

Creencias respecto al ejercicio físico y cambios psicológicos tras sufrir un Síndrome Coronario Agudo

Beliefs about physical exercise and psychological changes after an acute coronary syndrome

Fecha de recepción: 04-05-2019

Fecha de aceptación: 23-10-2019

Eva León Zarceño

Universidad Miguel Hernández de Elche

Salvador Boix Vilella

Universidad Isabel I

Vicente Arrarte Esteban

Servicio de Cardiología del Hospital General Universitario de Alicante

Miguel Ángel Serrano Rosa

Universidad de Valencia

resumen/abstract:

Actualmente existen interrogantes acerca del estado psicológico tras un Síndrome Coronario Agudo (SCA). El primer objetivo, a partir de un estudio piloto compuesto por hombres y mujeres, fue evaluar los cambios en las creencias respecto a la utilidad del ejercicio como herramienta de salud psicológica y física. El segundo, a partir de un segundo estudio formado por mujeres, consistió en comparar los cambios en variables psicológicas y su ajuste a la enfermedad así como observar diferencias, tras su paso por un programa de rehabilitación cardiaca que incluye ejercicio físico. Se evaluaron 37 pacientes de ambos sexos en el estudio 1 ($m = 59.38$ años de edad ($dt = 9.80$)) y 28 mujeres en el estudio 2 ($m = 62.68$ años de edad ($dt = 10.6$)) que presentaron un SCA y a las que se les había realizado un cateterismo diagnóstico con intención terapéutica dentro de los 3 primeros días. Los resultados del estudio piloto indican un cambio en las creencias respecto al ejercicio tras su paso por el programa. Además, el estudio 2, señala que a los 3 meses se muestran cambios intrasujetos en expresión de ira, ajuste a la enfermedad, cuidado de la salud, ámbito profesional, distrés y salud mental.

Currently, there are still some questions about the psychological state after an Acute Coronary Syndrome (ACS). The first goal, based on a pilot study composed of men and women, were evaluated the changes in beliefs regarding the usefulness of exercise as a health tool. The second one, from a new study formed by women, consisted on comparing the changes in psychological variables and their adjustments to the disease as well as observe differences, after going through a cardiac rehabilitation program that includes physical exercise. We evaluated 37 patients of both sexes in study 1 ($m = 59.38$ years of age ($dt = 9.80$)) and 28 women in study 2 ($m = 62.68$ years of age ($dt = 10.6$)) who presented an ACS and to whom we had performed a diagnostic catheterization with therapeutic intent within the first 3 days. The results of the pilot study indicate a change in beliefs regarding the exercise after passing through the program. Study 2, indicates that at 3 months intrasubject changes are shown in anger expression, adjustment to the disease, health care, professional environment, distress and mental health.

palabras clave/keywords:

Síndrome coronario agudo; mujeres; ajuste psicosocial; ejercicio; creencias

Acute coronary syndrome; women; psychosocial adjustment; exercise, beliefs

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recoge anualmente las estadísticas sobre las causas de muerte para orientar las futuras actuaciones en materia de salud pública. Según este organismo las 3 principales causas de muerte en 2016 fueron: enfermedad isquémica del corazón, infarto y enfermedad pulmonar obstructiva. Otro organismo oficial, en este caso el Centers for Disease Control and prevention (CDC), también coincide en que la principal causa de muerte en Estados Unidos en el año 2016 estaba relacionada con los problemas cardíacos. En España se estima que en un futuro habrá un incremento de las enfermedades cardiovasculares durante los próximos 35-40 años (Dégano, 2013). De las causas descritas, el Síndrome Coronario Agudo (SCA) es uno de los pronósticos más adversos de la cardiopatía isquémica (Solomenchuk, Bedzaiy Protsko, 2017). Por este motivo, investigadores y cardiólogos luchan para reducir el número de fallecidos a través de la reperfusión, revascularización y medidas de prevención secundaria (Barrabés et al., 2015).

El SCA se puede manifestar clínicamente como: angina inestable, síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) o síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) (Bolívar et al., 2013). Tras un SCA la realización sin demora de un cateterismo (procedimiento invasivo para conocer la función del corazón) evita complicaciones médicas posteriores. El SCA presenta, por sexos, una menor prevalencia en mujeres pero un peor pronóstico y mayor tasa de mortalidad con independencia de la edad (Ricci et al., 2017). Estas conclusiones son fruto de las investigaciones llevadas a cabo en las 2 últimas décadas, lo que ha impulsado la aparición de guías específicas para la prevención y manejo de los pacientes elaboradas por la Asociación Americana del Corazón (Whelton et al., 2018). Sin embargo, los factores psicológicos no se suelen contemplar en el tratamiento posterior del paciente (Elosua, 2014). Por ello, existen todavía incógnitas acerca del impacto de las variables psicológicas después de un SCA, sobre todo en las mujeres por su menor prevalencia (Lászlo, Janszky y Ahnve, 2010).

El SCA es una enfermedad muy compleja con enormes consecuencias psicológicas para la persona, siendo la ansiedad y la depresión algunas de las variables más estudiadas (Farquhar, Stonerock y Blumenthal, 2018; Rutledge, Redwine, Linke y Mills, 2013). A pesar de estos estudios y de las guías cardiológicas de actuación quedan interrogantes (Elosua, 2014; Whelton et al., 2018), principalmente acerca de las relaciones existentes entre las diferentes variables psicológicas implicadas en un SCA (Angerer et al., 2000).

