

¿Es útil la intervención psicológica en las Unidades de Rehabilitación Cardíaca?

Is psychological intervention useful in Cardiac Rehabilitation Units?

Esperanza I. Valls

Unidad de Rehabilitación Cardíaca.

Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) están reduciendo su impacto gracias a la prevención y control de sus factores de riesgo. La rehabilitación cardíaca pretende fomentar una gestión saludable de dichos factores, aunque, en España, la dotación de programas de rehabilitación (PRC) está por debajo de lo recomendado y menor aún el porcentaje que incluye asistencia psicológica. Este estudio examina los resultados obtenidos en factores psicosociales de riesgo cardíaco en 905 pacientes cardíacos adscritos a un PRC multidisciplinar, según la participación o no en un programa psicológico (PP) incluido en el programa general. Resultados: Los participantes del PP (76.6%) mejoraron significativamente en todas las variables evaluadas, con tamaños del efecto moderados, destacando mejorías en depresión, ira, ansiedad y calidad de vida. Los no participantes en PP (23.4%) obtuvieron resultados más limitados y tamaños del efecto menores. Conclusión: Se resalta la contribución beneficiosa de la intervención psicológica en el marco de los PRC por lo que se reclama aumentar la presencia de dichas actuaciones.

PALABRAS CLAVE

Factores psicológicos de riesgo cardíaco; enfermedad cardiovascular; intervención psicológica; rehabilitación cardíaca.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases (CVD) are reducing their impact thanks to the prevention and control of their risk factors. Cardiac rehabilitation aims to promote a healthy management of these factors, although, in Spain, the provision of rehabilitation programs (CRP) is below the recommended and even lower the percentage that includes psychological assistance. This study examines the results obtained in psychosocial cardiac risk factors in 905 cardiac patients assigned to a multidisciplinary CRP, according to whether or not they participated in a psychological program (PP) included in the general program. Results: Participants in the PP (76.6%) improved significantly in all the variables evaluated, with moderate effect sizes, highlighting improvements in depression, anger, anxiety and quality of life. Nonparticipants in the PP (23.4%) had more limited results and smaller effect sizes. Conclusion: The beneficial contribution of psychological intervention in the framework of the CRP is highlighted, therefore it is claimed to increase the presence of said actions.

KEYWORDS

Psychological cardiac risk factors; cardiovascular disease; psychological intervention; cardiac rehabilitation.

Recibido: 22/09/2020; aceptado: 14/06/2021

Correspondencia: Esperanza I. Valls. evalls@salud.aragon.es

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) actualmente siguen siendo la causa principal de muerte a nivel mundial. En Europa, se inició una mejoría en la pasada década disminuyendo dicha mortalidad, tanto por la prevención de los factores de riesgo cardiovascular (FRC) como por las técnicas o medicaciones disponibles (Gaeta, et al. 2017). Nuestro país, aunque presenta una tasa de mortalidad coronaria de las más bajas de Europa (Muller-Nordhorn, et al. 2008), y secundaba esa curva descendente, desde 2015 observa cierto repunte causado por el envejecimiento de la población, siendo la ECV, según el Instituto Nacional de Estadística (2018), la primera causa de muerte responsable del 28,8% del total de defunciones.

Décadas atrás, el control del riesgo cardiovascular priorizaba estrategias farmacológicas desatendiendo otros aspectos implicados como los psicológicos, pero se ha ido remarcando la necesidad de incluir estrategias de prevención del riesgo cardiovascular mediante un enfoque multidisciplinar, que integre las posibles áreas contribuyentes a reducir el impacto de la ECV y su mortalidad. Sin embargo, aunque los aspectos psicológicos se mencionan como básicos en las recientes guías de actuación, están menos presentes en el tratamiento y su implicación en el proceso rehabilitador varía según los distintos dispositivos existentes (Elosúa, 2014). Se hace necesario un cambio hacia un abordaje ciertamente multidisciplinar atendiendo todos los factores implicados. Entre estos, los FRC no modificables son aquellos

que no se pueden prevenir por derivarse de aspectos genéticos o físicos inmodificables (p. ej., edad, sexo o antecedentes familiares). Los FRC tradicionales son susceptibles de prevención y tratamiento, sean de tipo biológico (alto nivel de colesterol, triglicéridos, glucosa o presión arterial) o comportamental (tabaquismo, sedentarismo o inadecuada dieta) y por tanto, modificables. Por último, los factores psicosociales (FPRC) son el objetivo prioritario de las intervenciones psicológicas incluidas en los PRC. Se consideran predisponentes a la ECV, mediante su influencia directa en los procesos fisiológicos de la ECV e indirecta a través del grado de ajuste al nuevo patrón de cumplimiento del estilo de vida. De entre ellos, Patrick y Blumenthal, (2011) incluyen:

Factores ambientales estresantes. Suele conllevar una elevada percepción de demanda de reacción, y baja capacidad de decisión o autonomía de ejecución.

Factores emocionales. Es frecuente encontrar síntomas depresivos entre los cardiopatas, tanto como factor de riesgo predisponente a la enfermedad como consecuencia de su padecimiento, así como un mayor porcentaje de mortalidad por ECV entre los pacientes deprimidos (Nicholson, et al. 2006). La depresión también se ha asociado a menor seguimiento de las pautas médicas recomendadas, especialmente las relativas a ejercicio físico, contribuyendo adversamente a la ECV. (Allan, et al. 2007). La ansiedad es otra emoción muy presente, incluso dentro de un programa de RC. Puede ser un factor predictor de ECV recurrente (Allgulander, 2015) y se

asocia con más del doble de riesgo de sufrir ECV (Jansky, et al. 2010), pero si se combina ansiedad y depresión, el riesgo se multiplica por tres (Lane, et al. 2003). El complejo HIA (hostilidad/ira/agresividad) es otra variable multifactorial que se ha asociado con mayor riesgo para la ECV, siendo la hostilidad considerada como el factor básico, provocando un aumento en la reactividad cardiovascular y neuroendocrina, aumentando la frecuencia con la que se producen los episodios de ira e hipervigilancia ante el entorno social y conllevando inadecuados hábitos de salud, como inactividad física, abuso de alcohol, tabaquismo u otras conductas de riesgo, evidenciando baja adherencia a los tratamientos médicos (Sanjuán y Pérez-García, 1999). McGee, et al. (2006) remarcan la importancia de detectar tempranamente qué pacientes presentan dichos síntomas para planificar estrategias paliativas de esos posibles efectos desfavorables en la recuperación.

Factores de personalidad. El primer patrón de personalidad asociado a la ECV fue el tipo A (PCTA) descrito como una continua inclinación por sobresalir, obtener reconocimiento, consecución de metas mediante alta competitividad e impaciencia, lo que les llevaría a sobrecarga laboral, descuidar las actividades gratificantes, así como a altos niveles de hostilidad e ira si no logran su cometido. Estas características, cuando ocurren en exceso, hacen que se permanezca frecuentemente en alerta ante situaciones de estrés, perjudicando la salud (Sandín, et al. 2008). Actualmente se considera que no es tanto el PCTA en su conjunto como su factor de

hostilidad, lo que se relacionaría con la ECV (Iacovella y Troglia, 2003). No obstante, en un reciente estudio realizado por Lohse, et al. (2017) se encontró que en el caso de las mujeres era la competitividad la que se asoció a un aumento de la mortalidad cardiovascular. El patrón tipo D (PTD) se caracteriza por una combinación de alta tendencia a experimentar estados emocionales negativos junto con una inhibición social en la expresión de estos estados, lo que conllevaría un malestar emocional estable, que se ha asociado con el doble de riesgo de eventos cardíacos. Los cardiopatas con PTD presentan un incremento significativo en el riesgo de morbimortalidad cardiovascular, independiente de los factores de riesgo tradicionales, un mayor riesgo de sufrir estrés psicosocial, peor calidad de vida y rentabilizar menos los tratamientos médicos, encontrándose en ellos mayor tasa de abandono a PRC (Denollet, et al. 2010; Lee, et al. 2018).

Finalmente aspectos psicosociales como el apoyo social percibido, se han asociado con mejor pronóstico y protección ante la morbimortalidad cardíaca (Weiss, et al. 2016). Una reciente investigación (Gandhi, et al. 2019) resaltó que eran los hombres que vivían solos y tenían bajo apoyo social (y no tanto las mujeres), los que presentaban peor pronóstico cardiovascular.

