

# Fundamentos teóricos de la intervención psiquiátrica y psicológica de enlace en unidades de rehabilitación cardiaca (II)

*Theoretical basis of psychiatric and psychological liaison intervention in cardiac rehabilitation units (II)*

Concepción Bancalero Romero\*, Almudena Aguilera Saborido\*\*,  
Marta Navarro Arenas\*\*, Laura Carrión Expósito\*\*\*,  
Alicia Quirós López\*\*\*, Sergio Ruiz Doblado \*\*\*\*

Recibido: 02/03/12

Aceptado: 15/01/13

## Resumen

La AACPR define la Rehabilitación Cardiaca (RC) como el proceso por el cual las personas con enfermedad cardiovascular recuperan y mantienen su óptimo status fisiológico, psicológico, laboral y emocional. En la actualidad, el desarrollo de unidades de RC puede considerarse como un objetivo prioritario dentro de los programas de salud pública de los países desarrollados. Los programas de RC tienen, a día de hoy, una indicación de clase I basada en la evidencia. Numerosos estudios refrendan en el momento actual los buenos resultados de las unidades de RC en cuanto a supervivencia a medio-largo plazo postinfarto, morbimortalidad, complicaciones y calidad de vida. La utilización de Técnicas Cognitivo-Conductuales (TCC) y de manejo del estrés (relajación, psicoeducación ansiedad-depresión, reestructuración cognitiva, habilidades de afrontamiento, etc.) puede mejorar los resultados del tratamiento standard con ejercicio físico. Así lo señalan estudios recientes como el ENHANCED Study (Enhancing Standard Cardiac Rehabilitation with Stress Management Training in patients with Heart Disease). Finalmente, el

**Declaración de intereses:** la presente revisión ha sido diseñada y elaborada por los autores sin conflictos de intereses financieros o de otra índole. Sergio Ruiz-Doblado ha realizado tareas de consultoría para HealthCare Advisory Board (Montreal, Canadá) y Lead Physician (Londres, UK), ha actuado como speaker para Eli-Lilly, Janssen-Cilag, Astra-Zeneca, Pfizer, Bristol-Myers & Otsuka Pharmaceuticals, Almirall-Prodesfarma y Servier, y como revisor para la Revista Española de Salud Pública, BioMed Central y Clinical Drugs Investigation. Concepción Bancalero-Romero, Almudena Aguilera-Saborido, Marta Navarro-Arenas, Laura Carrión-Expósito y Alicia Quirós-López no declaran conflictos de intereses.

Hospital de la Merced, Osuna (Sevilla).

\* Facultativo Especialista de Area Psicología Clínica.

\*\* Facultativo Especialista de Area Cardiología.

\*\*\* Médico Interno Residente (Psiquiatría).

\*\*\*\* Director Unidad de Gestión Clínica Psiquiatría.

**Correspondencia:** Dr. D. Sergio Ruiz-Doblado  
Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Merced  
Ayda. Constitución, 2  
41640 Osuna (Sevilla).  
E-mail: s.ruizdoblado@gmail.com

---

*diagnóstico precoz y tratamiento eficaz de la depresión mayor postinfarto contribuye también a mejorar el pronóstico y reducir la morbimortalidad cardiaca. Diversos trabajos (incluyendo un metanálisis con seis ensayos clínicos y el CREATE Study) coinciden en señalar el efecto “protector” de los ISRS sobre el corazón, ya que a su acción sobre el estado de ánimo se sumaría el efecto bradicardizante y sus propiedades sobre la coagulación.*

**Palabras clave:** Rehabilitación Cardiaca. Depresión Mayor. Técnicas Cognitivo Conductuales. Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS).

## **Summary**

*The AACPR defines the Cardiac Rehabilitation (CR) as the process in which persons with cardiovascular disease recover and sustain an optimum physiological, psychological, labour, and emotional status. Nowadays, the development of CR Units is considered as a primary goal in public health programs of the developed countries. Indeed, CR programs has today a class I based-on-evidence indication, and several studies endorse the good results of CR in variables such as postinfarction survival, morbimortality, complications, and quality-of-life. The utilization of Cognitive-Behavior Therapy (CBT) and Stress Management Training (anxiety-depression psychoeducation, relaxation techniques, cognitive processing, social skills training, etc) may improve the results obtained with standard exercise treatment. Results of current research as the ENHANCED Study (Enhancing Standard Cardiac Rehabilitation with Stress Management Training in patients with heart disease) endorse this findings. Finally, the praecox diagnosis and effective treatment of Major Depression (MD) is also relevant in improving prognosis, outcome and morbimortality postinfarction. Indeed, several current works (including a meta-analysis with six randomized-clinical-trials, and the CREATE Study) are agree to point out the protective effect of SSRI antidepressants for the heart: In addition to the antidepressant action, SSRI drugs have a bradycardia protective effect, and also an inhibitory effect on serotonin-mediated platelet activation (anti-coagulant activity).*

**Key words:** Cardiac Rehabilitation. Major Depression. Cognitive Behavior Therapy. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI).

