

# Consideraciones sobre la depresión como factor de riesgo en pacientes cardiovasculares

## Considerations of depression as risk factor in cardiovascular patients

Mariantonia Lemos<sup>1</sup>, Diana María Agudelo Vélez<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidad EAFIT, <sup>2</sup> Universidad de los Andes, Colombia

Forma de citar: Lemos, M., & Agudelo, D.M. (2015). Consideraciones sobre la depresión como factor de riesgo en pacientes cardiovasculares. *Revista CES Psicología*, 8(1), 192-206.

### Resumen

Numerosos estudios han encontrado una asociación robusta entre los síntomas depresivos o la depresión mayor y un incremento en la morbilidad y la mortalidad cardíaca posterior a un síndrome coronario agudo (SCA); sin embargo, también se ha reportado evidencia en contra. Debido a esta divergencia, la depresión aún no ha sido aceptada por la Asociación Americana del Corazón como un factor de riesgo para un mal pronóstico en pacientes con enfermedades cardiovasculares. En este artículo se aborda el tema de la depresión en pacientes que han tenido un SCA y los factores que pueden influir en la divergencia de los resultados mencionada. Se concluye que la depresión se relaciona con un peor pronóstico en estos pacientes, específicamente cuando su presencia es posterior al evento o se trata de un cuadro resistente al tratamiento. Los síntomas cognitivos y somáticos son indicadores de mal pronóstico, así como la presencia de ansiedad comórbida.

Palabras clave: Depresión, Enfermedad Cardiovascular, Psicología de la Salud, Síndrome Coronario Agudo.

### Abstract

Studies have found a strong association between depressive symptoms and major depression and cardiac morbidity and mortality increased after acute coronary syndrome (ACS); however it has also been reported evidence against this association. This difference in results may explain why depression has not yet been accepted by the American Heart Association as a risk factor for poor prognosis in patients with CVD. In this article depression is discussed as a risk factor of poor prognosis in patients who have had ACS and the factors that may influence the divergence of results in the studies. Our conclusions show that depression is related with a worse prognosis in ACS patients specifically when the symptomatology occurred after the event or when it is a treatment-resistant disorder. Cognitive and somatic symptoms and also comorbid anxiety are bad prognosis indicators.

Keywords: Acute Coronary Syndrome, Cardiovascular Disease, Cardiovascular Disorders; Depression, Health Care Psychology, Health Psychology, Heart Disorders.

<sup>1</sup> Doctora en Psicología, Universidad de los Andes, Docente investigadora Departamento de Psicología, Escuela de Humanidades, Universidad EAFIT. [mlemosh@eafit.edu.co](mailto:mlemosh@eafit.edu.co)

<sup>2</sup> Doctora en Psicología Clínica y de la Salud, Profesora Asociada Departamento de Psicología, Universidad de los Andes. [dm.agudelo932@uniandes.edu.co](mailto:dm.agudelo932@uniandes.edu.co)

## Introducción

La depresión es aproximadamente tres veces más común después de un Infarto Agudo del Miocardio (IAM) que en la comunidad general (Lichtman et al., 2008; Lippi, Montagnana, Favaloro, & Franchini, 2009). Se ha reportado también que alrededor de un 20% de los pacientes después de un síndrome coronario agudo (SCA) cumplen los criterios diagnósticos para un trastorno del estado de ánimo (Dickens, Cherrington, & McGowan, 2012; Smith & Blumenthal, 2011), de tal forma que la depresión coexiste con las enfermedades cardiovasculares (ECV) entre 17% y 44% de las ocasiones (Schnatz, Nudy, Shively, Powell, & O'Sullivan, 2011). Adicionalmente, se ha calculado que entre 30 a 45% de estos pacientes tienen síntomas depresivos, conocidos como depresión sub-clínica o depresión menor posterior al evento cardiaco (Carney & Freedland, 2008; Lichtman et al., 2014; Mavrides & Nemeroff, 2013).

Los síntomas depresivos son especialmente prevalentes en pacientes recién hospitalizados por SCA. Se ha considerado que la vivencia de un período breve de depresión durante y después de una crisis coronaria es común y se puede considerar como una reacción normal frente a la experiencia de enfermedad; tal como se ha descrito dentro de los procesos de ajuste a un evento estresante (Cerezo, Hernández, Rodríguez, & Rivas, 2009). Sin embargo, en un porcentaje de los pacientes este malestar no parece circunscribirse a la crisis y está presente durante varios años después del evento (Holahan, Moerkbak, & Suzuki, 2006). La prevalencia de depresión mayor y síntomas depresivos durante la hospitalización de pacientes que han tenido un SCA se ha calculado entre 26 y 50%. Estos síntomas persisten en el 45% de los pacientes, mientras que un porcentaje entre el 9% y 15% de los pacientes reportan

síntomas depresivos posteriores a la hospitalización, los cuales no habían sido reportados anteriormente (Di Benedetto, Lindner, Hare, & Kent, 2007; Reddy, Dunbar, Morgan, & O'Neil, 2008).

Una razón por la cual los pacientes con ECV presentan depresión podría ser la duración de la hospitalización (Navarro-García et al., 2011) o simplemente las limitaciones funcionales relacionadas con una enfermedad crónica (Leventhal, Halm, Horowitz, Leventhal, & Ozakinci, 2004). Se ha estimado que la prevalencia de depresión en la edad avanzada es mayor en personas con enfermedad crónica, en quienes el estado de ánimo se ha encontrado intrínsecamente ligado a la enfermedad física y los problemas funcionales relacionados con esta etapa del desarrollo (Dunlop, Lyons, Manheim, Song, & Chang, 2004; Guallar-Castillón et al., 2006). Sin embargo, la depresión de los pacientes que han tenido un SCA parece ser cualitativamente diferente de la que se observa en los pacientes psiquiátricos y no responder sólo a un proceso de adaptación.

