

ORIGINAL

Eficacia de la intervención psicológica en rehabilitación cardíaca



V. Antón Menárguez*, J.M. Sempere Ripoll y R. Martínez Amorós

Hospital General Universitario de Elche, Elche, Alicante, España

Recibido el 4 de junio de 2018; aceptado el 17 de octubre de 2018

Disponible en Internet el 7 de diciembre de 2018

PALABRAS CLAVE

Rehabilitación cardíaca;
Intervención psicológica;
Intervención cognitivo-conductual;
Factores de riesgo

Resumen

Objetivo: El objetivo del presente estudio fue describir y analizar los resultados de la intervención cognitivo-conductual en los pacientes beneficiarios del programa multidisciplinar de rehabilitación cardíaca del Hospital General Universitario de Elche.

Material y método: Para ello se dispuso de una muestra de 33 pacientes que habían tenido un infarto agudo de miocardio o que padecían angina de pecho inestable remitidos desde el Servicio de Cardiología para su inclusión en el Programa de Prevención y Rehabilitación Cardíaca durante los meses comprendidos en el período de septiembre de 2014 a octubre de 2015. Todos los participantes fueron evaluados mediante una batería de cuestionarios pre y postratamiento.

Resultados: Los resultados obtenidos mostraron una disminución estadísticamente significativa tras la intervención en gran parte de los factores de riesgo, como ansiedad ($p < 0,001$, $d = 0,38$), depresión ($p < 0,005$, $d = 0,25$) e ira ($p < 0,005$, $d = 0,35$).

Conclusiones: Este estudio constituye una nueva evidencia de la eficacia de la intervención psicológica en rehabilitación cardíaca.

© 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Cardiac rehabilitation;
Psychological intervention;
Cognitive-behaviour therapy;
Risk factors

Effectiveness of psychological intervention in cardiac rehabilitation

Abstract

Objective: The aim of this study was to describe and analyze the results of the cognitive-behavioral intervention in the patients beneficiaries of the multidisciplinary Cardiac Rehabilitation program of the Hospital General Universitario de Elche (Spain).

Material and method: A sample that included 33 patients who had suffered an acute myocardial infarction or who suffer from unstable angina pectoris. These patients were referred from the Cardiology Department for inclusion in the Cardiac Prevention and Rehabilitation Program during the period from September 2014 to October 2015. All the patients were evaluated using a battery of pre- and post- treatment questionnaires.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: virginia.anton.menarguez@gmail.com (V. Antón Menárguez).

Results: The results showed a statistically significant decrease in a large part of the risk factors after the intervention, such as anxiety ($P < .001$, $d = 0.38$), depression ($P < .005$, $d = 0.25$) and anger ($P < .005$, $d = 0.35$).

Conclusions: This study provides new evidence of the effectiveness of psychological intervention in cardiac rehabilitation.

© 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La enfermedad cardiovascular es una de las causas de muerte más importantes en las sociedades industrializadas; la Organización Mundial de la Salud, en su informe de 2014¹, la sitúa como la primera causa, constituyendo un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. En el caso de nuestro país, según el informe del Instituto Nacional de Estadística de 2017², la mortalidad por enfermedades cardiovasculares permanece como primera causa de muerte, representando el 29,2% del total de las defunciones.

La eficacia de la rehabilitación cardíaca está bien constatada; diferentes estudios ya clásicos, como los llevados a cabo por O'Connor et al.³, concluían que la realización de estos programas mejora al menos en un 25% la morbilidad postinfarto de miocardio.

Sin embargo, y a pesar de lo citado con anterioridad, es difícil explicar que en España el número de pacientes incluidos en los programas de rehabilitación cardíaca esté en torno al 2-4%, frente a los datos de otros países desarrollados, en los que la inclusión en dichos programas se sitúa en torno al 30-50%⁴.

Según Fernández-Abascal et al.⁵, existen diferentes factores de riesgo potenciales que pueden afectar al inicio y la evolución de la enfermedad cardiovascular. Entre ellos estarían los factores de riesgo emocionales o psicológicos. Estos incluyen variables y emociones como la ansiedad, la depresión, la ira y la hostilidad, el patrón de conducta tipo A, el apoyo social y los estilos atribucionales. Estos factores emocionales son los que toma por objetivo la intervención psicológica en rehabilitación cardíaca.

