarios y factores psicosociales en el mejoramiento de la CVRS.
Ornish (1998)	333 pacientes (21 % mujeres) con enfermedad coronaria	Los pacientes lograron evitar la revascularización por al menos 3 años después de realizar cambios en su estilo de vida, a un menor costo, sin incrementar la morbilidad y mortalidad cardíaca.
Oreopoulos et al. (2010)	5362 adultos sometidos a angioplastia coronaria	El índice de masa corporal está inversamente asociado con la función física y la CVRS total en pacientes con enfermedad coronaria, especialmente en pacientes con obesidad severa.
Weintraub et al. (2008)	2287 pacientes con enfermedad coronaria estable, angioplastia con stent y terapia médica	Entre pacientes con angina estable, aquellos tratados con angioplastia con stent y aquellos tratados solo con terapia médica tuvieron marcadas mejoras en su estado de salud durante el seguimiento.
Wong et al. (2007)	55 pacientes admitidos para angioplastia con stent	La angioplastia con stent mejora la CVRS un mes después del procedimiento; sin embargo, se requieren intervenciones asistenciales para mantener y mejorar la CVRS de estos pacientes de tal manera que sus efectos se mantengan en el tiempo.
Kendel et al. (2011)	990 pacientes (20 % mujeres) antes y después de realizarse bypass coronario	Hombres y mujeres mostraron mejores resultados de CVRS un año después del procedimiento. Los datos también sugieren que el sexo es un marcador para el rol funcional, donde las mujeres tienen menores niveles de recuperación

Autores	Muestra	Conclusión
López <i>et al.</i> (2007)	68 pacientes mayores a 21 años con cirugía de <i>bypass</i> coronario.	El nivel de malestar disminuyó en los tiempos de seguimiento, siendo mayor en el momento previo a la intervención y menor a los seis meses. Factores culturales pueden influir en los patrones de recuperación entre géneros.
Doñías <i>et al.</i> (2011)	175 pacientes (36 % mujeres) con infarto al miocardio agudo o angina inestable.	Existen diferencias en la evolución de la CVRS entre hombres y mujeres después de un ataque coronario. La salud mental es el determinante asociado más frecuentemente con CVRS en ambos géneros.
Rosengren <i>et al.</i> (2004)	10 253 pacientes con síndrome coronario agudo.	En pacientes jóvenes con síndrome coronario agudo, las mujeres fueron menos propensas a presentar elevación del segmento ST del electrocardiograma y más propensas a ser dadas de alta con diagnóstico de angina inestable. En pacientes mayores no hubo diferencias en la presentación clínica de la enfermedad. Tanto mujeres jóvenes como mayores tuvieron arteroesclerosis menos extensas.
Cohen <i>et al.</i> (2011)	1800 pacientes con ECV que fueron sometidos a <i>bypass</i> coronario o angioplastia con <i>stent</i> .	Entre los pacientes con enfermedad coronaria, hay una mayor mejoría de la angina después de <i>bypass</i> coronario, en comparación con angioplastia con <i>stent</i> a los 6 y 12 meses.
Loponen <i>et al.</i> (2009)	240 pacientes sometidos a <i>bypass</i> coronario y 229 pacientes sometidos a angioplastia con <i>stent</i> .	A pesar de tener inicialmente estados preoperatorios más serios y un procedimiento más demandante, los pacientes de <i>bypass</i> coronario lograron igual nivel de CVRS al ser comparados con los pacientes de angioplastia con <i>stent</i> . Los pacientes de <i>bypass</i> también obtienen mayor alivio de los síntomas en los seguimientos parciales.
Salzwedel <i>et al.</i> (2014)	1220 pacientes (21,9 % mujeres) de 12 clínicas de rehabilitación.	Los resultados de la rehabilitación en pacientes mayores pueden ser evaluados exhaustivamente con la identificación apropiada de áreas claves, como factores de riesgo cardiovascular, capacidad para el ejercicio y percepción subjetiva de la salud.

Sexo

El ser hombre es un factor de riesgo para el desarrollo de la ECV, y hace algunos años las tasas de mortalidad mostraban la misma tendencia, siendo mayores en hombres. Sin embargo, con el aumento de la esperanza de vida, las mujeres están alcanzando edades más avanzadas, por lo que se hace más frecuente también en ellas las ECV. Esto ha llevado a que las tasas de mortalidad por causas cardiovasculares se estén equiparando entre los sexos (Everson y Lewis, 2005; Yang y Kozloski, 2011). Al respecto, un total de 510 000 hombres murieron en Estados Unidos de ECV durante 1980, mientras que menos de 440 000 lo hicieron en el 2000. Esto es opuesto en mujeres, a propósito de las cuales se ha encontrado que 470 000 murieron en 1970, mientras que para el 2000 la cifra fue de 500 000 (Espnes y Byrne, 2008). Cabe anotar que, con respecto al sexo, los resultados frente a la presencia de las ECV son diferentes a los de CVRS, ya que se ha encontrado que el ser mujer es el factor asociado a peor CVRS y a un mal pronóstico en estudios longitudinales (Bosworth *et al.*, 2000; Brink *et al.*, 2005; Dickens, Cherrington y McGowan, 2011; Faller *et al.*, 2009; Norris *et al.*, 2004; Tung *et al.*, 2008).

En Colombia, un estudio de seguimiento realizado con 100 pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica evidenció resultados más bajos en CVRS en las mujeres frente a los hombres. El análisis multinivel de esta muestra señaló que la puntuación del componente físico estuvo asociada con el sexo, donde las mujeres con ECV presentaron una puntuación 4,84 puntos por debajo de los hombres. Estas diferencias se mantuvieron a lo largo del seguimiento (Lemos, Arango y Rogers, 2010). Sin embargo, al estudiar los resultados específicos de la prueba de dolor físico, se evidenció que los hombres presentaban mayores niveles de dolor que las mujeres (Jensen *et al.*, 2013). La divergencia entre los datos podría deberse a niveles de resistencia al dolor diferentes entre los sexos, o a que las mujeres estén presentando mayores niveles de isquemia silenciosa. Esta hace referencia a una isquemia cardiaca en la que la persona no experimenta síntomas, de tal forma que esta solo es detectada debido a sus consecuencias o en el momento de hacer un examen especializado, como un Holter (AHA, 2012). Los estudios sobre CVRS que reportan resultados sobre el sexo se describen en la tabla 2.

