

Evolución Emocional y en Calidad de Vida Percibida de Cardiopatas mediante Programa de Rehabilitación Cardíaca

Emotional Evolution and Perceived Quality of Life of Heart Disease Through Cardiac Rehabilitation Program

Esperanza Valls Lázaro

Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza, España

La enfermedad cardiovascular está relacionada con factores psicosociales, como la ansiedad y la depresión, repercutiendo éstos a su vez en una peor calidad de vida (CV) en los cardiopatas. Sin embargo, no está claro cómo influyen dichas emociones sobre la CV. Este estudio analizó la prevalencia y evolución de dichos factores psicosociales tras una intervención psicológica grupal en una muestra de 905 pacientes cardíacos que habían sido remitidos al programa de rehabilitación cardíaca (PRC) del Hospital N^o S^a Gracia, en Zaragoza (España), analizando la afectación depresiva (mediante BDI-II, Beck) y ansiosa (SAS, Zung) y su influencia sobre la CV (SF-36, Ware et al.). Se realizaron análisis descriptivos, comparación de muestras (χ^2), análisis de varianza y análisis de regresión lineal. Los resultados obtenidos indicaron una comorbilidad psiquiátrica en un tercio de la muestra y una CV inferior en los pacientes con comorbilidad psiquiátrica. Respecto a su evolución tras realizar el PRC, aunque todos los pacientes mejoraron, el progreso emocional fue mayor en el grupo de depresivos, especialmente graves, frente al de no depresivos. Finalmente, se encontró que fue la depresión la que más peso mostró en la CV mental, mientras que la ansiedad lo hizo sobre la CV física. Este estudio contribuyó a ratificar no solo la presencia del estado emocional ansiosodepresivo en los problemas cardiovasculares, sino también el beneficio obtenido mediante intervenciones psicológicas grupales en la CV de los pacientes cardiopatas, además de constatar la importancia de diseñar intervenciones diferenciales según el perfil comórbido de los participantes.

Palabras clave: rehabilitación cardíaca, intervención psicológica, ansiedad, depresión, calidad de vida

Cardiovascular disease is related to psychosocial factors such as anxiety and depression, which in turn have an impact on a poorer quality of life (QOL) in patients with heart disease. However, it is not clear how these emotions influence QOL. This study analyzed the prevalence and evolution of these psychosocial factors after a group psychological intervention in a sample of 905 cardiac patients who had been referred to the cardiac rehabilitation program (PRC) of the Hospital N^o S^a Gracia, in Zaragoza (Spain), analyzing depressive (BDI-II, Beck) and anxious (SAS, Zung) affect and its influence on QOL (SF-36, Ware et al.). Descriptive analysis, sample comparison, analysis of variance and linear regression analysis were performed. Results obtained indicated psychiatric comorbidity in one third of the sample and a lower CV in patients with psychiatric comorbidity. With respect to their evolution after the CRP, although all patients improved, emotional progress was greater in the depressive group, especially severe, compared to the non-depressive group. Finally, it was found that depression had the greatest impact on mental QOL, while anxiety had the greatest impact on physical QOL. This study contributed to confirming not only the presence of an anxious-depressive emotional state in cardiovascular problems, but also the benefit obtained through group psychological interventions in the QOL of patients with heart disease, in addition to confirming the importance of designing differential interventions according to the comorbid profile of the participants.

Keywords: cardiac rehabilitation, psychological intervention, anxiety, depression, quality of life

Esperanza Valls  <https://orcid.org/0000-0002-1462-0142>

La autora pertenece ahora a la Unidad de Salud Mental Actur Sur, Sector I, Departamento de Sanidad, Gobierno de Aragón, Zaragoza, España.

La autora agradece la participación de los pacientes que conformaron la muestra a lo largo del periodo de permanencia en la Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Nuestra Señora de Gracia y a todo el equipo multidisciplinar que formó parte del programa completo, así como a la ayuda inestimable de los psicólogos residentes que colaboraron en la recogida y análisis de datos a lo largo de su periodo de residencia en el programa. Este estudio no ha recibido apoyo económico de ninguna comisión ni proyecto de financiación. El artículo es parte del estudio posterior realizado por la autora, partiendo de su trabajo en la Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Nuestra Señora de Gracia durante sus años de permanencia (2015-2019). No existe ningún conflicto de intereses que revelar.

La correspondencia relativa a este artículo debe ser dirigida a Esperanza Valls Lázaro, Centro de Salud Mental Actur Sur, Gertrudis Gómez de Avellaneda 3, 50018, Zaragoza, Aragón, España. Email: evalls@salud.aragon.es

La enfermedad cardiovascular (ECV) es una enfermedad crónica considerada como destacada causa de muerte en adultos de mediana edad, siendo los diversos factores de riesgo cardíaco un objeto prioritario de estudio en las últimas décadas, con el fin de contribuir a la reducción de dicha mortalidad. En concreto, los factores psicosociales de riesgo cardíaco (FPRC), si bien han recibido una menor atención respecto a los factores tradicionales (hipercolesterolemia, tabaquismo, diabetes, entre otros), también han sido analizados. De entre todos ellos, los estados ansiosos y depresivos han suscitado una mayor atención, por su presencia e influencia en la progresión de la ECV (Bermudez et al., 2022; Cerezo et al., 2018). De hecho, se les considera no solo subdiagnosticados entre los pacientes cardíacos, sino también insuficientemente tratados, pues pueden quedar enmascarados por los síntomas somáticos cardíacos (Cerezo et al., 2018). Tras un evento cardíaco, se estima una alta prevalencia de estos estados, siendo una posible causa el hecho de tener que encarar una enfermedad grave, lo que podría conllevar importantes cambios en los hábitos de vida, pérdida de autonomía y peor autopercepción de salud, así como un amplio desgaste emocional por las sucesivas adaptaciones requeridas, contribuyendo a una peor evolución del trastorno y menor respuesta a los programas de rehabilitación cardíaca (PRC; Chauvet-Gelinier & Bonin, 2017; Pedersen et al., 2021). En concreto, Janskzy et al. (2010) precisaron que la ansiedad se asociaba con más del doble de riesgo de enfermedad cardíaca y de infarto agudo de miocardio. Lilja et al. (2015) encontraron estados de ansiedad en el 24% de los casos postinfarto y Moser et al. (2011) la remarcaron como precipitante de episodios isquémicos y reinfartos. El estrés, muy asociado a la ansiedad, se ha vinculado con un riesgo siete veces mayor de padecer ECV (Song et al., 2019), si bien algunos estudios han apuntado a que las personas ansiosas tienden a pedir ayuda al médico en mayor medida, lo que podría favorecer su progreso (Benyamini et al., 2013). Por su parte, la depresión mayor se ha considerado como un factor de riesgo para la mortalidad cardíaca, independientemente de la severidad del trastorno cardíaco, provocando una elevada discapacidad (García-Batista et al., 2020). Su prevalencia en la ECV se ha estimado en un 20% (Pedersen et al., 2021), estando la correspondiente a la depresión menor presente hasta en un 45%, según Litchman et al. (2014). Recientemente, Hamieh et al. (2019) la encontraron significativamente asociada a la ocurrencia de eventos cardíacos ($p < 0,002$) y a otros factores para la ECV, como la hipertensión, diabetes o dislipemia.

Sin embargo, si se estudian ambos estados emocionales conjuntamente, los resultados se muestran más equívocos. Ambos estados se han asociado a mayor riesgo de consecuencias negativas, peores hábitos, menor adherencia a PRC y deterioro en la calidad de vida (CV), más reingresos y mortalidad cardíaca (Pourafkari et al., 2016). Sin embargo, De Jager et al. (2018) refirieron que la depresión no presentaba relación con la mortalidad cardiovascular pero sí la ansiedad, al menos en sujetos con angina estable. Recientemente, Bermudez et al. (2022) encontraron que la depresión al inicio de un PRC se relacionaba inversamente con la CV aunque mejorías en la depresión durante el programa mejoraban todos los resultados en CV tras el mismo, mientras que la ansiedad, si bien al inicio se relacionaba positivamente con la CV, con su mejoría tras el programa, no parecía que influyera tan significativamente en la CV final.

Por otro lado, la CV es un concepto multidimensional y dinámico que incluye tanto los aspectos objetivos y biomédicos como lo más propiamente subjetivo, respaldando una conceptualización como estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad. Así, el deterioro en la percepción de la CV en general y física en particular predicen el riesgo cardíaco más allá del criterio por mortalidad. Se ha documentado en los pacientes cardíacos un bajo nivel de CV hasta en un 84% (Vargas Toloza et al., 2008), pero que implicarse en un PRC ayuda a mantener un hábito de ejercicio, conductas saludables, controlar los factores de riesgo modificables implicados y reducir la discapacidad, mejorando así la CV (McMahon et al., 2017).