Actualmente, existen investigadores que destacan la compleja interacción entre las enfermedades cardiovasculares y la salud mental aunque ya existen ciertas evidencias de que los pacientes con depresión son particularmente vulnerables al SCA (Onge, Edmondson, Cea, Husain y Chang, 2018). Elevados niveles de depresión, ansiedad o estrés deben ser tenidos en cuenta en la detección y evaluación del SCA, sobre todo para mujeres en riesgo por su peor diagnóstico, recomendándose un servicio de educación o apoyo tras el evento (DiGiacomo, Davidson, Vanderpluym, Snell y Worrall-Carter, 2007). En el caso de la ira, su represión y/o expresión, también se asocia con un riesgo mayor de SCA (Denollet, Gidron, Vrints y Conraads, 2010). Los efectos del optimismo y la adherencia al comportamiento de salud

autoinformado, el funcionamiento físico y el bienestar emocional después de SCA muestran cómo estas variables pueden ayudar a la recuperación (Millstein et al., 2016). Además, sería importante evitar hábitos poco saludables y practicar de manera habitual actividad física con el fin de mejorar su pronóstico (Leung-Yinko et al., 2015).

Sin duda, una intervención psicológica adecuada debería ser planteada en todos los Programas de Prevención y Rehabilitación Cardíaca (PPRC) tal y como se presentan en algunos estudios previos (Garcés de los Fayos, Velandrino, Conesa y Ortega, 2002; Vázquez-Arce, Marqués, Marqués, Ferrando y Naranjo, 2013). El ejercicio físico, las creencias relativas a los beneficios de su práctica, el control del estrés y los hábitos de vida saludable deben ser puntales clave dentro de dichos programas de rehabilitación (Conn, Tripp-Reimer y Maas, 2003) ya que conductas sedentarias podrían afectar al sobrepeso empeorando el pronóstico (Vázquez-Arce y Marqués-Sule, 2017) y, en definitiva, su supervivencia (Gómez-González et al., 2015). De igual manera, la calidad de vida no sólo puede verse afectada por motivos evidentes como el deterioro físico tras el SCA o recidivas constantes de su enfermedad. También, la presencia de un inadecuado afrontamiento psicológico, puede llevar a los pacientes a un empeoramiento en sus relaciones sociales, en su trabajo y, en definitiva, a su bienestar general (Lane, Ring, Lip y Carroll, 2005).

En función de los antecedentes presentados, el presente trabajo plantea 2 objetivos. En primer lugar, mediante un estudio piloto, se pretende analizar las creencias acerca del ejercicio físico en pacientes que han sufrido un SCA tras un programa de rehabilitación (Estudio 1). En segundo lugar, se persigue comparar los cambios en variables psicológicas y su ajuste a la enfermedad en mujeres tras su paso por un programa de rehabilitación cardíaca que incluye el ejercicio físico en uno de sus módulos (Estudio 2).

Método

Diseño

El diseño del estudio es de tipo cuasi experimental, prospectivo, longitudinal y de medidas repetidas. En el estudio 1 se evaluaron pacientes de ambos sexos para conocer los cambios en sus creencias respecto al ejercicio, mientras que, en el estudio 2, se evaluaron sólo a mujeres tanto en el momento inicial (tras el evento cardíaco, denominado momento 1) como a los 3 meses, considerado momento 2) tras pasar por el PPRC.

Participantes

La muestra del estudio 1 fue de 37 pacientes, de ambos sexos, que habían presentado un SCA de los cuales 31 participaron en un programa de rehabilitación cardíaca (grupo experimental). La edad media de estos participantes fue de 59.38 (dt = 9.80). La muestra del estudio 2 estuvo formada por otras 28 mujeres (diferentes a las del estudio 1) que habían presentado un SCA y a las que se les había realizado un cateterismo diagnóstico con intención terapéutica dentro de los 3 primeros días. Los pacientes que fueron incluidos en ambos estudios cumplían con los siguientes criterios de inclusión: (a) ser mayor de edad; (b) con capacidad comprensiva; (c) con cateterismo realizado de forma urgente (hasta un máximo de 72 horas); (d) sin estar incluidas en otros estudios. Se excluyeron del estudio: (a) pacientes

menores de edad; (b) perfil inestable clínicamente; (c) con tratamiento psiquiátrico previo; (d) que no hubiesen firmado el consentimiento informado. La media de edad del estudio 2 fue de 62.68 años ($dt = 10.64$). El 21.4 % de ellas eran fumadoras, el 50% ex fumadoras y el 28.6% restante no fumaban. Las pacientes estuvieron en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) una media de 1.82 días mientras que la estancia media en planta fue de 2.19 días ($dt = 2.18$). Por último, el 14.3% había tenido un evento cardiaco previo.

Instrumentos

En el estudio 1, se usó un cuestionario ad hoc que valoró los aspectos sociodemográficos de los pacientes así como sus creencias respecto al ejercicio físico. En concreto se preguntó, en una escala tipo Likert de cuatro puntos, su grado de acuerdo o desacuerdo respecto a si el ejercicio físico podía ser útil como parte del tratamiento de la enfermedad, como estrategia de mejora de la salud física y/o psicológica así como un método preventivo de la aparición de la enfermedad.

