

Intervención Psicológica en la Rehabilitación Cardíaca



Mónica Julieth Jiménez Parra

José Luís Carballo Crespo

Director

Sonia Tirado González

Subdirectora

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Universidad Miguel Hernández de Elche

Junio 2016

RESUMEN

Marco teórico: La cardiopatía isquémica constituye la principal causa de muerte en el mundo, por encima de los accidentes cerebrovasculares, el cáncer de pulmón y los traumatismos por accidentes de tráfico. Según la evidencia, algunas variables psicológicas son, en muchos casos, las responsables del origen de la enfermedad arterial coronaria o en su caso, de una peor recuperación. La Rehabilitación Cardíaca se configura como una estrategia eficaz para evitar recaídas en pacientes cardiopatas, retornándolos a su vez a un estado de vida lo más normalizado posible. Sin embargo, este servicio instaurado desde el 2012 en el Hospital General Universitario de Elche cuenta con muy pocos estudios sistemáticos que avalen su eficacia en el área psicológica. *Método:* Se administraron escalas de evaluación de variables emocionales y patrones comportamentales a un grupo de seis pacientes con cardiopatía isquémica tras una intervención cognitivo-conductual breve y en los posteriores seguimientos a los tres meses y al año. *Resultados:* Las puntuaciones en las variables evaluadas cambiaron en la dirección esperada tras el tratamiento y en casi todos los casos lo continuaron haciendo en los seguimientos, aunque pocos contrastes resultaron ser estadísticamente significativos. *Conclusiones:* Los resultados indican que la intervención psicológica incluida en el PRC en el ámbito del HGUE cuenta con una estrategia eficaz para la modificación de los factores psicológicos de riesgo en pacientes con cardiopatía isquémica. Se refuerza así la efectividad del trabajo realizado por el equipo del hospital y la necesidad de promoción de los programas de rehabilitación cardíaca en el territorio español.

Palabras clave: Rehabilitación cardíaca. Cardiopatía isquémica. Factores psicológicos de riesgo. Intervención cognitivo-conductual.

ABSTRACT

Theoretical Framework: Ischemic heart disease is the leading cause of death in the world, above the stroke, lung cancer and injuries by traffic accidents. According to the evidence, some psychological variables are, in many cases, responsible for the origin of the coronary artery disease or a worse recovery. The cardiac rehabilitation is an effective strategy to prevent relapses in cardiac patients, returning them to a state of life as normalized as possible. However, this service established from 2012 at the Hospital General Universitario in Elche has very few systematic studies that support its efficacy in the psychological area.

Methods: Behavioral patterns and emotional rating scales were applied to a group of six patients with ischemic heart disease after a cognitive behavioral intervention and in a subsequent three-month and one year follow-up period. *Results:* Scores on the evaluated variables changed in the expected direction after treatment and in almost all cases they continued doing follow-ups, although few contrasts were statistically significant.

Conclusions: The results indicate that psychological intervention included in the cardiac rehabilitation has an effective strategy for modifying psychological risk factors in patients with ischemic heart disease. This strengthens the effectiveness of the work performed and the need to promote new cardiac rehabilitation programs in Spain.

Key words: Cardiac rehabilitation. Ischemic heart disease. Psychological risk factors. Cognitive behavioral intervention.

INTRODUCCIÓN

Según el último informe sobre estadísticas sanitarias mundiales de la Organización Mundial de la Salud, la cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte en el mundo. En el 2012 murieron por infarto agudo de miocardio 17,5 millones de personas, lo que representa un 31% de todas las muertes registradas (OMS, 2014). De manera específica, en el Hospital General Universitario de Elche, la frecuencia de reingresos derivados de la enfermedad cardiovascular es aproximadamente del 25-30% anual (Gómez y Sandín, 2009).

La cardiopatía isquémica o enfermedad arterial coronaria (EAC) se considera una enfermedad psicosomática dentro del marco de referencia del modelo biopsicosocial (Compare, Gondoni y Molinari, 2006). La evidencia indica que los tradicionales factores de riesgo como la hipertensión, el colesterol, el tabaquismo, la edad, la obesidad o la falta de ejercicio físico son insuficientes para explicar la ocurrencia de la cardiopatía isquémica (Sandín, 2002). Muchos estudios señalan una relación significativa entre factores psicosociales y la patogénesis, el desarrollo y la rehabilitación de la EAC. Rozansky, Blumenthal y Kaplan (1999) examinaron la relación entre estrés psicosocial y desarrollo de enfermedad coronaria. Estos autores pusieron especial énfasis en cinco dominios psicosociales específicos que contribuyen a la expresión de esta enfermedad: (a) depresión, (b) ansiedad, (c) patrón de conducta tipo A, (d) aislamiento social y (e) estilo de vida estresante, tanto crónico como agudo.

Los estados depresivos se han relacionado tanto con la aparición del infarto como con una mala evolución posterior (Tajer, 2008). La depresión se presenta con una

frecuencia tres veces mayor en pacientes con EAC (Girardi, Milei y Stefani, 2011). Por otra parte, tanto la ansiedad generalizada como la ansiedad fóbica, la aflicción y el estrés predisponen a la enfermedad cardiovascular o bien pueden precipitar episodios isquémicos (Pereyra, Milei y Stefani, 2011).

Otra variable psicosocial significativa es el patrón de conducta Tipo A. Los estudios pioneros realizados por Roseman y Friedman pusieron de relieve el papel que jugaban algunos rasgos de la personalidad y del carácter para entender cierta predisposición a sufrir enfermedades coronarias (Roseman y Friedman, 1961). Finalmente, Thompson y Webster en el año 1987 hallaron que el estrés produce cambios fisiológicos como incremento de adrenalina, noradrenalina, lipólisis, colesterol y frecuencia cardíaca, que al repetirse crónicamente incrementan el riesgo de EAC.

La evidencia científica por tanto, apoya el hecho de que los factores psicosociales constituyen un aspecto esencial en la génesis de la enfermedad cardiovascular y en la posterior recuperación. Por esta razón, los programas de rehabilitación cardíaca (PRC), concretamente la intervención psicológica incluida en ellos, resulta de vital importancia en el tratamiento de una enfermedad de esta naturaleza. De manera generalizada y siguiendo las directrices de la OMS en lo que respecta a la rehabilitación cardíaca, los objetivos de la intervención psicológica dirigida a los cardiópatas son múltiples: prevenir la aparición de futuras recaídas, impedir que las reacciones emocionales ya citadas se cronifiquen y se conviertan en trastornos mentales, y por último, favorecer la adaptación del paciente a su nueva vida, aceptando las limitaciones funcionales, si es que existieran, e incrementando también su calidad de vida (Cano, Alguacil, Alonso, Molero y Miangolarra, 2012).