Por otro lado, inspirados por la OMS, definimos la RC como el conjunto de actividades que aseguran a los pacientes con ECV una recuperación física, mental y social óptima que les permita una vida lo más normalizada posible. Esto marca ya un carácter multidis-

ciplinar con la inclusión de distintos profesionales para las unidades de rehabilitación cardíaca (URC). La rehabilitación traspasa el mero ejercicio físico pues fundamenta el logro de la calidad de vida integral, incluyendo la readaptación en las distintas áreas de funcionamiento vital, teniendo como objetivo controlar los FRCV, mejorar la capacidad funcional y modificar el curso de la enfermedad, reduciendo las recidivas y la morbimortalidad (Gómez, et al. 2015).

Tras la egresión hospitalaria (Fase I) se inicia la fase convaleciente (II) en las URC con el objetivo de estabilizar al paciente y mejorar su clínica. Está especialmente indicada en cardiopatía isquémica (IAM, angina, cirugía coronaria, entre otros). Suele durar entre 2 y 6 meses según los dispositivos, e incluye aspectos educativos, el control de los factores de riesgo tanto biológicos, psicológicos como comportamentales, haciendo especial hincapié en la actividad física. El área psicológica incide en la evaluación de los FPRC y en la intervención, generalmente grupal, mediante asesoría educativa tanto al paciente como a los familiares e incluyendo entrenamiento en técnicas de relajación. Tras el PRC, sigue la fase de mantenimiento (III) que perdura toda la vida, en la que se fomenta el mantenimiento de hábitos aprendidos en las fases previas realizándose domiciliariamente con asistencia variable.

Los PRC están muy recomendados por todas las guías de ECV. Recientes meta-análisis muestran que los programas basados en ejercicio físico pueden reducir los reingresos hospitalarios, la mortalidad cardiovascular y

mejorar la calidad de vida de los usuarios (Ji, et al. 2019; Kabboul, et al. 2018). Respecto a los resultados obtenidos mediante las intervenciones psicológicas en las URC, recientes estudios remarcan los beneficios en FPRC, en mortalidad cardiovascular y en la calidad de vida, especialmente con terapia cognitivo-conductual (Albus, et al. 2019; Antón-Menárquez, et al. 2019; Reavell, et al. 2018). Por todo ello, la Sociedad de Rehabilitación Cardiorespiratoria (SORECAR) aporta protocolos de aplicación clínica en los que destaca la necesidad de derivar a las URC a todo paciente diagnosticado en el último año de cardiopatía isquémica y que dichas unidades deben incluir no solo entrenamiento físico, sino asesoría educacional e intervención psicológica. Sin embargo, según los datos publicados por Supervía, et al. (2019) hay mucha disparidad entre las diferentes unidades y solo un 30-50% de pacientes susceptibles se incluyen en ellas. En España, el registro EURECa II para los años 2014-2015 remarcaban el desigual reparto de dichas unidades por las comunidades autónomas y desafortunadamente solo en la mitad de ellas incluían un psicólogo (en muchos casos solo a tiempo parcial) aunque se incrementa la implementación de nuevas tecnologías y asistencia domiciliaria. Aun con estos avances, tan solo se incluyen un bajo porcentaje de cardiopatas en ellas, en franca desigualdad el género femenino, y con escasa intervención psicológica. Se hace pues necesario un cambio en este sentido, siendo deseable un aumento en la dotación de URC en las comunidades autónomas y dando real cober-

tura interdisciplinar en ellas, incluyendo en el equipo básico a profesionales de la salud mental a tiempo completo, que les permita realizar su trabajo adecuadamente. Bajo este criterio, la intervención psicológica debería incluir no solo la evaluación de los FPRC sino también de todos los posibles condicionantes para el seguimiento en la rehabilitación, (por ejemplo, la valoración de la motivación e interiorización por parte del paciente de su padecimiento y evolución), como refuerzo en la adherencia a los programas. Finalmente, debería llevarse a cabo un intervencionismo que contribuya a mejorar la capacidad funcional, el estado emocional y fomentar el cambio del estilo de vida necesario que le permita volver en plenitud a su vida social de forma normalizada (Rodríguez, 2019).

Justificación y Objetivos del Estudio

A pesar de la cantidad de estudios resaltando la importancia de los FPRC o de las intervenciones psicosociales en los PRC, muchos se adscriben a solo una o dos variables psicológicas, (especialmente depresión), en detrimento de otras que se han mostrado dignas de atención, como son los patrones de personalidad, apoyo social o calidad de vida. Además, en nuestro país, muchos estudios suelen incluir muestras reducidas con una representación femenina escasa o sin grupo control. Por otro lado, tan apenas hemos encontrado análisis de la repercusión que puede tener una baja implicación en los programas de rehabilitación cardiaca de las intervenciones psicológicas. Por ello, intentando una mayor clarificación, los objetivos planteados en este estudio son:

Analizar las características en un conjunto de FPRC en una amplia muestra de pacientes de un PRC y las posibles diferencias según la participación (grupo intervención GP) o no participación (grupo control GN) en la fase de pre-tratamiento.

Evaluar los posibles beneficios que la intervención cognitivo-conductual aplicada en un PRC multidisciplinar pueda ejercer, y contribuir en ese caso, a remarcar la inclusión plena de la intervención psicológica en las URC.

Finalmente evaluar (fase II, post-tratamiento) las posibles diferencias entre ambos grupos tras la intervención psicológica realizada (grupo participación GP), o no realizada (grupo control GN).

Como hipótesis de trabajo fundamentada en la literatura previa consultada, esperamos encontrar en fase pre-intervención, diferencias entre los grupos GP y GN en variables emocionales y de personalidad, por la referida asociación de algunos factores (p.ej. depresión, ira, PCTA, PTD) con la reducida adherencia a los tratamientos. Esperamos igualmente que los resultados en la fase II post-intervención, muestren una mejoría significativa en las variables psicológicas evaluadas, siendo el grupo participante en el programa psicológico el que obtendría mejorías destacadas respecto a las obtenidas por el subgrupo no participación.

Método, Instrumentos y Procedimiento

Se analizaron tanto unas variables descriptivas básicas, (sexo, edad, estado civil y situación laboral al inicio del programa, demora entre el alta hospitalaria y el inicio del PRC y el nivel de

estratificación del riesgo cardiológico), como las variables psicológicas criterio: PCTA, PTD, depresión, ansiedad, expresión de ira, apoyo social, y calidad de vida.

Instrumentos

Evaluación del PCTA

Mediante la Framingham Type A Scale, (Haynes, et al. 1980, adaptada por del Pino, et al. 1990). Integrado por diez ítems para valorar la tendencia a cumplir PCTA de forma global o algún subcomponente (impaciencia, competitividad/necesidad de logro, o sobreimplicación laboral). 5 ítems son de elección múltiple (1: no me describe en absoluto a 4: me describe muy bien) mientras que los 5 restantes dicotómicos (si-no). El rango abarca desde 10 a 25, siendo puntuaciones ≥ 18 indicativas de PCTA y puntuaciones cercanas constitutivas de tendencia hacia ese comportamiento. En nuestra muestra se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,71.

Evaluación del Patrón Tipo D

DS-14; (Denollet, 2005, adaptada por Montero, et al. 2017). Escala de 14 ítems puntuados mediante escala tipo Likert de 4 puntos (0: falso a 4: verdadero). Incluye 2 factores, afecto negativo (disforia, preocupación o irritabilidad), e inhibición social (dificultad en expresar socialmente esos estados emocionales). El rango total abarca de 0 a 56. Para cumplir el PTD se necesita sobrepasar los 10 puntos en ambas subáreas conjuntamente. El alfa de Cronbach en la muestra fue de 0,82.

Evaluación de la Expresión de Ira

Escala de expresión de ira (AX, Staxi) de Spielberger (1988) adaptación española por Miguel Tobal, et al. (2009). Evalúa la forma en la que una persona expresa la irritación cuando se enfada. Consta de 24 ítems puntuables desde 1 (en absoluto/casi nunca) hasta 4 (muchísimo/casi siempre) y distribuidos en 4 sub-escalas: expresión externa de ira (hacia los demás), expresión interna de ira (represión de la ira ante los demás), control externo de ira (control de la expresión externa) y control interno de ira (control de la ira reprimida). El alfa de Cronbach en la muestra fue de 0,71 para la expresión de la ira y de 0,88 para el control de la misma.