En el estudio 2, se evaluó el estado de salud (SF-12), tanto físico como mental, el ajuste psicosocial a la enfermedad (PAIS) y la ira (STAXI-2). La evaluación del estado de salud se realizó con el SF-12 (Vilagut et al., 2008). Consta de 12 ítems que conforman 2 componentes: estado físico y estado mental. Las opciones de respuesta se presentan mediante escalas de tipo Likert de 3 a 6 puntos dependiendo del ítem. Esta escala obtiene una fiabilidad alpha de Cronbach de .70 en muestra española (Vilagut et al., 2008). La fiabilidad obtenida en la muestra de este estudio, fue de .94 en el momento 1 y de .92 en el momento 2. Para la evaluación de la adaptación psicosocial de pacientes se utilizó la versión española del Cuestionario de Ajuste Psicosocial (Psychosocial Adjustment to Illness Scale-PAIS) (Derogatis, 1986; Neipp, Lledó y Pons, 2012). Consta de 46 ítems que evalúa el impacto de la enfermedad en 7 áreas: actitud hacia el cuidado de la salud (evalúa la actitud, el trato y calidad de los profesionales y la calidad de la información que recibe de su enfermedad y de su tratamiento), ámbito profesional/laboral (mide el impacto sobre todo lo relacionado con su trabajo o estudios), ámbito doméstico (se mide el impacto económico, la calidad de relaciones y comunicación familiar y las discapacidades físicas), relaciones sexuales (miden el interés sexual, la frecuencia y satisfacción), relaciones familiares (valora el deterioro o alteración con otros familiares más allá del núcleo familiar), ámbito social (tanto individual, como familiar y social) y distrés psicológico (evalúan los pensamientos y sentimientos asociados con la enfermedad y sus secuelas). Cuánto más elevada sea la puntuación de un individuo peor será su adaptación psicosocial. La fiabilidad obtenida en la presente muestra, en el momento 1 en ajuste total fue de .84 y en el momento 2 fue .89. Finalmente, la evaluación de la Ira se realizó a través de la escala STAXI-2 (Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger, 2001). La experiencia de la ira evalúa el estado y el rasgo de ira. Consta de 49 ítems, con 6 escalas, 5 subescalas y un índice de expresión de la ira que ofrece una medida general de la expresión y control de la ira: estado de ira, rasgo de ira, expresión externa de ira, expresión interna de ira, control externo de ira y control interno de ira. En este estudio se han valorado la subescala de rasgo de ira, expresión y control de ira. La fiabilidad obtenida en ira rasgo en la presente muestra, fue de .63 en el momento 1 y de .68 en el momento 2. En las subdimensiones que posteriormente resultan significativas se obtuvo una fiabilidad

de .96 en ira rasgo y .89 para la dimensión de expresión de ira.

Procedimiento

Se obtuvo la autorización del comité ético del Hospital General Universitario de Alicante (España). Posteriormente, tras la firma del consentimiento informado (y siguiendo las recomendaciones de la declaración de Helsinki para la investigación con humanos recogidas por la World Medical Association (WMA, 1964)), los pacientes del Hospital General Universitario de Alicante que cumplían con los criterios de inclusión fueron evaluados con los cuestionarios psicológicos descritos previamente. Además, se recogieron datos sociodemográficos y médicos considerados relevantes para la investigación. Los cuestionarios fueron administrados en 2 momentos: tras haber sido intervenidos por un SCA (momento 1) y a los 3 meses del evento cardíaco (momento 2). Todos los pacientes (a excepción de los pacientes del grupo control del estudio 1) participaron en un PPRC con una duración de 3 meses. Este programa, que se iniciaba tras el alta hospitalaria, trabajaba de manera grupal en 4 módulos en los que se fomentaba la actividad física, el control del estrés y los hábitos de vida saludable. Véase Tabla 1.

Tabla 1.- Resumen de módulos y consultas en el Programa de Prevención y Rehabilitación Cardíaca implementado (PPRC)

Módulos y consultas	Objetivo	Inicio	Duración	Finalización
Módulo ejercicio	Fomentar actividad física	Tras firmar consentimiento	8 sesiones	A las 8 semanas
Módulo relajación	Mejorar afrontamiento y estrés	Junto a módulo de ejercicio	8 sesiones	A las 8 semanas
Módulo informativo	Aleccionar sobre el control de FRCV	Tras firmar consentimiento	8 sesiones	A las 8 semanas
Consulta enfermería	Incidir en los cambios de hábitos de vida	Durante los primeros 7 días	Dos visitas aprox. 1 hora	A las 8 semanas
Consulta cardiología	Controlar adecuado de FRCV* y tratamiento	A las 8 semanas	Visita única aprox. 15 min	A las 8 semanas