Con respecto al impacto de la depresión en el pronóstico de los pacientes con ECV, un meta-análisis reportó que los síntomas depresivos incrementan al doble el riesgo de mortalidad en pacientes cardíacos con depresión (Barth, Schumacher, & Herrmann-Lingen, 2004). Estos datos reflejan la tendencia general de estudios prospectivos, revisiones sistemáticas y otros meta-análisis que han encontrado una asociación robusta entre los síntomas depresivos o la depresión mayor y un incremento en la morbilidad y la mortalidad cardíaca después de un SCA (Carney et al., 2008; Huffman et al., 2008; Stewart, Perkins, & Callahan, 2014). Adicionalmente, un comité de expertos convocado por la Asociación Americana del Corazón concluyó que la depresión es un factor de riesgo para la mortalidad general (H.R. = 2.3 a 2.9), la mortalidad cardíaca

(H.R. = 1.8 a 2.6) y para la presentación de nuevos eventos coronarios (H.R. = 1.6) (Lichtman et al., 2014). Así mismo, se ha encontrado que a mayor severidad de la depresión, mayor es el riesgo de nuevos eventos cardiovasculares (Hare, Toukhsati, Johansson, & Jaarsma, 2014). Estos resultados llevaron al comité a sugerir la inclusión de la depresión dentro de los factores de riesgo para el mal pronóstico de los pacientes después de un SCA. Sin embargo, la discusión aún está vigente debido a los resultados negativos de otros estudios frente a esta relación (Almeida, Alfonso, Flicker, Hankey, & Norman, 2011; Dickens et al., 2007; Parakh, Thombs, Fauerbach, Bush, & Ziegelstein, 2008).

Además, considerar la depresión como un factor de riesgo de mal pronóstico para pacientes que han tenido un SCA llevaría a pensar que las intervenciones orientadas a este factor disminuirían las tasas de morbilidad y mortalidad en los pacientes. Se han desarrollado diferentes estudios, tanto ensayos clínicos aleatorizados como estudios multicéntricos, para evaluar la eficacia de la intervención de la depresión en el pronóstico de los pacientes con ECV, y los resultados no han logrado evidenciar los beneficios cardiovasculares que se esperan al intervenir la depresión (Lichtman et al., 2014; Stewart et al., 2014). El Sertraline Antidepressant Heart Attack Randomized Trial (SADHART) (Jiang et al., 2011; Jiang et al., 2008) y el Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICH) (Berkman et al., 2003) son dos de los estudios más reconocidos en este campo que no reportaron diferencias en las tasas de supervivencia de los pacientes posterior a la intervención de quienes no se sometieron a la misma, aunque sí mostraron tasas de respuesta frente a la depresión.

En síntesis, la evidencia anteriormente citada hace pensar que existe una relación negativa entre la depresión y el pronóstico

de los pacientes que han tenido un SCA. Sin embargo, la divergencia de los resultados de estudios prospectivos y el poco efecto que las intervenciones han tenido en los índices de mortalidad y morbilidad hacen evidente que la relación entre la depresión y la enfermedad cardiovascular debe ser abordada teniendo en cuenta diversas consideraciones, las cuales serán desarrolladas a continuación.

### **Temporalidad de la depresión.**

La depresión de los pacientes posterior a un SCA puede variar de acuerdo a la historia previa y a la trayectoria de los síntomas después del evento cardíaco. Respecto al primer punto, algunos estudios apuntan a considerar que el riesgo sería mayor en aquellos pacientes que presentan la incidencia del trastorno posterior al SCA (de Jonge, van den Brink, Spijkerman, & Ormel, 2006; Grace et al., 2005; Parker et al., 2008), aunque también se ha encontrado que los que están recurrentemente deprimidos están en mayor riesgo de morbilidad y mortalidad en comparación con los no depresivos (Carney & Freedland, 2012b). Esto ha llevado a que gran parte de los estudios focalicen sus análisis en pacientes que presentan episodios depresivos posterior al evento, independiente de si hay o no historia previa de depresión (Scherrer et al., 2012). Un meta-análisis de estudios entre 1990 y 2009 encontró que no hay diferencias significativas en el efecto de la depresión que ocurre pre o post diagnóstico del SCA (Leung et al., 2012).

Frente a la trayectoria de los síntomas, un análisis llevado a cabo en los países bajos por Kaptein, de Jonge, van den Brink y Korf (2006) de los síntomas depresivos durante el primer año posterior a un IAM encontró cinco trayectorias diferentes: La mayoría de los pacientes no presentaron síntomas depresivos (56.4%), mientras que otros presentaron síntomas depresivos leves

(25.7%). Un grupo presentó síntomas depresivos moderados que incrementaban en el tiempo (9.3%), a diferencia del cuarto grupo que presentó síntomas depresivos significativos pero que disminuían con el tiempo (4.6%). Por último, un grupo presentó síntomas depresivos clínicamente significativos que incrementaban en el tiempo (4.0%). Las curvas de supervivencia mostraron que los grupos con síntomas depresivos presentaron mayores tasas de morbilidad frente al grupo sin síntomas. No obstante, sólo el último grupo presentó un mayor riesgo de mortalidad (Kaptein, de Jonge, van den Brink, & Korf, 2006).

### **Depresión resistente al tratamiento.**

Otro factor a considerar en el estudio de la relación y el pronóstico de los pacientes posterior a una SCA es que los pacientes en mayor riesgo de muerte serían aquellos con una depresión resistente al tratamiento (Carney & Freedland, 2012b; Lichtman et al., 2014; Pitt & Deldin, 2010). Un análisis de supervivencia de siete años de una cohorte de veteranos sanos con depresión, evidenció que aquellos resistentes al tratamiento tenían un mayor riesgo de presentar un evento cardíaco por encima de aquellos que sí respondían al tratamiento (Scherrer et al., 2012). Un análisis secundario del estudio ENRICH también apoya esta hipótesis. Carney et al. (2004) evaluaron los niveles de depresión en pacientes que habían sobrevivido a los primeros seis meses después de realizado el estudio, y aunque no encontraron diferencias significativas en las tasas de mortalidad posterior a los seis meses, sí se observó una relación entre la remisión de la depresión y la mortalidad posterior. Es decir, los pacientes que respondieron al tratamiento presentaron una tasa de mortalidad más baja, que aquellos que no respondieron. Adicionalmente, un seguimiento llevado a cabo cinco años después a los pacientes que participaron en el SADHART, evidenció que

al comparar aquellos que habían tenido la remisión de los síntomas presentaban una menor cantidad de eventos cardiovasculares en el tiempo frente a aquellos que no habían alcanzado la remisión (Jiang et al., 2011).