Evaluación del Ánimo Deprimido

Mediante el inventario de depresión de Beck, et al. (1961) en la adaptación española de Sanz y Vázquez (1998). Autoinforme de 21 ítems con escala tipo Likert de 0 a 3 puntos para detectar y evaluar la gravedad del estado depresivo. A más puntuación mayor es la gravedad depresiva. El rango oscila entre 0-63. En nuestra muestra se ha obtenido un alfa de Cronbach de 0,88.

Evaluación de la Ansiedad

Por la escala de ansiedad de Zung (1971), adaptada por Lusilla, et al. (1990). Consta de 20 ítems, referidos a síntomas de ansiedad tanto en sus aspectos psíquicos como somáticos. Se responde según una escala Likert de 4 puntos según su intensidad, duración y frecuencia como ausente (1) o muy fuerte intensidad, duración o frecuencia (4). El rango oscila entre 20-80 puntos, considerando a más puntuación

mayor grado de ansiedad. El alfa de Cronbach obtenido fue de 0,90.

Evaluación de la Percepción de Apoyo Social

Con la escala de Apoyo Social Duke (DFUSS) de Broadhead, et al.1988, (adaptación española por De la Revilla, et al. 1991). Tomamos su versión breve de 11 ítems, valorados en escala Likert entre 1 y 5 puntos. Rango: 11-55 puntos. Puntuación ≥ 33 describe una satisfactoria percepción de apoyo social. El alfa de Cronbach fue 0,87.

Evaluación de la Calidad de Vida

A través de la Escala SF-36 de Ware y Sherbourne (1992) y adaptado a la población española por Alonso, et al. (1995). Consta de 36 ítems distribuidos en 8 dimensiones del estado de salud obteniéndose así un perfil cuantitativo transformable en puntuaciones centiles. Su rango oscila en cada dimensión entre 0 (peor salud) hasta 100 (estado óptimo). A su vez, estas subdimensiones se agrupan en 2 factores: calidad de vida física y calidad de vida emocional. El alfa de Cronbach obtenido fue de 0,93.

Procedimiento

La muestra contó con los pacientes que se incluyeron, por criterios cardiológicos, en la URC de un hospital en Aragón desde el año 2015 hasta el 2019. La evaluación de las variables psicológicas en éstos se realizó mediante la administración de una batería de cuestionarios entregados en mano a todos los incluidos en el PRC, al inicio del programa psicológico (datos basales, fase I: pre-intervención) y tras el mismo al cabo de 7 semanas (fase II: post-intervención). Se han secundado los protoco-

los de actuación del propio Hospital y de la URC respecto a la recogida y publicación de los datos de los pacientes según los requisitos correspondientes.

Por la escasez horaria de la única psicóloga de la unidad, se incluían en el programa psicológico grupos de 44 participantes conjuntamente. Al inicio del programa psicológico se les ofrecía a los pacientes la oportunidad de elegir si querían participar en el mismo de forma voluntaria. Así, el grupo participación (GP) lo formaron aquellos que sí deseaban asistir y lo hicieron de forma asidua. El grupo control, (GN) lo formaron todos los pacientes incluidos en el programa general que por diferentes circunstancias se acogían a la opción de no participar en el programa completo de intervención psicológica aunque sí lo hicieran en el resto del programa multidisciplinar y en 2 sesiones psicológicas iniciales obligatorias.

El paciente tras ser valorado conforme a los requisitos descritos en términos biológicos (situación física, ECG, ergometría, problemática osteomuscular, entre otros) era incluido como apto para el programa si entraba dentro de tales requisitos, realizándose la valoración de riesgo cardiológico (alto, moderado, bajo). No había condicionantes psicológicos previos para la inclusión salvo que hubiera unas evidentes contraindicaciones que le impedirían el seguimiento de las sesiones (p.ej. no capacidad de entendimiento cognitivo o del lenguaje, psicosis activa no estabilizada). Tras explicarle el funcionamiento del programa y firmar los consentimientos necesarios se le convocaba a una sesión de bienvenida en la que se explicaban las diferentes áreas y proce-

so del programa, y se le incluía en un grupo de entrenamiento físico. En ese momento se llevaba a cabo el primer contacto con psicología entregándole la batería de cuestionarios para la valoración psicológica. Desde entonces, los pacientes mantenían un programa de entrenamiento físico monitorizado y se les pautaba un programa de ejercicio personalizado para fuera del gimnasio. Así mismo, mantenían un programa de charlas semanales de carácter educativo desarrollando distintos temas, entre otros, la ECV, estilo de vida cardiosaludable, la actividad física, la dieta, tabaco, etc. El área de psicología clínica estaba muy limitado por la baja disponibilidad horaria (7 h./sem., 1 solo día), distribuidas entre la evaluación y análisis de los FPRC mediante los cuestionarios o entrevistas individualizadas en los casos requeridos y en la conducción del programa de entrenamiento psicológico grupal. Éste constaba de 7 sesiones, de orientación cognitivo conductual transdiagnóstica, frecuencia semanal y 1h ¼ de duración. Cada sesión consistía en una breve explicación teórica vinculada a la práctica tratada ese día y su entrenamiento durante la sesión, así como la solicitud de practicar lo entrenado a lo largo de la semana siguiente, requiriendo un registro de dicha práctica que debían enviar por correo electrónico antes de la siguiente sesión, manteniendo un fluido intercambio de asesoramiento personal, vía internet. Toda la información se documentaba por escrito y medio audiovisual, a través de un enlace creado para tal fin. Los contenidos en las 7 sesiones grupales incluían:

Intervención Motivacional y de Compromiso. Desde el inicio se fomentaba el com-

promiso activo, no obstante, se les preguntaba tras la 1ª sesión su deseo de participar o no en el programa psicológico completo, por considerar poco efectivo un entrenamiento no deseado.

Intervención Educativa. El papel de los condicionantes psicológicos y FPRC en las ECV y el proceso de activación nerviosa ante el estrés y su repercusión en la salud general y salud cardíaca en particular (a esta sesión acudían todos los incluidos, eligieran participar o no).

Entrenamiento Práctico. Se explicaba con cada estrategia un mínimo cuerpo justificativo teórico asociado a su trastorno e instrucciones para llevarla a cabo. Así mismo, se conectaba con los diferentes patrones o estados emocionales habituales en la ECV. En el entrenamiento se incluían técnicas de autorregulación fisiológica (respiración diafragmática y relajación muscular de Jacobson, a la que asistían todos los pacientes); y solo a aquellos que deseaban continuar, se entrenaba en el resto de técnicas (visualización imaginal, mindfulness, autoinstrucciones, reevaluación de pensamiento, fomento de actividades gratificantes, control operante, afrontamiento experiencial y asertivo, habilidades sociales y solución de problemas) vinculándolo a los distintos patrones de conducta o estados emocionales comúnmente implicados en la ECV, como

El PCTA: gestión de la ira, la impaciencia y competitividad, la sobreimplicación laboral y la organización del tiempo; el ánimo deprimido y personalidad tipo D; estrés, ansiedad y miedos (p.ej. al futuro, muerte, incapacidad, DAI); características de personalidad obsesivo-anancástica, alta autoexigencia y tesón; ges-

tión comportamental (dieta, tabaco u otras sustancias); consciencia, expresividad emocional y comunicación activa; otros problemas asociados de tipo cognitivo, de sueño, sexuales, entre otros.

Se finalizaba haciendo un pequeño resumen y prevención de recaídas de cara a una vida normalizada, destacando la importancia de dirigirse con coherencia y a largo plazo hacia los propios objetivos de bienestar y salud deseados. Como final, se solicitaba una breve encuesta anónima como valoración subjetiva del programa psicológico junto a la batería de cuestionarios a término de PRC. Paralelamente, se ofrecían a los familiares 5 sesiones de asistencia voluntaria de 1 ¼ h., para facilitarles el manejo de los problemas surgidos tras el evento y facilitar un apoyo efectivo hacia los pacientes por su parte. La 5ª sesión familiar se reservaba para un entrenamiento básico de reanimación cardiopulmonar para que supieran cómo actuar en una situación de emergencia en caso de recidiva hasta la llegada de los servicios sanitarios de urgencia. Así pues, se realizaba una intervención acorde a los requisitos requeridos para el cumplimiento de objetivos de una intervención psicológica en los PRC (Cano de la Cuerda, et al. 2006).