Los programas de rehabilitación cardíaca se dividen en 3 fases: una primera fase intrahospitalaria, donde se determina el nivel de gravedad del paciente, así como la idoneidad para iniciar un programa de rehabilitación con diferentes grados de monitorización⁶; en la segunda fase, de carácter ambulatorio, tiene lugar la rehabilitación cardíaca propiamente dicha, tanto física como psicológica; la tercera trata de generalizar las pautas aprendidas.

En este sentido, sería de gran interés el desarrollo desde un primer nivel asistencial (atención primaria) de una intervención multidisciplinar (con la colaboración de psicología clínica, enfermería y medicina de atención primaria) de cara a la prevención secundaria. Esto posibilitaría además un seguimiento a medio y largo plazo más cercano y continuado de este tipo de pacientes, el cual muchas veces

es complicado desde las unidades de atención especializada.

Desde el Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular recomiendan el uso de métodos cognitivo-conductuales⁷. En este sentido, los pocos análisis existentes parecen indicar que la terapia cognitivo-conductual sería una orientación psicoterapéutica eficaz para la reducción de la sintomatología depresiva postinfarto⁸. Además, la utilidad de estas estrategias ha sido evaluada por diversos trabajos, entre ellos el estudio ENHANCED⁹, donde comparan el tratamiento estándar (cuidados rutinarios y ejercicio) con una intervención de tipo conductual. Concluyeron que, tras la intervención, en el grupo experimental se redujo la tasa de mortalidad y la incidencia de nuevos episodios cardíacos, además de obtenerse una mejora en los indicadores del estado mental, el funcionalismo cardíaco, la calidad de vida y el pronóstico a medio plazo.

Por tanto, en el presente estudio nos planteamos el objetivo de describir los resultados de una intervención psicológica grupal de corte cognitivo-conductual, así como evaluar si resulta eficaz en la mejora de las variables psicológicas y emocionales de riesgo para la enfermedad cardiovascular.

Objetivo general

Evaluar la eficacia de la terapia psicológica de corte cognitivo-conductual en los programas de rehabilitación cardíaca.

Objetivo específico

Evaluar el impacto de la intervención psicológica en la modificación de los factores de riesgo emocionales tales como ansiedad, depresión, patrón de conducta tipo D, patrón de conducta tipo A, ira-hostilidad y estilos atribucionales y de afrontamiento.

Método

Diseño

El diseño utilizado fue cuasiexperimental de medidas repetidas. La evaluación de los pacientes se efectuó mediante la administración de una batería de instrumentos antes y

después del tratamiento (sesiones 1 y 8, respectivamente). En esta investigación no se utilizó un grupo control sin tratamiento o en lista de espera. La causa fundamental de este sesgo experimental responde a razones éticas inherentes al trabajo en el ámbito asistencial.

Participantes

La muestra del presente estudio estuvo compuesta por un total de 33 pacientes, 30 hombres (90,90%) y 3 mujeres (9,09%), que habían tenido un infarto agudo de miocardio o que padecían angina de pecho inestable con inicio en los últimos 6 meses. La mortalidad experimental fue del 17,5% (completaron el tratamiento 33 pacientes de un total de 40 que lo iniciaron). El rango de edad de los participantes estuvo comprendido entre los 53 y los 66 años (media 57,5, DT 5,73).

Se tuvieron en cuenta como criterios de exclusión para la intervención grupal la presencia de sintomatología psicótica, afectiva y de personalidad (CIE-9) activa en el momento de la evaluación inicial, en cuyo caso los pacientes serían derivados a su Unidad de Salud Mental de referencia.

En este caso fueron incluidos todos los pacientes derivados debido a la ausencia de criterios de exclusión en los mismos.

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y han solicitado a estos los permisos correspondientes.

Variabes e instrumentos

Los instrumentos utilizados para la evaluación de las variables psicológicas y emocionales contempladas en este estudio fueron:

Ira: *State-Trait Anger Expression Inventory* («Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo»)¹⁰. Cuestionario autoaplicado que trata de medir los diferentes aspectos de la ira (experiencia, expresión y control de la ira). La consistencia interna es de 0,73-0,93.

Depresión y ansiedad: *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD, «Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión»)¹¹. Escala autoaplicada formada por 2 subescalas: ansiedad y depresión. Los ítems se evalúan mediante una escala tipo Likert de 4 puntos (rango 0-3). El punto de corte para ambas subescalas es de 10.