### **Tipos de síntomas depresivos.**

Otro punto a considerar en esta reflexión es la condición altamente heterogénea de la depresión, de tal forma que la respuesta individual al tratamiento es difícil de predecir (Carney & Freedland, 2012a; Frasure-Smith & Lespérance, 2010; Perez-Parada, 2011). Al respecto se ha planteado la posibilidad de que exista un subtipo de depresión que implica un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad en pacientes cardíacos. Este subtipo puede estar poco representado en unos estudios y sobre representado en otros, llevando a diferencias en los resultados (Carney & Freedland, 2012b; Rafanelli, Sirri, Grandi, & Fava, 2013).

Algunos síntomas de la depresión podrían ser más cardiotóxicos que otros. Por ejemplo, la anhedonia y los síntomas somáticos como las dificultades del sueño o la fatiga tendrían mayor relación con mortalidad (Rafanelli et al., 2013). En este sentido, un estudio evaluó la mortalidad a siete años en pacientes que habían sido sometidos a una angioplastia y encontró que la anhedonia se asoció de manera independiente con todas las causas de mortalidad, aún después de controlar por características clínicas y sociodemográficas (Damen et al., 2013).

Los estudios que buscan diferenciar los tipos de síntomas depresivos han evidenciado que existen distintos *clusters*, en los que generalmente los discriminantes para considerar una depresión clínica son los cognitivo/afectivos (tristeza, anhedonia, culpa) por encima de los somáticos (McGuire, Eastwood, Hays, Macabasco-

O'Connell, & Doering, 2014). Esto ha llevado a que algunos autores aconsejen el uso de escalas centradas en los síntomas cognitivos por encima de los somáticos; sin embargo, un análisis de los síntomas de los pacientes participantes del ENRICHD señaló que los síntomas somáticos estuvieron relacionados con muerte o recurrencia del evento cardíaco (Denollet, Freedland, Carney, de Jonge, & Roest, 2013; Roest et al., 2013) y está en la misma línea con reportes de que los síntomas somático/afectivos se asocian inversamente con la fracción de eyección cardíaca (Martens, Hoen, Mittelhaeuser, De Jonge, & Denollet, 2010). Frente a esta situación, autores como Carney y Freedland (2012a) afirman que es posible que estos resultados se deban en parte a que los síntomas cognitivos están más estigmatizados que los somáticos, lo que lleva a una menor probabilidad de ser aceptados por los sujetos. Además, es posible que los síntomas cognitivos sean menos reportados en sujetos con ECV debido a que éstos pueden ser metacogniciones que aparecen en las personas que están deprimidas por estar deprimidas. Esta situación podría no presentarse en pacientes con ECV ya que se piensa que la depresión es una reacción natural y normal ante la situación física personal (Carney & Freedland, 2012a).

Cabe anotar que la anhedonia y la desesperanza podrían ser subyacentes a cuadros depresivos, pero también estar presentes en otros trastornos (Leroy, Loas, & Perez-Diaz, 2010). Lo anterior se refiere al concepto de especificidad como elemento clave en las escalas de evaluación, con el objetivo de hacer mediciones más precisas (Bastidas-Bilbao, Gonzalez, & Castro, 2011). Se ha pensado que la presencia o no de desesperanza podría marcar la diferencia entre los pacientes que respondieron al tratamiento y aquellos que no lo hicieron (Carney et al., 2004); por lo cual, podría indicar una depresión severa y disminuir la

motivación para seguir las recomendaciones médicas sobre el cambio en el estilo de vida y la adherencia al tratamiento (Burg & Abrams, 2001). No obstante, en el estudio de Kessing, Pelle, Kupper, Szabo y Denollet (2014) se encontró que la asociación entre anhedonia y peor adherencia es independiente de la severidad de la condición médica y de la presencia o no de depresión (Kessing, Pelle, Kupper, Szabó, & Denollet, 2014). Por otra parte, la anhedonia ha sido asociada con hospitalizaciones futuras y eventos cardíacos fatales y no fatales en pacientes que habían experimentado un SCA (Davidson et al., 2010; Denollet et al., 2008; Leroy et al., 2010). Un análisis secundario del ENRICHD sobre los síntomas cognitivos de la depresión arrojó resultados en esta línea, evidenciando la importancia clínica de la anhedonia como factor pronóstico de eventos adversos en personas menores de 70 años (Denollet et al., 2013).

### **Direccionalidad de la relación entre la depresión y ECV**

Otro de los puntos a considerar es la direccionalidad de la relación entre depresión y ECV. Aunque varios estudios longitudinales y la revisión de expertos han señalado el efecto de esta relación en el mal pronóstico de los pacientes posterior a un evento cardíaco, existe una evidencia fuerte sobre la asociación bidireccional entre depresión y ECV, de tal manera que la depresión también pueda ser una consecuencia del mismo estado de salud y generar comportamientos que atentan contra la salud posterior a un IAM (Lippi et al., 2009; Mavrides & Nemeroff, 2013). Otra explicación podría ser que la depresión y la ECV sean manifestaciones de una misma causa, como un factor genético, de tal modo que haya una variable que se asocie a ambos cuadros y sea un factor de riesgo para ambas condiciones (Frasure-Smith & Lespérance, 2010).

