



Artículo de Investigación:

Elaboración y Validación de una Escala de Calidad de Vida para pacientes con cardiopatía.

Elaboration and Validation of a Life Quality Scale for patients with cardiovascular
diseases.

Rev. chil. neuropsicol. 2010; 5(2): 102-112
Publicado online: 30 de Julio 2010.

Patricia Martínez-Lanz^{1*}, Guadalupe Silveyra-León¹.

¹ Centro Anáhuac de Investigación en Psicología. Universidad Anáhuac México Norte. México.

(Rec.: 08 mayo 2010. Acep.: 05 julio 2010)

Resumen

El presente es un estudio no experimental de elaboración y validación estadística de un instrumento diagnóstico que evalúa la calidad de vida en personas con algún tipo de enfermedad cardiovascular. Método: Se elaboró un instrumento que incluye datos sociodemográficos y datos clínicos 32 reactivos que conforman la escala de calidad de vida. Se aplicó a 75 personas con cardiopatía y a 137 pertenecientes a la población general, utilizando como criterio externo el Cuestionario General de Salud en su versión de doce reactivos (CGS-12), esperando encontrar consistencia en los resultados obtenidos en los dos instrumentos. Resultados: La escala de calidad de vida para pacientes con cardiopatía posee un Alpha de Cronbach de .816, lo cual indica que es un instrumento confiable. El análisis factorial con rotación Varimax demostró que la mayoría de los reactivos poseen un peso factorial superior a 0.40. Se revisarán los reactivos que no entraron en el análisis.

Palabras Clave: calidad de vida, salud, cardiopatía, enfermedades cardiovasculares.

Abstract

The present is a non experimental study consisting of constructing and validating a diagnostic instrument which evaluates quality of life in people with any kind of cardiovascular disease. Method: The instrument constructed includes sociodemographic and clinical data along with 32 items which constitute the quality of life scale. It was applied to 75 people with a cardiopathy and to 137 members of the general population, using the General Health Questionnaire in its 12 item version as an external criteria, hoping to find consistency among the results thrown by both of the instruments. Results: The quality of life scale for patients with cardiopathy obtained .816 in the analysis of Cronbach's Alpha, which indicates it is a reliable instrument. The data reduction analysis with varimax rotation proved that most of the items have a factorial weight above 0.40. The rest of the items will be reviewed.

Keywords: quality of life, health, cardiopathy, cardiovascular disease.

* Correspondencia: Directora del Centro Anáhuac de Investigación en Psicología Universidad Anáhuac México Norte. Av. Lomas Anáhuac s/n, Lomas Anáhuac, Huixquilucan Edo. de México, C.P. 52786. E-mail: pmlanz@anahuac.mx . tel: 5627-0210 ext. 8395

Introducción.

Se le llama cardiopatía a toda enfermedad del corazón; habitualmente, se refiere a la enfermedad cardíaca producida por aterosclerosis (coronariopatía). Entre las cardiopatías se pueden mencionar: infarto agudo de miocardio, cardiomiopatías, arritmias cardíacas, aterosclerosis, insuficiencia cardíaca e hipertensión arterial.

Debido a los avances que se han realizado en las ciencias médicas, en las últimas décadas ha habido un considerable aumento en el diagnóstico y detección de personas con enfermedades crónicas. Sin embargo, muchos de los nuevos tratamientos médicos aumentan la cantidad de años que viven las personas, descuidando en ocasiones la calidad de los años vividos.

Existen diversas definiciones de *calidad de vida*, referentes todas ellas a la evaluación y/o percepción que los sujetos tienen de la experiencia de su propia vida. La mayor parte de las definiciones comparten factores comunes e ideas centrales como los sentimientos generales de bienestar, los sentimientos de implicación social positiva, las oportunidades para desarrollar el potencial personal, realizar elecciones, tener control personal, y una autoimagen positiva (Schalock, 2003). De acuerdo con Coehlo y Coehlo, la calidad de vida es "*la calidad de la vivencia que de la vida tienen los sujetos*" (Restrepo y Malaga, 2001).

Según Garrett *et al* (2002) existen 3995 instrumentos para medir estado de salud y calidad de vida. De estos, solo 188 se enfocan a enfermedades cardiovasculares, lo cual representa el 4.7% del total.

Los componentes que suelen evaluarse en estos instrumentos son la competencia en la movilidad física, la sensación de dolor, la presencia de trastornos del sueño, el miedo a la muerte, dolores de cabeza, variaciones en el humor, el nivel de actividad laboral permitida, el nivel de ansiedad, la pérdida de control sobre el curso de la enfermedad, las repercusiones sobre las relaciones de pareja, la capacidad de afrontamiento de la patología, etc. (Simón, 1999).

Se realizó una investigación bibliográfica de instrumentos específicos que miden calidad de vida en pacientes con enfermedades cardiovasculares a fin de recopilar los reactivos que se consideraron útiles para la elaboración de la Escala de Calidad de Vida para pacientes con cardiopatía.

