

LA SALUD CARDIOVASCULAR EN LA MUJER

ANA M. PÉREZ-GARCÍA
Facultad de Psicología
Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)





Formación Continuada a Distancia
Consejo General de la Psicología de España

Contenido

DOCUMENTO BASE.....	3
La salud cardiovascular en la mujer	
FICHA 1.....	32
Evaluación de factores psicosociales	

Documento base.

La salud cardiovascular en la mujer

ÍNDICE

1. LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES
 - 1.1. ¿Qué son?
 - 1.2. Prevalencia
2. FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR
 - 2.1. Factores de riesgo clásicos
 - 2.2. Factores psicosociales
 - 2.2.1. *Hostilidad*
 - 2.2.2. *Ansiedad y depresión*
 - 2.2.3. *Afrontamiento*
 - 2.2.4. *Apoyo social*
3. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR
 - 3.1. Programas de rehabilitación cardiovascular
4. REFERENCIAS

1. LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

En la mayoría de los estados miembros de la Unión Europea, se definen las características de las personas que tienden a permanecer sanas como aquellas que no fuman, hacen una actividad o ejercicio físico adecuado al menos 30 minutos cinco veces a la semana, tienen hábitos de comida saludables, no tienen sobrepeso, su presión sanguínea está por debajo de los límites recomendados, su colesterol por debajo de 190 mg/dl, tienen un metabolismo normal de la glucosa, y evitan el estrés extremo (European Society of Cardiology, 2012). Todos estos factores en sentido negativo, se asocian con peor salud y, de manera particular, con una mayor presencia de problemas cardiovasculares.

1.1. ¿Qué son?

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) se deben a trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos (para una revisión, ver por ejemplo, Organización Mundial de la Salud, 2013). Entre ellas se encuentran las arteriopatías periféricas (enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores), las cardiopatías reumáticas (lesiones del miocardio y de las válvulas cardíacas debidas a fiebre reumática), las cardiopatías congénitas (malformaciones del corazón presentes desde el nacimiento) y, de forma especialmente frecuente, las cardiopatías coronarias (ataques cardíacos), las enfermedades cerebrovasculares (ictus), el aumento de la tensión arterial (hipertensión) y la insuficiencia cardíaca, a las que dedicaremos una breve mención.

Las cardiopatías coronarias (p.ej., infarto, angina de pecho) y las enfermedades cerebrovasculares suelen ser fenómenos agudos que se deben sobre todo a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el corazón o el cerebro. La causa más frecuente es la formación de depósitos de grasa en las paredes de los vasos sanguíneos que irrigan dichos órganos.

La hipertensión arterial (HTA), por su parte, es la elevación persistente de la presión arterial por encima de los valores que se han establecido como normales por consenso entre los comités de profesionales especializados en el tema. La presión arterial se expresa con dos medidas, la presión arterial sistólica (PAS) y la presión arterial diastólica (PAD). La primera (PAS) es la presión sanguínea en las arterias durante la sístole ventricular, es decir, cuando la sangre es expulsada desde el corazón a las arterias. La segunda (PAD) refleja la presión en la diástole, es decir, cuando el corazón se relaja y la presión arterial cae. Se considera que una persona tiene HTA cuando la presión sistólica, familiarmente conocida como “máxima”, está por encima del valor de 140 mmHg y la diastólica, o “mínima”, por encima de 90 mmHg.

Finalmente, la insuficiencia cardiaca (IC) es una condición en la cual el corazón no puede bombear suficiente sangre para cubrir las necesidades del cuerpo. Ocurre después de que el músculo cardiaco haya sido dañado o debilitado por otra causa primaria, como presión arterial elevada, enfermedad de las arterias coronarias, o algunos tipos de infecciones, por lo que la IC sería la vía final común de muchas ECV. Así, sólo la cardiopatía coronaria y la HTA son responsables, de forma aislada o combinada, del 80% de los casos de IC crónica. Sus síntomas incluyen disnea o dificultades respiratorias, incluso en reposo (en los casos más graves), retención de líquidos, hinchazón de las extremidades inferiores, debilidad general y fatiga. Esta enfermedad está aumentando como consecuencia del envejecimiento exponencial de la población, y la mejora en los tratamientos de enfermedades como la HTA o el infarto.

1. 2. Prevalencia

Las enfermedades cardiovasculares siguen siendo, especialmente en el caso de las enfermedades del corazón, la primera causa de muerte de forma prematura en los países desarrollados. Afectan tanto a hombres como mujeres. Del total de muertes que se producen en Europa antes de los 75 años, las ECV son responsables del 42% en mujeres y del 38% en hombres.

Si bien es cierto que la mortalidad por ECV está disminuyendo en la mayoría de los países europeos (aunque permanece alta en los países del Este), siendo los factores responsables de esta reducción una mejor prevención (a partir de cambios en los factores de riesgo y diagnóstico temprano) y mejoras en los tratamientos y adherencia a los mismos; no es menos cierto que los datos sobre su prevalencia siguen siendo extraordinariamente significativos.

Se calcula que en 2008 murieron por esta causa 17,3 millones de personas, lo que supone un 30% de todas las muertes registradas en el mundo; correspondiendo 7,3 millones de esas muertes a la cardiopatía coronaria y 6,2 millones a los accidentes cardiovasculares. Se prevé que en 2030 cerca de 23,3 millones de personas mueran por ECV (sobre todo, cardiopatías isquémicas y enfermedades cerebrovasculares), siendo en ese año, todavía, la principal causa de muerte (World Health Organization, 2011).

El programa "25 by 25" (25x25) creado por las Naciones Unidas y promovido por la Federación Mundial del Corazón (World Heart Federation, 2012) plantea como objetivo reducir en un 25% la incidencia de las ECV en el año 2025, fomentando las políticas de prevención sobre los principales factores de riesgo, como queda recogido en la siguiente figura. De hecho, a través de esta reducción, se favorece también el objetivo de disminuir la mortalidad por otras enfermedades no transmisibles como son el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas.

En nuestro país, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2013), las enfermedades cardiovasculares fueron la primera causa de muerte en 2011, siendo responsables del 30,5% de los fallecimientos producidos en ese año, con un total de 118.327 casos. No obstante, si se tiene en cuenta el sexo, en el caso de los hombres, los tumores

fueron la primera causa de muerte, con una tasa de 295,3 fallecidos por cada 100.000 (en las mujeres, fueron la segunda causa con 180,7 fallecidos); mientras que en las mujeres, las enfermedades del sistema circulatorio sí que fueron la primera causa de mortalidad femenina, con 275,1 muertes por cada 100.000 (en los hombres, fueron la segunda causa con 237,3). Si bien la tasa de mortalidad por tumores aumentó en ambos sexos, la de enfermedades cardiovasculares disminuyó, aunque alguna de ellas, como la insuficiencia cardiaca, por ejemplo, sí aumentó con respecto a años anteriores.

De las muertes por problemas cardiovasculares, 34.837 (29,4%) se debieron a enfermedades isquémicas del corazón (14.912 en mujeres y 19.925 en hombres), 28.855 (24,4%) a enfermedades cerebrovasculares (16.703 en mujeres y 12.152 en hombres), 17.089 (14,4%) a insuficiencia cardiaca



(11.135 en mujeres y 5.954 en hombres) y 9.669 (8,2%) a enfermedad hipertensiva (6.476 en mujeres y 3.193 en hombres). Es decir, salvo en enfermedades isquémicas que tienen una mayor tasa de mortalidad los hombres, en las tres restantes causas más frecuentes de mortalidad de este conjunto de enfermedades (cerebrovasculares, hipertensión e insuficiencia cardíaca), las mujeres están por encima de los hombres, lo que hace que la salud cardiovascular se convierta en un importante tema a considerar, desde el punto de vista de la prevención y el tratamiento, también en las mujeres.

2. FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

No cabe duda, de que el 80% de las muertes por enfermedades cardiovasculares podría haberse prevenido con un estilo de vida saludable, llegando a un 90% en el caso del infarto de miocardio. El **riesgo cardiovascular** se define como la probabilidad que tiene la persona de presentar una enfermedad cardiovascular, cardiopatía isquémica o enfermedad cerebrovascular, en un periodo de tiempo determinado, generalmente diez años.

2.1. Factores de riesgo clásicos

Entre los factores de riesgo cardiovascular hay algunos que no son susceptibles de modificación, como la edad, el sexo, los antecedentes familiares, o la raza, pero otros que sí pueden cambiarse. Por eso, es importante actuar sobre estos últimos, sobre los que podemos tener un cierto control, como son la hipertensión arterial, el colesterol, la diabetes, el tabaquismo, el sobrepeso y la obesidad, el sedentarismo, el abuso de alcohol, y entre los factores psicológicos que veremos a continuación, un afrontamiento inadecuado del estrés. De hecho, el consumo de tabaco, la hipertensión y la hipercolesterolemia son los tres factores modificables más importantes para disminuir el riesgo cardiovascular, o la probabilidad de padecer alguna de las enfermedades antes mencionadas, en un determinado plazo de tiempo (Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial; SEH-LELHA, 2012).

✓ Hipertensión:

En España, el 71,3% de los pacientes atendidos en los servicios de Cardiología y el 40% de los atendidos en atención primaria son hipertensos. A medida que aumentan las cifras de presión arterial, mayor es el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular y el de muerte causada por la hipertensión arterial.

La hipertensión sigue aumentando su prevalencia en las mujeres, no siendo adecuadamente controlada en la mayoría de ellas, bien por no haber sido detectada, bien por dificultades en la adherencia a los tratamientos y cambios del estilo de vida, bien por la presencia de otros factores de riesgo [como obesidad, intolerancia a la glucosa y dislipemia (alto colesterol) que hacen más complejo el tratamiento, al tiempo que estos problemas suelen empezar con una mayor edad.

Datos de Estados Unidos (Geraci y Geraci, 2013) indican que la hipertensión se encuentra en un 8% de las mujeres entre 20 y 44 años; en un 48,8% de las mujeres entre 60 y 79 años; y en un 63% de las mujeres mayores de 80 años. A partir de los 65 años, la prevalencia alcanza al 60% de las mujeres. En general, no hay respuestas diferentes entre hombres y mujeres a la medicación anti-hipertensiva, recibiendo ambos beneficios similares en cuanto a la reducción de la morbilidad y mortalidad cardiovascular a partir del control de la presión sanguínea. No obstante, es importante señalar que durante la menopausia, dados los cambios fisiológicos que se producen, es crucial que se lleven a cabo las modificaciones necesarias en el estilo de vida, para conseguir una efectiva reducción de la presión sanguínea y del riesgo cardiovascular.

✓ Diabetes:

El 12% de la población total de España (más de 4.500.000 de españoles) padecen diabetes tipo 2. La diabetes está estrechamente ligada a las enfermedades cardiovasculares, calculándose que las personas con diabetes son de dos a cuatro veces más propensas a desarrollar este tipo de enfermedades. La diabetes, además de reducir la capacidad del páncreas para producir insulina, afecta a los vasos sanguíneos de todo el cuerpo, haciendo que aumente la probabilidad de sufrir un ictus.

En nuestro país se ha incrementado este factor de riesgo, lo mismo que la obesidad que veremos a continuación, debido entre otros factores a los peores hábitos de alimentación actuales, al disminuir la dieta basada en productos naturales y sustituirla por comida rápida y productos precocinados.

✓ **Sobrepeso:**

Para analizar este factor de riesgo se toma el índice de masa corporal (IMC) equivalente al peso (en Kg) dividido entre la altura (en metros) al cuadrado. Así, el IMC de una persona que mide 1.60 m y pesa 62 kilos sería de $62/1.6^2 = 24.22 \text{ kg/m}^2$. Se habla de sobrepeso cuando el IMC es igual o mayor de 25 y de obesidad, cuando supera el valor de 30. Existe una relación directa entre el índice de masa corporal (IMC) y la mortalidad, de manera que a mayor IMC mayor la mortalidad, especialmente por motivos cardiovasculares.

Los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2013) sobre el índice de masa corporal total en población adulta en el año 2011-2012 se recogen en la Tabla 1. Como puede observarse, el 44,18% de las mujeres y el 63,15% de los hombres tendrían un peso elevado que se convierte en factor de riesgo de ECV.

✓ **Consumo de tabaco y de alcohol:**

Seguindo con los mismos datos del Anuario Estadístico de España 2013, referidos a 2011-2012, y considerando personas mayores de 15 años, habría un 77,23% de mujeres que no fuman (o no han fumado nunca o son exfumadoras) frente a un 22,77% que sí fuman. Aunque el consumo de tabaco en las mujeres es inferior al de los hombres (31,37%), sigue siendo significativo que 1 de cada cinco mujeres sea fumadora habitual con consumo diario de tabaco.

En conjunto, el 26,96% de los españoles fuma diaria u ocasionalmente (casi 12.600.000 personas). La incidencia de la patología coronaria en los fumadores es tres veces mayor que en el resto de la población. La posibilidad de padecer una enfermedad de corazón es proporcional a la cantidad de cigarrillos fumados al día y al número de años en los que se mantiene este hábito nocivo.

Si bien es cierto que la mujer experimenta cierta protección durante su etapa fértil, gracias a su sistema hormonal, este efecto protector se pierde por el tabaquismo y un estilo de vida poco saludable. En un estudio prospectivo con más de 100.000 mujeres y un seguimiento de 30 años, se encontró que el consumo de tabaco en población femenina, aun controlando el resto de factores de riesgo cardiovascular, incrementaba el riesgo de muerte cardiaca súbita. El dato positivo es que dejar de fumar, según este mismo estudio, reducía significativamente ese riesgo, hasta el punto de que 20 años después de abandonar el hábito, el riesgo era similar al de las mujeres que nunca habían fumado (Sandhu et al., 2012).

En el caso del alcohol, el consumo intensivo diario de los españoles mayores de 15 años está en un 13,75%, correspondiendo un 21,15% a los varones y un 6,7% a las mujeres, habiendo un 45,71% de mujeres que dicen no beber nunca (frente a un 22,55% en los varones). Cabe recordar que el abuso del alcohol tiene efectos graves en el cuerpo y, en particular sobre la presión arterial alta.

✓ **Sedentarismo:**

Realizar actividad física moderada como correr, montar en bicicleta, o caminar tiene muchos beneficios para la salud cardiovascular. Caminar, por ejemplo, es un ejercicio económico y fácil de realizar y, si se practica al menos 30 minutos al día a paso rápido y durante cinco días a la semana, se incrementa la esperanza de vida y se reduce el

riesgo cardiovascular hasta un 11%.

Sin embargo, España es uno de los países europeos con más sedentarismo entre los adultos. Un 42% de los mayores de 18 años no realiza ningún tipo de actividad física durante la semana, frente al 6 o 7% de países como Suecia o Finlandia, respectivamente.

El ejercicio es fundamental para frenar índices de riesgo como el sobrepeso infantil que en España alcanza al 24% en niños de 5 y 6 años de edad, frente al 15% de media en Europa.

El sedentarismo, además de provocar por sí mismo un importante daño a nuestro sistema cardiovascular (alto riesgo de cardiopatía isquémica), contribuye a acentuar los efectos de otros factores de riesgo como la obesidad, la hipertensión o la hipercolesterolemia.

TABLA 1 DATOS SOBRE EL IMC EN EL AÑO 2011-2012 EN ESPAÑA (INE, 2013)				
	Peso insuficiente <18,5 kg/m ²	Normopeso 18,5-24,9 kg/m ²	Sobrepeso 25-29,9 kg/m ²	Obesidad ≥ 30 kg/m ²
Mujeres	3,41	52,40	28,14	16,04
Varones	0,92	35,93	45,14	18,01
Total	2,17	44,16	36,65	17,03

TABLA 2 DATOS SOBRE CONSUMO DE TABACO EN EL AÑO 2011-2012 EN ESPAÑA (INE, 2013)			
	Mujeres	Hombres	Total
Fumador diario	20,22	27,87	23,95
Fumador ocasional	2,55	3,5	3,01
Exfumador	12,73	26,77	19,58
Nunca	64,50	41,86	53,46

✓ Colesterol:

Uno de cada dos adultos españoles tiene las tasas de colesterol LDL (habitualmente descrito como colesterol “malo”) elevadas. Las personas con niveles de colesterol en sangre de 240 mg/dl tienen el doble de riesgo de sufrir un infarto de miocardio que aquellas con cifras por debajo de 200 mg/dl.

Se deben controlar todos estos factores de riesgo, pues tener uno aumenta muy significativamente las posibilidades de sufrir una enfermedad cardiovascular, pero tener más de un factor de riesgo multiplica exponencialmente estas probabilidades. Las estadísticas sobre enfermedades cardiovasculares se podrían reducir controlando estos factores de riesgo: siguiendo una dieta equilibrada (basada en frutas, verduras, pescado, legumbres, poca carne roja, baja en grasas...), manteniendo un peso adecuado, controlando la presión arterial, practicando ejercicio de manera regular, reduciendo el consumo de alcohol y abandonando el hábito tabáquico. Si ya se padece la enfermedad, será necesario adoptar estos buenos hábitos de vida y seguir estrictamente el tratamiento prescrito por el especialista. Informar a las personas sobre su riesgo cardiovascular puede ayudarles a modificar los factores de riesgo que tienen que sean controlables y, de esta manera, prevenir las ECV.

Si bien se tiene la idea de que las enfermedades del corazón son un problema fundamentalmente masculino, cada vez es mayor su presencia en la mujer, entre otras patologías, a través de problemas de insuficiencia cardíaca, con síntomas físicos como dificultad respiratoria y fatiga (ver Liewer, Mains, Lykens y René, 2008, para una revisión) que afectan a su bienestar psicológico y calidad de vida (Plach, 2008).

El riesgo cardiovascular en la mujer merece una consideración especial, no sólo porque hasta hace unos años se consideraba que la enfermedad cardiovascular era cosa de hombres, prestándole menos atención en las mujeres, sino que, además, presenta algunas particularidades del sexo femenino, no siempre justificadas por las diferencias hormonales, que deben tenerse en cuenta y que se exponen con más detalle en la revisión de Mazón-Ramos (2012): (1) las mujeres hipertensas presentan más ictus, hipertrofia ventricular izquierda e insuficiencia cardíaca diastólica; (2) presentan con frecuencia dislipemia caracterizada por aumento de los triglicéridos y del colesterol HDL (o bueno), pero tras la menopausia aumenta la cifra de colesterol total (es decir, aumenta el LDL o malo); (3) durante los embarazos y en relación con la menopausia se producen alteraciones en la actividad de las plaquetas y los factores de coagulación, lo que puede favorecer la aparición de trombos; o también que (4) muchas mujeres llevan un estilo de vida que favorece la obesidad y el sedentarismo, además de presentar niveles más altos de estrés y ansiedad.

Podría decirse, pues, que los factores de riesgo cardiovascular en las mujeres son de distinta índole que los de los hombres. Por un lado existen las causas biológicas: durante su época fértil, las hormonas sexuales femeninas las protegen de tener enfermedades cardíacas, pero, una vez superada la menopausia, con la bajada de estrógenos, el riesgo aumenta de forma exponencial. En el caso de las mujeres jóvenes, el efecto hormonal las protege de posibles eventos coronarios. Aunque como hemos comentado, mediante el consumo de tabaco y otros factores poco saludables (como presión arterial elevada, sobrepeso, alto colesterol LDL o una vida muy sedentaria con poca práctica de ejercicio físico de forma habitual), se puede anular ese efecto protector. Por otra parte, las mujeres acuden más tarde al médico con sus síntomas, tienden a ser mayores en edad, por lo que padecen también otros problemas que dificultan el diagnóstico, y, como veremos en un próximo apartado, participan menos en programas de rehabilitación cardiovascular, muchas veces con demasiado énfasis en la práctica de ejercicio físico, menos habitual en ellas. Todo ello hace que la enfermedad de corazón en la mujer tenga peor pronóstico. De hecho, cuando mujeres con menos de 50 años padecen un ataque de corazón, tienen una tasa de mortalidad doble que los varones de similar edad (Liewer et al., 2008).