Análisis Estadístico

Para el tratamiento estadístico de los datos se han realizado mediante el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences diferentes cálculos y pruebas de contraste según los objetivos especificados. Para el estudio descriptivo con las variables categóricas se ha calculado la proporción y el cálculo de las

variables cuantitativas mediante las medias y desviaciones típicas. Para la comparación de grupos GP y GN pre-tratamiento se ha utilizado la prueba χ^2 para el análisis de las variables cualitativas y t student para las variables psicosociales cuantitativas. Para los contrastes pre-post tratamiento se ha utilizado la prueba t para muestras apareadas. Se ha establecido el p valor con un criterio del 95% y calculado el tamaño del efecto mediante D de Cohen.

Resultados

Como se observa en la tabla 1, la muestra estuvo formada por 905 pacientes, de los que 741 (81.9%) fueron varones y 164 (18.1%) mujeres. La mayoría estaban viviendo en pareja y en situación de baja laboral transitoria al inicio del programa. El tiempo de demora desde la egresión hospitalaria hasta el inicio de PRC fue entre 1 y 3 meses para el 52.5% y entre 3-6 meses para el 34.1%. Solo un 4.5% iniciaban en menos de 1 mes y un 8,8% lo hacían más allá de 6 meses. Respecto al deseo de participación en el programa psicológico, ha sido secundado por 693 (76.6%) de los incluidos en el programa general (75.4% de hombres, 81.7% de mujeres). Finalmente, de todos los pacientes incluidos, un 45.3% presentaban bajo riesgo cardiológico (79,3% de ellos deseaban participar), un 24.1% era moderado (el 74,8% deseaban participar) y un 30.6% se incluían en alto riesgo cardiológico (de los que el 74% deseaban participar). Conforme a los FPRC (tabla 1), la muestra reflejó una alta prevalencia depresiva (29% con depresión de leve a grave, según BDI). Encontramos una tendencia hacia emocio-

nes displacenteras tales como afecto negativo de PTD, expresión de ira, así como disminución en la calidad de vida física, con porcentajes entre el 30-35% de los evaluados. Algo menor fue el porcentaje con una baja calidad de vida emocional (22%), síntomas de ansiedad (20%), cumplimiento del PCTA (17.3%) o baja percepción de apoyo social (12.5%).

En cuanto a las posibles diferencias según la participación en el PP en la fase inicial

de pre-intervención, vemos (tabla 2), que no hubo tan apenas diferencias estadísticamente significativas entre los grupos GP y GN. Atendiendo los resultados en las variables cualitativas, no encontramos diferencias conforme al género ($X^2=2.942$; $p=.086$), tiempo de demora de inclusión ($X^2=3.036$; $p=.552$), o en riesgo cardíaco ($X^2=3.072$; $p=.215$). Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna variable cuantitativa salvo en edad, siendo el

Tabla 1
Descriptivos Fase I (pre-intervención) en la Muestra Total (GP+GN)

V. Cualitativas		N = 905	Porcentaje %	
Género	Hombres	741	81.9%	
	Mujeres	164	18.1%	
Participación				
	Sí participan GP	693	76.6 %	
	No participan GN	212	23.4%	
Demora en inclusión				
	< 1 mes	41	4.5%	
	Entre 1-3 meses	475	52.5%	
	Entre 3- 6 meses	309	34.1%	
	> 6 meses	80	8.8%	
Riesgo Cardíaco				
	Bajo riesgo	410	45.3%	
	Moderado riesgo	218	24.1%	
	Alto Riesgo	277	30.6%	
V. Cuantitativas		Criterio	n	Porcentaje %
PCTA		≥ 18	157	17.3%
PTD		Subárea >10	302	33.4%
Apoyo Social		<33	113	12.5%
Expresión Ira		>centil 65	275	30.4%
Depresión		>13	262	29%
Ansiedad		>40	181	20%
Calidad Vida	Total		229	25.3%
	Física	<centil 50	307	33.9%
	Emocional		197	21.8%

grupo GP significativamente mayor ($t=-2.61$; $p=.010$) y con más impaciencia, ($t=-2.78$; $p=.006$), que el grupo GN.

Conforme al 2º objetivo, valorar el posible beneficio en los factores psicológicos de riesgo evaluados tras la intervención psico-

lógica, observamos (tabla 3) que la muestra total (GP+GN) obtuvo mejorías significativas ($p: .000$) al finalizar el programa en la práctica totalidad de las variables evaluadas, salvo en apoyo social ($t=-1.29$; $p=.19$) y en control externo de ira ($t= -1.56$; $p=.11$) donde hubo

Tabla 2
Descriptivos y Comparación Según Participación (GP) o No (GN), en Fase I Inicial

V. Cualitativas	Gr. n: 693	GP 76.6%	Gr. n: 212	GN 23.4%	χ^2	p valor	
Género					2.94	.086	
Hombres	559	75.4%	182	24.5%			
Mujeres	134	81.7%	30	18.3%			
Demora inclusión					3.03	.552	
< 1 mes	32	78.0%	9	22.0%			
Entre 1-3 meses	368	77.2%	107	22.8%			
Entre 3-6 meses	238	77.1%	71	22.9%			
> 6 meses	55	68.7%	25	31.2%			
Riesgo Cardíaco					3.07	.215	
Bajo R.	325	79.3%	85	20.7%			
Moderado R.	163	74.8%	55	25.2%			
Alto R.	205	74.0%	72	26.0%			
V. Cuantitativas	Gr. media	GP desv.	Gr. media	GN desv.	t	p valor	D Cohen
Edad	55.56	7.20	53.84	8.75	-2.61	.010**	0.21
PCTA	12.70	3.91	12.25	4.09	-1.42	.154	0.11
Impaciencia	4.75	1.65	4.38	1.73	-2.78	.006**	0.22
Competitividad	5.70	2.06	5.67	2.11	-0.16	.868	0.01
Adicción laboral	2.24	1.47	2.22	1.41	-0.18	.854	0.01
PTD	21.44	10.86	19.90	10.72	-1.81	.070	0.14
Inhibición social	9.89	6.33	9.05	6.24	-1.69	.091	0.13
Afecto negativo	11.55	7.02	10.85	6.88	-1.27	.203	0.10
Apoyo social	42.87	8.74	42.44	8.41	-0.63	.529	0.05
Expresión de Ira	27.85	10.92	28.50	11.27	0.74	.454	0.05
Ira interna	12.40	3.26	12.38	3.42	-0.06	.946	0.00
Ira externa	10.40	3.25	10.67	3.23	1.08	.277	0.08
Control Interno	13.47	4.53	13.69	4.44	0.62	.532	0.05
Control Externo	17.46	4.68	16.86	4.68	-1.63	.103	0.12
Depresión	9.91	8.32	9.62	8.39	-0.45	.652	0.03
Ansiedad	32.26	9.99	32.36	10.90	0.13	.896	0.01
Calidad Vida							
Total	518.90	165.42	523.71	172.80	0.36	.714	0.02
Física	241.33	90.81	247.51	90.25	0.86	.385	0.06
Emocional	277.57	89.73	276.15	98.48	-0.18	.851	0.01

mejorías pero no fueron estadísticamente significativas.

Atendiendo la posible evolución entre los datos iniciales y tras el PRC de cada grupo separadamente (tabla 4) encontramos un progreso positivo en ambos grupos, sin embargo, los resultados del grupo GN no reflejaron mejorías estadísticamente significativas en áreas como impaciencia ($t=1.19$; $p=.23$), PTD ($t=1.29$; $p=.19$) y ninguna de sus subáreas, control externo de ira ($t=0.30$; $p=.76$), ansiedad ($t=1.18$; $p=.24$) o en apoyo social ($t=1.21$; $p=.22$), aunque sí lo hicieron en PCTA general ($t=3.06$; $p=.003$), índice de expresión de ira

($t=2.55$; $p=.012$), depresión ($t=4.08$; $p=.000$) o en calidad de vida total ($t=-3.44$; $p=.001$), física ($t=-3.28$; $p=.001$), o emocional ($t=-2.46$; $p=.015$). Por su parte, el grupo GP mostró una evolución positiva y estadísticamente significativa en la totalidad de las variables evaluadas. Además, si atendemos al tamaño del efecto (d Cohen) los resultados arrojaron unas cifras superiores en la evolución del grupo de GP (la mayoría entre .20 y .50) frente al de GN (por debajo de .20).