Los reactivos recopilados y revisados de los instrumentos mencionados fueron aquellos incluidos dentro de los cinco dominios que fueron considerados relevantes al evaluar calidad de vida en este tipo de población. Estos dominios incluyeron: el bienestar emocional, desempeño, apoyo social, estrés, control personal y actividad laboral, los cuales se considera que deben relacionarse con las características sociodemográficas de la población de estudio para obtener datos más precisos.

El objetivo de este estudio fue el de elaborar y validar una escala que identifique calidad de vida en pacientes con cardiopatía, debido a que, como se pudo observar a través de la revisión bibliográfica, existen pocos instrumentos específicos que se enfoquen a este tipo de enfermedades. Entre los instrumentos que existen para evaluar calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular, gran parte de ellos se enfocan en una enfermedad específica; sin embargo, se requiere de un instrumento aplicable a la población general que padece de alguna de estas enfermedades. Más allá de la elaboración y validación de la escala, se buscó medir la calidad de vida de pacientes con distintas cardiopatías, comparando la calidad de vida entre personas con cardiopatía y personas pertenecientes a la población general, así como asociar el nivel de calidad de vida con los datos sociodemográficos e identificar qué áreas de funcionamiento poseen mayor relación con la enfermedad. Una vez validada la escala, ésta pudo aplicarse para evaluar la eficacia de los programas y estrategias de intervención orientadas a ésta población.

Material y método.

El presente es un estudio no experimental de elaboración y validación estadística de un instrumento diagnóstico. Se elaboró un instrumento autoaplicado que recauda datos clínicos tales como tipo de enfermedad cardiovascular, tratamientos

recibidos, intervenciones quirúrgicas y presencia de otro tipo de enfermedades, además de datos sociodemográficos. Dentro del instrumento, se situó la escala de calidad de vida, constituida por 32 reactivos con dos opciones de respuesta cada uno ("sí" o "no"), los cuales evaluaron la forma en que los pacientes habían percibido sus condiciones de vida durante el último mes. La calificación se llevó a cabo mediante la suma de la puntuación total de la escala, de tal forma que una mayor puntuación, indicaba que los sujetos poseían una mejor calidad de vida, siendo que, una menor puntuación reflejaba una menor calidad de vida. Los rangos de calificación están dispuestos de menor a mayor calidad de vida, situando el inicio de la primera categoría en la puntuación más baja que se obtenga.

Dentro del instrumento se incluyó también el Cuestionario General de Salud de doce reactivos (CGS-12) (versión original de Goldberg, 1972), el cual fue utilizado como criterio externo. A pesar de ser un instrumento de tamizaje para identificar posibles casos de trastornos mentales, por el contenido de sus reactivos, puede utilizarse para evaluar salud psicológica (Gao, Luo *et al*, 2004).

Procedimiento.

Una vez elegidos los reactivos se construyó un instrumento y se llevó a cabo una prueba piloto con 30 personas con el fin de identificar errores de redacción de los reactivos. Se realizaron las correcciones y se aplicó el instrumento al grupo de estudio y al grupo control, bajo su consentimiento. Se calificaron los cuestionarios, se elaboró una base de datos y se llevaron a cabo los análisis estadísticos.

Población de estudio.

La muestra estuvo formada por 212 personas, de las cuales 75 de ellas padecen alguna enfermedad cardiovascular y participan en la fase II o III del Programa de Rehabilitación Cardíaca y Prevención Secundaria del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez", y las 137 personas restantes pertenecen a la población general y se encuentran en condiciones generales similares a las de los miembros del primer grupo.

Este grupo se clasificó de acuerdo al tipo de cardiopatía que presentan y a su nivel de riesgo cardiovascular (alto, moderado o bajo), el cual está dado por la Tabla de Riesgo Cardiovascular proporcionada por el Departamento de Rehabilitación Cardíaca y Medicina Física del INCIC, la cual incluye datos como perímetro de cintura, sintomatología, antecedentes de infarto, depresión clínica, fracción de eyección del ventrículo izquierdo, Heart-score, y prueba de esfuerzo, entre otros.

Como criterios de inclusión se consideró una escolaridad mínima de secundaria, así como un mínimo de 18 años de edad. Se excluyeron del estudio a las personas que se encontraban hospitalizadas, así como las que han sido diagnosticadas con retraso mental, trastornos mentales, trastornos de personalidad, o trastornos neurológicos. Además, se eliminaron a aquellas personas que no respondieron el instrumento tal como se les indicaba y que mostraron una pobre comprensión del mismo.

Análisis estadísticos.

Utilizando el programa SPSS se llevó a cabo el análisis del Alfa de Cronbach de la escala de calidad de vida y del CGS-12, así como el análisis factorial con rotación varimax de ambos instrumentos. Una vez realizado el análisis de la validez y confiabilidad de la escala de calidad de vida se llevó a cabo la descripción de frecuencias de los resultados a través de tablas de contingencias.