La eficacia y eficiencia de la intervención psicológica en la rehabilitación cardíaca está apoyada por diversos estudios como el ENHANCED Study (*Enhancing Standard Cardiac Rehabilitation with Stress Management Training in patients with Heart Disease*), realizado en 2010 por Blumenthal et al., en el que se reclutaron 150 pacientes cardíacos de las clínicas universitarias de Duke y North Carolina. La muestra total fue separada en dos grupos, recibiendo el primero de ellos rehabilitación cardíaca (RC) estándar basada en el ejercicio, y el segundo grupo, RC estándar junto con entrenamiento en técnicas de manejo del estrés (técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, habilidades de comunicación y asertividad, y entrenamiento en resolución de problemas). Se concluyó, de forma clara, a favor de la asociación de técnicas de entrenamiento en el manejo del estrés frente al tratamiento estándar aislado, mejorando significativamente indicadores del estado mental, funcionamiento cardíaco, calidad de vida y pronóstico a medio plazo.

Para cumplir con sus objetivos, la intervención psicológica en los PRC debe trabajar sobre aspectos tales como psicoeducación, técnicas de relajación, reestructuración cognitiva y habilidades de afrontamiento (Cano, Alguacil, Alonso, Molero y Miangolarra, 2012).

A pesar de la evidencia descrita en relación a la prevalencia de la enfermedad arterial coronaria, sus consecuencias a nivel socioeconómico y el papel fundamental de los factores psicológicos en su origen, desarrollo y recaída, los programas de rehabilitación cardíaca están muy poco desarrollados en España, un hecho que justifica la realización de este estudio.

Tal y como señalan los datos del Grupo de Trabajo de Rehabilitación Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología, en España se rehabilitan menos del 3% de los pacientes

posibles (Cano et al., 2011) y es el país de Europa donde menos RC se realiza y el que menos centros de RC tiene según el informe *European Cardiac Rehabilitation Inventory Survey* (León, Mazón, Marcos y García, 2009). Estos hechos hacen necesario un mayor volumen de evidencia empírica que avale la puesta en marcha de los programas de rehabilitación cardíaca de manera masiva en el territorio español.

El objetivo de este estudio es exponer resultados sistemáticos sobre los efectos de la intervención psicológica de un PRC en la atenuación de los factores de riesgo de tipo emocional y en la mejora de las variables de afrontamiento y adaptación en pacientes cardiopatas pertenecientes al ámbito del Hospital General y Universitario de Elche.

Una vez recogida la evidencia en relación a los programas de rehabilitación cardíaca, se plantean las siguientes hipótesis:

- Las puntuaciones en ansiedad, depresión, ira-hostilidad, patrón de conducta tipo A y patrón de conducta tipo D disminuirán tras un programa breve de rehabilitación cardíaca.
- Las puntuaciones en afrontamiento, adaptación y locus de control sobre la salud se verán modificadas conforme a los objetivos del área psicológica del programa de rehabilitación cardíaca del HGUE.
- Los resultados obtenidos tras la aplicación de un programa breve de rehabilitación cardíaca se mantendrán a los tres meses y al año.

MÉTODO

Participantes

Participaron un total de seis pacientes en fase de convalecencia de infarto agudo de miocardio transcurridos seis meses desde el evento cardíaco, incluidos en un programa más amplio de Prevención y Rehabilitación Cardíaca del Hospital General Universitario de Elche. El rango de edad de los participantes está entre los 50 y 63 años (Media=56.5, dt=5.39).

Para la participación en el PRC el paciente debe encontrarse en los grupos I y II (ver apartado de Procedimiento), que, si bien se trata de una clasificación desde el punto de vista médico, también sirve como criterio de inclusión en el programa de intervención psicológica. Por otra parte, desde una perspectiva psicopatológica, se han considerado variables de exclusión para el tratamiento en grupo la presencia activa de cuadros afectivos, psicóticos y de personalidad (según criterios CIE-9 MC) que puedan interferir con el normal desarrollo del grupo. En estos casos, el paciente es derivado a salud mental para recibir una atención especializada.

Variables e instrumentos

Ansiedad: La evaluación de esta variable se realizó con el State-Trait Anxiety Inventory STAI (Spielberger, Gorsuch, y Lushene, 1970) en su adaptación española de Spielberger, Gorsuch, y Lushene (1982). El objetivo de esta escala es evaluar el nivel actual de ansiedad del paciente y su predisposición habitual a responder al estrés. Tiene un número total de 40 ítems, la mitad de ellos corresponden a la subescala de Estado (A/E),

formada por frases que describen cómo se siente la persona en este momento, y la otra mitad a la subescala Rasgo (A/R), que identifican cómo se siente el paciente habitualmente. Con una escala tipo Likert de 4 puntos (rango 0-3), las puntuaciones de A/R y A/E pueden oscilar entre 0 y 60 puntos respectivamente, indicando los valores más altos mayores niveles de ansiedad. Para la tipificación de las puntuaciones se han consultado los baremos para población general adulta. Los niveles de consistencia interna encontrados para la A/R y A/E en población española han sido de 0,90 y 0,94 respectivamente (Guillén-Riquelme y Buela-Casal, 2011).

Depresión y Ansiedad: Aunque la batería de tests propuestos en el protocolo de rehabilitación cardíaca del HGUE ya cuenta con una escala para medir la ansiedad, en este estudio también se ha utilizado la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale-HAD) de Zigmond y Snaith, (1983) en su adaptación española de Tejero, Guimerá, Farré y cols. (1986). Este instrumento permite hacer otro tipo de evaluación sobre esta variable en la que no se incluyen los síntomas físicos que puedan ser confundidos por el paciente con los síntomas propios de su enfermedad física. Se trata de un cuestionario autoaplicado integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad y otra de depresión. Los ítems de la subescala de depresión se centran en el área de la anhedonia (pérdida de placer). La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa con una escala tipo Likert de 4 puntos (rango 0 - 3), con diferentes formulaciones de respuesta. Se trata de una escala sencilla y de fácil aplicación, útil en pacientes médico-quirúrgicos para valorar el grado en que la enfermedad afecta a su estado emocional. En su traducción al castellano, se han determinado valores de consistencia interna con coeficiente alfa de 0,81

para la subescala de ansiedad y de 0,82 para depresión (López, Vázquez, Arcila, Sierra, González, Salín, 2002).