* Factores de Riesgo Cardiovascular

Los pacientes asistían a cada uno de los módulos de los que constaba el PPRC. Así, en el módulo de educación para la salud en prevención secundaria, los pacientes fueron entrevistados individualmente por una enfermera del área de Cardiología. A través de este módulo, se ayuda al paciente a reconocer sus principales factores de riesgo cardiovascular que le han llevado a presentar inestabilidad en su enfermedad coronaria. Con él se pretende estimular, controlar y eliminar, en la medida de lo posible, dichos factores de riesgo para evitar recidivas. En el módulo de promoción de la salud, cada semana se realizaban un total de ocho sesiones educativas (charlas de 20 minutos) consecutivas con la presencia de diversos especialistas de las diferentes áreas implicadas en la cardiopatía isquémica y sus consecuencias (cardiólogos, enfermera de cardiología, fisioterapeuta, endocrinos, dietistas, psicólogos y unidad del tabaco). Estos profesionales abordan los siguientes temas: enfermedad cardiovascular y su tratamiento, tabaco y otras drogas, dislipemias, diabetes y alteraciones del metabolismo hidrocarbonado, hipertensión arterial, sedentarismo, ejercicio físico, dieta equilibrada y aspectos psicológicos y de calidad de vida en el paciente coronario. En el módulo de rehabilitación física cardíaca, previa aceptación mediante la valoración por una especialista en medicina rehabilitadora, los pacientes pasaron por un programa de ejercicio individualizado según sus condiciones, dirigido por una fisioterapeuta y con una duración estimada de ocho semanas (60 minutos 3 días por semana). Con este programa de ejercicio se pretende mejorar su capacidad funcional y se controlan médicamente las posibles incapacidades o limitaciones de cara a participar activamente en sus actividades profesionales y de su vida diaria. Este módulo se realizó de forma simultánea con el de promoción de la salud, aunque podían no coincidir en el día de la semana. Respecto al módulo de relajación, tras cada sesión de ejercicio y, por tanto, de forma simultánea se realizaron ocho sesiones de relajación basándose en el método de Jacobson (1938) que es el más utilizado en la literatura científica. Además se dotaba a cada paciente del material necesario para continuar con las sesiones de relajación domiciliaria (soporte digital con la grabación del método). Las sesiones eran guiadas por un psicólogo que entrenaba al personal de enfermería y fisioterapia, siendo ellos los que finalmente realizaban estas actividades con el paciente. Aunque sí se realizaron las sesiones de relajación, no se llevó a cabo ninguna otra intervención psicológica con los pacientes. Además de la educación impartida por la enfermera de cardiología también se realizó una valoración en consultas de cardiología al final del programa (transcurridas ocho semanas), para realizar un ajuste terapéutico, evaluación y tratamiento a partir de las medidas tomadas durante el programa. Finalmente, solamente en casos concretos el paciente era derivado a otras consultas de especialistas implicados en el tratamiento de patologías cardiovasculares, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Las sesiones del PPRC siempre fueron llevadas a cabo por profesionales sanitarios (médicos, psicólogos, nutricionistas, etc.) en grupos reducidos. Tras la finalización del PPRC (momento 2) se volvió a medir a los sujetos con los mismos instrumentos que en la medición inicial (momento 1).

Análisis estadístico

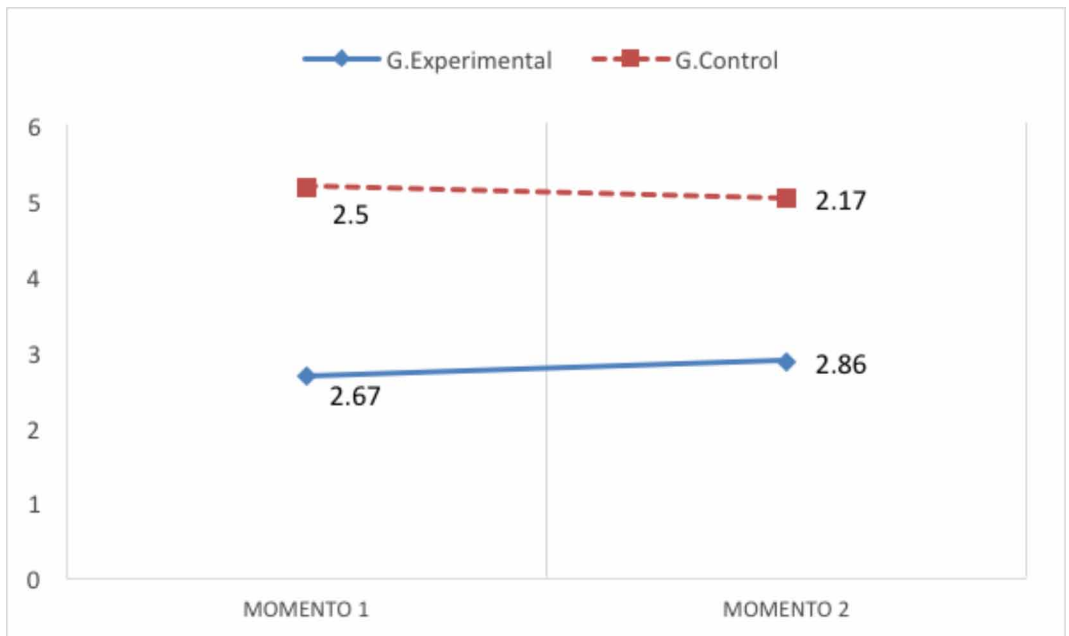
Se realizaron análisis descriptivos y de frecuencias de las variables sociodemográficas y médicas. Para ello se calculó la media, la desviación típica usando un intervalo de confianza

del 95%. Se calculó la normalidad de las variables hallándose ausencia de normalidad por lo que se transformaron las variables en logaritmos. Se calcularon los tamaños del efecto d de Cohen y realizaron pruebas t para muestras relacionadas para analizar la evolución de las variables psicológicas a los 3 meses. Se realizaron Anovas de medidas repetidas. El paquete estadístico utilizado fue el programa estadístico IBM SPSS Statistics 22. El nivel de significación fue marcado en .05.