Centrándonos en el tercer objetivo, es decir, las posibles diferencias en los FPRC entre ambos grupos al finalizar el programa, en-

Tabla 3

Comparación Datos Apareados Pre-Post Intervención en la Muestra Total (GP+GN)

	Media \pm desv. Pre intervención	Media \pm desv. Post intervención	t	Signif.	D Cohen
PCTA	12.59 \pm 3.9	11.63 \pm 3.68	10.70	0.000**	0.26
Impaciencia	4.66 \pm 1.6	4.40 \pm 1.55	6.57	0.000**	0.27
Competitividad	5.69 \pm 2.1	5.29 \pm 1.89	7.83	0.000**	0.20
Adicción laboral	2.23 \pm 1.4	1.94 \pm 1.48	6.73	0.000**	0.20
PTD	21.08 \pm 10.8	19.32 \pm 10.72	7.67	0.000**	0.17
Inhibición Social	9.70 \pm 6.3	9.24 \pm 6.24	4.25	0.000**	0.09
Afecto negativo	11.38 \pm 6.9	10.07 \pm 6.76	7.97	0.000**	0.19
Apoyo social	42.77 \pm 8.6	43.19 \pm 8.65	-1.29	0.196	0.03
Expresión de Ira	28.00 \pm 11.0	24.71 \pm 10.96	10.55	0.000**	0.30
Ira interna	12.40 \pm 3.3	11.73 \pm 3.21	6.24	0.000**	0.20
Ira externa	10.46 \pm 3.2	9.92 \pm 2.90	5.83	0.000**	0.18
Control interno	13.52 \pm 4.5	15.45 \pm 4.66	-12.20	0.000**	0.41
Control externo	17.32 \pm 4.6	17.54 \pm 4.61	-1.56	0.119	0.04
Depresión	9.84 \pm 8.3	6.70 \pm 6.96	15.97	0.000**	0.39
Ansiedad	32.28 \pm 10.2	29.77 \pm 9.62	10.22	0.000**	0.23
Calidad de vida					
Total	520.03 \pm 167.09	571.31 \pm 154.55	-14.75	0.000**	0.31
Física	242.78 \pm 90.67	270.83 \pm 88.05	-14.20	0.000**	0.32
Emocional	277.24 \pm 91.80	300.47 \pm 80.48	-10.35	0.000**	0.26

contramos que a pesar de las similitudes iniciales, sí se han producido diferencias entre ellos (tabla 5), pues desaparece la significación estadística de la diferencia en impaciencia ($t=-.95$; $p=.42$) inicialmente destacada en el GP y se abren diferencias significativas tanto en expresión de la ira ($t=2.67$; $p=.008$), en el estado depresivo ($t=2.13$; $p=.034$), y ansioso ($t=2.14$; $p=.033$). Igualmente se contemplan diferencias significativas en apoyo social ($t=-2.23$; $p=.026$), y en la percepción de calidad de vida, tanto en CV total ($t=-2.02$; $p=.043$), como emocional ($t=-2.13$; $p=.034$), con un mayor beneficio contemplado en el grupo GP, manteniendo cierta similitud entre los grupos respecto a la CV física ($t=-1.44$; $p=.148$).

Discusión y Conclusiones

Hemos querido analizar las características de una muestra amplia de pacientes cardiopatas participantes en un PRC e identificar la evolución de ciertos FPRC según la diferente intervención psicológica recibida. Los resultados obtenidos en este estudio apoyaron parcialmente las hipótesis planteadas. Por un lado, esperábamos encontrar inicialmente diferencias en los FPRC según el deseo y participación de los cardiopatas incluidos en el PRC, lo que no ha sido posible confirmar. Este resultado se desmarca de previos estudios que enfatizan la influencia de aspectos psicológicos como los estados de ánimo depresivo, ansioso, iracundo o determinados patrones de personalidad en la adherencia y seguimiento a pautas médicas (Resurrección, et al. 2019), pues en nuestro caso, no encon-

Tabla 4
Comparación Datos Apareados, Pre-Post Intervención (GP), Pre-Post Intervención (GN)

	Grupo Participa GP			Grup No participa GN		
	t	p valor	D Cohen	t	p valor	D Cohen
PCTA	10.370	0.000**	0.29	3.06	0.003**	0.15
Impaciencia	6.752	0.000**	0.21	1.19	0.233	0.05
Competitividad	7.486	0.000**	0.22	2.44	0.015*	0.13
Adicción laboral	6.268	0.000**	0.21	2.47	0.015*	0.18
PTD	7.911	0.000**	0.20	1.29	0.197	0.03
Inhibición Social	4.176	0.000**	0.10	1.10	0.271	0.04
Afecto negativo	8.476	0.000**	0.23	1.03	0.300	0.05
Apoyo Social	-2.15	0.032*	0.07	1.20	0.228	0.07
Expresión de Ira	10.584	0.000**	0.34	2.55	0.012*	0.13
Ira interna	5.818	0.000**	0.21	2.35	0.020*	0.16
Ira externa	5.321	0.000**	0.19	2.43	0.016*	0.12
Control interno	-12.483	0.000**	0.48	-2.41	0.017*	0.21
Control externo	-1.963	0.050*	0.06	0.30	0.765	0.04
Depresión	15.817	0.000**	0.48	4.08	0.000**	0.20
Ansiedad	11.124	0.000**	0.29	1.18	0.239	0.08
Calidad Vida						
Total	-15.018	0.000**	0.36	-3.44	0.001**	0.15
Física	-14.562	0.000**	0.35	-3.28	0.001**	0.16
Emocional	-10.374	0.000**	0.31	-2.46	0.015*	0.12

tramos diferencias, siendo precisamente los pacientes participativos los que reflejaban, aunque sin significación estadística, mayor nivel psicopatológico. Sin embargo, sí que se confirmaron tanto la alta incidencia de FPRC en nuestra muestra en rehabilitación, como el beneficio que la intervención psicológica aportó al paciente cardíaco, especialmente en el grupo de participación en el mismo. Los resultados revelaron que la muestra estuvo prioritariamente integrada por hombres. Este porcentaje desigual en cuanto a

la inclusión según el género refrenda los resultados previos consultados que expresan cómo suelen incluirse en mayor medida a los hombres en los PRC, a pesar del creciente aumento de la incidencia y mortalidad cardíaca en ellas (García, 2018; Grace, et al. 2009). Así mismo, destacó una elevada morbilidad psiquiátrica lo que refuerza las voces que reclaman una mayor presencia del área psicológica e intervenciones en este sentido que faciliten un abordaje integral del proceso cardiovascular. En concreto, destacó

Tabla 5
Comparación FPRC Muestras Independientes en Post-Intervención, entre GP y GN

	Media y desv. GP	Media y desv. GN	t	Signif.	D Cohen
PCTA	11.62 ± 3.67	11.66 ± 3.76	.112	0.340	0.01
Impaciencia	4.42 ± 1.55	4.29 ± 1.57	-.955	0.429	0.08
Competitividad	5.27 ± 1.06	5.40 ± 2.03	.791	0.842	0.06
Adicción laboral	1.93 ± 1.48	1.96 ± 1.48	.199	0.911	0.02
PTD	19.26 ± 10.47	19.56 ± 11.72	.300	0.764	0.02
Inhibición Social	9.28 ± 6.20	9.08 ± 6.42	-.369	0.712	0.03
Afecto negativo	9.97 ± 6.50	10.46 ± 7.48	.824	0.410	0.07
Apoyo social	43.52 ± 8.46	41.83 ± 9.28	-2.232	0.026*	0.19
Expresión de Ira	24.17 ± 10.61	26.93 ± 12.08	2.678	0.008**	0.24
Ira interna	11.71 ± 3.18	11.82 ± 3.34	.399	0.690	0.03
Ira externa	9.83 ± 2.76	10.27 ± 3.41	1.519	0.130	0.14
Control interno	15.66 ± 4.63	14.56 ± 4.66	-2.726	0.007**	0.24
Control externo	17.75 ± 4.53	16.66 ± 4.84	-2.619	0.009**	0.23
Depresión	6.41 ± 6.53	7.91 ± 8.41	2.131	0.034*	0.20
Ansiedad	29.36 ± 9.05	31.45 ± 11.54	2.149	0.033*	0.20
Calidad vida					
Total	576.65 ± 151.59	549.26 ± 164.90	-2.028	0.043*	0.17
Física	273.00 ± 87.61	261.86 ± 89.58	-1.446	0.148	0.12
Emocional	303.64 ± 78.00	287.40 ± 89.05	-2.132	0.034*	0.19