Ansiedad: *State-Trait Anxiety Inventory* («Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo»)¹². Cuestionario autoaplicado compuesto por un total de 40 ítems cuya finalidad es evaluar tanto el nivel de ansiedad actual del paciente como su predisposición a responder al estrés. Consta de 2 subescalas: ansiedad estado y ansiedad rasgo. Consta de una escala tipo Likert de 4 puntos. La puntuación para cada subescala puede oscilar entre 0 y 30; la total, entre 0 y 60. Presenta una consistencia interna de 0,90-0,93 (subescala estado) y de 0,84-0,87 (subescala rasgo). La fiabilidad test-retest es de 0,73-0,86 (subescala rasgo).

Adaptación: Escala de Adaptación¹³. Evalúa el grado de afectación de diversas áreas de la vida del paciente tras el suceso cardiovascular: trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y relación familiar. Está formada por 6 ítems medidos a través de una escala tipo Likert de 1 a 6.

Además, cuenta con una escala global. El rango de la escala oscila entre 6 y 36 puntos.

Locus de control sobre la salud: *Multidimensional Health Locus of Control Scales* («Escala Multidimensional de Locus de Control sobre la Salud»)¹⁴. Cuestionario autoaplicado compuesto por 4 factores: locus de control interno (rango: 6-36), locus en doctor/médico (rango: 3-18), control debido a la suerte (rango: 6-36) y control debido a otros (rango: 3-18).

Afrontamiento: *Ways of Coping Scale* («Escala de Estilo de Afrontamiento»)¹⁵. Escala autoaplicada formada por 49 ítems, cuyo objetivo es tratar de valorar diferentes estrategias de afrontamiento. Estas son: autocontrol, planificación, distanciamiento, búsqueda de apoyo social, confrontación, aceptación de responsabilidad, huida-avoidancia y reevaluación positiva. Posee una escala tipo Likert de 4 puntos.

Patrón de conducta tipo A: *Framingham Type A Scale* («Escala Tipo A de Framingham»)¹⁶. Se trata de un cuestionario formado por un total de 10 ítems, que trata de medir el grado en el que el patrón de conducta tipo A está presente en la persona evaluada. Está compuesto por 2 factores: presión del tiempo y competitividad/impulsividad. El punto de corte es 0,5.

Patrón de conducta tipo D: *Type-D Scale* («Escala de Personalidad Tipo D»)¹⁷. Escala autoaplicada compuesta por 14 ítems medidos con una escala tipo Likert de 4 puntos. La escala está compuesta por 2 factores: inhibición social y afectividad negativa. El punto de corte es de 10 puntos.

Todas las escalas utilizadas han sido validadas para población española.

Procedimiento

Los pacientes fueron remitidos desde el Servicio de Cardiología, para su inclusión en el Programa de Prevención y Rehabilitación Cardíaca del Hospital General Universitario de Elche. Fueron incluidos en el estudio aquellos pacientes derivados durante los meses comprendidos entre septiembre de 2014 y octubre de 2015.

Previamente al inicio de la intervención se realizó una evaluación de las variables objeto de estudio (ansiedad y depresión, patrón de conducta tipo D y tipo A, ira-hostilidad, estilos atribucionales y de afrontamiento) mediante una batería de cuestionarios (descritos en el apartado de variables e instrumentos) con el objetivo de comparar los resultados con otra medida realizada tras el tratamiento.

El tratamiento constó de 8 sesiones grupales de una hora y media de duración, cuyos contenidos y objetivos se especifican en la [tabla 1](#).

Análisis de datos

El proceso de análisis estadístico fue realizado mediante el programa estadístico SPSS 18.0 para Windows. Para estudiar la composición de la muestra respecto a las variables sociodemográficas, se elaboraron análisis descriptivos (media, desviación típica y frecuencia). Tras recabar los datos de la evaluación pre y postratamiento, con el objetivo de determinar la existencia de diferencias intragrupo estadísticamente significativas, estos fueron analizados y