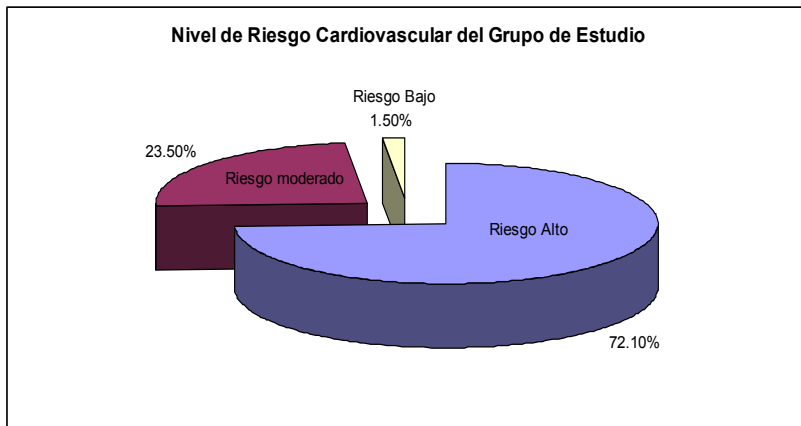
Resultados.

Al indagar acerca de la presencia de enfermedades cardiovasculares, el 44.6% de los integrantes del grupo de estudio reportaron haber padecido un infarto, que fue el evento con mayor incidencia, seguidos por el 6.8% que reportaron cardiopatía isquémica. Con una menor incidencia, reportaron tener angina de pecho, insuficiencia cardíaca, arritmias, cardiopatía coronaria y cardiopatía congénita.

El grupo formado por la población general reportó en un 94.9% de los casos no tener ninguna enfermedad cardiovascular, mientras que el 1.5% reportó haber tenido un infarto,

1.5% arritmias, 1.5% cardiopatía congénita y 0.7% infarto y arritmias.

El nivel de riesgo cardiovascular del 72.1% del grupo de estudio es alto, el 23.5% moderado y sólo el 1.5% es bajo; mientras que este criterio no aplica a la población general, debido a que no fueron estratificados.



Gráfica 1. Distribución de frecuencias del nivel de riesgo cardiovascular del grupo de estudio.

Al indagar acerca del tratamiento recibido para las enfermedades cardiovasculares, el 40.5% reportó haber recibido tratamiento farmacológico, el 12.2% tratamiento quirúrgico y el 1.4% ningún tratamiento. De las personas que reportaron haber recibido un tratamiento mixto, el 32.4% dice haber recibido tanto tratamiento farmacológico como quirúrgico, el 9.5% tratamiento farmacológico y psicológico, y el 4.1% los tres tipos de tratamiento. Así mismo, el 97% de la población general reportó no haber recibido ningún tipo de tratamiento debido a que no padecen de alguna enfermedad de ésta índole, mientras que el 2.2% recibieron tratamiento farmacológico y el 0.7% tratamiento quirúrgico. No se reportaron casos de tratamiento combinado en éste grupo.

El 76.1% de la población general reportó no padecer otras enfermedades, independientes de las de tipo cardiovascular, así como el 61.3% de la población de estudio. Tanto los miembros de la población general como los del grupo de personas con cardiopatía reportaron una mayor incidencia de enfermedades endocrinológicas (diabetes y problemas de tiroides) reportando 5.2% la población general y 17.3% el

grupo de estudio. El siguiente grupo de enfermedades en cuanto a incidencia fue el grupo de las enfermedades gastrointestinales, bajo el cual se incluyeron la colitis nerviosa, enfermedades digestivas, el dolor de colon, la esofagitis, gastritis, hernia hiatal, hernia umbilical, hemorroides, pólipo en el estómago y úlcera péptica. El grupo de estudio reportó una incidencia de 5.3% en estas enfermedades y la población general 3.7%, así como 2.7% y 2.2% de incidencia de enfermedades reumatológicas respectivamente (incluyendo la artritis reumatoide y el lupus). 2.7% del grupo de estudio reportaron padecimientos vasculares como la arterosclerosis, hipo e hipertensión arterial y migraña, así como el 3% de la población general. El 1.3% del grupo de estudio reportó padecer otras enfermedades, tales como ácido úrico elevado, fibroma, fibromialgia, polio, quistes y vértigo, así como el 2.2% de la población general. Así mismo, algunas personas reportaron diagnósticos múltiples que abarcaban hasta tres categorías, con una incidencia máxima de 2.7%, principalmente en el grupo de estudio.