2.2. Factores psicosociales

A la vista de la importancia de datos de prevalencia como los presentados previamente, se han realizado numerosos estudios analizando las relaciones entre características psicosociales y el padecimiento de ECV (véase Everson-Rose y Lewis, 2005, Gallo, Ghaed y Bracken, 2004, para una revisión).

Por una parte, hay que señalar que la *clase social baja* y el *bajo nivel educativo* se asocian, tanto en hombres como en mujeres, con un estilo de vida menos saludable o procoronario con consumo excesivo de tabaco, mayor estrés, un consumo elevado de azúcar y de grasas saturadas, mayor presión sanguínea, índice de masa corporal más alto y menos ejercicio físico. Tanto hombres como mujeres en *situación laboral* activa son más sanos que los(as) desempleados(as), y, con respecto a las ECV, el empleo no parece relacionarse con un mayor riesgo de incidencia de estas

enfermedades en las mujeres. Sin embargo, cuando se tienen niños, el exceso de carga podría incrementar la incidencia de estas enfermedades en mujeres, especialmente, cuando sienten que sus responsabilidades familiares limitan sus desarrollos profesionales o cuando perciben que su carrera profesional hace daño a sus seres queridos. Por tanto, aunque el empleo en sí mismo no sea un factor de riesgo, unido a la familia, con el incremento de estrés y sus consecuencias, sí puede convertirse en un riesgo de ECV. En cuanto a la vuelta al trabajo, es más tardía que en los hombres. Además, hay más posibilidades de retirada del mercado laboral si tienen maridos o parejas que trabajan, aunque esta retirada puede traer más malestar emocional y peor ajuste social que la vuelta al trabajo (ver Brezinka y Kittel, 1995, para una revisión).

Por otra parte, están los *factores psicológicos de riesgo y los protectores*. No obstante, por cuestiones de espacio vamos a centrarnos en aquellos donde la investigación ha mostrado que hay diferencias relevantes en función del sexo, remitiendo al lector interesado en otros factores a textos más generales. Así, entre los factores de riesgo, nos centraremos en los aspectos más emocionales, como son la hostilidad (viendo su componente más emocional, es decir, la ira o enfado) y en el malestar expresado en altos niveles de ansiedad y de depresión. Como puede destacarse de lo anterior, son precisamente estos aspectos de carácter más emocional (ira, ansiedad, depresión) los que han aportado más investigación en el estudio de los factores psicológicos de riesgo más relevantes en el estudio de las ECV en mujeres. Posteriormente, abordaremos el papel de las estrategias de afrontamiento y del apoyo social que, según sus características, pueden ejercer un papel protector o nocivo en el inicio de la enfermedad y/o en el manejo o en el pronóstico de la misma.

A modo de resumen podríamos decir que la clase social baja, el bajo nivel educativo, la doble carga de la casa y el trabajo, las emociones negativas, el afrontamiento inadecuado del estrés y la falta de apoyo social son los principales factores de riesgo psicosocial en las mujeres (Brezinka y Kittel, 1995).

2.2.1. Hostilidad

La hostilidad tiene un papel relevante tanto en el inicio como en la progresión de las ECV (Chida y Steptoe, 2009; Miller, Smith, Turner, Guijarro y Hallet, 1996; Smith, Glazer, Ruiz y Gallo, 2004; Whiteman, 2006), así como en la supervivencia de las personas que padecen estas enfermedades (Boyle et al., 2004).

Al hablar de hostilidad es necesario hacer referencia al complejo AHA (Anger-Hostility-Aggression) o Ira-Hostilidad-Agresión (Eckhardt, Norlander y Deffenbacher, 2004). Mientras la ira describe un estado emocional de intensidad variable (desde la irritación o enojo hasta la furia o rabia); la hostilidad se reserva para describir una actitud negativa y persistente hacia los demás (incluye el cinismo y la desconfianza); y la agresión se utiliza para referirse a conductas que implican ataque, daño o destrucción hacia objetos o personas. Como hemos comentado previamente, en esta revisión nos vamos a centrar en el aspecto más emocional de la hostilidad, es decir, en la ira.

Cuando hablamos de la ira, es importante analizar su forma de expresión, es decir, los estilos característicos de respuesta mientras se experimenta esta emoción, factor importante en el análisis de su relación con las ECV (Dembroski, MacDougall, Williams, Haney y Blumenthal, 1985). Así, se habla de ira-in (ira interna o experiencia de ira) para indicar su supresión o inhibición activa; de ira-out (ira externa o expresada), como la tendencia a responder con agresión física o verbal; y, finalmente, de control de la ira como la tendencia a disminuir con éxito la ocurrencia de sentimientos de ira (Smith, 1994).

La ira-in o interiorizada se ha relacionado con infarto de miocardio, angina de pecho, o derrame cerebral (Dembroski et al., 1985; Kawachi, Sparrow, Spiro, Vokonas y Weiss, 1996; Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger, 1997); con reactividad de presión sanguínea en estudios de laboratorio (Gerin, Davidson, Christenfeld, Goyal y Schwartz, 2006; Jorgensen y Kolodziej, 2007); con hipertensión (Matthews, Talbott y Kuller, 1986); y con ansiedad, bajo apoyo social y cinismo (Dahlen y Martin, 2005).

Por su parte, la ira-out o exteriorizada también se ha relacionado con las ECV (Siegman, Townsend, Blumenthal, Sorokin y Civelek, 1998) y con reactividad de presión sanguínea (Ramsay, McDermott y Bray, 2001); pero en comparación con la ira-in, hay datos indicativos de cierto carácter protector frente al infarto de miocardio y el derrame cerebral (Eng, Fitzmaurice, Kubzansky, Rimm y Kawachi, 2003); o frente a la reactividad de frecuencia cardiaca en estudios de laboratorio (Larson y Langer, 1997). Incluso, se ha llegado a proponer la exteriorización de la ira como una estrategia de afrontamiento (Matthews et al., 1986).

También es importante el papel del control o capacidad de autorregular la ira, cortocircuitando el paso de la irritación a la rabia. Burg y colaboradores (Burg, Jain, Soufer, Kerns y Zaret, 1993) encontraron que el bajo control se aso-

ciaba con peores registros cardiovasculares en pacientes con ECV, aunque en general, se trata de una forma de expresión menos estudiada en el contexto de esta enfermedad.

Los resultados mencionados se han obtenido, generalmente, en muestras de varones, y en muestras de ambos sexos, pero sin diferenciar entre ellos, habiéndose estudiado muy poco a las mujeres, especialmente en edades inferiores a los 65 años. Ya hemos indicado previamente que en las mujeres las ECV empiezan más tarde por la protección de las hormonas reproductivas hasta la menopausia; entre los 50 y los 60 años, las tasas de ECV se incrementan notablemente, también por cambios en el estilo de vida; y finalmente, a partir de los 65, las tasas son similares en ambos sexos (Orth-Gomér, 1998).

Los estudios realizados en mujeres muestran que la ira interiorizada es un factor de riesgo para las ECV (Harburg, Julius, Kaciroti, Gleiberman y Schork, 2003; Matthews, Owens, Kuller, Sutton-Tyrrell y Jansen-McWilliams, 1998); que las mujeres con ira-in presentan mayor presión sanguínea sistólica en registros ambulatorios (Helmerts, Baker, O'Kelly y Tobe, 2000) y mayor riesgo de hipertensión (Vögele, Jarvis y Cheeseman, 1997). Hay pocos resultados con la ira-out o exteriorizada, mostrando en algunos casos su carácter protector frente a la manifestación de niveles de presión sanguínea más elevados en estudios de laboratorio (Hogan y Linden, 2005); y, cuando se ha asociado con enfermedad de las arterias coronarias, se ha indicado que las mujeres analizadas sabían de la presencia de enfermedad, por lo que la ira mostrada podría ser más una consecuencia que un precedente (Krantz et al., 2006).

En resumen, hay muchos menos estudios analizando las relaciones entre expresión de la ira y ECV en las mujeres que en los varones y, en cualquier caso, parecen tener más relación con la ira interiorizada o suprimida, especialmente, en estudios prospectivos y con muestras sanas (Vögele et al., 1997; Whiteman, 2006).

Pérez-García y colaboradores (Pérez-García, Sanjuán, Rueda y Ruiz, 2011) estudiaron, en una muestra de mujeres sanas, las relaciones entre las distintas formas de expresión de la ira con criterios de salud como el malestar emocional, los síntomas cardiovasculares informados, la práctica de conductas preventivas y los niveles de presión sanguínea, comprobando, en primer lugar, si la represión o interiorización pudiera tener en ellas un papel más significativo que las otras formas de expresión de la ira. Asimismo, se analizó si, como se ha sugerido en la investigación, existe una alta correlación negativa entre ira externa y control de la ira que aconseje la consideración de una u otra forma de expresión para evitar problemas de colinealidad (Julkunen y Ahlström, 2006). Estos aspectos se contrastaron con datos transversales (tiempo 1 o T1) y prospectivos (T1 sobre el tiempo 2 o T2); y, finalmente, se exploró si el control de la ira podía actuar como una estrategia de autorregulación de la misma.

En dicho estudio (Pérez-García, Sanjuán et al., 2011) se contó con una muestra de 327 mujeres con una edad media de 35,4 años (Dt = 9,96; Rango de edad = 17-60) en T1 y una muestra de 218 mujeres (66,7%) con una edad media de 36,62 (Dt = 10,17; Rango de edad = 17-60) que continuaron el estudio en T2. Para medir la ira se utilizó, en T1, la *Escala de Expresión de la Ira (AX)*; Spielberger et al., 1985), que permite obtener tres puntuaciones: ira-hacia afuera o *ira-out* (tendencia a expresar la ira hacia individuos u objetos a través de una conducta agresiva física o verbal); ira hacia dentro o *ira-in* (tendencia a reprimir los sentimientos de ira y enfado), y *control de la ira* (tendencia a reducir adecuadamente los sentimientos de enfado e irritación). La evaluación de los criterios de salud se hizo a través de las siguientes pruebas, aplicadas en T1 y T2: (1) el *malestar emocional* se midió con la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (*Hospital Anxiety and Depression Scale-HAD*; Zigmond y Snaith, 1983); (2) los *síntomas cardiovasculares* se registraron con una escala de 11 síntomas seleccionados para esta investigación, con preguntas sobre la presencia, en ese momento o periodo, de distintos síntomas (p.ej. arritmia, palpaciones, taquicardia, sensación de dolor u opresión en el pecho, mareos, sudor frío, etc.); y (3) las *conductas preventivas* se evaluaron con un listado de 10 conductas seleccionadas para esta investigación sobre la frecuencia con que la persona, entre otras actividades, practicaba ejercicio físico, llevaba una dieta equilibrada, pasaba revisiones médicas, fumaba o consumía alcohol, dormía un mínimo de 7 horas, o disponía de tiempo para relajarse y hacer actividades de ocio. No se encontraron diferencias significativas entre T1 y T2 en los tres criterios de salud.

Los análisis de regresión múltiple realizados, tomando como predictores las formas de expresión de la ira medidas en T1, mostraron que los predictores significativos en este momento temporal fueron la ira-in y el control de la ira, de forma que el malestar emocional y el informe de síntomas se asociaban positivamente con mayor ira-in y con menor control de la ira; y la práctica de conductas preventivas, con menor represión de la ira y mayor control de la misma. En T2 el único predictor significativo de los tres criterios fue la ira-in.

Se formaron 4 grupos tomando el valor de la mediana en las puntuaciones obtenidas en los dos predictores significativos, ira-in (II) y control de la ira (CI). Desde una expresión menos saludable de la ira, hasta la más saludable, los

grupos serían: (1) alta II y bajo CI; (2) alta II y alto CI; (3) baja II y bajo CI; y (4) baja II y alto CI, comprobándose que los grupos no se diferenciaban en la variable que compartían en su formación.

En T1 el grupo con alta ira-in y bajo control de la ira, presentaba peor salud, informando mayor malestar emocional, más síntomas cardiovasculares, y menor práctica de conductas preventivas, que los otros tres grupos. En el caso del

malestar, también el grupo 2, con alta ira-in, aunque en este caso, un alto control, se diferencia del grupo con puntuaciones bajas en ambas variables. Como puede observarse en la Figura 2, hay una tendencia descendente en los criterios negativos (malestar y síntomas) y ascendente en el positivo (conductas de salud) a medida que la expresión de la ira es más adaptada y controlada, es decir, más saludable.

Estos mismos resultados se obtuvieron en T2, aunque con menor significación, mostrando los peores indicadores de salud, de nuevo, el grupo con alta ira-in y bajo control.

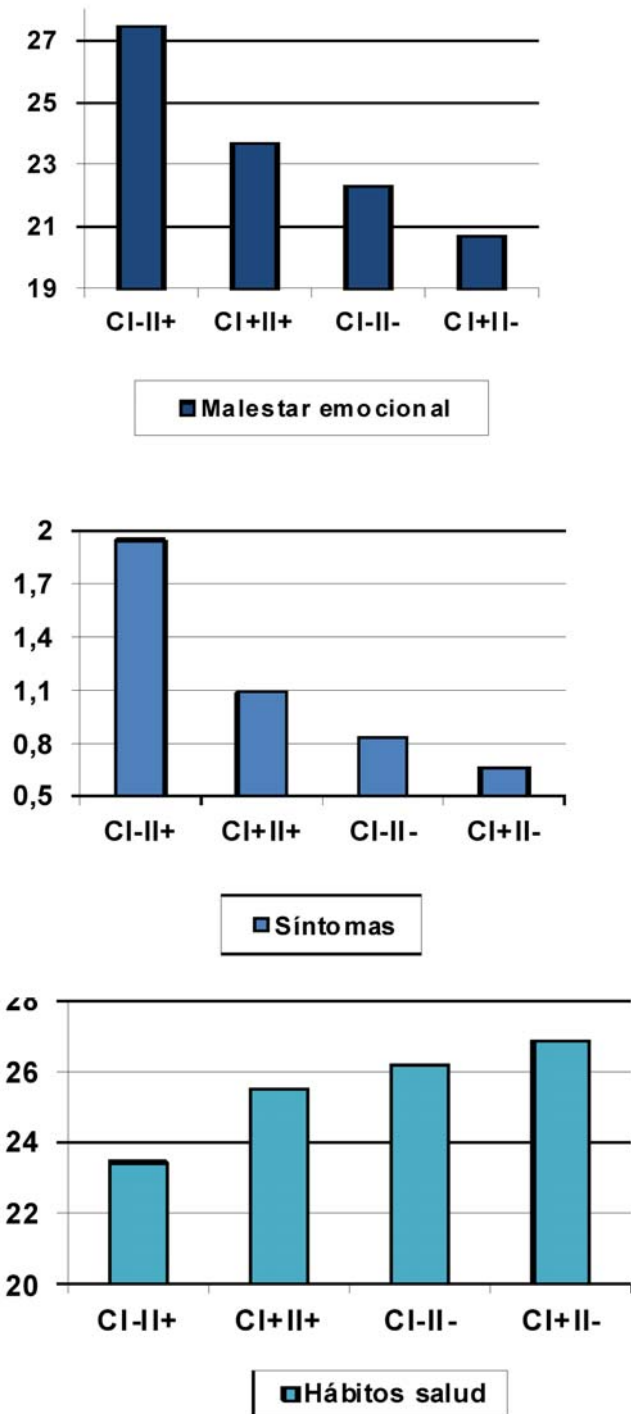
En T2, además, las participantes informaban de su registro de presión sanguínea sistólica (PSS) y diastólica (PSD) obtenido en la última revisión pasada en un chequeo médico personal o de empresa en los últimos meses. De las 218 mujeres, 90 disponían de estos datos, pero al comprobar el N que quedaba en cada grupo nos encontrábamos alguno poco representado. A partir de ahí, formamos 2 grupos, el primero incluía los anteriores 1 y 2, es decir, los altos en ira-in (n = 42) y el segundo los grupos 3 y 4, es decir, los bajos en esta variable (n = 48). A su vez, y en relación con la presión sanguínea, consideramos dos categorías: nivel patológico, para las que tenían una PSS ≥ 140 mmHg o una PSD ≥ 90 mmHg; y nivel normal, para los que sus niveles eran menores de 139 / 89 mmHg, respectivamente.

Como puede observarse en la Figura 3, el porcentaje de mujeres con niveles patológicos de presión sanguínea era significativamente superior en el grupo con alta ira interiorizada (II+) tanto en presión sanguínea sistólica (II+ = 23,8%; II- = 6,2%; $\chi^2 = 5,59$, $p < 0,02$) como en presión sanguínea diastólica (II+ = 31%; II- = 12,5%; $\chi^2 = 4,58$, $p < 0,03$). Como dato complementario analizamos si había diferencias en edad entre los grupos con niveles normales y patológicos de presión sanguínea y no encontramos resultados significativos al respecto.

Los resultados obtenidos en esta muestra de mujeres destacan el papel de la ira interiorizada o reprimida en la predicción del malestar emocional, los síntomas cardiovasculares informados y la menor práctica de conductas preventivas (Mao, Bardwell, Major y Dimsdale, 2003; Martin y Watson, 1997), estando estas relaciones potenciadas por un menor

FIGURA 2

Diferencias entre los cuatro grupos según sus puntuaciones altas (+) o bajas (-) en control de la ira (CI) o en ira-in (II) en los criterios de salud del Tiempo 1



control, o peor canalización y regulación de los sentimientos de ira. Además, el hecho de considerar la combinación de ira-in y control de la ira, parece tener utilidad a la hora de diferenciar entre distintos subgrupos importantes dentro de un modelo basado en el estudio de la ira. La ira-in también predice niveles de presión sanguínea más patológicos (Gerin et al., 2006; Jorgensen y Kolodziej, 2007; Matthews et al., 1986).

Puede decirse que estos datos ratifican los obtenidos en estudios previos en los que la inhibición de la ira entraña un mayor riesgo de problemas cardiovasculares (Dembroski et al., 1985) o de hipertensión (Harburg et al., 2003). El grado en que la ira es experimentada, pero no expresada hacia fuera, se ha asociado además con síntomas depresivos (Mao et al., 2003). De hecho, algunos investigadores han encontrado fuertes correlaciones entre ira-in y neuroticismo (Martin y Watson, 1997) y entre ira-in y ansiedad (Suls y Bunde, 2005), lo que podría sugerir que la ira interiorizada recoge afectividad negativa generalizada, más estable, lo que la hace más predictiva en los criterios tomados de forma prospectiva, como ocurre en los datos obtenidos en el Tiempo 2.