Ira: Valorada con el State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI-2) (Spielberger, 1999), en la adaptación española de Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger, (2001), mide la experiencia, la expresión y el control de la ira. Cuenta con 49 ítems, consta de seis escalas, cinco subescalas y un Índice de Expresión de la Ira que aporta una medida general de la expresión y control de la ira. La escala Estado de Ira (E), mide la intensidad de los sentimientos de ira y el grado en que el sujeto siente que está expresando su ira en un momento determinado, su puntuación viene dada por la suma de los valores en cada una de sus 3 subescalas: Sentimiento (S), Expresión Física (EF) y Expresión Verbal (EV). La segunda escala es Rasgo de Ira (R) y mide la frecuencia con la que el sujeto experimenta sentimientos de ira a lo largo del tiempo. Está compuesta por dos subescalas: Temperamento de Ira (TI) y Reacción de Ira (RI). La demás escalas son: Expresión Externa de Ira (EE), Expresión Interna de Ira (EI), Control Externo de Ira (CE) y finalmente Control Interno de Ira (CI). No existe la puntuación total en Expresión, en su lugar se calcula el Índice de Expresión de la Ira (IEI) que se obtiene mediante la siguiente fórmula: $IEI = (EE+EI)-(CE+CI)+36$. Las seis escalas del cuestionario presentan una alta consistencia interna, con coeficientes alfa que oscilan entre 0,73 y 0,93 (Leibovich, 2001).

Locus de control sobre la salud: Medido con la Escala Multidimensional de Locus de Control sobre la Salud (Health Locus of Control-MHLC) diseñada por Wallston, Wallston y Devellis (1978), en versión española de Chorot y Navas (1995). Esta escala posee 4 factores: Locus de Control Interno, Locus en Doctor/Médico, Control debido a la

Suerte y por último, Control debido a Otros. Las puntuaciones se obtienen de la suma de los valores de un mismo factor dividido por el máximo de puntuación posible del mismo. La versión en español de esta escala presenta niveles altos de consistencia interna, con coeficientes alfa que oscilan entre 0,75 y 0,84 (Puertas, 1990).

Adaptación: Valorada con la Escala de Adaptación EA (Echeburúa y Corral, 1987). Esta escala refleja el grado en que el evento cardíaco afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y relación familiar. Consta de seis ítems con una escala tipo Likert que oscila entre 1 y 6, con una subescala global que refleja el grado de inadaptación global a la vida cotidiana. La escala cuenta con un rango de 6 a 36, en la que a mayor puntuación mayor inadaptación.

Afrontamiento: Evaluado con la adaptación española de la versión del *Ways of Coping Questionnaire* WOC (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen, 1986; Folkman y Lazarus, 1988). Este instrumento presenta un total de 50 ítems que valoran ocho estrategias de afrontamiento: confrontación, planificación, búsqueda de apoyo social, aceptación de responsabilidad, autocontrol, huida-avoidancia, distanciamiento y reevaluación positiva. Posee una escala tipo Likert de 4 puntos (rango 0-3) y se corrige sumando las puntuaciones obtenidas en cada estrategia y dividiendo este valor entre su máxima puntuación posible, de esta manera la puntuación máxima de cada una de las dimensiones es de 1 y la mínima 0.

Patrón de conducta tipo A: La evaluación de este patrón de conducta se realizó con la Escala tipo A de Framingham en su adaptación española por Del Pino, Borges, Díaz, Suarez y Rodríguez (1990). Esta escala de diez ítems mide el patrón de conducta Tipo A a

través de dos factores: presión del tiempo y competitividad/impulsividad. La primera parte de la prueba constituida por cinco ítems, evalúa la presión del tiempo y presenta una escala tipo Likert de cuatro puntos (rango 0-3). La segunda parte, relacionada con la competitividad/impulsividad, presenta una escala dicotómica de si/no en la que las respuestas afirmativas se valoran con un punto y las negativas con cero puntos. Para la corrección de esta escala sumamos las puntuaciones obtenidas en cada factor y dividimos cada uno de los valores entre cinco. Una vez hecho esto, sumamos los dos valores resultantes y lo dividimos entre dos. Si el resultado final es igual o mayor a 0,5 nos encontramos ante un patrón de conducta Tipo A. En términos de consistencia interna, el instrumento aporta un coeficiente de alfa de 0,66 (Del Pino, Borges, Díaz, Suárez y Rodríguez, 1990).

Patrón de conducta tipo D: El patrón de conducta Tipo D medido con la Escala de Personalidad Tipo D DS14 (Denollet, 2005), se obtiene por medio de la valoración de dos factores: inhibición social y afectividad negativa. Está compuesta por 14 ítems y presenta una escala de respuesta tipo Likert de cuatro puntos (rango 0-3). La corrección se realiza sumando las puntuaciones obtenidas en cada dimensión. Si este valor es igual o mayor a 10 se considera un patrón de conducta Tipo D. Este instrumento cuenta con muy buenas propiedades psicométricas, presentando un coeficiente de alfa de 0,82 en la fiabilidad test-retest (Bancalero, Aguilera, Navarro, Carrión, Quirós y Ruiz, 2012).

Procedimiento

El funcionamiento de la Unidad de Rehabilitación Cardíaca consta de tres fases a través de las cuales se desarrolla todo el programa de rehabilitación.

Fase I.

Esta fase tiene su inicio durante la estancia hospitalaria tras el infarto y en ella los pacientes seleccionados para incluirse en el protocolo (habiendo superado los criterios de exclusión), reciben información y se someten a una evaluación médica con la que se clasifican en uno de los siguientes grupos:

- Grupo I: paciente de riesgo bajo e intermedio. Se puede iniciar la rehabilitación con monitorización necesaria sólo durante las primeras dos semanas.
- Grupo II: paciente de alto riesgo. Se puede iniciar la rehabilitación cardíaca, pero siendo necesaria su monitorización continua durante todo el programa de ejercicios.
- Grupo III: Está contraindicada la rehabilitación cardíaca debido a la gravedad de los síntomas.

Fase II.

En esta fase tienen lugar todas las actividades de rehabilitación cardíaca, entre ellas, la intervención psicológica que constituye el núcleo fundamental de este estudio.

Tras administrar las escalas de evaluación de variables emocionales y patrones comportamentales, se llevó a cabo una intervención grupal de ocho sesiones, con una frecuencia semanal, de una hora y media de duración, estructurada de la forma descrita en la Tabla 1.