## **UN EJEMPLO DE INTERDISCIPLINARIEDAD: LAS UNIDADES DE REHABILITACIÓN CARDIACA**

La OMS define en 1964 la Rehabilitación cardiaca como el “conjunto de actividades necesarias para asegurar a los cardiopatas una condición física, social y mental óptima que les permita ocupar, por sus propios medios, un lugar tan normal como les sea posible en la sociedad”. Una definición más reciente es la de la American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (Aguilera-Saborido et al, 2011): “proceso por el cual las personas con enfermedad cardiovascular recuperan y mantienen su óptimo

status fisiológico, psicológico, laboral y emocional”. En la actualidad, el desarrollo de unidades de RC puede considerarse como un objetivo prioritario dentro de los programas de Salud Pública de la mayoría de los países desarrollados. Los programas de RC y prevención secundaria tienen, a día de hoy, una indicación de clase I basada en la evidencia, tal como se recoge en la 4ª edición de las *Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention Programs*, de la Asociación Americana de Rehabilitación Cardiovascular y Pulmonar (Aguilera-Saborido et al, 2011). La RC mejoraría la tolerancia al ejercicio y disminuiría la sintomatología postIAM (ambas con evidencia tipo A), aumentando también la fuerza física, el hábito de practicar ejercicio, el índice de reincor-

poración laboral, la calidad de vida y mejorando la morbimortalidad posterior al evento coronario (evidencias tipo B). En los **Gráficos 1, 2 y 3** se recogen, a modo de resumen ilustrativo del diseño general de los programas de RC, las intervenciones realizadas en las fases sucesivas del tratamiento (gráf. 1), la estratificación del riesgo en la fase II de la RC (gráf. 2), y la composición de una sesión de entrenamiento con la determinación del nivel de esfuerzo subjetivo percibido por el paciente (gráf. 3).

La RC posterior a un IAM sigue a las fases agudas y de convalecencia, comprendiendo aprox. desde los 2-3 meses post-IAM hasta 1 año después. Durante esta fase del tratamiento se realizan intervenciones combinadas físicas, conductuales y sociales que tratan de mejorar la adaptación del paciente a su nuevo estilo de vida y limitaciones: abstinencia de tabaco y alcohol, control de peso y dieta, cumplimiento del tratamiento, ejercicio monitorizado y técnicas de relajación y habilidades de afrontamiento del estrés (Ruiz-Doblado, 2003). Los objetivos terapéuticos fundamentales

de la intervención psicológica pueden sintetizarse en conseguir que el paciente “sea menos patrón de conducta A o bien un A mejor y menos sobreimplicado”, actuar sobre los rasgos de personalidad tipo D (PTD) como el afecto negativo y la inhibición social si existen, y detectar precozmente y tratar eficazmente la comorbilidad psiquiátrica depresiva. Durante esta fase del tratamiento se profundiza –habitualmente en terapia grupal de 1 h. de duración y de periodicidad quincenal, dirigida por un psiquiatra o psicólogo de enlace– en aspectos relacionados con la incapacidad laboral, el nuevo equilibrio de pareja o familiar, la distribución del emergente nuevo tiempo de ocio, la recuperación de la autoestima y el autoconcepto, el reforzamiento de las redes de apoyo familiar y social y el papel sostenedor potencial –si fuese preciso– de instituciones sociosanitarias (Lozano et al, 1995) (Ruiz-Doblado, 2003). Los objetivos fundamentales del grupo son, entre otros, la identificación terapéutica de los nuevos pacientes con los más veteranos (factores tipo “grupo de autoayuda”), la verbalización de los sentimientos, la



