

# Eficacia preliminar de una intervención psicológica mixta en un programa de rehabilitación cardíaca

---

## Preliminary Evaluation of the Effectiveness of a Mixed Psychological Intervention in a Cardiac Rehabilitation Program

Alejandro Muriel Hermosilla, Mariana Togneri Pastor, Begoña Arbulo Rufrancos, María Luisa García- Ontiveros Cuéllar, Marta Oviedo Nieto y Alejandro Parages Martínez  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

**Resumen:** La evidencia científica actual muestra que variables emocionales como la ansiedad y la depresión influyen negativamente en el pronóstico de los pacientes con enfermedad cardiovascular. Este estudio preliminar evalúa la eficacia de una intervención psicológica individual y grupal en pacientes del programa de rehabilitación cardíaca del Hospital Gregorio Marañón. Se empleó un diseño cuasi-experimental pre-post con una muestra de 20 pacientes con sintomatología clínicamente significativa (STAI y BDI). La intervención consistió en cuatro sesiones individuales y cuatro grupales, integrando técnicas de psicoeducación, regulación emocional y mindfulness. Los resultados muestran reducciones estadísticamente significativas y clínicamente relevantes en los niveles de depresión y ansiedad estado/rasgo. Aunque las mujeres presentaron mejoras más marcadas, las diferencias por sexo no fueron significativas. La intervención mixta demostró ser eficaz para reducir el malestar emocional y se plantea como una estrategia viable en contextos clínicos, con potencial para mejorar tanto el bienestar psicológico como el pronóstico clínico.

*Palabras clave:* rehabilitación cardíaca, intervención psicológica, ansiedad, depresión, mindfulness, diferencias por sexo.

---

Alejandro Muriel Hermosilla  [0009-0008-3385-0649](#) es Psicólogo Clínico en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Mariana Togneri Pastor es Psicóloga Clínico en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Begoña Arbulo Rufrancos es Psicóloga Clínico en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

María Luisa García-Ontiveros Cuéllar es Psicóloga Clínico en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Marta Oviedo Nieto es Psicóloga Clínico en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Alejandro Parages Martínez es Psicólogo Clínico en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

**Para citar este artículo:** Muriel Hermosilla, A., Togneri Pastor, M., Arbulo Rufrancos, B., García- Ontiveros Cuéllar, M. L., Oviedo Nieto, M. y Parages Martínez, A. (2025). Eficacia preliminar de una intervención psicológica mixta en un programa de rehabilitación cardíaca. *Clínica Contemporánea*, 16(3), Artículo e21. <https://doi.org/10.5093/cc2025a19>

La correspondencia de este artículo debe ser enviada a Mariana Togneri Pastor al email: [mariana.togneri@salud.madrid.org](mailto:mariana.togneri@salud.madrid.org)



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

**Abstract:** Scientific evidence shows that emotional variables such as anxiety and depression negatively affect the prognosis of patients with cardiovascular disease. This preliminary study evaluates the effectiveness of an individual and group psychological intervention in patients enrolled in the cardiac rehabilitation program at the Hospital Gregorio Marañón. A quasi-experimental pre-post design was used with a sample of 20 patients presenting clinically significant symptoms (STAI and BDI). The intervention consisted of four individual sessions and four group sessions incorporating psychoeducation, emotional regulation techniques, and mindfulness. Results showed statistically significant and clinically relevant reductions in depression and state/trait anxiety levels. Although women showed greater improvement, sex differences were not statistically significant. The combined intervention proved effective in reducing emotional distress and is proposed as a viable strategy in clinical settings, with the potential to improve both psychological well-being and clinical outcomes in cardiac patients.

**Keywords:** cardiac rehabilitation, psychological intervention, anxiety, depression, mindfulness, sex differences.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) siguen siendo una de las principales causas de mortalidad en las sociedades industrializadas. En España, según los datos provisionales del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2023), constituyen la segunda causa de muerte, solo por detrás de los tumores. Estas enfermedades comprenden entidades clínicas como la cardiopatía isquémica (incluyendo angina de pecho e infarto agudo de miocardio), la hipertensión arterial, la insuficiencia cardíaca y los accidentes cerebrovasculares (Fernández-Abascal et al., 2003).

La etiología de las ECV es compleja y multifactorial, involucrando tanto factores de riesgo biológicos como psicológicos. Entre los factores no modificables se encuentran la edad y el sexo, siendo los hombres más propensos a desarrollar ECV antes de los 45 años, diferencia que tiende a igualarse con la edad (Fernández-Abascal et al., 2003). Entre los factores tradicionales de riesgo modificables destacan la hipertensión, dislipidemia, obesidad, tabaquismo y sedentarismo. No obstante, cada vez más investigaciones señalan que los factores psicosociales y emocionales también desempeñan un papel fundamental, en interacción bidireccional con los biológicos (Rozanski et al., 1999; Lichtman et al., 2014).

