



# Prevalencia de factores psicosociales de riesgo cardíaco en cardiópatas en rehabilitación

---

**Esperanza I. Valls Lázaro**

*Unidad de rehabilitación cardíaca Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza*

## Resumen

La promoción de programas multidisciplinares de prevención y los avances en intervención cardíaca han mejorado el pronóstico de la enfermedad cardiovascular (ECV) aunque sigue siendo la principal causa de muerte en adultos de mediana edad. Los programas de rehabilitación cardíaca (PRC) inciden en modificar los posibles factores de riesgo cardíaco (FRC) implicados, incluidos los predisponentes psicosociales (emocionales, de personalidad y comportamentales) que son el objetivo prioritario de las intervenciones psicológicas inmersas en ellos. El objetivo del presente estudio es analizar la prevalencia de dichos factores psicosociales en una muestra española (N: 905; 82% varones), incluida en un PRC y detectar la diferente prevalencia según el género, el riesgo cardíaco y la edad. Resultados: prevalencia en depresión: 29%, afecto negativo: 33.4%, expresión de ira: 30.4% y ansiedad 20%. El 17.3% presentó personalidad tipo-A (PCTA) y obtuvo una reducida calidad de vida el 25.3% y bajo apoyo social el 12.5%. Las mujeres mostraron mayor psicopatología emocional y menor uso de estrategias activas y PCTA. Además, con mayor riesgo cardiológico se obtuvo un perfil psicológico más adverso mientras que, según la edad, los más jóvenes presentaron mayor prevalencia de factores psicosociales. Conclusión: por su elevada prevalencia, se hace necesario enfatizar la atención a los factores psicosociales en los programas de rehabilitación y hacerlo diferencialmente conforme los perfiles de los usuarios.

**PALABRAS CLAVE:** Prevalencia, factores psicosociales, programas de rehabilitación cardíaca

## Abstract

The promotion of multidisciplinary prevention programs and advances in cardiac intervention have improved the prognosis of cardiovascular disease (CVD), although it continues to be the leading cause of death in middle-aged adults. Cardiac rehabilitation programs (CRP) have an impact on modifying the possible cardiac risk factors (CRF) involved, including psychosocial predisposing (emotional, personality and behavioral) that are the priority objective of the psychological interventions embedded in them. The objective of this study is to analyze the prevalence of these psychosocial factors in a Spanish sample (N: 905; 82% males), included in a CRP and to detect the different prevalence according to gender, heart risk and age. Results: prevalence in depression: 29%, negative affect: 33.4%, expression of anger: 30.4%, and anxiety 20%. 17.3% presented PCTA and obtained a reduced quality of life in 25.3% and low social support in 12.5%. Women showed greater emotional psychopathology and less use of active strategies and PCTA. Furthermore, with a higher cardiological risk, a more adverse psychological profile was obtained while, according to age, the youngest had a higher prevalence of psychosocial factors. Conclusion: due to its high prevalence, it is necessary to emphasize attention to psychosocial factors in rehabilitation programs and to do so differentially according to the profiles of the users.

**KEYWORDS:** Prevalence, psychosocial factors, cardiac rehabilitation programs

## I. Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) comprenden un amplio número de trastornos cardiocoronarios que actualmente siguen siendo la principal causa de muerte en adultos de mediana edad (Dagenais et al., 2019). En Europa, despunta una mejoría respecto a periodos anteriores, tanto por el esfuerzo en prevención de los FRC como por las técnicas o medicaciones disponibles (Gaeta et al., 2017), aunque se observa cierto repunte debido al envejecimiento poblacional (Dégano, Elosúa y Marrugat, 2013). En España, según el Instituto Nacional de Estadística (2018) es la primera causa de muerte, responsable del 28.8% de defunciones. Hoy día, la atención cardiovascular se realiza mediante un enfoque multidisciplinar, atendiendo todos los factores implicados, especialmente los modificables biológicos (exceso de colesterol, triglicéridos, presión arterial o glucosa) como comportamentales (tabaco, inactividad física, inadecuada dieta), todos ellos contribuyentes en la prevención y tratamiento de la ECV. Además, crece el interés por los factores psicosociales de riesgo (FPRC) considerados como predisponentes y que son un objetivo prioritario de las intervenciones psicológicas incluidas en programas de rehabilitación cardíaca (PRC). Entre éstos podríamos distinguir:

a) Factores ambientales estresantes, sean éstos agudos o crónicos.

b) Factores emocionales negativos (depresión, ansiedad, e ira). La depresión se ha encontrado muy presente entre los cardiópatas, bien como factor de riesgo hacia la enfermedad, bien como consecuencia a su padecimiento (García-Batista et al., 2020). Nicholson, Kuper y Hemingway (2006) encontraron un 80% más de riesgo de enfermar o morir por ECV en los pacientes deprimidos, ade-

más de comprometer los resultados del PRC por su asociación a la menor adherencia a pautas médicas, especialmente al ejercicio físico (Allan, Johnston, Johnston y Mant, 2007). La ansiedad también puede ser un factor predictor de ECV siendo muy prevalente incluso dentro de un PRC (Allglander, 2015), asociándose con más del doble de riesgo de sufrir ECV (Jansky, Ahnve, Lundberg, Hemmingsson, 2010). También está documentada la influencia conjunta de ambas emociones, documentándose un aumento del riesgo hasta 3 veces mayor (Lane, Carroll y Lip, 2003). La ira/hostilidad puede ejercer un riesgo para la ECV pues aúna tanto pensamientos hostiles, sentimientos de ira y un modo de afrontamiento (agresividad) que aumenta la frecuencia de episodios de reactividad cardiovascular, se asocia a inadecuados hábitos de salud y baja adherencia a los tratamientos (Räikkönen, Matthews, Flory, y Owens, 1999).

c) Factores de personalidad: el primer patrón de personalidad vinculado a la ECV fue el tipo A (PCTA), caracterizado por la necesidad de reconocimiento, logro de metas, competitividad e impaciencia, lo que puede conducir a sobrecarga laboral y hostilidad cuando no consiguen los objetivos, perjudicando su salud (Sandín, Chorot, Santed, y Jiménez, 2008). Sin embargo, parece ser el subfactor 'hostilidad' el más vinculado a ECV (Iacovella y Troglia, 2003). Posteriormente, el grupo liderado por Denollet destacó el tipo D (PTD), caracterizado por estados emocionales negativos e inhibición social en la expresión de dichos estados por su relación con la ECV, encontrando en cardiópatas con alto PTD el doble de riesgo de sufrir estrés psicosocial, eventos cardíacos, mayor riesgo de morbimortalidad y peor respuesta al tratamiento con mayores tasa de abandono a PRC (Denollet, Schiffer y Spek, 2010; Lee, Koh, Kim, Kim, Kim, 2018).

d) Aspectos psicosociales, como el apoyo social percibido, se han asociado con mejores pronósticos considerándose como posible factor protector ante la morbimortalidad cardíaca. Gandhi et al., (2019) encontraron que eran los hombres con bajo apoyo social, no tanto las mujeres, los que presentaban peor pronóstico cardiovascular. Por último, el afrontamiento es un conjunto de esfuerzos variables desarrollados para regular las demandas percibidas y disminuir sus efectos negativos del estrés (Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez, 2007). El afrontamiento dirigido activamente al problema se valora como más cardiosaludable pues se asocia a adaptación a la enfermedad, adherencia al tratamiento y bienestar y, aunque provoca reactividad fisiológica, el organismo recupera más fácilmente el estado basal (Guerrero y Palmero, 2006). Por contra, las estrategias de tipo pasivo/evitativas se relacionarían con padecimiento emocional y deterioro funcional (Contreras et al., 2007).