Tabla 1. Estructura de la intervención psicológica en la rehabilitación cardíaca del HGUE

Sesión	Objetivos	Contenido	Técnica
1. Adaptación y estilos de vida	Dotar de información sobre estilo de vida saludable. Cambio de creencias.	Factores de riesgo cardiovascular, emociones y hábitos de vida.	Psicoeducación Reestructuración cognitiva
2. Afrontamiento del estrés	Reaccionar de manera adaptativa a las situaciones estresantes.	Estrés-Ansiedad, estrés y enfermedad cardíaca y estrategias.	Psicoeducación Técnicas de relajación
3. Ansiedad e Infarto	Generar estrategias para hacer frente a la ansiedad como causa y consecuencia del infarto.	¿Qué es la ansiedad?, evolución de la ansiedad en el infarto.	Psicoeducación Reestructuración cognitiva Técnicas de relajación
4. Depresión e Infarto	Disminuir los síntomas depresivos tras el evento cardíaco.	Depresión post-infarto, Depresión y salud cardíaca	Psicoeducación Reestructuración cognitiva, Lista de actividades agradables
5. Ira-Hostilidad	Aprender a gestionar los sentimientos de ira.	Ira y enfermedad cardíaca	Habilidades sociales Técnicas de relajación
6. Patrón de conducta Tipo A	Identificar características y repercusiones.	Patrón de conducta Tipo A, Aprendizaje del patrón de conducta Tipo B.	Psicoeducación, Reestructuración cognitiva Técnicas de relajación
7. Patrón de conducta Tipo D	Identificar características y repercusiones.	Patrón de conducta Tipo D, afectividad negativa e inhibición social.	Psicoeducación, Reestructuración cognitiva Habilidades sociales
8. Reincorporación laboral	Dotar de estrategias para una reincorporación laboral adecuada.	La reincorporación laboral y relaciones familiares post-infarto.	Psicoeducación

Fase III.

La fase III del PRC comprende el resto de la vida del paciente. Desde el punto de vista médico, debe cumplir con todo lo indicado en el informe de alta (documento principalmente dirigido a los médicos de atención primaria para que se prosiga con el reforzamiento de los hábitos adquiridos durante el programa). Desde la perspectiva psicológica, el paciente debe reforzar por medio de la práctica las nuevas estrategias cognitivas y comportamentales adquiridas durante la intervención.

Diseño

Se trata de un diseño cuasi-experimental de medidas repetidas. La evaluación de los pacientes se efectuó en el pre-tratamiento, en el post-tratamiento, en el seguimiento a los tres meses y al año. En esta investigación no se utilizó un grupo control sin tratamiento o de lista de espera. La causa fundamental de este sesgo experimental responde a razones éticas inherentes al trabajo en el ámbito asistencial.

Análisis estadístico de los datos

El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS 22.0. Tras la codificación de los datos se llevó a cabo la prueba no paramétrica de rangos con signo de Wilcoxon con el objetivo de determinar si existían diferencias entre las medidas pre, post-tratamiento y seguimiento a los tres meses y al año en cada una de las variables evaluadas. Esta prueba, como alternativa a la t de Student, se utiliza cuando no se puede suponer la normalidad de la muestra tal y como ocurre en este caso.

Finalmente, se llevaron a cabo análisis descriptivos con el fin de conocer las medias y desviaciones típicas en las variables de interés. El nivel de confianza contemplado fue del 95%.

RESULTADOS

Ansiedad. Según los datos obtenidos con el STAI, las medias en Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo disminuyeron progresivamente a lo largo de los seguimientos. Estos descensos resultaron ser estadísticamente significativos en A/E en el post-tratamiento (tamaño del efecto, $r=0,82$) y en el seguimiento al año ($r=0,89$) y en A/R en el seguimiento al año ($r=0,82$). La ansiedad medida con el HAD también disminuyó en todos los momentos evaluativos tras la intervención, aunque los contrastes no resultaron estadísticamente significativos (ver Tabla 2).

Depresión. La media obtenida por el grupo en esta variable disminuyó en el post-tratamiento y en los seguimientos a los tres meses y al año en relación a la media obtenida por el grupo antes de la intervención (ver Tabla 2). Sin embargo, las diferencias no fueron estadísticamente significativas en ninguna de las evaluaciones realizadas.

Tabla 2. Resultados en las variables Ansiedad y Depresión. $N=6$

Variable	Pre	Post	Z(p)	3 meses	Z(p)	1 año	Z(p)
	Media (DT)	Media (DT)		Media (DT)		Media (DT)	
Ansiedad Estado	59,17 (40,04)	14,83 (12,27)	-2,023 (0,043)*	30,67 (26,42)	-1,153 (0,25)	18,67 (26,69)	-2,201 (0,028)*
Ansiedad Rasgo	33,67 (29,37)	16,50 (11,88)	-1,483 (0,138)	26,33 (19,19)	-0,674 (0,50)	19,17 (16,51)	-2,023 (0,043)*
**Ansiedad	6,33 (4,59)	4,00 (3,03)	-1,802 (0,07)	4,33 (4,55)	-1,841 (0,07)	3,0 (3,10)	-1,473 (0,14)
**Depresión	4,17 (4,26)	1,50 (1,52)	-1,214 (0,23)	2,50 (2,51)	-0,674 (0,50)	2,17 (2,23)	-1,826 (0,07)

*p 0,05. **Variables medidas con la escala HAD

Ira. La escala STAXI valora distintas dimensiones de esta variable y la media de la mayoría de ellas descienden tras la intervención, a excepción de ciertas variables de las que se espera otro comportamiento como el *Control Externo de Ira*, en la que se observa un aumento de la media grupal a los tres meses y al año, en el primer caso con una diferencia estadísticamente significativa ($r=0,82$) y del *Control Interno de Ira* cuya media grupal aumenta progresivamente en los seguimientos aunque sin llegar a contrastes significativos (ver Tabla 3).