Al respecto, la evidencia señala que la depresión y la ECV están relacionadas por distintos mecanismos como la alteración del sistema nervioso autónomo y la hiperactividad del sistema hipotálamo-pituitario-adrenal. La disminución de la actividad parasimpática y el aumento de la simpática pueden disminuir la probabilidad de sufrir una isquemia, taquicardia ventricular, fibrilación ventricular y muerte cardíaca súbita en pacientes con ECV (Carney, Freedland, & Veith, 2005; Lichtman et al., 2014; Paz-Filho, Licinio, & Wong, 2010). Se ha encontrado que una variabilidad de la tasa cardíaca baja está asociada con un mayor riesgo de ECV, arritmias ventriculares y muerte cardíaca súbita (Mavrides & Nemeroff, 2013).

Otro posible mecanismo que media la relación entre depresión y ECV es la inflamación. La enfermedad coronaria es un proceso inflamatorio crónico precipitado por daños en el tejido vascular y altos niveles de catecolaminas circulantes pueden contribuir a estos daños (Carney et al., 2005; Lichtman et al., 2014). Se ha encontrado que sustancias como la proteína C reactiva (PCR), la interleukina-6 y la interleukina-1, que son marcadores inflamatorios, son factores de riesgo independientes para la depresión (Dowlati et al., 2010; Kendall-Tackett, 2009; Mavrides & Nemeroff, 2013). Adicionalmente, la depresión también está asociada con una disfunción serotoninérgica en el sistema nervioso central y en las plaquetas periféricas circulantes (Paz-Filho et al., 2010). Esto es importante teniendo en cuenta que los mecanismos central y periféricos serotoninérgicos influyen los procesos trombovasculares (Everson & Lewis, 2005).

### **Comorbilidad de la depresión con ansiedad.**

La ansiedad es un estado emocional común en las personas con una ECV aguda (Alarcón & Ramírez, 2006). El Very Anxious Group

Under Scrutiny (VAGUS) adelantó un estudio prospectivo para examinar la relación entre la ansiedad y los efectos adversos en la salud cardiovascular, reportó que en una cohorte de 934 pacientes con ECV las puntuaciones de ansiedad y depresión se presentaron significativamente correlacionadas. Se encontró que el 60% de los casos de personas con depresión también cumplieron criterios para ansiedad, mientras que el 52% de la muestra con ansiedad también cumplió criterios de depresión (Watkins et al., 2013). Estos datos son similares a los reportados por Reddy et al. (2008) quienes encontraron que al momento del alta un 53% de los pacientes con un SCA presenta síntomas ansiosos y depresivos. Por su parte, el estudio de Celano, Suarez, Mastromauro, Januzzi y Huffman (2013) reportó que en pacientes con enfermedad cardiovascular la presencia de síntomas de depresión fue de 20,5%, seguidos de los síntomas de ansiedad generalizada (18,5%) (Celano, Suarez, Mastromauro, Januzzi, & Huffman, 2013).

Al respecto se ha afirmado que la comorbilidad de la depresión y la ansiedad está asociada con un mayor riesgo de mortalidad que en aquellos que presentan ansiedad sola. Presentar ambas condiciones lleva a que los pacientes presenten un curso más crónico de la psicopatología asociado a un mayor deterioro y resistencia al tratamiento psiquiátrico que los pacientes que solo presentan una condición (Watkins et al., 2013). Además, la comorbilidad entre ambos trastornos está asociada a una mayor estadía hospitalaria posterior a un SCA y a una más baja calidad de vida (CV) en el momento de la hospitalización, a los tres y doce meses posteriores al evento (Mayou et al., 2000).

La ansiedad afecta la respuesta al tratamiento antidepresivo (Smits, Minhajuddin, Thase, & Jarrett, 2012) y se ha encontrado que puede explicar en parte la

relación entre depresión y mortalidad en hombres 3.4 años después de su primer IAM (Strik, Denollet, Lousberg, & Honig, 2003). Así mismo, debe tenerse en cuenta que esta relación no es importante sólo en el momento de la hospitalización, ya que algunos pacientes que inicialmente no presentaban sintomatología depresiva y ansiosa desarrollan posteriormente los síntomas y esto afecta su CV posterior (Dickens et al., 2006).

### Consideraciones metodológicas

Un último punto a considerar tiene que ver con el efecto de la medición en el informe de los síntomas, ya que los reportes de depresión de los pacientes posterior a un SCA podrían estar distorsionados o sesgados (Frasure-Smith & Lespérance, 2010). Se ha pensado que cuando se aplican los cuestionarios de depresión en pacientes con ECV las respuestas no están solo motivadas por los síntomas depresivos sino por los de la enfermedad como tal y que esto puede limitar la validez de los resultados (Freedland et al., 2002). Igualmente, los distintos cuestionarios se centran en síntomas o dimensiones diferentes del mismo fenómeno, lo que los hace más sensibles a ciertos subtipos de depresión (Dickens et al., 2007). En este sentido, se ha afirmado que las medidas de depresión en pacientes con ECV podrían estar sobreestimadas por los síntomas somáticos. Además, de los síntomas físicos de la depresión (fatiga, problemas de sueño y de apetito), sólo la fatiga es considerada un síntoma de enfermedad cardíaca (Carney & Freedland, 2012a), por lo que autores como Carney (2014, comunicación personal) consideran que es un error utilizar escalas para la depresión que no incluyan este tipo de síntomas.

De igual modo, deben tenerse en cuenta los problemas potenciales de multicolinealidad cuando la variable que se busca predecir no

es la morbilidad o mortalidad sino la CV de los pacientes. En general, se ha señalado que la depresión conlleva diferentes efectos adversos en pacientes con ECV como el deterioro en el funcionamiento social, en el funcionamiento físico y en su CV en general (Dickens et al., 2012; Rogers, Nicholls, Lemos, Aristizabal, & Arango, 2013; Ruo et al., 2003); sin embargo, al establecer esta relación no se puede desconocer que varias de las medidas de CV evalúan componentes emocionales, de tal manera que podría haber una correlación importante con la depresión. Al respecto, un estudio con mujeres que habían tenido un primer IAM reportaron correlaciones entre estos dos constructos de -0.72, mientras que con el componente físico la correlación no fue significativa (White & Groh, 2007).