Entre los factores psicológicos más estudiados destaca el patrón de conducta tipo A, caracterizado por urgencia temporal, competitividad, hostilidad e hiperimplicación en el trabajo. Este constructo fue desarrollado por Friedman y Rosenman (1974) tras observar sistemáticamente el comportamiento de sus pacientes coronarios. En estudios clásicos como el *Western Collaborative Group Study* (Rosenman et al., 1975), se demostró que los individuos con este patrón presentaban el doble de riesgo de desarrollar enfermedad coronaria en comparación con aquellos sin dicha conducta. Por otro lado, el patrón de conducta tipo D ha sido analizado en diversos estudios. Se caracteriza por una alta tendencia a experimentar estimulación emocional negativa junto con una inhibición social a la expresión de dichos estados. Esto que conlleva un malestar emocional significativo que constituye un factor de riesgo de sufrir eventos cardiovasculares (Denollet et al. 2010, Lee et al. 2018).

La ansiedad y la depresión también han sido ampliamente estudiadas en el ámbito de la salud cardiovascular. Su presencia no solo aumenta el riesgo de aparición de eventos coronarios, sino que también afecta negativamente al pronóstico y la calidad de vida posterior (Wielgosz y Nolan, 2000; Thombs et al., 2006). En el estudio de Meijer (2011), un meta-análisis en el que se comparan pacientes con y sin depresión tras un infarto de miocardio, se encontró que la depresión se asocia a un riesgo 2.7 veces mayor de mortalidad cardíaca y un 1.59 veces para eventos cardíacos en general, además de que dicha asociación se mantiene estable a lo largo de 25 años.

Por otra parte, como afirman Cerezo et al. (2018) ambas reacciones emocionales son más prevalentes en pacientes coronarios que en población general. Los pacientes deprimidos tras un infarto muestran mayores tasas de mortalidad, en parte debido a la menor adherencia al tratamiento médico, el deterioro de los hábitos de vida saludables y una mayor prevalencia de conductas de riesgo como el consumo de alcohol o tabaco. Además, el impacto emocional tras un evento coronario puede producir alteraciones autonómicas, endocrinas e inmunológicas que inciden directamente en la progresión de la enfermedad (Lichtman et al., 2014).

Otra dimensión relevante es la hostilidad, especialmente cuando se manifiesta como incapacidad para expresar la ira o como cinismo crónico. Investigaciones longitudinales como la del *Chicago Western Electric Study* (Shekelle et al., 1983) han evidenciado que altos niveles de hostilidad predicen el desarrollo de enfermedad coronaria incluso 20 años después.

En este contexto, las intervenciones psicológicas se han consolidado como un elemento fundamental en el marco de la rehabilitación cardíaca. Diversas Guías clínicas y sociedades científicas recomiendan la incorporación de programas de base cognitivo-conductual como parte integral del tratamiento (Royo-Bordonada et al., 2013; Piepoli et al., 2010). Estas intervenciones pueden abordar factores como la ansiedad, la depresión, la gestión del estrés y la adherencia terapéutica, contribuyendo así a una mejora del pronóstico clínico y la calidad de vida. El consenso más reciente de la European Society of Cardiology (2025) subraya la relación multidireccional entre salud mental y salud cardiovascular. Concretamente, afirma que los trastornos mentales, en particular la depresión y la ansiedad, no solo aumentan el riesgo de aparición y progresión de la enfermedad cardiovascular, sino que también afectan de manera significativa a la adherencia terapéutica, la calidad de vida y el pronóstico clínico. Por ello, se enfatiza la necesidad de un abordaje interdisciplinar entre cardiólogos y profesionales de salud mental y se recomienda que la evaluación e intervención psicológicas se incorporen de forma sistemática en los programas de rehabilitación cardíaca.

En el ensayo “ENHANCED” (*Enhancing Cardiac Rehabilitation with Stress Management Training*), Blumenthal et al. (2010) compararon la rehabilitación estándar con un programa que incluía componentes psicológicos. Los pacientes del grupo experimental mostraron mejoras significativas en los síntomas de ansiedad y depresión, calidad de vida y evolución clínica a medio plazo. En investigaciones posteriores como el metaanálisis de Reavell et al. (2018) se ha documentado la eficacia de las intervenciones psicológicas sobre variables como la ansiedad o la depresión en la población cardíaca, particularmente aquellas de orientación cognitivo-conductual o centradas en el manejo del estrés.