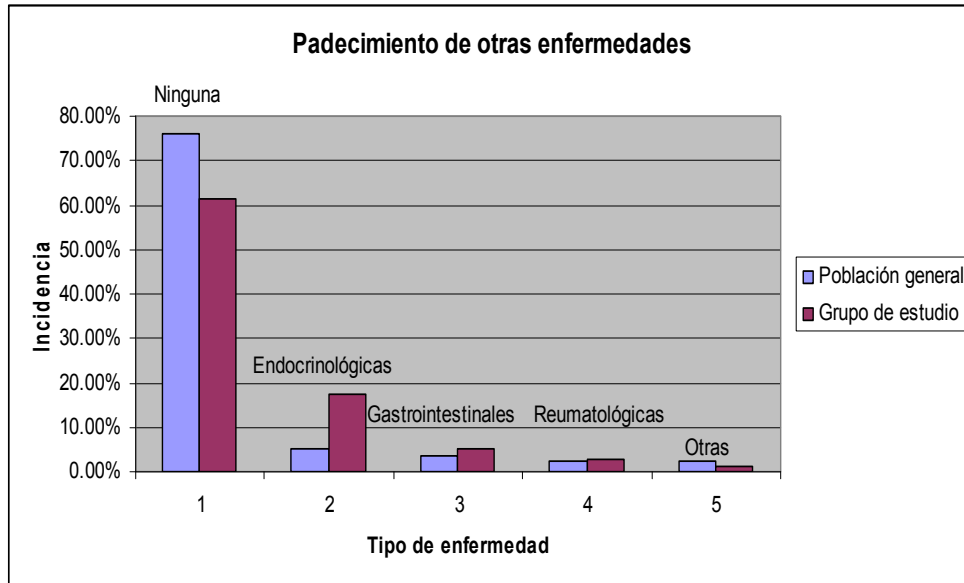
El 49.3% de los integrantes del grupo de estudio han sido sujetos a alguna intervención quirúrgica en los últimos diez años, al igual que el 39.1% de la población general; mientras que el 50.7% del primer grupo reporta que no ha tenido ninguna intervención, lo mismo que el 60.9% de la población general.

Una vez que se estableció el porcentaje de gente que tuvo alguna intervención quirúrgica en los últimos diez años, se definió la naturaleza de la misma para observar su relación con el nivel de calidad de vida.

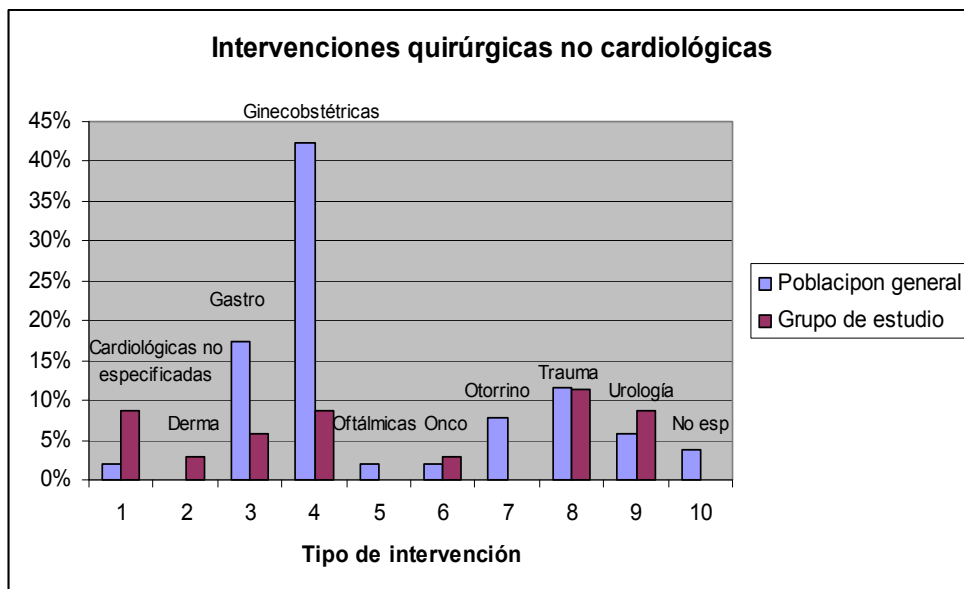
Al indagar acerca de la fecha de la última hospitalización de ambos grupos, se encontró que mientras el 35.4% de los integrantes de la población general nunca han estado hospitalizados, esto sólo es así con el 1.4% con el grupo de estudio. Así, el 44.4% de este grupo estuvieron hospitalizados por última vez hace más de un año pero menos de cinco, el 20.8% hace aproximadamente entre 6 meses y un año, 15.3% hace más de cinco años, 11.1% hace entre tres y seis meses, 4.2% hace de uno a tres meses y el 2.8% hace un mes. Independientemente de las personas de la población general que nunca han estado hospitalizados, el 34.6% estuvo hospitaliza-

do por última vez hace más de cinco años, el 19.7% hace más de un año pero menos de cinco, el 4.7% hace entre uno y tres meses, el 3.9% hace seis meses a un año, 1.6% hace tres a seis meses y ninguno en el último mes. Se encontró que el 75% de los integrantes del grupo de estudio reside en el Distrito Federal y Área conurbana, así como el 63.4% de la población general.

El restante 21.3% del grupo de estudio reside en la región central que incluye los estados de Michoacán, Morelos, Guanajuato, Estado de México, Hidalgo y Puebla; y el 7.9% en la región del sur de la República Mexicana, que incluye los estados de Tabasco, Guerrero, Chiapas, Veracruz y Quintana Roo. Así mismo, el 35.8% de la población general reside en la región central y el 0.7% en la región del sur.



Gráfica 2. Presencia de otras enfermedades no cardiovasculares.



Gráfica 3. Intervenciones quirúrgicas no cardiológicas efectuadas en la población general y en el grupo de estudio en los últimos diez años.