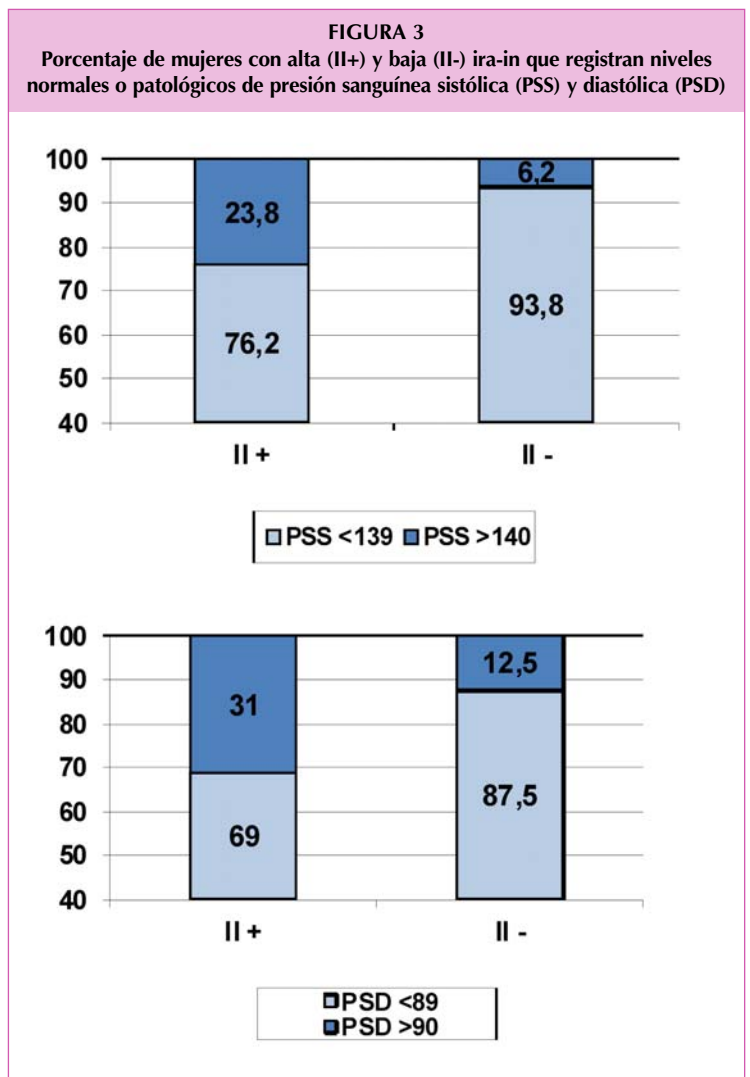
Interiorizar la ira parece más nocivo que expresarla abiertamente, pero su nivel de riesgo puede ser moderado por un adecuado control de su manifestación, a través de intentos activos encaminados a reducir y calmar los sentimientos de irritación. Y, en cualquier caso, podría decirse que una expresión moderada del enfado podría proteger a la persona de padecer enfermedades cardiovasculares a medio plazo (Eng et al., 2003). Aunque no tenemos aún suficientes datos para saber si la ira en las mujeres tiene las mismas consecuencias para la salud cardiovascular que las que tiene en el hombre, sí sabemos que la ira adecuadamente canalizada puede estimular el cambio hacia un entorno más saludable; mientras que la ira mal expresada, sería nociva para la salud de la persona (Healy, 1998).

Por otra parte, hay que señalar que aunque la ira interiorizada junto con el bajo control se asocian con las puntuaciones más negativas para la salud (mayor malestar, más sintomatología y menos prácticas de conductas saludables), estamos ante niveles que indican que la muestra no es clínica, como se extrae de que el malestar se sitúe por debajo de la media posible (35) o las conductas de prevención en torno a la misma (25). Además, el hecho de registrar las variables mediante autoinformes puede hacer que los datos presenten sesgos de respuesta, hecho particularmente destacado en el caso de la presión sanguínea, por lo que estos resultados deben replicarse con registros objetivos en futuras investigaciones.

Finalmente debe recordarse que el hecho de bloquear la expresión de la ira, no significa no experimentarla. La persona puede rumiar, tener sentimientos de venganza, y/o de autocompasión. Todo ello parece asociarse con un mayor malestar emocional y padecimiento de síntomas, junto con una presión sistólica más elevada, aumentando el riesgo de padecer ECV en el futuro.

2.2.2. Ansiedad y depresión

Cuando a una persona se le diagnostica una enfermedad que implica ciertas limitaciones físicas y/o cambios en el estilo de vida, como es el caso de las ECV, puede experimentar cierto malestar emocional. Este malestar, normalmente reflejado en síntomas de ansiedad y de depresión, puede ser más relevante al principio, e ir disminuyendo a medida que la persona se va adaptando a su nueva situación, en función de las estrategias de afrontamiento que ponga en marcha para hacerle frente, o del



apoyo con el que cuenta y recibe de personas relevantes para ella. Después de sufrir un episodio cardiaco agudo, los pacientes experimentan normalmente ansiedad y depresión, siendo aún mayor el nivel de ansiedad y de depresión mostrado por las mujeres. No obstante, con el paso del tiempo, esos niveles disminuyen mostrando un ajuste normal. Sólo una minoría de mujeres informa mayores niveles de ansiedad y de depresión pasado un año del episodio cardiaco (Murphy et al., 2008).

Los pacientes que presentan síntomas de ansiedad y de depresión informan una peor salud si se compara con los pacientes que, o están sólo ansiosos, o sólo deprimidos, o no presentan este malestar emocional, sugiriendo que la ansiedad añade un valor incremental a los síntomas depresivos para identificar pacientes en riesgo de un estado de salud deteriorado (Pedersen et al., 2006).

La **ansiedad** comprende respuestas *cognitivas* (preocupación, inquietud, malestar, desasosiego, etc.), *fisiológicas* (alto grado de activación del sistema nervioso autónomo) y *motoras o conductuales*. En principio, las reacciones de ansiedad pueden tener un carácter adaptativo, cuando permiten detectar estímulos o situaciones potencialmente peligrosas para la persona y poner en marcha las acciones necesarias para hacerlas frente. El problema se produce cuando estas reacciones son excesivamente intensas y duraderas, superando a la gravedad objetiva de los acontecimientos que las producen, haciendo que la persona presente un malestar muy elevado que interfiere con la realización de las actividades (trabajo, estudios, relaciones interpersonales, etc.) a las que diariamente debe hacer frente.

Cuando hablamos de la ansiedad como un *rasgo general o estable*, estamos haciendo referencia a la tendencia a percibir muchas situaciones como peligrosas o amenazantes y responder ante ellas con manifestaciones puntuales de estado de ansiedad (activación, tensión, miedo, preocupación por lo que pase, por lo que otros piensen, por estar enfermo, por no poder seguir el tratamiento prescrito, etc.). Por su parte, cuando hablamos de la ansiedad como *estado*, estamos indicando que, ante determinados estímulos o situaciones, o por darse determinadas circunstancias, la persona va a reaccionar con esas manifestaciones cognitivas (preocupación, miedo), fisiológicas (sudoración, sequedad de boca, rubor, taquicardia) y motoras (tartamudeo, alteraciones de la conducta) que interfieren con un desarrollo normal de las actividades, lo que incrementa de nuevo el malestar experimentado a todos los niveles antes comentados (más preocupación, más reacciones fisiológicas y peor actuación). Para evaluar la ansiedad de forma estable o el rasgo de ansiedad se utilizan preguntas del tipo “en general, me preocupó demasiado por cosas que, realmente, no merecen la pena o no son muy relevantes”, “normalmente, me preocupa lo que piensen de mí”, mientras que cuando evaluamos las reacciones puntuales de ansiedad, se contextualizan las instrucciones como “ante esta situación”, “ante este problema”, “hoy” con respuestas del tipo “me siento ansioso”, “estoy tenso”, “estoy preocupado”, “tengo miedo”, “mi corazón late más rápido”, o “noto alterado el estómago”.

Hay muchos más estudios que analizan la relación de la depresión y los síntomas depresivos con el mayor padecimiento de enfermedades cardiovasculares y el peor pronóstico en las mismas, que estudios que analicen el papel de la ansiedad en estas enfermedades. En cualquier caso, la evidencia disponible sobre ansiedad, muestra menos datos de su relación con el origen de dichas enfermedades, pero sí con un peor pronóstico una vez que la persona ya las padece (ver Gallo et al., 2004). Así, se ha informado que los síntomas de ansiedad son más frecuentes entre los pacientes con ECV (Goodwin, Davidson y Keyes, 2009; Todaro, Shen, Raffa, Tilkemeier y Niaura, 2007). E incluso, hay datos que indican que los pacientes con niveles muy altos de ansiedad tienen cinco veces más probabilidad de experimentar complicaciones, e incluso la muerte, después de un infarto de miocardio (Moser y Dracup, 1996). En cuanto a las diferencias de sexo, se ha encontrado que en pacientes tratados de enfermedad de las arterias coronarias, las mujeres presentaban un año después, puntuaciones más altas en ansiedad (aunque iguales en depresión) y más bajas en calidad de vida relacionada con la salud que los pacientes varones (Norris, Murray, Triplett y Hegadoren, 2010).

La **depresión**, por su parte, es un concepto que se usa para describir un cuadro clínico, pero también para hacer referencia a un estado de ánimo (negativo o triste) o a un conjunto de síntomas. Cuando se refiere al cuadro clínico, se entiende como un desorden afectivo caracterizado por un estado de ánimo negativo persistente que implica una gran tristeza, melancolía, sentimientos de soledad e incapacidad, culpa, falta de motivación, cansancio y fatiga extremos, y alteraciones cognitivas (como rumiaciones negativas acerca de la valía personal).

Si la depresión clínica la situamos en el polo más extremo, unos cuantos escalones por debajo, indicando que la diferencia es más cuantitativa que cualitativa, se sitúan los síntomas depresivos. Si en el primer caso se diría que una persona “es depresiva” o “sufre un trastorno de depresión” en el segundo diríamos que la persona “está deprimida” o presenta “síntomas depresivos”, posiblemente, como respuesta a determinados acontecimientos que han desbordado o superado su capacidad habitual de adaptación.

Para evaluar síntomas depresivos se utilizan preguntas como en qué medida ahora o recientemente “sigo disfrutando con lo que antes me gustaba”, “siento que cada día estoy más lento”, o “he perdido interés por mi aspecto personal”. Para evaluar la depresión, además de alcanzar puntuaciones elevadas en escalas que incluyen ítems como los anteriores, se puntúa que la persona elija con mayor frecuencia dentro de cada cuestión respuestas como las siguientes: “me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo”, “me siento una persona totalmente fracasada”, “me siento culpable constantemente”, “siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán”, o “estoy demasiado cansado para hacer nada”.

La depresión, ya sea considerada como cuadro clínico o como incremento en la experiencia de síntomas depresivos, no sólo puede ser consecuencia de la enfermedad cardiovascular, sino también, puede ser relevante en el inicio de la misma (Glassman y Shapiro, 1998; Hemingway y Marmot, 1999; Musselman, Evans y Nemeroff, 1998; Penninx et al., 2001).

La prevalencia de depresión clínica es dos veces mayor en las mujeres que en los hombres tanto en la población general (Nolen-Hoeksema, Larson y Grayson, 1999) como entre los pacientes con enfermedad cardiovascular (Shanmugasagaram, Russell, Kovacs, Stewart y Grace, 2012). En este caso se apela a factores como más limitaciones físicas, mayor edad, peor pronóstico por un diagnóstico más demorado, sobrecarga laboral y familiar, o un estatus socioeconómico bajo, con lo que implica de cara a un estilo de vida, en general, menos saludable.

Si consideramos enfermedades concretas, hay datos que informan que, entre personas que han sufrido un *infarto*, dos tercios informan síntomas de depresión (Gravelly-Witte, De Gucht, Heiser, Grace y Van Elderen, 2007), y si nos referimos a la depresión clínica, su prevalencia entre estos enfermos es mucho mayor que en la población general (Carney, Freedland, Miller y Jaffe, 2002; Carney, Freedland, Sheline y Weiss, 1997). Su prevalencia se sitúa entre el 15 y el 20%, lo que supone una presencia tres veces mayor que la existente en la población general (Lett et al., 2005). Incluso, se ha encontrado que la presencia de síntomas de depresión incrementa el riesgo de mortalidad después de un infarto (Bush et al., 2001).

De la misma forma, la depresión suele estar presente en uno de cada cinco pacientes con *insuficiencia cardiaca*, debido a la severidad y cronicidad de esta enfermedad que tiene importantes limitaciones físicas, siendo un predictor muy significativo de un mayor deterioro a corto plazo y un incremento de la mortalidad (Allman, Berry y Nassir, 2009; Lossnitzer et al., 2009). En el meta-análisis de Rutledge y colaboradores (Rutledge, Reis, Linke, Greenberg y Mills, 2006), agregando los datos de los distintos estudios analizados, informan de niveles aún más elevados de prevalencia de depresión en estos pacientes, siendo del 26,1% en los hombres y del 32,7% en las mujeres.

Si la depresión clínica está presente en el 20-30% aproximadamente de estos pacientes, se llega hasta el 48% si consideramos la experiencia de síntomas depresivos, donde a su vez, las mujeres informan una prevalencia más alta que los hombres (Gottlieb et al., 2004; Murgber, Bru, Aarsland y Svebak, 1998). En esta enfermedad, también se ha asociado la presencia de síntomas depresivos con el empeoramiento físico de los pacientes (Chen, Li, Shieh, Yin y Chiou, 2010; Tang, Yu y Yeh, 2010) y una disminución de su calidad de vida (Carels, 2004; Cully, Phillips, Kunik, Stanley y Deswal, 2010; Luijendijk et al., 2010), incluso después de controlar su línea base de salud (Rumsfeld et al., 2005).

Estudios realizados con *pacientes hipertensos* muestran que los síntomas depresivos, y la afectividad negativa en general, no sólo son un factor importante para el desarrollo de esta patología, sino también un estado de ánimo que puede interferir con la calidad de vida de los pacientes, informando menos satisfacción vital, percibiendo niveles más bajos de apoyo social y un peor ajuste a esta enfermedad crónica (Rueda y Pérez-García, 2006b). Los niveles de depresión y de estrés percibido se incrementan si además la hipertensión no está bien controlada (Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún y Magán, 2010).

Por otra parte, no hay que olvidar que la presencia de depresión y/o de síntomas depresivos en pacientes con enfermedades crónicas, como las cardiovasculares, lleva a que se amplifiquen las quejas físicas, disminuya la energía y el compromiso con las actividades de ocio, y se deteriore la autoestima, factores todos ellos que contribuyen a disminuir la satisfacción con la vida, el apoyo social, y en definitiva, la calidad de vida del paciente (Rueda y Pérez-García, 2013). Comparando hombres y mujeres con ECV y altos síntomas depresivos, Doering y colaboradores (2011) encontraron que las mujeres tenían menos recursos (era más probable que vivieran solas, que estuvieran desempleadas, que hubieran alcanzado un menor nivel educativo, y que tuvieran menos recursos económicos), informaban niveles más altos de ansiedad y percibían menos control sobre su salud y conocimiento de su enfermedad que los hombres. Este tipo de resultados plantea la posibilidad de intervenir sobre estos aspectos (sobre la falta de recursos, percepción de bajo control, etc.) con el fin de disminuir su sintomatología depresiva y favorecer una mejor salud cardiovascular o adherencia al tratamiento.

En conjunto, la ansiedad y la depresión se han asociado con variabilidad reducida de la frecuencia cardiaca (factor de riesgo para la morbilidad y mortalidad cardiovascular), así como con un peor funcionamiento del sistema inmunológico, con mayor padecimiento de enfermedad objetiva y mortalidad prematura, con mayores incrementos en la presión sanguínea y en la incidencia de hipertensión, con el aumento de determinadas enfermedades como las cardiovasculares y con mayor recurrencia en las mismas (p. ej., reinfarcto) y supervivencia reducida (ver Gallo et al., 2004; Pérez-García, 2011; Rozanski y Kubzansky, 2005, para revisiones sobre el tema). Además, las mujeres suelen experimentar mayor malestar que los hombres después de un episodio de este tipo (Rueda y Pérez-García, 2006a).

El estudio de Rääkkönen, Matthews y Kuller (2001) no encontró evidencia de que sentirse deprimido, ansioso, enfadado o percibir bajo apoyo social en el momento de la línea base predijera la aparición de hipertensión en un periodo de seguimiento de 9,2 años como promedio en mujeres normotensas con una edad media de 48 años al comienzo del estudio. Sin embargo, lo que sí se encontró es que el riesgo de hipertensión se incrementaba entre las mujeres que experimentaban una determinada trayectoria: niveles consistentemente altos de ansiedad, aumento de sentimientos de ira, y disminución del apoyo social a lo largo del periodo de tiempo anterior al desarrollo de hipertensión. Este estudio pone de manifiesto la importancia de hacer evaluaciones múltiples, ante el hecho de que el malestar puede presentar una considerable variabilidad. Así, sentir malestar en un punto del tiempo no es un predictor importante de la evolución de la hipertensión. Es más importante la trayectoria de riesgo psicológico que la persona experimenta a lo largo del periodo considerado.

Este tipo de datos revela la importancia de una adecuada detección de problemas de ansiedad y de depresión como medida de prevención de la enfermedad física, y como aspecto muy relevante en el pronóstico de los pacientes. Y, que, entre los factores que moderan el impacto de estas emociones negativas, están el afrontamiento y el apoyo social.

De hecho, los síntomas depresivos parece que median las relaciones entre las estrategias de afrontamiento, especialmente de carácter desadaptativo, y sus consecuencias en la calidad de vida de los pacientes cardiovasculares. Esto convierte a los síntomas depresivos en un mecanismo que enlaza el afrontamiento con la satisfacción y el bienestar en estos pacientes. Es posible que los pacientes que utilizan habitualmente estrategias desadaptativas (como ventilar las emociones, negación, autculpa, pensamiento ilusorio) tengan más dificultades para adaptarse a las demandas de la enfermedad, teniendo menos percepción de control sobre la misma, con lo que llevan a cabo menos acciones directas para hacerle frente, experimentando como consecuencia más síntomas depresivos (Rueda y Pérez-García, 2013). Por el contrario, un afrontamiento adaptativo disminuye la presencia de síntomas depresivos lo que a su vez favorece un mayor bienestar para el paciente cardiovascular, en términos de percibir una mayor satisfacción con su vida y un mejor equilibrio o balance emocional (Pérez-García, Oliván y Bover, 2013a).

La depresión se asocia con baja adherencia al tratamiento (dejar de fumar, hacer ejercicio, tomar la medicación) lo que actúa de mediador entre la depresión y el aumento de la mortalidad. En el estudio de Haukkala, Kontinen, Uute-la, Kawachi y Laatikainen (2009) los síntomas depresivos se asociaban con todas las causas de mortalidad tanto en hombres como en mujeres en seguimientos entre 10 y 15 años; pero, además, en estas últimas, los síntomas depresivos predecían nuevos eventos cardiovasculares después de controlar la edad, educación, consumo de tabaco, índice de masa corporal, colesterol y consumo de alcohol.

Por eso, asistir a un programa de rehabilitación cardiovascular durante la convalecencia más próxima a la ocurrencia del episodio cardiaco permite identificar y ayudar a los pacientes que están deprimidos, sufren ansiedad y presentan riesgo de no-adherencia (Worcester y Le Grande, 2008). Estos programas incluyen, en general, ejercicio físico, educación y consejo, y en algunos casos, entrenamiento en técnicas de manejo del estrés y relajación. Además, ayudan a entender síntomas que pueden padecer como dolor de pecho, miedo, problemas para respirar, que pueden ser consecuencia de la ansiedad, no de su enfermedad. Asimismo, la depresión en muchos pacientes cardiacos es más una reacción de duelo, un estado de ánimo depresivo con síntomas como incapacidad para concentrarse, inquietud, fatiga, pérdida de interés y de motivación e incluso ganas de llorar y llanto. Discusiones de grupo en estos programas pueden favorecer un mejor ajuste psicológico de los pacientes, al poder explicar y normalizar sus síntomas de ansiedad y de depresión como consecuencias típicas o frecuentes después de acontecimientos cardiacos agudos, pero que son normalmente leves y transitorios (Worcester y Le Grande, 2008).

Si bien hay estudios que muestran que los programas de auto-ayuda en el propio domicilio, indicados cuando los pacientes no pueden acudir al centro de salud donde se recibe el programa de rehabilitación cardiovascular o no les gusta ese tipo de intervención de grupo, tienen resultados comparables en cuanto a beneficios psicosociales (Dalal et

al., 2007), no proporcionan el apoyo de grupo disponible en los programas que facilitan la recuperación psicológica, y la posibilidad de detectar casos que siguen presentando altos niveles de malestar y baja adherencia al tratamiento.