En España, el trabajo pionero de Bueno y Buceta (1997) desarrolló un programa de intervención psicológica multidimensional post-infarto, con el objetivo de reducir el impacto emocional inicial y modificar conductas de riesgo mediante técnicas como reestructuración cognitiva, inoculación de estrés y planificación racional del tiempo. Posteriormente, Fernández-Abascal et al. (2003) sistematizaron las intervenciones psicológicas orientadas tanto a la prevención en población de riesgo como al tratamiento tras eventos cardíacos, incorporando técnicas como biofeedback, relajación, habilidades sociales y modificación de patrones conductuales tipo A. Las de biofeedback, por ejemplo, se han utilizado, en diferentes modalidades, en el manejo de la Hipertensión esencial, con demostrada eficacia en la reducción a corto plazo de los niveles de presión elevados (Goldstein, 1982; McCann, 1987). En cuanto a las técnicas de intervención conductual de manejo de estrés, estos programas han demostrado una alta eficacia específica en el tratamiento y rehabilitación de personas con riesgo de enfermedad coronaria y en pacientes coronarios (Blumenthal y Wei, 1993; Bennett y Carroll, 1994). Asimismo, el mindfulness, entendido como la atención plena al momento presente con actitud de aceptación, ha demostrado efectos positivos en la reducción del estrés, la ansiedad y la rumiación, especialmente en personas con enfermedades crónicas como las cardiovasculares (Nyklíček y Kuijpers 2008; Kabat-Zinn, 2013; Loucks et al., 2015; Moreno Monzó et al., 2024).

En el ámbito clínico reciente, diversos estudios han evaluado programas breves y estructurados. En Portugal, por ejemplo, Fernandes et al. (2017) implementaron una intervención breve en pacientes hospitalizados tras un síndrome coronario agudo, con sesiones grupales de psicoeducación y seguimiento post alta, observando mejoras emocionales y funcionales. En España, Antón Menárguez et al. (2019) llevaron a cabo un programa grupal de ocho sesiones con resultados positivos en ansiedad, depresión e ira. Por su parte, Pintor Reverte et al. (2021) desarrollaron una intervención cognitivo-conductual grupal que incorporaba entrenamiento emocional

y seguimiento digital, encontrando mejoras significativas mantenidas a los 12 meses en personalidad tipo A y D, ánimo depresivo y ansiedad. Recientemente, en el estudio de Moreno Monzó et al. (2024), se realizó un análisis de estos y de otros trabajos previos desarrollados en España, en los que se observa de manera consistente que la intervención psicológica en programas de rehabilitación cardíaca resulta eficaz. Los autores destacan que dichas intervenciones no solo contribuyen a la reducción de síntomas de ansiedad y depresión, sino que también favorecen la adherencia al tratamiento y mejoran la calidad de vida de los pacientes. En este trabajo de Moreno Monzó et al. (2024) se evaluó el impacto de una intervención psicológica de 8 sesiones en formato grupal dentro de un programa de rehabilitación cardíaca en una muestra de 315 pacientes y observaron una reducción estadísticamente significativa en los síntomas de ansiedad y depresión tras la intervención.

Por último, Bueno y Simón (2024), realizan un metaanálisis -a partir de 1525 artículos científicos- para evaluar los tratamientos de la depresión comórbida en pacientes tras un síndrome coronario agudo. Concluyen que en estos pacientes, las intervenciones psicológicas de elección para el manejo terapéutico de la depresión (acompañadas o no de psicofármacos) disminuyen los niveles del trastorno depresivo significativamente más que en los sujetos sin tratamiento.

En este marco, el presente estudio tiene como objetivo evaluar la efectividad de una intervención psicológica integrada en un programa hospitalario de rehabilitación cardíaca. Nuestra intervención combinó un abordaje mixto, individual y grupal, con inclusión además de técnicas de Mindfulness. La parte individual, aportación singular en este campo en que predomina la intervención grupal, se dirigió a pacientes con sintomatología ansioso-depresiva clínicamente significativa. El propósito del presente estudio preliminar es valorar el impacto de la intervención en los niveles de ansiedad y depresión tras el proceso de rehabilitación.

## Método

### Diseño

El diseño en esta investigación fue cuasiexperimental, un diseño de medidas repetidas. Se concibe como una evaluación preliminar de viabilidad clínica y efectividad en condiciones reales de práctica hospitalaria. La evaluación de los pacientes se realizó mediante la aplicación de una batería de test antes y después del tratamiento. En este trabajo no se utilizó un grupo control sin tratamiento o en lista de espera debido a motivos éticos derivados del trabajo clínico.

### Participantes

La muestra total estudiada fue de 20 pacientes, 12 hombres y 8 mujeres. De ellos algunos presentaron un infarto agudo de miocardio u otra afección cardíaca como angina de pecho, endocarditis, etc. el último año. El rango de edad de los participantes estuvo entre los 32 y los 71 años, con una media de 53,5 años.

Para la intervención grupal o individual se tomaron en cuenta como criterios de exclusión presentar una sintomatología psicótica activa y de personalidad (según criterios CIE-10) (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1993). En este caso fueron incluidos todos los pacientes derivados a consulta individual debido a la ausencia de criterios de exclusión.