Rehabilitación cardíaca (RC). Según la OMS, la RC es el conjunto de actividades que aseguran a los pacientes con ECV una recuperación física, mental y social lo más óptima posible que les permita ocupar un lugar tan normal en la sociedad como les sea posible. Esto imprime a los PRC un carácter multidisciplinar, implicando a distintos profesionales, yendo más allá del ejercicio físico o regulación biológica, y controlando todos los factores de riesgo cardiovasculares (Gómez-González et al., 2015). Tras el alta hospitalaria del paciente (Fase I) se inicia un proceso (fase II) para mejorar su clínica tanto a nivel psicológico como cardiovascular. Esta fase es la más identificada como RC. Los PRC están especialmente indicados en cardiopatía isquémica (CI) y suelen durar entre 2 y 6 meses e incluyen aspectos educativos y el control de factores de riesgo biológico (p.ej.; actividad física aeróbica, flexibilidad y resistencia

muscular, controlar presión arterial...) pero también psicológico y comportamental (evaluación y gestión de los FPRC y asesoramiento al paciente y familiares). La intervención psicoterapéutica, suele ser grupal, teniendo como elemento común el entrenamiento en técnicas de relajación. Tras el PRC, se inicia la fase de mantenimiento (III) que perdura toda la vida, fomentando los hábitos aprendidos en las fases previas. Los PRC están muy recomendados desde todas las guías de ECV. Recientes meta-análisis muestran que estos programas pueden reducir los ingresos hospitalarios, la mortalidad cardiovascular y mejorar la calidad de vida de los usuarios (Ji, Fang, Yuan y Zhang, 2019). Respecto a las intervenciones psicológicas incluidas en los PRC, Linden, Phillips y Leclerc, (2007) analizaron los efectos de la psicoterapia en cardíacos obteniendo unas reducciones del 28% en la mortalidad cardíaca tras 2 años de seguimiento. Reavell, Hopkinson, Clarkesmith y Lane (2018) evaluaron la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en un PRC y obtuvieron reducciones significativas del estado ansioso-depresivo y beneficios en la calidad de vida.

Albus, et al., (2019) con terapia psicológica obtenían un descenso significativo de síntomas depresivos y de morbilidad cardíaca, aunque no en mortalidad cardiovascular. Antón-Menárguez, Sempere-Ripoll y Martínez-Amorós (2019), encontraron una mejoría significativa en la mayoría de los factores psicológicos tras TCC, logrando reducciones en ansiedad, depresión e ira con tamaños del efecto entre .25 y .35. Para terminar esta revisión destacamos un reciente estudio en nuestro país (Léon, Boix, Arrarte, Cantón y Serrano, 2020) en el que señalan mejorías tras 3 meses desde el evento cardíaco en ansiedad, depresión, distrés psicológico e ira en casi 150 pacientes cardíacos participantes en un PRC. Por todo ello, la Sociedad de Rehabilitación Cardio respiratoria

(SORECAR) ha emitido protocolos de aplicación clínica destacando la necesidad de derivar a PRC a todo paciente diagnosticado en el último año de CI, incluyendo no solo entrenamiento físico, sino también intervención psicológica.

### **Justificación y objetivos del estudio.**

A pesar del grueso de estudios revisados sobre los FRC, muchos centran el análisis solo en factores biológico-tradicionales y, si atienden los psicosociales, suele ser pocas variables psicológicas (ansiedad, depresión o calidad de vida), en detrimento de otras como la personalidad, apoyo social o afrontamiento. Además, los estudios en nuestro país suelen incluir muestras reducidas con una representación femenina escasa, lo que limita poder perfilar los FPRC prevalentes en ellas. Por ello, intentando paliar estos aspectos, el objetivo principal en este estudio lo hemos centrado en analizar la prevalencia de los principales FPRC referidos en la literatura revisada (depresión, ansiedad, expresión de ira, PCTA, PTD, estrategias de afrontamiento, apoyo social y calidad de vida) en una amplia muestra de pacientes cardiopatas incluidos en un PRC (incluyendo amplia representación femenina).

Como objetivos secundarios, con el fin de poder clarificar las peculiares necesidades de cada subgrupo de cardiopatas de cara a la rehabilitación (como sugiere Sabbag et al., 2017), planteamos analizar la prevalencia de dichos FPRC diferencialmente en función del género (hombre/mujer), según el grado de riesgo cardiológico (bajo/moderado/alto) y, finalmente, en función de la edad (joven/media-edad/maduro).

Como hipótesis, consideramos que habría una incidencia de FPRC lo suficientemente presente como para apoyar una mayor presencia de atención psicológica en los PRC. Así mismo, es-

timamos que las mujeres reflejarían una mayor psicopatología emocional, un afrontamiento de tipo pasivo-emocional y un nivel de calidad de vida más bajo. En hombres, podrían inclinarse hacia mayores niveles en PCTA, ira y uso de conductas desadaptativas (p.ej. uso de sustancias). Así mismo, pensamos encontrar mayor psicopatología asociada al alto riesgo cardiológico. Finalmente, en los pacientes más jóvenes, la ECV podría suponer una interferencia mayor en su vida provocando una mayor disfunción emocional que en los pacientes mayores, que estarían más condicionados por las variables biológicas.

## **II. Método: procedimiento e instrumentos**

Tras la egresión hospitalaria por el evento cardíaco se valoraba al paciente como posible candidato al PRC conforme a los criterios de inclusión en términos biocardiológicos, (ej.; ECG, ergometría, problemas osteomusculares o limitaciones funcionales) y riesgo cardiológico (alto, moderado, bajo). No había condicionantes psicológicos para la inclusión, salvo que hubiese evidentes contraindicaciones que impidieran el seguimiento de las sesiones (p.ej. limitación cognitiva o léxica, psicosis activa no estabilizada). La muestra se conformó con todos los pacientes que por sus condiciones cardíacas fueron incluidos en el PRC entre 2015 y 2019 (muestreo no probabilístico por conveniencia). Se secundaron los protocolos de actuación de la Unidad de rehabilitación respecto a la recogida de datos de los pacientes según los requisitos correspondientes. Tras la aceptación en el PRC, explicar su funcionamiento y firmar los consentimientos, se les convocaba a una sesión de bienvenida y adscribía a un grupo de entrenamiento físico. En ese momento se realizaba el primer contacto con psicología para explicar el programa de intervención psicológica y la evaluación de las

variables psicológicas mediante la administración de una batería de cuestionarios. Se registraron las variables descriptivas básicas, (sexo, edad, estado civil y situación laboral, demora entre el alta hospitalaria y el inicio del programa rehabilitador y el nivel de estratificación del riesgo cardiológico), como las variables psicológicas criterio: PCTA, PTD, depresión, ansiedad, apoyo social, expresión de ira, estrategias de afrontamiento y calidad de vida.