2.2.3. Afrontamiento

Se utiliza el término afrontamiento para referirse al proceso por el que la persona intenta “manejar” la discrepancia que observa entre las demandas que percibe en la situación y los recursos de los que dispone o cree disponer, y que la llevan finalmente, a la valoración de la situación como estresante. Los esfuerzos por afrontar una situación o problema pueden ser muy variados y no llevar necesariamente a la solución del problema, sino que también pueden ayudar a la persona a cambiar su percepción de la situación, a aceptarla con resignación, a manejar las emociones que experimenta, y a escapar o evitarla (Lazarus y Folkman, 1984). Cuando nos referimos a situaciones difíciles o estresantes, estamos considerando también, las enfermedades crónicas, como son las ECV.

Desde la concepción de Lazarus se señala que las estrategias de afrontamiento pueden servir, principalmente, para dos fines (Cohen y Lazarus, 1979; Lazarus y Launier, 1978): *alterar el problema* que causa estrés o *regular la respuesta emocional* ante el mismo. De esta forma se habla de afrontamiento centrado en el problema y de afrontamiento centrado en la emoción.

El **centrado en la emoción** se dirige a controlar la respuesta emocional ante la situación estresante, bien a través de *conductas* como consumir tabaco, alcohol o drogas, buscar apoyo en amigos o familiares, o realizar actividades que distraen la atención del problema, como ver la televisión o practicar deportes; bien a nivel *cognitivo*, como cambiar el significado de la situación o negar el problema. Este tipo de estrategias es utilizado en mayor medida cuando las personas creen que no pueden hacer nada para cambiar las condiciones estresantes (por ejemplo, la muerte de un ser querido), o dicho en otros términos, cuando la situación escapa al control por parte del individuo.

Por su parte, el **centrado en el problema** se dirigiría a solucionar el problema directamente o buscar recursos encaminados a dicha solución. Este tipo de estrategias se utilizaría en mayor medida cuando las personas creen que la situación es modificable (cambiar de empleo, cortar una relación, etc.), o el sujeto cree que puede ejercer algún control sobre la misma.

No obstante, las personas a lo largo del proceso de afrontar una situación pueden utilizar estrategias de ambos tipos. Y, no hay que olvidar, que algunas de las estrategias mencionadas, especialmente las centradas en la emoción, pueden a su vez incrementar el problema, si no aquél que las generó, sí la situación futura, como es el caso de los hábitos poco saludables (beber, fumar,...). En cualquier caso, no existe el método ideal de afrontamiento. Todo está interrelacionado en un continuo proceso de interacción de la persona con la situación estresante, donde cuentan las diferencias individuales, el problema concreto, los recursos disponibles, las consecuencias a más largo plazo, etc.

Autores como Moos y Holahan (2003), Roth y Cohen (1986), Skinner, Edge, Altman y Sherwood (2003) distinguen, sin embargo, entre **afrontamiento de compromiso** (*engagement*) y **afrontamiento de falta de compromiso** (*disengagement*), poniendo la atención sobre si el sujeto *se orienta hacia la fuente de estrés*, haciendo intentos activos para manejar la situación o las emociones asociadas a la misma, o si, por el contrario, *se distancia del estresor* o de sentimientos relacionados con el mismo. Carver y Connor-Smith (2010) afirman en su revisión que, esta distinción es la que parece tener mayor importancia e interés en los estudios más recientes del afrontamiento.

Dentro del afrontamiento de compromiso se incluirían tanto estrategias centradas en el problema como diversas formas de afrontamiento centrado en la emoción, como la búsqueda de apoyo, la regulación emocional, la aceptación y la reestructuración cognitiva. Por otro lado, dentro del afrontamiento de falta de compromiso se incluirían respuestas como la evitación, la negación, el rechazo y el pensamiento ilusorio, siendo a menudo identificado con el afrontamiento centrado en la emoción, ya que supone un intento de escapar de los sentimientos provocados por el estrés.

Las mujeres suelen informar más estrés que los hombres y tienden a utilizar en mayor medida afrontamiento centrado en el manejo de la emoción, mientras que los hombres utilizan más la evitación. En cuanto al apoyo social, las mujeres informan un mayor uso del apoyo social, teniendo más cantidad y percibiendo más calidad en el mismo que los hombres (Martin et al., 2013). El conocimiento de las diferencias en el estilo de vida de varones y mujeres junto con el diferente afrontamiento utilizado, así como el apoyo social puesto en marcha y la percepción con el mismo, llevan a un manejo diferente del estrés, lo que en conjunto puede tener consecuencias en el desarrollo y pronóstico de la enfermedad cardiovascular.

Los estudios que investigan el papel del afrontamiento en el bienestar de las personas con enfermedades crónicas indican que las estrategias focalizadas en la solución del problema y las dirigidas a la aceptación de la enfermedad crónica

nica se asocian con un mejor funcionamiento, mientras que las dirigidas a evitar o desengancharse mental o conductualmente de los problemas se asocian con un peor funcionamiento, lo que implica una peor salud física y un mayor malestar psicológico (Bucks et al., 2011; Kaptein et al., 2006; Kershaw, Northouse, Kritpracha, Schafenacker y Mood, 2004).

A su vez, cómo la persona afronta su enfermedad puede influir en resultados a corto plazo, por ejemplo, en los síntomas depresivos que informa, y a más largo plazo, en el nivel de bienestar que experimenta. En el estudio de Pérez-García y colaboradores (2013a) se estudió esta relación en pacientes con insuficiencia cardiaca, considerando las posibles diferencias en función del sexo de los pacientes. Los resultados mostraron que el bienestar es mayor en los pacientes varones y se asociaba con un mayor uso de afrontamiento focalizado en los problemas, un menor uso de estrategias desadaptativas (como la autculpa o la desconexión) y menos síntomas depresivos. Además, la relación entre el afrontamiento centrado en el problema y el bienestar estaba mediada por los síntomas depresivos, de forma que la utilización de estrategias activas y de planificación contribuía a la reducción de los síntomas depresivos y ello redundaba en un mayor bienestar subjetivo, es decir, una mayor satisfacción con la vida y un balance afectivo más favorable.

Resultados similares fueron informados por Rueda y Pérez-García (2013) con pacientes hipertensos, donde los síntomas depresivos también mediaban, a corto plazo, la relación entre afrontamiento emocional, dirigido al manejo de las emociones negativas asociadas a la enfermedad y la calidad de vida, expresada en términos de satisfacción general y satisfacción con el apoyo social recibido. Sin embargo, en el seguimiento de los pacientes un año después, el afrontamiento que adquiriría un mayor valor predictivo de la calidad de vida era el centrado en la tarea indicando que a largo plazo, la puesta en marcha de acciones directas para hacer frente a la enfermedad crónica adquiere un papel especialmente significativo para el bienestar físico y psicológico de los pacientes.

2.2.4. Apoyo social

El apoyo social puede entenderse en términos de su estructura y de su función. Cuando hablamos de estructura del apoyo nos referimos a la red de personas con las que cuenta un individuo, atendiendo a aspectos como su tamaño, tipo, frecuencia de contacto, proximidad física entre los miembros de la red, etc. Bajo esta concepción del apoyo, lo que se considera realmente es la estructura de las relaciones, pero no la naturaleza de las mismas. Para medir este tipo de apoyo se utilizan índices como el estado civil, el número de amigos o de contactos más íntimos frente a relaciones más superficiales, grupos o asociaciones a las que pertenece la persona (clubes, participación en actividades de la parroquia,...).

Por su parte, el apoyo funcional sería el apoyo proporcionado por la red con la que cuenta la persona. Existen muchas definiciones de este tipo de apoyo, casi tantas como autores que han trabajado sobre el tema, no obstante, una de las conceptualizaciones que más relevancia ha tenido en la investigación es la de House (1981) que señala que el apoyo social es una transacción interpersonal que incluiría una de estas cuatro categorías:

1. Apoyo emocional (muestras de empatía, amor y confianza).
2. Apoyo instrumental (conductas directamente dirigidas a solucionar el problema de la persona receptora), incluyendo el apoyo financiero o económico. También se denomina apoyo tangible, desde el momento en que puede ser cuantificado.
3. Apoyo informativo (recibir información útil para afrontar el problema).
4. Apoyo valorativo (información relevante para la autoevaluación o las comparaciones sociales, excluyendo cualquier aspecto afectivo que pudiera acompañar a esta información, en cuyo caso se trataría de apoyo emocional).

El apoyo social consistiría, en definitiva, en la obtención por parte de la persona de recursos (materiales, cognitivos y/o afectivos) a partir de su interacción con las demás personas o "fuentes" de apoyo (familia, amigos, pareja, colaboradores, vecinos, profesionales, grupos de ayuda, etc.) que permiten al individuo: (a) aminorar la percepción de amenaza ante una situación potencialmente peligrosa, (b) enfrentarse con más competencia a situaciones estresantes (pérdidas de personas queridas, trabajo, enfermedad), y (c) tener menos consecuencias negativas (sobre la salud y/o bienestar general) una vez que el acontecimiento estresante ya se ha producido (p. ej.: recuperarse de una enfermedad). Es decir, el apoyo social puede tener cabida en los tres momentos o fases del proceso: prevención (a), afrontamiento (b) y recuperación (c).

Cuando hablamos del apoyo funcional aún podemos distinguir entre el apoyo recibido y la satisfacción con dicho apoyo, porque en definitiva, un aspecto especialmente relevante es la percepción que la persona tiene del mismo. Así, el apoyo funcional percibido se entiende como la valoración subjetiva del grado de ajuste entre la cantidad y tipo de

apoyo necesitado y la cantidad y tipo de apoyo recibido, así como del grado en que uno cree que el apoyo estaría disponible si lo necesitara (Lett et al., 2005).

Para explicar las relaciones entre apoyo social y salud/enfermedad se ha recurrido fundamentalmente a dos vías o mecanismos: (1) el apoyo social disminuye las influencias negativas del estrés, lo que afectaría a la reactividad fisiológica que se produce ante el mismo (Lepore, 1998; O'Donovan y Hughes, 2009); y (2) afecta a los factores de riesgo tradicionalmente asociados con enfermedad, como el consumo de tabaco o alcohol, la hipertensión, la dieta inadecuada, favoreciendo también una mejor salud psicológica (menores niveles de ansiedad, depresión, etc.) (Eriksen, 1994; Uchino, 2006).

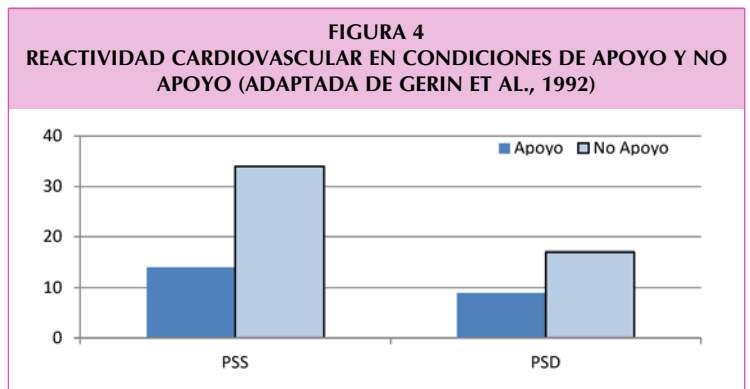
Con respecto a la *primera vía* comentada, se han realizado estudios de laboratorio en los que se ha encontrado que la presencia de un amigo (Kamarck, Manuck y Jennings, 1990) o la presencia de una persona que apoya al sujeto, incluso aunque esa persona sea inicialmente desconocida para él (Gerin, Pieper, Levy y Pickering, 1992), ejerce un efecto *buffering* o amortiguador de la reactividad mostrada ante un estresor. En el estudio de Gerin y colaboradores (1992), la muestra estaba formada por 40 estudiantes universitarias. La situación consistía en discusiones de grupo sobre temas controvertidos (por ej., el aborto, la eutanasia, la pena de muerte, o el control de armas), estando formado cada grupo por la participante, dos oponentes (cómplices del experimentador), y el experimentador. El tema de discusión se decidía una vez que la participante realizaba un cuestionario de actitudes acerca de estos temas, eligiendo siempre aquél en el que había mostrado una postura más extrema. La discusión empezaba después de que cada participante hubiera expresado unas cuantas opiniones sobre el tema, siendo siempre ella la primera en hablar. En la mitad de los ensayos, su posición era defendida por un tercer participante, *condición de apoyo social*; y en la otra mitad, el tercer participante se sentaba pasivamente, y la participante no recibía ningún apoyo, o *condición de no apoyo*. En ambos casos, el segundo miembro era el que "atacaba" a la sujeto experimental. Realmente, la conducta del tercer miembro era muy similar en ambas condiciones, con la excepción de que el que apoyaba la miraba a los ojos y ratificaba con un movimiento de cabeza sus opiniones.

La sesión seguía la siguiente secuencia: entraban en la sala, se les conectaban los aparatos, y el experimentador les pedía que estuvieran 5 minutos sentados tranquilamente, sin hablar o moverse, con el fin de tomar registros de línea base de las medidas cardiovasculares. Una vez mostradas las posturas de cada uno (sujeto, cómplice que ataca, y cómplice neutro o que apoya, según la condición), se mantenían 5 minutos de debate a un nivel relativamente impersonal (por ej. "creo que una persona acepta un compromiso cuando se queda embarazada") y en los siguientes 5 minutos, el nivel era claramente personal (p. ej. "tú acabarías con tu hijo porque no te viene bien tenerlo"). La sesión duraba entre 12 y 15 minutos.

Los resultados (ver Figura 4) van a favor de una moderación en Presión Sanguínea (PS) y Frecuencia Cardíaca (FC) en la condición de apoyo frente a la de no apoyo, con aproximadamente, 20 mm/hg menos de Presión Sanguínea Sistólica (PSS), 8 mm/hg menos de Presión Sanguínea Diastólica (PSD) y 8 latidos menos por minuto. Estos resultados apoyan el papel beneficioso del apoyo en situaciones sociales de conflicto interpersonal.

Un aspecto a considerar también es la *calidad de las relaciones interpersonales*. En un estudio de laboratorio se analizó este aspecto a través del registro de la reactividad cardiovascular mostrada durante la discusión de un acontecimiento estresante. Los resultados mostraron que si bien la calidad no afectaba a la PSD ni a la frecuencia cardíaca (FC), sí aparecían diferencias en la presión sanguínea sistólica (PSS). Así, contar con el apoyo durante la tarea de un amigo ambivalente o poco claro llevaba a mayor PSS que cuando se percibía que el amigo apoyaba sin reservas (Reblin, Uchino y Smith, 2010), lo que nos lleva a confirmar el papel de la calidad de las relaciones pudiendo, en caso de ser malas, tener peores consecuencias.

Otro aspecto importante sería el de las *diferencias en función del género*. En los estudios de apoyo social se recoge frecuentemente que las mujeres informan más contactos sociales y mayor satisfacción con sus relaciones que los hombres (Väänänen, Buunk, Kivimäki, Pentti y Vahtera, 2005). Así, por ejemplo, Hughes y Howard (2009) encontraron en una muestra de mujeres que la satisfacción con el



apoyo se asociaba negativamente con los niveles de PSS y FC en periodos de descanso o de recuperación en tareas de laboratorio, controlando variables como la edad o el índice de masa corporal. No obstante, algunos estudios sobre diferencias de género en reactividad cardiovascular en el laboratorio han mostrado que la presencia de personas que apoyan tienen un impacto mayor en la reducción de la reactividad en el caso de los hombres que de las mujeres, e incluso, puede llegar a ser contraproducente en estas últimas, al menos, en lo que se refiere al posible incremento de las respuestas cardiovasculares ante estresores agudos.

En el estudio de Gramer y Reitbauer (2010) se analizaban las diferencias de género en una muestra de 60 estudiantes universitarios (30 hombres y 30 mujeres) en reactividad cardiovascular en condiciones diferentes de apoyo social durante la realización de una tarea de afrontamiento activo. La tarea consistía en realizar un discurso de 5 minutos, delante de una videocámara, optando a un puesto de psicólogo que después sería evaluado en términos de calidad y efectividad de los argumentos, así como de la autoconfianza mostrada. En el estudio había también momentos de anticipación y de preparación del discurso, así como un periodo de recuperación final. Nos referiremos sólo a la PSS, considerada el indicador más sensible de las demandas de la tarea o del esfuerzo en situaciones de afrontamiento activo, y en dos de las tres condiciones de apoyo analizadas en el estudio, la de No Apoyo y la de Apoyo Activo, en la que un amigo próximo al sujeto mantenía contacto visual, sonreía y daba apoyo verbal emocional con frases como "buen argumento" o "pareces muy seguro de ti mismo".

Los datos, recogidos en la Figura 5 indican que no había diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos en la condición de Apoyo, pero sí en la de No Apoyo, donde los hombres presentaban más reactividad de PSS que las mujeres. Analizando a cada sexo por separado, los datos mostraron que, mientras los hombres se veían beneficiados por la presencia de un amigo y perjudicados en la condición sin apoyo; en las mujeres la tendencia era la opuesta, llegando a mostrar más reactividad cuando estaban Apoyadas. Una posible interpretación de este resultado puede ser fruto del esfuerzo, ya que las mujeres entraban en la situación experimental informando en los registros realizados mayor malestar emocional y menos recursos de afrontamiento, por lo que al enfrentarse solas la tarea habían podido esforzarse menos, reflejando esa menor reactividad un menor compromiso con la tarea debido a sus bajas expectativas de éxito. Mientras que al estar acompañadas, la reactividad estaría indicando el mayor esfuerzo realizado. En el estudio no se encontraron diferencias ni en función del género ni del apoyo en los registros cardiovasculares durante el periodo de recuperación de línea base.

No obstante es necesario recordar que este tipo de estudios se realiza con estudiantes jóvenes por lo que la generalización de los resultados a muestras de mayor edad necesitaría de más investigaciones.

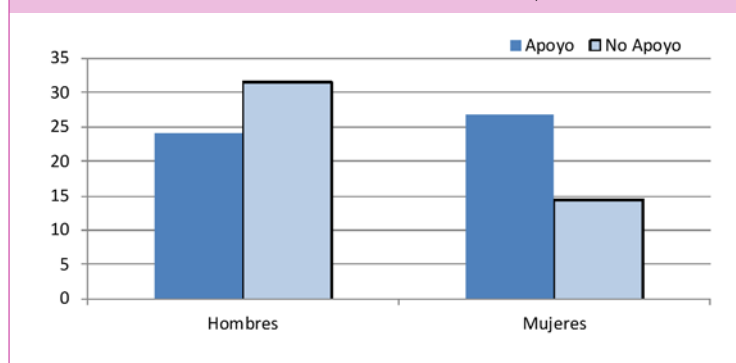
Aunque los efectos en varones y en mujeres no son del todo claros. Para unos, más que una cuestión de sexo, es una cuestión de roles, con el rol femenino más habitual a compartir y expresar sentimientos en sus relaciones y el rol masculino menos proclive a buscar o pedir apoyo, gesto interiorizado como muestra de debilidad. Por eso, en la investigación, se ha encontrado que dependiendo del tipo de apoyo (activo, pasivo, conocido, desconocido, presente o imaginado, etc.) podía proteger más a los varones o las mujeres, o a las personas con un rol masculino o femenino.

El efecto positivo del apoyo social encontrado en el laboratorio también se ha obtenido en estudios con más validez ecológica o proximidad a las situaciones de la vida real, como los que realizan registros ambulatorios de presión sanguínea cuando la persona se encuentra realizando sus actividades cotidianas (Steptoe, Lundwall y Cropley, 2000). El apoyo social se ha asociado con menor presión sistólica y diastólica ambulatoria (Karlín, Brondolo y Schwartz, 2003). Y, la disminución del apoyo social durante un periodo de tiempo de nueve años se ha asociado con mayores tasas de hipertensión en mujeres (Raikkonen et al., 2001).