Posición socioeconómica

La *posición socioeconómica* (PSE), entendida como la posición que ocupa una persona en la jerarquía social o la representación del acceso a recursos materiales y sociales, se ha reconocido por numerosos investigadores como un factor de riesgo independiente para el desarrollo y el pronóstico de la ECV (Franks, Tancredi, Winters y Fiscella, 2010; Harper, Lynch y Smith, 2011; Matthews y Gallo, 2011; Rozanski, Blumenthal, Davidson, Saab y Kubzansky,

2005). La PSE baja también se ha asociado a mayor mortalidad en cohortes poblacionales (Stringhini et al., 2010), así como en pacientes con un SCA durante los 30 días posteriores a una cirugía de bypass (Gibson et al., 2009). La asociación entre la PSE y la salud tiende a no ser lineal, al tener un impacto mayor en los niveles bajos y menor en los altos. Se ha hipotetizado que esta relación podría darse por diferentes trayectorias. La primera hace relación al estrés como proceso mediador y que las personas con una PSE baja serían más vulnerables a presentar estrés. Esto estaría relacionado con la asociación inversa que hay entre PSE y la presencia de trastornos como la ansiedad o depresión. Esta hipótesis presenta evidencia limitada y contradictoria que podría estar relacionada con el hecho de que el estrés es un proceso complejo en el cual la duración de los estímulos, los recursos internos y externos, las experiencias previas pueden incidir en el desarrollo o no de respuestas desadaptativas (Lazarus, 1999; Matthews y Gallo, 2011).

Una segunda trayectoria hace referencia a que la PSE está asociada con el acceso a recursos psicosociales, tales como el apoyo social; y materiales, como el acceso a servicios de salud (Matthews y Gallo, 2011). Al respecto se ha reportado que las personas con altos y bajos niveles de ingreso se diferencian en los patrones de consumo de comida poco saludable, cigarrillos, alcohol y uso de drogas ilícitas (Johnson, 2011; Stringhini et al., 2010). También se han evidenciado condiciones laborales menos saludables en las personas de PSE baja (Landsbergis, Schnall y Dobson, 2011). Estos factores lograrían explicar las diferencias en el perfil de marcadores biológicos que se ha encontrado en personas de PSE baja. Al respecto, un estudio llevado a cabo en Australia con una población de 11 247 adultos de la población general señaló que la tolerancia a la glucosa, dislipidemia, la medida de cintura y la presión arterial presentan diferencias según el gradiente de la PSE. Sin embargo, los marcadores biológicos presentan diferencias según los sexos. En mujeres, se encontró que una PSE baja se asocia con un peor perfil en los marcadores biológicos. En contraste, los hombres presentaron resultados mixtos (Kavanagh et al., 2010). En la tabla 2 se encuentra una referencia sobre el tema.

Historia de salud y nuevos eventos cardiovasculares

Las comorbilidades médicas y la historia previa de ECV han sido asociadas a peor CVRS, en comparación con aquellos que no las tienen en mediciones a los tres y seis meses después de un SCA (Christian et al., 2007; Dueñas et al., 2011). A nivel específico, se ha encontrado que la historia de ECV tiene un impacto negativo en las dimensiones de salud general y el componente físico, mientras que la comorbilidad y los factores de riesgo cardiovasculares afectan las puntuaciones en subescalas de rol físico y dolor respectivamente. Ser rehospitalizado, sufrir un episodio de angina y ser sometido a una revascularización también estuvieron asociados con menores puntuaciones

en el funcionamiento físico, salud general y las dimensiones del componente físico a los tres y seis meses (Dueñas et al., 2011). Estos resultados se sintetizan en la tabla 2.

Tabla 2. Estudios sobre calidad de vida asociados con el sexo, la posición socioeconómica y la historia de salud.

Autores	Muestra	Conclusión
Bosworth et al. (2000)	4278 pacientes (37 % mujeres) con cateterización cardíaca.	Las mujeres reportaron menores niveles en todas las subescalas de CVRS. También se encontró que la función física estaba relacionada negativamente en personas mayores, mientras la salud mental estaba relacionada positivamente. Por último, el estudio sugiere que algunos grupos con ausencia de un adecuado apoyo social tienden a tener peor CVRS.
Brink et al. (2005)	98 pacientes (33,6 % mujeres) con infarto de miocardio agudo.	Los hombres reportan mejores niveles en las escalas de CVRS relacionadas con la salud física, mientras que las mujeres más en las mentales. Vale la pena hacer una evaluación temprana de la fatiga y la depresión, ya que puede indicar disminución de la CVRS en hombres y mujeres un año después de su primer infarto de miocardio.
Dickens et al. (2011)	255 pacientes mayores diagnosticados con enfermedad coronaria.	El componente físico de la CVRS fue significativamente más bajo en personas con las siguientes características: mujeres, solteras, desempleadas, que presentan otras enfermedades médicas y niveles superiores de depresión.
Faller et al. (2009)	233 pacientes (30 % mujeres) con insuficiencia cardíaca crónica.	La severidad de la enfermedad y la depresión impactaron la dimensión de la CVRS referente a la insuficiencia cardíaca. Las mujeres presentaron menores niveles de CVRS que los hombres. Estos resultados podrían estar relacionados con la depresión.
Norris et al. (2004)	3243 pacientes (22,2 % mujeres) sometidos a cateterización	Las mujeres con enfermedad coronaria reportaron consistentemente peor CVRS a un año de seguimiento comparadas con los hombres.

Tung <i>et al.</i> (2008)	100 pacientes (50 % mujeres) reclutados en un centro médico en Taiwán.	Los pacientes con mejor CVRS presentaban menores niveles de ansiedad, mayor uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema y mayor nivel de responsabilidades relacionadas con el género. Las mujeres con menores niveles de CVRS usaban estrategias de autoculpa y experimentaron mayores niveles de ansiedad en comparación con los hombres.
Lemos <i>et al.</i> (2013)	100 pacientes (28 % mujeres) con cardiopatía isquémica.	La calidad de vida de los pacientes con ECV tiende a mejorar en los meses posteriores al evento cardíaco para luego estabilizarse. Las mujeres presentan niveles de CVRS menores en el componente físico que tienden a mantenerse a lo largo del tiempo.
Jensen <i>et al.</i> (2013)	221 participantes (114 pacientes con ECV, 107 sujetos de control).	Los síntomas depresivos y ansiosos predijeron reportes de dolor aumentados en ambos grupos (ECV y control). En ambos grupos, las mujeres reportaron menor dolor que los hombres, lo que es consistente con los casos comunes de isquemia silenciosa en mujeres con ECV.
Gibson <i>et al.</i> (2009)	1994 pacientes sometidos a <i>bypass</i> coronario.	El estatus socioeconómico bajo está asociado con resultados iniciales más pobres después de <i>bypass</i> coronario. Además, es un factor de riesgo independiente de otros factores de riesgo de pobre CVRS.
Dueñas <i>et al.</i> (2011)	175 pacientes (36 % mujeres) con infarto de miocardio agudo o angina inestable.	Existen diferencias en la evolución de la CVRS entre hombres y mujeres después de un ataque coronario. La salud mental es el determinante asociado más frecuentemente con CVRS en ambos géneros. Las condiciones médicas anteriores llevan a diferencias en los niveles alcanzados posteriormente.