### Variables e Instrumentos

Los instrumentos utilizados para la evaluación de las variables psicológicas examinadas fueron los siguientes:

*Depresión:* Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck et al., 1961), en su versión adaptada al español por Conde y Useros (1975), publicada por TEA Ediciones. Este instrumento evalúa la presencia e

intensidad de síntomas depresivos mediante 21 ítems que abordan aspectos cognitivos, afectivos, motivacionales y fisiológicos de la depresión. Cada ítem presenta cuatro opciones de respuesta ordenadas por severidad (puntaje de 0 a 3), generando un puntuación total entre 0 y 63. El instrumento ha demostrado adecuados índices de fiabilidad, con coeficientes alfa de Cronbach superiores a 0.80 en diferentes estudios (Beck et al., 1988). Asimismo, presenta buena validez convergente con otras escalas de depresión y una estructura factorial coherente con el modelo teórico de Beck (Vázquez y Sanz 1997)

**Ansiedad:** Se utilizó el *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI; Spielberger et al., 1982), en su adaptación al español por TEA Ediciones. El cuestionario consta de 40 ítems, divididos en dos subescalas de 20 ítems cada una: ansiedad estado (A/E), que evalúa cómo se siente el sujeto en un momento dado, y ansiedad rasgo (A/R), que mide la tendencia estable del individuo a experimentar ansiedad. Las respuestas se registran en una escala tipo Likert de 4 puntos. Las puntuaciones posibles para cada subescala oscilan entre 20 y 80 puntos, donde una puntuación más alta indica mayor nivel de ansiedad. El STAI ha mostrado excelentes propiedades psicométricas tanto en su versión original como en su adaptación al español, con coeficientes de fiabilidad alfa de Cronbach superiores a 0.85 para ambas subescalas. Asimismo, presenta una estructura factorial clara y buena validez convergente con otros instrumentos de evaluación de la ansiedad. Su sensibilidad al cambio lo hace especialmente útil para estudios longitudinales o de intervención.

## Procedimiento

El Programa de Intervención Psicológica en Rehabilitación Cardíaca se llevó a cabo en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, concretamente en el Centro de especialidades Hermanos Sangro. En este centro se realiza la rehabilitación cardíaca, que consiste en un programa de prevención secundaria multidisciplinar donde los pacientes que han sufrido un evento cardíaco participan, tras una valoración global previa por los servicios de cardiología y rehabilitación de diversas actividades: entrenamiento físico en gimnasio, intervención psicológica, talleres sobre nutrición, hábitos de vida, etc. El circuito y contenido de las charlas educativas del resto de profesionales se muestra en las tablas 1 y 2.

**Tabla 1. Esquema de sesiones**

|  |
|--|
| CIRCUITO SESIONES PROGRAMA GENERAL REHABILITACIÓN CARDIACA                   |
| PRIMERA CONSULTA CARDIOLOGÍA REHABILITACIÓN CARDÍACA                         |
| PRIMERA CONSULTA REHABILITACIÓN  |
| VALORACIÓN ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA   |
| COMIENZO DEL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO, EDUCATIVO E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA |
| CONSULTA FINAL ENFERMERÍA  |
| CONSULTA ALTA REHABILITACIÓN   |
| CONSULTA ALTA CARDIOLOGÍA  |

**Tabla 2.** Contenido de sesiones y profesionales que las imparten

| CONTENIDO  | PROFESIONALES  |
|--|----------------|
| Enfermedades Cardiovasculares. Alteraciones de la sexualidad en el paciente cardiópata | Cardiólogía    |
| Factores de riesgo cardiovascular  | Enfermería     |
| Ejercicio Físico   | Fisioterapia   |
| Alimentación   | Enfermería     |
| Medicamentos   | Enfermería     |
| Reincorporación laboral. Incapacidad y discapacidad                                    | Trabajo Social |
| Fase III   | Fisioterapia   |
| Resolución de dudas  | Enfermería     |

Antes de la intervención se evaluó en la totalidad de pacientes del programa la presencia de malestar psicológico clínicamente significativo. Para ello, se administraron a los pacientes los cuestionarios de ansiedad y depresión (STAI y BDI respectivamente) al inicio del programa, como un primer cribado. Aquellos pacientes con niveles de ansiedad o depresión clínicamente significativos y que no se encontraran en ese momento en seguimiento por Salud Mental eran citados en consultas individuales para seguimiento por parte de Psicología clínica durante 4 sesiones. En paralelo, asistirían a cuatro sesiones de intervención grupal, que se ofrecían a todos los pacientes del programa con independencia de sus resultados en estas pruebas. Al finalizar la intervención psicológica individual se aplicaron de nuevo los cuestionarios utilizados en la fase inicial (STAI y BDI) para valorar los efectos de la intervención en las variables de depresión y ansiedad evaluadas.