Tabla 3. Resultados en la variable Ira. N=6

Dimensión	Pre		Z(p)	3 meses		1 año	
	Media (DT)	Media (DT)		Media (DT)	Z(p)	Media (DT)	Z(p)
Ira Estado	17,33 (3,67)	17,67 (4,37)	-0,365 (0,72)	15,17 (0,41)	-1,342 (0,180)	15,33 (0,82)	-1,069 (0,29)
Ira Rasgo	15,67 (1,97)	14,67 (1,86)	-0,406 (0,68)	14,67 (2,07)	-0,850 (0,40)	13,17 (2,23)	-1,581 (0,11)
Expresión Externa de Ira	9,00 (1,55)	9,33 (2,16)	-0,552 (0,58)	7,67 (1,51)	-1,518 (0,129)	8,00 (2,53)	-0,742 (0,458)
Expresión Interna de Ira	10,33 (5,39)	10,00 (3,16)	-0,272 (0,79)	8,67 (3,14)	-0,632 (0,53)	8,83 (2,23)	-0,420 (0,67)
Control Externo de Ira	20,50 (2,43)	15,50 (6,53)	-1,476 (0,14)	17,17 (3,43)	-2,032 (0,042)*	18,17 (2,48)	-1,483 (0,14)
Control Interno de Ira	13,67 (5,39)	17,33 (7,34)	-1,214 (0,23)	18,17 (3,54)	-1,787 (0,074)	18,33 (2,73)	-1,782 (0,08)

*p 0,05

Afrontamiento. Las dimensiones que contempla esta variable, medida con la escala de estilo de afrontamiento WOC, presentaron cambios moderados, incluso en algunos casos en la dirección opuesta a los objetivos de la intervención. Sin embargo, otras estrategias cambiaron conforme a lo esperado y de manera significativa como es el caso de la *Planificación* en el seguimiento al año ($r=0,82$), la *Búsqueda de Apoyo Social* en los

seguimientos llevados a cabo a los tres meses ($r=0,90$) y al año ($r=0,81$) y la variable *Huida-Evitación* a los tres meses ($r=0,81$) y al año ($r=0,89$) (ver Tabla 4).

Tabla 4. Resultados en las dimensiones de la variable Afrontamiento. $N=6$

Dimensión	Pre	Post	Z(p)	3 meses	Z(p)	1 año	Z(p)
	Media (DT)	Media (DT)		Media (DT)		Media (DT)	
Planificación	0,69 (0,10)	0,70 (0,15)	0,000 (1,00)	0,57 (0,21)	-1,572 (0,12)	0,53 (0,20)	-2,032 (0,042)*
Confrontación	0,50 (0,18)	0,51 (0,05)	-0,406 (0,684)	0,42 (0,07)	-1,370 (0,171)	0,49 (0,15)	-0,527 (0,598)
Búsqueda Apoyo Social	0,73 (0,10)	0,61 (0,25)	-1,261 (0,207)	0,53 (0,10)	-2,207 (0,027)*	0,48 (0,22)	-1,992 (0,046)*
Aceptación Responsabilidad	0,57 (0,03)	0,48 (0,17)	-1,051 (0,293)	0,43 (0,16)	-1,753 (0,08)	0,52 (0,12)	-0,954 (0,340)
Autocontrol	0,55 (0,17)	0,36 (0,14)	-1,572 (0,12)	0,34 (0,18)	-1,472 (0,141)	0,33 (0,21)	-1,625 (0,104)
Huida/Evitación	0,42 (0,27)	0,32 (0,35)	-0,314 (0,753)	0,13 (0,10)	-1,992 (0,046)*	0,12 (0,11)	-2,201 (0,028)*
Distanciamiento	0,44 (0,17)	0,45 (0,24)	0,000 (1,00)	0,29 (0,18)	-1,294 (0,196)	0,31 (0,18)	-1,160 (0,246)
Reevaluación Positiva	0,64 (0,05)	0,68 (0,22)	-0,524 (0,60)	0,50 (0,20)	-1,367 (0,172)	0,53 (0,15)	-1,625 (0,104)

*p 0,05

Adaptación. La escala de adaptación mide la afectación en distintas esferas vitales, de manera que a mayor puntuación mayor afectación en un área como consecuencia del evento cardíaco. La media grupal disminuyó en todas las dimensiones y momentos evaluativos respecto al valor obtenido por los pacientes antes del tratamiento (ver Tabla 5). Sin embargo, las únicas diferencias estadísticamente significativas fueron encontradas en la variable *Vida Familiar* en el post-tratamiento ($r=0,82$) y a los tres meses ($r=0,82$).

Tabla 5. Resultados en las dimensiones de la variable Adaptación. $N=6$

Dimensión	Pre	Post	3 meses		1 año		
	Media (DT)	Media (DT)	Z(p) (0,29)	Media (DT)	Z(p) (0,23)	Media (DT)	Z(p) (0,197)
Trabajo	4,33 (2,25)	3,50 (0,84)	-1,063 (0,29)	3,00 (1,26)	-1,190 (0,23)	3,00 (1,90)	-1,289 (0,197)
Vida Social	3,33 (2,25)	1,83 (1,17)	-1,473 (0,141)	1,00 (0,00)	-1,841 (0,066)	1,50 (1,22)	-1,490 (0,136)
Tiempo Libre	3,50 (1,76)	2,50 (1,64)	-1,604 (0,109)	2,17 (0,98)	-1,633 (0,102)	1,83 (0,98)	-1,518 (0,129)
Relación Pareja	2,33 (1,51)	1,00 (0,00)	-1,841 (0,066)	1,00 (0,00)	-1,841 (0,066)	1,33 (0,82)	-1,089 (0,276)
Vida Familiar	3,33 (1,63)	1,00 (0,00)	-2,032 (0,042)*	1,17 (0,41)	-2,032 (0,042)*	1,33 (0,82)	-1,841 (0,066)
Afectación Global	4,17 (1,83)	2,67 (1,37)	-1,841 (0,066)	2,83 (1,47)	-1,604 (0,109)	2,67 (1,86)	-1,461 (0,144)

*p 0,05.

Locus de control sobre la salud. La media grupal de las distintas dimensiones medidas con la escala multidimensional del locus de control aumenta en todos los casos tras la intervención y comienza a disminuir progresivamente a los tres meses y al año (ver Tabla 6). El único contraste estadísticamente significativo lo encontramos en la *Atribución a Otros* en el post-tratamiento ($r=0,82$).

Tabla 6. Resultados en las dimensiones de la variable Locus de Control. $N=6$

Dimensión	Pre	Post	Z(p)	3 meses	Z(p)	1 año	Z(p)
	Media (DT)	Media (DT)		Media (DT)		Media (DT)	
Atribución Interna	0,74 (0,11)	0,88 (0,11)	-1,787 (0,074)	0,77 (0,16)	-0,736 (0,462)	0,57 (0,24)	-1,572 (0,116)
Atribución Suerte	0,45 (0,19)	0,65 (0,23)	-1,572 (0,116)	0,49 (0,11)	-0,943 (0,345)	0,40 (0,13)	-0,734 (0,463)
Atribución Doctor	0,72 (0,17)	0,88 (0,13)	-1,472 (0,141)	0,80 (0,16)	-0,841 (0,400)	0,68 (0,25)	-0,405 (0,686)
Atribución Otros	0,48 (0,26)	0,79 (0,18)	-2,032 (0,042)*	0,67 (0,16)	-1,214 (0,225)	0,59 (0,27)	-0,734 (0,463)