Tabla 1 Contenidos y objetivo de las sesiones

Sesión	Objetivos	Contenido
1. Adaptación y estilos de vida	Informar a los pacientes sobre la influencia de las emociones y estilos de vida en el riesgo cardiovascular	Psicoeducación y reestructuración cognitiva sobre factores emocionales y conductuales de riesgo cardiovascular
2. Estrés	Informar sobre el concepto de estrés, consecuencias	Psicoeducación estrés/ansiedad y su relación con pensamientos/conducta y evento cardiovascular
3. Afrontamiento del estrés	Aprendizaje de estrategias para manejar el estrés de forma adaptativa	Entrenamiento en relajación (respiración diafragmática). Manejo del tiempo y resolución de problemas
4. Ansiedad	Aprendizaje de estrategias de manejo y prevención de la ansiedad	Psicoeducación ansiedad y relación con IAM. Entrenamiento en reestructuración cognitiva y técnicas de relajación
5. Depresión	Aprendizaje de estrategias de manejo y prevención de la depresión	Psicoeducación sobre la depresión y la relación con el IAM. Entrenamiento en reestructuración cognitiva y actividades agradables
6. Patrón de conducta tipo A y hostilidad	Informar sobre el concepto, sus consecuencias y patrones alternativos	Psicoeducación sobre el PCTA y PCTB como alternativa saludable. Entrenamiento en habilidades sociales, control de impulsos, relajación y asertividad
7. Patrón de conducta tipo D	Informar sobre el concepto, consecuencias y manejo	Psicoeducación sobre el PCTD y su relación con IAM (afectividad negativa e inhibición social). Entrenamiento en reestructuración cognitiva, asertividad, búsqueda de apoyo y HHSS
8. Reincorporación laboral, relaciones familiares y resiliencia	Aprendizaje de pautas para el manejo postinfarto en situaciones familiares y laborales	Psicoeducación sobre las consecuencias, el IAM a nivel familiar y laboral. Estrategias de manejo

HHSS: habilidades sociales; IAM: infarto agudo de miocardio; PCTA: patrón de conducta tipo A; PCTB: patrón de conducta tipo B; PCTD: patrón de conducta tipo D.

comparados mediante la prueba paramétrica *t* de Student, puesto que se trata de una prueba muy potente y robusta ante el posible incumplimiento de supuestos de normalidad y homocedasticidad; además, el tamaño muestral total fue superior a 30 y las variables dependientes, cuantitativas. El nivel de significación estadística establecido para los análisis fue $p < 0,05$.

Como medida del tamaño del efecto, se utilizó la prueba *d* de Cohen, la cual nos informa de cuántas desviaciones típicas de diferencia hay entre los resultados en el pre y post-tratamiento. Se trata, por tanto, de una medida del tamaño del efecto como diferencia de medias estandarizada.

Resultados

En cuanto a las variables clínicas, se obtuvieron los resultados que se detallan a continuación.

Como podemos observar en la [tabla 2](#), a partir de la medición de la ansiedad realizada mediante la prueba *State-Trait Anxiety Inventory* se obtuvo una disminución estadísticamente significativa con un tamaño del efecto medio (medido mediante la *d* de Cohen) en la variable ansiedad estado pasando de una media de 31,45 a 21,7 ($p < 0,000$ y $d = 0,33$). En ansiedad rasgo también obtuvimos una reducción significativa, pasando de una media de 26,03 a 21,39 ($p = 0,003$ y

Tabla 2 Resultados ansiedad y depresión

Variable	Media pre (DT)	Media post (DT)	Significación (p)
Ansiedad estado	31,45 (40,03)	21,70 (12,27)	0,001
Ansiedad rasgo	26,03 (29,37)	21,39 (11,88)	0,003
Ansiedad (HAD)	8,30 (4,59)	6,79 (3,03)	0,009
Depresión	6,27 (4,43)	5,18 (4,32)	0,040

DT: desviación típica; HAD: *Hospital Anxiety and Depression Scale*.

Tabla 3 Resultados ira

Variable	Media pre (DT)	Media post (DT)	Significación (p)
Ira estado	1,06 (0,24)	1,03 (0,17)	0,325
Sentimiento	1,18 (0,47)	1,03 (0,17)	0,057
EF	1,03 (0,47)	1,03 (0,17)	0,072
EV	1,15 (0,36)	1,06 (0,24)	0,083
Ira rasgo	19,18 (5,55)	17,30 (5,13)	0,038
Temperamento	8,48 (3,21)	7,76 (2,73)	0,081
Reacción	10,45 (2,90)	9,55 (2,91)	0,026
EE	9,67 (2,34)	8,76 (2,11)	0,011
EI	12,39 (3,38)	11,06 (2,97)	0,006
CE	15,91 (2,87)	16,30 (2,96)	0,512
CI	14,55 (3,85)	16,27 (3,70)	0,002
IEI	28,18 (8,45)	24,09 (8,04)	0,011

CE: control externo; CI: control interno; DT: desviación típica; EE: expresión externa; EF: expresión física; EI: expresión interna; EV: expresión verbal; IEI: índice de expresión de la ira.