La intervención grupal de Psicología Clínica consistió en 4 sesiones grupales quincenales de una hora y cuarenta y cinco minutos de duración. La primera hora se dedicaba a la terapia grupal y los siguientes cuarenta y cinco minutos a la práctica de mindfulness. El contenido y objetivos de las sesiones grupales se especifican en la tabla 3. En el seguimiento individual se intervenía sobre aspectos más concretos de aquellos sujetos con un mayor impacto emocional derivado del evento cardíaco. En la primera sesión se realizaba una entrevista clínica donde se recogían datos socio-demográficos y biográficos del paciente, así como el motivo de consulta, naturaleza del evento cardíaco, tiempo transcurrido desde el evento, si precisó ingreso en UCI o no, secuelas físicas post-evento cardíaco, secuelas psíquicas previas y post-evento cardíaco: ansiedad, depresión, insomnio, alteraciones del apetito, etc. Posteriormente según las temáticas y sintomatología predominantes en las sesiones, se planteaban intervenciones psicológicas específicas. Una vez finalizadas las sesiones y en función de la mejoría clínica se valoraba la derivación a un recurso de zona si fuera preciso un seguimiento más prolongado.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (CEIM), cumpliendo con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado previo a su inclusión en el programa.

**Tabla 3.** *Intervención Psicológica grupal*

| SESIÓN   | OBJETIVOS   |
|----------|---|
| SESIÓN 1 | <p>Psicoeducación sobre los factores de riesgo y consecuencias psicológicas de las enfermedades cardiovasculares.</p> <p>Introducción a la práctica de Mindfulness.</p> |
| SESIÓN 2 | <p>Consecuencias de tipo traumáticas derivadas de la enfermedad cardiovascular. Qué es el estrés y estrategias de afrontamiento.</p> <p>Práctica de Mindfulness.</p>    |
| SESIÓN 3 | <p>Reacciones habituales tras un evento cardiovascular: síntomas de ansiedad y depresión. Definición y primer abordaje.</p> <p>Práctica de Mindfulness.</p>             |
| SESIÓN 4 | <p>Dificultades en la incorporación laboral y cambios en relaciones sociales y familiares.</p> <p>Práctica de Mindfulness.</p>  |

## Resultados

### Descripción de la muestra

La muestra, como figura en la tabla 4, estuvo compuesta por 20 pacientes adultos, con una edad comprendida entre 32 y 71 años ( $M = 53.5$  años; DT: 10.5 años). El 60 % fueron hombres ( $n = 12$ ) y el 40 % mujeres ( $n = 8$ ). En cuanto al nivel educativo, el 45 % ( $n = 9$ ) poseía estudios primarios, el 20% formación profesional y un 15% tenía estudios secundarios. Únicamente el 20 % tenía estudios universitarios. La mayoría convivía con su familia propia (65 %), mientras que el resto lo hacía con padres o hermanos (20 %) o vivía solo (10 %).

Respecto al diagnóstico médico, el más frecuente fue el infarto agudo de miocardio (IAM), presente en el 55 % de los casos, seguido de cardiopatía isquémica, valvulopatías (como estenosis o insuficiencia aórtica) y una cardiopatía congénita.

El 70 % de los participantes no refería antecedentes personales en salud mental. En cuanto al tratamiento farmacológico, el 90% no tomaba psicofármacos y únicamente un 10% tomaba ansiolíticos. (Véase tabla 4)

**Tabla 4.** Características sociodemográficas y clínicas de la muestra ( $N = 20$ )

| Variable                                 | Categoría                    | n  | %    |
|--|------------------------------|----|------|
| Sexo                                     | Hombre                       | 12 | 60 % |
|  | Mujer                        | 8  | 40 % |
| Edad                                     | Rango: 32–71 años            | —  | —    |
|  | Media: 53.5 años             | —  | —    |
|  | Desviación Típica: 10.5 años |    |      |
| Nivel educativo                          | Educación primaria (0)       | 9  | 45 % |
|  | ESO/Bach. elemental (1)      | 2  | 10 % |
|  | Bachillerato superior (2)    | 1  | 5 %  |
|  | Formación Profesional (3)    | 4  | 20 % |
|  | Estudios universitarios (4)  | 4  | 20 % |
| Situación de convivencia                 | Solo (0)                     | 2  | 10 % |
|  | Con padres o hermanos (1–2)  | 4  | 20 % |
|  | Con familia propia (3)       | 13 | 65 % |
|  | Otros (4)                    | 1  | 5 %  |
| Antecedentes personales en salud mental. | Sí                           | 6  | 30 % |
|  | No                           | 14 | 70 % |
| Medicación psicotrópica                  | No medicación                | 18 | 90 % |
|  | Ansiolíticos                 | 2  | 10 % |

## Análisis de datos

### Cambios en sintomatología emocional pre-post intervención

Se analizaron los niveles de depresión y ansiedad antes y después de la intervención psicológica mediante la comparación de las puntuaciones pre y post intervención en las escalas BDI y STAI (Tabla 5). Para ello se utilizó la prueba *t* de Student para muestras relacionadas.

- Depresión (BDI):

La puntuación media en el BDI disminuyó significativamente pasando de una media pre intervención de 16.85 ( $DT = 8.05$ ) a una media post intervención de 10.35 ( $DT = 7.37$ ),  $t(19) = 3.64, p = 0.0028$ .