Uno de los avances más crecientes en las últimas décadas ha sido la implantación de PRC con el fin de aumentar la capacidad funcional del paciente, un estilo saludable de vida y mejorando la vida del paciente, tanto física, mental y socialmente (Pedersen et al., 2021), reduciendo los factores de riesgo y las recaídas cardíacas. Entre sus principales tareas, se incluye la evaluación del paciente y su estratificación, según su riesgo cardíaco, entrenamiento físico y consejo nutricional y comportamental, así como terapia psicológica (Cho et al., 2016). Estos programas son respaldados, entre otras, por las guías cardiológicas de actuación de la American Heart Association (Whelton et al., 2018). Sin embargo, al igual que hay un porcentaje menor de PRC con plena implicación de profesionales de la salud mental, también son más escasos los estudios que se han centrado en la influencia de los factores emocionales y los posibles beneficios que parecen conllevar las intervenciones psicológicas (Kaptein et al., 2006). Los tratamientos psicológicos se han asociado con mejorías en la hipertensión arterial, hipercolesterolemia y control del peso, el abandono tabáquico y, con menor frecuencia, a recidivas cardíacas (Surtees et al., 2008). Además, su contribución en la reducción del ánimo ansioso-depresivo redundaría en una mayor adherencia a pautas y cambios de conducta requeridos, mejor

CV y mejoría de las funciones cognitivas afectadas (Gallagher et al., 2021; León-Zarceño et al., 2020). Sin embargo, no todos los estudios refrendan esos beneficios. Honig et al. (2007) no encontraron que el tratamiento psicológico, en concreto para la depresión, consiguiera reducir la mortalidad cardíaca, aunque sí se ha reconocido que el deterioro de la CV y el riesgo de muerte era mayor si persistían los síntomas depresivos en el proceso de recuperación cardíaca.

Por todo ello, estimamos de interés ampliar el conocimiento sobre los FPRC, en concreto, el ánimo ansioso y sobre todo el estado de ánimo depresivo, en aras a incentivar una mejor calidad asistencial, considerando la atención psicológica imprescindible para una completa evaluación y adecuado tratamiento en estos pacientes. Por otro lado, priorizamos investigar no solo la posible presencia y evolución de dichos factores en estos enfermos, sino también el impacto que la rehabilitación ejerce sobre los aspectos emocionales en los diferentes pacientes incluidos en los PRC, para poder adaptar estas intervenciones a las necesidades concretas de cada uno en función de tales variables. Es por ello que los objetivos específicos que nos planteamos en este estudio fueron:

1. Obtener los datos relativos a la prevalencia de ansiedad, depresión y nivel de CV percibido.
2. Analizar si había cambios positivos y si existían diferencias entre los pacientes deprimidos ($BDI > 13$) y no deprimidos ($BDI \leq 13$) y, asimismo, conforme al grado de severidad depresiva, en la evolución de las variables psicosociales y CV, tras su participación en un Programa de Intervención Cognitivo Conductual (PICC).
3. Analizar qué variable afectiva (depresión o ansiedad) tenía mayor peso en la CV mental y física de los pacientes.

Conforme a nuestra revisión de la literatura, esperábamos encontrar un alto grado de prevalencia en ánimo depresivo y ansioso, cuya afectación considerábamos que sería mayor en los grupos de alto riesgo cardíaco, en mujeres y en los más jóvenes. Por otro lado, hipotetizamos una mayor tendencia al abandono en los grupos con mayor gravedad depresiva. Confiábamos que tras la intervención psicológica hubiera una mejoría en los parámetros evaluados en todos los pacientes, aunque suponíamos mayor beneficio en los pacientes de grado depresivo leve-moderado, dado el formato administrado en grandes grupos y una corta duración de la intervención de solo siete sesiones, que pensamos que podría ser insuficiente para los casos depresivos más graves. Finalmente, valoramos que ambos estados emocionales, ansiedad y depresión, tendrían un importante papel —aunque sería el ánimo deprimido el que podría tener mayor peso— sobre la CV de los pacientes.

Método

Participantes

La muestra para nuestro estudio ($n = 905$; 81,9% varones y con una media de edad de $55,16 \pm 7,6$ años) se conformó, de forma accidental, con los pacientes que se remitieron al PRC del Hospital N^o S^a de Gracia de Zaragoza y se incluyeron sucesivamente en grupos bimensuales desde 2015 hasta 2019 y que aceptaron participar inicialmente en el PICC. No había condicionantes previos para la inclusión en el programa psicológico, salvo que hubiese evidentes contraindicaciones que impidieran su seguimiento (no comprensión del idioma o psicosis activa).

Instrumentos

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Evaluamos el ánimo deprimido con la adaptación española de Sanz y Vázquez (1998) del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Este autoinforme consta de 21 ítems respondidos mediante una escala Likert entre 0-3 puntos para evaluar la gravedad depresiva, obteniéndose una puntuación que oscila en un rango teórico total entre 0 y 63 puntos, a mayor puntuación mayor gravedad depresiva (por ej. ítem n^o7: 0: No estoy decepcionado de mí mismo; 1: Estoy decepcionado de mí mismo; 2: Me da vergüenza de mí mismo; 3: Me detesto). Según criterio de Sanz, et al. (2014), el punto de corte en España más adecuado se sitúa en 13 puntos. Es un cuestionario ampliamente utilizado en relación con eventos cardíacos adversos tras un infarto agudo de miocardio. La validez interna de la versión de Sanz y Vázquez fue del 0,83. En nuestra muestra se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,88.

Escala de Ansiedad de Zung (SAS)

Evaluamos la ansiedad mediante la adaptación de la Escala de Ansiedad de Zung de 1971 por Lusilla et al. (1990). Dicha escala consta de 20 ítems (p.ej.: ‘Tengo pesadillas’), respondidos según una escala Likert de 4 puntos, según su intensidad, duración y frecuencia, que oscila entre 1 (*ausente*) o 4 (*muy fuerte*). A mayor puntuación mayor grado de ansiedad. El rango teórico total es entre 20 y 80 puntos. En la adaptación de Lusilla et al., la validez oscila entre 0,34 y 0,65 aunque versiones posteriores encuentran para la escala total un alfa de Cronbach de 0,77. El obtenido en nuestra muestra fue de 0,90. La fiabilidad entre el ASI (versión heteroadministrada) y el SAS (autoadministrada) fue de 0,66.

Escala de Salud SF-36 de Ware y Sherbourne

La evaluación de la CV la hicimos a través de la adaptación española de Alonso et al. (1995) de la escala SF-36 de Ware y Sherbourne (1992). Consta de 36 ítems distribuidos en ocho dimensiones relativas al estado de salud percibido, agrupadas en dos factores: CV Física y CV Mental, proporcionando un perfil cuantitativo transformable en puntuaciones centiles. A menor puntuación peor percepción de salud, pudiendo obtenerse en cada subescala un rango teórico que abarca desde 0 (*peor salud en esa dimensión*) y 100 (*percepción óptima*). Las subescalas son: función física (p.ej.: ¿Su salud actual le limita para coger la bolsa de la compra?), limitaciones del rol por problemas físicos (¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de su salud física?), función social (¿Hasta qué punto su salud física o problemas emocionales le han dificultado las actividades sociales cotidianas?), dolor (¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo?), salud mental (¿Cuánto tiempo se sintió feliz en las últimas 4 semanas?), limitaciones del rol por problemas mentales/emocionales, (¿Hizo menos de lo que hubiera deseado hacer a causa de sus problemas emocionales?), vitalidad (¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?) y percepción general de salud (¿En general, cómo diría que es su salud?). Incluye, asimismo, una subescala de cambios a lo largo del tiempo que no puntúa en ninguna de las subescalas principales (Física o Mental). Según la revisión de Dempster y Donnelly (2000), esta escala es el mejor instrumento para medir la CV relacionada con la salud en pacientes con cardiopatía isquémica. El alfa de Cronbach medio obtenido por Alonso et al. (1995) fue de 0,87 (entre 0,78 y 0,96), siendo en nuestro estudio de 0,93.

Información Básica

Registramos información descriptiva básica: sexo, edad, demora entre el alta hospitalaria e inicio del PRC, estratificación de riesgo cardiológico y abandono del PICC.