### Conclusiones

La anterior revisión pone de manifiesto la complejidad de la relación entre la depresión y las ECV. El trastorno depresivo presenta niveles de prevalencia más altos en los pacientes con ECV que los que se encuentran en la comunidad en general. Tomada en conjunto, la evidencia sugiere que la depresión tiene un impacto en el pronóstico de los pacientes que han tenido un SCA, tanto a nivel de morbilidad y mortalidad (Lichtman et al., 2014), como de CV, aun cuando ésta es medida a partir de su componente físico (Lemos, Agudelo, Arango, & Rogers, 2013; Thombs et al., 2008). Esto ha llevado a que se recomiende a la Asociación Americana del Corazón la inclusión de la depresión entre los factores de riesgo de mal pronóstico en pacientes que han tenido un SCA (Lichtman et al., 2014). Sin embargo, estas conclusiones deben tener en cuenta algunas reflexiones que permitan comprender los diferentes matices de la relación entre la depresión y la ECV buscando superar de esta manera las divergencias que al respecto se presentan.

Se encuentra un mayor impacto de la depresión en el pronóstico, cuando ésta aparece posterior al evento cardíaco, independiente de la historia previa de depresión (Leung et al., 2012; Scherrer et al., 2012). En segundo lugar, se encuentra un mayor efecto de la depresión resistente al tratamiento (Carney et al., 2004). Estas dos conclusiones llevan a confirmar la importancia de la evaluación rutinaria de síntomas depresivos en pacientes posterior a un SCA (Lichtman et al., 2008; Lichtman et al., 2014; Ramamurthy, Trejo, & Faraone, 2013), pero también la importancia del seguimiento de los síntomas afectivos a lo largo del tiempo y de la remisión de estos pacientes a los profesionales de salud mental que garantice el mejor tratamiento basado en la evidencia disponible.

Con respecto a los tratamientos, se han desarrollado diferentes estudios, tanto ensayos clínicos aleatorizados como estudios multicéntricos, para evaluar la eficacia de la intervención de la depresión en la salud física y la CV de los pacientes con ECV. El SADHART (Jiang et al., 2011; Jiang et al., 2008), el ENRICHD (Berkman et al., 2003; Carney et al., 2004) y el Canadian Cardiac Randomized Evaluation of Antidepressant and Psychotherapy Efficacy (CREATE) (Lespérance et al., 2007; van Zyl et al., 2009) son algunos de los estudios más reconocidos en este campo. Estos estudios no han logrado evidenciar los beneficios cardiovasculares que se esperan al intervenir la depresión (Lichtman et al., 2014; Stewart et al., 2014) a tal punto que algunos autores sostienen que es necesario mirar el costo-beneficio de su evaluación rutinaria en pacientes cardíacos (Lim, 2014). No obstante, algunos meta-análisis han encontrado efectos positivos de las intervenciones farmacológicas y psicológicas en pacientes con ECV (Linden, Phillips, & Leclerc, 2007), específicamente el entrenamiento en solución de problemas, la terapia cognitivo conductual y la relajación

(Dickens et al., 2013). Se requiere, por tanto, mayor número de ensayos clínicos con tamaños de muestra suficiente para establecer conclusiones claras (Ramamurthy et al., 2013). Cabe anotar que los resultados positivos de las intervenciones parecen ser mayores para pacientes con una situación basal leve, y lo contrario en aquellos con síntomas moderados a graves (Carney & Freedland, 2012a). Estos últimos corresponden a un sub-grupo de alto riesgo de mortalidad hacia los que deben enfocarse las futuras investigaciones.

Por otro lado, algunos estudios señalan que los síntomas somáticos tienen mayor poder predictivo sobre el pronóstico que los síntomas cognitivos (Denollet et al., 2013; Rafanelli et al., 2013), mientras que otros estudios señalan que la anhedonia y la desesperanza podrían ser marcadores independientes de mal pronóstico en pacientes posterior a un SCA (Carney et al., 2004; Davidson et al., 2010; Denollet et al., 2013; Denollet et al., 2008; Leroy et al., 2010). En síntesis, se ha encontrado evidencia que señala la importancia de ambos tipos de síntomas (Ramamurthy et al., 2013), por lo que no se recomienda la utilización de escalas que eliminen los síntomas somáticos o la supresión de estos síntomas para los análisis (Ramamurthy et al., 2013). Se recomienda el uso de al menos dos medidas, lo que además valida la presencia de síntomas depresivos, u optar por entrevistas clínicas diseñadas para este tipo de pacientes como el Depression Interview and Structured Hamilton (DISH) (Freedland et al., 2002), la cual evalúa si los síntomas son debidos a la enfermedad cardíaca o a la depresión.

Otra conclusión de la presente revisión es que la evidencia señala que la relación entre depresión y ECV es bidireccional, lo que no descarta que ambas entidades sean manifestaciones de una misma causa

(Frasure-Smith & Lespérance, 2010). Por lo anterior, es importante desarrollar investigaciones que permitan dilucidar los mecanismos de relación entre ambas entidades, y comprender la mejor manera de intervenir en los pacientes. Además, no debe olvidarse que la depresión coexiste con

otros síntomas como la ansiedad, lo que implica mayor deterioro en los pacientes y menor respuesta al tratamiento; por lo que considerar estas variables tanto en la evaluación como en la intervención es prioritario.