#### **Instrumentos:**

Framingham Type A Scale, de Haynes, Feinleib, y Kannel, (1980) adaptada por del Pino, Borges, Díaz, Suarez y Rodríguez, (1990). Integrado por diez ítems para valorar la tendencia hacia el PCTA global o subcomponentes: impaciencia, competitividad, necesidad de logro, y sobre-implicación laboral. Rango: 10-25. Una puntuación >18 corresponde a una personalidad de tipo A, y puntuaciones cercanas a 18 tendencia hacia este comportamiento. El alfa de Cronbach en esta muestra: 0.71.

Patrón de conducta tipo D: DS-14; (Denollet, 2005, adaptada por Montero, Rueda y Bermúdez, 2017). Compuesta por 14 ítems de tipo Likert de 4 puntos (0: falso, 4: verdadero) e integrada por 2 factores: afecto negativo e inhibición social. Rango: 0-56. Para cumplir los criterios de PTD se necesita sobrepasar una puntuación de 10 en ambas subáreas. Alfa de Cronbach: 0.82.

Escala de expresión de ira (STAXI) original de Spielberger (1988), adaptación española por Miguel-Tobal, Casado, Cano y Spielberger, (2009). Evalúa la forma en la que una persona expresa la ira cuando se enfada. Formada por 24 ítems puntuados desde 1 (en absoluto) hasta 4 (muchísimo) y distribuidos en 4 subescalas: expresión externa e interna de ira, control externo e interno de ira. Alfa de Cronbach: 0.71 (expresión) y 0.88 (con-

trol).

Escala de Apoyo Social de Duke (DFUSS), de Broadhead, Gehlbach, Degruy y Kaplan (1988), adaptación española por de la Revilla et al., (1991). Usamos la versión abreviada de 11 ítems puntuables en escala Likert (1-5). Rango: 11-55 puntos. Puntuaciones inferiores a 33 reflejan una insatisfactoria percepción de apoyo social. Alfa de Cronbach: 0.87.

Evaluación del estilo de afrontamiento. Cuestionario de Carver (1997) adaptación española por Morán, Landero y González, en 2010. Versión abreviada de 28 ítems puntuables entre 0-3, que evalúan 14 estrategias de afrontamiento ante su problema: afrontamiento activo, planificación, búsqueda de apoyo emocional o de apoyo socio instrumental, religión, reevaluación positiva, aceptación, negación, humor, distracción mental, autoinculpación, desconexión conductual, ventilación emocional y uso de sustancias. El Alfa de Cronbach en el conjunto de estrategias fue de 0.78. Inventario de depresión de Beck, Ward, Mendelson, Mock, y Erbaugh (1961), adaptación española de Sanz y Vázquez (1998). Autoinforme de 21 ítems con escala tipo Likert (0 a 3). A más puntuación, mayor es la gravedad depresiva. El rango 0-63. Alfa de Cronbach de 0.88.

Escala de evaluación de la ansiedad de Zung (1971), adaptada por Lusilla, Sánchez, Sanz y López, (1990). Consta de 20 ítems referidos a síntomas de ansiedad (psíquicos y somáticos) cuantificados por escala Likert (1-4) conforme a la intensidad, duración y frecuencia. Rango: 20-80 puntos, siendo mayor el grado ansioso conforme aumenta la puntuación. Siguiendo a Chambi-Centeno (2018), una puntuación mayor a 40 es indicativa de ansiedad moderada-grave. Alfa de Cronbach en esta muestra: 0.91.

Evaluación de la calidad de vida (SF-36). Desarrollado por Ware y Sherbourne (1992), adaptación española de Alonso, Prieto y Antó (1995). Consta de 36 ítems (8 dimensiones) sobre el estado de salud, obteniéndose un perfil transformable en centiles. Se agrupan en 2 factores que suman la puntuación total en calidad de vida cuyo rango oscila entre 0 (peor salud) y 800 (salud óptima): CV físico y CV emocional. Alfa de Cronbach: 0.94.

### **Análisis estadístico.**

El tratamiento estadístico de los datos se ha realizado mediante el paquete estadístico SPSS mediante diferentes cálculos y pruebas de contraste según los objetivos. Para el estudio descriptivo en variables categóricas se ha calculado la proporción, y el cálculo mediante las medias y desviaciones típicas en las cuantitativas. Para la comparación de grupos pre-tratamiento de las variables psicosociales se ha utilizado la prueba  $\chi^2$  para el análisis de las variables categóricas y t student o Anova para las variables cuantitativas y estudios post hoc de Bonferroni. Se muestra p valor con un criterio del 95%.

la educación sexual va más allá de hablar sobre los riesgos de la actividad sexual o sobre la anatomía humana, sino que implica formar en valores y actitudes para vivir una sexualidad sana (Ferrer, 1998). Este aspecto es algo que se tiene que seguir trabajando, debido a la creencia de que la educación sexual sólo es prevención y no implica más aspectos vitales del individuo. No obstante, también se mostró en este estudio que los docentes también carecen de información en relación con la prevención.

Igualmente, hace falta que los docentes adquieran más información referente a la diversidad sexual, los roles de género y la orientación sexual,

porque si ellos no conocen la terminología adecuada y tienen la información, es imposible que puedan transmitirla a los alumnos. Por lo que es importante fomentar la colaboración entre docentes para ir rompiendo los mitos acerca de hablar a los niños, niñas y adolescentes sobre algo tan vital como es la sexualidad, respetando siempre las características evolutivas y personales de cada alumno (Cárdenas, 2015).

Es necesario, que se capacite a los docentes activos sobre la sexualidad, pero sobre todo se hace evidente una reforma en los Planes de Estudios para Formación de Maestros de Educación Básica (Diario Oficial de la Federación, 2012), en donde se incluya información relevante o una materia sobre la sexualidad, la educación de la sexualidad y la metodología que podría utilizarse para aplicar este conocimiento en los estudiantes.

Aún queda un largo camino por recorrer en la educación sexual dentro de la Educación Básica, pero estudios como este hacen que cada vez exista más información y que los docentes que participaron se interesen por el tema o al menos lo tomen en cuenta la próxima vez que les hablen a sus alumnos sobre sexualidad. Es parte de nuestra labor como psicólogos abatir los mitos, tabúes y miedos acerca de la sexualidad, normalizando el abordaje del tema en la educación básica.

Las principales limitaciones de esta investigación se encuentran en el número de la muestra, dada la situación de contingencia actual, se tuvo menor alcance del que se esperaba. Sin embargo, es un precedente para seguir ahondando en este tema en futuras investigaciones, recomendando que se amplíe el número de la muestra y se aplique el cuestionario en su totalidad.