Procedimiento

Tras recibir la solicitud para ser incluido un paciente en el PRC desde el ingreso hospitalario por su evento cardíaco, se le valoraba en términos prioritariamente biocardiológicos. No había condicionantes previos para la inclusión en el programa psicológico, salvo que hubiese evidentes contraindicaciones que impidieran su seguimiento (no comprensión del idioma o psicosis activa). Tras el consentimiento previamente informado y firmado por ellos, se les adscribía al programa de dos meses de duración, consistente en entrenamiento físico monitorizado, seguimiento fisioterapéutico/rehabilitador y programa educativo mediante charlas semanales sobre distintos temas, (ECV, hábitos cardiosaludables, tabaco, medicación, dislipemia e hipertensión, entre otros).

El área psicológica estaba a cargo de una psicóloga clínica vinculada al equipo multidisciplinar a tiempo parcial (7 horas semanales) para la evaluación de los FPRC y la conducción del PICC grupal, y que, por su restringido horario, se realizó en grupos de 44 pacientes conjuntamente, sucesivos cada dos meses.

La evaluación de las variables psicológicas en este estudio la realizamos mediante la administración de cuestionarios, tanto al inicio del PICC (T1: pre-intervención) como tras el mismo (T2: post-intervención) y constaba de siete sesiones presenciales de orientación cognitivo-conductual, de frecuencia semanal y hora y ¼ de duración (ver Anexo) y apoyo *online* intersesiones. Se secundaron los protocolos de actuación del propio centro hospitalario y de la Unidad de Rehabilitación Cardíaca (URC) respecto a la recogida de los datos de los pacientes según los requisitos correspondientes.

Análisis Estadístico

Hicimos el análisis descriptivo mediante datos absolutos y porcentajes en las variables categóricas y mediante la media y desviación estándar en las cuantitativas. Para estudiar las diferencias entre dos grupos independientes usamos el estadístico χ^2 o el estadístico t de Student. Para más de dos grupos realizamos un análisis de varianza (ANOVA). Para analizar los cambios tras el tratamiento aplicado usamos el estadístico t de Student para grupos relacionados. Finalmente, realizamos un análisis de regresión lineal 'por pasos' para determinar el peso de las variables emocionales sobre la CV. En todos los casos, consideramos un nivel de confianza del 95% y cuantificamos el tamaño del efecto mediante d de Cohen. Se realizó el análisis estadístico de los datos mediante el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, última versión usada: 25)

Resultados

Como se refleja en la Tabla 1, registramos 905 casos (81,9% hombres, media de edad: $55,16 \pm 7,6$).

Tabla 1

Datos Descriptivos en Pre-Tratamiento en la Muestra Total (n = 905)

Variable y categoría	n	Porcentaje	Media \pm desviación estándar
Sexo			
Hombre	741	81,9	
Mujer	164	18,1	
Edad			$55,16 \pm 7,62$
Joven (<50 años)	237	26,2	
Media edad (50-60 años)	434	48,0	
Maduro (>60 años)	234	25,8	
Riesgo cardiológico			
Bajo riesgo	410	45,3	
Moderado riesgo	218	24,1	
Alto riesgo	277	30,6	
Tiempo demora inclusión			
<1 mes	41	4,5	
1-3 m.	475	52,5	
3-6 m.	309	34,1	
>6m.	80	8,8	
Abandona tratamiento psicológico			
Sí	74	8,2	
No	831	91,8	
Estado depresivo			$9,84 \pm 8,34$
No depresión (BDI \leq 13)	643	71,0	
Sí depresión (BDI > 13)	262	29,0	
Estado ansioso			$32,28 \pm 10,20$
No ansiedad (SAS Zung \leq 40)	724	80,0	
Si ansiedad (SAS Zung > 40)	181	20,0	
Calidad de vida física (< 200)	307	33,9	$242,78 \pm 90,67$
- Función física			$74,91 \pm 20,55$
- Limitaciones rol problemas físicos			$48,54 \pm 43,46$
- Dolor			$66,36 \pm 28,97$
- Percepción general salud			$52,96 \pm 20,53$
Calidad de vida mental (< 200)	197	21,8	$277,24 \pm 91,80$
- Función social			$75,35 \pm 25,64$
- Salud mental			$68,40 \pm 21,66$
- Limitaciones rol problema mental			$76,92 \pm 38,53$
- Vitalidad			$56,55 \pm 23,59$
Calidad vida total (< 400)	229	25,3	$520,03 \pm 167,09$

El 45,3% tenía bajo riesgo cardiológico, siendo moderado/alto en el 54,7% de los casos. El 57% de ellos tuvo una demora desde la egresión hasta el inicio del programa de menos de 3 meses. Abandonaron la intervención psicológica sin completarla el 8,2%.

Conforme al primer objetivo que planteamos, obtener una prevalencia psicopatológica en los participantes del PRC, encontramos (Tabla 1) una prevalencia de ansiedad del 20% mientras que el ánimo depresivo estuvo presente en el 29% de ellos. Respecto a la CV, el 25,3% se situó por debajo del percentil 50, el 21,8% con baja CV Mental y un 33,9% con baja CV Física.

En la Tabla 2 reflejamos los resultados obtenidos al comparar la muestra según la presencia de estado depresivo (Grupo Depresivo: GD) o no depresivo (Grupo No Depresivo: GND).

Tabla 2

Comparación de Datos en Pre-Intervención: Con Depresión GD ($BDI > 13$) y Sin Depresión GND ($BDI \leq 13$)

Variable cualitativa	Depresivos GD <i>n</i> = 262		No depresivos GND <i>n</i> = 643		χ^2	p			
	<i>n</i>	Porcentaje	<i>n</i>	Porcentaje					
Sexo					20,03	< 0,001			
Hombre (<i>n</i> = 741)	191	25,7	550	74,2					
Mujer (<i>n</i> = 164)	71	43,3	93	56,7					
Riesgo cardíaco					11,48	0,003			
Bajo R (<i>n</i> = 410)	97	23,6	313	76,3					
Moderad. R (<i>n</i> = 218)	67	30,7	151	69,2					
Alto R (<i>n</i> = 277)	98	35,4	179	64,6					
Abandono					1,49	0,221			
Sí (<i>n</i> = 74)	26	9,9	48	7,4					
No (<i>n</i> = 831)	236	90,1	595	92,6					
Demora inclusión					5,28	0,260			
< 1 mes (<i>n</i> = 41)	8	3,1	33	5,1					
1-3 meses (<i>n</i> = 475)	128	48,9	347	54,0					
3-6 meses (<i>n</i> = 309)	98	37,4	211	32,8					
> 6 meses (<i>n</i> = 80)	28	10,7	52	8,1					
Edad					1,28	0,527			
Joven (<i>n</i> = 237)	74	31,2	163	68,8					
Media edad (<i>n</i> = 434)	126	29,0	308	71,0					
Maduro (<i>n</i> = 234)	62	26,5	172	73,5					
Variable cuantitativa	Media \pm desviación		Media \pm desviación		<i>t</i>	<i>p</i>	95% intervalo de confianza	<i>d</i> Cohen	
							Inferior	Superior	
Depresión	20,47 \pm 7,14		5,52 \pm 3,52		-32,32	< 0,001	-15,86	-14,04	2,65
Ansiedad	41,94 \pm 11,34		28,35 \pm 6,39		-18,25	< 0,001	-15,05	-12,12	1,47
Calidad vida física	177,04 \pm 76,43		269,56 \pm 81,98		16,16	< 0,001	81,27	103,76	1,16
Calidad vida mental	183,66 \pm 84,11		315,36 \pm 62,94		22,87	< 0,001	120,38	143,03	1,77
Calidad vida total	360,71 \pm 140,69		584,95 \pm 129,18		23,07	< 0,001	205,16	243,31	1,66
Función física	62,44 \pm 21,25		80,00 \pm 17,94		11,77	< 0,001	14,62	20,49	0,89
Limit. rol probl. físico	26,64 \pm 36,27		57,47 \pm 43,01		10,96	< 0,001	25,30	36,34	0,77
Dolor	49,62 \pm 26,42		73,18 \pm 27,16		11,92	< 0,001	19,68	27,43	0,88
Función social	52,02 \pm 24,70		84,85 \pm 19,12		19,28	< 0,001	29,48	36,18	1,48
Salud mental	46,71 \pm 18,31		77,24 \pm 15,94		23,59	< 0,001	27,98	33,07	1,78
Lim. rol probl. mental	47,32 \pm 44,63		88,98 \pm 27,90		14,03	< 0,001	35,81	47,49	1,12
Vitalidad	37,59 \pm 18,15		64,28 \pm 21,05		19,12	< 0,001	23,94	29,43	1,36
Percepción gral salud	38,33 \pm 16,75		58,91 \pm 18,89		16,13	< 0,001	18,07	23,08	1,15

Como puede verse, obtuvimos diferencias significativas en el estado depresivo según el sexo, con un mayor porcentaje de mujeres con depresión, y según el riesgo cardíaco, habiendo mayor porcentaje de casos de moderado y alto riesgo entre los depresivos. No obtuvimos diferencias significativas en demora a la inclusión, grupo de edad o tendencia al abandono. Respecto a las variables emocionales, encontramos diferencias significativas en ánimo ansioso, en CVF, CVM y CVT, así como en todas las subdimensiones respectivas.