## Referencias

- Alarcón, R., & Ramírez, E. (2006). Medicina psicosomática en enfermedad cardiovascular: consideraciones clínicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35, 112-124.
- Almeida, O. P., Alfonso, H., Flicker, L., Hankey, G. J., & Norman, P. E. (2011). Cardiovascular Disease, Depression and Mortality: The Health In Men Study. *American Journal of Geriatric Psych*, 20(5), 433 - 440. doi: 10.1097/JGP.0b013e318211c1ed
- Barth, J., Schumacher, M., & Herrmann-Lingen, C. (2004). Depression as a Risk Factor for Mortality in Patients With Coronary Heart Disease: A Meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 66(6), 802-813. doi: 10.1097/01.psy.0000146332.53619.b2
- Bastidas-Bilbao, H., Gonzalez, A., & Castro, L. (2011). Propiedades psicométricas de las escalas BAS-DEP y EBAS\_DEP en español para el tamizaje de depresión en una muestra geriátrica multisitio en Colombia: un estudio exploratorio. *Acta colombiana de Psicología*, 14(2), 129-137.
- Berkman, L. F., Blumenthal, J., Burg, M., Carney, R. M., Catellier, D., Cowan, M. J., . . . Jaffe, A. (2003). Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients Investigators (ENRICH). Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICH) Randomized Trial. *JAMA*, 289(23), 3106-3116. doi: 10.1001/jama.289.23.3106
- Burg, M. M., & Abrams, D. (2001). Depression in chronic medical illness: The case of coronary heart disease. *Journal of clinical psychology*, 57(11), 1323-1337. doi: 10.1002/jclp.1100
- Carney, R. M., Blumenthal, J. A., Freedland, K. E., Youngblood, M., Veith, R. C., Burg, M. M., . . . Czajkowski, S. M. (2004). Depression and late mortality after myocardial infarction in the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICH) study. *Psychosomatic medicine*, 66(4), 466-474. doi: 10.1097/01.psy.0000133362.75075.a6
- Carney, R. M., & 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., & Freedland, K. E. (2012a). Are Somatic Symptoms of Depression Better Predictors of Cardiac Events Than Cognitive Symptoms in Coronary Heart Disease? *Psychosomatic Medicine*, 74(1), 33-38. doi: 10.1097/PSY.0b013e3182405ac4
- Carney, R. M., & Freedland, K. E. (2012b). Is there a high-risk subtype of depression in patients with coronary heart disease? *Current psychiatry reports*, 14(1), 1-7. doi: 10.1007/s11920-011-0247-6

- 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
- Carney, R. M., Freedland, K. E., & Veith, R. C. (2005). Depression, the autonomic nervous system, and coronary heart disease. *Psychosomatic medicine, 67*(Supplement 1), S29-S33. doi: 10.1097/01.psy.0000162254.61556.d5
- Celano, C. M., Suarez, L., Mastromauro, C., Januzzi, J. L., & Huffman, J. C. (2013). Feasibility and Utility of Screening for Depression and Anxiety Disorders in Patients With Cardiovascular Disease. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes.* doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.111.000049
- Cerezo, S., Hernández, M., Rodríguez, G., & Rivas, R. (2009). Efectos de una intervención de manejo de estrés en mujeres con hipertensión arterial sistémica. *Acta Colombiana de Psicología, 12*(1), 85-93.
- Damen, N. L., Pelle, A. J., Boersma, E., Serruys, P. W., van Domburg, R. T., & Pedersen, S. S. (2013). Reduced positive affect (anhedonia) is independently associated with 7-year mortality in patients treated with percutaneous coronary intervention: results from the RESEARCH registry. *European journal of preventive cardiology, 20*(1), 127-134. doi: 10.1177/2047487312436452
- Davidson, K. W., Burg, M. M., Kronish, I. M., Shimbo, D., Dettenborn, L., Mehran, R., . . . Lespérance, F. (2010). Association of anhedonia with recurrent major adverse cardiac events and mortality 1 year after acute coronary syndrome. *Archives of general psychiatry, 67*(5), 480 - 488. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.36
- De Jonge, P., van den Brink, R. H. S., Spijkerman, T. A., & Ormel, J. (2006). Only Incident Depressive Episodes After Myocardial Infarction Are Associated With New Cardiovascular Events. *Journal of the American College of Cardiology, 48*(11), 2204-2208. doi: 10.1016/j.jacc.2006.06.077
- Denollet, J., Freedland, K. E., Carney, R. M., de Jonge, P., & Roest, A. M. (2013). Cognitive-affective symptoms of depression after myocardial infarction: different prognostic importance across age groups. *Psychosomatic medicine, 75*(7), 701-708. doi: 10.1097/PSY.0b013e31829dbd36
- Denollet, J., Pedersen, S. S., Daemen, J., De Jaegere, P., Serruys, P. W., & Van Domburg, R. T. (2008). Reduced positive affect (anhedonia) predicts major clinical events following implantation of coronary-artery stents. *Journal of internal medicine, 263*(2), 203-211. doi: 10.1016/j.comppsy.2009.01.011
- Di Benedetto, M., Lindner, H., Hare, D. L., & Kent, S. (2007). The role of coping, anxiety, and stress in depression post-acute coronary syndrome. *Psychology, health & medicine, 12*(4), 460-469. doi: 10.1080/13548500601109334
- Dickens, C., Cherrington, A., Adeyemi, I., Roughley, K., Bower, P., Garrett, C., . . . Coventry, P. (2013). Characteristics of psychological interventions that improve depression in people with coronary heart disease: a systematic review and meta-regression. *Psychosomatic medicine, 75*(2), 211-221. doi: 10.1097/PSY.0b013e31827ac009
- Dickens, C., Cherrington, A., & 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