En el meta-análisis realizado por Uchino, Cacioppo y Kiecolt-Glaser (1996), analizando 81 estudios en los que se relacionaba el apoyo social con procesos fisiológicos, centrándose en los sistemas cardiovascular, endocrino e inmunológico, los autores concluyen que en términos generales, hay evidencia relativamente fuerte enlazando el apoyo social

En el meta-análisis realizado por Uchino, Cacioppo y Kiecolt-Glaser (1996), analizando 81 estudios en los que se relacionaba el apoyo social con procesos fisiológicos, centrándose en los sistemas cardiovascular, endocrino e inmunológico, los autores concluyen que en términos generales, hay evidencia relativamente fuerte enlazando el apoyo social

FIGURA 5
REACTIVIDAD DE PRESIÓN SANGUÍNEA SISTÓLICA (PSS) EN HOMBRES Y MUJERES EN CONDICIONES DE APOYO ACTIVO Y NO APOYO (ADAPTADA DE GRAMER Y REITBAUER, 2010)



y aspectos de estos sistemas físicos. Esta evidencia es mucho más significativa, en volumen de estudios y en significación, en el caso del funcionamiento cardiovascular, tanto en estudios de laboratorio como en estudios correlacionales y prospectivos. En un estudio realizado por este mismo equipo de investigación (Uchino, Cacioppo, Malarkey, Glasser y Kiecolt-Glaser, 1995) se concluye que en las personas con bajo apoyo social aumentan los niveles de presión sanguínea, a medida que van pasando los años; mientras que en las personas con alto apoyo social, se mantienen niveles bajos y comparables en los distintos niveles de edad.

Varios estudios han encontrado que la asociación de la falta de apoyo con hipertensión o con niveles de presión sanguínea más altos varía entre hombres y mujeres (Karlin et al., 2003; Yan et al., 2003). La investigación de Karlin y colaboradores (2003) sugiere que el sexo puede moderar el efecto del apoyo social sobre la salud. Si bien hay resultados que apoyan el papel positivo del apoyo social en cuanto a su asociación con menores tasas de mortalidad, los resultados son más consistentes en los hombres que en las mujeres. De hecho, en estas últimas, hay incluso estudios prospectivos que muestran que en ciertos subgrupos de mujeres, el apoyo puede asociarse con incrementos en las tasas de mortalidad (Shumaker y Hill, 1991).

Algunas diferencias pueden venir por la fuente del apoyo y del tipo de apoyo evaluado. Las diferencias en apoyo social entre sexos pueden ser cuantitativas y cualitativas (Hughes, 2007). Cuantitativamente hablando, las mujeres informan más contactos sociales y mayor satisfacción con sus relaciones; cualitativamente, los hombres son más hábiles que las mujeres en desarrollar redes sociales que son ricas en apoyo instrumental y en el uso de recursos (Van Emmerik, 2006), mientras que las mujeres, se benefician más emocionalmente que los hombres de su apoyo social (Bellman, Forster, Still y Cooper, 2003).

Es importante tener en cuenta que las redes de apoyo social pueden ser el resultado, más que la fuente, de los estilos de afrontamiento. Los hombres con mayor tolerancia al estrés, pueden acumular redes sociales más pequeñas, reflejando su preferencia por la autonomía; mientras que las mujeres con mayor tolerancia al estrés pueden desarrollar redes más amplias, reflejando su preferencia por el gregarismo. El estilo de afrontamiento óptimo de las mujeres es más social que competitivo, mientras que en los hombres, es más competitivo que social.

Ante situaciones laborales o periodos de estrés o sobrecarga continuados, el apoyo de amigos o colaboradores parece ser más beneficioso para los hombres, mientras que el apoyo de parientes mayores o de supervisores, es decir, de personas no consideradas como pares, puede ser más beneficioso para las mujeres. Este efecto fue comprobado en registros ambulatorios de la actividad cardiovascular en agentes de tráfico de la ciudad de Nueva York, encontrando diferente efecto sobre los incrementos en PSS derivados del estrés laboral diario (Karlin et al., 2003). En el caso de episodios agudos de estrés, como conflictos interpersonales en el trabajo, parece que las diferencias entre hombres y mujeres en el efecto del apoyo sobre los incrementos en PSS desaparecen (Karlin et al., 2003). Por una parte, porque las mujeres puedan recurrir en estas situaciones puntuales a sus iguales y, por otra, porque los hombres también puedan aceptar el apoyo de sus superiores, con lo que se igualan las diferencias normalmente encontradas.

Las relaciones sociales íntimas pueden ser a veces una fuente de estrés o de demandas para las mujeres. Tanto hombres como mujeres tienden a buscar en mayor medida apoyo de mujeres. Desempeñar el rol de cuidadoras o de personas que apoyan puede ser demandante y estresante (Shumaker y Hill, 1991), por lo que no es de extrañar que aparezcan más resultados positivos del apoyo social en muestras de hombres.

Por lo que respecta a la *segunda vía* indicada, se ha analizado la relación del apoyo social con el *cambio de hábitos de conducta*. Así, en el caso de la conducta de fumar se ha encontrado un mayor cambio y mantenimiento del mismo cuando se consigue animar a un gran número de personas a abandonar simultáneamente, de forma que el medio social del sujeto se convierte en fuente de apoyo (Flay, 1987); o contar con el apoyo del cónyuge, moverse entre amigos no fumadores, etc. (Mermelstein, Cohen, Lichtenstein, Baer y Kamarck, 1986). De todas formas, el éxito del apoyo social en dejar el hábito de fumar parece más relevante en mujeres que en varones. Asimismo, se ha comprobado la importancia del apoyo social en el mantenimiento de la reducción de peso, por lo que los participantes en programas con este objetivo son entrenados en métodos para elicitación de apoyo efectivo de sus familiares, amigos y compañeros de trabajo (Brownell y Kramer, 1989).

Apoyo social y enfermedad cardiovascular

El apoyo social se ha estudiado especialmente en la etiología y pronóstico de las enfermedades cardiovasculares (ECV). En cuanto a la etiología, hay algunos estudios que relacionan la baja percepción de apoyo social con el padecimiento a medio-largo plazo de ECV en muestras inicialmente sanas, aunque la evidencia en este caso es menor que

en el caso del peor pronóstico en personas que ya tienen la enfermedad (Barth, Schneider y von Känel, 2010). Así, la falta de apoyo se ha asociado con un pronóstico más adverso en estos pacientes, presentando mayor malestar psicológico (Frasure-Smith et al., 2000; Pérez-García, Ruiz, Sanjuán y Rueda, 2011); más síntomas cardiacos (Lindsay, Smith, Hanlon y Wheatley, 2001); menos satisfacción vital (Pérez-García, Ruiz et al., 2011; Rueda y Pérez-García, 2006a); mayor número de acontecimientos vitales negativos (Bosworth et al., 2000); menos supervivencia a largo plazo (Birket-Smith, Hansen, Hanash, Hansen y Rasmussen, 2009); índices de mortalidad más altos (Barth et al., 2010; Uchino, 2006); y un afrontamiento menos adaptativo (Holahan, Moerkbak y Suzuki, 2006).

En el meta-análisis de Barth y colaboradores (2010) se analizan 25 estudios longitudinales o prospectivos que cumplían rigurosos controles clínicos y metodológicos para ser incluidos en esta revisión. Los resultados mostraron de forma consistente que el apoyo social bajo afecta negativamente al pronóstico de la enfermedad cardiovascular y a todas las causas de mortalidad especialmente cuando en los estudios se analiza el apoyo funcional o percibido. Los resultados no son tan claros y contundentes cuando sólo se consideran aspectos estructurales del apoyo (p. ej., vivir sólo, datos del tamaño de la red; pertenencia a sociedades,...), con una incidencia en el desarrollo de ECV prácticamente nula, ya que ningún estudio de los analizados obtenía este resultado, y tampoco era muy relevante cuando se trataba del apoyo funcional (p.ej. apoyo social percibido) en este mismo contexto del inicio de la enfermedad. Sin embargo, los resultados sobre la influencia del apoyo social sí eran fuertes cuando se analizaba el pronóstico de las ECV. Si se trataba del apoyo funcional su efecto se mantenía incluso cuando se controlaba el efecto de otros factores de riesgo de ECV, estando el bajo apoyo percibido relacionado con tasas más altas de mortalidad. También el bajo apoyo estructural tenía relación con mayores tasas de mortalidad, pero en este caso, al controlar el efecto de otros factores de riesgo, la significación desaparecía.

Estos datos ponen de manifiesto la importancia de hacer un adecuado *screening* del apoyo social en personas con ECV, detectando los casos que perciban bajo apoyo social funcional. Una monitorización más detallada de estos pacientes con bajo apoyo podría ser un primer paso importante para incrementar la supervivencia de los pacientes después de un evento cardiaco.

El apoyo social afectaría a la enfermedad cardiovascular a través de varias vías: (1) En las *conductas de salud*, al favorecer una mejor adherencia a los tratamientos, favorecer el abandono de malos hábitos (como el consumo de tabaco), fomentar buenas prácticas, como una alimentación más equilibrada, mayor práctica de ejercicio físico (p.ej., acompañando al paciente a caminar todos los días). (2) En el *funcionamiento fisiológico*, al favorecer una mejor percepción del estrés y de los recursos para hacer frente al mismo, lo que favorece menos respuestas fisiológicas exageradas al disminuir la frecuencia, intensidad y/o duración de los procesos de estrés. (3) En los *factores psicosociales*, contribuyendo a una mayor percepción de autoeficacia para hacer frente a la enfermedad, y a un mejor uso de las estrategias de afrontamiento, haciendo frente mejor a la propia enfermedad y a las situaciones vitales, en general, más difíciles o estresantes, lo que favorece la presencia de menos ansiedad y depresión. La depresión es un importante determinante del inicio y del pronóstico de las ECV, además, tener apoyo social reduce el riesgo de ECV en personas deprimidas.

No obstante, hay factores como el sexo, el nivel de depresión, el afrontamiento puesto en marcha, o las características de personalidad que pueden moderar las relaciones entre apoyo social y enfermedad, y más concretamente, en la enfermedad cardiovascular.

En el caso del sexo, hay resultados que informan de que los hombres se benefician más del apoyo social (André-Pettersson, Hedblad, Janzon y Östergren, 2006; Krumholz et al., 1998). Así, algunos estudios muestran que las mujeres después de sufrir una enfermedad cardiovascular asumen antes sus responsabilidades y actividades en el hogar, mientras que en el caso de los hombres, tardan más en retomar esa carga que es llevada por sus parejas, lo mismo que su cuidado y atención hasta que se recuperan (King, 2000; Rose, Suls y Green, 1996). De la misma forma, parece que la mujer se ve más afectada por la calidad de las relaciones, mostrando más beneficios si se siente realmente querida y cuidada, pero también más consecuencias negativas si el apoyo no es el que necesita y valora satisfactoriamente (Wang, Mittleman y Orth-Gomer, 2005).

Se han encontrado resultados indicando que el bajo apoyo social predice la mortalidad a largo plazo en ambos sexos, aunque los resultados obtenidos en los estudios con hombres son más consistentes que los obtenidos en los estudios con mujeres (Berkman, Vaccarino y Seeman, 1993). En los hombres, la falta de apoyo social y el aislamiento social se asocian con un aumento del riesgo de muerte por ECV así como la incidencia y recurrencia de un evento coronario importante. Una vez que una ECV ya se ha producido, el apoyo social (pareja o una persona en la que se con-

fé y se pueda contar con ella) se convierte en un factor de riesgo independiente de las tasas de supervivencia y en la posibilidad de recaídas también en las mujeres.

La viudez se asocia con una tasa más alta de mortalidad durante los primeros meses después del duelo, especialmente en los varones, mientras que en las viudas este proceso de duelo no parece tener tanto efecto en el incremento de la mortalidad, aunque los datos varían en función de la edad del viudo/viuda y su nivel de dependencia, o del tiempo transcurrido desde el duelo, así, al principio se produce un cierto incremento de la mortalidad en el cónyuge que se queda viudo/a, y pasados unos meses, el incremento se mantendría entre los varones. Los hombres parecen más afectados por la pérdida si esta se produce en el mismo periodo que el retiro o jubilación, con lo que puede tener de pérdida de lazos sociales y actividad. Pero también es verdad que al tener la mujer una esperanza de vida mayor, puede vivir durante más tiempo un aislamiento social que la ponga en riesgo de ECV (ver Brezinka y Kittel, 1995, para una revisión).

En cuanto a la depresión, Frasure-Smith y colaboradores (2000) también encontraron una interacción significativa entre apoyo social percibido y depresión en una muestra de 887 pacientes que habían sufrido un infarto agudo de miocardio, de forma que los pacientes deprimidos y con bajo apoyo tenían un mayor riesgo de mortalidad durante el primer año tras el infarto. Por su parte, también se ha informado que el bajo apoyo percibido confiere un riesgo para el desarrollo de depresión, o su empeoramiento, en pacientes cardiovasculares (Holahan, Moos, Holahan y Brennan, 1995, 1997).

En cuanto al afrontamiento, la investigación ha puesto de manifiesto que disponer de un buen apoyo social lleva a la utilización de estrategias más adaptativas para hacer frente a la enfermedad, lo que a su vez, se ve reflejado en una menor presencia de síntomas depresivos (Allman et al., 2009; Holahan et al., 2006; Trivedi et al., 2009) y una mayor satisfacción vital (Pérez-García, Ruiz et al., 2011).

Por lo que respecta a la personalidad, habría que decir que no todas las personas quieren o se benefician de ciertos tipos de apoyo, ni todas las personas van a sentir malestar si no tienen un buen apoyo. Aunque la visión tradicional del apoyo es el de una característica más propia del entorno social (Cohen y Wills, 1985), evidencia más reciente sugiere que puede ser considerado también como una característica de la persona, dado que las percepciones de apoyo social son estables a lo largo del tiempo (Newcomb, 1990) y consistentes a lo largo de las situaciones, y de que además, las personas difieren en la búsqueda que hacen del mismo y en la percepción de satisfacción con el mismo (Lett et al., 2005). De la misma manera, el apoyo puede verse afectado por las características de las personas. Así, por ejemplo, la hostilidad, tanto del donante como del receptor del apoyo puede aminorar los efectos beneficiosos de las transacciones de ayuda en momentos de estrés (Holt-Lundstad, Smith y Uchino, 2008).

En el estudio de Pérez-García, Ruiz y colaboradores (2011) se analizaron las relaciones del apoyo social con la satisfacción vital y el ajuste a la enfermedad, en términos de afrontamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, en una muestra de hombres y mujeres que acababan de ser hospitalizados por un primer evento cardíaco (infarto de miocardio o angina). Los resultados mostraron que los pacientes que percibían que tenían un apoyo social más alto presentaban menos depresión y más satisfacción vital que los pacientes con bajo apoyo, lo que confirmarían los datos sobre la relación entre apoyo social funcional y menor depresión en la ECV (Eriksen, 1994; Penninx, Kriegsman, Van Eijk, Boeke y Deeg, 1996; Rueda y Pérez-García, 2006a, 2006b). Si bien en depresión no hubo diferencias en función del sexo, las mujeres sí presentaban más ansiedad y una satisfacción vital más baja que los hombres. Este dato confirmaría que la experiencia de enfermedad cardíaca puede ser más adversa para las mujeres (Shumaker et al., 1997). Finalmente, el apoyo social favorecía que las mujeres utilizaran un afrontamiento más eficaz ante la enfermedad; mientras que en el caso de los hombres, con independencia del nivel de apoyo que percibieran, siempre utilizaban un afrontamiento más adaptativo. Así, las mujeres, utilizarían ese mejor ajuste a la enfermedad cuando se sienten queridas y emocionalmente apoyadas, ya que a veces, informan de que sus redes sociales pueden ser inadecuadas, bien porque sean muy demandantes o bien porque sean muy sobreprotectoras (Kristofferzon, Löfmark y Carlsson, 2005).

Si bien el estudio previo se realizó con pacientes recién diagnosticados con ECV, el estudio de Pérez-García, Oliván y Bover (2013b) comparó una muestra de pacientes varones y mujeres con insuficiencia cardíaca, es decir, personas que padecían esta enfermedad especialmente incapacitante desde hacía al menos 5 años, con una muestra control de similar edad (en ambos casos el rango estaba entre 40 y 89 años) formada por hombres y mujeres que estuvieran libres de cardiopatías. Todas las mujeres, con independencia del grupo al que pertenecían, informaban más síntomas depresivos y estaban menos satisfechas con su vida, que los hombres analizados. Y, en el caso de las mujeres de la muestra clínica (no en el grupo control) percibían mayor apoyo social, hecho que podría explicarse porque al ser una enfermedad especialmente limitante, las mujeres, acostumbradas más a cuidar que a ser cuidadas, sobre todo en esta generación, pueden percibir que las atenciones recibidas de familiares y amigos eran mayores.

Pero además, se encontró en el estudio que si bien el apoyo social era un predictor significativo de la satisfacción vital en ambos grupos, en el caso del grupo con insuficiencia cardiaca, también lo eran los síntomas depresivos. De hecho, los análisis realizados mostraron que la relación entre apoyo social y satisfacción estaba parcialmente mediada por los síntomas depresivos en el grupo con insuficiencia, de forma que el apoyo contribuía a que la persona experimentase menos síntomas depresivos y eran estos los que contribuían al nivel de satisfacción que finalmente la persona informaba o sentía. Estos datos sugieren que una intervención dirigida a mejorar el apoyo social puede contribuir a la reducción de los síntomas depresivos, lo que puede mejorar la calidad de vida de estos pacientes (Chen et al., 2010; Gary, Dumbar, Higgins, Musselman y Smith, 2010; Park, Fenster, Suresh y Bliss, 2006), favoreciendo además la adherencia al tratamiento (Sayers, Riegel, Pawlowski, Coyne y Samaha, 2008).

3. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Por un lado, sabemos que lo más importante hoy en día es la prevención que, además, debe extenderse a lo largo de toda la vida, desde el nacimiento (e incluso antes) hasta la ancianidad, siendo importante no sólo prevenir en poblaciones de alto riesgo, sino también educar a toda la sociedad en hábitos adecuados de vida. Para ello, pueden ponerse en marcha, por ejemplo, campañas que dificulten el hábito del tabaco, o que favorezcan la reducción de sal en las comidas. Este tipo de intervenciones puede traer consigo numerosas ventajas para los ciudadanos, además de una considerable reducción de gasto sanitario.

Por otro lado, en cuanto a la intervención una vez que se ha producido la enfermedad, si bien más del 50% de los hombres con problemas cardíacos recibe un tratamiento adecuado, este porcentaje es bastante menor (por debajo del 20%) en el caso de las mujeres. Las razones para ello son diversas, como que los síntomas en las mujeres están enmascarados por otras manifestaciones (como los problemas asociados a la menopausia), que la cardiopatía isquémica aparece más tarde en las mujeres que en los hombres y con más factores de riesgo (como hipertensión, diabetes o insuficiencia renal) y, por tanto, con un peor estado de salud general, o que acuden más tarde al profesional de la salud o al hospital, cuando ya los síntomas son muy agudos e intensos. Por todos ello, su pronóstico es peor en el caso de sufrir eventos cardíacos graves, como un infarto de miocardio, aumentando su riesgo de mayor discapacidad y presentando una tasa más alta de muerte temprana tras un episodio coronario agudo que los hombres. Además, a pesar de que las mujeres suelen presentar un peor pronóstico, reciben con menor frecuencia el tratamiento adecuado o las técnicas de diagnóstico apropiadas.

La investigación nos muestra que puede resultar más esperado por los profesionales de la salud que un tipo de síntomas se asocie con ECV en mayor medida en los hombres que en las mujeres, teniendo consecuencias graves para el diagnóstico y tratamiento de estas últimas (Arber et al., 2004, 2006). El estudio de Bönthe y colaboradores (2008) se dirigió precisamente a investigar si era menos probable que las mujeres, presentando los mismos síntomas de enfermedad cardiovascular, fueran diagnosticadas y tratadas menos adecuadamente que los hombres. Para analizar esta cuestión, se preparó un vídeo con actores representando a pacientes que acudían al médico por primera vez e informaban 7 síntomas o signos típicos de la ECV que incluían (1) dolor de pecho, (2) dolor que empeoraba con el ejercicio, el estrés y la comida, (3) alivio después del descanso, (4) malestar desde hacía más de tres meses, (5) dolor de espalda, entre los omoplatos; (6) elevada presión sanguínea, y (7) el gesto no verbal de apretar el puño contra el esternón. Todos los vídeos tenían el mismo texto, pero el actor podía ser hombre o mujer, y se presentó a médicos de atención primaria, concretamente, 64 hombres y 64 mujeres, en cada uno de los tres países en los que se llevó a cabo el estudio: Estados Unidos, Reino Unido y Alemania. En total, la muestra la constituían 384 médicos.