Aunque realizamos un análisis comparativo entre los diferentes grupos psicopatológicos (grupo ansioso, depresivo y ansioso-depresivo conjuntamente), no incluimos la tabla, puesto que los datos no mostraron entre ellos diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables evaluadas en el periodo T1 (sexo, edad, riesgo cardíaco o grado de abandono), solo encontrando diferencias significativas en el grado sintomático y mayor deterioro en la CV del grupo ansioso-depresivo.

En la Tabla 3 mostramos las diferencias conforme al grado depresivo, GDL: grupo de depresión leve-moderada versus GDG: grupo de depresión grave-muy grave.

Tabla 3

Comparación en Pre-Intervención según Gravedad de la Depresión: GDL (Depresión Leve / Moderada) y GDG (Depresión Grave / Muy Grave)

Variable cualitativa	GDL (> 13; < 19) n = 148		GDG (> 19) n = 114		χ^2	p
	n	Porcentaje	n	Porcentaje		
Sexo					5,16	0,023
Hombre (n = 191)	116	60,7	75	39,3		
Mujer (n = 71)	32	45,1	39	54,9		
Riesgo					10,62	0,005
Bajo R (n = 97)	66	68,0	31	32,0		
Moderad. R (n = 67)	38	56,7	29	43,3		
Alto R (n = 98)	44	44,9	54	55,1		
Demora inclusión					2,42	0,659
< 1 mes (n = 8)	4	50,0	4	50,0		
1-3 meses (n = 128)	76	59,4	52	40,6		
3-6 meses (n = 98)	52	53,1	46	46,9		
> 6 meses (n = 28)	16	57,1	12	42,9		
Abandono					3,81	0,051
Sí (n = 26)	10	38,5	16	61,5		
No (n = 236)	138	58,5	98	41,5		
Edad					0,03	0,998
Joven (n = 74)	42	56,8	32	43,2		
Media edad (n = 126)	71	56,3	55	43,7		
Maduro (n = 62)	35	56,5	27	43,5		

Variable cuantitativa	Media \pm desviación	Media \pm desviación	t	p	95% intervalo de confianza		d Cohen
					Inferior	Superior	
Depresión	15,31 \pm 1,91	27,16 \pm 5,74	-21,12	< 0,001	-12,95	-10,74	2,77
Ansiedad	37,79 \pm 9,02	47,32 \pm 11,80	-7,16	< 0,001	-12,16	-6,91	4,50
Calidad vida física	197,03 \pm 74,56	150,72 \pm 70,80	5,12	< 0,001	28,69	64,51	0,64
Calidad vida mental	215,78 \pm 73,37	141,96 \pm 78,93	7,81	< 0,001	55,21	92,43	0,97
Calidad vida total	413,11 \pm 125,16	292,68 \pm 130,69	7,57	< 0,001	89,12	151,73	0,94
Función física	67,12 \pm 20,62	56,35 \pm 20,58	4,19	< 0,001	5,71	15,82	0,52
Limit. rol probl. físico	30,57 \pm 37,88	21,53 \pm 33,54	2,04	0,042	0,33	17,75	0,25
Dolor	55,83 \pm 26,26	41,55 \pm 24,46	4,49	< 0,001	8,02	20,54	0,56
Función social	60,03 \pm 22,62	41,63 \pm 23,46	6,42	< 0,001	12,75	24,03	0,80
Salud mental	53,86 \pm 16,01	37,43 \pm 16,93	8,02	< 0,001	12,39	20,45	0,99
Lim. rol probl. mental	58,78 \pm 42,48	32,44 \pm 43,10	4,94	< 0,001	15,84	36,82	0,61
Vitalidad	43,10 \pm 16,52	30,43 \pm 17,74	5,96	< 0,001	8,48	16,85	0,74
Percepción gral. salud	43,78 \pm 16,20	31,27 \pm 14,75	6,44	< 0,001	8,68	16,33	0,81

Observamos diferencias significativas en prácticamente la totalidad de las variables evaluadas, reflejando las mujeres mayor gravedad depresiva y un alto riesgo cardíaco así como un marcado empeoramiento en la CV entre los depresivos graves, tanto a nivel físico como mental y a la tendencia al abandono, con mayor tendencia a éste entre los depresivos graves, si bien la significación de la diferencia resultó ser marginal ($p = 0,051$). Tan solo fueron equiparables los grupos en cuanto a la demora de inclusión y a los grupos de edad.

Conforme al análisis respecto del posible cambio emocional tras la intervención psicológica (Tabla 4), encontramos una mejoría generalizada en todas las variables evaluadas en ambos grupos (depresivos y no depresivos), aunque fue mayor entre los depresivos, con tamaños del efecto mayores en todas las variables, especialmente en ánimo deprimido y en CV mental.

Asimismo, según la gravedad depresiva (Tabla 5), ambos grupos (depresión leve y depresión grave) mostraron menores niveles psicopatológicos tras el tratamiento en todas las variables evaluadas (salvo en limitaciones del rol por problema mental), pero fue el grupo de depresión grave el que logró mayores beneficios relativos a su estado depresivo y en CV mental y total, especialmente en las subáreas de CV de función física, dolor, salud mental, vitalidad y percepción general de salud.

Tabla 4*Comparación de Muestras Relacionadas Pre/Post-Intervención entre Depresivos (> 13) y No Depresivos (≤ 13)*

Variable		Depresivos <i>n</i> = 237						No depresivos <i>n</i> = 595					
		Media ± desviación	<i>t</i>	<i>p</i>	95% intervalo de confianza		<i>d</i> Cohen	Media ± desviación	<i>t</i>	<i>p</i>	95% intervalo de confianza		<i>d</i> Cohen
					Inferior	Superior					Inferior	Superior	
Depresión	pre	20,14 ± 6,82	13,24	< 0,001	5,45	7,36	0,88	5,52 ± 3,53	11,40	< 0,001	1,33	1,89	0,43
	post	13,73 ± 7,76						3,90 ± 4,04					
Ansiedad	pre	41,64 ± 11,08	7,84	< 0,001	3,34	5,58	0,40	28,35 ± 6,24	6,88	< 0,001	1,08	1,95	0,23
	post	37,19 ± 11,22						26,83 ± 7,00					
Calidad de vida física	pre	176,81 ± 75,58	-9,43	< 0,001	-43,12	-28,21	0,44	268,07 ± 82,59	-10,88	< 0,001	-30,58	-21,23	0,32
	post	212,48 ± 84,55						293,97 ± 78,21					
Calidad de vida mental	pre	186,65 ± 84,33	-8,67	< 0,001	-52,31	-32,94	0,50	313,97 ± 63,43	-6,47	< 0,001	-19,21	-10,27	0,24
	post	229,28 ± 87,21						328,72 ± 56,82					
Calidad de vida total	pre	363,47 ± 141,42	-10,88	< 0,001	-92,46	-64,13	0,53	582,04 ± 130,26	-10,55	< 0,001	-48,21	-33,08	0,32
	post	441,76 ± 153,45						622,69 ± 121,44					
Función física	pre	62,54 ± 20,99	-8,55	< 0,001	-10,32	-6,45	0,41	79,66 ± 18,04	-9,29	< 0,001	-5,41	-3,52	0,26
	post	70,93 ± 20,08						84,13 ± 15,88					
Limit. rol probl. físico	pre	26,08 ± 36,14	-6,26	< 0,001	-20,16	-10,51	0,38	56,80 ± 43,22	-8,54	< 0,001	-16,53	-10,35	0,32
	post	41,42 ± 42,99						70,25 ± 39,40					
Dolor	pre	49,99 ± 26,25	-3,96	< 0,001	-8,74	-2,94	0,22	73,09 ± 27,19	-3,26	0,001	-5,28	-1,31	0,13
	post	55,83 ± 27,31						76,39 ± 24,20					
Función social	pre	52,66 ± 24,53	-6,83	< 0,001	-14,51	-8,02	0,44	84,45 ± 19,36	-3,18	0,002	-4,17	-0,99	0,14
	post	63,93 ± 26,38						87,03 ± 18,08					
Salud mental	pre	48,08 ± 18,04	-9,38	< 0,001	-12,98	-8,47	0,58	77,00 ± 16,01	-6,63	< 0,001	-4,87	-2,64	0,24
	post	58,81 ± 18,58						80,76 ± 14,77					
Limit. rol probl.mental	pre	48,02 ± 44,25	-3,61	< 0,001	-16,36	-4,82	0,55	88,71 ± 28,31	-2,25	0,025	-5,53	-0,37	0,11
	post	58,60 ± 43,66						91,66 ± 24,40					
Vitalidad	pre	37,88 ± 17,83	-8,75	< 0,001	-12,31	-7,78	0,52	63,80 ± 21,06	-8,14	< 0,001	-6,77	-4,14	0,27
	post	47,92 ± 20,72						69,26 ± 19,29					
Percepción gral. salud	pre	38,19 ± 16,79	-6,36	< 0,001	-7,99	-4,21	0,35	58,50 ± 18,91	-8,77	< 0,001	-5,71	-3,62	0,24
	post	44,30 ± 17,99						63,17 ± 19,83					