Utilizando la escala de calidad de vida como instrumento de medición, se observó que los hombres poseen una mayor calidad de vida, tanto aquellos que poseen una cardiopatía como los que no. Así mismo, se observó que el mayor porcentaje de buena calidad de vida en el grupo de la población general se ubica en las personas que tienen entre 61 y 70 años de edad, mientras que en los cardiopatas es en los que tienen entre 31 y 40 años. Por otro lado, los miembros de la población general que obtuvieron una mayor incidencia de mala calidad de vida fueron aquellos que tienen entre 31 y 40 años y los cardiopatas que tienen de 81 años en adelante (*Ver Tabla 22 en Anexos). Respecto al lugar de residencia, la mayor incidencia de personas con una buena calidad de vida viven en la Región Central de la República Mexicana, seguido por los que viven en el Distrito Federal y Área conurbada, y finalmente por los que residen en la Región del Sur del país.

Se encontró también que las personas con estudios de licenciatura terminada, seguidos por los que comenzaron una licenciatura y no la terminaron, y por las personas que realizaron estudios de postgrado, son las que poseen mayor calidad de vida, mientras que las personas que únicamente estudiaron la secundaria obtuvieron un menor índice de calidad de vida. De la misma manera, las personas solteras poseen la mayor incidencia de calidad de vida, seguidas por las que viven en unión libre y luego las casadas (*Ver Tabla 25 en Anexos). De la misma manera, se observa un ascenso significativo de la calidad de vida conforme aumenta el ingreso mensual familiar (*Ver Tabla 26 en Anexos), mientras que el estar desempleado disminuye significativamente la calidad de vida. En cuanto a ocupación, las personas que experimentan mayor calidad de vida son los estudiantes, seguidos por los profesionistas y los vendedores o personas que se dedican al comercio o a la prestación de servicios. No se observa una diferencia significativa en la calidad de vida en relación a con quién vive la persona, ya sea con su pareja, padres, hijos, sola u otros familiares.

Como se había hipotetizado, las personas que no padecen ninguna enfermedad cardiovascular poseen una mejor calidad de vida que las personas que sí presentan algu-

na enfermedad, principalmente las que padecen de insuficiencia cardiaca, seguida por angina de pecho y por aquellas que padecen más de una enfermedad de este tipo. En el resto de las enfermedades cardiovasculares no se encuentran diferencias significativas en cuanto a la calidad de vida asociada a la salud. Dentro de la población con este tipo de afecciones, aquellas que tienen un alto nivel de riesgo cardiovascular presentan el mayor índice de mala calidad de vida, lo cual indica que entre mayor sea el riesgo, mayores limitaciones y consecuencias biopsicosociales enfrentará el individuo.

En relación al tratamiento recibido para la o las enfermedades cardiovasculares, las personas que han recibido tratamiento farmacológico, quirúrgico y psicológico son las que tienen un mayor índice de mala calidad de vida, debido a la gravedad de la enfermedad que los llevó a requerir de los tres tipos de tratamiento. Al parecer, las enfermedades reumatológicas, seguidas por las endocrinológicas (principalmente la diabetes) y las vasculares (principalmente la hipertensión) son las que tienen una mayor influencia negativa sobre la calidad de vida de las personas. Por último, se observa que las personas que fueron hospitalizadas por última vez en un lapso de tres a seis meses poseen el mayor índice de mala calidad de vida, mientras que las personas que fueron hospitalizadas por última vez hace más de cinco años posee la mayor incidencia de buena calidad de vida.

Se llevó a cabo el análisis de la confiabilidad de la escala de calidad de vida, del cual se obtuvo un Alpha de Cronbach de .816 para los 32 ítems. Así mismo, se realizó el mismo análisis del Cuestionario General de Salud de 12 reactivos, obteniendo como resultado un Alpha de Cronbach de .843.

Se llevó a cabo el análisis factorial con rotación varimax, del cual se obtuvieron cuatro factores con un peso factorial mayor a .40. El primer factor contiene reactivos acerca del estado de salud física, bienestar emocional y social; el segundo sobre control personal y situación laboral; el tercero sobre actividad sexual y autonomía; y el cuarto sobre la calidad de las relaciones interpersonales y el estado de ánimo. Los reactivos que no tuvieron un peso factorial de .40 son el 1, el 5, el

13, el 14, el 15 y el 18. Sin embargo, se considera que evalúan situaciones relevantes para la calidad de vida, por lo que se revisará su redacción y se conservarán dentro de la escala.