**Gráfico 1**



Gráfico 2

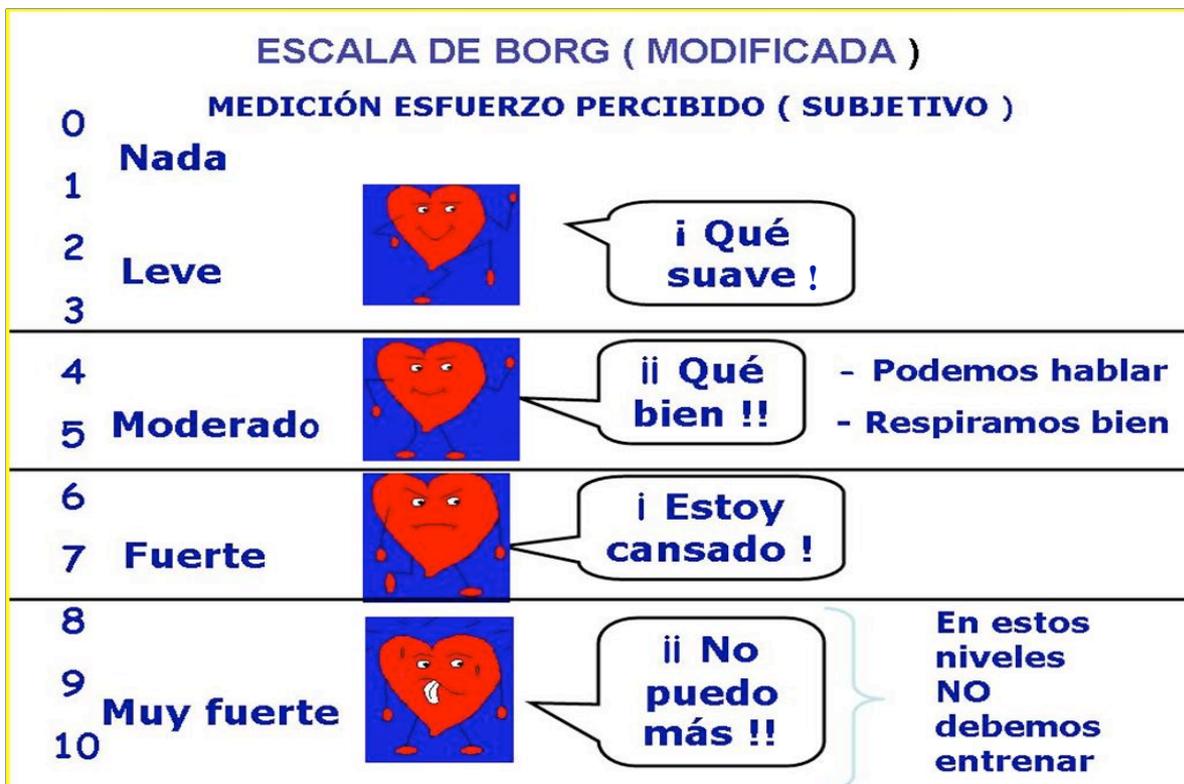


Gráfico 3

facilitación de la expresión emocional y la reestructuración de los hábitos y tiempo de ocio. Estas tareas deben realizarse en estrecho contacto con el personal encargado de la rehabilitación física del paciente y con el cardiólogo. Algunos pacientes pueden requerir atención psicofarmacológica o psicoterapéutica individual adicional, sobre todo aquellos en los que el screening inicial identifica patología depresiva mayor. En apartados posteriores de esta revisión, nos ocuparemos tanto de las técnicas cognitivo-conductuales utilizadas comúnmente en Rehabilitación Cardíaca, como de la utilización de antidepresivos en pacientes post-infartados.

### **RESULTADOS DE LA REHABILITACIÓN CARDIACA. EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES COMPLEMENTARIAS PSIQUIÁTRICAS Y PSICOLÓGICAS FRENTE AL TRATAMIENTO STANDARD (EJERCICIO FÍSICO MONITORIZADO Y EDUCACIÓN EN FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR)**

Existen diversos estudios en los que se analizan los resultados de los programas de Rehabilitación Cardíaca (RC) en supervivencia a medio-largo plazo y calidad de vida. Así, un estudio realizado en nuestro país en el Hospital Ramón y Cajal, tras 10 años de seguimiento de un grupo de 90 pacientes en programa de RC y otro grupo de 90 controles (Maroto et al, 2005), señaló un descenso significativo en la mortalidad por todas las causas (91,8% de supervivencia a los 10 años en el grupo de RC frente a 81,7% en el grupo control,  $p = 0,04$ ), en complicaciones no mortales (35,2% en RC frente a 63,2% en grupo control), en la presentación de angina inestable (15,7% RC vs 33,9% controles), desarrollo de insuficiencia cardíaca (3% RC frente a 14,4% controles) y en la necesidad de cirugía de revascularización en el período de seguimiento (8,4% RC frente al 22,9% controles). Inicialmente, los estudios se realizaban en pacientes de bajo riesgo, aunque en los últimos años es cada vez más frecuente incluir pacientes de riesgo moderado y alto en los programas de RC. El perfil del paciente tributario de RC, basado en un estudio de implantación en el

Sistema Nacional de Salud de Unidades de RC (Márquez-Calderón et al, 2003), incluye a un 64% de pacientes con insuficiencia cardíaca y a un 60% de enfermos de alto riesgo. Además del ejercicio físico, todas las unidades incluyen educación sobre la Cardiopatía Isquémica y factores de riesgo y pronósticos, y un 73% cuentan con intervención psicológica. En unidades cercanas a la nuestra como la del H. Virgen de la Victoria de Málaga, se incluye inicialmente a pacientes de bajo riesgo, extendiéndose la oferta posteriormente después a pacientes de riesgo moderado y alto. El perfil de los pacientes de Málaga se define como el de un varón de 35-70 años, de diferente nivel económico y sociocultural, con rasgos de personalidad variados pero predominando el patrón de conducta tipo A, con afectación emocional, situación laboral estresante, diferentes grados de conciencia de enfermedad física y escaso grado de conciencia de los componentes emocionales de la enfermedad.