la tendencia al afecto negativo (PTD) y una cierta sintomatología depresiva, aunque inferior a otros datos consultados como los de Kaptein, et al. (2006) quienes obtuvieron un porcentaje depresivo (leve-grave) en el 43%. También es manifiesta la elevación en la expresión de ira (el 30,4% de la muestra se ubica por encima del centil 65), estando menos refrendado el PCTA en conjunto (17,3%) aunque si contabilizáramos la tendencia (puntuación ≥ 16), y no el estricto cumplimiento (> 18), el porcentaje en PCTA se eleva hasta el 31%. Todos estos parámetros contribuyen a una percepción de su calidad de vida limitada, aunque inicialmente es la calidad de vida física la que se muestra más ajustada (en el 33,9%). Estos datos parecen apoyar las aportaciones del grupo de Denollet que destaca la tendencia al afecto negativo como un factor clave en los pacientes cardiopatas, que se asocia además con mayores niveles de depresión, irritación, estrés, así como baja calidad de vida, apoyo social o adherencia a las pautas médicas. (Denollet, et al. 2010; Pedersen y Denollet, 2003).

No hemos hallado apenas referencias sobre la prevalencia de un número amplio de variables psicosociales en cardiopatas españoles (salvo las referidas prioritariamente a depresión o ansiedad) que incluyan conjuntamente variables de personalidad, emocionales y sociales, por lo que consideramos una información de interés el perfilar la prevalencia de dichas variables entre una muestra de pacientes que han sufrido, al menos un evento cardiológico y están en proceso de rehabilitación. La menor referencia en este

ámbito, nuevamente refleja una insuficiente atención en nuestro país de los factores psicosociales en salud cardíaca y la necesidad de una mayor presencia de los profesionales de la salud mental en los equipos de rehabilitación cardíaca para la prevención de posibles pronósticos adversos en los pacientes cardiopatas (Lichtman, et al. 2014).

Por otro lado, conforme a los resultados obtenidos tras la intervención psicológica podemos afirmar que los participantes en nuestro estudio evolucionaron positivamente de forma significativa en las distintas variables evaluadas, las cuales, han sido vinculadas en numerosos estudios previos, al proceso cardiovascular y a satisfactorios resultados mediante los programas de rehabilitación (Albus et al., 2019; Martínez Mir, 2014). Así, en nuestro estudio hemos encontrado una mejoría en dichas variables que, como señala Resurrección, et al. (2019) suelen asociarse con menor aprovechamiento en la rehabilitación, (p. ej., elevado PCTA, ansiedad o depresión). También se ven reducidas las puntuaciones en PTD (Denollet, et al. 2010), o en expresión de ira, siendo especialmente mejor gestionadas las habilidades ante la ira interna, que ha sido relacionada con la cardiopatía isquémica e hipertensión arterial, (Palmero, et al. 2008). Es igualmente destacable la disminución de la sintomatología depresiva en consonancia con otros autores (Celano & Huffman, 2011; Frasure Smith & L'esperance, 2008) y ansioso (Bataa, et al. 2014; Sardinha, et al. 2011) especialmente entre los pacientes del grupo participante. Finalmente, los pacientes refieren

una mejora leve, si bien no estadísticamente significativa, en cuanto al apoyo social y un destacable aumento en su calidad de vida percibida (física y psicológica) elementos todos ellos considerados amortiguadores de cara a posibles recidivas cardíacas y referentes de salud y bienestar vital (Mateu-Mollá, et al. 2018; Valls y Rueda, 2013). Teniendo en cuenta que todos estos beneficios se han considerado como elementos favorecedores de la adherencia, la recuperación y contribuyentes para reducir las recidivas y la frecuencia de eventos asociados a la ECV (Canales Reyes, 2011), este estudio apoya los programas de intervención psicológica en el marco de los PRC más generales como aspectos fundamentales en la prevención secundaria, y refuerzan las iniciativas que reclaman una mayor presencia de intervenciones psicológicas en las áreas de medicina de la salud (Dusseldorp, et al. 1999). Aun así, es destacable la mejoría, aunque más discreta, en el grupo GN. Es presumible que ambos grupos (GP y GN) se hayan beneficiado del proceso general, ya que, por un lado, todos participan en un programa multicomponente que puede llevar a beneficios psicológicos indirectamente. Por ejemplo, está documentado el beneficio anímico y general que se obtiene a través del ejercicio físico (Boraita Pérez, 2008; Rivas-Estany, 2011) y el hecho de mejorar su condición física les lleve a estados psicológicos más positivos y adaptativos. Por otra parte, aunque los participantes tenían la oportunidad de elegir formar parte o no del programa psicológico en su totalidad, todos los incluidos en el PRC asistían de forma obli-

gatoria a 2 sesiones iniciales (psicoeducación sobre los FPRC en relación con la ECV y un entrenamiento en la regulación fisiológica, mediante respiración diafragmática y relajación progresiva muscular), lo que ha podido igualmente ejercer un efecto beneficioso en los resultados finales en el periodo post-intervención. Es necesario matizar que, aunque los tamaños del efecto en su conjunto son discretos, hay que tener en cuenta que el programa es reducido y con interacción práctica individual escasa debido al gran tamaño del grupo y poco tiempo disponible, lo que merma una aplicación de sus componentes más activa y personalizada. Si bien, en factores psicológicos especialmente valoradas como claves en la progresión de la ECV y mejoría general, los resultados son bastante alentadores. Por lo tanto, estos resultados vuelven a ratificar la importancia de dotar a las URU de profesionales de la salud mental que puedan disponerse a tiempo completo, ya que pueden aumentar los beneficios en la salud de los participantes y mejorar las ratios coste-efectividad en estas unidades colaborando a mejorar la capacidad funcional y contribuir a modificar el curso de la enfermedad reduciendo las recidivas y la morbimortalidad, de forma más personalizada.

No obstante es necesario mencionar en este estudio una serie de limitaciones que es preciso tener en cuenta para posteriores estudios. Todos los resultados se circunscriben a medidas psicológicas de autoinforme. Además, haber incluido medidas objetivas de carácter biomédico hubiera facilitado poder vincular estos cambios con los resul-

tados en su posible morbimortalidad con la ECV. Por otro lado, para poder valorar el alcance a largo plazo de estos resultados, sería conveniente poder hacer un seguimiento de los mismos tras un periodo de tiempo amplio, para comprobar el mantenimiento de estos y poder ratificar su posible mejoría en el tiempo, lo cual no ha podido llevarse a cabo por la escasa disponibilidad horaria del psicólogo adscrito a la unidad, que limitaba poder hacer un seguimiento posterior de los resultados tras terminar la intervención. Así mismo, haber podido recabar otros datos (p.ej., subgrupo de primer infarto o sucesivo, diferenciación por subpatologías cardíacas, estrés vital previo al evento cardíaco, tabaquismo, factores causales para rehusar la participación) hubieran sido clarificadores. Finalmente se hace necesario diferenciar qué aspectos de todos los abordados están realmente contribuyendo a la motivación por la participación y posterior adherencia a la rehabilitación.

La frecuente infradotación de presencia psicológica en las unidades de rehabilitación cardíaca, limita el desarrollo de estudios sobre los programas de tratamiento psicológico en estos pacientes con el suficiente rigor metodológico, científico y con un necesario seguimiento que facilite poder valorar con las garantías necesarias su efectividad, no solo en la reducción de los factores psicológicos implicados sino en la patología cardíaca misma. Como profesionales de la psicología sentimos que la reducida dotación de recursos en dichas áreas repercute en una asistencia insufi-

cientemente integral para estos colectivos. A pesar de los efectos demostrados en la salud psicológica, cardíaca, en la calidad de vida percibida de los usuarios y del posible ahorro que podría suponer los tratamientos psicológicos en la rehabilitación cardíaca dados sus bajos requerimientos en recursos tecnológicos (p.ej. la aplicación de técnicas de relajación), sigue estando muy desproporcionada respecto a otros tipos de intervenciones con mayor requerimiento técnico (p.ej. entrenamiento físico). Queda también muy limitada la asistencia más intensiva que requieren los pacientes más refractarios, necesaria para concienciarse de la importancia de aceptar no solo la enfermedad sino su implicación activa en el proceso de cambio conceptual, de expectativas y comportamental integral y personalizado.