Tabla 1. Matriz de componentes rotados para el análisis factorial

	Componentes			
	1	2	3	4
CansancioMolestias Físicas	.678			
BienestarGeneral	.601			
EstadoSaludFísica	.584			
SaludYActividades Sociales	.561			
EstrésPreocupación	.529			
Nerviosismo	.463			
QuienEscucheCuando NecesitaHablar	.457			
DificultadSubirEscaleras	.429			
AlejamientoDeSeres Queridos	.425			
RepercusiónVidaSexual				
CapacidadParaManejar CosasImportantes		.564		
SatisfacciónLaboral		.561		
ManejoDeProblemas		.552		
DisfruteGeneral		.505		
CargaParaLosDemás		.504		
DeseoCambioSituación Laboral		.494		
SobrecargaProblemas		.492		
ConvivenciaSocialNo Familiar		.426		
TomaDeDecisiones				
TrabajoPagado				
RelacionesSexuales			.566	
ProblemasParaCaminar			.510	
FrecuenciaActividad Sexual			.416	
DeseoSexual			.405	
DificultadEnActividades Diarias			.401	
SalidasDeCasaCortas				.625
RelacionesConQuienVive				.611
Relaciones Interpersonales				.420
EstadoÁnimoAlegre				.414
AtenciónAparienciaFísica				
CuidadoPersonal				
InteracciónFamiliar				

Nota Rotación Varimax con Normalización Kaiser.

a. Rotación en 13 interacciones

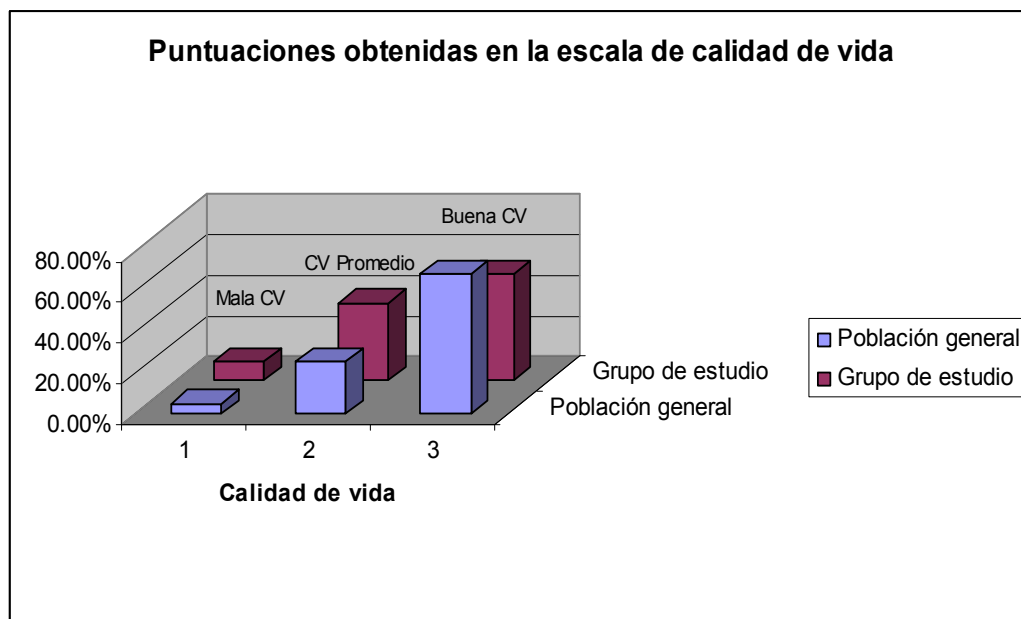
En la escala de calidad de vida, el 5.1% de la población general obtuvo una puntuación equivalente a una mala calidad de vida, el 25.7% a una calidad de vida promedio y el 69.1% obtuvo una buena calidad de vida. En el caso de los cardiopatas, se observó un aumento en el porcentaje de personas que obtuvieron una mala calidad de vida, equivalente al 9.2%, un aumento en el porcentaje de calidad de vida promedio, con un total de 38.2% y una disminución en el porcentaje de los que obtuvieron una buena calidad de vida, siendo el total obtenido del 52.6%, lo cual representa una diferencia de 16.5%.

Por otro lado, el 0.7% de la población general obtuvo un mal estado general de salud en el CGS-12, el 14% un estado general de salud promedio y el 85.3% un buen estado general de salud. Mientras que el grupo de estudio obtuvo 2.6% mal estado general de salud, 19.7% estado general de salud promedio, y 77.6% buen estado general de salud.

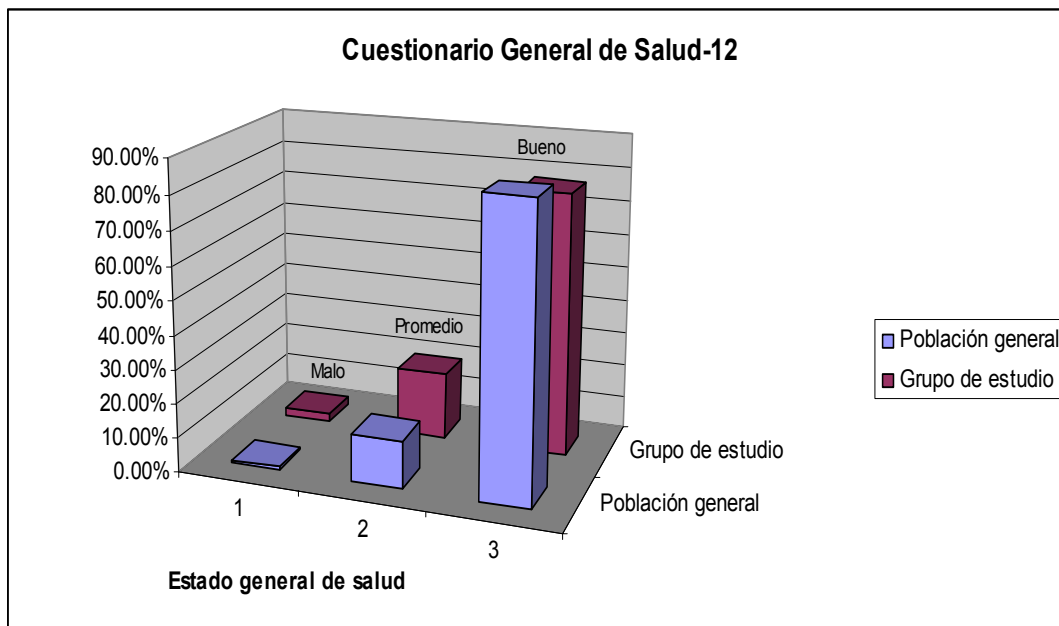
Por lo tanto, el 6.6% total de los 212 casos que se analizaron obtuvo una mala calidad de vida en la ECV, en comparación con el 1.1% que obtuvo un mal estado general de salud CGS-12.