Un metanálisis muy reciente (O'Neil et al, 2011) trata de determinar el impacto del tratamiento de la depresión sobre la calidad de vida y el estado mental y físico posterior de los pacientes coronarios. El metanálisis reunió 5 ensayos clínicos aleatorizados (ECA), que agruparon a un total de 2105 participantes (1058 en RC y 1047 como grupo control), concluyendo claramente a favor de la RC ( $p < 0.00001$ ). Mientras que el impacto del tto. de la depresión fue importante en las medidas de calidad de vida global post-IAM y en el estado mental posterior de los pacientes, el impacto sobre el estado físico del tto. farmacológico, cognitivo o grupal de la depresión fue sólo modesto. En otro estudio reciente, el ENHANCED Study (*Enhancing Standard Cardiac Rehabilitation with Stress Management Training in patients with Heart Disease*), realizado en 2010 por Blumenthal et al, se reclutaron 150 pacientes cardíacos de las clínicas universitarias de Duke y North Carolina. La muestra total fue separada en dos grupos, recibiendo el primero de ellos RC standard basada en el ejercicio y el segundo, RC standard-ejercicio + entrenamiento en técnicas de manejo del estrés (técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, habilidades de comunicación y asertividad, y entrenamiento en resolución de problemas). El estudio, metodológicamente muy cui-

dado, realizó mediciones basales y a los 12 meses del estado mental con instrumentos de evaluación psicométricos (ansiedad, depresión, nivel de estrés, hostilidad), del funcionalismo cardíaco in vivo, de diversos parámetros bioquímicos (cortisol y catecolaminas en orina de 24 h, mediadores inflamatorios, función plaquetaria) y de marcadores de resultado final de ambas intervenciones (muerte, hospitalizaciones, reinfarcto, necesidad de revascularización). Se concluyó, de forma clara, a favor de la asociación de técnicas de entrenamiento en el manejo del estrés frente al tto. standard aislado, mejorando significativamente más diversos indicadores del estado mental, funcionalismo cardíaco, calidad de vida y pronóstico a medio plazo.

### **ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA REHABILITACIÓN CARDIACA. TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES, GRUPALES E INDIVIDUALES EN PACIENTES EN REHABILITACIÓN CARDIACA**

La repercusión emocional tras el padecimiento de un accidente coronario puede ser muy importante. De esta manera, los objetivos de la intervención psicológica son múltiples: por un lado se trataría de prevenir la aparición de futuras recaídas; por otro, de impedir que las reacciones emo-

cionales ya citadas se cronifiquen y se conviertan en trastornos mentales; y por último, favorecer la adaptación del paciente a su nueva vida, aceptando las limitaciones funcionales, si es que las hubiere, e incrementando también su calidad de vida. Para ello, es necesario el trabajo, habitualmente en sesiones grupales, de los siguientes aspectos:

1.- **PSICOEDUCACIÓN:** es un procedimiento en el que se instruye a los sujetos en la relación que existe entre los comportamientos que llevan a potenciar los factores de riesgo coronarios tradicionales y el desarrollo de la cardiopatía isquémica, así como sobre la relación existente entre las conductas típicas del PCTA y la PTD y la enfermedad coronaria. Este tipo de procedimientos podría ser responsable, en promedio, de un 39% de los efectos positivos que se obtienen en los programas de prevención y rehabilitación cardiovascular en los que son incluidos (Rahe et al, 1979) (Roskies et al, 1979) (Langosch et al, 1982) (Levenkron et al, 1983) (Friedman et al, 1982) (Hart, 1984) (Gill et al, 1985).

2.- **TÉCNICAS DE RELAJACIÓN:** consiste en el entrenamiento en técnicas de desactivación emocional. La más adecuada, en pacientes coronarios y coste-eficaz por su duración, sería la relajación muscular progresiva de Jacobson, que consiste en que el paciente aprenda a discriminar las señales de tensión que existen en las distintas partes de su cuerpo, para inducir su relajación poste-

#### **Cuadro 1 Rehabilitación Cardíaca (RC): conceptualización**

- Conjunto de actividades necesarias para asegurar a los cardíopatas una condición física, social y mental óptima que les permita ocupar, por sus propios medios, un lugar tan normal como les sea posible en la sociedad (*OMS*).
- Proceso por el cual las personas con enfermedad cardiovascular recuperan y mantienen su óptimo status fisiológico, psicológico, laboral y emocional (*American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation*).
- La RC mejora la tolerancia al ejercicio, disminuye las complicaciones posteriores al IAM (ambas acciones con evidencia científica tipo A), aumenta la fuerza física, el hábito de practicar ejercicio, el índice de reincorporación laboral, la calidad de vida y mejora de la morbimortalidad posterior al evento coronario agudo (evidencias tipo B).
- La RC tiene, en conjunto, indicación de clase I basada en la evidencia (*Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention Programs, 4th Edition*).

rior. El resultado final es un estado subjetivo de bienestar y relajación física y mental. El porcentaje de efectos beneficiosos debido a este tipo de técnicas podría ser del 18% (Suinn & Bloom, 1978) (Jenni & Wollersheim, 1979) (Roskies et al, 1979) (Langosch et al, 1982) (Hart, 1984) (Gill et al, 1985).