Tabla 5
Comparación de Muestras Relacionadas: Pre/Post-Intervención en GDL y GDG

Variable		GDL (> 13; ≤ 19) n = 138						GDG (> 19) n = 99					
		Media ± desviación	t	p	95% intervalo de confianza		d Cohen	Media ± desviación	t	p	95% intervalo de confianza		d Cohen
					Inferior	Superior					Inferior	Superior	
Depresión	pre	15,32 ± 1,89						26,86 ± 5,37					
	post	11,15 ± 5,53	8,86	< 0,001	3,23	5,09	1,01	17,33 ± 8,93	11,02	< 0,001	7,81	11,24	1,29
Ansiedad	pre	37,83 ± 8,88						46,92 ± 11,70					
	post	33,78 ± 9,48	5,86	< 0,001	2,68	5,42	0,44	41,90 ± 11,76	5,22	< 0,001	3,11	6,93	0,43
Calidad de vida física	pre	196,96 ± 73,85						148,43 ± 68,89					
	post	233,89 ± 79,98	-7,15	< 0,001	-47,15	-26,72	0,48	182,32 ± 81,93	-6,14	< 0,001	-44,83	-22,94	0,45
Calidad de vida mental	pre	216,78 ± 73,86						144,22 ± 80,10					
	post	252,34 ± 80,11	-5,13	< 0,001	-49,25	-21,86	0,46	196,81 ± 86,83	-7,93	< 0,001	-65,73	-39,43	0,63
Calidad de vida total	pre	413,75 ± 126,53						292,66 ± 131,07					
	post	486,24 ± 141,88	-6,99	< 0,001	-92,97	-52,00	0,54	379,13 ± 147,77	-9,27	< 0,001	-104,98	-67,95	0,62
Función física	pre	67,17 ± 20,66						56,02 ± 19,77					
	post	74,71 ± 18,20	-5,83	< 0,001	-10,09	-4,98	0,39	65,61 ± 21,45	-6,35	< 0,001	-12,58	-6,59	0,46
Limit. rol probl. físico	pre	29,89 ± 37,95						20,71 ± 32,87					
	post	49,82 ± 43,51	-6,01	< 0,001	-26,48	-13,37	0,49	29,59 ± 39,54	-2,52	0,013	-15,86	-1,89	0,24
Dolor	pre	56,16 ± 25,90						41,29 ± 24,32					
	post	60,56 ± 26,83	-2,33	0,021	-8,12	-0,67	0,17	49,16 ± 26,71	-3,34	0,001	-12,53	-3,20	0,31
Función social	pre	60,38 ± 22,63						41,80 ± 23,03					
	post	71,28 ± 24,05	-4,66	< 0,001	-15,51	-6,28	0,47	53,58 ± 26,16	-5,27	< 0,001	-16,21	-7,34	0,48
Salud mental	pre	54,84 ± 15,61						38,57 ± 16,97					
	post	63,88 ± 17,42	-6,25	< 0,001	-11,90	-6,18	0,55	51,67 ± 17,88	-7,12	< 0,001	-16,75	-9,45	0,75
Limit. rol probl. mental	pre	58,69 ± 41,96						32,98 ± 43,21					
	post	64,69 ± 41,29	-1,50	0,135	-13,87	1,88		50,04 ± 45,64	-4,04	0,015	-8,68	-4,04	0,38
Vitalidad	pre	42,86 ± 16,31						30,86 ± 17,60					
	post	52,48 ± 19,4	-6,29	< 0,001	-12,64	-6,60	0,53	41,51 ± 20,60	-6,10	< 0,001	-7,18	-6,10	0,55
Percepción gral. salud	pre	43,73 ± 16,15						30,40 ± 14,49					
	post	48,0 ± 16,60	-3,76	< 0,001	-7,73	-2,41	0,31	37,95 ± 18,03	-5,75	< 0,001	-10,15	-4,95	0,46

Por último, realizamos los análisis de regresión lineal con el fin de valorar qué variable emocional, ansiedad o depresión, tenía mayor peso en la CV percibida.

Como se puede observar en la Tabla 6, tomando como variable criterio la subárea física (CVF), fue la ansiedad la que contribuía en mayor medida, una vez controlado el efecto de la depresión (la cual no añadía más que un 0,02). Sin embargo, tomando la subárea mental de la calidad de vida como criterio (CVM), se observó que era el ánimo depresivo el que presentaba más peso sobre ella (β : -0,534; p : <0,001), una vez controlado el efecto de la ansiedad. Finalmente, considerando la CV en su totalidad (CVT) observamos que ambas variables estaban contribuyendo de forma similar.

Tabla 6

Análisis de Regresión Lineal por Pasos de la Ansiedad y Depresión sobre la Calidad de Vida, Física, Mental y Total

Variable criterio	Modelo 2 Variable predictora	R^2	Cambio en R^2	Coef. B no estandarizado	Coef. β estandarizado	95% intervalo de confianza		t	p
						Inferior	Superior		
a) Calidad de vida física	Ansiedad	0,394	0,394	-3,944	-0,444	-4,60	-3,29	-11,85	< 0,001
	Depresión	0,421	0,028	-2,712	-0,249	-3,51	-1,91	-6,66	< 0,001
b) Calidad de vida mental	Ansiedad	0,489	0,490	-2,753	-0,306	-3,29	-2,22	-10,07	< 0,001
	Depresión	0,619	0,130	-5,879	-0,534	-6,53	-5,22	-17,58	< 0,001
c) Calidad de vida total	Ansiedad	0,525	0,526	-6,695	-0,409	-7,68	-5,71	-13,28	< 0,001
	Depresión	0,609	0,084	-8,593	-0,429	-9,80	-7,38	-13,93	< 0,001

Discusión

Según los resultados del presente estudio, se resaltan los PRC como una vía excelente de gestión de los FPRC, muy presentes entre los pacientes de ECV. Sin embargo, conforme a los datos obtenidos, solo podemos confirmar parcialmente las hipótesis planteadas. Como planteamos inicialmente, hemos obtenido una alta prevalencia de FPRC, destacable entre participantes femeninos y de alto riesgo cardíaco, y cierto es que, como supusimos, que también encontramos una mejoría en todos ellos tras su participación en el programa psicológico, pero, a diferencia de lo esperado, esta positiva evolución ha sido remarcada entre los participantes de mayor gravedad depresiva, los cuales, nuevamente, a diferencia de lo esperado y en comparación a los no depresivos, no presentaron mayor tendencia al abandono de forma estadísticamente significativa.

Conforme al primer objetivo planteado, encontramos una alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica que, en términos globales, ascendió al 33,6% de la muestra. De ellos, y acorde a estudios previos, un 29% presentaron ánimo deprimido, siendo ésta la afectación emocional más presente. Estos datos son afines a los estudios previos consultados, como los de Frasure-Smith y Lespérance (2008) quienes obtuvieron una prevalencia del 27,4%, aunque otros autores (Kaptein et al., 2006) midiendo la prevalencia igualmente mediante BDI, obtenían cifras más elevadas (43%), mientras que recientes estudios (Bermudez et al., 2022; Rao et al., 2020) muestran prevalencias al inicio del PRC menores, con un 9,3% y un 18% respectivamente aunque medidos mediante otros instrumentos como la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS).