Resultados

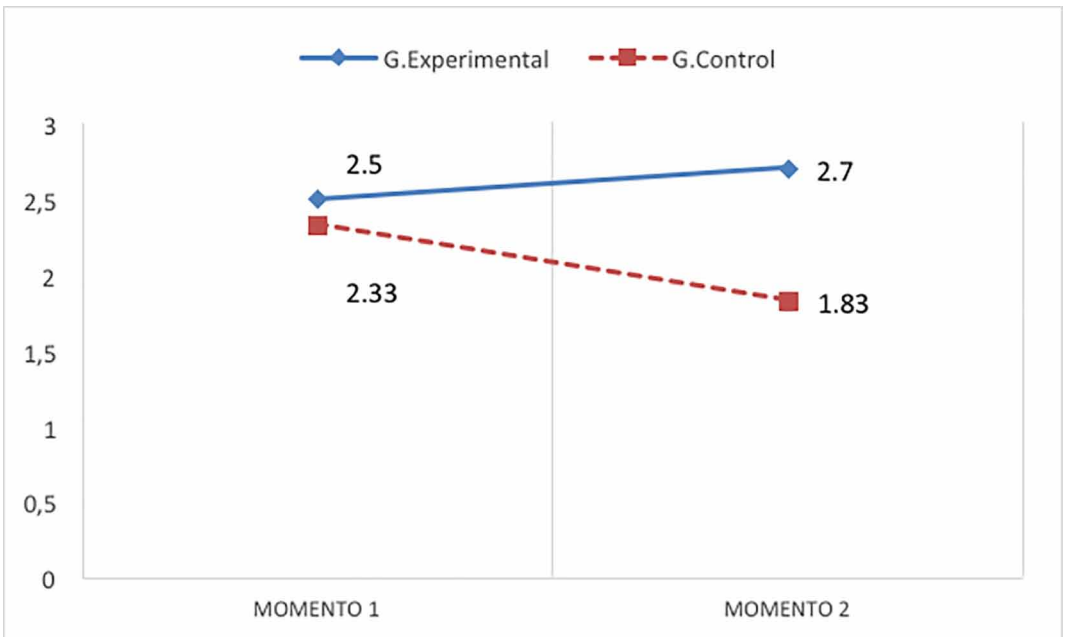
Los resultados referidos al análisis de las creencias acerca de la utilidad del ejercicio físico en un SCA, indican diferencias estadísticamente significativas ($F_{1, 34} = 7.727, p < .009$) en la creencia de que la práctica de ejercicio puede contribuir a la mejora de su salud física. Tal y como muestra la Figura 1, las puntuaciones en esta creencia disminuyen en el grupo control entre el momento 1 (2.50) y el momento 2 (2.17) (varones y mujeres afectados por un SCA que no pasan por un PPRC). Sin embargo, en el grupo experimental, varones y mujeres que pasan por un PPRC, la puntuación del momento 2 (2.83) fue superior a la obtenida en el momento 1 (2.67). Véase Figura 1.

Figura 1.- Creencia: El ejercicio mejora la salud física.



Respecto a la creencia de que la práctica de ejercicio físico puede formar parte del tratamiento de determinadas enfermedades, los datos indican que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($F_{1,34} = 5.110$, $p < .030$). En el caso del grupo que ha participado en el PPRC, ha aumentado sus puntuaciones en esta variable en el momento 2 (2.70) frente a las obtenidas en el momento 1 (2.50). En el caso del grupo control, las puntuaciones finales (1.83) se reducen en comparación con las obtenidas en el momento 1 (2.33). Véase Figura 2.

Figura 2.- Creencia: El ejercicio puede formar parte del tratamiento de determinadas enfermedades.



En el estudio 2, pretendía comparar los cambios en las variables psicológicas de los participantes del programa de rehabilitación y su ajuste a la enfermedad tras tres meses. Los datos obtenidos por ambos grupos (experimental y control) a partir de los análisis descriptivos y de diferencias de medias que comparan momento 1 y momento 2 se presentan en la tabla 2.

Los análisis de datos que comparan la evolución de variables psicológicas de las pacientes en los 2 momentos (momento 1 y momento 2) mostraron diferencias significativas en salud mental ($t_{27} = -3.094$, $p = .005$), expresión de ira ($t_{26} = -3.88$, $p = .001$), ajuste a la enfermedad ($t_{17} = 3.77$, $p = .002$), cuidado de la salud ($t_{24} = 5.39$, $p = .000$), ámbito profesional ($t_{10} = -2.86$, $p = .017$) y distrés ($t_{17} = 3.77$, $p = .002$). Como puede observar en la Tabla 2, los resultados hallados indican que las pacientes mejoran las puntuaciones en estas variables. Estos cambios son estadísticamente significativos en variables emocionales indicando un mayor ajuste a la enfermedad.