3.- REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA: es un procedimiento enfocado a instruir al paciente en identificar las cogniciones disfuncionales catastrofistas en torno a sentimientos de discapacidad y limitaciones futuras, secundarias al padecimiento de un episodio coronario, y responsables de las reacciones emocionales de ansiedad y depresión. Igualmente, se enseña al paciente cómo sustituirlas por otros pensamientos mucho más realistas, adaptativos y menos disfuncionales. Este procedimiento parece aportar el 37% de los efectos positivos conseguidos en los programas de rehabilitación cardiovascular (Levenkron et al, 1983) (Friedman et al, 1984) (Gill et al, 1985).

4.- HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO: a través de:

4.1.- EXPOSICIÓN EN IMAGINACIÓN: es una técnica que se basa en imaginar situaciones de alta activación para practicar habilidades de afrontamiento, desarrolladas mediante la relajación y la reestructuración cognitiva. La aportación de este tipo de técnicas en los programas de rehabilitación está en torno al 21% de los efectos positivos (Levenkron et al, 1983) (Hart., 1984).

4.2.- AFRONTAMIENTO “TIPO B”: es un entrenamiento generalmente basado en la técnica del role-play, y que tiene como finalidad la adquisición de habilidades de afrontamiento característi-

cas del Patrón de Conducta Tipo B (PCTB). Los beneficios de este tipo de técnicas en los programas de rehabilitación oscila en torno al 15% (Suinn & Bloom, 1978) (Rahe et al, 1979) (Levenkron et al, 1983) (Friedman et al, 1984) (Gill et al, 1985).

En cuanto a la evidencia existente en la actualidad de los resultados de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en RC, un ensayo clínico de Freedland et al (2009), que comparó los resultados de 12 sesiones semanales de TCC con terapia de apoyo y tratamiento standard, documentó tasas de remisión depresiva del 71% en el grupo de TCC, frente a un 57% en el grupo de terapia de apoyo y a un 33% en el de tratamiento standard. La mitad de los pacientes estaba también en tratamiento con antidepresivos, lo que limita parcialmente los hallazgos del ensayo desde el punto de vista metodológico. Los autores concluyen a favor del uso de ambos tipos de psicoterapia, aunque recomiendan la TCC por la durabilidad de los efectos positivos. En cuanto a la evidencia de la eficacia de otras modalidades de psicoterapia, no hemos hallado ensayos clínicos controlados con otros tipos de terapia no conductual. Aparte de la TCC, la Terapia Interpersonal (TIP) es la única modalidad evaluada en un ensayo clínico randomizado. El Estudio CREATE (*Canadian Cardiac Randomized Evaluation of Antidepressant and Psychotherapy Efficacy*) (Lesperance et al, 2007) comparó la eficacia del citalopram + manejo clínico standard con la del citalopram + TIP, en el tratamiento de la depresión mayor en enfermos coronarios, concluyendo que la TIP no aporta beneficios adicionales significativos cuando se compara con el tratamiento aislado con citalopram a dosis de 20-40 mg/día.

## Cuadro 2

### Algunas Técnicas Cognitivo-Conductuales utilizadas en Rehabilitación Cardíaca

- Psicoeducación ansiedad y depresión.
- Técnicas de relajación.
- Reestructuración cognitiva.
- Habilidades de afrontamiento: exposición en imaginación.
- Habilidades de afrontamiento: afrontamiento tipo B.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Otras: Terapia Interpersonal.

Abordando, para terminar, los aspectos más prácticos y de implementación del tratamiento psicoterapéutico en RC, una metodología de trabajo adecuada puede ser el formato grupal con una periodicidad quincenal y una duración aproximada de 60-90 min. El número total de sesiones suele oscilar entre 10-12. Es también importante dejar el final de cada una de las sesiones terapéuticas libre de contenido, permitiendo a los pacientes manifestar dudas y expresar sus preocupaciones. Alguna de las sesiones puede organizarse también con un formato multifamiliar, debido a la importancia que el grupo primario de apoyo puede tener en la recuperación de los pacientes. Otros temas que se trabajan de manera transversal son la rehabilitación laboral y la adherencia al tratamiento. Finalmente, si se detectan problemas emocionales graves que requieran intervención psicoterapéutica individualizada o tratamiento antidepressivo, se suele brindar una atención individualizada adicional para tratar adecuadamente la comorbilidad psiquiátrica.

## **TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN MAYOR EN EL PACIENTE CORONARIO: EL EFECTO PROTECTOR DE LOS ISRS**