- Ansiedad estado (STAI A/E):

En la subescala de ansiedad-estado en puntuación directa, la puntuación descendió de  $M = 32.45$  ( $DT = 9.37$ ) a  $M = 21.35$  ( $DT = 10.8$ ), siendo este cambio significativo ( $t(19) = 3.87, p = .0013$ ).

En la puntuación centil, la media bajó de  $M = 79.85$  ( $DT = 16$ ) a  $M = 56.3$  ( $DT = 25.34$ ), también con significación estadística ( $p = .0014$ ).

- Ansiedad rasgo (STAI A/R):

En la subescala de ansiedad-rasgo también descendió de forma significativa tanto en la puntuación directa ( $M$  pre = 29.5;  $M$  post = 19.2;  $p < .001$ ), como en la puntuación centil ( $M$  pre = 76.45;  $M$  post = 48.45;  $p < .001$ ). (Véase tabla 5)

**Tabla 5.** Comparación pre-post intervención en síntomas de depresión y ansiedad ( $N = 20$ )

| Variable evaluada               | Media pre (DT) | Media post (DE) | Diferencia media | <i>t</i> (gl) | <i>p</i> |
|---------------------------------|----------------|-----------------|------------------|---------------|----------|
| BDI – Depresión (PD)            | 16.85 (8.05)   | 10.35 (7.37)    | -6.50            | 3.45 (19)     | .0028    |
| STAI A/E – Ansiedad estado (PD) | 32.45 (9.37)   | 21.35 (10.80)   | -11.10           | 3.87 (19)     | .0013    |
| STAI A/E – Ansiedad estado (PC) | 79.85 (16.00)  | 56.30 (25.34)   | -23.55           | 3.82 (19)     | .0014    |
| STAI A/R – Ansiedad rasgo (PD)  | 29.50 (7.60)   | 19.20 (9.14)    | -10.30           | 4.69 (19)     | .0001    |
| STAI A/R – Ansiedad rasgo (PC)  | 76.45 (14.97)  | 48.45 (26.83)   | -28.00           | 4.93 (19)     | .0001    |

Nota. PD = puntuación directa; PC = puntuación centil. BDI = Inventario de Depresión de Beck; STAI = Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo; DT = desviación típica. Se utilizó la prueba *t* de Student para muestras relacionadas.

Además de las diferencias estadísticamente significativas observadas a nivel grupal, se analizaron los cambios clínicamente relevantes a nivel individual. En la escala de depresión (BDI), 13 de los 20 pacientes (65 %) mostraron una reducción significativa de síntomas, entendida como un descenso clínicamente apreciable en la puntuación total. En la subescala de ansiedad estado (STAI A/E), 13 pacientes (65 %) evidenciaron una mejora individual, mientras que en la subescala de ansiedad rasgo (STAI A/R), 12 pacientes (60 %) presentaron reducciones clínicas tras la intervención.

Estos resultados apoyan la relevancia clínica de la intervención más allá de los promedios estadísticos, mostrando que una proporción considerable de pacientes experimentó mejorías emocionales significativas en variables clave del malestar psicológico.

### Comparaciones por sexo

En primer lugar, se analizaron las posibles diferencias por sexo en las puntuaciones de depresión y ansiedad antes y después de la intervención. Tal como se muestra en la Tabla 6, las mujeres presentaron puntuaciones significativamente más elevadas en depresión (BDI) en la evaluación preintervención ( $p = .049$ ), mientras que tras la intervención no se observaron diferencias significativas entre sexos. Del mismo modo, no se encontraron diferencias significativas en las medidas de ansiedad estado ni ansiedad rasgo, en los momentos pre ni postintervención, si bien las mujeres tendieron a mostrar valores medios ligeramente superiores. En conjunto, ambos grupos mostraron una disminución general de los niveles de depresión y ansiedad tras la intervención, alcanzando valores posintervención similares entre hombres y mujeres.

Se realizaron análisis no paramétricos (prueba de Mann-Whitney U) para explorar posibles diferencias por sexo en la magnitud de mejora en depresión y ansiedad tras la intervención.

En relación con la depresión, las mujeres presentaron una reducción más pronunciada en la puntuación directa del BDI ( $\Delta = -10.13$ ;  $DE = 8.59$ ) que los hombres ( $\Delta = -4.08$ ;  $DE = 7.82$ ), observándose una tendencia hacia la significación ( $U = 22.0$ ;  $p = .088$ ).

En cuanto a la ansiedad estado (STAI A/E), tanto en puntuaciones directas como centiles, se observaron mejoras en ambos sexos, con reducciones algo mayores en mujeres ( $\Delta PD = -14.38$ ;  $\Delta PC = -29.38$ ) en comparación con hombres ( $\Delta PD = -8.92$ ;  $\Delta PC = -19.67$ ). No obstante, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $p = .297$  y  $p = .562$ , respectivamente).