Tabla 2.- Resultados diferencias en variables medidas comparando momento 1 y momento 2

	Momento1		Momento2		d	P
	Media	(DT)	Media	(DT)		
Salud mental	8.21	2.72	8.46	2.54	.58	.00
Expresión ira	57.22	6.55	60.00	5.75	.74	.01
Ajuste a la enfermedad	.45	.26	.40	.27	.67	.02
Cuidado de la salud	.57	.34	.35	.24	1.08	.00
Ámbito profesional	.47	.46	.56	.55	.80	.01
Distrés	.52	.43	.34	.41	.80	.00

Discusión

El presente trabajo pretendía, por un lado, analizar el impacto psicológico tras sufrir un evento cardíaco y su evolución tras los tres primeros meses del mismo. Por otra parte, valorar el cambio de las creencias que tienen los pacientes cardíacos acerca de la utilidad del ejercicio, el estado de salud, la adaptación psicosocial a la enfermedad, el distrés y la ira.

Respecto al objetivo 1, las diferencias significativas encontradas respecto a las creencias sobre la utilidad del ejercicio físico como parte del tratamiento de la enfermedad y como mejora de la salud física pueden ser interesantes para los profesionales sanitarios destacando la importancia que tienen las creencias en el mantenimiento del ejercicio físico (Cox, 2009). Sin embargo, en los pacientes de esta muestra, no se encontraron cambios en las creencias respecto a la utilidad del ejercicio como una herramienta de mejora de su salud psicológica ni tampoco como método preventivo de la aparición de la enfermedad. Estos resultados, señalan la necesidad de nuevos trabajos longitudinales, con una muestra más amplia, que permitan, por una parte diseñar programas de intervención a nivel grupal para el fomento y la promoción del ejercicio físico como método complementario al farmacológico en la recuperación del SCA, y, por otra, ajustar las intervenciones psicológicas individuales centrándose en la desmitificación de ideas erróneas acerca de la eficacia del ejercicio físico en la recuperación de enfermedades crónicas.

En el estudio 2, se han hallado diferencias psicológicas interesantes en las pacientes, entre los momentos 1 y 2. Las mujeres exhiben a los 3 meses un mejor estado de salud mental, son más capaces de expresar la ira, presentan una mejora en el ajuste psicosocial a la enfermedad así como un incremento de sus puntuaciones en el ámbito profesional. Respecto al distrés, los datos obtenidos indican una disminución en los niveles de esta variable lo que apunta a un mejor estado de salud mental con el paso del tiempo. En el caso de la variable cuidado de la salud, la diferencia significativa encontrada señala que las pacientes reducen sus niveles en el momento 2. Estos datos podrían deberse a que en el momento inmedia-

tamente posterior al evento, donde perciben un mayor riesgo para su vida, existe una plena atención personal hacia el cuidado de su salud. Transcurridos 3 meses, estos cuidados iniciales, podrían diluirse a consecuencia de una más que probable recuperación cardiaca. Estas variables aquí analizadas deberían contemplarse en los futuros trabajos científicos con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las mujeres (Ruiz-Pizarro, Ferrera, Gómez-Polo, Palacios-Rubio, y Viana-Tejedor, 2018). Se debe seguir avanzando en el estudio de todas las variables psicológicas implicadas en un SCA. Pese a que la depresión es considerada como una variable clásica de estudio en relación a las enfermedades cardiovasculares, recientemente algunos investigadores como Williams y Kaminsky (2017) han considerado insuficiente la evidencia científica existente sobre los resultados de la depresión en PPRC con presencia de actividad física. Además, de la depresión y la ansiedad (Zheng et al., 2019), nuevas variables psicológicas como la adaptación psicosocial, el estado mental, la ira, el optimismo o la resiliencia, deberían captar la atención de futuros trabajos ya que raramente los parámetros psicológicos son valorados en relación al SCA (Failde, Ramos, Fernández-Palacín y González-Pinto, 2006). En el caso concreto de la ira, los resultados hallados son relevantes ya que existe escasa evidencia directa entre la ira y problemas cardiovasculares (Pimple et al., 2015).

En futuros trabajos de investigación sobre el SCA se consideraría interesante abordar los aspectos psicológicos en función de la edad de las pacientes y de la cantidad de actividad física realizada para valorar posibles diferencias en su tratamiento así como establecer diferencias con los varones. Estas propuestas van en la línea del trabajo de Sabbag et al. (2017) que considera la edad y el sexo como un factor clave de estudio en el SCA.

Sin duda, las enfermedades cardiovasculares son la principal amenaza para la población europea (Nichols et al., 2012). Si bien la tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica ha disminuido en las últimas décadas, en los países desarrollados un tercio de todas las muertes en la población mayor de 35 años se debe a esta causa (Benjamin et al., 2017). Los profesionales que trabajan con mujeres afectadas por un SCA deberían contemplar y conocer en profundidad la evolución psicológica por la que atraviesan sus pacientes. Igualmente es necesario evaluar y observar el ajuste progresivo que los pacientes hacen a la enfermedad con el objetivo de ayudarles a alcanzar una mayor calidad en su vida cotidiana. Estos hallazgos preliminares encontrados en este trabajo deberían animar a otros investigadores a realizar nuevos estudios que contemplaran estas variables psicológicas con una muestra más amplia ya que se sigue sabiendo poco sobre el efecto de estas variables en los pacientes infartados (Denollet, Gidron, Vrints y Conraads, 2010). En definitiva, se pretende mejorar el bienestar general del paciente mediante el control y el seguimiento de su salud psicológica tras la aparición y durante el proceso de ajuste y recuperación del SCA.