Como se ha mencionado ya en la 1ª parte de es-

ta revisión, la depresión mayor es frecuente en los pacientes postinfartados (15-30% de morbilidad) (Thornton, 2001) (Burg & Abrams, 2001) (Romanelli et al, 2002), y su diagnóstico precoz y tratamiento eficaz contribuyen a mejorar el pronóstico y la evolución a medio-largo plazo de la enfermedad coronaria (Bernardo & Salvá, 1996) (Cowan et al, 2001) (Cossette et al, 2001) (Pogossova, 2002) (Ruiz-Doblado, 2003), disminuyendo la aparición de complicaciones (los denominados *MACE o Major Adverse Cardiac Events*: arritmias, reinfarto, necesidad de revascularización, muerte) (Thombs et al, 2008) (Blumenthal et al, 2010) (Blumenthal, 2011) (O'Neil et al, 2011) (Sardinha et al, 2011). La depresión mayor no tratada se considera por tanto en la actualidad como *un factor de riesgo independiente, con peso propio en el pronóstico de la enfermedad coronaria, y equiparable a los factores de riesgo clásicos como el consumo de tabaco, diabetes, antecedentes familiares de enfermedad coronaria, hipertensión arterial e hiperlipemia* (Frasure-Smith et al, 2007) (Frasure-Smith & Lesperance, 2008) (Perini et al, 2008) (Janeway, 2009) (Vogelzangs et al, 2010) (Davidson et al, 2010) (Ormel & de Jonge, 2011) (Celano & Huffman, 2011).

La mayoría de los estudios, realizados a día de hoy, recomiendan preferentemente la utilización de antidepressivos ISRS en el tratamiento de la depre-

### **Cuadro 3**

#### **El efecto cardioprotector de los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) en pacientes coronarios con depresión mayor**

- Los ISRS son el tratamiento de elección en la Depresión Mayor post-IAM, mejorando, además de la depresión, el pronóstico y evolución a largo plazo de la enfermedad coronaria, y disminuyendo la aparición de complicaciones mayores (arritmias, reinfarto, muerte súbita, necesidad de revascularización).
- Acción ligeramente bradicardizante potencialmente beneficiosa.
- Mejoría de parámetros neuroinmunológicos, psiconeuroendocrinos e inflamatorios asociados a la depresión, reduciendo, por tanto la aterogénesis mediada por inflamación.
- Propiedades sobre la coagulación al actuar sobre la 5-HT plaquetaria, potenciándose ligeramente la acción de otros anticoagulantes e inhibiéndose los mecanismos trombogénicos.
- Un reciente metanálisis (Pizzi et al, 2011), que agrupa 6 ensayos clínicos aleatorizados, concluye que el tratamiento con ISRS mejora parámetros pronósticos de la enfermedad cardiovascular (OR = 0,63 en readmisiones por nuevo evento coronario y OR = 0,56 en mortalidad). El Estudio *Canadian Cardiac Randomized Evaluation of Antidepressant and Psychotherapy Efficacy (CREATE)* obtiene resultados similares.

si3n en pacientes en RC. Con los IMAO pr3cticamente en desuso y la conocida cardiotoxicidad de los tric3clicos (hipotensi3n ortost3tica por bloqueo alfa, efecto anticolin3rgico taquicardizante, inducci3n de arritmias y prolongaci3n del QT, eventual miotoxicidad card3aca), los ISRS suponen una alternativa eficaz y segura en el tratamiento, encontr3ndose exentos de estos efectos indeseables y mejorando la supervivencia a medio plazo (Sauer et al, 2001) (Meinke & Hoff, 2004) (Parissis et al, 2007) (Somberg & Arora, 2008) (Glassman, 2008) (von Ruden et al, 2008) (Pizzi et al, 2011). Los ISRS presentan, adem3s, dos ventajas potenciales en el paciente card3opata: su acci3n ligeramente bradicardizante y sus propiedades sobre la coagulaci3n, actuando a nivel plaquetario y potenciando ligeramente la acci3n de otros anticoagulantes (Kim et al, 2009). En relaci3n a esta segunda acci3n potencialmente beneficiosa de los ISRS, existe controversia en cuanto a si los ISRS pueden prolongar el tiempo de sangr3a en los enfermos anticoagulados de una manera cl3nicamente significativa (Wallersted et al, 2009). Un reciente estudio de Kim et al (2009), publicado en *American Journal of Cardiology* y que revisa m3s de 1.000 pacientes en tratamiento con ISRS tras bypass coronario, concluye que no existe riesgo de eventos sangrantes (hemorragia o hematoma postprocedimiento, hemorragia gastrointestinal) con traducci3n cl3nica en los pacientes, a3n cuando estos estuvieran antiagregados o anticoagulados.

Finalmente, y ocup3ndonos de nuevo de los resultados sobre el pron3stico a medio plazo del tratamiento de la depresi3n mayor con ISRS en el paciente coronario, un estudio de casos-controles con amplia muestra, estratificaci3n de los factores sociodemogr3ficos y factores de riesgo coronario, y que utiliza un modelo de estadística multivariante (regresi3n log3stica), determin3 una Odds Ratio de 0,35 para IAM en los pacientes con ISRS, en relaci3n a los que no los tomaban; concluyendo, claramente, a favor de que los ISRS confieren un efecto protector (Sauer et al, 2001). El reciente metaan3lisis de Pizzi et al (2011) publicado en *American Journal of Cardiology*, que agrupa los 6 ensayos cl3nicos randomizados realizados hasta la fecha, concluye que el tratamiento con ISRS mejora claramente el estado de 3nimo y puede mejorar tambi3n el pron3stico car-

diovascular (OR = 0,63 en readmisiones por evento coronario y OR = 0,56 en mortalidad), refrendando as3, tambi3n, el efecto protector de los ISRS. Otros trabajos como los de Vieweg et al (2006) y el Estudio CREATE (*Canadian Cardiac Randomized Evaluation of Antidepressant and Psychotherapy Efficacy*) (Lesperance et al, 2007) obtienen resultados similares. El Estudio CREATE recomienda como tratamiento de primera l3nea citalopram o sertralina + manejo cl3nico standard, no encontrando evidencias del beneficio adicional de la terapia interpersonal asociada, respecto al tratamiento 3nico con ISRS.