Respecto a los datos obtenidos en ansiedad, un 20% de nuestra muestra presentó síntomas ansiosos por encima del criterio establecido. Este dato está en la línea con los resultados obtenidos por otros estudios, como los de Cerezo et al. (2018), quienes encuentran una prevalencia ansiosa entre el 18,4% y el 20,8%, o de Tully et al. (2016), con una prevalencia del 16%.

Finalmente, la baja CV quedó reflejada con un percentil menor al 50% en el 25,3% de los participantes, siendo especialmente baja en el ámbito físico, en el que casi el 34% presenta un percentil por debajo de 50. Según lo aportado por Worcester et al. (2007), la CV mejora en el trimestre posterior al infarto agudo de miocardio (momento en el que se ubica el 57% de nuestra muestra), por lo que es importante valorar esta reducida percepción de su CV, pues esto se ha vinculado con peor pronóstico de enfermedad y mayor comorbilidad psiquiátrica y mayor mortalidad (Comín-Colet et al., 2016; Lupón et al., 2008). Así, estos resultados apoyan la idea de que los pacientes con patologías médicas, en concreto cardíacas, presentan una mayor tendencia hacia la comorbilidad psiquiátrica, debido posiblemente al impacto que estas dolencias suponen en el curso vital de los pacientes, sea bien por los cambios de hábitos y emocionales requeridos como por limitaciones funcionales que deben encarar.

Con el objetivo de explorar en mayor profundidad la asociación entre los síntomas depresivos y la CV, dividimos la muestra en dos subgrupos según el padecimiento depresivo, encontrando peor estado emocional y de CV en el grupo de depresivos frente al grupo de no depresivos. Es más, quisimos ver si el grado de intensidad del ánimo depresivo era un factor diferenciador, por lo que dividimos a su vez el grupo de depresivos según este nivel de padecimiento como grupo de depresión leve/moderado y grupo de depresión grave/muy grave. Nuestros resultados reflejaron que el subgrupo de depresivos graves presentaba un nivel psicopatológico más acentuado en las variables emocionales, mayor riesgo cardíaco y peor CV, respecto al subgrupo de depresivos leves. Por tanto, parece haber una correspondencia entre mayor gravedad de la sintomatología depresiva y peor CV en estos pacientes, apoyando la consideración de Smith y Blumenthal (2011) de una posible relación dosis-respuesta entre el aumento depresivo y la enfermedad cardíaca.

Por otro lado, interesados en explorar el posible beneficio mediante una intervención psicológica incluida en un programa integral de rehabilitación, encontramos que la intervención llevada a cabo en esta muestra de pacientes cardíacos resultó eficaz en cuanto a la mejora de las variables psicológicas que exploramos. Estos resultados están en la línea con estudios recientes en los que también aparece una reducción significativa de la sintomatología depresiva y una mejora de la CV (mental y física) tras la intervención psicológica en este tipo de pacientes (Bermúdez et al., 2022; Choo et al., 2018; Soufflet González, 2020).

Comparando las variables psicopatológicas antes y después de la intervención psicológica en depresivos y no depresivos, observamos una reducción significativa del malestar en ambos grupos, si bien es el grupo con depresión el que obtiene un decremento mayor en sintomatología ansiosa y depresiva y una mejoría más amplia en la percepción de su CV, respecto al grupo de no depresivos. Estudios consultados afirman que la mejoría tras un PRC depende, entre otros parámetros, de la gravedad de los síntomas ansioso-depresivos (Sakamoto et al., 2022). Sin embargo, si diferenciamos a los pacientes depresivos según su grado de afectación depresiva, es el subgrupo de depresivos grave/muy grave, ante el grupo de depresión leve/moderada, el que obtiene una mayor respuesta tras la intervención. Podemos plantear, conforme a estos resultados, que serían los pacientes con depresión, y en concreto con depresión grave, los que más se han beneficiado de la intervención psicológica. Sin embargo, esto difiere no solo de lo que hipotetizamos, sino también de los estudios previamente consultados, los cuales reflejan menor adherencia a las pautas y tratamientos y peor respuesta a las intervenciones entre los depresivos (Mallik et al., 2005; Pedersen et al., 2021). Como posible explicación podríamos considerar que parte de la menor respuesta observada en el grupo de depresivos leves pudiera deberse al menor margen de cambio que este grupo puede obtener, dados sus bajos niveles de partida, cercanos a los obtenidos por la población general, mientras que en alta depresión, al presentar unos niveles de mayor gravedad, resulte más oportuna y útil la intervención psicológica. Sin embargo, también podría deberse a que el grupo de depresivos leves, al presentar, en especial, baja afectación psicológica, podría estar vinculando su enfermedad más a los factores biomédicos, lo que les llevaría a menor implicación a las intervenciones psicológicas, aunque por los resultados obtenidos en adherencia versus abandono, no parece haber diferencias significativas. Se hace preciso, por tanto, ahondar más en los factores intervinientes en esta diferenciación, aunque en cualquier caso, nos estaría sugiriendo, por un lado, la detección temprana de los factores psicosociales en estos pacientes y, por otro, la necesidad de seleccionar vías diferenciales de intervención multicomponente dentro de los PRC según los perfiles de los usuarios (Bermudez et al., 2022).

Por último, y en la línea de los resultados observados por Lemos et al. (2013), en los que se aprecia una asociación entre el aumento ansioso-depresivo y el declive de la CV en pacientes cardíacos, quisimos explorar el peso que la ansiedad y la depresión ejercían sobre la CV total y en sus diferentes subáreas en particular (física y mental). No obstante, al existir una elevada correlación entre ansiedad y depresión, una parte considerable de dicha influencia venía de la mano de ambas de manera conjunta sobre la CV de estos pacientes, limitando la posibilidad de clarificar esta diferenciación.

Los resultados de regresión mostraron que, efectivamente, tanto la presencia de sintomatología ansiosa como depresiva repercuten significativamente en un deterioro de su CV. No obstante, las introdujimos por pasos en el análisis de regresión, distinguiendo la correspondiente contribución de una, controlando el efecto de la otra, de manera diferenciada sobre la CV física, mental y total. Como hemos mencionado, la variable que parece contribuir con más peso en las áreas físicas de la CV es la ansiedad, explicando casi un 20% de la varianza de la misma, siendo la contribución añadida de la depresión escasa (0,02), mientras que, atendiendo a la subárea de CV mental, se mostró una mayor influencia de la depresión una vez controlada la ansiedad, contribuyendo con un 28% a la varianza de la misma. Si valoramos el efecto sobre la CV en su conjunto, no destaca ninguna de ellas, contribuyendo ambas de forma similar. Estos datos son interesantes, pues en nuestra revisión previa no hemos encontrado muchos estudios realizados en población hispana que hayan abordado entre cardiópatas la influencia de estas variables en las subáreas de CV por separado. Aun así, dada la elevada correlación que limita la consideración de dichos resultados, creemos interesante reflejar este dato como estímulo incitador a seguir la investigación en esta línea. Parece haber consenso con que la sintomatología clínica ansioso-depresiva se asocia con un empeoramiento de la CV general en los pacientes con patología cardíaca. No obstante, a raíz de nuestros datos, podría apuntarse que la CV mental parece ser más afectada por la psicopatología comórbida depresiva mientras que la patología ansiosa lo haría sobre la CV física. Dado que la depresión está más vinculada a determinados sectores de la población cardiópata (e.g., mujeres y personas en alto riesgo), creemos fundamental seguir ahondando en esta posibilidad de cara a poder diseñar y redirigir con diferencial preferencia hacia distintos módulos dentro de la rehabilitación multicomponente a los pacientes según sus características, con el fin de adecuarse lo más posible a los distintos perfiles y maximizar el beneficio de estos dispositivos.