El 30% obtuvo una calidad de vida promedio, mientras que el 16% obtuvo un estado general de salud de la misma calidad, y el 63.2% obtuvo una buena calidad de vida, en comparación con el 82.5% que obtuvo un buen estado general de salud en el CGS-12.

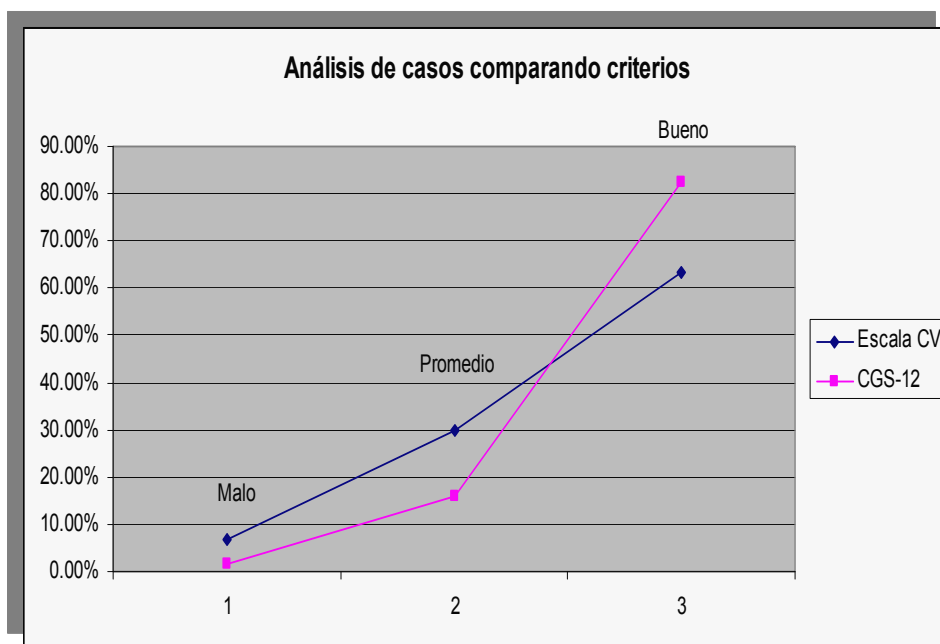
A pesar de que existen inconsistencias en la comparación de casos, se considera que esto se debe a que ambos instrumentos utilizan diferentes formatos, ya que la escala de calidad de vida ofrece únicamente dos opciones de respuesta (sí o no) y el CGS-12 se puntúa conforme a una Escala de Likert. Sin embargo, tomando en cuenta la confiabilidad y validez que se obtuvo en esta primer aplicación de la escala de calidad de vida, se considera que es un instrumento que identifica de manera adecuada la calidad de vida en personas con cardiopatía, logrando discriminar entre personas con dicho padecimiento y una muestra de población general. Partiendo de esta base, a continuación se analizará la asociación que existe entre el grado de calidad de vida que experimenta una persona, y las variables tanto sociodemográficas como clínicas descritas anteriormente.



Gráfica 4. Puntuación total obtenida en la escala de calidad de vida.



Gráfica 5. Puntuaciones obtenidas en el CGS-12.



Gráfica 6. Análisis de casos comparando la Escala CV con el criterio externo, el CGS-12.

Tabla 2. Análisis de los casos obtenidos tanto en la escala de calidad de vida como en el CGS-12.

	Escala CV	CGS-12
Malo	6.60%	1.41%
Promedio	30%	16%
Bueno	63.20%	82.50%

Discusión y conclusiones.

Se corroboró que efectivamente hay mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares en hombres que en mujeres. Respecto al género, dentro del grupo de los cardiopatas se observa una mayor cantidad de hombres, que constituyen el 84% del grupo de estudio, acompañado por el 16% de mujeres. Por otro lado, la mayor parte de la población general estuvo formada por mujeres, que constituyen el 60.9% de la muestra, en comparación con 39.1% de hombres.