Una vez visto el vídeo, el médico debía responder distintas cuestiones sobre diagnóstico y tratamiento en una entrevista personal: (1) si el médico del vídeo pediría más información al paciente y, en ese caso, qué preguntas le haría; (2) qué pensaban que estaba pasando con ese paciente y con qué certeza hacían ese diagnóstico; (3) qué pruebas diagnósticas pedirían al paciente; (4) si le prescribirían alguna medicación; (5) si le dirigirían a otro profesional de la salud; (6) cuándo le citarían de nuevo; y (7) si le recomendarían cambios en su estilo de vida.

Nos referiremos a los datos de los tres países conjuntamente, remitiendo al lector interesado al artículo original para ver peculiaridades en uno u otro país. Así, los datos muestran que las mujeres, aun presentando síntomas de ECV, recibían menos atención que los hombres. Mientras a los hombres se les hacían más preguntas sobre consumo de tabaco, alcohol y estado psicológico, a las mujeres, se les preguntaba más sobre su salud general. La ECV fue mencionada más a menudo como posible diagnóstico en los hombres que en las mujeres, mostrando además más certeza con ese diagnóstico en el caso de tratarse de un paciente varón que de una mujer. Además, a los hombres se les prescribían

medicinas apropiadas, y se les derivaba al cardiólogo o a otros especialistas en mayor medida que a las mujeres. En lo que no había diferencias entre géneros es en las recomendaciones sobre el estilo de vida en cuanto a dieta, pérdida de peso, o relajación ante el estrés. Un dato adicional era que las diferencias de género en el diagnóstico de ECV eran más frecuentes entre pacientes de mediana edad (55 años) que entre los mayores de 75 años.

No obstante, las mujeres van teniendo cada vez más información sobre el hecho de que también las ECV son la principal causa de muerte en ellas, y no sólo en los hombres. Según Sandhu et al. (2012), mientras en 1997 las ECV eran motivo de preocupación sólo para un 30% de las mujeres, esta cifra ha alcanzado el 56% en la actualidad.

3. 1. *Programas de rehabilitación cardiovascular*

Los programas de rehabilitación cardíaca (PRC) se basan en sistemas de actuación multifactorial aconsejados por la Organización Mundial de la Salud en los años sesenta, que además de incorporar la atención cardiológica, incluyen programas supervisados de ejercicio físico, apoyo psicológico y consejos dietéticos y laborales.

Las mujeres participan menos en los PRC y tienen tasas más altas de abandono que los hombres, aunque si completan su rehabilitación, muestran las mismas (o incluso superiores) mejoras funcionales que ellos. Por una parte, parece que menos mujeres que hombres reciben la recomendación de incorporarse a estos programas de rehabilitación; entre las que lo reciben y son más jóvenes, pueden tener más dificultades para compatibilizar sus obligaciones laborales (con empleos menos remunerados) y entre las más mayores, porque pueden tener a su cuidado a otros familiares y/o tener dificultades para asumir la práctica de ejercicio físico recomendada (Brezinka y Kittel, 1995).

Lo mismo se concluye en el estudio de Grace y colaboradores (2002) que hacen una revisión cualitativa de artículos de MedLine (1997-2001) y PsicInfo (1984-2001) sobre las diferencias de género en la participación en los PRC, atendiendo fundamentalmente a aspectos como depresión, ansiedad, autoeficacia y apoyo social. En conjunto, las mujeres tras un episodio cardíaco tienden a tener más sintomatología depresiva y ansiosa (aunque sobre esta última hay menos datos), menos apoyo social (normalmente, al ser más mayores y tener una expectativa de vida más larga, suelen ser viudas, necesitando implicar a otras fuentes de apoyo, como los hijos), y menos autoeficacia, sobre todo en lo que se refiere a la práctica del ejercicio físico incluido en los PRC y que pueden hacer que se impliquen menos en este tipo de rehabilitación, o que falten a más sesiones. Aunque si cumplen su programa completo, mejoran y reducen su riesgo futuro en igual (o incluso mayor) proporción que los hombres (Grace et al., 2002).

Más recientemente, en el estudio de Davidson y colaboradores (2008), en el que se utilizó un PRC adaptado a mujeres, se encontró que, aunque no hubo diferencias significativas entre las medidas pre y post participación en el programa en ansiedad, depresión, percepción de estrés, control percibido y apoyo social percibido; sí se encontró que había menos mujeres con puntuaciones altas en ansiedad y más con una mayor percepción de apoyo. El programa, tenía una duración de mes y medio, con sesiones semanales de 2 horas en grupos de entre 5 y 10 mujeres, con promoción de la educación, apoyo social y estrategias de cambio de conducta.

La investigación de Lieberman, Meana y Stewart (1998) estudió los factores que favorecían o dificultaban la asistencia a un programa de rehabilitación cardíaca entre hombres y mujeres, con una edad media aproximada de 63 años, que habían sufrido una cardiopatía isquémica. Para ambos sexos, era importante la recomendación médica, y a veces, hasta suficiente para iniciar un cambio de estilo de vida. En las mujeres, era fundamental el apoyo de sus hijos adultos, mientras que para los hombres, la mayor influencia la tenían sus parejas. En el caso de las mujeres, una barrera importante era la presencia de otras enfermedades que hacían que vieran difícil, y hasta experimentaban temor, ante la práctica de ejercicio físico. Resultados como estos muestran la importancia que tiene, para favorecer la adherencia, hacer un programa de ejercicio más adaptado a las dificultades físicas, sobre todo, en el caso de las mujeres (es necesario destacar que las enfermedades isquémicas suelen aparecer, como media, 10 años más tarde en las mujeres que en los hombres), así como implicar a los familiares próximos, hijos en el caso de la mujer (posiblemente porque viven más que los hombres y las que siguen casadas, suelen tener maridos más mayores) y la pareja en el caso de los hombres.

Aunque hay pocos estudios sobre el tema, la evidencia muestra que la respuesta al ejercicio físico en la mujer tiene características diferentes respecto al hombre. Las causas que se apuntan para justificar este vacío científico son la tardía incorporación de la mujer a la práctica deportiva y su escasa participación respecto a la actividad física masculina. Por otro lado, aunque existen factores biológicos que limitan su potencia (masa muscular, talla, etc.), las mujeres están mejorando su condición física en una progresión mucho mayor que los hombres. No obstante, hay diferencias morfológicas, respiratorias, de termorregulación y de cualidades motoras entre ambos sexos. En cuanto a las peculiari-

dades cardiovasculares de la mujer, las principales son las siguientes (datos tomados de la Fundación Española del Corazón, 2009):

1. Hay factores anatómicos que imponen limitaciones, como que sus vísceras son más pequeñas que las del hombre.
2. Al tener menor desarrollo de la caja torácica y un corazón más pequeño, la mujer cuenta con menor cantidad de sangre y volumen sistólico (cantidad de sangre que expulsa el corazón cuando se contrae para demandar oxígeno).
3. Su frecuencia cardíaca (pulsación del corazón por minuto) es mayor, lo que origina un menor gasto cardíaco.
4. El menor tamaño del corazón se debe a la suma de varios factores: menor superficie corporal, repercusión de las hormonas sexuales (estrógenos) sobre el crecimiento del corazón y diferente respuesta de la tensión arterial durante el ejercicio.
5. La mujer presenta un 15% menos de concentración de hemoglobina en sangre y del número de hematíes, lo que equivale a una menor capacidad de transporte del oxígeno sanguíneo.

En el estudio de Fridlund (2000), cuando se dio a elegir a mujeres que acababan de sufrir un primer infarto de miocardio entre participar o no en un programa de rehabilitación cardíaca (PRC), que incluía sesiones de ejercicio físico y reeducación de hábitos de vida modificables (dieta, ejercicio, consumo de tabaco) a lo largo de 12 semanas, sólo el 50% eligió participar en él. En el seguimiento, a los 12 meses, las mujeres que habían elegido participar en el programa informaban más problemas médicos y habían sido sometidas a más procesos de cirugía de revascularización coronaria que las que no habían participado. De los datos medidos, el único beneficio fue una tasa más alta de reincorporación al trabajo. Todas las mujeres, con independencia de que participaran o no en el programa médico, habían conseguido llevar a cabo cambios de conducta, como dejar de fumar y hacer ejercicio, y eran más conscientes de su dieta alimenticia. Este dato puede implicar que las mujeres activan su sistema de apoyo social, o que la información y consejo dado por el personal sanitario antes de abandonar el hospital tras el infarto fuera suficiente para llevar a cabo cambios relevantes en su estilo de vida. El hecho de que el programa no apartara más beneficios puede ser, primero, porque era voluntariamente elegido, lo que pudo llevar a las mujeres que estaban o se sentían peor, o tenían menos recursos psicosociales, a decidir participar en él; o bien, que la información proporcionada sobre el infarto y sus antecedentes y consecuentes les llevara a no evitar o reprimir los síntomas físicos y psicológicos que experimentaban. También puede ser que el programa no estaba específicamente diseñado o adaptado para su aplicación a mujeres, para las que es más relevante una perspectiva psicológica en términos de apoyo emocional a corto plazo y de sentido de pertenencia a más largo plazo, con discusiones en grupo de dificultades emocionales y conductuales experimentadas por las pacientes. De hecho, mientras que en los hombres un programa entre uno y tres meses, según el número de sesiones semanal, parece cubrir sus necesidades de información y educación en estilo de vida, en las mujeres, donde adquieren más relevancia otros factores más cognitivos y emocionales, podría necesitarse un tiempo mayor. Este tipo de factores puede hacer que por ello, las mujeres participen menos en los PRC que los hombres.

Cuando se hace alusión al diferente tratamiento y dedicación de hombres y mujeres en la enfermedad cardiovascular, se suele citar el trabajo de Healy (1991) sobre el síndrome de Yentl. El nombre viene de la heroína de una historia corta de Isaac Bashevis Singer llamada Yentl que tuvo que disfrazarse de hombre para asistir a la escuela y estudiar el Talmud en una escuela judía sólo para chicos en la Polonia del siglo XIX. Este síndrome recoge la necesidad de la mujer de demostrar que tiene los mismos o similares factores de riesgo que la población masculina para recibir el mismo tratamiento. Si bien hoy puede decirse que las cosas han cambiado, ya que hay más estudios con población femenina y se conocen mejor los factores diferenciales en la etiología y pronóstico, siguen observándose aún algunas diferencias en las técnicas diagnósticas y en los tratamientos que no siempre se justifican por criterios objetivos.

En las últimas décadas ha cambiado el espectro clínico de la cardiopatía isquémica. Por un lado, las estancias hospitalarias tras un episodio cardíaco agudo se han reducido considerablemente, lo que tiene como ventaja que hay un periodo más corto de reposo y una reincorporación a la vida activa más precoz, pero también el inconveniente de que el paciente no tiene tiempo de asumir y ser consciente de la trascendencia clínica de su enfermedad (ver Mazón-Ramos, 2012, para una revisión).

Además, aunque los pacientes cuando abandonan el hospital reciben información y consejo, suele ser algo breve y, al estar los pacientes aun experimentando altos niveles de ansiedad y de depresión, puede no ser bien asimilado. A veces los pacientes utilizan la negación para afrontar sus síntomas emocionales negativos, convenciéndose a sí mismos de que no tienen ningún problema serio ni ningún riesgo futuro. Si bien esta estrategia a corto plazo puede ayudar, a medio plazo se asocia con una mala adherencia al tratamiento, incluyendo medicación y cambios en el estilo de vida.

4. REFERENCIAS

- Allman, E., Berry, D. y Nasir, L. (2009). Depression and coping in heart failure patients: A review of the literature. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24, 106-117.
- André-Petersson, L., Hedblad, B., Janzon, L. y Östergren, P.O. (2006). Social support and behavior in a stressful situation in relation to myocardial infarction and mortality: Who is at risk? Results from prospective cohort study "Men born in 1914," Malmö, Sweden. *International Journal of Behavioral Medicine*, 13, 340-347.
- Arber, S., McKinlay, J. B., Adams, A., Marceau, L., Link, C. y O'Donnell, A. (2004). Influence of patient characteristics on doctors' questioning and lifestyle advice for coronary heart disease: A UK/US video experiment. *British Journal of General Practice*, 54, 673-678.
- Arber, S., McKinlay, J. B., Adams, A., Marceau, L., Link, C. y O'Donnell A. (2006). Patient characteristics and inequalities in doctors' diagnostic and management strategies relating to CHD: A video-simulation experiment. *Social Science & Medicine*, 62, 103-115.
- Barth, J., Schneider, S. y von Känel, R. (2010). Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: A systematic review and meta analysis. *Psychosomatic Medicine*, 72, 229-238.
- Bellman, S., Forster, N., Still, L. y Cooper, C.L. (2003). Gender differences in the use of social support as a moderator of occupational stress. *Stress & Health*, 19, 45-58.
- Berkman L.F., Vaccarino V. y Seeman T. (1993). Gender differences in cardiovascular morbidity and mortality: The contribution of social networks and support. *Annals of Behavioral Medicine*, 15, 112-118.
- Birket-Smith, M., Hansen, B. H., Hanash, J. A., Hansen, J. F. y Rasmussen, A. (2009). Mental disorders and general well-being in cardiology outpatients- 6-year survival. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 5-10.
- Bönte, M., von dem Knesebeck, O., Siegrist, J., Marceau, L., Link, C., Arber, S., Adams, A. y McKinlay, J.B. (2008). Women and men with coronary heart disease in three countries: Are they treated differently? *Women's Health Issues*, 18, 191-198.
- Bosworth, H. B., Steffens, D. C., Kuchibhatla, M. N., Jiang, W. J., Arias, R. M., O'Connor, C. M. y Krishnan, K. R. R. (2000). The relationship of social support, social networks and negative events with depression in patients with coronary artery disease. *Aging and Mental Health*, 43, 243-258.
- Boyle, S.H., Williams, R.B., Mark, D.B., Brummett, B.H., Siegler, I.C., Helms, M.J. y Barefoot, J.C. (2004). Hostility as a predictor of survival in patients with coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 66, 629-632.
- Brezinka, V. y Kittel, F. (1995). Psychosocial factors of coronary heart disease in women: A review. *Social Science and Medicine*, 42, 1351-1365.
- Brownell, K. D. y Kramer, F. M. (1989). Behavioral management of obesity. *Medical Clinical of North America*, 73, 185-201.
- Bucks, R.S., Cruise, K.E., Skinner, T.C., Loftus, A.M., Barker, R.A. y Thomas, M.G. (2011). Coping processes and health-related quality of life in Parkinson's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 247-55.
- Burg, M.M., Jain, D., Soufer, R., Kerns, R.D. y Zaret, B.L. (1993). Role of behavioral and psychological factors in mental stress-induced silent ventricular dysfunction in coronary artery disease. *Journal of American College of Cardiology*, 22, 440-448.
- Bush, D., Ziegelstein, R., Tayback, M., Richter, D., Steven, S. et al. (2001). Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction. *American Journal of Cardiology*, 88, 337-341.
- Carels, R.A. (2004). The association between disease severity, functional status, depression and daily quality of life in congestive heart failure patients. *Quality of Life Research*, 13, 63-72.
- Carney, R., Freedland, K., Miller, G., Jaffe, A. (2002). Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity: A review of potential mechanisms. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 897-902
- Carney, R., Freedland, K., Sheline, Y. y Weiss, E. (1997). Depression and coronary heart disease: A review for cardiologists. *Clinical Cardiology*, 20, 196-200.
- Carver, C. S. y Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704.
- Chen, L.H., Li, C.Y., Shieh, S.M., Yin, W.H. y Chiou, A.F. (2010). Predictors of fatigue in patients with heart failure. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1588-1596.
- Chida, Y. y Steptoe, A. (2009). The association of anger and hostility with future coronary heart disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 53, 936-946.
- Cohen, F. y Lazarus, R. (1979). Coping with the stresses of illness. En G. C. Stone, F. Cohen y N. E. Ader (Eds.), *Health psychology: A handbook*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

- Cohen, S. y Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Cully, J.A., Phillips, L.L., Kunik, M.E., Stanley, M.A. y Deswal, A. (2010). Predicting quality of life in veterans with heart failure: The role of disease severity, depression, and comorbid anxiety. *Behavioral Medicine*, 36, 70-76.
- Dahlen, E.R. y Martin, R.C. (2005). The experience, expression, and control of anger in perceived social support. *Personality and Individual Differences*, 39, 391-401.
- Dalal, H.M., Evans, P.H., Campbell, J.L., Taylor, R.S., Watt, A., Read, K.L., Mourant, A.J., Wingham, J., Thompson, D.R. y Pereira Gray, D.J. (2007). Home-based versus hospital-based rehabilitation after myocardial infarction: A randomized trial with preference arms-Cornwall Heart Attack Rehabilitation Management Study (CHARMS). *International Journal of Cardiology*, 119, 202-211.
- Davidson, P., Digiacomo, M. Zecchin, R., Clarke, M., Paul, G., Lamb, K., Hancock, K., Chang, E. y Daly, J. (2008). A cardiac rehabilitation program to improve psychosocial outcomes of women with heart disease. *Journal of Women's Health*, 17, 123-133.
- Dembroski, T.M., MacDougall, J.M., Williams, R.B., Haney, T.L. y Blumenthal, J.A. (1985). Components of type A, hostility, and anger-in: Relationship to angiographic findings. *Psychosomatic Medicine*, 47, 219-233.
- Doering, L.V., McKinley, S., Riegel, B., Moser, D.K., Meischke, H., Pelter, M.M. y Dracup, K. (2011). Gender-specific characteristics of individuals with depressive symptoms and coronary heart disease. *Heart & Lung*, 40, e4-e14.
- Eckhardt, C., Norlander, B. y Deffenbacher, J. (2004). The assessment of anger and hostility: A critical review. *Aggressive and Violent Behavior*, 9, 17-43.
- Eng, P.M., Fitzmaurice, G., Kubzansky, L.D., Rimm, E.B. y Kawachi, I. (2003). Anger expression and risk of stroke and coronary heart disease among male health professionals. *Psychosomatic Medicine*, 65, 100-110.
- Eriksen, W. (1994). The role of social support in the pathogenesis of coronary heart disease: A literature review. *Family Practice*, 11, 201-209.
- European Society of Cardiology (2012). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *European Heart Journal*. doi: 10.1093/eurheartj/ehs092.
- Everson-Rose, S.A. y Lewis, T.T. (2005). Psychosocial factors and cardiovascular diseases. *Annual Review of Public Health*, 26, 469-500.
- Flay, B. R. (1987). Mass media and smoking cessation: A critical review. *American Journal of Public Health*, 77, 153-160.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., Gravel, G., Masson, A., Juneau, M., Talajic, M. y Bourassa, M. G. (2000). Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation*, 25, 1919-1924.
- Fridlund, B. (2000). Self-rated health in women after their first myocardial infarction: A 12-month comparison between participation and nonparticipation in a cardiac rehabilitation programme. *Health Care for Women International*, 21, 727-738.
- Fundación Española del Corazón (2009). *Adaptación de la mujer al ejercicio físico*. <http://www.fundaciondelcorazon.com/ejercicio/para-mujeres/300-adaptacion-de-la-mujer-al-ejercicio-fisico.html>
- Gallo, L.C., Ghaed, S.G. y Bracken, W.S. (2004). Emotions and cognitions in coronary heart disease: Risk, resilience, and social context. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 669-694.
- Gary, R.A., Dunbar, S.B., Higgins, M.K., Musselman, D.L. y Smith, A.L. (2010). Improving outcomes for African Americans with chronic heart failure: A comparison of two home care management delivery methods. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 119-131.
- Geraci, T.S. y Geraci, S.A. (2013). Considerations in women with hypertension. *Southern Medical Association*, 106, 434-438. Doi: 10.1097/SMJ.0b013e31829bad37
- Gerin, W., Pieper, C., Levy, R. y Pickering, T. G. (1992). Social support in social interaction: A moderator of cardiovascular reactivity. *Psychosomatic Medicine*, 54, 324-336.
- Gerin, W., Davidson, K.W., Christenfeld, N.J., Goyal, T. y Schwartz, J.E. (2006). The role of angry rumination and distraction in blood pressure recovery from emotional arousal. *Psychosomatic Medicine*, 68, 64-72.
- Glassman, A. y Shapiro, P. (1998). Depression and the course of coronary artery disease. *American Journal of Psychiatry*, 155, 4-11.
- Goodwin, R., Davidson, K. y Keyes, K. (2009). Mental disorders and cardiovascular disease among adult in the United States. *Journal of Psychiatry Research*, 43, 239-246.