Factores emocionales

Depresión.

La depresión es aproximadamente tres veces más común después de un IAM que en la comunidad general (Lichtman *et al.*, 2008; Lippi, Montagnana, Fava-

loro y Franchini, 2009), lo que afirma que alrededor de un 20 % de los pacientes después de un SCA cumplen los criterios diagnósticos para un trastorno del estado de ánimo (Dickens, Cherrington y McGowan, 2012; Schnatz, Nudy, Shively, Powell y O'Sullivan, 2011; Smith y Blumenthal, 2011). Adicionalmente, se ha calculado que entre un 30 y un 45 % tienen síntomas depresivos, conocidos como depresión sub-clínica o depresión menor (Carney y Freedland, 2008; Lichtman *et al.*, 2014; Mavrides y Nemeroff, 2013).

La depresión se ha asociado con un incremento en la morbilidad y la mortalidad cardíaca después de un evento coronario agudo (Blumenthal, 2008; Carney y Freedland, 2009; Carney *et al.*, 2008; Huffman *et al.*, 2008; IsHak *et al.*, 2011; Smith y Blumenthal, 2011; Stewart, Perkins y Callahan, 2014), lo que ha llevado a que un comité de expertos convocado por la Asociación Estadounidense del Corazón afirme que debe ser considerada un factor de riesgo para la mortalidad general (HR = 2,3 a 2,9), la mortalidad cardíaca (HR = 1,8 a 2,6) y para la presentación de nuevos eventos coronarios (HR = 1,6) (Lichtman *et al.*, 2014). Sin embargo, hay algunas fallas en su conceptualización que deben ser tenidas en cuenta (Lemos y Agudelo, 2015).

Con respecto a la CVRS, se ha señalado que la depresión conlleva diferentes efectos adversos en pacientes con ECV, como el deterioro en el funcionamiento social, funcionamiento físico y en su CVRS en general (Carney y Freedland, 2002; Dickens *et al.*, 2012; Mavrides y Nemeroff, 2013; Pozuelo *et al.*, 2009; Rogers *et al.*, 2013; Ruo *et al.*, 2003; Thombs *et al.*, 2008; Vaccarino *et al.*, 2011). Estudios longitudinales señalan cómo los niveles de depresión en el momento del evento cardíaco son determinantes del pronóstico (Dudek, Siwek, Datka, Dudek y Rzeszutko, 2007; Lemos *et al.*, 2013; Ruo *et al.*, 2003; Thombs *et al.*, 2008). Sin embargo, se ha encontrado que el pronóstico podría variar de acuerdo con la persistencia de los síntomas depresivos, de tal forma que aquellos con síntomas depresivos persistentes presentan peor pronóstico seguidos de aquellos que desarrollan nuevos síntomas depresivos durante el periodo de seguimiento. Por el contrario, aquellos con síntomas transitorios asociados al evento no presentan mayor riesgo, aun cuando sus puntuaciones iniciales fueron las más altas (Thombs *et al.*, 2008).

Ansiedad.

La ansiedad es un estado emocional común en las personas con una ECV aguda, y más cuando estas se encuentran en la unidad de cuidados intensivos (Alarcón y Ramírez, 2006). La ansiedad pre-operatoria en pacientes cardíacos ha sido asociada con mayor número de complicaciones (Moser y Dracup, 1996) y mayores niveles de dolor post-operatorios que llevan a mayor consumo de medicamentos (Navarro-García *et al.*, 2011). La ansiedad se ha asociado a un aumento de la mortalidad y morbilidad en pacientes con ECV (Dahlöf, 2010; Frasure-Smith, Lesperance y Talajic, 1995; Shibeshi, Young-Xu y Blatt, 2007; Watkins *et al.*, 2013). Estudios longitudinales han mostrado que

síntomas de ansiedad persistente estuvieron asociados con nuevos eventos cardiovasculares entre uno y cinco años del evento inicial (Grace, Abbey, Irvine, Shnek y Stewart, 2004; Martens, Hoen, Mittelhaeuser, De Jonge y Denollet, 2010; Moser et al., 2011). Así mismo, se ha reportado que la ansiedad rasgo medida durante la hospitalización se asocia con mayor número de complicaciones y eventos cardiovasculares en los dos años siguientes al evento cardíaco (Moser et al., 2011).

Frente al impacto de la ansiedad en la CVRS en pacientes cardiovasculares, se ha reportado que esta explica alrededor del 37 % de la varianza en la CVRS a los cinco años del evento (Tung et al., 2008). Adicionalmente, se sabe que cuando esta es comórbida con depresión, los pacientes presentan un curso más crónico en la psicopatología, tienen un mayor deterioro y mayor resistencia al tratamiento psiquiátrico que los pacientes que solo presentan una condición (Watkins et al., 2013).

Ira/Hostilidad.

La ira y la hostilidad hacen parte de un constructo en el cual la ira es el aspecto emocional o subjetivo del constructo y la hostilidad la dimensión objetiva (Palmero et al., 2007). Se ha reportado que la ira/hostilidad incrementa el riesgo de un incidente cardiovascular en personas saludables y en aquellas con antecedentes cardiovasculares previos (Denollet y Pedersen, 2009; Smith y Blumenthal, 2011). Un metaanálisis publicado en el 2009 señaló que niveles superiores de ira-hostilidad se asocian a peor evolución clínica y un incremento en el número de desenlaces en pacientes con ECV (Chida y Steptoe, 2009). Adicionalmente, otro metaanálisis encontró que existe un mayor riesgo de un SCA o un IAM después de un episodio de ira (Mostofsky, Penner y Mittleman, 2014).

Los estudios más relevantes con respecto a los factores emocionales están descritos en la tabla 3.