Sin embargo, a pesar de todas estas limitaciones, que también quedan manifiestas en nuestro estudio, el tamaño amplio de la muestra presente, el número de variables psicológicas evaluadas a la vez, y las mejorías obtenidas tras una intervención aun siendo tan limitada, permiten de algún modo perfilar, no solo las características de los participantes en un PRC de nuestro país, sino también los beneficios de este tipo de intervenciones tanto para los usuarios como para el propio sistema de salud, y especialmente, refrendar la necesidad de considerar en mayor medida, las intervenciones cognitivo conductuales en los enfermos cardíacos como básicas y recomendables en el tratamiento de las enfermedades médicas.

Referencias

- Albus, C., Herrmann-Lingen, C., Jensen, K., Hackbusch, M., Münch, N. & Kuncewicz, C. (2019). Additional effects of psychological interventions on subjective and objective outcomes compared with exercise based cardiac rehabilitation alone in patients with cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *European Journal Preventive Cardiology*, 26 (10), 1035-1049. doi: 10.1177/2047487319832393.
- Allan, J.L., Johnston, D.W., Johnston, M. & Mant, D. (2007). Depression and perceived behavioural control are independent predictors of future activity and fitness after coronary syndrome events. *Journal of Psychosomatic Research*, 63 (5), 501-508.
- Allgulander, C. (2015). Anxiety as a risk factor in cardiovascular disease. *Current Opinion in Psychiatry*, 29 (1), 13-17. doi: 10.1097/YCO.0000000000000217.
- Alonso, J., Prieto, L., Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey: un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104 (20), 771-776.
- Antón-Menárquez, V., Sempere-Ripoll, J.M., & Martínez-Amorós, R. (2019). Effectiveness of psychological intervention in Cardiac Rehabilitation. *Semergen*, 45 (5), 288-294. doi: 10.1016/j.semerg.2018.10.006. Epub 2018 Dec 7.
- Batelaan, N.M., ten Have M., van Balkom, A.J., Tuithof, M., & de Graaf, R. (2014). Anxiety disorders and onset of cardiovascular disease: the differential impact of panic, phobias and worry. *Journal of Anxiety Disorders*, 28 (2), 252-258. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.12.003.
- Becerra, J.A. (2008). Factores psicológicos y enfermedad cardiovascular: breve aproximación al síndrome ira-hostilidad-agresión. Recuperado de: http://www.psicologia-online/articulos/2008/ira_hostilidad_agresion.shtm
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Boraita Pérez, A. (2008). Ejercicio, piedra angular de la prevención cardiovascular. *Revista Española de Cardiología*, 61 (5), 514-28.
- Broadhead, W.E., Gehlbach, S.H., Degruy, F.V. & Kaplan, B.H. (1988). The Duke UNC functional social support questionnaire: Measurement for social support in family medicine patients. *Medicine Care*, 26, 709-723.
- Canales Reyes, L. (2011). Intervención cognitivo-conductual para la disminución del estrés en pacientes con cardiopatía isquémica. *Summa Psicológica UST*, 8, 21-28.
- Cano de la Cuerda, R., Alguacil, I., Alonso, J.J., Molero, A. & Miangolarra, J.C. (2012). Programas de rehabilitación cardiaca 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
- Celano, C.M. y Huffman, J.C. (2011). Depression and cardiac disease: a review. *Cardiology Reviews*, 19, 130-142.
- de la Revilla, L., Bailón, E., De Dios, J., Delgado, A., Prados, M. A. & Fleitas, L. (1991). Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 8, 688-692.
- de Pablo, C. (2016). *Registro español de unidades de rehabilitación cardiaca y prevención secundaria-R-EURECa*. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/casa-delcorazon/registro-espaol-de-unidades-de-rehabilitacion-cardiaca-y-prevencion-secundaria-reureca>
- del Pino A., Borges del Rosal A., Díaz del Pino S., Suárez D. & Rodríguez I. (1990). Propiedades psicométricas de la Escala Tipo A de Framingham. *Psiquis (Revista de Psiquiatría, Psicología médica y Psicósomática)*, 11, 19-30.
- Denollet, J. (2005). DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition and type D personality. *Psychosomatic Medicine* 67 (1), 89-97. doi: 10.1097/01.psy.0000149256.81953.49.
- Denollet, J., Schiffer, A.A., & Spek, V. (2010). A general propensity to psychological

- distress affects cardiovascular outcomes: evidence from research on type D (distressed) personality profile. *Circ. Cardiovasc. Qual. Outcomes* 3 (5), 546-57.
- Dusseldorp, E., van Elderen, T., Maes, S., Meulman, J. & Kraaij, V. (1999). A meta-analysis of psycho-educational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychology Journal*, 18, 506-519.
- Elosúa, R. (2014). Las funciones de riesgo cardiovascular: utilidades y limitaciones. *Revista Española de Cardiología*, 67, 77-79. doi: 10.1016/j.recesp.2013.09.014
- Frasure-Smith, N. & L'espérance, F. (2008). Depression and Anxiety as Predictors of 2-Year Cardiac Events in Patients With Stable Coronary Artery Disease. *Archives of General Psychiatry* 65 (1), 62-71. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2007.4
- Gaeta, M., Campanella, F., Gentile, L., Schifino, G.M., Capasso, L., Bandera, F., Banfi, G., Arpesella M. & Ricci, C. (2017). European cardiovascular mortality over the last three decades: Evaluation of time trends, forecasts for 2016. *Annali di Igiene*, 29, 206- 217. doi:10.7416/ai.2017.2148.
- Gandhi, S., Shaun, I., Goodman S.G, Greenlaw, N., Ford, I., McSkimming, N., Ferrari, R., Jang, Y., Alcocer-Gamba, M.A., Fox, K., Tardif, J.C., Tendera, M., Dorian, P., Steg, P.G., Udell, J. (2019). Living alone and cardiovascular disease outcomes. *Heart* 105, (14), 1087-1095. doi:10.1136/heartjnl-2018313844.
- García M. (2018). Factores de riesgo cardiovascular desde la perspectiva de sexo y género. *Rev. Colomb. Cardiol.*, 2 (1), 8-12. doi:10.1016/j.rccar.2017.11.021
- Gómez-González, A., Miranda, G., Pleguezuelos, E., Bravo, R., López, A., Expósito J.A., Heredia, A., Montiel, A., Aguilera, A. (2015). Recommendations of the cardio-respiratory Rehabilitation Society (SORECAR) on cardiac rehabilitation in ischemic heart disease. *Rehabilitation* 49 (2), 102-124. doi:10.1016/j.rh.2014.12.002.
- Grace, S.L., Gravely-Witte, S., Kayaniyil, S., Brual, J., Suskin, N., Stewart, D.E. (2009). A multisite examination of sex differences in cardiac rehabilitation barriers by participation status. *Journal of Womens Health*, 18, (2), 209-16. doi: 10.1089/jwh.2007.0753.
- Haynes, S., Feinleib, M., y Kannel, W.B. (1980). The relationship of psychological factors to coronary heart disease in the Framingham study: III. Eight-year incidence of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 111 (1), 37-58. doi:10.1093/oxfordjournals.aje.a112873
- Iacovella, J. & Troglia, M. (2003). La hostilidad y su relación con los trastornos cardiovasculares. *Revista Psico-USF*, 8 (1), 53-61.
- Instituto Nacional de Estadística (2018). *Sociedad. Salud. Estadística de defunciones según la causa de muerte*. Recuperado de: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175.18/03/20.
- Janszky, I., Ahnve, S., Lundberg, I., Hemmingson, T. (2010). Early-onset depression, anxiety, and risk of subsequent coronary heart disease: 37-year follow-up of 49,321 young Swedish men. *Journal American College of Cardiology*, 56, 31-37. doi: org/10.1016/j.jacc.2010.03.033.
- Ji, H., Fang, L., Yuan, L., Zhang, Q. (2019). Effects of Exercise-Based Cardiac Rehabilitation in Patients with Acute Coronary Syndrome: A Meta-Analysis. *Medical Science Monitor*, 25, 5015-5027. doi: 10.12659/MSM.917362
- Kabboul, N.N., Tomlinson, G., Francis, T.A., Grace, S.L. Chaves, G., Rac, V., Daou-Kabboul, T., Bielecki, J.M., Alter, D.A., Krahn, M. (2018). Comparative effectiveness of the core components of cardiac rehabilitation on mortality and morbidity: a systematic review and network meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 7 (12), 514. doi:10.3390/jcm7120514.
- Kaptein, K.I., de Jonge, P., Van der Brick, 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.
- Lane, D., Carroll, D., Lip, G.Y. (2003). Anxiety, depression and prognosis after myocardial infarction. Is there a causal association? *Jour-*