Se observó que la calidad de vida se asocia con las variables de escolaridad, ya que a mayor escolaridad, mayor calidad de vida; de ingreso familiar mensual, que sigue la misma tendencia; de ocupación, que entre mayor esfuerzo intelectual requiera la realización de un trabajo, así como demanda de sociabilidad, mayor será la calidad de vida obtenida, como en el caso de los estudiantes, profesionistas y comerciantes que obtuvieron la mayor incidencia de buena calidad de vida. Así mismo, se observó que existe una relación significativa entre el desempleo y la disminución de la calidad de vida, la cual está más presente en la población con cardiopatía.

Como era de esperarse, la mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares en los pacientes del Programa de Rehabilitación fue en primer lugar el infarto al miocardio, seguido por la cardiopatía isquémica y la angina de pecho en menor grado. De acuerdo con el presente estudio, la insuficiencia cardíaca es la enfermedad cardiovascular que se relaciona de forma más estrecha con la disminución de la calidad de vida. A la vez, se observa una relación igualmente significativa entre el nivel de riesgo cardiovascular y la calidad de vida que experimenta el paciente.

El objetivo de la presente investigación se llevó a cabo de manera satisfactoria, ya que se comprobó que la escala de calidad de vida para pacientes con cardiopatía sí logra discriminar entre personas que padecen una enfermedad cardiovascular y aquellas que no, considerando las variables sociodemográficas de dichas personas.

Referencias.

- Arostegui, I. (1998). *Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco*. Universidad de Deusto.
- Bambauer K, Locke S, et al. (2005). Using the Hospital Anxiety and Depression Scale to screen for depression in cardiac patients. *General Hospital Psychiatry*, 27, 275-284.
- Coelho R, Ramos S, et al. (2005). Heart failure and health related quality of life. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1, 19.
- Felce, D; Perry, J. (1995). Quality of Life: It's Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16, 51-74.
- Friedman HC, Dimatteo RD (1999). *Health Psychology*. London: Prentice Hall.
- Frühwald, S, Löffler, H, et al. (2001). Relationship between Depression, Anxiety and Quality of Life: A Study of Stroke Patients Compared to Chronic Low Back Pain and Myocardial Ischemia Patients. *Psychopathology*, 34, 50-56.
- Garrat A., Schmidt L.; et al. (2002). Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BJM*, 324, 1417.
- Gordon G, Baker L. (1994). Successful Medical and Psychological Management of Recurring Chest Pain and Frequent Hospital Admissions in a Patient With Coronary Artery Disease. *West J Med*, 160, 371-375.
- Hemingway H, Marmot M. (1999). Psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prospective cohort studies. *BMJ*; 318, 1460-7.
- Jiang W, Davidson J. (2005). Antidepressant therapy in patients with ischemic heart disease. *Am Heart J*, 150, 871-81.
- Jovanovic D, Jakovljevic B. et al. (2006). Importance of personality traits and psychosocial factors for the development of coronary heart disease. *Vojnosanit Pregl*. 63(2), 153-8.
- Marmot M. (2003). Self esteem and health. Autonomy, self esteem, and health are linked together. *BMJ*, 327, 574-575.
- McBurney CR, Eagle KA, et al. (2004). Work-related outcomes after a myocardial infarction. , 24(11), 1515-23.
- Mokkink LB, Terwee CB, et al.(2006). Protocol of the COSMIN study: Consensus-bases Standards for the selection of health Measurement Instruments. *BMC Medical Research Methodology*, 6, 2.
- Moreno B, Ximénez C. (1996). *Evaluación de la Calidad de Vida. Manual de la Psicología Clínica Aplicada*. Madrid: Siglo XXI.
- Muller JE, Kohn L, et al. (2005) Anxiety and medical disorders. *Curr Psychiatry Rep*, 7(4), 245-51.
- Norris C, Ghali W et al. (2004). Women with coronary artery disease report worse health-related quality of life outcomes compared to men. *Health and Quality of Life Outcomes* 2, 21.
- Nussbaum, M.; Sen, A. (1996). *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ouldzein H, Aounallah Skhiri H, et al. (2005). Social and occupational repercussions of acute myocardial infarction. *Tunis Med*, 83 Suppl 5, 36-40.

- Quintanilla, I. (1990). *Calidad de vida, educación, deporte y medio ambiente*. Barcelona, Promociones y Publicaciones Universitaria, S.A.
- Restrepo, H.; Málaga, H. (2001). *Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable*. Colombia: Editorial Médica Panamericana.
- Schalock, R. (2003). *Calidad de vida: Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Schwarz ER, Rodríguez J. (2005). Sex and the heart. *Int J Impot Res*, 17 Suppl 1, S4-S6.
- Simon, MA. (2002). *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Thompson D, Yu C-M (2003). Quality of life in patients with coronary heart disease-I: Assessment tools. *Health Quality of Life Outcomes*, 1,42.
- Vaglio J, Conard M, et al. (2004). Testing the performance of the ENRICHD Social Support Instrument in cardiac patients. *Health Quality of Life Outcomes*, 2, 24.
- Yip P, Cheung Y. (2006). Quick assessment of hopelessness: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4, 13.