- Gottlieb, S.S, Khatta, M., Friedmann, E., Einbinder, L., Katzen, S., Baker, B., et al. (2004). The influence of age, sex and race on the prevalence of depression in heart failure patients. *Journal of the American College of Cardiology*, 43, 1542-1549.
- Grace, S.L., Abbey, S.E., Shnek, Z.M., Irvine, J., Franche, R. y Stewart, D.E. (2002). Cardiac rehabilitation I: Review of psychosocial factors. *General Hospital Psychiatry*, 24, 121-126.
- Gramer, M. y Reitbauer, C. (2010). The influence of social support on cardiovascular responses during stressor anticipation and active coping. *Biological Psychology*, 85, 268-274.
- Gravelly-Witte, S., De Gucht, V., Heiser, W., Grace, S. y Van Elderen, T. (2007). The impact of angina and cardiac history on health-related quality of life and depression in coronary heart disease patients. *Chronic Illness*, 3, 66-76.
- Harburg, E., Julius, M., Kaciroti, N., Gleiberman, L. y Schork, M.A. (2003). Expressive/ suppressive anger-coping responses, gender, and types of mortality: A 17-year follow-up (Tecumseh, Michigan, 1971-1988). *Psychosomatic Medicine*, 65, 588-597.
- Haukkala, A., Konttinen, H. , Uutela, A., Kawachi, I. y Laatikainen, T. (2009). Gender differences in the associations between depressive symptoms, cardiovascular diseases, and all-cause mortality. *Annals of Epidemiology*, 19, 623-629.
- Healy, B.P. (1991). The Yentl syndrome. *New England Journal of Medicine*, 325, 274-276.
- Healy, B.P. (1998). Waiting to explode: How women can manage anger. *Journal of Women's Health*, 7, 393-394.
- Helmets, K.F., Baker, B., O'Kelly, B. y Tobe, S. (2000). Anger expression, gender, and ambulatory blood pressure in mild, unmedicated adults with hypertension. *Annals of Behavioral Medicine*, 22, 60-64.
- Hemingway, H. y Marmot, M. (1999). Evidence based cardiology: Psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease: Systematic review of prospective cohort studies. *British Medical Journal*, 318, 1460-1467.
- Hogan, B.E. y Linden, W. (2005). Curvilinear relationships of expressed anger and blood pressure in women but not in men: Evidence from two samples. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 97-102.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K. y Brennan, P. L. (1995). Social support, coping, and depressive symptoms in a late-middle-aged sample of patients reporting cardiac illness. *Health Psychology*, 14, 152-163.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C.K. y Brennan, P.L. (1997). Social context, coping strategies, and depressive symptoms: An expanded model with cardiac patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 918-928.
- Holahan, C. K., Moerkbak, M. y Suzuki, R. (2006). Social support, coping, and depressive symptoms in cardiac illness among Hispanic and non-Hispanic White cardiac patients. *Psychology and Health*, 21, 615-631.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T.W. y Uchino, B.N. (2008). Can hostility interfere with the health benefits of giving and receiving social support? The impact of cynical hostility on cardiovascular reactivity during social support interactions among friends. *Annals of Behavioral Medicine*, 35, 319-330.
- House, J. S. (1981). *Work, stress and social support*. Reading, MA.: Addison Wesley.
- Hughes, B.M. (2007). Social support in ordinary life and laboratory measures of cardiovascular reactivity: Gender differences in habituation-sensitization. *Annals of Behavioral Medicine*, 34, 166-176.
- Hughes, B.M. y Howard, S. (2009). Social support reduces resting cardiovascular function in women. *Anxiety, Stress, & Coping*, 22, 537-548.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2013). *Defunciones según la causa de muerte. Año 2011*. <http://www.ine.es/prensa/np767.pdf>
- Jorgensen, R.S. y Kolodziej, M.E. (2007). Suppressed anger, evaluative threat, and cardiovascular reactivity: A tripartite profile approach. *International Journal of Psychophysiology*, 66, 102-108.
- Julkunen, J. y Ahlström, R. (2006). Hostility, anger, and sense of coherence as predictors of health-related quality of life. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 33-39.
- Kamarck, T. W., Manuck, S. B. y Jennings, J. R. (1990). Social support reduces cardiovascular reactivity to psychological challenge: A laboratory model. *Psychosomatic Medicine*, 52, 42-58.
- Lepore, S. J. (1998). Problems and prospects for the social support-reactivity hypothesis. *Annual of Behavioral Medicine*, 20, 257-269.
- Kaptein, A.A., Helder, D.I., Scharloo, M., Van Kempen, G.M.J., Weinman, J., Van Houwelingen, H.C., et al. (2006). Illness perceptions and coping explain well-being in patients with Huntington's disease. *Psychology & Health*, 21, 431-446.
- Karlin, W.A., Brondolo, E. y Schwartz, J. (2003). Workplace social support and ambulatory cardiovascular activity in New York City traffic agents. *Psychosomatic Medicine*, 65, 167-176.

- Kawachi, I., Sparrow, D., Spiro, A., Vokonas, P. y Weiss, S.T. (1996). A prospective study of anger and coronary heart disease: The normative Aging Study. *Circulation*, *94*, 2090-2095.
- Kershaw, T., Northouse, L., Kritpracha, C., Schafenacker, A. y Mood, D. (2004). Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychology & Health*, *19*, 139-155.
- King, K.M. (2000). Gender and short-term recovery from cardiac surgery. *Nursing Research*, *49*, 29-36.
- Krantz, D.S., Olson, M.B., Francis, J.L., Fhankao, C., Merz, C.N.B., Sopko, G., Vido, D.A., Shaw, L.J., Sheps, D.S., Pepine, C.J. y Matthews, K.A. (2006). Anger, hostility, and cardiac symptoms in women with suspected coronary artery disease: The Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) Study. *Journal of Women's Health*, *15*, 1214-1223.
- Kristofferzon, M.L., Löfmark, R. y Carlsson, M. (2005). Striving for balance in daily life: Experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, *16*, 391-401.
- Krumholz, H., Butler, J., Miller, J., Vaccarino, V., Williams, C.S., Mendes de Leon, C.F., Seeman, T.E., Kasl, S.V. y Berkman, L.F. (1998). Prognosis importance of emotional support for elderly patients hospitalized with heart failure. *Circulation*, *97*, 958-964.
- Larson, M.R. y Langer, A.W. (1997). Defensive hostility and anger expression: Relationship to additional heart rate reactivity during active coping. *Psychophysiology*, *34*, 177-184.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S. y Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. En L. A. Pervin y M. Lewis (Eds.), *Perspectives in interactional psychology* (pp. 287-327). New York: Plenum Press.
- Lepore, S. J. (1998). Problems and prospects for the social support-reactivity hypothesis. *Annual of Behavioral Medicine*, *20*, 257-269.
- Lett, H.S., Blumenthal, J.A., Babyak, M.A., Strauman, T.J., Robins, C. y Sherwood, A. (2005). Social support and coronary heart disease: Epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosomatic Medicine*, *67*, 869-878.
- Lieberman, L., Meana, M. y Stewart, D. (1998). Cardiac rehabilitation: Gender differences in factors influencing participation. *Journal of Women's Health*, *7*, 717-723.
- Liewer, L., Mains, D.A., Lykens, K. y René, A.A. (2008). Barriers to women's cardiovascular risk knowledge. *Health Care for Women International*, *29*, 23-38.
- Lindsay, G. M., Smith, L. N., Hanlon, P. y Wheatley, D. J. (2001) The influence of general health status and social support on symptomatic outcome following coronary artery bypass grafting. *Heart*, *85*, 80-86.
- Lossnitzer, N., Müller-Tasch, T., Löwe, B., Zugck, C., Nelles, M., Remppis, A., et al. (2009). Exploring potential associations of suicidal ideation and ideas of self-harm in patients with congestive heart failure. *Depression and Anxiety*, *26*, 764-768.
- Luijendijk, H.J., Tiemeier, H., van den Berg, J.F., Bleumink, G.S., Hofman, A. y Stricker, B.H.C. (2010). Heart failure and incident late-life depression. *Journal of the American Geriatrics Society*, *58*, 1441-1448.
- Mao, W.C., Bardwell, W.A., Major, J.M. y Dimsdale, J.E. (2003). Coping strategies, hostility, and depressive symptoms: A path model. *International Journal of Behavioral Medicine*, *10*, 331-342.
- Martin, L.A., Critelli, J.W., Doster, J.A., Powers, C., Purdum, M., Doster, M.R. y Lambert, P.L. (2013). Cardiovascular risk: Gender differences in lifestyle behaviors and coping strategies. *International Journal of Behavioral Medicine*, *20*, 97-105.
- Martin, R. y Watson, D. (1997). Style of anger expression and its relations to daily experience. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *23*, 285-294.
- Matthews, K.A., Owens, J.F., Kuller, L.H., Sutton-Tyrrell, K. y Jansen-McWilliams, L. (1998). Are hostility and anxiety associated with carotid atherosclerosis in healthy postmenopausal women? *Psychosomatic Medicine*, *60*, 633-638.
- Matthews, K.A., Talbott, E. y Kuller, L.H. (1986). Occupational stress, suppressed anger, and hypertension. *Psychosomatic Medicine*, *48*, 249-260.
- Mazón-Ramos, P. (2012). Riesgo cardiovascular en el siglo XXI. Cómo detectarlo en prevención primaria. Cómo controlarlo en prevención secundaria. *Revista Española de Cardiología*, *65* (Supl 2), 3-9. doi: 10.1016/j.recesp.2012.07.004
- Mermelstein, R., Cohen, S., Lichtenstein, E., Baer, J. S. y Kamarck, T. (1986). Social support and smoking cessation and maintenance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *54*, 447-453.
- Miguel-Tobal, J.J., Casado, M.I., Cano-Vindel, A. y Spielberger, C.D. (1997). El estudio de la ira en los trastornos cardiovasculares mediante el empleo del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo-STAXI. *Ansiedad y Estrés*, *3*, 5-20.

- Miller, T.Q., Smith, T.W., Turner, C.W., Guijarro, M.L. y Hallet, A.J. (1996). A meta-analytic review of research on hostility and physical health. *Psychological Bulletin*, 119, 322-348.
- Moos, R. H. y Holahan, C. J. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: Toward an integrative framework. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 1387-1403.
- Moser, D. y Dracup, K. (1996). Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events? *Psychosomatic Medicine*, 58, 395-401.
- Murberg, T.A., Bru, E., Aarsland, T. y Svebak, S. (1998). Social support, social disability and their role as predictors of depression among patients with heart failure. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 26, 87-95.
- Murphy, B.M., Elliott, P.C., Worcester, M.U., Higgins, R.O.R.M., Roberts, S.B. y Goble, A.J. (2008). Trajectories and predictors of anxiety and depression in women during the 12 months following an acute cardiac event. *British Journal of Health Psychology*, 13, 135-153.
- Musselman, D., Evans, D. y Nemeroff, C. (1998). The relationship of depression to cardiovascular disease: Epidemiology, biology, and treatment. *Archives of General Psychiatry*, 55, 580-592.
- Newcomb, M. D. (1990). Social support and personal characteristics: A developmental and interactional perspective. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 54-68.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. y Grayson C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1061-1072.
- Norris, C.M., Murray, J.W., Triplett, L.S. y Hegadoren, K.M. (2010). Gender roles in persistent sex differences in Health-Related Quality-of-Life Outcomes of patients with coronary artery disease. *Gender Medicine*, 7, 330-339.
- O'Donovan, A. y Hughes, B. M. (2009). Access to social support in life and in the laboratory. Combined impact on cardiovascular reactivity to stress and state anxiety. *Journal of Health Psychology*, 13, 1147-1156.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Enfermedades cardiovasculares*. Nota descriptiva – Marzo. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>
- Orth-Gomér, K. (1998). Psychosocial risk factor profile in women with coronary heart disease. En K. Orth-Gomér, M.A. Chesney y N.K. Wenger (Eds.), *Women, stress, and heart disease* (pp. 25-38). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Park, C.L., Fenster, J.R., Suresh, D.B. y Bliss, D.E. (2006). Social support, appraisals, and coping as predictors of depression in congestive heart failure patients. *Psychology & Health*, 21, 773-789.
- Pedersen, S.S., Denollet, J., Spindler, H., Ong, A.T., Serruys, P.W., Erdman, R.A. y van Domburg, R.T. (2006). Anxiety enhances the detrimental effect of depressive symptoms on health status following percutaneous coronary intervention. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 783-789.
- Penninx, B.W., Beekman, A., Honig, A., Deeg, D., Schoevers, R., Van Eijk, J.T. y Van Tilburg, W. (2001). Depression and cardiac mortality: Results from a community-based longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 58, 221-227.
- Penninx, B.W., Kriegsman, D.M., Van Eijk, J.T., Boeke, A.J. y Deeg, D.J. (1996). Differential effect of social support on the course of chronic disease: A criteria-based literature study. *Families, Systems & Health*, 14, 223-244.
- Pérez-García, A.M. (2011). Personalidad y enfermedad. En J. Bermúdez, A. M. Pérez-García, J.A. Ruiz, P. Sanjuán y B. Rueda (Eds.), *Psicología de la personalidad* (pp. 635-700). Madrid: UNED.
- Pérez-García, A.M., Oliván, S. y Bover, R. (2013a). Subjective well-being in heart failure patients: Influence of coping and depressive symptoms. *International Journal of Behavioral Medicine*. <http://dx.doi.org/10.1007/s12529-013-9311-4>.
- Pérez-García, A.M., Oliván, S. y Bover, R. (2013b). Life satisfaction, depressive symptoms and perceived social support in heart failure patients. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica – Spanish Journal of Clinical Psychology*, 18, 93-105.
- Pérez-García, A.M., Ruiz, M. A., Sanjuán, P. y Rueda, B. (2011). The association of social support and gender with life satisfaction, emotional symptoms and mental adjustment in patients following a first cardiac coronary event. *Stress and Health*, 27, e252-e260. <http://dx.doi.org/10.1002/smi.1378>.
- Pérez-García, A.M., Sanjuán, P., Rueda, B. y Ruiz, M.A. (2011). Salud cardiovascular en la mujer: El papel de la ira y su expresión. *Psicothema*, 23, 593-598.
- Plach, S.K. (2008). Psychological well-being in women with heart failure: Can social roles make a difference? *Health Care for Women International*, 29, 54-75.

- Räikkönen, K., Matthews, K.A. y Kuller, L.H. (2001). Trajectory of psychological risk and incident hypertension in middle-aged women. *Hypertension*, 38, 798-802.
- Ramsay, J.M.C., McDermott, M.R. y Bray, C. (2001). Components of the anger-hostility complex and symptom reporting in patients with coronary artery disease: A multi-measure study. *Journal of Health Psychology*, 6, 713-729.
- Reblin, M., Uchino, B.N. y Smith, T.W. (2010). Provider and recipient factors that may moderate the effectiveness of received support: examining the effects of relationship quality and expectations for support on behavioral and cardiovascular reactions. *Journal of Behavioral Medicine*, 33, 423-431.
- Rose, G., Suls, J. y Green, P.J. (1996). Comparison of adjustment, activity, and tangible social support in men and women patients and their spouses during the six months post-myocardial infarction. *Annals of Behavioral Medicine*, 18, 264-272.
- Roth, S. y Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*, 41, 813-819.
- Rozanski, A. y Kubzansky, L. (2005). Psychological functioning and physical health: A paradigm of flexibility. *Psychosomatic Medicine*, 67, 47-53.
- Rueda, B. y Pérez-García, A.M. (2006a). Gender and social support in the context of cardiovascular disease. *Women & Health*, 43, 59-73.
- Rueda, B. y Pérez-García, A.M. (2006b). A prospective study of the effects of psychological resources and depression in essential hypertension. *Journal of Health Psychology*, 11, 129-140.
- Rueda, B. y Pérez-García, A. M. (2013). Coping strategies, depressive symptoms and quality of life in hypertensive patients: Mediation and prospective relations. *Psychology & Health*. <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2013.795223>.
- Rumsfeld, J.S., Jones, P.G., Whooley, M.A., Sullivan, M.D., Pitt, B., Weintraub, W.S. y Spertus, J.A. (2005). Depression predicts mortality and hospitalization in patients with myocardial infarction complicated by heart failure. *American Heart Journal*, 150, 961-967.
- Rutledge, T., Reis, V.A., Linke, S.E., Greenberg, B.H. y Mills, P.J. (2006). Depression in heart failure: A meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. *Journal of the American College of Cardiology*, 48, 1527-1537.
- Sandhu, R.K., Jimenez, M.C., Chiuve, S.E., Fitzgerald, K.C., Kenfield, S.A., Tedrow, U.B. y Albert, C.N. (2012). Smoking, smoking cessation, and risk of sudden cardiac death in women. *Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology*, 5, 1091-1097. Doi: 10.1161/CIRCEP.112.975219
- Sanz, J., García-Vera, M.P., Espinosa, R., Fortún, M. y Magán, I. (2010). Psychological factors associated with poor hypertension control: Differences in personality and stress between patients with controlled and uncontrolled hypertension. *Psychological Reports*, 107, 923-938.
- Sayers, S.L., Riegel, B., Pawlowski, S., Coyne, J.C. y Samaha, F.F. (2008). Social support and self-care of patients with heart failure. *Annals of Behavioral Medicine*, 35, 70-79.
- Shanmugasagaram, S., Russell, K.L., Kovacs, A.H., Stewart, D.E. y Grace, S.L. (2012). Gender and sex differences in prevalence of major depression in coronary artery disease patients: A meta-analysis. *Maturitas*, 73, 305-311.
- Shumaker, S.A. y Hill, R. (1991). Gender differences in social support and physical health. *Health Psychology*, 10, 102-111.
- Shumaker, S.A., Brooks, M.M., Schron, E.B., Hale, C., Kellen, J.C., Inkster, M., Wimbush, F.B., Wiklund, F.B. y Morris, M. (1997). Gender differences in health-related quality of life among postmyocardial infarction patients: Brief report. *Women's Health*, 3, 53-60.
- Siegan, A.W., Townsend, S.T., Blumenthal, R.S., Sorkin, J.D. y Civelek, A.C. (1998). Dimensions of anger and CHD in men and women: Self-ratings versus spouse ratings. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 315-336.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J. y Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129, 216-269.
- Smith, T.W. (1994). Concepts and methods in the study of anger, hostility, and health. En W. Siegman y T.W. Smith (Eds.), *Anger, hostility and the heart* (pp. 23-42). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Smith, T.W., Glazer, K., Ruiz, J.M. y Gallo, L.C. (2004). Hostility, anger, aggressiveness, and coronary heart disease: An interpersonal perspective on personality, emotion, and health. *Journal of Personality*, 72, 1217-1270.
- Sociedad Española de Hipertensión- Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) (2012). *Hipertensión arterial*. www.clubdelhipertenso.es.