- Dickens, C., McGowan, L., Percival, C., Tomenson, B., Cotter, L., Heagerty, A., & Creed, F. (2007). Depression Is a Risk Factor for Mortality After Myocardial Infarction Fact or Artifact? *Journal of the American College of Cardiology*, 49(18), 1834-1840. doi: 10.1016/j.jacc.2007.01.075
- Dickens, C., McGowan, L., Percival, C., Tomenson, B., Cotter, L., Heagerty, A., & Creed, F. H. (2006). Contribution of depression and anxiety to impaired health-related quality of life following first myocardial infarction. *The British Journal of Psychiatry*, 189(4), 367-372. doi: 10.1192/bjp.bp.105.018234
- Dowlati, Y., Herrmann, N., Swardfager, W., Liu, H., Sham, L., Reim, E. K., & Lanctôt, K. L. (2010). A meta-analysis of cytokines in major depression. *Biological psychiatry*, 67(5), 446-457. doi: 10.1016/j.biopsych.2009.09.033
- Dunlop, D. D., Lyons, J. S., Manheim, L. M., Song, J., & Chang, R. W. (2004). Arthritis and heart disease as risk factors for major depression: the role of functional limitation. *Medical care*, 42(6), 502 - 511.
- Everson, S. A., & Lewis, T. T. (2005). Psychosocial factors and cardiovascular diseases. *Annu. Rev. Public Health*, 26, 469-500. doi: 10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144542
- Frasure-Smith, N., & Lespérance, F. (2010). Depression and cardiac risk: present status and future directions. *Postgraduate medical journal*, 86(1014), 193-196. doi: 10.1136/hrt.2009.186957
- Freedland, K. E., Skala, J. A., Carney, R. M., Raczynski, J. M., Taylor, C. B., Mendes-de-Leon, C. F., . . . Veith, R. C. (2002). The Depression Interview and Structured Hamilton (DISH): rationale, development, characteristics, and clinical validity. *Psychosomatic Medicine*, 64(6), 897-905. doi: 10.1097/01.PSY.0000028826.64279.29
- Grace, S. L., Abbey, S. E., Kapral, M. K., Fang, J., Nolan, R. P., & Stewart, D. E. (2005). Effect of Depression on Five-Year Mortality After an Acute Coronary Syndrome. *American Journal of Cardiology*, 96(9), 1179-1185. doi: 10.1016/j.amjcard.2005.06.052
- Guallar-Castillón, P., del Mar Magariños-Losada, M., Montoto-Otero, C., Tabuena, A. I., Rodríguez-Pascual, C., Olcoz-Chiva, M., . . . Martínez-Morentín, E. (2006). Prevalencia de depresión, y factores biomédicos y psicosociales asociados, en ancianos hospitalizados con insuficiencia cardiaca en España. *Revista española de cardiología*, 59(8), 770-778. doi: 10.1157/13091880
- Hare, D. L., Toukhsati, S. R., Johansson, P., & Jaarsma, T. (2014). Depression and cardiovascular disease: a clinical review. *European heart journal*, 35(21), 1365-1372. doi: 10.1093/eurheartj/eh462
- Holahan, C. K., Moerkbak, M., & Suzuki, R. (2006). Social support, coping, and depressive symptoms in cardiac illness among Hispanic and non-Hispanic White cardiac patients. *Psychology and Health*, 21(5), 615-631. doi: 10.1080/14768320500457168
- Huffman, J. C., Smith, F. A., Blais, M. A., Taylor, A. M., Januzzi, J. L., & Fricchione, 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
- Jiang, W., Krishnan, R., Kuchibhatla, M., Cuffe, M. S., Martsberger, C., Arias, R. M., & O'Connor, C. M. (2011). Characteristics of Depression Remission and Its Relation With Cardiovascular Outcome Among Patients With Chronic Heart Failure (from the SADHART-CHF Study). *The American journal of cardiology*, 107(4), 545-551. doi: 10.1016/j.amjcard.2010.10.013

- Jiang, W., O'Connor, C., Silva, S. G., Kuchibhatla, M., Cuffe, M. S., Callwood, D. D., . . . Krishnan, R. (2008). Safety and efficacy of sertraline for depression in patients with CHF (SADHART-CHF): a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of sertraline for major depression with congestive heart failure. *American heart journal*, *156*(3), 437. doi: 10.1016/j.ahj.2008.05.003
- Kaptein, K. I., de Jonge, P., van den Brink, R. H., & Korf, J. (2006). Course of depressive symptoms after myocardial infarction and cardiac prognosis: a latent class analysis. *Psychosomatic Medicine*, *68*(5), 662-668. doi: 10.1097/01.psy.0000233237.79085.57
- Kendall-Tackett, K. (2009). Psychological trauma and physical health: A psychoneuroimmunology approach to etiology of negative health effects and possible interventions. *Psychological Trauma: theory, research, practice, and policy*, *1*(1), 35-48. doi: 10.1037/a0015128
- Kessing, D., Pelle, A. J., Kupper, N., Szabó, B. M., & Denollet, J. (2014). Positive affect, anhedonia, and compliance with self-care in patients with chronic heart failure. *Journal of psychosomatic research*, *77*(4), 296-301. doi: 10.1016/j.psychores.2014.08.007
- Lemos, M., Agudelo, D. M., Arango, J. C., & 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.
- Leroy, M., Loas, G., & Perez-Diaz, F. (2010). Anhedonia as predictor of clinical events after acute coronary syndromes: a 3-year prospective study. *Comprehensive psychiatry*, *51*(1), 8-14. doi: 10.1016/j.comppsy.2009.01.011
- Lespérance, F., Frasure-Smith, N., Koszycki, D., Laliberté, M.-A., van Zyl, L. T., Baker, B., . . . Dorian, P. (2007). Effects of citalopram and interpersonal psychotherapy on depression in patients with coronary artery disease. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, *297*(4), 367-379. doi: 10.1001/jama.297.4.367
- Leung, Y. W., Flora, D. B., Gravely, S., Irvine, J., Carney, R. M., & Grace, S. L. (2012). The Impact of Premorbid and Postmorbid Depression Onset on Mortality and Cardiac Morbidity Among Patients With Coronary Heart Disease: Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine*, *74*(8), 786-801. doi: 10.1097/PSY.0b013e31826ddb
- Leventhal, H., Halm, E., Horowitz, C., Leventhal, E. A., & Ozakinci, G. (2004). Living with Chronic Illness: A Contextualized, Self-Regulation Approach. In S. Sutton, A. Baum, & 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
- Lim, G. B. (2014). Risk factors: Depression recognized as a risk factor in ACS. *Nature Reviews Cardiology*, *11*(4), 185-185. doi: 10.1038/nrcardio.2014.27
- Linden, W., Phillips, M. J., & Leclerc, J. (2007). Psychological treatment of cardiac patients: a meta-analysis. *European heart journal*, *28*(24), 2972-2984. doi: 10.1093/eurheartj/ehm504