Como conclusión, tras un SCA deberían existir programas de rehabilitación cardiaca posteriores al evento, que presten una atención especial a las mujeres y que incluyan, además de la psicoeducación, una atención individual de los aspectos psicológicos que están implicados en un suceso estresante y de riesgo vital como es este. Así, es fundamental que se dote a los pacientes de herramientas psicológicas individualizadas, teniendo en cuenta el ajuste que hacen éstos a su enfermedad. Finalmente, el programa debería contemplar, siempre que

no lo prohibiera su cardiólogo, la presencia de ejercicio físico ajustado a sus características personales ya que es considerado un promotor del bienestar físico, psicológico y social.

Referencias

- Angerer, P., Siebert, U., Kothny, W., Muhlbauer, D., Mudra, H. y von Schacky, C. (2000). Impact of social support, cynical hostility and anger expression on progression of coronary atherosclerosis. *Journal of the American College of Cardiology*, 36(6), 1781–1788.
- Asociación Médica Mundial (1964). *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. (64a Asamblea General, Fortaleza, 2013). Recuperado de <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
- Barrabés J. A., Bardají, A., Jiménez-Candil, J., Del Nogal, F., Bodí, V., Basterra, N. (...) Fernández-Ortiz, A. (2015). Prognosis and management of acute coronary syndrome in Spain in 2012: The DIOCLES study. *Revista Española de Cardiología*, 68(2), 98–106. doi:10.1016/j.rec.2014.03.010
- Benjamin, E. J., Blaha, M. J., Chiuve, S.E., Cushman, M., Das, S. R., Deo, R. (...) Muntner, P. (2017). Heart disease and stroke statistics—2017 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 135, e146–e603. doi: 10.1161/CIR.0000000000000485
- Bolívar, J., Martínez, R., Mateo, I., Torres, J. M., Pascual, N., Rosell, F. (...) Daponte, A. (2013). Actuación de los pacientes ante un síndrome coronario agudo: diferencias desde una perspectiva de género. *Emergencias*, 25, 23-30.
- Conn, V. S., Tripp-Reimer, T. y Maas, M. L. (2003). Older women and exercise: theory of planned behavior beliefs. *Public Health Nursing*, 20(2), 153-163.
- Cox, R. H. (2009). *Psicología del Deporte*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Dégano, I. R., Elosua, R., Marrugat, J. (2013). Epidemiology of Acute Coronary Syndromes in Spain: Estimation of the Number of Cases and Trends From 2005 to 2049. *Revista Española de Cardiología*, 66, 472-481. doi:10.1016/j.rec.2013.01.018
- Denollet, J., Gidron, Y., Vrints, C. J., y Conraads, V. M. (2010). Anger, suppressed anger, and risk of adverse events in patients with coronary artery disease. *American Journal of Cardiology*, 105(11), 1555-1560. doi: 10.1016/j.amjcard.2010.01.015
- Derogatis, L. R. (1986). The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). *Journal of Psychosomatic Research*, 30(1), 77-91. doi: 10.1016/0022-3999(86)90069-3
- DiGiacomo, M., Davidson, P. M., Vanderpluy, A., Snell, R. y Worrall-Carter, L. (2007). Depression, anxiety and stress in women following acute coronary syndrome: implications for secondary prevention. *Australian Critical Care*, 20(2), 69-76. doi:https://doi.org/10.1016/j.aucc.2007.03.002
- Elosua, R. (2014). Las funciones de riesgo cardiovascular: utilidades y limitaciones. *Revista Española de Cardiología*, 67(2), 77-79. doi: 10.1016/j.recesp.2013.09.014
- Faílde, I., Ramos, I., Fernández-Palacín, F. y González-Pinto, A. (2006). Women, mental Health and Health-related quality of life in coronary patients. *Women Health*, 43(2), 35-49. doi: https://doi.org/10.1300/J013v43n02_03
- Farquhar, J. M., Stonerock, G. y Blumenthal, J. (2018). Treatment of Anxiety in Patients With Coronary Heart Disease: A Systematic Review. *Psychosomatics*, 59(4), 318-332. doi:10.1016/j.psym.2018.03.008
- Garcés de los Fayos, E. J., Velandrino, A., Conesa, P. y Ortega, J. (2002). Un programa de intervención psicológica en pacientes con problemas cardiovasculares tipo inestable. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 2(1), 67-89.
- Gómez-González A., Miranda-Calderín G., Pleguezuelos-Cobos E., Bravo-Escobar R., López-Lozano A., Expósito-Tirado J. A., (...) Aguilera-Saborido A. (2015). Recomendaciones sobre rehabilitación cardíaca en la cardiopatía isquémica de la Sociedad de rehabilitación Cardio-Respiratoria (SORECAR)[Recommendations of the Cardio-Respiratory Rehabilitation Society (SORECAR) on cardiac rehabilitation in ischemic heart disease]. *Rehabilitación*, 49(2), 102-124. <https://doi.org/10.1016/j.rh.2014.12.002>
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.