$d=0,27$), con un tamaño del efecto moderado. Asimismo, esta disminución general en la ansiedad también resultó significativa en la medición llevada a cabo mediante la prueba HAD, pasando de una media de 8,3 a 6,79 ($p=0,009$ y $d=0,38$), obteniéndose un tamaño del efecto medio. Por lo que respecta a la depresión (medida por la HAD), también se observó una disminución en las medias, pasando de una media de 6,27 a una de 5,18, que resultó estadísticamente significativa ($p=0,04$ y $d=0,25$), con un tamaño del efecto medio.

Con respecto a la variable ira y sus dimensiones, se obtuvieron los siguientes resultados (véase la [tabla 3](#)):

Se observó una disminución en la variable ira rasgo (pasando de una media de 19,18 a 17,3), siendo significativa esta reducción en la ira rasgo general ($p=0,038$ y $d=0,35$), con un tamaño del efecto medio. Se encontró, asimismo, una disminución de la ira estado de 1,06 a 1,03, no siendo significativa esa diferencia ($p=0,325$) para la ira estado general. Por último, en la escala expresión se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones

Tabla 4 Resultados estilos atribucionales

Dimensión	Media pre (DT)	Media post (DT)
Atribución interna	0,85 (0,34)	0,88 (0,31)
Atribución suerte	0,40 (0,49)	0,33 (0,47)
Atribución doctor	0,96 (0,18)	0,97 (0,18)
Atribución otros	0,86 (0,34)	0,75 (0,43)

DT: desviación típica.

excepto en control externo ($p=0,512$). El tamaño del efecto fue medio en todos los contrastes.

Por lo que toca a las variables atribucionales, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de ellas, aunque la atribución interna o locus de control interno sí experimentó cierto incremento ([tabla 4](#)).

Con respecto a los estilos de afrontamiento, aunque podemos observar variaciones en la mayoría de las variables en la dirección esperada (véase la [tabla 5](#)), estas no resultaron estadísticamente significativas.

Como podemos observar en la [tabla 6](#), con respecto a los resultados en adaptación, vemos que el grado de afectación disminuyó tanto globalmente como en todas las variables

Tabla 5 Resultados estilos de afrontamiento

Dimensión	Media pre (DT)	Media post (DT)
Planificación	0,78 (0,41)	0,82 (0,37)
Confrontación	0,69 (0,63)	0,48 (0,49)
Búsqueda apoyo social	0,59 (0,49)	0,63 (0,48)
Aceptación responsabilidad	0,76 (0,41)	0,51 (0,49)
Autocontrol	0,45 (0,49)	0,45 (0,49)
Huida/evitación	0,07 (0,24)	0,02 (0,17)
Distanciamiento	0,32 (0,46)	0,24 (0,42)
Reevaluación positiva	0,62 (0,48)	0,60 (0,49)

DT: desviación típica.

Tabla 6 Resultados adaptación

Dimensión	Media pre (DT)	Media post (DT)
Trabajo	3,88 (2,25)	3,50 (1,84)
Vida social	2,34 (1,28)	2,18 (1,07)
Tiempo libre	3,76 (1,46)	3,39 (1,25)
Relación pareja	2,42 (1,42)	1,45 (1,23)
Vida familiar	2,18 (1,16)	1,88 (0,93)
Afectación global	3,55 (1,25)	0,55 (0,42)

DT: desviación típica.

Tabla 7 Resultados variables de personalidad

Dimensión	Media pre (DT)	Media post (DT)
Tipo D	0,79 (0,42)	0,67 (0,48)
Inhibición social	8,24 (4,98)	8,42 (5,20)
Afectividad negativa	9,85 (5,39)	6,45 (4,62)
Tipo A	0,79 (0,42)	0,60 (0,50)
Impulsividad	0,89 (0,48)	0,90 (0,57)
Presión tiempo	0,64 (0,40)	0,55 (0,42)

DT: desviación típica.

que componen la escala, aunque esta reducción no fue estadísticamente significativa.