- Lippi, G., Montagnana, M., Favalaro, E. J., & Franchini, M. (2009). Mental depression and cardiovascular disease: a multifaceted, bidirectional association. *Semin Thromb Hemost*, *35*(3), 325-336. doi: 10.1055/s-0029-1222611
- Martens, E. J., Hoen, P. W., Mittelhaeuser, M., De Jonge, P., & 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
- Mavrides, N., & Nemeroff, C. (2013). Treatment of depression in cardiovascular disease. *Depression and anxiety*, *30*(4), 328-341. doi: 10.1002/da.22051
- Mayou, R. A., Gill, D., Thompson, D. R., Day, A., Hicks, N., Volmink, J., & Neil, A. (2000). Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction. *Psychosomatic medicine*, *62*(2), 212-219. doi: 8080/10.1037/t03589-000
- McGuire, A. W., Eastwood, J.-A., Hays, R. D., Macabasco-O'Connell, A., & Doering, L. V. (2014). Depressed or Not Depressed: Untangling Symptoms of Depression in Patients Hospitalized With Coronary Heart Disease. *American Journal of Critical Care*, *23*(2), 106-116. doi: 10.4037/ajcc2014146
- Navarro-García, M. A., Marín-Fernández, B., de Carlos-Alegre, V., Martínez-Oroz, A., Martorell-Gurucharri, A., Ordoñez-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
- Parakh, K., Thombs, B. D., Fauerbach, J. A., Bush, D. E., & Ziegelstein, R. C. (2008). Effect of depression on late (8 years) mortality after myocardial infarction. *The American journal of cardiology*, *101*(5), 602-606. doi: 10.1016/j.amjcard.2007.10.021
- Parker, G. B., Hilton, T. M., Walsh, W. F., Owen, C. A., Heruc, G. A., Olley, A., . . . Hadzi-Pavlovic, D. (2008). Timing Is Everything: The Onset of Depression and Acute Coronary Syndrome Outcome. *Biological Psychiatry*, *64*(8), 660-666. doi: 10.1016/j.biopsych.2008.05.021
- Paz-Filho, G., Licinio, J., & Wong, M.-L. (2010). Pathophysiological basis of cardiovascular disease and depression: a chicken-and-egg dilemma. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *32*, 181-191. doi: 10.1590/S1516-44462010000200015
- Perez-Parada, J. (2011). Depression and cardiovascular disease: the need for improved case definition. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, *21*(1), 7-10.
- Pitt, B., & Deldin, P. J. (2010). Depression and cardiovascular disease: have a happy day—just smile! *European heart journal*, *31*(9), 1036-1037. doi: 10.1093/eurheartj/ehq031
- Rafanelli, C., Sirri, L., Grandi, S., & Fava, G. A. (2013). Is Depression the Wrong Treatment Target for Improving Outcome in Coronary Artery Disease? *Psychotherapy and psychosomatics*, *82*(5), 285-291. doi: 10.1159/000351586
- Ramamurthy, G., Trejo, E., & Faraone, S. V. (2013). Depression treatment in patients with coronary artery disease: a systematic review. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, *15*(5). doi: 10.4088/PCC.13r01509

- Reddy, P., Dunbar, J. A., Morgan, M. A. J., & O'Neil, A. (2008). Coronary heart disease and depression: getting evidence into clinical practice. *Stress and health, 24*(3), 223-230. doi: 10.1002/smi.1201
- Roest, A. M., Carney, R. M., Freedland, K. E., Martens, E. J., Denollet, J., & de Jonge, P. (2013). Changes in cognitive versus somatic symptoms of depression and event-free survival following acute myocardial infarction in the Enhancing Recovery In Coronary Heart Disease (ENRICH) study. *Journal of Affective Disorders, 149*(1), 335-341. doi: 10.1016/j.jad.2013.02.008
- Rogers, H. L., Nicholls, E., Lemos, M., Aristizabal, N., & 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
- Ruo, B., Rumsfeld, J. S., Hlatky, M. A., Liu, H., Browner, W. S., & 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.
- Scherrer, J. F., Chrusciel, T., Garfield, L. D., Freedland, K. E., Carney, R. M., Hauptman, P. J., . . . Lustman, P. J. (2012). Treatment-resistant and insufficiently treated depression and all-cause mortality following myocardial infarction. *The British Journal of Psychiatry, 200*(2), 137-142. doi: 10.1192/bjp.bp.111.096479
- Schnatz, P. F., Nudy, M., Shively, C. A., Powell, A., & 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
- Smith, P. J., & 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
- Smits, J. A., Minhajuddin, A., Thase, M. E., & Jarrett, R. B. (2012). Outcomes of acute phase cognitive therapy in outpatients with anxious versus nonanxious depression. *Psychotherapy and psychosomatics, 81*(3), 153-160. doi: 10.1159/000334909
- Stewart, J. C., Perkins, A. J., & 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
- Strik, J. J. M. H., Denollet, J., Lousberg, R., & Honig, A. (2003). Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction. *Journal of the American College of Cardiology, 42*(10), 1801-1807. doi: 10.1016/j.jacc.2003.07.007
- Thombs, B. D., Ziegelstein, R. C., Stewart, D. E., Abbey, S. E., Parakh, K., & 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
- Van Zyl, L. T., Lespérance, F., Frasure-Smith, N., Malinin, A. I., Atar, D., Laliberté, M.-A., & Serebruany, V. L. (2009). Platelet and endothelial activity in comorbid major depression and coronary artery disease patients treated with citalopram: the Canadian Cardiac Randomized Evaluation of Antidepressant and Psychotherapy Efficacy Trial (CREATE) biomarker sub-study. *Journal of thrombosis and thrombolysis, 27*(1), 48-56. doi: 10.1007/s11239-007-0189-3

Watkins, L. L., Koch, G. G., Sherwood, A., Blumenthal, J. A., Davidson, J. R. T., O'Connor, C., & 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

White, M. L., & Groh, C. J. (2007). Depression and quality of life in women after a myocardial infarction. *Journal of Cardiovascular Nursing, 22*(2), 138-144. doi: 10.1097/00005082-200703000-00012

---

Recibido: Abril 20-2015 Revisado: Mayo 22-2015 Aceptado: Mayo 29-2015

---