Finalmente, resulta necesario mencionar una serie de limitaciones presentes en nuestro estudio. En primer lugar, se trata de un estudio cuasi-experimental, en el que no se ha realizado un proceso de aleatorización de los participantes, pues los grupos vienen dados en función de la inclusión en la URC por motivos cardiológicos y clínicos y, en la muestra, por la presencia de ánimo ansioso y/o depresivo. Asimismo, se circunscribe a una sola URC, por lo que se limita la generalización de los resultados que obtuvimos. No obstante, nuestro estudio recoge una muestra amplia, lo que ayudaría, si fueran refrendados, a que los datos se pudieran hacer extensibles. También es preciso matizar la diferencia del número de participantes en los grupos (e.g., depresivos y no depresivos), pues los no depresivos más que duplican a los depresivos. Por otra parte, los datos psicopatológicos se circunscriben a medidas autoinformadas, que, según Strik et al. (2001), pueden sobreestimar los resultados. Además, para poder valorar el alcance a largo plazo de los resultados, hubiera sido conveniente hacer un seguimiento de los mismos tras un periodo amplio de 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. Asimismo, sería adecuado precisar qué aspectos de todos los intervinientes en los programas de rehabilitación están realmente contribuyendo a la motivación, participación y adherencia y, a la postre, mejoría en los resultados al finalizar el programa de rehabilitación, incluyendo el posible tratamiento farmacológico, que no ha sido precisado. Por último, es probable que haya otros factores emocionales más allá de la patología depresiva que estén repercutiendo en la respuesta de estos pacientes al programa, variables que no hemos analizado en profundidad (como la ansiedad), por no extendernos en exceso.

Conclusión

El hecho de contar con un amplio tamaño de una muestra clínica nos ha permitido dibujar con cierta solidez, por un lado, la destacada repercusión de las variables psicopatológicas estudiadas en los pacientes cardiológicos y, en concreto, en su CV percibida, pero, además, nos ha permitido reafirmar el evidente beneficio que las intervenciones psicológicas integradas en programas multicomponentes suponen en este tipo de dolencias. Del mismo modo, nos ha permitido ampliar nuestra visión respecto a la posible influencia diferencial de estas emociones en los distintos aspectos de la CV percibida de estos pacientes (subárea mental y subárea física), aumentando, así, el interés por seguir investigando en esta línea.

Así, pues, nuestro trabajo conforma un refuerzo de cara a apoyar la importancia de la inserción de la psicología de la salud en áreas médicas como la cardiológica, y, dada la evidente prevalencia de dichas variables psicológicas en ellas, recomendamos la implementación de intervenciones psicológicas en los PRC generales y, en concreto, al igual que ya se hacen diferentes planes de ejercicio según las particulares condiciones físicas de los usuarios, la aplicación de diseños específicamente planificados según los

particulares perfiles emocionales de los enfermos cardíacos. Para ello se hace necesaria mayor presencia de estos profesionales en las URC y mayor investigación al hilo de las aproximaciones aportadas por nuestro estudio.

Referencias

- Alonso, J., Prieto, L. & Antó, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104(20), 771-776. <https://eds.p.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=2&sid=2f954299-4018-4c66-8f5a-2fc510df5074%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPXNzbyZsYW5nPWVzJnNpdGU9ZWRzLWxpdmUmc2NvcGU9c2I0ZQ%3d%3d#d=b=edselec&AN=edselec.2-52.0-0029652962>
- Benyamini, Y., Roziner, I., Goldbourt, U., Drory, Y. & Gerber, Y. (2013). Depression and anxiety following myocardial infarction and their inverse associations with future health behaviors and quality of life. *Annals of Behavioral Medicine*, 46(3), 310-321. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9509-3>
- Bermudez, T., Bierbauer, W., Scholz, U. & Hermann, M. (2022). Depression and anxiety in cardiac rehabilitation: Differential associations with changes in exercise capacity and quality of life. *Anxiety, Stress & Coping*, 35(2), 204-218. <https://doi.org/10.1080/10615806.2021.1952191>
- Cerezo, G. H., Vicario, A., Fernández, R. & Enders, J. (2018). Prevalencia de depresión y ansiedad en la consulta cardiológica. Estudio EPICA (Estudio sobre la prevalencia de depresión en pacientes cardiovasculares). *Revista de la Federación Argentina de Cardiología*, 47(1), 26-31. <https://revistafac.org.ar/ojs/index.php/revistafac/article/view/222/130>
- Chauvet-Gelinier, J. C. & Bonin, B. (2017). Stress, anxiety and depression in heart disease patients: A major challenge for cardiac rehabilitation. *Annals of Physical & Rehabilitation Medicine*, 60(1), 6-12. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2016.09.002>
- Cho, C., Lee, C., Kim, M. & Kohzuki, M. (2016). Effect of cardiac rehabilitation on health-related quality of life in patients with cardiovascular disease: A systematic review. *Asian Journal of Human Services*, 11, 111-123. <https://doi.org/10.14391/ajhs.11.111>
- Choo, C. C., Chew, P. K. H., Lai, S. M., Soo, S. C., Ho, C. S., Ho, R. C. & Wong, R. C. (2018). Effect of cardiac rehabilitation on quality of life, depression and anxiety in Asian patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1095. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061095>
- Comín-Colet, J., Anguita, M., Formiga, F., Almenar, L., Crespo-Leiro, M. G., Manzano, L., Muñoz, J., Chaves, J., de Frutos, T. & Enjuanes, C. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica sistólica en España: resultados del estudio VIDA-IC. *Revista Española de Cardiología*, 69(3), 256-271. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2015.07.034>
- De Jager, T. A. J., Dulfer, K., Radhoe, S., Bergmann, M. J., Daemen, J., van Domburg, R. T., Lenzen, M. J. & Utens, E. M. W. J. (2018). Predictive value of depression and anxiety for long-term mortality: Differences in outcome between acute coronary syndrome and stable angina pectoris. *International Journal of Cardiology*, 250, 43-48. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2017.10.005>
- Dempster, M., & Donnelly, M. (2000). Measuring the health related quality of life of people with ischaemic heart disease. *Heart*, 83(6), 641-644. <https://doi.org/10.1136/heart.83.6.641>
- 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. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2007.4>
- Gallagher, R., Woolaston, A., Tofler, G., Bauman, A., Zhao, E., Jeon, Y. H., Neubeck, L., Mitchell, J. A. & Naismith, S. L. (2021). Cognitive impairment and psychological state in acute coronary syndrome patients: A prospective descriptive study at cardiac rehabilitation entry, completion and follow-up. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(1), 56-63. <https://doi.org/10.1177/1474515120933105>
- García-Batista, Z. E., Guerra-Peña, K., Cano-Vindel, A., Herrera-Martínez, S. X., Flores-Kanter, P. E. & Medrano, L. A. (2020). Depresión, ansiedad e ira en adultos que sufrieron ataque al miocardio: un estudio de caso-control. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 38(1), 223-242. <https://doi.org/10.18800/psico.202001.009>
- Hamieh, N., Meneton, P., Wiernik, E., Limosin, F., Zins, M., Goldberg, M., Melchior, M. & Lemogne, C. (2019). Depression, treatable cardiovascular risk factors and incident cardiac events in the Gazel cohort. *International Journal of Cardiology*, 284, 90-95. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2018.10.013>
- Honig, A., Kuyper, A. M. G., Schene, A. H., van Melle, J. P., de Jonge, P., Tulner, D. M., Schins, A., Crijns, H. J. G. M., Kuijpers, P. M. J. C., Vossen, H., Lousberg, R. & Ormel, J. (2007). Treatment of post-myocardial infarction depressive disorder: A randomized, placebo-controlled trial with mirtazapine. *Psychosomatic Medicine*, 69(7), 606-613. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31814b260d>
- 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 of the American College of Cardiology*, 56(1), 31-37. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2010.03.033>
- Kaptein, K. I., de Jonge, P., van den Brink, R. H. S. & Korf, J. (2006). Course of depressive symptoms after myocardial infarction and cardiac prognosis: A latent class analysis. *Psychosomatic Medicine*, 68(5), 662-668. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000233237.79085.57>
- Lemos, M., Agudelo, D. M., Arango, J. C. & Rogers, H. L. (2013). Calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular: análisis de trayectorias por sexo y síntomas depresivos. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 110-116. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12026437012>
- León-Zarceño, E., Boix, S., Arrarte, V., Cantón, E. & Serrano-Rosa, M. A. (2020). Ajuste y evolución psicológica en pacientes con síndrome coronario agudo tras su participación en un programa de rehabilitación cardíaca. *Revista de Psicología del Deporte*, 29(2), 65-72. https://ddd.uab.cat/pub/revpsidep/revpsidep_a2020v29n2/revpsidep_a2020v29n2p65.pdf
- Lilja, G., Nilsson, G., Nielsen, N., Friberg, H., Hassager, C., Koopmans, M., Kuiper, M., Martini, A., Mellinghoff, J., Pelosi, P., Wanscher, M., Wise, M. P., Östman, I. & Cronberg, T. (2015). Anxiety and depression among out-of-hospital cardiac arrest survivors. *Resuscitation*, 97, 68-75. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.09.389>
- 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 the American Heart Association. *Circulation*, 129(12), 1350-1369. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000019>