Tabla 3. Estudios sobre calidad de vida asociados con factores emocionales

Autores	Muestra	Conclusión
Schnatz et al. (2011)	1454 mujeres con depresión.	La depresión logró predecir aquellas mujeres más propensas a desarrollar ECV en el seguimiento.
Stewart et al. (2014)	235 pacientes de atención primaria mayores de 60 años con depresión mayor o distimia.	Los cuidados colaborativos para la depresión previos al inicio de la ECV redujeron a la mitad el riesgo de eventos cardíacos asociados a la ECV en pacientes con depresión mayor.
Ruo et al. (2003)	1024 adultos con enfermedad coronaria.	Los síntomas depresivos están altamente relacionados con el estado de salud que reportan los pacientes con enfermedad coronaria, por lo que se recomienda incluir la medición y tratamiento de síntomas depresivos en programas para el mejoramiento de la salud en esta población.
Thombs et al. (2008)	425 pacientes con síndrome coronario agudo.	Los pacientes con síntomas depresivos persistentes presentaron riesgo de presentar menores niveles de salud en comparación con aquellos que presentaron síntomas transitorios de depresión a partir del evento.
Dudek et al. (2007)	156 pacientes (13,5 % mujeres) con enfermedad coronaria.	Los pacientes que presentaron trastornos depresivos un día antes del episodio cardíaco presentaron menores niveles de CVRS en comparación con aquellos sin depresión. Estos resultados se mantuvieron durante un año de seguimiento.
Lemos et al. (2013)	100 pacientes (28 % mujeres) con cardiopatía isquémica.	La CVRS, en pacientes seguidos por 18 meses después de un evento cardíaco, tiende a presentar menores niveles iniciales en los pacientes con síntomas depresivos. Igualmente, la depresión afecta la tasa de cambio de la CVRS, de tal forma que esta tiende a disminuir más rápido en pacientes con síntomas depresivos en el momento de la hospitalización.

Conclusión

La revisión de la literatura señala cómo la CVRS es un concepto útil para el estudio de la evolución que tienen los pacientes con cardiopatía isquémica. Este indicador señala la percepción subjetiva del estado mental y físico de los individuos, y se asocia con el riesgo de mortalidad posterior. Los estudios evidencian niveles inferiores en la CVRS en los pacientes cardiovasculares en los días cercanos al evento cardíaco y un mejoramiento a lo largo del tiempo. Este cambio parece ser mayor en los primeros meses y tiende a estabilizarse alrededor del año, evidenciando una tasa de cambio menor. Sin embargo, la evidencia señala que podría haber pacientes con trayectorias distintas a este patrón, las cuales también deben ser estudiadas, y que llevan a pensar en factores diferenciadores de las mismas.

La CVRS en los pacientes cardiovasculares se ve afectada por numerosos factores que tienen que ver con el desarrollo de la enfermedad como tal, como con algunos inherentes al individuo y a su grupo social. La CVRS tiende a ser inferior en mujeres, personas de PSE baja y que presentan comorbilidades médicas e historia previa de ECV. Con respecto a las intervenciones, los resultados anteriores hacen pensar que la angioplastia y la cirugía de bypass llevan a una mejoría en la CVRS de los pacientes de forma más inmediata que el tratamiento con fármacos y rehabilitación cardíaca en pacientes con una ECV severa. Las diferencias por sexos deben ser tenidas en cuenta, así como la severidad de la enfermedad. Con respecto a los factores emocionales, la depresión, ansiedad e ira/hostilidad afectan negativamente su trayectoria.

Rogers <i>et al.</i> (2013)	41 pacientes con ECV	Aunque hubo mejoramiento en cada una de las subescalas del SF-36 para las mediciones posteriores a la medición de base, las ganancias no fueron consistentemente identificadas a lo largo del seguimiento.
Navarro-García <i>et al.</i> (2011)	100 pacientes sometidos a cirugía cardíaca con bomba de circulación extracorpórea.	La ansiedad y depresión son trastornos comunes en el paciente quirúrgico cardíaco. La estancia hospitalaria preoperatoria prolongada son factores determinantes en la aparición de estos trastornos.
Frasure-Smith <i>et al.</i> (1995)	222 pacientes (22 % mujeres) con infarto de miocardio agudo.	La depresión mayor, los síntomas depresivos, la ansiedad y los antecedentes de depresión mayor son predictores significativos de eventos cardíacos en los siguientes 12 meses al momento del evento inicial.
Watkins <i>et al.</i> (2013)	934 pacientes con ECV.	La ansiedad está asociada con el incremento en el riesgo de mortalidad en pacientes con ECV, particularmente cuando existe comorbilidad con depresión.
Grace <i>et al.</i> (2004)	913 pacientes con angina inestable e infarto de miocardio de unidades de cuidado coronario.	Alrededor de un tercio de los pacientes con eventos cardíacos manifiestan ansiedad y un 50 % de ellos presentan síntomas persistentes al año. La ansiedad tiene un efecto en el auto-reporte de salud de los pacientes, por encima de la sintomatología depresiva.
Martens <i>et al.</i> (2010)	473 pacientes con infarto agudo de miocardio.	Los síntomas somato/afectivos de la depresión están asociados con la severidad del infarto de miocardio y el pronóstico cardiovascular, por encima de los cognitivos.