Finalmente, como muestra la [tabla 7](#), por lo que respecta a las variables de personalidad, aunque se observó una disminución en casi todas las variables, esta únicamente fue estadísticamente significativa en la dimensión afectividad negativa ($p < 0,001$ y $d = 0,67$), que forma parte del patrón de conducta tipo D; en este contraste el tamaño del efecto fue medio.

Discusión

Tras analizar los resultados obtenidos, podemos observar una mejoría en la mayor parte de los factores de riesgo psicológicos, aunque es especialmente significativa en las variables *ansiedad*, *depresión* e *ira*.

Así, los pacientes tras la intervención presentan una disminución estadísticamente significativa de la *ansiedad* tanto estado como rasgo. Estas diferencias se encuentran tanto en las mediciones llevadas a cabo mediante el *State-Trait Anxiety Inventory* como por el HAD. Como apunta Laham¹⁸, la mejoría encontrada en esta variable es de suma importancia de cara a la evolución de la enfermedad y la prevención de nuevos eventos cardíacos.

Con respecto a los síntomas *depresivos*, también se obtiene una reducción estadísticamente significativa de los mismos, medidos por el HAD, al igual que en el caso de la *ansiedad*. Hare et al.¹⁹, en su revisión, encontraban resultados similares acerca de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en la reducción de los síntomas *depresivos*. Asimismo, Escolar-Gutiérrez et al.²⁰, en su estudio, hallaban una reducción significativa tanto en la variable *ansiedad* como en *depresión*.

En el caso de la variable *ira*, se obtiene una reducción en las puntuaciones tanto de la *ira estado* como *rasgo* medidas por el *State-Trait Anger Expression Inventory*, aunque esta

únicamente es significativa en el caso de la *ira rasgo*. Esto podría estar relacionado con el hecho de que los pacientes, tras el tratamiento, traten de evitar situaciones que supongan para ellos un mayor riesgo de experimentar ira.

Cabe señalar que no se obtienen diferencias estadísticamente significativas en las variables relativas a la adaptación de los pacientes tras la intervención, los estilos atribucionales y de afrontamiento, y la personalidad. Pese a esto, sí observamos que las diferentes variables, en su mayoría, evolucionan en la dirección esperada tras la intervención psicológica.

Finalmente, nos gustaría hacer mención de las limitaciones que podrían afectar a la validez de los resultados de nuestro estudio. En primer lugar, la ausencia de un grupo control, el cual no se pudo formar debido a los problemas éticos que podría suponer la no intervención con este tipo de pacientes (dado que no existía en ese momento una lista de espera), con lo cual, corremos el riesgo de que los resultados de la intervención puedan haber sido contaminados por otras variables, como el efecto del mero paso del tiempo.

Otra limitación, que podría afectar a la validez externa del estudio, es que este se realizó en un único centro, con lo cual corremos el riesgo de que los resultados no puedan ser generalizables a otros contextos.

Una última limitación, de tipo temporal, sería la imposibilidad de haber llevado a cabo un seguimiento de los resultados obtenidos a medio y largo plazo, de manera que no podemos constatar que la mejoría obtenida en las diferentes variables se mantenga en el tiempo.

De cara a futuros estudios nos planteamos la necesidad de la inclusión de un grupo paralelo (buscando alguna solución alternativa) para el control de las posibles variables extrañas que pudieran contaminar los resultados, además de realizar un seguimiento a largo plazo para valorar el mantenimiento de los resultados de la intervención.

También nos gustaría plantear la necesidad y el gran interés que supondría el llevar a cabo y analizar la eficacia de este tipo de programas aplicados de una manera multidisciplinar en el ámbito de atención primaria, con el objeto de mejorar en materia de prevención secundaria. Para ello, sería de gran importancia la instauración en los centros de salud de la figura del psicólogo clínico de atención primaria, la cual se está impulsando tímidamente en algunas comunidades autónomas²¹ y que ya es un elemento consolidado y eficaz en otros países de la Unión Europea^{22,23}.

En conclusión, a través del uso de técnicas de corte cognitivo-conductual en la intervención, se ha conseguido obtener resultados positivos que suponen una nueva evidencia y una aportación más a los diversos estudios llevados a cabo^{8,9}. Además, son pocos los estudios que analizan de manera específica los resultados de intervenciones psicológicas en diversos factores de riesgo emocionales al mismo tiempo.