*p 0,05

Patrón de conducta Tipo A. La escala tipo A de Framingham contempla dos dimensiones cuya conjunción da como resultado la presencia o no de un PCTA. La dimensión *Competitividad-Impulsividad* aumentó ligeramente en el post-tratamiento y lo sigue haciendo en los posteriores seguimientos, si bien es cierto que se parte de una media

grupala muy baja teniendo en cuenta que la máxima puntuación posible en este factor es de 2,6 (ver Tabla 7). En relación a la segunda dimensión, *Presión del Tiempo y del trabajo* la media del grupo disminuyó en todos los momentos evaluativos respecto al valor obtenido antes de la intervención, presentando incluso un contraste estadísticamente significativo en el seguimiento al año ($r=0,82$). Antes de la intervención, dos pacientes presentaron PCTA y sólo uno de ellos cambió en el post-tratamiento pero volvió a cumplir criterios a los tres meses, momento en el que tres pacientes presentaron este patrón comportamental. En el seguimiento al año ningún paciente del grupo presentó el patrón de conducta tipo A.

Tabla 7. Resultados en las dimensiones que conforman el Patrón de Conducta Tipo A. $N=6$

Dimensión	Pre	Post	Z(p)	3 meses	Z(p)	1 año	Z(p)
	Media (DT)	Media (DT)		Media (DT)		Media (DT)	
Competitividad- Impulsividad	0,27 (0,37)	0,30 (0,39)	0,00 (1,00)	0,50 (0,33)	-1,289 (0,197)	0,30 (0,17)	-0,272 (0,785)
Presión del Tiempo y del Trabajo	0,34 (0,20)	0,20 (0,40)	-0,687 (0,492)	0,27 (0,30)	-0,687 (0,492)	0,03 (0,08)	-2,014 (0,044)*

*p 0,05

Patrón de conducta Tipo D. Tal y como se observa en la Tabla 8, los factores que conforman este patrón comportamental disminuyeron sus medias en el post-tratamiento y en los seguimientos a los tres meses y al año. Sin embargo, sólo en el caso de la *Inhibición Social*, este contraste resulta ser significativo en el seguimiento a los tres meses ($r=0,90$). A

pesar del descenso de las medias en cada una de las dimensiones de la variable, sólo dos de los cuatro sujetos con este patrón de comportamiento en el pretratamiento dejaron de presentarlo tras la intervención, manteniendo estos resultados a los tres meses y retornando a la situación inicial en el seguimiento al año, es decir, cuatro pacientes con patrón de conducta tipo D.

Tabla 8. Resultados en las dimensiones que conforman el Estilo de Personalidad D. $N=6$

Dimensión	Pre	Post	Z(p)	3 meses	Z(p)	1 año	Z(p)
	Media (DT)	Media (DT)		Media (DT)		Media (DT)	
Afectividad Negativa	8,00 (5,32)	3,67 (4,93)	-1,355 (0,176)	6,50 (3,08)	-0,677 (0,498)	7,50 (3,08)	-0,184 (0,854)
Inhibición Social	6,50 (2,95)	5,17 (6,24)	-0,677 (0,498)	1,67 (1,37)	-2,214 (0,027)*	5,17 (4,83)	-0,962 (0,336)

*p 0,05

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos sugieren que el programa de rehabilitación cardíaca en el ámbito del Hospital General Universitario de Elche es efectivo. Las distintas técnicas que componen el programa han conseguido modificar con niveles aceptables los factores psicológicos de riesgo que resultan especialmente nocivos en el caso de los pacientes cardiopatas, afianzando así los resultados derivados del estudio de Freedland et al. (2009) a favor de la inclusión de la terapia cognitivo conductual en los programas estandarizados de rehabilitación cardíaca.

El objetivo fundamental de este estudio era exponer resultados sistemáticos sobre los efectos de la intervención psicológica de un PRC en la atenuación de factores de riesgo de tipo emocional y en la mejora de las variables de afrontamiento y adaptación en pacientes cardiopatas del HGUE.

Dentro de estos factores de riesgo analizados se encuentra en primer lugar a la *ansiedad*, cuyos valores descienden de forma considerable tras la intervención y lo continúan haciendo en los posteriores seguimientos, incluso de manera significativa al año, tanto en la dimensión de estado como de rasgo. Los datos obtenidos reflejan la presencia de sentimientos de calma, seguridad, satisfacción y confianza, incompatibles con estados de nerviosismo y consecuente elevación de la frecuencia cardíaca. Estos resultados concuerdan con los descritos en otros PRC con una intervención psicológica similar (Garcés de Los Fayos, Velandrino, Conesa y Ortega, 2002). Si bien se producen altibajos a lo largo de los seguimientos, los valores no retornan a su valor de partida, encontrándose así resultados que concuerdan con los hallados en otras intervenciones cognitivas

conductuales (Bueno, 1996). Este fenómeno se repite con la variable *depresión*, aunque el cambio no resulta especialmente drástico teniendo en cuenta que ninguno de los pacientes parte de un nivel inicial alto ni cumple con los criterios de trastorno depresivo probable en el pretratamiento.

Por otra parte, aunque los estudios sobre *ira* y *hostilidad* en relación a la EAC no terminan de ser concluyentes (Sandín, 2002), los sentimientos de ira experimentados por los pacientes del estudio disminuyeron en la mayoría de dimensiones que componen esta variable. Los resultados más destacados se presentaron en *expresión interna*, *control externo* y *control interno* de la ira. En el primer caso, las medias descendentes muestran una tendencia de los sujetos a expresar adaptativamente su estado emocional, dejando de lado la represión de pensamientos y sentimientos desagradables. Estos resultados coinciden con los de otras intervenciones cognitivo-conductuales que han demostrado experimentalmente su eficacia en el control de esta variable psicológica (Moon y Eisler, 1983; Meichembaum, 1985; Hollon y Beck, 1994; Barlow y Lehman, 1996). Como contrapartida, las medias en el *control externo de la ira* disminuyeron progresivamente en los diferentes momentos evaluativos lo que sugiere una mayor tendencia de los pacientes a manifestar los sentimientos de ira hacia personas u objetos del entorno. Esto último puede suponer cierta inestabilidad de los pacientes respecto al control del temperamento y de los sentimientos de enfado, del mantenimiento de la calma, y la sensación de perder los estribos. Sin embargo, los resultados en *control interno* reflejan un aumento de estrategias para dominar la ira como el uso de la relajación y técnicas de distracción.