### **III. Resultados**

Tabla 1. Datos descriptivos en la muestra total y diferenciales según el género

v. cualitativas		Muestra total		Hombre		Mujer		$\chi^2$	P valor
		N: 905	%	N: 741	81.9%	N: 164	18.1%		
Riesgo cardiaco	Bajo R.	410	45.3	342	46.1	68	41.4	3.00	.223
	Moderado R.	218	24.1	170	22.9	48	29.3		
	Alto R.	277	30.6	229	30.9	48	29.3		
Demora	<1 mes	41	4.5	39	5.3	2	1.2	9.89	.042*
Inclusión	1-3 meses	475	52.5	394	53.1	81	49.4		
	3-6 meses	309	34.1	240	32.4	69	42.5		
	>6m.	80	8.8	68	9.2	12	7.3		
v. cuantitativas		Muestra total		Hombres		Mujeres		t	P valor
		media (DT)		media (DT)		media (DT)			
Edad		55.16	(7.6)	54.8	(7.3)	56.83	(8.6)	-2.81	.005**
PCTA		12.59	(3.9)	12.76	(4.0)	11.83	(3.6)	2.74	.006**
	Impaciencia	4.66	(1.6)	4.74	(1.6)	4.32	(1.6)	2.86	.004**
PTD	Competitividad	5.69	(2.0)	5.79	(2.1)	5.26	(1.8)	3.22	.001**
	Adicción laboral	2.23	(1.4)	2.23	(1.4)	2.23	(1.4)	.01	.989
APOYO SOCIAL		21.08	(10.8)	20.72	(10.6)	22.71	(11.4)	-2.13	.033*
	Inhibición social	9.70	(6.3)	9.78	(6.2)	9.32	(6.5)	.83	.405
EXPRESIÓN IRA	Afecto negativo	11.38	(6.9)	10.94	(6.7)	13.38	(7.5)	-3.81	.000**
		42.77	(8.6)	43.04	(8.5)	41.52	(9.1)	2.04	.042*
DEPRESIÓN		28.00	(11.0)	27.62	(10.8)	29.70	(11.4)	-2.19	.029*
	Ira interna	12.40	(3.3)	12.33	(3.3)	12.70	(3.2)	-1.31	.190
ANSIEDAD	Ira externa	10.46	(3.2)	10.49	(3.2)	10.33	(3.2)	.57	.564
	Control intemo	13.52	(4.5)	13.66	(4.4)	12.89	(4.7)	1.99	.047*
ESTR. AFRONTAM.	Control extemo	17.32	(4.6)	17.52	(4.6)	16.41	(4.8)	2.77	.006**
		9.83	(8.3)	9.11	(7.8)	13.18	(9.7)	-5.00	.000**
		32.27	(10.2)	31.05	(9.3)	37.86	(11.9)	-6.84	.000**
Afrontamiento Activo		4.26	(1.3)	4.29	(1.3)	4.12	(1.4)	1.38	.168
Planificación		3.58	(1.6)	3.66	(1.5)	3.18	(1.7)	3.18	.002**
Búsqueda apoyo emoc.		2.72	(1.6)	2.63	(1.6)	3.14	(1.7)	-3.60	.000**
Búsqu. apoyo socioims.		2.70	(1.4)	2.71	(1.4)	2.62	(1.6)	.71	.480
Religión		1.12	(1.6)	0.95	(1.4)	1.88	(2.0)	5.65	.000**
Reevaluación positiva		2.89	(1.5)	2.89	(1.5)	2.88	(1.6)	.06	.950
Aceptación		4.13	(1.4)	4.13	(1.4)	4.09	(1.6)	.32	.750
Negación		1.08	(1.4)	1.02	(1.3)	1.32	(1.5)	-2.36	.019*
Humor		1.69	(1.7)	1.78	(1.7)	1.25	(1.5)	3.89	.000**
Distracción mental		2.85	(1.6)	2.80	(1.6)	3.09	(1.6)	2.05	.040*
Autoculpa		2.40	(1.6)	2.42	(1.6)	2.32	(1.7)	.66	.510
Desconexión condial.		.85	(1.1)	.86	(1.1)	.84	(1.1)	.14	.888
Ventilación emocional		1.83	(1.4)	1.77	(1.3)	2.09	(1.5)	-2.59	.010**
Uso de sustancias		.26	(.8)	.29	(1.8)	.15	(.6)	2.16	.031*
CALIDAD	Total	520.6	(168.1)	533.97	(162.9)	457.07	(171.4)	4.98	.000**
VIDA	Física	242.7	(90.71)	249.70	(89.5)	211.26	(89.6)	4.91	.000**
	Emocional	277.9	(93.71)	284.20	(89.2)	245.80	(96.2)	5.41	.000**

La muestra estuvo formada por 905 pacientes (edad=55.2 años), de los que 741 (81.9%) fueron varones y 164 (18.1%) mujeres (Tabla 1).

La mayoría de los participantes vivían en pareja y estaban en situación de baja laboral transitoria al inicio del programa. Conforme a la demora en iniciar el PRC, el 52.5% tardó entre 1-3 meses y el 34.1% entre 3-6 meses. Solo un 4.5% se demoró menos de 1 mes y un 8.8% tardó más de 6 meses. De todos los participantes, un 45.3% presentaban bajo riesgo cardiológico, un 24.1% era moderado y un 30.6% tenía alto riesgo. En cuanto al principal objetivo, analizar la prevalencia de los FPRC en la muestra, encontramos (Tabla 2), que la prevalencia de depresión fue del 29% (BDI>13, leve a muy grave) ligeramente inferior a algunos datos consultados. Nuestra muestra resaltó una tendencia hacia emociones negativas con porcentajes cercanos al 30-35%, en especial

en afecto negativo del PTD ( $p>10$ ) como en expresión de ira (centil>65). El porcentaje de participantes refiriendo baja calidad de vida física (centil<50) fue del 33.9%, o emocional del 21.8%, obteniendo porcentajes menores en el resto de variables evaluadas (ansiedad>40: 20%, PCTA>18:17.3%, bajo apoyo social<33: 12.5%).

Tabla 2. Porcentaje de casos (muestra total) que sobrepasan el punto de corte/criterio.

Variable	Punto corte o criterio	N	Porcentaje	Variable	Punto corte o criterio	N	Porcentaje
PCTA	$\geq 18$	157	17.3%	Depresión	>13	262	29%
PTD	$\geq 10$	302	33.4%	Ansiedad	>40	181	20%
Expresión de ira	>centil 50	413	45.6%	Calidad de vida Física	<centil 50	229	25.3%
Apoyo social	<33	113	12.5%	Calidad de vida Emocional	<centil 50	307	33.9%