- Spielberger, C.D., Johnson, E.H., Russell, S.F., Crane, R.S., Jacobs, G. y Worden, T.J. (1985). The experience and expression of anger: Construction and validation of an anger expression scale. En M.A. Chesney y R.H. Rosenman (Eds.), *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders* (pp. 5-30). Washington, DC: Hemisphere.
- Stephoe, A., Lundwall, K. y Cropley, M. (2000). Gender, family structure and cardiovascular activity during the working day and evening. *Social Science y Medicine*, 50, 531-535.
- Suls, J. y Bunde, J. (2005). Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: The problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychological Bulletin*, 131, 260-300.
- Tang, W.R., Yu, C.G. y Yeh, C.Y. (2010). Fatigue and its related factors in patients with chronic heart failure. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 69-78.
- Todaro, J., Shen, B., Raffa, S., Tilkemeier, P. y Niaura, R. (2007). Prevalence of anxiety disorders in men and women with established coronary heart disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 27, 86-91.
- Trivedi, R.B., Flumenthal, J.A., O'Connor, C., Adams, K., Hinderliter, A., Dupree, C., Johnson, K. y Sherwood, A. (2009). Coping styles in heart failure patients with depressive symptoms. *Psychosomatic Research*, 67, 339-346.
- Uchino, B. N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 377-387.
- Uchino, B.N., Cacioppo, J.T. y Kiecolt-Glaser, J.K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implication for health. *Psychological Bulletin*, 119, 488-531.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., Malarkey, W. M., Glasser, R. y Kiecolt-Glaser, J. K. (1995). Appraisal support predicts age-related differences in cardiovascular function in women. *Health Psychology*, 14, 556-562.
- Väänänen, A., Buunk, B.P., Kivimäki, M., Pentti, J. y Vahtera, J. (2005). When it is better to give than to receive: Long-term health effects of perceived reciprocity in support exchange. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 176-193.
- Van Emmerik, I.J.H. (2006). Gender differences in the creation of different types of social capital: A multilevel study. *Social Networks*, 28, 24-37.
- Vögele, C., Jarvis, A. y Cheeseman, K. (1997). Anger suppression, reactivity, and hypertension risk: Gender makes a difference. *Annals of Behavioral Medicine*, 19, 61-69.
- Wang, H. X., Mittleman, M. A. y Orth-Gomer, K. (2005). Influence of social support on progression of coronary artery disease in women. *Social Science & Medicine*, 60, 599-607.
- Whiteman, M.C. (2006). Personality, cardiovascular disease and public health. En M.E. Vollrath (Ed.), *Handbook of personality and health* (pp. 13-34). Chichester, England: Wiley.
- Worcester, M.U.C. y Le Grande, M.R. (2008). The role of cardiac rehabilitation in influencing psychological outcomes. *Stress and Health*, 24, 267-277.
- World Health Organization (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Ginebra: WHO.
- World Heart Federation (2012). *25by25 global target*. <http://www.world-heart-federation.org/what-we-do/advocacy/25-by-25/>
- Yan, L.L., Liu, K., Matthews, K.A., Daviglius, M.L., Ferguson, T.F. y Kiefe, C.I. (2003). Psychosocial factors and risk of hypertension: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) study. *Journal of the American Medical Association*, 290, 2138-2148.
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Ficha 1.

Evaluación de factores psicosociales

INTRODUCCIÓN

En esta ficha se recogen algunas escalas para evaluar factores psicosociales relacionados con el riesgo de enfermedad cardiovascular y/o con el peor pronóstico en el manejo de la misma, como hemos comentado en el documento de texto. Primero, presentaremos una prueba breve para hacer un *screening* rápido de estos factores, y después incluiremos dos medidas ampliamente utilizadas en la literatura sobre el tema para medir el malestar emocional (ansiedad y depresión) y las estrategias de afrontamiento para hacer frente a las situaciones difíciles, como puede ser el manejo de la enfermedad. Finalizaremos recomendando un enlace para también poder estar informado y prevenir factores de riesgo clásicos o médicos.

PERFIL DE RIESGO PSICOSOCIAL

A partir de lo comentado hasta ahora, no cabe duda de que disponer de medidas estandarizadas de depresión, ansiedad, hostilidad, estatus socioeconómico, apoyo o aislamiento social, y estrés psicosocial, que pudieran utilizarse en una evaluación preliminar en la entrevista clínica, sería interesante para conocer el perfil de riesgo psicosocial de un paciente. A continuación se recogen algunas preguntas sugeridas con este fin por la Sociedad Europea de Cardiología (European Society of Cardiology, 2012, pág.20).

<i>Bajo estatus socioeconómico</i>	¿Cuál es su nivel más alto de estudios? ¿Es usted un trabajador manual?
<i>Estrés laboral y familiar</i>	¿Le falta control para cumplir con las tareas de su trabajo? ¿Cree que el esfuerzo que pone en su trabajo no se recompensa adecuadamente? ¿Tiene problemas importantes con su pareja?
<i>Aislamiento social</i>	¿Vive sólo? ¿Le falta una persona en la que confíe?
<i>Hostilidad</i>	¿Se siente con frecuencia enfadado por pequeñas cosas? ¿Se siente a menudo molesto por los hábitos de otras personas?
<i>Ansiedad</i>	¿Se siente generalmente nervioso, ansioso o al límite? ¿Se siente generalmente incapaz de dejar de preocuparse?
<i>Depresión</i>	¿Se siente caído, deprimido, y desesperanzado? ¿Ha perdido interés y alegría de vivir?

MEDIDA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Una de las escalas más utilizadas es la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Zigmond y Snaith, 1983; versión en español de Rueda, 2004) que consta de 14 ítems. Incluye dos subescalas, de 7 ítems cada una, que miden ansiedad y depresión. Las respuestas se puntúan en escalas de 4 puntos (de 0 a 3), indicando las altas puntuaciones mayores niveles de ansiedad, depresión, o considerados conjuntamente, malestar emocional o estado de ánimo negativo.

Ítems de la escala

INSTRUCCIONES: Piense **cómo se sintió a lo largo de la semana pasada**. A continuación, marque con una cruz (X) la forma que mejor describa cómo se encontró en ese momento.

1. Me sentí tenso o nervioso
 Todos los días Muchas veces A veces Nunca
2. Seguí disfrutando con lo que antes me gustaba
 Como siempre No lo bastante Sólo un poco Nada
3. Tuve una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder
 Definitivamente, y es muy fuerte Sí, pero no es muy fuerte Un poco, pero no me preocupa Nada
4. Pude reírme y ver el lado divertido de las cosas
 Al igual que siempre lo hice No tanto Casi nunca Nunca
5. Tuve mi mente llena de preocupaciones
 La mayoría de las veces Con bastante frecuencia A veces Sólo en ocasiones
6. Me sentí alegre
 Casi siempre Muy a menudo A veces Nunca
7. Pude sentirme relajado
 Siempre Por lo general No muy a menudo Nunca
8. Sentí que cada día estaba más lento
 Por lo general, en todo momento Muy a menudo A veces Nunca
9. Tuve una sensación extraña, como de "hormigueo" en el estómago
 Nunca En ciertas ocasiones Con bastante frecuencia Muy a menudo
10. Perdí interés por mi aspecto personal
 Totalmente No me preocupa tanto como debiera Podría tener un poco más de cuidado Me preocupa igual que siempre
11. Me sentí inquieto, como si no pudiera parar de moverme
 Mucho Bastante Algo Nada
12. Me sentí optimista respecto del futuro
 Igual que siempre Menos de lo acostumbrado Mucho menos de lo acostumbrado Nada
13. Me asaltaron sentimientos repentinos de pánico
 Muy frecuentemente Bastante a menudo No muy a menudo Nada
14. Me divertí con un buen libro, la radio o un programa de televisión
 A menudo A veces Más bien poco Apenas nada

Los ítems se puntúan en escalas de intensidad o de frecuencia de 4 puntos. Cuanta más alta es la puntuación, mayor es la presencia y/o intensidad de síntomas de ansiedad y de depresión informados por la persona. Las puntuaciones pueden estar entre 0 y 21 para cada escala. Los criterios para interpretarla son de 0 a 7, puntuación normal; de 8 a 10, límite o dudoso; y ≥ 11 , problema clínico.

Para la corrección, deben considerarse las puntuaciones recogidas a continuación:

1. Me sentí tenso o nervioso
 (3) Todos los días (2) Muchas veces (1) A veces (0) Nunca
2. Seguí disfrutando con lo que antes me gustaba
 (0) Como siempre (1) No lo bastante (2) Sólo un poco (3) Nada
3. Tuve una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder
 (3) Definitivamente, y es muy fuerte (2) Sí, pero no es muy fuerte (1) Un poco, pero no me preocupa (0) Nada
4. Pude reírme y ver el lado divertido de las cosas
 (0) Al igual que siempre lo hice (1) No tanto (2) Casi nunca (3) Nunca

5. Tuve mi mente llena de preocupaciones
(3) La mayoría de las veces (2) Con bastante frecuencia (1) A veces (0) Sólo en ocasiones
6. Me sentí alegre
(0) Casi siempre (1) Muy a menudo (2) A veces (3) Nunca
7. Pude sentirme relajado
(0) Siempre (1) Por lo general (2) No muy a menudo (3) Nunca
8. Sentí que cada día estaba más lento
(3) Por lo general, en todo momento (2) Muy a menudo (1) A veces (0) Nunca
9. Tuve una sensación extraña, como de "hormigueo" en el estómago
(0) Nunca (1) En ciertas ocasiones (2) Con bastante frecuencia (3) Muy a menudo
10. Perdí interés por mi aspecto personal
(3) Totalmente (2) No me preocupa tanto como debiera (1) Podría tener un poco más de cuidado (0) Me preocupa igual que siempre
11. Me sentí inquieto, como si no pudiera parar de moverme
(3) Mucho (2) Bastante (1) Algo (0) Nada
12. Me sentí optimista respecto del futuro
(0) Igual que siempre (1) Menos de lo acostumbrado (2) Mucho menos de lo acostumbrado (3) Nada
13. Me asaltaron sentimientos repentinos de pánico
(3) Muy frecuentemente (2) Bastante a menudo (1) No muy a menudo (0) Nada
14. Me divertí con un buen libro, la radio o un programa de televisión
(0) A menudo (1) A veces (2) Más bien poco (3) Apenas nada

Escala de Ansiedad: suma de las puntuaciones obtenidas en los ítems impares: 1, 3, 5, 7, 9, 11 y 13

Escala de Depresión: suma de las puntuaciones obtenidas en los ítems pares: 2, 4, 6, 8, 10, 12 y 14

MEDIDA DEL AFRONTAMIENTO

El **Brief COPE** (Carver, 1997) está basado en el COPE (Carver, Scheier y Weintraub, 1989) que consta de 60 ítems pero que resultaba, cuando se usaba con fines clínicos, en estudios longitudinales, o con amplias baterías de pruebas, excesivamente largo y redundante, ya que los 4 ítems de cada una de sus 15 escalas eran distintas formas de preguntar el mismo contenido. La versión abreviada se diseñó tomando 2 de los ítems con más peso en cada escala en los análisis factoriales originales (Carver et al., 1989), eliminando algunas de las escalas que no habían aportado datos importantes en la investigación realizada, reconceptualizando otras y añadiendo la de autculpa que no estaba previamente. Incluye 28 ítems, agrupados en 14 escalas con dos ítems cada una.

Esta versión abreviada del COPE proporciona a los investigadores y clínicos una forma rápida de evaluar respuestas de afrontamiento potencialmente importantes, unas adaptativas y otras más problemáticas. Carver (1997) indica que se pueden seleccionar y aplicar sólo aquellas escalas que tengan más interés para las muestras que se vayan a analizar o para los objetivos concretos del estudio o intervención.

El formato de respuesta es de 4 puntos (de 0 a 3). En el ejemplo recogido a continuación, las instrucciones son generales, pero pueden cambiarse para investigar qué estrategias se utilizan, por ejemplo, ante una determinada enfermedad ("...cuando tiene que hacer frente a su enfermedad cardiovascular") o situación. Se recoge una versión traducida y utilizada por Pérez-García (2008), pero puede consultarse la versión adaptada por Morán, Landero y González (2010).

Ítems de la escala:

INSTRUCCIONES: Las frases que aparecen a continuación recogen distintas formas en que las personas reaccionan ante situaciones difíciles, estresantes o preocupantes. Su tarea consiste en rodear con un círculo el número del 0 al 3 que mejor indique **en qué medida suele usted desarrollar cada una de estas actividades cuando se encuentra ante una situación difícil, estresante o preocupante.**

	No, en absoluto	Totalmente		
1. Concentro mis esfuerzos en hacer algo para solucionar la situación en la que estoy	0	1	2	3
2. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer	0	1	2	3

3. Intento verlo de forma diferente para que parezca más positivo	0	1	2	3
4. Acepto la realidad de lo que sucede	0	1	2	3
5. Hago bromas sobre ello	0	1	2	3
6. Intento encontrar consuelo en mi religión o en mis creencias espirituales	0	1	2	3
7. Consigo apoyo emocional de los demás	0	1	2	3
8. Intento conseguir consejo o ayuda de otras personas sobre qué hacer	0	1	2	3
9. Me vuelco en el trabajo o en otras actividades para mantener mi mente ocupada con otras cosas	0	1	2	3
10. Me digo a mí mismo “esto no es real”	0	1	2	3
11. Digo cosas que permitan aflorar mis sentimientos más desagradables	0	1	2	3
12. Bebo alcohol o tomo drogas para sentirme mejor	0	1	2	3
13. Renuncio a intentar tratar con ello	0	1	2	3
14. Me critico a mí mismo	0	1	2	3
15. Llevo a cabo alguna acción que mejore la situación	0	1	2	3
16. Medito profundamente acerca de qué pasos tomar	0	1	2	3
17. Trato de buscar algo bueno en lo que está sucediendo	0	1	2	3
18. Aprendo a vivir con ello	0	1	2	3
19. Me río de la situación	0	1	2	3
20. Rezo o medito	0	1	2	3
21. Consigo consuelo y comprensión de alguien	0	1	2	3
22. Consigo ayuda y consejo de otras personas	0	1	2	3
23. Hago algo que me mantenga distraído, como ir al cine, ver la tele, leer, soñar despierto, dormir o ir de compras	0	1	2	3
24. Me niego a creer que esto ha sucedido	0	1	2	3
25. Expreso mis sentimientos negativos	0	1	2	3
26. Bebo alcohol o tomo drogas para ayudarme a superarlo	0	1	2	3
27. Abandono cualquier intento de hacer frente al problema	0	1	2	3
28. Me culpo por las cosas que me suceden	0	1	2	3

Corrección:

Los ítems se agrupan de la siguiente manera:

Afrontamiento activo: 1 + 15

Planificación: 2 + 16

Reevaluación positiva: 3 + 17

Aceptación: 4 + 18

Humor: 5 + 19

Religión: 6 + 20

Utilización de apoyo emocional: 7 + 21

Utilización de apoyo instrumental: 8 + 22

Auto-distracción: 9 + 23

Negación: 10 + 24

Desahogarse: 11 + 25

Consumo de sustancias: 12 + 26

Abandono: 13 + 27

Autoculpa: 14 + 28

A partir de las puntuaciones obtenidas pueden estudiarse las estrategias utilizadas, si son de compromiso con las situaciones analizadas (p. ej. afrontamiento activo, planificación, reevaluación positiva, aceptación), de búsqueda de apoyo social (emocional e instrumental), de utilización del humor y de las creencias religiosas o espirituales, o de carácter más desadaptativo (p. ej. autoculpa, negación, abandono, o consumo de sustancias).

FACTORES DE RIESGO CLÁSICO

En la página web de la Fundación Española del Corazón, hay información ciertamente relevante sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular, sobre la forma de cambiar a un estilo de vida más saludable, promover la adherencia al tratamiento, conocer todo lo necesario sobre esta enfermedad, etc.

A continuación vamos a reproducir un enlace muy interesante a lo “Calculadora de riesgo cardiovascular”, incluyendo algunas imágenes sobre su funcionamiento. Recomendamos al lector interesado que se dirija a esta página para poder utilizar esta herramienta.

Calculadora de riesgo cardiovascular

(Última actualización el Martes, 14 de Junio de 2011 07:20)

“¿Conoces tu riesgo cardiovascular? Mediante esta sencilla herramienta podrás descubrirlo de forma rápida y recibir una serie de recomendaciones básicas para que empieces a mejorarlo desde ahora mismo.

Bastan unos datos básicos (edad, peso, sexo) y una información concisa sobre tus hábitos de vida (fumador, colesterol, diabetes, tensión alta, antecedentes de enfermedad cardiovascular) para descubrir si la probabilidad de que padezcas una dolencia de corazón es baja, media o alta. No esperes más tiempo para conocer tu estado de salud, y si lo necesitas, poner en marcha un plan para mejorarlo cuanto antes. Entra y conoce tu riesgo cardiovascular.”

<http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/calcula-tu-riesgo.html>

Calcula tu riesgo cardiovascular

El riesgo cardiovascular indica las posibilidades que tienes de sufrir alguna enfermedad cardíaca según tus antecedentes y hábitos de vida.

¿Eres Diabético? SI No

¿Has sufrido alguna enfermedad cardiovascular? SI No

¿Fumas? SI No

Colesterol total:

Tensión sistólica:

Sexo: Hombre Mujer

Edad: años

Contenido avalado por Sociedad Española de Cardiología

Ejemplos de páginas con los menús desplegados:

Calcula tu riesgo cardiovascular

El riesgo cardiovascular indica las posibilidades que tienes de sufrir alguna enfermedad cardíaca según tus antecedentes y hábitos de vida.

¿Eres Diabético? SI No

¿Has sufrido alguna enfermedad cardiovascular? SI No

¿Fumas? SI No

Colesterol total:

Tensión sistólica:

Sexo: Hombre Mujer

Edad: años

Contenido avalado por Sociedad Española de Cardiología

Calcula tu riesgo cardiovascular

El riesgo cardiovascular indica las posibilidades que tienes de sufrir alguna enfermedad cardíaca según tus antecedentes y hábitos de vida.

¿Eres Diabético? SI No

¿Has sufrido alguna enfermedad cardiovascular? SI No

¿Fumas? SI No

Colesterol total:

Tensión sistólica:

Sexo: Hombre Mujer

Edad: años

Contenido avalado por Sociedad Española de Cardiología

Y el cálculo final más deseable:

The image shows a screenshot of a web-based cardiovascular risk calculator. At the top, the title reads "Calcula tu riesgo cardiovascular". Below the title, the result is displayed as "¡Tu riesgo es bajo!" in green text. To the right of this text are three heart icons: the first two are grey and the third is green. Below the result, there is a paragraph of advice: "¡Enhorabuena, sigue así! No abandones el ejercicio físico y mantén una dieta equilibrada. Habla con tus familiares y amigos para transmitirles las ventajas de llevar un estilo de vida cardiosaludable." At the bottom left, there is a link "¿Tienes alguna duda? >>" and at the bottom right, there is a button "«< Calcular de nuevo".

REFERENCIAS

- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- European Society of Cardiology (2012). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *European Heart Journal*. doi: 10.1093/eurheartj/ehs092.
- Mykletun, A., Stordal, E. y Dahl, A.A. (2001). Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale: Factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 540-544.
- Morán, C., Landero, R. y González, M.T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9, 543-552.
- Pérez-García, A.M. (2008). *Versión española de la escala Brief-COPE de Carver (1997)*. Documento no publicado del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Madrid: UNED.
- Rueda, B. (2004). *Competencia percibida y salud: aproximación general y aplicación a la enfermedad cardiovascular*. Tesis doctoral. Madrid: UNED.
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.