## BIBLIOGRAF3A

1. **Aguilera-Saborido A, Exp3sito-Tirado JA, L3pez-Lozano A, et al.:** (2011). Características cl3nicas y epidemiol3gicas de pacientes que ingresan en una Unidad de Rehabilitaci3n card3aca. P3ster presentado al XLVI Congreso Sociedad Andaluza Cardiolog3a, 12-14 mayo 2011.
2. **Bernardo M & Salv3 J.:** (1996). Trastornos depresivos en cardiolog3a. En: Roca M, Bernardo M. Trastornos depresivos en patolog3as m3dicas. Barcelona, Masson: 17-29.
3. **Blumenthal JA.:** (2011). New frontiers in cardiovascular behavioral medicine: comparative effectiveness of exercise and medication in treating depression. *Cleveland Clinic Journal Of Medicine*, 78 suppl 1: S35-43.
4. **Blumenthal JA, Wang JT, Babyak M, et al.:** (2010). Enhancing standard cardiac rehabilitation with stress management training: background, methods, and design for the ENHANCED Study. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 30: 77-84.
5. **Burg MM & Abrams D.:** (2001). Depression in chronic medical illness: the case of coronary heart disease. *Journal of Clinical Psychology*, 57: 1323-37.
6. **Celano CM & Huffman JC.:** (2011). Depression and cardiac disease: A review. *Cardiology Reviews*, 19: 130-42.
7. **Cossette S, Frasure-Smith N, Lesperance F.:** (2001). Clinical implications of a reduction in psychological distress on cardiac prognosis in patients participating in a psychosocial intervention program. *Psychosomatic Medicine*, 63: 257-66.
8. **Cowan MJ, Pike KC, Budzynski HK.:** (2001).

- Psychosocial nursing therapy following sudden cardiac arrest: impact of two year survival. *Nurse Research*, 50: 68-76.
9. **Davidson KW, Burg MM, Kronish IM, et al.:** (2010). Association of anhedonia with recurrent major adverse cardiac events and mortality 1 year after acute coronary syndrome. *Archives of General Psychiatry*, 67: 480-8.
  10. **Frasure-Smith N, Lesperance F, Irwin MR et al.:** (2007). Depression, C-reactive Protein and two-year Major Adverse Cardiac Events in men after Acute Coronary Syndromes. *Biological Psychiatry*, 62: 302-8.
  11. **Frasure-Smith N & Lesperance F.:** (2008). Depression and anxiety as predictors of 2-year cardiac events in patients with stable coronary artery disease. *Archives of General Psychiatry*, 65: 62-71.
  12. **Freedland KE, Skala JA, Carney RM, et al.:** (2009). Treatment of depression after coronary artery bypass surgery: A randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 66: 387-96.
  13. **Friedman M, Thoresen C, Gill JJ.:** (1982). Feasibility of altering Type A behavior pattern myocardial infarction: Recurrent Coronary Prevention Project Study. Methods, baseline results and preliminary findings. *Circulation*, 66: 83-92.
  14. **Gill JJ, Price A, Friedman M, et al.:** (1985). Reduction in Type A behavior in health middle-aged American military officers. *American Heart Journal*, 110: 503-514.
  15. **Glassman A.:** (2008). Depression and cardiovascular disease. *Pharmacopsychiatry*, 41: 221-5.
  16. **Hart KE.:** (1984). Anxiety management treatment and anger control for Type A individuals. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 15: 133-139.
  17. **Janeway D.:** (2009). An integrated approach to the diagnosis and treatment of anxiety within the practice of cardiology. *Cardiology Reviews*, 17: 36-46.
  18. **Jenni MA & Wollersheim JP.:** (1979). Cognitive therapy, stress management training, and Type A behavior pattern. *Cognitive Therapy Research*, 3: 61-73.
  19. **Kim DH, Daskalakis C, Whellan DJ, et al.:** (2009). Safety of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in adults undergoing coronary artery bypass grafting. *American Journal of Cardiology*, 103: 1390-5.
  20. **Langosch W, Seer P, Brodner G, et al.:** (1982). Behavior therapy with coronary heart disease patients: results of a comparative study. *Journal of Psychosomatic Research*, 26: 475-484.
  21. **Lesperance F, Frasure-Smith N, Koszycki D, et al.:** (2007). Effects of citalopram and Interpersonal Psychotherapy on depression in patients with coronary artery disease: The Canadian Cardiac Randomized Evaluation of Antidepressant and Psychotherapy Efficacy (CREATE) trial. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 297: 367-79.
  22. **Levenkron JC, Cohen JD, Mueller HS, et al.:** (1983). Modifying the Type A coronary-prone behavior pattern. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51: 192-204.
  23. **Lozano M, Carcedo C, de la Calle L, et al.:** (1995). *Psiquiatría de Enlace en el paciente coronario*. Monografías de Psiquiatría; 3: 18-25.
  24. **Maroto-Montero JM, Artigao-Ramírez R, Morales-Durán MD, et al.:** (2005). Rehabilitación cardiaca en pacientes con infarto de miocardio. Resultados tras 10 años de seguimiento. *Revista Española de Cardiología*: 58: 1181-7.
  25. **Márquez-Calderón S, Villegas-Portero R, Briones E, et al.:** (2003). Implantación y características de los programas de rehabilitación cardiaca en el Sistema Nacional de Salud español. *Revista Española de Cardiología*: 56: 775-82.
  26. **Meinke U & Hoff P.:** (2004). Antidepressants in patients with cardiovascular disease. *Nervenheilkunde*, 23: 588-92.
  27. **O'Neil A, Sanderson K, Oldenburg B, et al.:** (2011). Impact of depression treatment on mental and physical health-related quality of life of cardiac patients: a meta-analysis. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 31: 146-56.
  28. **Ormel J & de Jonge P.:** (2011). Unipolar depression and the progression of coronary artery disease: Toward an integrative model. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 80: 264-74.
  29. **Parissis J, Fountoulaki K, Paraskevadis I, et al.:** (2007). Sertraline for the treatment of depression in coronary artery disease and heart failure. *Expert Opinion in Pharmacotherapy*, 8: 1529-37.
  30. **Perini GI, di Florio A, Pavan C.:** (2008). Major depressive disorders and coronary artery disease: A review on common pathophysiological pathways. *Clinical Neuropsychiatry*, 5: 151-61.
  31. **Pizzi C, Rutjes AW, Costa GM, et al.:** (2011). Meta-analysis of SSRI in patients with depression and coronary heart disease. *American Journal of Cardiology*, 107: 972-9.