Para la ansiedad rasgo (STAI A/R), también se observaron descensos más acusados en mujeres. En la puntuación centil, las mujeres mostraron una mejora media de  $\Delta = -36.38$  ( $DE = 16.26$ ) frente a  $\Delta = -22.42$  ( $DE = 30.11$ ) en hombres ( $p = .438$ ). En cuanto a la puntuación directa, la diferencia entre sexos fue más notable ( $\Delta$  mujeres =  $-15.88$  vs.  $\Delta$  hombres =  $-6.58$ ), con una tendencia cercana a la significación ( $U = 26.0$ ;  $p = .059$ ).

### Discusión

Los resultados de este estudio indican que la inclusión de una intervención psicológica en el marco de un programa de rehabilitación cardíaca puede producir mejoras clínicas significativas en el estado emocional de los pacientes. En esta muestra se observaron reducciones estadísticamente significativas tanto en los niveles de ansiedad como en los de depresión, evaluados a través del Inventory de Depresión de Beck (BDI) y el Inventory de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Estos hallazgos coinciden con investigaciones previas que han documentado la eficacia de las intervenciones psicológicas en la población cardíaca (Fernández Abascal et al., 2003, Linden et al., 1996; Reavell et al., 2018, Valls Lázaro, 2021, Moreno Monzó et al. 2024).

Una de las principales fortalezas del presente estudio es la inclusión de un componente de intervención individual, además del formato grupal tradicional. Si bien las intervenciones grupales han demostrado ser eficaces para la mejora del estado emocional y la adherencia en pacientes cardíacos (Reavell et al., 2018; Blumenthal et al., 2016), la atención individualizada representa una aportación innovadora y adaptativa dentro del contexto hospitalario de la rehabilitación cardíaca.

La intervención psicológica individual permite abordar en mayor profundidad las necesidades clínicas específicas de los pacientes que presentan sintomatología ansioso-depresiva significativa, así como factores de riesgo psicosocial que requieren un enfoque más personalizado (Grace et al., 2002). Este formato facilita la creación de una alianza terapéutica sólida, posibilita el abordaje de aspectos más íntimos y complejos, y permite ajustar los objetivos terapéuticos y el ritmo de intervención en función de las características individuales (Wulsin et al., 2015). En particular, se ha observado que los pacientes con antecedentes de salud mental, traumas, o dificultades para participar activamente en grupos, pueden beneficiarse más de un enfoque individual, lo cual puede ser clave para reducir el riesgo de abandono del programa (Clark et al., 2005; Freedland et al., 2015). Además, el tratamiento individual permite realizar intervenciones más intensivas en aspectos como la reestructuración cognitiva, la regulación emocional, el afrontamiento del estrés o la adherencia farmacológica, los cuales están estrechamente relacionados con la evolución clínica (Magán et al., 2022).

En nuestra experiencia, a lo largo de las sesiones de intervención individual se detectó la presencia de un impacto psicológico importante tras el evento cardíaco, ansiedad anticipatoria al acudir, por ejemplo, a las citas de revisión, ciertas dificultades para asumir el nuevo rol de “enfermo”, asumir que ha de cambiar su estilo de vida previo o, en algunos casos, re-experimentación de situaciones traumáticas- según las características del evento, de las intervenciones realizadas durante el ingreso hospitalario, etc.-

En general, si no había patología psiquiátrica previa, la mayoría de los pacientes presentaban trastornos de tipo adaptativo vinculados a la situación médica. En el caso de pacientes con antecedentes en salud mental, los síntomas que presentaban solían corresponder a una exacerbación de la problemática previa, así como el impacto emocional del evento cardíaco. Por otra parte, en las sesiones individuales se procuró una toma de conciencia por parte de los pacientes de factores psicológicos que predisponen a una enfermedad cardiaca, así como a prevenir futura patología cardíaca al favorecer patrones de funcionamiento psicológico más sanos a través del manejo del estrés, la reestructuración cognitiva, técnicas de solución problemas, etc.

Desde el punto de vista organizativo, aunque los recursos asistenciales suelen priorizar modelos grupales por razones de eficiencia, la incorporación selectiva de sesiones individuales para pacientes con mayores necesidades emocionales puede aumentar la eficacia global del programa, como han propuesto enfoques escalonados o “stepped-care” en rehabilitación cardíaca (Richards et al., 2013 y European Society of Cardiology, 2025). Por tanto, la intervención mixta empleada en este estudio, que combina el trabajo grupal psicoeducativo con el seguimiento psicológico individual, representa una modalidad innovadora, flexible y basada en necesidades clínicas reales, con potencial para optimizar la recuperación emocional y funcional de pacientes cardíacos.

Otro elemento distintivo del presente estudio fue la inclusión de prácticas de mindfulness como parte de la intervención grupal. Desde un enfoque clínico y psicológico contextual, autores como Pérez y Fonseca han defendido el valor del mindfulness como una herramienta eficaz para el entrenamiento en conciencia emocional, regulación de la atención y aceptación del malestar, lo cual favorece procesos de recuperación y adaptación en pacientes con patología crónica. Errasti-Pérez, Marino Pérez, et al. (2022) lo encuadran dentro de las terapias de tercera generación, no como una técnica de relajación al uso, sino como un entrenamiento para relacionarse de otro modo con la experiencia interna, reduciendo la lucha contra los síntomas y aumentando la flexibilidad psicológica.