- Lane, D., Ring, C., Lip, G. Y. H. y Carroll, D. (2005). Depression, indirect clinical markers of cardiac disease severity, and mortality following myocardial infarction. *Heart*, 91(4), 531-532. doi: <http://dx.doi.org/10.1136%2Fhrt.2004.036392>
- Laszlo, K. D., Janszky, I. y Ahnve, S. (2010). Anger expression and prognosis after a coronary event in women. *International Journal Cardiology*, 140(1), 60-65. doi: 10.1016/j.ijcard.2008.10.028
- Leung-Yinko, S. S., Maheswaran, J., Pelletier, R., Bacon, S. L., Daskalopoulou, S. S., Khan, N.A., (...) Pilote, L. (2015). Sex differences in health behavior change after premature acute coronary syndrome. *American Heart Journal*, 170(2), 242-248. doi: <http://doi.org/10.1016/j.ahj.2015.04.016>
- Miguel-Tobal, J. J., Casado, I., Cano-Vindel, A. y Spielberger, C. D. (2001). *Inventario de expresión de ira rasgo-estado-STAXI-II*. Madrid: TEA Ediciones.
- Millstein, R., Celano, C. M., Beale, E., Beach, S. R., Suarez, L., Belcher, A. M (...) Huffman, J. C. (2016). The effects of optimism and gratitude on adherence, functioning and mental health following an acute coronary syndrome. *General Hospital Psychiatry*, 43, 17-22. doi:10.1016/j.genhosppsych.2016.08.006
- Neipp, M. C., Lledó, A. y Pons, N. (2012). Ajuste y adaptación psicosocial. En C. Terol, Y. Quiles y M. V. Pérez-Jover (Coords.), *Manual de evaluación psicosocial en contextos de salud* (pp.85-124). Madrid: Pirámide.
- Nichols M., Townsend N., Luengo-Fernandez R., et al. (2012). European Cardiovascular Disease Statistics 2012. European Heart Network, Brussels, European Society of Cardiology. Sophia Antipolis. 2012. Available at: https://www.escardio.org/static_file/Escardio/Press-media/press-releases/2013/EU-cardiovascular-disease-statistics-2012.pdf. Accessed 16 Jan 2018.
- Onge, T., Edmondson, D., Cea, E., Husain, S. y Chang, B. P. (2018). Depressive symptoms and perceptions of ED care in patients evaluated for acute coronary syndrome. *Journal of Emergency nursing*, 44(1), 46-51. doi: 10.1016/j.jen.2017.04.010
- Pimple, P., Shah, A., Rooks, C., Bremner, J.D., Nye, J., Ibeanu, I (...) Vaccarino, V. (2015). Association between anger and mental stress-induced myocardial ischemia. *American Heart Journal*, 169(1), 115-121.
- Ricci, B., Cenko, E., Vasiljevic, Z, Stankovic, G, Kedev, S., Kalpak, O., (...) Bugiardini, R. (2017). Acute coronary syndrome: The risk to Young women. *Journal of American Heart Association*, 6(12), 1-11. doi:10.1161/JAHA.117.007519.
- Ruiz-Pizarro, V., Ferrera, C., Gómez-Polo, J. C., Palacios-Rubio, J. y Viana-Tejedor, A. (2018). Sex differences in treatment and prognosis of acute coronary syndrome with interventional management. *Cardiovascular Revascularization Medicine*, 20(3), 183-186. doi: 10.1016/j.carrev.2018.06.021
- Rutledge, T., Redwine, L. S., Linke, S. E. y Mills, P. J. (2013). A meta-analysis of mental health treatments and cardiac rehabilitation for improving clinical outcomes and depression among patients with coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 75(4), 335-49. doi: 10.1097/PSY.0b013e318291d798
- Sabbag, A., Matetzky, S., Porter, A., Lakobishvili, Z., Moriel, M., Zwas, D., (...) Sgev, A. (2017). Sex differences in the management and 5-year outcome of Young patients (< 55 years) with acute coronary syndromes. *American Journal of Medicine*, 130(11), 1324-1322. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.05.028>
- Solomenchuk, T.M., Bedzai, A. O. y Protsko, V. V. (2017). Metabolic disorders in women suffering from unstable angina depending on their smoking habit. *Bul. med. Herald*, 21 (82), 85-88. doi: 10.24061/2413-0737/XXI.2.82.1.2017.18
- Vázquez-Arce, M. I. y Marqués-Sule, E. (2017). Estudio descriptivo y comparativo de factores de riesgo cardiovascular y actividad física en pacientes con síndrome coronario agudo. *Atención Primaria*, 50(10), 576-582. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.06.008>
- Vázquez-Arce, M. I., Marqués, E., Marqués, J. L., Ferrando, C. y Naranjo, M. J. (2013). Rehabilitación cardiaca postinfarto mediante programa Euroaction. *Rehabilitación: Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física*, 47(3), 154-161.
- Vilagut, G., Valderas, J. M., Ferrer, M., Garín, O., López-García, E. y Alonso, J. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Medicina Clínica*, 130(19), 726-735. doi: <https://doi.org/10.1157/13121076>
- Whelton P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey Jr D.E., Collins K. J., Dennison-Himmelfarb C., (...) Wright Jr 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. *Journal of the American College of Cardiology*,

7119), 127-248. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.03.016>

Williams, M. A. y Kaminsky, L. (2017). Healthy lifestyle medicine in the traditional Healthcare environment-primary care and cardiac rehabilitation. *Progress in cardiovascular diseases*, 59(5), 448-454. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2017.01.008>

WorldHealthOrganization (2016) Las 10 principales causas de defunción. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

Zheng, X., Zheng, Y., Ma, J., Zhang, M., Zhang, Y., Liu, X., (...) Yu, B. (2019). Effect of exercise-based cardiac rehabilitation on anxiety and depression in patients with myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis. *Heart&Lung*, 48(1), 1-7. doi: 10.1016/j.hrtlng.2018.09.011