Referencias bibliográficas

- AHA. (2010). Risk factors and coronary artery disease. Recuperado de: <<http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4726>>.
- AHA. (2012). Silent ischemia and ischemic heart disease. Recuperado de: <http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartAttack/PreventionTreatmentofHeartAttack/Silent-Ischemia-and-Ischemic-Heart-Disease_UCM_434092_Article.jsp>.
- Alarcón, R. y Ramírez, E. (2006). Medicina psicosomática en enfermedad cardiovascular: consideraciones clínicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35, 112-124.
- Antman, E. M., Selwyn, A. P., Braunwald, E. y Loscalzo, J. (2009). Ischemic heart disease. En E. B. A. Fauci, D. L. Kasper, S. L. Hauser, D. Longo, J. L. Jameson y J. Loscalzo (Eds.), *Harrison's principles of internal medicine* (17 ed., pp. 2127-2148). Nueva York: McGraw-Hill.
- Bakar, A. A., Chinna, K., Awang, Y. y Krishnan, S. K. (2000). Quality of life following coronary artery bypass graft surgery: Early experiences in the Malaysian setting. *Total Quality Management*, 11 (4-6), 788-795. doi:10.1080/09544120050008228
- Beltrame, J. F., Tavella, R. y Cutri, N. (2008). Quality of life with PCI versus medical therapy in stable coronary disease. *New England Journal of Medicine*, 359 (21), 2289-2293. doi:10.1056/NEJMc081929
- Blumenthal, J. A. (2008). Depression and coronary heart disease: association and implications for treatment. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 75 (Suppl 2), S48-S53. doi:10.3949/ccjm.75.Suppl_2.S48
- Borowiak, E. y Kostka, T. (2006). Influence of chronic cardiovascular disease and hospitalisation due to this disease on quality of life of community-dwelling elderly. *Quality of Life Research*, 15 (7), 1281-1289. doi:10.1007/s11136-006-0058-0
- Bosworth, H. B., Siegler, I. C., Olsen, M. K., Brummett, B. H., Barefoot, J. C., Williams, R. B.,... Mark, D. B. (2000). Social support and quality of life in patients with coronary artery disease. *Quality of Life Research*, 9 (7), 829-839. doi:10.1023/A:1008960308011
- Bowling, A. (2007). Quality of life assessment. En S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman y R. West (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Brink, E., Grankvist, G., Karlson, B. W. y Hallberg, L. R. M. (2005). Health-related quality of life in women and men one year after acute myocardial infarction. *Quality of Life Research*, 14 (3), 749-757. doi:10.1007/s11136-004-0785-z
- Cano de la Cuerda, R., Alguacil Diego, I. M., Alonso Martín, J. J., Molero Sánchez, A. y Miangolarra Page, J. C. (2012). Programas de rehabilitación cardíaca y calidad de vida relacionada con la salud. Situación actual. *Revista Española de Cardiología*, 65 (1), 72-79. doi:10.1016/j.recesp.2011.07.016
- Carney, R. M. y Freedland, K. E. (2002). Psychological distress as a risk factor for stroke-related mortality. *Stroke*, 33 (1), 5-6.
- Carney, R. M. y Freedland, K. E. (2008). Depression in patients with coronary heart disease. *The American Journal of Medicine*, 121 (11 Suppl 2), S20-S27. doi:10.1016/j.amjmed.2008.09.010
- Carney, R. M. y Freedland, K. E. (2009). Treatment-resistant depression and mortality after acute coronary syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, 166 (4), 410-417. doi:10.1176/appi.ajp.2008.08081239
- Carney, R. M., Freedland, K. E., Steinmeyer, B. C., Blumenthal, J. A., Berkman, L. F., Watkins, L. L.,... Jaffe, A. S. (2008). Depression and five year survival following acute myocardial infarction: a prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 109 (1), 133-138. doi:10.1016/j.jad.2007.12.005
- Cepeda-Valery, B., Cheong, A. P., Lee, A. y Yan, B. P. (2011). Measuring health related quality of life in coronary heart disease: The importance of feeling well. *International Journal of Cardiology*, 149 (1), 4-9. doi:10.1016/j.ijcard.2010.09.048
- Cherrington, C. C., Moser, D. K., Lennie, T. A. y Kennedy, C. W. (2004). Illness representation after acute myocardial infarction: impact on in-hospital recovery. *American Journal of Critical Care*, 13 (2), 136-145.
- Chida, Y. y Steptoe, A. (2009). The association of anger and hostility with future coronary heart disease: a meta-analytic review of prospective evidence. *Journal of the American College of Cardiology*, 53 (11), 936-946. doi:10.1016/j.jacc.2008.11.044
- Christian, A. H., Cheema, A. F., Smith, S. C. y Mosca, L. (2007). Predictors of quality of life among women with coronary heart disease. *Quality of Life Research*, 16 (3), 363-373. doi:10.1007/s11136-006-9135-7
- Cohen, D. J., Van Hout, B., Serruys, P. W., Mohr, F. W., Macaya, C., Den Heijer, P.,... Kappetein, A. P. (2011). Quality of life after PCI with drug-eluting stents or coronary-artery bypass surgery. *New England Journal of Medicine*, 364 (11), 1016-1026. doi:10.1056/NEJMoa1001508
- Dahlöf, B. (2010). Cardiovascular disease risk factors: epidemiology and risk assessment. *The American Journal of Cardiology*, 105 (1), 3A-9A. doi:10.1016/j.amjcard.2009.10.007
- Daubenmier, J. J., Weidner, G., Sumner, M. D., Mendell, N., Merritt-Worden, T., Studley, J. y Ornish, D. (2007). The contribution of changes in diet, exercise, and stress management to changes in coronary risk in women and men in the multisite cardiac lifestyle intervention program. *Annals of Behavioral Medicine*, 33 (1), 57-68. doi:10.1207/s15324796abm3301_7
- Denollet, J. y Pedersen, S. S. (2009). Anger, depression, and anxiety in cardiac patients: the complexity of individual differences in psychological risk.