Conforme a las diferencias en la prevalencia según el género, se observó (Tabla 1) cómo las mujeres no diferían de los hombres en el riesgo cardiológico ( $\chi^2=3.00$ ;  $p=.223$ ), pero sí en edad, presentando ellas una media mayor que los hombres ( $t=-2.8$ ;  $p=.005$ ). Igualmente, diferían en una mayor demora a incluirse en el PRC ( $\chi^2=9.89$ ;  $p=.042$ ), pero las diferencias más destacables fueron en el nivel de afectación psicopatológica, presentando las mujeres de modo estadísticamente significativo un mayor nivel de sintomatología depresiva ( $t=-5.001$ ;  $p=.000$ ); ansiosa ( $t=-6.84$ ;  $p=.000$ ), afecto negativo del PTD ( $t=-3.81$ ;  $p=0.000$ ), expresión de ira ( $t=-2.19$ ;  $p=.029$ ) especialmente por un menor control adaptativo de la ira interna ( $t=1.99$ ;  $p=.029$ ) o externa ( $t=2.77$ ;  $p=.006$ ) y menor calidad de vida tanto física ( $t=4.98$ ;  $p=.000$ ) como emocional ( $t=4.908$ ;  $p=.000$ ). Se reveló en ellas un menor uso de estrategias activas (planificación:  $t=3.18$ ;  $p=.002$ ), mayor uso de las pasivo-emocionales (negación:  $t=-2.36$ ;  $p=.008$ ; distracción mental:  $t=-2.05$ ;  $p=.030$ ; ventilación emocional:  $t=-2.59$ ;  $p=.017$ ; religión:  $t=-5.65$ ;  $p=.000$ ) y de búsqueda de apoyo emocional ( $t=-3.52$ ;  $p=.001$ ). Por su parte, los varones puntuaron significativamente más alto en PCTA ( $t=2.74$ ;  $p=.009$ ) con mayor tendencia hacia la impaciencia y necesidad de logro, no

diferenciándose en adicción laboral. Así mismo, destacaron significativamente por un mayor uso del humor ( $t=3.89$ ;  $p=.000$ ) y del consumo de sustancias ( $t=2.16$ ;  $p=.03$ ) respecto a ellas. No hubo diferencias estadísticamente significativas en el resto de las variables.

Según el riesgo cardiológico (Tabla 3), no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, salvo por concentrarse en alto riesgo cardiológico los de más edad ( $\chi^2=36.39$ ;  $p=.000$ ), y peor estado depresivo y ansioso ( $F=15.65$ ;  $p=.000$  y  $F=13.15$ ;  $p=.000$  respectivamente). Así mismo, se diferenciaron estadísticamente con una peor calidad de vida física, ( $F=22.56$ ;  $p=.000$ ), y emocional ( $F=12.08$ ;  $p=.000$ ) y mayor tendencia a la desconexión, especialmente conductual ( $F=4.10$ ;  $p=0.001$ ).

Tabla 3. Datos diferenciales según el riesgo cardiológico

v. cualitativas		G.R. Bajo		G.R. Moder.		G.R. Alto		$\chi^2$	p valor
		N=110	45.3%	N=218	24.1%	N=277	30.6%		
<b>Género</b>	Hombres	342	83.4	170	78	229	82.7	3.04	.218
	Mujeres	68	16.6	48	22	48	17.3		
<b>Demora</b>	<1 mes	22	5.4	6	2.8	13	4.7	19.96	.010**
<b>inclusión</b>	1-3 mes.	237	57.8	102	46.8	136	49.1		
	3-6 mes.	118	28.8	93	42.7	98	35.4		
	>6 mes.	33	8	17	7.8	30	10.8		
v. cuantitativas		G.R. Bajo		G.R. Moder.		G.R. Alto		$F_{(2,902)}$	p valor
		media	DT.	media	DT.	media	DT.		
<b>Edad</b>		53.40	7.92	56.12	7.07	57	7.01	21.67	.000**
<b>PCTA</b>		12.55	3.90	12.89	4.17	12.43	3.88	.89	.41
	Impaciencia	4.67	1.60	4.80	1.80	4.55	1.68	1.34	.26
	competitividad	5.78	2.01	5.71	2.21	5.54	2.06	1.10	.33
	adicción laboral	2.11	1.40	2.34	1.44	2.34	1.52	2.80	.06
<b>PCTD</b>		20.39	10.64	21.00	11.41	22.16	10.63	2.20	.11
	Inhibición social	9.70	6.19	9.07	6.31	10.18	6.49	1.87	.15
	Afecto negativo	10.70	6.83	11.93	7.11	11.97	7.06	3.64	.02*
<b>APOYO SOCIAL</b>		42.97	8.61	43.04	8.42	42.25	8.91	.71	.489
<b>EXPRESIÓN IRA</b>		27.65	10.45	27.60	11.66	28.84	11.24	1.15	.314
	Ira interna	12.23	3.28	12.46	3.36	12.59	3.26	1.01	.36
	Ira externa	10.33	3.00	10.43	3.51	10.69	3.37	1.01	.36
	Control I.interna	13.34	4.37	14.10	4.86	13.35	4.40	2.35	.09
	Control I.Externa	17.55	4.53	17.19	4.91	17.09	4.72	.92	.39
<b>DEPRESIÓN</b>		8.28	7.42	10.30	7.93	11.80	9.43	15.65	.000**
<b>ANSIEDAD</b>		30.48	9.44	33.03	10.35	34.37	10.73	13.15	.000**
<b>ESTR. AFRONT.</b>									
	Afrontam. Activo	4.33	1.33	4.24	1.43	4.17	1.43	1.16	.31
	Planificación	3.60	1.61	3.59	1.50	3.53	1.68	.16	.84
	Búsq. apoyo emoc.	2.71	1.68	2.79	1.56	2.68	1.71	.27	.76
	Búsq. apoyo socioins.	2.72	1.43	2.72	1.50	2.65	1.50	.23	.79
	Religión	1.06	1.50	1.25	1.67	1.11	1.63	1.01	.36
	Reevaluación posit.	2.93	1.58	2.83	1.48	2.86	1.63	.30	.73
	Aceptación	4.17	1.48	4.09	1.45	4.09	1.46	.33	.71
	Negación	1.01	1.36	1.09	1.43	1.16	1.40	.93	.39
	Humor	1.75	1.72	1.66	1.78	1.62	1.67	.50	.60
	Distracción mental	2.71	1.60	3.06	1.71	2.90	1.63	3.35	.03*
	Autoculpa	2.27	1.65	2.48	1.65	2.52	1.65	2.22	.10
	Desconexión cond.	.77	1.05	.80	1.09	1.02	1.33	4.10	.01**
	Ventilación emoc.	1.74	1.42	1.81	1.40	1.98	1.41	2.37	.09
	Uso de sustancias	.20	.72	.31	1.00	.31	.92	1.71	.18
<b>CALIDAD</b>	Total	557.72	49.29	495.57	169.41	483.49	178.7	20.21	.000**
<b>VIDA</b>	Física	264.33	85.05	228.88	88.38	221.82	93.73	22.56	.000**
	Emocional	293.34	81.41	266.69	94.97	261.63	99.84	12.08	.000**

Realizando análisis a posteriori (Bonferroni)

observamos que las diferencias se matizaban entre el grupo de bajo y alto riesgo, no siendo estadísticamente significativas entre moderado y alto riesgo.