- 
32. **Pogosova GV.** (2002). Depression: a novel risk factor of ischaemic heart disease and predictor of coronary death. *Kardiologia*, 42: 86-90.
33. **Rahe RM, Ward HW, Hayes V.** (1979). Brief group therapy in myocardial infarction rehabilitation: three to four year follow-up of a controlled trial. *Psychosomatic Medicine*: 41: 229-242.
34. **Romanelli J, Fauerbach JA, Bush DE, et al.** (2002). The significance of depression in older patients after myocardial infarction. *Journal of the American Geriatric Society*, 50: 969-70.
35. **Roskies E, Kearney H, Spavack M, et al.** (1979). Generalizability and durability of treatment effects in a intervention program for coronary-prone (Type-A) managers. *Journal of Behavior Medicine*, 2: 195-207
36. **Ruiz-Doblado S.** (2003). Psicocardiología: aspectos conceptuales y epidemiológicos. En: Rojo-Rodés JE, Mingote-Arán JC. *Psiquiatría de Enlace: Cardiología*. Barcelona, Scientific Communication Management: 11-35.
37. **Sardinha A, Araújo CG, Soares-Filho GL, et al.** (2011). Anxiety, panic disorder and coronary artery disease: Issues concerning physical exercise and cognitive behavioral therapy. *Expert Reviews in Cardiovascular Therapy*, 9: 165-75.
38. **Sauer WH, Berlin JA, Kimmel SE.** (2001). Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and myocardial infarction. *Circulation*, 104: 1894-8.
39. **Somberg TC & Arora RR.** (2008). **Depression** and heart disease: Therapeutic implications. *Cardiology*, 111: 75-81.
40. **Suinn RM & Bloom LJ.** (1978). Anxiety management for Type A person. *Journal of Behavior Medicine*, 1: 25-35.
41. **Thombs BD, De Jonge P, Coyne JC, et al.** (2008). Depression screening and patient outcomes in cardiovascular care: a systematic review. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 300: 2161-71.
42. **Thornton LA.** (2001). Depression in post-acute myocardial infarction patients. *Journal of the American Academy of Nurse Practice*, 13: 364-7.
43. **Vogelzangs N, Seldenrijk A, Beekman AT, et al.** (2010). Cardiovascular disease in persons with depressive and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 125: 241-8.
44. **von Rudden AE, Adson DE, Kotlyar M.** (2008). Effect of SSRI on cardiovascular morbidity and mortality. *Journal of Cardiovascular Pharmacology and Therapeutics*, 13: 32-40.
45. **Vieweg WV, Julius DA, Fernández A, et al.** (2006). Treatment of depression in patients with coronary heart disease. *American Journal of Medicine*, 119: 567-73.
46. **Wallersted SM, Gleerup H, Sundstrom A, et al.** (2009). Risk of clinically relevant bleeding in warfarin-treated patients: Influence of SSRI treatment. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 18: 412-6.