- nal of the American College of Cardiology*, 42, 10, doi:10.1016/j.jacc.2003.08.018
- Lee, S.J., Koh, S., Kim, B.O., Kim, B., Kim, C. (2018). Effect of type D personality on short-term cardiac rehabilitation in patients with coronary artery disease. *Annals of Rehabilitation Medicine* 42 (5), 748-757. doi: 10.5535/arm.2018.42.5.748.
- Lichtman, J.H., Froelicher, E.S., Blumenthal, J.A., Carney, R.M., Doering L.V., Frasure-Smith N., Freedland K.E., Jaffe, A.S., Leifheit-Limson E.C., Sheps, D.S., Vaccarino, V. & 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 American Heart Association. *Circulation* 129 (12), 1350-69. doi: 10.1161/CIR.0000000000000019
- Lohse, T., Rohrmann, S., Richard, A., Bopp, M., Faeh, D. (2017). Type A personality and mortality: competitiveness but not speed is associated with increased risk. *Atherosclerosis*. 262, 19-24. doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2017.04.016
- Lusilla, M.P., Sánchez, A., Sanz, C., López, J. (1990). Validación estructural de la escala heteroaplicada de ansiedad de Zung (XXVIII Congreso Sociedad Española de Psiquiatría). *Anales de psiquiatría*, 6 (supl. 1), 39.
- Martínez Mir, R. (2014). *Tratamiento cognitivo conductual para enfermos cardiovasculares*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Jaime I. Castellón de la Plana, España. doi: <http://dx.doi.org/10.6035/11510/2014/57071>
- Mateu-Mollá, J., Valero-Moreno, S., Lacomba-Trejo, L., y Català-Cortés, L. (2018). Ansiedad y depresión: Impacto en la calidad de vida de pacientes tras Infarto Agudo de Miocardio. *Revista de Investigación en Psicología Social*, 6 (1), 5-13.
- McGee, H.M., Doyle, F., Conroy, R.M., De La Harpe, D., & Shelley, E. (2006). Impact of briefly-assessed depression on secondary prevention outcomes after acute coronary syndrome: a one-year longitudinal survey. *Biomedical Central Health Services Research*, 6, 9. doi:10.1186/1472-6963-6-9
- Miguel Tobal, J.J., Casado, M.I., Cano Vindel, A. (2009). Adaptación española del Inventario de la expresión de la ira estado-rasgo (Staxi-2). *Manual 3ª edición revisada*. TEA ediciones. Madrid, España.
- Montero, P., Rueda, B., Bermudez, J. (2017). Adaptación al castellano de la Escala DS-14 para la medida de la personalidad tipo D. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22, 55-67. doi:10.5944/rppc.vol.22.num.1.2017.16585.
- Muller-Nordhorn, J., Binting, S., Roll, S. & Willich, S. N. (2008). An update on regional variation in cardiovascular mortality within Europe. *European Heart Journal*, 29 (10), 1316-1326. doi: 10.1093/eurheartj/ehm604.
- Nicholson, A., Kuper, H., Hemingway, H. (2006). Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies. *European Heart Journal*, 27 (23), 2763-2774. doi:10.1093/eurheartj/ehl338.
- Palmero, F., Díez, J.L., Diago, J.L., Moreno, J., Oblitas, L. (2007). Hostilidad, psicofisiología y salud cardiovascular. *Suma Psicológica*, 14, 23- 50.
- Patrick, J.S. & Blumenthal, J.A. (2011). Psychiatric and behavioral aspects of cardiovascular disease: Epidemiology, mechanisms, and treatment. *Revista Española de Cardiología*, 64 (10), 924-933. doi: 10.1016/j.recesp.2011.06.003.
- Pedersen, S. & Denollet, J. (2003). Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: A review. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 10, 241-248. doi: 10.1097/00149831-200308000-00005
- Reavell, J., Hopkinson, M., Clarkesmith, D., Lane, D.A. (2018). Effectiveness of cognitive behavioral therapy for depression and anxiety in patients with cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine* 80 (8), 742-753. doi: 10.1097/PSY.0000000000000626.
- Resurrección, D.M., Moreno Peral, P., Gómez Herranz, M., Rubio Valera, M., Pastor, L., Caldas de Almeida, J.M. & Motrico, E. (2019).

- Factors associated with non-participation in and dropout from cardiac rehabilitation programmes: a systematic review of prospective cohort studies. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 18 (1), 38-47. doi: 10.1177/1474515118783157
- Rivas-Estany, E. (2011). El ejercicio físico en la prevención y la rehabilitación cardiovascular. *Revista Española de Cardiología*, 11 (Supl. E), 18-22. doi:10.1016/S1131-3587(11)15004-9
- Rodríguez, T. (2019). Pautas del intervencionismo psicológico en el proceso de rehabilitación cardiovascular se pacientes con enfermedades coronarias. *Revista Psicología Científica.com*. Recuperado de: <http://www.psicologiacientifica.com/intervencionismo-psicologico-rehabilitacion-cardiovascular>
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M.A. y Jiménez, M.P. (2008). Trastornos psicósomáticos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología 2* (pp. 53-80). Madrid: McGraw Hill.
- Sanjuán, P. & Pérez-García, A.M. (1999). Hostilidad. En A.M. Pérez-García (Ed.), *Personalidad, afrontamiento y apoyo social* (pp. 42-47). Colección cursos de posgrado en Psicopatología y salud. Madrid: UNED-FUE.
- Sanz J., Vázquez, C., (1998). Fiabilidad y validez factorial de la versión española del inventario de depresión de Beck. *Psicothema*, 10 (2), 303-318.
- Sardinha, A., Araújo, C.G., Soares-Filho, G.L., Nardi, A.E. (2011). Anxiety, panic disorder and coronary artery disease: issues concerning physical exercise and cognitive behavioral therapy. *Expert Review of Cardiovascular Therapy*, 9 (2), 165-175. doi: 10.1586/erc.10.170
- Spielberger, C. (1988). *State-Trait Anger Expression Inventory professional Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Supervía, M., Turk-Adawi, K., Lopez-Jimenez, F., Pasha, E., Ding, R., Britto, R.R, Bjarnason-Wehrens, B., Derman, W., Abreu, A., Babu, A.S., Anchique, C., Jong, S.K., Cuenza, L., Yeo, T.J., Scantlebury, D., Andersen K., Gonzalez, G., Giga, V., Vulic, D.,...Grace, S.L. (2019). Nature of cardiac rehabilitation around the globe. *E. Clinical Medicine (The Lancet)*, 13, 46-56. doi: 10.1016/j.eclinm.2019.06.006
- Valls, E., & Rueda, B. (2013). Personalidad, afrontamiento y calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular. *Boletín de Psicología*, 109, 51-72.
- Ware, S.E., Sherbourne, C.D. (1992). The MOS-36 item short form health survey SF-36. I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30 (6), 473-83.
- Weiss, N., Lurie, I., Neumark, Y., Malowany, M., Cohen, G., Benyamini, Y., Goldbourt, U. & Gerber, Y. (2016). Perceived social support at different times after myocardial infarction and long-term mortality risk: a prospective cohort study. *Annals of Epidemiology*, 26 (6), 424-428. doi:10.1016/j.annepidem.2016.03.005
- Zung, W.W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12 (6), 371-9.