Tabla 4. Diferencias según edad: joven <50; medio entre 51-60; maduro >61

v. cualitativas		Joven		Medio		Maduro		$\chi^2$	p valor
		N 237	26.2%	N 434	48%	N 234	25.9%		
<b>Género</b>	Hombres	201	84.8	365	84.1	175	74.8	10.87	.005
	Mujeres	36	15.2	69	15.9	59	25.2		
<b>Riesgo card.</b>	Bajo R	138	58.2	191	44	81	34.6	27.31	.000
	Moderado R	46	19.4	106	24.4	66	28.2		
	Alto R	53	22.4	137	31.6	87	37.2		
<b>Demora</b>	< 1 mes	19	8	15	3.5	7	3.0	20.31	.009
<b>inclusión</b>	1-3 meses	130	54.9	242	55.5	104	44.4		
	3-6 meses	70	29.5	141	32.3	99	42.3		
	> 6 meses	18	7.6	38	8.7	24	10.2		
v. cuantitativas		Joven		Medio		Maduro		$F_{(2,902)}$	p valor
		media	(DT.)	media	(DT.)	media	(DT.)		
<b>EDAD</b>		45.29	4.9	55.74	2.77	64.10	2.6		
<b>PCTA</b>		13.65	3.7	12.91	3.9	10.95	3.7	31.76	.000**
	Impaciencia	5.20	1.6	4.77	1.6	3.92	1.4	38.88	.000**
	Competitividad	6.04	2.0	5.71	2.1	5.29	1.9	7.87	.000**
	Adicción laboral	2.41	1.3	2.40	1.4	1.74	1.3	18.50	.000**
<b>PCTD</b>		21.74	10.7	21.52	11.0	19.59	10.5	3.02	.049*
	Inhibición social	10.10	6.2	9.66	6.4	9.34	6.2	.85	.424
	Afecto negativo	11.64	6.7	11.86	7.0	10.25	6.9	4.24	.015*
<b>APOYO SOCIAL</b>		42.03	9.0	42.71	8.6	43.62	8.3	2.00	.135
<b>EXPRESIÓN IRA</b>		29.74	11.1	27.88	10.9	26.45	10.7	5.34	.005**
	Ira interna	12.60	3.4	12.34	3.2	12.29	3.2	.65	.519
	Ira externa	11.16	3.3	10.41	3.0	9.84	3.3	10.09	.000**
	Control I.interna	13.30	4.5	13.43	4.6	13.92	4.2	1.27	.281
	Control I.Externa	16.75	4.9	17.35	4.6	17.86	4.4	3.34	.036*
<b>DEPRESIÓN</b>		10.05	8.3	10.10	8.6	9.16	7.7	1.05	.348
<b>ANSIEDAD</b>		32.39	10.1	32.82	10.7	31.17	9.2	2.01	.134
<b>ESTR. AFRONT.</b>									
	Afrontam. Activo	4.45	1.3	4.22	1.3	4.13	1.4	3.44	.032*
	Planificación	3.81	1.4	3.60	1.5	3.29	1.7	6.41	.002**
	Búsq. apoyo emoc.	2.78	1.6	2.65	1.6	2.80	1.7	.83	.432
	Búsq. apoyo instr.	2.75	1.4	2.71	1.4	2.61	1.5	.58	.559
	Religión	.80	1.3	1.15	1.5	1.39	1.4	8.30	.000**
	Reevaluación posit.	3.12	1.5	2.74	1.5	2.91	1.5	4.54	.011*
	Aceptación	4.19	1.4	4.07	1.5	4.16	1.4	.62	.536
	Negación	1.04	1.4	1.07	1.4	1.13	1.3	.28	.749
	Humor	2.17	1.8	1.60	1.6	2.36	1.6	14.55	.000**
	Distracción mental	2.99	1.5	2.83	1.6	2.76	1.7	1.26	.282
	Autoculpa	2.52	1.7	2.42	1.6	2.24	1.6	1.82	.162
	Desconexión cond.	.85	1.1	.83	1.1	.91	1.2	.35	.703
	Ventilación emoc.	1.97	1.4	1.85	1.4	1.66	1.3	2.77	.063
	Uso de sustancias	.43	1.0	.23	.7	.16	.7	6.28	.002**
<b>Calidad vida</b>	Total	518.22	163.76	505.97	169.84	547.95	162.49	4.86	.008**
	Física	245.81	89.31	236.84	91.17	250.70	90.75	1.96	.141
	Emocional	272.40	91.69	269.12	93.84	297.20	85.25	7.66	.000**

Finalmente, dividimos la muestra en 3 grupos etarios (GJ: joven <50 años; GM: media edad: entre 51-60 años y GMd: maduro: >61 años) y analizamos sus posibles diferencias (Tabla 4).

Encontramos diferencias estadísticamente significativas en PCTA ( $F=31.76$ ;  $p=.000$ ), índice de expresión de ira ( $F=5.34$ ;  $p=.005$ ), uso de estrategias activas (afrentamiento activo o planificación), constructivas y emocionalmente positivas como reevaluación de pensamiento, pero también de uso de sustancias para afrontar los problemas ( $F=6.28$ ;  $p=.002$ ). Según los análisis a posteriori (Bonferroni) era el grupo joven el que mayor tendencia presentaba en estos parámetros, mientras que el grupo maduro presentaba un mayor con-

trol de la ira expresada, siendo su afrontamiento menos activo (mayor uso de la religión, humor pero menor planificación) y reducido en uso de sustancias. En éstos también resaltó una mayor percepción de calidad de vida total ( $F=4.4$ ;  $p=.013$ ) y emocional ( $F=6.7$ ;  $p=.001$ ) respecto a sus homólogos jóvenes o de media-edad. Sin embargo no se mostraron diferencias significativas ni en ánimo ansioso ni depresivo según la edad.

#### IV. Discusión

Nuestros resultados apoyaron, en general, las hipótesis planteadas. Los resultados destacaron una incidencia de FPRC lo suficientemente presente como para justificar un abordaje multidisciplinar que intensifique la atención y gestión de los FPRC para la prevención integral en los términos que recomienda la OMS. No obstante, la prevalencia depresiva fue menor a las referidas en otros estudios consultados. Por ejemplo, Kaptein, de Jonge, Van der Brick y Korf, (2006) estimaron mediante BDI una incidencia de síntomas de depresión (leve a grave) del 43%, e incluso González Losa, Sánchez, Burgos y Castro (2008) refirieron porcentajes aún mayores (77%), aunque nuestros resultados fueron acordes a los aportados en 2008 por Frasure-Smith y Lespérance (27.4%). La prevalencia en ansiedad (20%) fue similar a otros estudios que expresan porcentajes entre el 18.4% y el 20.8% (Cerezo, Vicario, Fernández y Enders, 2018). Todo ello, junto a la amplia frecuencia de casos con afecto negativo y alta expresión de ira, refuerzan la necesidad de intervenciones psicocardiológicas en los PRC diseñadas hacia la gestión de dichos estados anímicos.