- Lupón, J., González, B., Santaeugenia, S., Altamir, S., Urrutia, A., Más, D., Díez, C., Pascual, T., Cano, L. & Valle, V. (2008) Implicación pronóstica de la fragilidad y los síntomas depresivos en población ambulatoria con insuficiencia cardíaca. *Revista Española de Cardiología*, 61(8), 835-842. <https://doi.org/10.1157/13124994>
- 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. <https://www.scribd.com/doc/46753554/Escala-Heteroaplicada-de-Ansiedad-de-Zung>
- Mallik, S., Krumholz, H. M., Lin, Z. Q., Kasl, S. V., Mattera, J. A., Roumains, S. A. & Vaccarino, V. (2005). Patients with depressive symptoms have lower health status benefits after coronary artery bypass surgery. *Circulation*, 111 (3), 271-277. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000152102.29293.D7>
- McMahon, S. R., Ades, P. A. y Thompson, P. D. (2017). The role of cardiac rehabilitation in patients with heart disease. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 27(6), 420-425. <https://doi.org/10.1016/j.tcm.2017.02.005>
- Moser, D. K., McKinley, S., Riegel, B., Doering, L. V., Meischke, H., Pelter, M., Davidson, P., Baker, H. & Dracup, K. (2011). Relationship of persistent symptoms of anxiety to morbidity and mortality outcomes in patients with coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 73(9), 803-809. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3182364992>
- Pedersen, S. S., Andersen, C. M., Ahm, R., Skovbakke, S. J., Kok, R., Helmark, C., Wiil, U. K., Schmidt, T., Olsen, K. R., Hjelmberg, J., Zwisler, A. -D. & Frosthholm, L. (2021). Efficacy and cost-effectiveness of a therapist-assisted web-based intervention for depression and anxiety in patients with ischemic heart disease attending cardiac rehabilitation [eMindYourHeart trial]: A randomised controlled trial protocol. *BMC Cardiovascular Disorders*, 21, Artículo 20. <https://doi.org/10.1186/s12872-020-01801-w>
- Pourafkari, L., Ghaffari, S., Tajlil, A., Shahamfar, J., Hedayati, S. & Nader, N. D. (2016). The impact of cardiac rehabilitation program on anxiety and depression levels after coronary artery bypass graft surgery. *Cor et Vasa*, 58(4), e384-e390. <https://doi.org/10.1016/j.crvasa.2016.01.001>
- Rao, A., Zecchin, R., Newton, P. J., Phillips, J. L., DiGiacomo, M., Denniss, A. R. & Hickman, L. D. (2020). The prevalence and impact of depression and anxiety in cardiac rehabilitation: A longitudinal cohort study. *European Journal of Preventive Cardiology*, 27(5) 478-489. <https://doi.org/10.1177/2047487319871716>
- Sakamoto, M., Suematsu, Y., Yano, Y., Kaino, K., Teshima, R., Matsuda, T., Fujita, M., Tazawa, R., Fujimi, K. & Miura, S. (2022). Depression and anxiety are associated with physical performance in patients undergoing cardiac rehabilitation: A retrospective observational study. *Journal of Cardiovascular Development and Disease*, 9(1), 21. <https://doi.org/10.3390/jcdd9010021>
- Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C. & García-Vera, M. P. (2014). Criterios y baremos para interpretar el "Inventario de depresión de Beck-II" (BDI-II). *Psicología Conductual*, 22(1), 37-59. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/03.Sanz_22-1oa.pdf
- Sanz, J. & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318. <https://www.psicothema.com/pi?pii=167>
- Smith, P. J. & Blumenthal, J. A. (2011). Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular: epidemiología, mecanismos y tratamiento. *Revista Española de Cardiología*, 64(10), 924-933. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.06.003>
- Soufflet González, L. (2020). *Calidad de vida en personas con cardiopatía isquémica integradas en un programa de rehabilitación cardíaca* [Trabajo de grado, Universitat d'Alacant]. Repositorio Institucional de la Universidad de Alicante. [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/107183/1/Calidad de vida en personas con cardiopatía isquémica Soufflet González Loick.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/107183/1/Calidad%20de%20vida%20en%20personas%20con%20cardiopat%C3%ADa%20isqu%C3%A9mica%20Soufflet%20Gonz%C3%A1lez%20Loick.pdf)
- Song, H., Fang, F., Armborg, F. K., Mataix-Cols, D., Fernández de la Cruz, L., Almqvist, C., Fall, K., Lichtenstein, P., Thorgeirsson, G. & Valdimarsdóttir, U. A. (2019). Stress related disorders and risk of cardiovascular disease: Population based, sibling controlled cohort study. *British Medical Journal*, 365, Artículo 1255. <https://doi.org/10.1136/bmj.11255>
- Strik, J. M. H., Honig, A., Lousberg, R. & Denollet, J. (2001). Sensitivity and specificity of observer and self-report questionnaires in major and minor depression following myocardial infarction. *Psychosomatics*, 42(5), 423-428. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.42.5.423>
- Surtees, P. G., Wainwright, N. W. J., Luben, R. N., Wareham, N. J., Bingham, S. A. & Khaw, K. -T. (2008). Depression and ischemic heart disease mortality: Evidence from the EPIC-Norfolk United Kingdom prospective cohort study. *The American Journal of Psychiatry*, 165(4), 515-523. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07061018>
- Tully, P. J., Harrison, N. J., Cheung, P. & Cosh, S. (2016). Anxiety and cardiovascular disease risk: A review. *Current Cardiology Reports*, 18(12), Article 120. <https://doi.org/10.1007/s11886-016-0800-3>
- Vargas Toloza, R. E., Ordoñez Pabón, E., Montalvo Miranda, O. E. & Díaz Torres, V. L. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes postinfarto de miocardio. *Revista Ciencia y Cuidado*, 5(1), 40-50. <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/929>
- Worcester, M. U. C., Murphy, B. M., Elliott, P. C., Le Grande, M. R., Higgins, R. O., Goble, A. J. & Roberts, S. B. (2007). Trajectories of recovery of quality of life in women after an acute cardiac event. *British Journal of Health Psychology*, 12(1), 1-15. <https://doi.org/10.1348/135910705X90127>
- Ware Jr, J. 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), 473-483. <http://www.jstor.org/stable/3765916>
- Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Collins, K. J., Dennison Himmelfarb, C., ... & Wright, J. T. (2018). ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA. Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*, 71(6), e13-e115. <https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000065>

Anexo A

Estructura y contenido de las sesiones del PICC

Cada sesión consistía en una breve explicación teórica y el entrenamiento de determinadas estrategias a practicar a lo largo de la semana siguiente. Se incluyeron aspectos motivacionales y de compromiso activo, temas preferentes y un tiempo de expresión y comentario libre.

Sesión 1: educativa

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. Consciencia y compromiso activo. Espacio de expresión y cohesión.

Sesión 2

Explicación del síndrome general de adaptación a los acontecimientos vitales estresantes y descripción de la reacción del SNA. Autoobservación. Entrenamiento en técnicas de respiración diafragmática y de relajación muscular de Jacobson. Expresión y cohesión.

Sesión 3

Autoinstrucciones, refocalización atencional y visualización imaginaria. Técnica de body-scan. Meditación y mindfulness. Espacio de expresión y cohesión.

Sesión 4

Gestión cognitiva: Detección de pensamientos interfirientes y/o disfuncionales y su función: distorsiones y creencias básicas. Espacio de expresión y cohesión.

Sesión 5

Autogestión cognitiva y reevaluación de pensamiento: flexibilidad de pensamiento y pensamientos alternativos basados en la evidencia. Espacio de expresión y cohesión.

Sesión 6

Autogestión comportamental mediante habilidades sociales asertivas (decir no, expresión de molestia o desagrado, expresión positiva y reforzante). Expresión y cohesión.

Sesión 7

Comunicación afectiva e interpersonal, aumento de actividades gratificantes y solución de problemas. Ir en dirección en función de los propios valores y objetivos con coherencia Prevención de recaídas. Espacio de expresión y cohesión.

Se trabajaban las sucesivas estrategias insertadas sobre aspectos frecuentes en este tipo de pacientes que se abordaban con especial atención:

- El pensamiento depresivo
- Gestión del PCTA: impaciencia y gestión del tiempo. Regulación de la excesiva vinculación laboral y necesidad de logro
- Gestión de la ira
- Gestión de la ansiedad, higiene de sueño, alimentación, sexualidad o consumos (tabaco), miedo a la incapacidad laboral, deterioro o muerte.

Fecha de recepción: Noviembre de 2021.

Fecha de aceptación: Agosto de 2022.