- Journal of the American College of Cardiology, 53 (11), 947 - 949. doi:10.1016/j.jacc.2008.12.006
- Dickens, C., Cherrington, A. y McGowan, L. (2011). Do cognitive and behavioral factors mediate the impact of depression on medical outcomes in people with coronary heart disease? *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 31 (2), 105 - 110.
- Dickens, C., Cherrington, A. y McGowan, L. (2012). Depression and health-related quality of life in people with coronary heart disease: a systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 11 (3), 265-275. doi:10.1177/1474515111430928
- Dudek, D., Siwek, M., Datka, W., Dudek, D. y Rzeszutko, Ł. (2007). Relationship between depressive symptoms and quality of life in patients with coronary artery disease before and after percutaneous coronary interventions. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 3, 71-78.
- Dueñas, M., Ramírez, C., Arana, R. y Failde, I. (2011). Gender differences and determinants of health related quality of life in coronary patients: a follow-up study. *BMC Cardiovascular Disorders*, 11 (1), 24. doi:10.1186/1471-2261-11-24
- Espnes, G. A. y Byrne, D. (2008). Gender differences in psychological risk factors for development of heart disease. *Stress and Health*, 24 (3), 188-195. doi:10.1002/smi.1196
- Everson, S. A. y Lewis, T. T. (2005). Psychosocial factors and cardiovascular diseases. *Annual Review of Public Health*, 26, 469-500. doi:10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144542
- Faller, H., Störk, S., Schuler, M., Schowalter, M., Steinbüchel, T., Ertl, G. y Angermann, C. E. (2009). Depression and disease severity as predictors of health-related quality of life in patients with chronic heart failure—a structural equation modeling approach. *Journal of Cardiac Failure*, 15 (4), 286-292. e282. doi:10.1016/j.cardfail.2008.10.022
- Franks, P., Tancredi, D. J., Winters, P. y Fiscella, K. (2010). Including socioeconomic status in coronary heart disease risk estimation. *The Annals of Family Medicine*, 8(5), 447-453. doi:10.1370/afm.1167
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F. y Talajic, M. (1995). The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: Is it more than depression? *Health Psychology*, 14 (5), 388. doi:10.1037/0278-6133.14.5.388
- Gibson, P. H., Croal, B. L., Cuthbertson, B. H., Gibson, G., Jeffrey, R. R., Buchan, K. G.,... Hillis, G. S. (2009). Socio-economic status and early outcome from coronary artery bypass grafting. *Heart*, 95 (10), 793-798. doi:10.1136/hrt.2008.149849
- Grace, S. L., Abbey, S. E., Irvine, J., Shnek, Z. M. y Stewart, D. E. (2004). Prospective examination of anxiety persistence and its relationship to cardiac symptoms and recurrent cardiac events. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73 (6), 344-352. doi:10.1159/000080387
- Harper, S., Lynch, J. y Smith, G. D. (2011). Social determinants and the decline of cardiovascular diseases: Understanding the links. *Annual Review of Public Health*, 32 (1), 39-69. doi:10.1146/annurev-publhealth-031210-101234
- Heran, B. S., Chen, J. M., Ebrahim, S., Moxham, T., Oldridge, N., Rees, K.,... Taylor, R. S. (2011). Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7 (7), CD001800. doi:10.1002/14651858.CD001800.pub2.
- Huffman, J. C., Smith, F. A., Blais, M. A., Taylor, A. M., Januzzi, J. L. y Frichione, G. L. (2008). Pre-existing major depression predicts in-hospital cardiac complications after acute myocardial infarction. *Psychosomatics*, 49 (4), 309-316. doi:10.1176/appi.psy.49.4.309
- International Quality of Life Assessment Project. (s. f.). Recuperado de: <http://www.iqola.org/>.
- IsHak, W. W., Greenberg, J. M., Balayan, K., Kapitanski, N., Jeffrey, J., Fathy, H., ... Rapaport, M. H. (2011). Quality of life: the ultimate outcome measure of interventions in major depressive disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 19 (5), 229-239. doi:10.3109/10673229.2011.614099
- Janz, N. K., Janevic, M. R., Dodge, J. A., Fingerlin, T. E., Schork, M. A., Mosca, L. J. y Clark, N. M. (2001). Factors influencing quality of life in older women with heart disease. *Medical Care*, 39 (6), 588-598.
- Jensen, B., Rogers, H. L., Perrin, P. B., Senra, H., Lemos, M., Snipes, D. J. y Arango, J. C. (2013). Influence of anxiety and depressive symptoms on bodily pain: A longitudinal comparison between Colombian coronary heart disease patients and controls. *Psychosomatic Medicine*, 75 (3), A100-A101.
- Johnson, J. V. (2011). El desequilibrio en aumento: clase, trabajo y salud en una era de creciente desigualdad. En P. Schnall, M. Dobson y E. Roskam (Eds.), *Trabajo no saludable: causas, consecuencias, curas* (pp. 55-68). Bogotá: Uniandes.
- Kavanagh, A., Bentley, R. J., Turrell, G., Shaw, J., Dunstan, D. y Subramanian, S. V. (2010). Socioeconomic position, gender, health behaviours and biomarkers of cardiovascular disease and diabetes. *Social Science & Medicine*, 71 (6), 1150-1160. doi:10.1016/j.socscimed.2010.05.038
- Kendel, F., Dunkel, A., Müller-Tasch, T., Steinberg, K., Lehmkuhl, E., Hetzer, R. y Regitz-Zagrosek, V. (2011). Gender differences in health-related quality of life after coronary bypass surgery: Results from a 1-year follow-up in propensity-matched men and women. *Psychosomatic Medicine*, 73 (3), 280-285. doi:10.1097/PSY.0b013e3182114d35
- Kennedy, M. D., Haykowsky, M., Daub, B., Van Lohuizen, K., Knapik, G. y Black, B. (2003). Effects of a comprehensive cardiac rehabilitation program on quality of life and exercise tolerance in women: A retrospective analysis. *Current Controlled Trials in Cardiovascular Medicine*, 4, 1. doi:10.1186/1468-6708-4-1

- Kiessling, A. y Henriksson, P. (2007). Time trends of chest pain symptoms and health related quality of life in coronary artery disease. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5 (1), 13. doi:10.1186/1477-7525-5-13
- Kinlay, S. (2008). Quality of life with PCI versus medical therapy in stable coronary disease. *New England Journal of Medicine*, 359 (21), 2289-2293. doi:10.1056/NEJMc081929
- Krantz, D. S. y McCeney, M. K. (2002). Effects of psychological and social factors on organic disease: A critical assessment of research on coronary heart disease. *Annual Review of Psychology*, 53 (1), 341-369. doi:10.1146/annurev.psych.53.100901.135208
- Kroenke, C. H., Kubzansky, L. D., Adler, N. y Kawachi, I. (2008). Prospective change in health-related quality of life and subsequent mortality among middle-aged and older women. *American Journal of Public Health*, 98 (11), 2085 - 2091. doi:10.2105/AJPH.2007.114041
- Landsbergis, P. A., Schnall, P. L. y Dobson, M. (2011). El lugar de trabajo y las enfermedades cardiovasculares. En P. Schnall, M. Dobson y E. Roskam (Eds.), *Trabajo no saludable: causas, consecuencias, curas* (pp. 129-159). Bogotá: Uniandes.
- Lazarus, R. (1999). *Stress and emotion. A new synthesis*. Nueva York: Springer.
- Lemos, M. y Agudelo, D. M. (2015). Consideraciones sobre la depresión como factor de riesgo en pacientes cardiovasculares. *Revista CES Psicología*, 8 (1), 192-206.
- Lemos, M., Agudelo, D. M., Arango, J. C. y Rogers, H. L. (2013). Calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular: análisis de trayectorias por sexo y síntomas depresivos. *Revista Nacional de Salud Pública*, 31 (1), 110-116.
- Lemos, M., Arango, J. C. y Rogers, H. L. (2010). Quality of life differences in Colombian coronary heart disease patients and controls. A longitudinal follow-up. *International Journal of Behavioral Medicine*, 17 (Suppl 1), S257. doi:10.1007/s12529-010-9106-9
- Leventhal, H., Halm, E., Horowitz, C., Leventhal, E. A. y Ozakinci, G. (2004). Living with chronic illness: A contextualized, self-regulation approach. En S. Sutton, A. Baum y M. Johnston (Eds.), *The SAGE handbook of health psychology* (pp. 197-240). Londres: SAGE Publications.
- Lichtman, J. H., Bigger, J. T., Blumenthal, J. A., Frasure-Smith, N., Kaufmann, P. G., Lespérance, F.,... Froelicher, E. S. (2008). Depression and coronary heart disease. *Circulation*, 118 (17), 1768-1775. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.108.190769
- Lichtman, J. H., Froelicher, E. S., Blumenthal, J. A., Carney, R. M., Doering, L. V., Frasure-Smith, N.,... Wulsin, L. (2014). Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: Systematic review and recommendations: A scientific statement from the american heart association. *Circulation*. doi:10.1161/CIR.0000000000000019
- Lippi, G., Montagnana, M., Favaloro, E. J. y Franchini, M. (2009). Mental depression and cardiovascular disease: a multifaceted, bidirectional association. *Seminars in Thrombosis and Hemostasis*, 35 (3), 325-336. doi:10.1055/s-0029-1222611
- López, V., Ying, S., Poon, C. Y. y Wai, Y. (2007). Physical, psychological and social recovery patterns after coronary artery bypass graft surgery: a prospective repeated measures questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44 (8), 1304-1315. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.06.005
- Loponen, P., Luther, M., Korpilahti, K., Wistbacka, J.-O., Huhtala, H., Laurikka, J. y Tarkka, M. R. (2009). HRQoL after coronary artery bypass grafting and percutaneous coronary intervention for stable angina. *Scandinavian Cardiovascular Journal*, 43 (2), 94-99. doi:10.1080/14017430802395450
- Maes, S. y Boersma, S. N. (2005). Applications in health psychology: How effective are interventions? En S. Sutton, A. Baum y M. Johnston (Eds.), *The SAGE handbook of health psychology* (pp. 299-325). Londres: SAGE.
- Mark, D. B., Pan, W., Clapp-Channing, N. E., Anstrom, K. J., Ross, J. R., Fox, R. S.,... Hochman, J. S. (2009). Quality of life after late invasive therapy for occluded arteries. *New England Journal of Medicine*, 360 (8), 774-783. doi:10.1056/NEJMoa0805151
- Marosszeky, N. y Sansoni, J. (2005). *Instrument Review-SF-36® Health Survey (Version 1.0) for use in Australia*.
- Martens, E. J., Hoen, P. W., Mittelhaeuser, M., De Jonge, P. y Denollet, J. (2010). Symptom dimensions of post-myocardial infarction depression, disease severity and cardiac prognosis. *Psychological Medicine*, 40 (5), 807-814. doi:10.1017/S0033291709990997
- Matthews, K. A. y Gallo, L. C. (2011). Psychological perspectives on pathways linking socioeconomic status and physical health. *Annual Review of Psychology*, 62, 501-530. doi:10.1146/annurev.psych.031809.130711
- Mavrides, N. y Nemeroff, C. (2013). Treatment of depression in cardiovascular disease. *Depression and Anxiety*, 30 (4), 328-341. doi:10.1002/da.22051
- Moser, D. K. y Dracup, K. (1996). Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events? *Psychosomatic Medicine*, 58 (5), 395-401. doi:10.1097/00006842-199609000-00001
- Moser, D. K., McKinley, S., Riegel, B., Doering, L. V., Meischke, H., Pelter, M.,... Dracup, K. (2011). Relationship of persistent symptoms of anxiety to morbidity and mortality outcomes in patients with coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 73 (9), 803-809. doi:10.1097/PSY.0b013e3182364992
- Mostofsky, E., Penner, E. A. y Mittleman, M. A. (2014). Outbursts of anger as a trigger of acute cardiovascular events: a systematic review and meta-analysis. *European Heart Journal*, ehu033. doi:10.1093/eurheartj/ehu033