Conforme a los objetivos secundarios, los datos apoyaron nuestras hipótesis respecto a la existencia de diferencias estadísticamente significativas en función del género. Las mujeres

presentaron una media de edad mayor que los hombres, lo que viene a confirmar datos previos que sitúan el pico etario en ellas unos años más tarde que en los varones (García, 2019) así como una inclusión en el PRC inferior y más demorada, semejante a lo reflejado en estudios previos que han destacado cómo suelen incluirse en los PRC a las mujeres hasta en un 55% menos, a pesar de su potencial beneficio en estos programas (Grace et al., 2009; García, 2018; Peix, 2020). Así mismo, las mujeres reflejaron mayor psicopatología, con más puntuación en depresión, ansiedad, PTD, y menor calidad de vida, confirmando estudios previos que refieren mayor psicopatología emocional y peores condiciones psicosociales entre ellas, por lo que podrían beneficiarse de manera especial de las intervenciones psicológicas de los PRC, a pesar de estar menos presentes (en nuestro caso un 18%) al ser menos reconducidas a éstos (Peix, 2020). Ellas refirieron un afrontamiento más pasivo/emocional y de búsqueda de apoyo, semejante a lo expuesto por Oliván (2010), donde la mujer destacó en mayor uso de la religión como modo de afrontamiento, mientras que el varón, destacó el uso de estrategias activas y adaptativo-emocionales. Sin embargo, en nuestra muestra, ellas reflejaron un índice de expresión de ira interna significativamente mayor y especialmente un control de ira más bajo, a diferencia de resultados previos, donde eran ellos los que destacaban en ira (Alemán y Rueda, 2019). Estos hallazgos, debidamente refrendados, pueden ser de gran utilidad para diseñar intervenciones reorientadas hacia las características diferenciales en cada sexo, facilitando estrategias que les ayuden a mejorar determinados recursos psicológicos, para gestionar particularmente en cada género la interferencia que pueda suponer en su recuperación.

Conforme al análisis según el riesgo cardiológico, también se ratificaron nuestras hipótesis

dado que fue el grupo de alto riesgo el que presentó puntuaciones más adversas en aspectos emocionales y peor calidad de vida lo que nuevamente reclama considerar diferencialmente al grupo de alto riesgo para enfatizar estrategias de intervención que promueva una rehabilitación eficaz adaptada a sus peculiaridades, fomentando entre los de alto riesgo, la motivación y adherencia a las pautas en los PRC frente a la desconexión mental y conductual posiblemente vinculada a los estados depresivos.

Como presuponíamos, según la edad también encontramos diferencias estadísticamente significativas, mostrando el grupo maduro, menor incidencia en patrones de personalidad (PCTA, menor expresividad de ira) respecto a los más jóvenes, si bien, mostraron un afrontamiento emocional y comportamental menos activo (menor planificación, afrontamiento activo o reevaluación de pensamiento), cediendo a la religión un papel más preferente. Sin embargo, los cardiópatas jóvenes presentaron peor calidad de vida y aunque sin significación estadística, menor apoyo social percibido. Estos resultados podrían estar apoyando la premisa de que los factores biológicos estarían asociados a mayor edad, pero que, en el caso de los jóvenes, los psicológicos o comportamentales podrían estar incidiendo en mayor medida en su proceso cardiológico adverso. Así mismo, el grupo maduro mostró levemente una menor psicopatología (depresión, ansiedad y calidad de vida), lo cual podría reflejar una consideración por su parte de que la enfermedad interfiere menos en su proyecto de vida o ámbito sociolaboral. Es preciso, un estudio más profundo, analizando este planteamiento, para valorar si la edad, un factor de riesgo biológico inmodificable, pudiera implicar una menor interferencia a nivel psicológico y planificar programas de rehabilitación acorde a ello. Desafortunadamente, no hemos encontrado mu-

cha información en nuestro país que analice este aspecto, para poder apoyar o contrapesar estos supuestos, lo que nos incita a seguir ahondando en esta línea.

Como conclusión, el presente estudio refleja la destacada prevalencia de FPRC especialmente en cuanto al malestar emocional (afecto negativo, depresivo, ansioso e irritable) que presenta este tipo de población, factores que no siempre reciben la atención correspondiente a su presencia. Por ello, se insta implementar programas multicomponente cuya área psicológica tenga la suficiente representación como para poder fomentar los recursos y características psicológicas que mejoren las habilidades en estos pacientes para encarar el estrés o emociones negativas eficazmente según sus precisas necesidades.

Se hace patente dar la atención específica a las peculiaridades diferenciales en cada subgrupo de población cardíaca. En particular, se observa una reducida inclusión femenina en los PRC y un mayor desajuste psicoemocional en ellas, con menos recursos activos que los hombres para la gestión emocional de la ira, lo que en su conjunto les aboca a menor calidad de vida. Sin embargo, entre los varones se ha encontrado una mayor tendencia hacia el PCTA e inclinación hacia un afrontamiento más activo aunque también más vinculado hacia el uso de sustancias.

Por otro lado, los cardiópatas de mayor riesgo, reflejan una mayor desconexión mental y comportamental mostrando una desvinculación adversa para su calidad de vida física y emocional.

Finalmente, en cuanto a la edad, encontramos una mayor afectación psicopatológica en los jóvenes lo que consideramos pudiera ser reflejo de una mayor interferencia socio vital de la patología

cardíaca en su proyecto de vida, así como una mayor tendencia en ellos a hábitos de conducta desadaptativos como el uso de sustancias.

Finalmente, debemos mencionar una serie de limitaciones en este estudio que es preciso resaltar. Por un lado, el estudio es cuasiexperimental de corte transversal y retrospectivo con intención meramente descriptiva. Sería deseable analizar estos datos más allá del autoinforme con medidas objetivas y asociarlos a mediciones físicas y bioquímicas así como analizar estos resultados evolutivos en el tiempo, para poder vincularlo a la morbimortalidad cardíaca de forma más precisa. Es interesante la idea de que la edad pudiera ser un elemento amortiguador en la incidencia cardiovascular mediante las variables psicológicas implicadas, sin embargo, es un dato a analizar en futuros estudios de forma más estrecha.

#### IV. Bibliografía

Albus C., Herrmann-Lingen C., Jensen K., Hackbusch M., Münch N. y 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 of Preventive Cardiology*, 26 (10), 1035-1049. doi:10.1177/2047487319832393.

Alemán JF. y Rueda B. (2019) Influencia del género sobre factores de protección y vulnerabilidad, la adherencia y calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular. *Atenc. Primaria* 51 (9), 529-535. doi: 10.1016/j.aprim.2018.07.003.

Allan JL., Johnston DW., Johnston M. y 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. *Curr. Opin. Psychiatry*, 29 (1), 13-17. doi: 10.1097/YCO.0000000000000217.

Alonso J., Prieto L., Antó JM. (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-Menárguez V., Sempere-Ripoll JM., Martínez-Amorós R. (2019). Effectiveness of psychological intervention in cardiac rehabilitation. *Semergen*, 45 (5), 288-294. doi: 10.1016/j.semereg.2018.10.006.

Beck AT., Ward CH., Mendelson M., Mock J. y Erbaugh J. (1961). Inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 4, 561-571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.

Broadhead WE., Gehlbach SH., Degruy FV. y Kaplan BH. (1988). The Duke UNC functional social support questionnaire: Measurement for social support in family medicine patients. *Medicine Care*, 26, 709-723.