Por tanto, estos resultados muestran que la mayor parte de los factores de riesgo psicológicos, es decir, los categorizados como factores de tipo emocional⁵, se ven reducidos tras la intervención y, además, estos resultados son estadísticamente significativos para gran parte de las variables objeto de estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014 [consultado 25 Nov 2017]. Ginebra: WHO; 2014. Disponible en: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/>
- Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. Año 2016 [Internet]. INE; 2017 [consultado 25 Nov 2017]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/edcm_2016.pdf
- O'Connor GT, Buring JE, Yusuf S, Goldhaber SZ, Olmstead EM, Paffenbarger RS, et al. An overview of randomized trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction. *Circulation*. 1989;80:234-44.
- Sosa V. Rehabilitación cardíaca: evolución histórica y estado actual. En: Espinosa Caliani S, Bravo Navas C, editores. *Rehabilitación cardíaca y atención primaria*. 2.ª ed. Málaga: Panamericana; 2002. p. 1-23.
- Fernández-Abascal E, Martín MD, Domínguez Sánchez F. Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*. 2003;15:615-30.
- World Health Organization. The atlas of heart disease and stroke. Part three: The burden. Ginebra: WHO; 2004 [consultado 25 Nov 2017]. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_03_risk_factors.pdf
- Royo-Bordonada MA, Lobos Bejarano JM, Villar Alvarez F, Sans S, Pérez A, Pedro-Botet J, et al. [Statement of the Spanish Interdisciplinary Cardiovascular Prevention Committee (CEIPC) on the 2012 European Cardiovascular Prevention Guidelines] Spanish. *Rev Esp Salud Publica*. 2013;87:103-20.
- Freedland KE, Skala JA, Carney RM, Rubin EH, Lustman PJ, Dávila-Román VG, et al. Treatment of depression after coronary artery bypass surgery: A randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66:387-96.
- Blumenthal JA, Wang JT, Babyak M, Watkins L, Kraus W, Miller P, et al. Enhancing standard cardiac rehabilitation with stress management training: Background, methods, and design for the enhanced study. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2010;30:77-84.
- Miguel-Tobal JJ, Casado MI, Cano A, Spielberger CD. *Inventario de expresión de ira estado-rasgo 2*. Madrid: TEA Ediciones; 2001.
- Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67:361-70.
- Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. *STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*. California: Consulting Psychologists Press. Adaptación española. Madrid: TEA Ediciones S. A.; 1982.
- Echeburúa E, Corral P. *Escala de Adaptación (Adaptation Scale) [manuscrito no publicado]*. 1987.
- Wallston KA, Strudler Wallston B, DeVellis R. Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Educ Monogr*. 1978;6:160-70.
- Folkman S, Lazarus RS. *Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1988.
- Fernández-Abascal EG, Martín MD. Ira y Hostilidad en los trastornos coronarios. *An Psicol*. 1994;10:177-88.
- Denollet J. DS14: Standard assessment of negative affectivity social inhibition, and type D personality. *Psychosom Med*. 2005;67:89-97.
- Laham M. Psicocardiología: su importancia en la prevención y la rehabilitación coronarias. *Suma Psicológica*. 2008;15:143-69.
- Hare DL, Toukhsati SR, Johansson P, Jaarsma T. Depression and cardiovascular disease: A clinical review. *Eur Heart J*. 2014;35:1365-72.
- Escobar-Gutiérrez M, López-Moya B, Portabales Barreiro L, Carcedo-Robles C, Alonso-Abolafia A. Influencia de la relación profesional sanitario-paciente en la adherencia al tratamiento en un programa de rehabilitación cardíaca (PRC). En: *Proceedings of 6th International and 11th National Congress of Clinical Psychology*. Santiago de Compostela. 2014:50-5.
- Sanchez Reales S, Tornero Gomez M, Martín Oviedo P, Redondo Jimenez M, del Arco Jodar R. Psicología clínica en atención primaria: descripción de un año de asistencia. *Semergen*. 2015;41:254-60.
- Clark D, Layard R, Smithies R, Richards D, Suckling R, Wright B. Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behav Res Ther*. 2009;47:910-20.
- Sundquist J, Lilja A, Palmer K, Memon A, Wang X, Johansson L, et al. Mindfulness group therapy in primary care patients with depression, anxiety and stress and adjustment disorders: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2015;206:128-35.