En relación a la *adaptación* de los participantes a las diferentes áreas vitales probablemente afectadas tras el evento cardíaco, los resultados muestran un ajuste progresivo en cada una de ellas, aunque de manera especial en la *vida familiar*. En el caso del paciente cardíaco el apoyo emocional e instrumental aportado por la familia resulta particularmente vital en su proceso de recuperación y adaptación (Blazer, 1982).

Los resultados en el *locus de control sobre la salud* no permiten trazar un perfil claro respecto a las atribuciones manifestadas por los pacientes; los valores aumentan tras la intervención pero empiezan su descenso en cada uno de los seguimientos evaluados. Este hecho puede justificarse por un fenómeno común entre las personas que acaban de sufrir un infarto agudo de miocardio, en los que suelen predominar sentimientos de incertidumbre respecto a las pautas a seguir y a las sensaciones físicas experimentadas. En otros estudios se han encontrado resultados más concluyentes respecto a la utilidad de la intervención psicológica en el incremento de la atribución interna del control sobre la salud (Garcés de Los Fayos et al., 2002).

En la mayoría de estrategias analizadas con la variable *afrentamiento*, los resultados son muy modestos e incluso en algunas ocasiones los cambios se presentan en la dirección no esperada, un hecho que puede responder con probabilidad a las fases de adaptación ante una situación de esta naturaleza. Sin embargo, los resultados obtenidos por el grupo en la dimensión *huida-avoidancia* muestran un descenso progresivo llegando a ser significativo en el seguimiento a los tres meses y al año, manifestando un afrontamiento activo de los participantes del estudio quienes van asumiendo cada vez más la responsabilidad frente a su salud abandonando conductas y pensamientos de evitación

frente al problema. Otros resultados significativos se encuentran en la dimensión de *planificación* que empieza a descender en el post-tratamiento. El distanciamiento temporal del problema puede hacer que los sujetos se planteen cada vez menos planes de acción relacionados con el infarto. El retorno a la normalidad cotidiana hace que la planificación pueda estar encaminada a otro tipo de situaciones vitales. Un fenómeno similar ocurre con la dimensión de *búsqueda de apoyo social* cuyos resultados a lo largo de los seguimientos manifiestan una menor necesidad por parte de los sujetos de ayuda emocional o instrumental como consecuencia del evento cardíaco.

Respecto al *patrón de conducta Tipo A*, al iniciar la intervención sólo dos de los seis participantes presentaron este patrón comportamental según los criterios de la herramienta utilizada. El bajo número de pacientes con este patrón conductual responde en alguna medida a los hallazgos actuales relacionados con cierta inconsistencia empírica de la asociación entre el PCTA y los pacientes cardíopatas, considerándose un precipitante más que un factor de riesgo (Bancalero et al, 2012). El análisis por separado de los factores que componen esta escala nos permite llegar a consideraciones más definidas respecto a los cambios generados. Así, por ejemplo, la *presión del tiempo y del trabajo* disminuyó progresivamente a lo largo de los seguimientos y de forma significativa al año, indicando cierta desconexión de la actividad laboral, redefiniendo el papel que cumple el trabajo en la vida del individuo. Sin embargo, el segundo factor evaluado, *competitividad/impulsividad*, si bien no presenta niveles problemáticos, sí aumenta tras la intervención reflejando ciertas actitudes de impaciencia, necesidad de sobresalir y mandar.

Finalmente, cuatro de los participantes presentaron un *patrón de conducta tipo D* transcurrido un año desde la intervención, manifestándose de esta forma un retorno al punto de partida. Sin embargo, el análisis por separado de las dimensiones que configuran esta variable, *inhibición social* y *afectividad negativa*, disminuyeron sus valores mostrando un aumento de las habilidades sociales y el descenso de emociones negativas de depresión, irritabilidad y enfado, de actitudes pesimistas y pensamientos continuos de preocupación y catastrofismo.

La mayoría de datos obtenidos a través de la intervención psicológica evaluada en este estudio coinciden con los hallazgos de un potente meta-análisis (O'Neil et al., 2011) y estudios metodológicamente bien cuidados como el ENHANCED Study (Blumenthal, et al., 2010) en los que se concluye a favor de la eficacia de la intervención psicológica en la reducción de emociones cardiotóxicas en estos pacientes.

Este estudio cuenta con sesgos importantes que reducen las garantías científicas de un trabajo experimental. Entre las limitaciones más importantes se encuentran el bajo número de participantes y la ausencia de un grupo control. Resulta oportuno aumentar el tamaño muestral y el número de seguimientos, incorporando nuevas evaluaciones a dos y tres años de superado el evento cardíaco.

Por otra parte, el proceso de selección de los candidatos al programa de rehabilitación cardíaca restringe la posibilidad de elección aleatoria de sujetos, necesaria, entre otras cosas, para considerar la normalidad de la muestra. La inclusión de un grupo control y la selección aleatoria de los pacientes se configuran como elementos necesarios para valorar la validez y eficacia de la rehabilitación cardíaca, pero estas medidas podrían

conducir a problemas ético-legales. Una solución intermedia consistiría en comparar el Grupo Experimental con las personas que rechazan la intervención psicológica voluntariamente aunque este hecho reportaría nuevos sesgos metodológicos, como posibles diferencias en los grupos.

A pesar de los sesgos comentados, los resultados expuestos podrían marcar el inicio de una nueva etapa en la intervención psicológica de la rehabilitación cardíaca donde la batería de evaluación utilizada y diversos aspectos del tratamiento se basen en un volumen más amplio de evidencia científica.



REFERENCIAS

- Bancalero, C., Aguilera, A., Navarro, M., Carrión, L., Quirós, A. & Ruiz, S (2012). Fundamentos teóricos de la intervención psiquiátrica y psicológica de enlace en unidades de rehabilitación cardíaca. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 105, 20-30.
- Barlow, D. & Lehman, C. (1996). Advances in the psychosocial treatment of anxiety disorders: Implications for national health care. *Archives of General Psychiatry*, 53(8), 727-735. doi: 10.1001/archpsyc.1996.01830080079013.
- Blazer, D. G. (1982). Social support and mortality in an elderly community population. *American Journal Epidemiology*, 115(5), 684-694.
- Blumenthal, J.A., Wang, J.T., Babyak, M., Watkins, L., Kraus, W., Miller, P.,...Sherwood, A. (2010). Enhancing standard cardiac rehabilitation with stress management training: background, methods and design for the ENHANCED Study. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 30(2), 77-84. doi: 10.1097/HCR.0b013e3181d0c1d3
- Bueno, A. (1996). Rehabilitación cardíaca: Estudio de un caso de intervención psicológica en un paciente post-infarto de miocardio. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1(2), 171-180. doi: <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.1.num.2.1996.3818>
- Cano, R., Alguacil, I., Alonso, J., Molero, A. & Miangolarra, J. (2012). Programas de rehabilitación cardíaca y calidad de vida relacionada con la salud. Situación actual. *Revista Española de Cardiología*, 65(1), 72-79. doi: 10.1016/j.recesp.2011.07.016