Carver, CS. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100

Cerezo G., Vicario A., Fernández R. y Enders J.

- (2018). Prevalencia de depresión y ansiedad en la consulta cardiológica. Estudio EPI-CA (Estudio de prevalencia de depresión en pacientes Cardiovasculares). *Rev. Fed. Arg. Cardiol.*, 47 (1), 26-31.
- Chambi Centeno FM. (2019). *Factores personales y nivel de ansiedad de pacientes preoperatorios de colecistectomía laparoscópica del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón-Puno*. Tesis de licenciatura. Universidad de Puno, Perú. <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/11308>
- Contreras F, Esguerra GA., Espinosa JC., y Gómez V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (2), 169–179.
- Dagenais GR., Leong DP, Rangarajan S., Lanas F, Lopez-Jaramillo P...Yusuf S. (2019). Variations in common diseases, hospital admissions, and deaths in middle-aged adults in 21 countries from five continents (PURE): a prospective cohort study. *The Lancet*, 395 (10226), 785-794. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32007-0.
- de la Revilla, L., Bailón, E., de Dios, J., Delgado, A., Prados, MA. y 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.
- Dégano IR., Elosúa R. y Marrugat J. (2013). Epidemiología del síndrome coronario agudo en España: Estimación del número de casos y la tendencia de 2005 a 2049. *Revista Española de Cardiología*, 66, 472-481.
- del Pino A., Borges del Rosal A., Díaz del Pino S., Suárez D., y Rodríguez I. (1990). Propiedades psicométricas de la Escala Tipo A de Framingham. *Psiquis (Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática)*, 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 AA. y 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), 546-557.
- Frasure-Smith N., Lespérance 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., Capasso L...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., Goodman SG., Greenlaw N., Ford I...Udell J. (2019). Living alone and cardiovascular disease outcomes. *Heart* 105 (14), 1087-1095. doi:10.1136/heartjnl-2018313844. Epub 2019 Feb 21
- García M. (2018). Factores de riesgo cardiovascu-

- lar desde la perspectiva de sexo y género. *Rev. Colomb. Cardiol.*, 25 (1), 8-12. doi: 10.1016/j.rccar.2017.11.021. García-Batista Z., Guerra-Peña K, Cano-Vindel A., Herrera-Martínez S., Flores-Kanter P. y Medrano L. (2020). Depresión, ansiedad e ira en adultos que sufrieron un ataque al miocardio: un estudio de caso-control. *Revista de Psicología* 38 (1) doi:org/10.18800/psico.202001.009
- Gómez-González, A., Miranda-Calderín, E., Plequezuelos-Cobos R., Bravo-Escobar, A., López-Lozano, J.A., Expósito-Tirado A., Heredia-Torres, A., Montiel-Trujillo, A. Aguilera-Saborido. (2015). Recommendations of the cardiorespiratory rehabilitation society on cardiac rehabilitation in ischemic heart disease. *Rehabilitación*, 49 (2), 102-124.
- González-Losa MR., Sánchez M., Burgos M., Castro C. (2008). Síntomas depresivos en pacientes con cardiopatía coronaria. *Medicina Interna de México*, 24, 204-9. Grace SL., Gravely-Witte S., Kayaniyil S., Brual J., Suskin N, Stewart DE. (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.
- Guerrero C. y Palmero F. (2006). Percepción de control y respuestas cardiovasculares. *International Journal of Clinical and Health*, 6 (1), 145-168.
- Haynes S., Levine S., Scotch N., Feinleib M., y Kannel W. (1978). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study: I. Methods and risk factors. *American Journal of Epidemiology*, 107, 362-83.
- Iacovella J. y Troglia M. (2003). La hostilidad y su relación con los trastornos cardiovasculares. *Revista Psico-USF*, 8 (1), 53-61.
- Janszky I., Ahnve S., Lundberg I., Hemmingsson 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
- Kaptein K., de Jonge P, Van der Brick R. y 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. (2003). Anxiety, depression and prognosis after myocardial infarction. Is there a causal association?. *Journal of the American College of Cardiology*. 42 (10). doi:10.1016/j.jacc.2003.08.018
- Lee S., Koh S., Kim B., Kim B., Kim C. (2018). Effect of type D personality on short term cardiac rehabilitation in patients with coronary artery disease. *Ann. Rehabil. Med.* 42 (5), 748-757. doi: 10.5535/arm.2018.42.5.748.
- Léon E., Boix S., Arrarte V., Cantón E. y Serrano MA. (2020). Ajuste y evolución psicológica

- en pacientes con síndrome coronario agudo tras su participación en un programa de rehabilitación cardiaca. *Revista de Psicología del Deporte* 29 (2), 65-72.
- Linden W., Phillips M., Leclerc J. (2007). Psychological treatments in cardiac patients. A meta-analysis. *European Heart Journal*, 28, 2972–2984
- Lusilla M., 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.
- Miguel Tobal, J., Casado M., Cano A. (2009). Adaptación española del Inventario de expresión de la ira (Staxi-2). Manual 3ª edición revisada. Madrid, España: TEA ed.
- 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.
- Morán C., Landero R. y González M. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9 (2), 543-552.
- Nicholson A., Kuper H. y Hemingway H. (2006). Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6,362 events among 146,538 participants in 54 observational studies. *European Heart Journal*, 27 (23), 2763-2774. doi: 10.1093/eurheartj/ehl338
- Oliván Torres S. (2010). *Influencia de la personalidad y factores psicosociales en la insuficiencia cardíaca*. (Tesis doctoral). UNED. Recuperado de: <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=tesisuned:Psicologia-Solivan&dsID=Documento.pdf>
- Peix González, A. (2020). Enfermedad cardíaca isquémica en la mujer. Factores de riesgo tradicionales y específicos. *Revista cubana de Cardiología y cirugía cardiovascular*, 26 (4). <http://www.revcardiologia.sld.cu/>
- Räikkönen K., Matthews K., Flory J. y Owens F. (1999). Effects of hostility on ambulatory blood pressure and mood during daily living in healthy adults. *Health Psychology*, 18, 44-53.
- Reavell J., Hopkinson M., Clarkesmith D. y Lane DA. (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.
- Sabbag A., Matetzky S., Porter A., Lakobishvili Z., Moriel M., Zwas D., Fefer P., Asher E., Beigel R., Gottlieb S., Goldenberg I., Segev A. (2017). Sex differences in the management and 5-year outcome of Young patients (< 55 years) with acute coronary syndromes. *American Journal of Medicine*, 130 (11), 1324-1322. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.05.028>
- Sandín B., Chorot P., Santed MA. y Jiménez M. (2008). Trastornos psicósomáticos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* 2, (pp. 53-80). Madrid: McGraw Hill.

Sanz J., Vázquez, C., (1998). Fiabilidad y validez factorial de la versión española del inventario de depresión de Beck. *Psicothema*, 10 (2) 303-318.

Spielberger, C. (1988). *State-Trait Anger Expression Inventory professional Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.

Ware SE., Sherbourne CD. (1992). The MOS-36 item short form health survey SF-36. I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30 (6), 473-83.

Zung WW. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12 (6), 371-9.