- Navarro-García, M. A., Marín-Fernández, B., De Carlos-Alegre, V., Martínez-Oroz, A., Martorell-Gurucharri, A., Ordóñez-Ortigosa, E.,... Elizondo-Sotro, A. (2011). Trastornos del ánimo preoperatorios en cirugía cardíaca: factores de riesgo y morbilidad postoperatoria en la unidad de cuidados intensivos. *Revista Española de Cardiología*, 64 (11), 1005 - 1010. doi:10.1016/j.rec.2011.06.009
- NHLBI. (2012). What is coronary artery bypass grafting? Recuperado de: <<http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/cabg>>.
- NHLBI. (2014). ¿Cómo se trata la enfermedad coronaria? Recuperado de: <<http://www.nhlbi.nih.gov/health-spanish/health-topics/temas/cad/treatment.html>>.
- Norris, C. M., Ghali, W. A., Galbraith, P. D., Graham, M. M., Jensen, L. A. y Knudtson, M. L. (2004). Women with coronary artery disease report worse health-related quality of life outcomes compared to men. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2 (1), 21.
- Oblitas, L. (2007). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thompson.
- OMS. (2009). Enfermedades cardiovasculares. Recuperado de: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>>.
- Oreopoulos, A., Padwal, R., McAlister, F. A., Ezekowitz, J., Sharma, A. M., Kalantar-Zadeh, K.,... Norris, C. M. (2010). Association between obesity and health-related quality of life in patients with coronary artery disease. *International Journal of Obesity*, 34 (9), 1434-1441. doi:10.1038/ijo.2010.73
- Ornish, D. (1998). Avoiding revascularization with lifestyle changes: the Multicenter Lifestyle Demonstration Project. *The American Journal of Cardiology*, 82 (10), 72-76. doi:10.1016/S0002-9149(98)00744-9
- Ornish, D., Scherwitz, L. W., Billings, J. H., Gould, K. L., Merritt, T. A., Sparler, S.,... Hogeboom, C. (1998). Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 280 (23), 2001-2007. doi:10.1001/jama.280.23.2001
- Palmero, F., Gómez, C., Guerrero, C., Carpi, A., Díez, J. L. y Diago, J. L. (2007). Hostilidad, psicofisiología y salud cardiovascular. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25 (1), 22-43.
- Pozuelo, L., Tesar, G., Zhang, J., Penn, M., Franco, K. y Jiang, W. (2009). Depression and heart disease: What do we know, and where are we headed? *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 76 (1), 59-70. doi:10.3949/ccjm.75a.08011
- Reppel, M., Radke, P. W. y Schunkert, H. (2008). Quality of life with PCI versus medical therapy in stable coronary disease. *New England Journal of Medicine*, 359 (21), 2289-2293. doi:10.1056/NEJMc081929
- Rodríguez, A. E., Maree, A. O. y Palacios, I. F. (2008). Quality of life with PCI versus medical therapy in stable coronary disease. *New England Journal of Medicine*, 359 (21), 2289-2293. doi:10.1056/NEJMc081929
- Rogers, H. L., Nicholls, E., Lemos, M., Aristizábal, N. y Arango, J. C. (2013). Quality of life after a myocardial infarction: A one-year follow-up of Colombian coronary disease patients. *Psychology and Health*, 28 (Sup. 1), 308. doi:10.1080/08870446.2013.810851
- Rosengren, A., Wallentin, L., Gitt, A. K., Behar, S., Battler, A. y Hasdai, D. (2004). Sex, age, and clinical presentation of acute coronary syndromes. *European Heart Journal*, 25 (8), 663-670. doi:10.1016/j.ehj.2004.02.023
- Rozanski, A., Blumenthal, J. A., Davidson, K. W., Saab, P. G. y Kubzansky, L. D. (2005). The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: The emerging field of behavioral cardiology. *Journal of the American College of Cardiology*, 45 (5), 637-651. doi:10.1016/j.jacc.2004.12.005
- Ruo, B., Rumsfeld, J. S., Hlatky, M. A., Liu, H., Browner, W. S. y Whooley, M. A. (2003). Depressive symptoms and health-related quality of life: the Heart and Soul Study. *JAMA*, 290 (2), 215-221. doi:10.1001/jama.290.2.215
- Salzwedel, A., Nosper, M., Röhrig, B., Linck-Eleftheriadis, S., Strandt, G. y Völler, H. (2014). Outcome quality of in-patient cardiac rehabilitation in elderly patients – identification of relevant parameters. *European Journal of Preventive Cardiology*, 21 (2), 172-180. doi:10.1177/2047487312469475
- Schenkeveld, L., Pedersen, S. S., Van Nierop, J. W. I., Lenzen, M. J., De Jaegere, P. T., Serruys, P. W. y Van Domburg, R. T. (2010). Health-related quality of life and long-term mortality in patients treated with percutaneous coronary intervention. *American Heart Journal*, 159 (3), 471 - 476. doi:10.1016/j.ahj.2009.12.012
- Schnatz, P. F., Nudy, M., Shively, C. A., Powell, A. y O'Sullivan, D. M. (2011). A prospective analysis of the association between cardiovascular disease and depression in middle-aged women. *Menopause: The Journal of the North American Menopause Society*, 18 (10), 1096-1100. doi:10.1097/gme.0b013e3182184928
- Schulz, U., Pischke, C. R., Weidner, G., Daubenmier, J., Elliot-Eller, M., Scherwitz, L.,... Ornish, D. (2008). Social support group attendance is related to blood pressure, health behaviours, and quality of life in the Multicenter Lifestyle Demonstration Project. *Psychology, Health & Medicine*, 13 (4), 423-437. doi:10.1080/13548500701660442
- Shibeshi, W. A., Young-Xu, Y. y Blatt, C. M. (2007). Anxiety worsens prognosis in patients with coronary artery disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 49 (20), 2021-2027. doi:10.1016/j.jacc.2007.03.007
- Smith, P. J. y Blumenthal, J. A. (2011). Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular: epidemiología, mecanismos y tratamiento. *Revista Española de Cardiología*, 64 (10), 924 - 933. doi:10.1016/j.recesp.2011.06.003
- Soriano, N., Ribera, A., Marsal, J. R., Brotons, C., Cascant, P. y Permanyer-Miralda, G. (2010). Evolución de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca. *Estudio IC-*