- Chorot, P. & Navas, J. (1995). *Escala Multidimensional de Locus de Control hacia la Salud (MHLC)*. Mimeograma. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
- Compare, A., Gondoni, L. & Molinari, E. (2006). Psychological Risk Factors for Cardiac Disease and Pathophysiological Mechanism: An Overview. En Molinari, E., Compare, A. y Parati, G. (Eds), *Clinical psychology and heart disease* (pp.21-32). Milano, Italia: Springer. doi: 10.1007/978-88-470-0378-1_3. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10446/26498>
- Del Pino, A., Borges, A., Díaz, S., Suárez, D. & Rodríguez, I. (1990). Propiedades psicométricas de la escala tipo A de Framingham. *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, 11(2), 19-30.
- Denollet, J. (2005). Standard Assessment of Negative Affectivity, Social Inhibition, and Type D Personality. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 89-97.
- Dusseldorp, E., Van Elderen, T., Maes, S., Meulman, J. & Kraaij, V. (1999). A Meta-Analysis of Psychoeducational Programs for Coronary Heart Disease Patients. *Health Psychology*, 18 (5), 506-519. doi: 10.1037/0278-6133.18.5.506
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, R.J. (1986). Dynamics of Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003. doi: 10.1037/0022-3514.50.5.992
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). *Ways of Coping Questionnaire: Research edition manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Freedland, K.E., Skala, J.A., Carney, R.M., Rubin, E.H., Lustman, P.J., Dávila-Román, V.G.,...Hogue, C.W. (2009). Treatment of depression after coronary artery bypass surgery: A randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 66(4), 387-396. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.7
- Garcés de los Fayos, E., Velandrino, A., Conesa, P. & Ortega, J. (2002). Un Programa de Intervención Psicológica en Pacientes con Problemas Cardiovasculares de Tipo Inestable. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 2(1), 67-89.
- Girardi, C., Milei, J. & Stefani, D. (2011). Factores Psicosociales de Riesgo en la Enfermedad Cardíaca. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(3), 221-229.
- Gómez, M. & Sandín, M. (2009). *Unidad de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardíaca del Hospital General Universitario de Elche*. Manuscrito no publicado.
- Guillén-Riquelme, A., & Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.
- Hollon, S. & Beck, A. (1994). Research on cognitive therapies. En A. Bergin y S. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4ª ed., pp. 428-466). New York: Wiley & Sons.
- Jenni, M.A. & Wollesrsheim, J.P. (1979). Cognitive therapy, stress management training and Type A behavior pattern. *Cognitive Therapy Research*, 3(1), 61-73.
- Laham, M. (2006). Escuchar al corazón. Psicología Cardíaca. *Actualización en Psicocardiología*. Buenos Aires: Lumiere.

- Leibovich, N., Schmidt, V. & Gol, S. (2011). El Inventario de Expresión de Enojo Estado-Rasgo (staxi) y su uso en diferentes poblaciones. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 11(1), 55-73.
- León, M., Mazón, P., Marcos, E. & García, E. (2009). Temas de actualidad en prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca. *Revista Española de Cardiología*, 9(1), 4-13. doi:10.1016/S1131-3587(09)71768-6
- López, J., Vázquez, V., Arcila, D., Sierra, A., González, J. & Salín, R. (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Revista de Investigación Clínica*, 54(5), 403-409.
- Meichenbaum, D. (1985). Stress inoculation training. New York: Pergamon.
- Miguel-Tobal, J. J., Casado, M. I., Cano-Vindel, A. y Spielberger, C. D. (2001). *Inventario de expresión de la ira estado-rasgo (STAXI-2)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Moon, J. & Eisler, R. (1983). Anger control: An experimental comparison of three behavioral treatments. *Behavior Therapy*, 14(4), 493-505. doi: 10.1016/S0005-7894(83)80073-2
- O'Neil, A., Sanderson, K., Oldenburg, B. & Taylor, C.B. (2011). Impact of depression treatment on mental and physical health-related quality of life of cardiac patients: a meta-analysis. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 31(3), 146-156. doi: 10.1097/HCR.0b013e3181fc0985
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Estadísticas Sanitarias Mundiales. Recuperado de http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/es/

- Pereyra, C., Milei, J. & Stefani, D. (2011). Factores psicosociales de riesgo en la enfermedad cardíaca. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(3), 221-229.
- Puertas, E. (1990). Locus de Control, Validación de la Escala MHCL. Universidad de Carabobo. Ediciones del Rectorado. Valencia, Venezuela.
- Rosenman, R.H. & Friedman, M. (1961). Association of specific behavior pattern in women with blood and cardiovascular findings. *Circulation*, 24, 1173-1184. doi: 10.1161/01.CIR.24.5.1173
- Rozansky, A., Blumenthal, J.A., Davidson, K.W., Saab, P.G. & Kubzansky, L. (2005). The epidemiology, pathophysiology and management of psychosocial risk factors in cardiac practice. The emerging field of behavioral cardiology. *Journal of the American College of Cardiology*, 45(5), 637-651. doi: 10.1016/j.jacc.2004.12.005
- Sandín, B. (2002). Papel de las emociones negativas en el trastorno cardiovascular: un análisis crítico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(1), 1-18. doi: <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.7.num.1.2002.3918>
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R. & Lushene, R. (1970). Manual for the State Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. & Lushene, R. (1982). Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI). Madrid, España: TEA Ediciones
- Spielberger, C., Gorsuch R. & Lushene R. (1982). STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire). California: Consulting Psychologists Press. Adaptación española. Madrid: Sección de Estudio de Tests. TEA Ediciones S.A.

- Tajer, C. (2008). *El corazón enfermo. Puentes entre las emociones y el infarto*. Buenos Aires: Editorial El Zorzal.
- Tejero, A., Guimerá, E.M., Farré, J.M. & cols. (1986). Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica. Un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 13, 233-238.
- Thompson, D.R. & Webster, R.A. (1987). Specific sources and patterns of anxiety in male patients with first time myocardial infarction. *Br. Jour. Of Med. Psychology*, 60(4), 343-348. doi: 10.1111/j.2044-8341.1987.tb02753.x
- Wallston, K.A., Wallston, B.S. & Devellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Education Monographs*, 6(1), 160-171. doi: 10.1177/109019817800600107
- Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x