- QoL. Revista Española de Cardiología, 63 (6), 668-676. doi:10.1016/S0300-8932(10)70159-7
- Soto, M. y Failde, I. (2004). La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 11 (8), 53-62.
- Stanton, A. L., Revenson, T. A. y Tennen, H. (2007). Health psychology: Psychological adjustment to chronic disease. Annual Review of Psychology, 58, 565-592. doi:10.1146/annurev.psych.58.110405.085615
- Stephoe, A. y Kivimäki, M. (2013). Stress and cardiovascular disease: an update on current knowledge. Annual review of public health, 34, 337-354. doi:10.1146/annurev-publhealth-031912-114452
- Stewart, J. C., Perkins, A. J. y Callahan, C. M. (2014). Effect of collaborative care for depression on risk of cardiovascular events: Data from the IMPACT randomized controlled trial. Psychosomatic Medicine, 76 (1), 29-37. doi:10.1097/PSY.0000000000000022
- Stringhini, S., Sabia, S., Shipley, M., Brunner, E., Nabi, H., Kivimäki, M. y Singh-Manoux, A. (2010). Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality. JAMA, 303 (12), 1159-1166. doi:10.1001/jama.2010.297
- Thombs, B. D., Ziegelstein, R. C., Stewart, D. E., Abbey, S. E., Parakh, K. y Grace, S. L. (2008). Usefulness of persistent symptoms of depression to predict physical health status 12 months after an acute coronary syndrome. The American Journal of Cardiology, 101 (1), 15-19. doi:10.1016/j.amjcard.2007.07.043
- Tung, H. H., Hunter, A. y Wei, J. (2008). Coping, anxiety and quality of life after coronary artery bypass graft surgery. Journal of Advanced Nursing, 61 (6), 651-663. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04557.x
- Vaccarino, V., Badimon, L., Corti, R., de Wit, C., Dorobantu, M., Hall, A.,... Bugiardini, R. (2011). Ischaemic heart disease in women: are there sex differences in pathophysiology and risk factors?: Position paper from the working group on coronary pathophysiology and microcirculation of the European Society of Cardiology. Cardiovascular Research, 90 (1), 9-17. doi:10.1093/cvr/cvq394
- Ware Jr., J. E. (2004). SF-36 health survey update. En M. E. Maruish (Ed.), The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment (Vol. 3, pp. 693-718). Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Watkins, L. L., Koch, G. G., Sherwood, A., Blumenthal, J. A., Davidson, J. R. T., O'Connor, C. y Sketch, M. H. (2013). Association of anxiety and depression with all-cause mortality in individuals with coronary heart disease. Journal of the American Heart Association, 2 (2), e000068. doi:10.1161/JAHA.112.000068
- Weintraub, W. S., Spertus, J. A., Kolm, P., Maron, D. J., Zhang, Z., Jurkovic, C.,... Boden, W. E. (2008). Effect of PCI on quality of life in patients with stable coronary disease. New England Journal of Medicine, 359 (7),

677-687. doi:10.1056/NEJMoa072771

- White, M. L. y Groh, C. J. (2007). Depression and quality of life in women after a myocardial infarction. Journal of Cardiovascular Nursing, 22 (2), 138-144.
- Wong, M. S. y Chair, S. Y. (2007). Changes in health-related quality of life following percutaneous coronary intervention: A longitudinal study. International Journal of Nursing Studies, 44 (8), 1334-1342. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.07.011
- Worcester, M. U. C., Murphy, B. M., Elliott, P. C., Grande, M. R., Higgins, R. O., Goble, A. J. y Roberts, S. B. (2007). Trajectories of recovery of quality of life in women after an acute cardiac event. British Journal of Health Psychology, 12 (1), 1-15. doi:10.1348/135910705X90127
- Yang, Y. y Kozloski, M. (2011). Sex differences in age trajectories of physiological dysregulation: Inflammation, metabolic syndrome, and allostatic load. The Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 66A (5), 493-500. doi:10.1093/gerona/glr003