En esta misma línea, Fonseca (2021) destaca que el mindfulness aplicado en contextos clínicos permite una mayor autorregulación emocional, mejorando la calidad de vida y reduciendo la vulnerabilidad al estrés. Para pacientes cardíacos, que con frecuencia presentan un alto nivel de activación fisiológica y patrones cognitivos de preocupación o evitación, este enfoque puede ser especialmente útil, ya que promueve una forma diferente de afrontar el sufrimiento emocional y fisiológico sin exacerbarlo mediante el control rígido o la evitación experiencial.

La literatura específica en rehabilitación cardíaca respalda estos postulados. Diversas revisiones sistemáticas han encontrado que los programas que incluyen mindfulness como parte de la intervención obtienen mejoras sostenidas en ansiedad, depresión y calidad de vida, y en algunos casos también en parámetros clínicos como la presión arterial o la variabilidad cardíaca (Sullivan et al., 2019; Whitebird et al., 2013). En este sentido, la incorporación de mindfulness al programa de intervención psicológica puede considerarse una herramienta no solo eficaz, sino coherente con una visión integral y humanista del cuidado en pacientes con enfermedad cardiovascular.

En la presente muestra, únicamente encontramos diferencias significativas por sexos en los niveles de sintomatología depresiva previa a la intervención, donde las mujeres mostraban puntuaciones más elevadas que los hombres (media BDI pre: 20.88 frente a 14.17; véase Tabla 6). Si bien las mujeres tendieron a mostrar valores medios ligeramente superiores, esto contrasta con los resultados de Moreno Monzó et al. (2024), quienes hallaron puntuaciones significativamente más elevadas en mujeres tanto antes como después de la intervención psicológica en ansiedad y depresión. A diferencia de Moreno Monzó et al. (2024), que se centraron en analizar los niveles medios por sexo en cada momento, en nuestro estudio se analizó además la magnitud del cambio pre-post en cada grupo, permitiendo evaluar la mejora clínica individual y grupal. Al analizar la magnitud de las diferencias tras la intervención, ambos grupos mostraron una mejoría clínica en la puntuación directa del BDI, siendo la reducción más marcada en el grupo femenino, con una tendencia hacia la significación estadística ( $U = 22.0$ ;  $p = .088$ ). Este patrón también se observó en las medidas de ansiedad. En la dimensión

de ansiedad estado (STAI A/E), las mujeres mostraron una mayor reducción tanto en la puntuación directa como en la centil, aunque sin diferencias significativas. En el caso de la ansiedad rasgo (STAI A/R), también se encontraron mayores reducciones en el grupo femenino, especialmente en la puntuación directa, donde se observó una diferencia cercana a la significación ( $U = 26.0; p = .059$ ). En conjunto, si bien las diferencias por sexo no alcanzaron significación estadística, los resultados sugieren un patrón consistente en el que las mujeres tienden a beneficiarse en mayor medida de la intervención, especialmente en lo relativo a la sintomatología depresiva y a la ansiedad rasgo (Véase tabla 7). Estas diferencias podrían deberse, en parte, a una mayor afectación emocional basal, una mayor receptividad al formato de intervención o factores socioculturales, si bien el tamaño reducido de la muestra limita el poder estadístico para confirmar estas observaciones.

**Tabla 7.** Comparación de la mejora pre-post intervención en depresión y ansiedad por sexo ( $N = 20$ )

| Variable ( $\Delta$ : post-pre) | Sexo   | n  | Media $\Delta$ | Mediana | U MW | p    |
|---------------------------------|--------|----|----------------|---------|------|------|
| BDI – Depresión (PD)            | Hombre | 12 | -4.08          | -5.5    | 22.0 | .088 |
|                                 | Mujer  | 8  | -10.13         | -9.0    |      |      |
| STAI A/E – Ansiedad estado (PD) | Hombre | 12 | -8.92          | -11.0   | 36.0 | .297 |
|                                 | Mujer  | 8  | -14.38         | -18.0   |      |      |
| STAI A/E – Ansiedad estado (PC) | Hombre | 12 | -19.67         | -29.5   | 40.0 | .562 |
|                                 | Mujer  | 8  | -29.38         | -28.5   |      |      |
| STAI A/R – Ansiedad rasgo (PD)  | Hombre | 12 | -6.58          | -8.5    | 26.0 | .059 |
|                                 | Mujer  | 8  | -15.88         | -15.5   |      |      |
| STAI A/R – Ansiedad rasgo (PC)  | Hombre | 12 | -22.42         | -22.5   | 38.0 | .438 |
|                                 | Mujer  | 8  | -36.38         | -40.0   |      |      |

Nota. PD = puntuación directa; PC = puntuación centil. BDI = Inventario de Depresión de Beck; STAI = Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo. Se utilizó la prueba Mann-Whitney para muestras relacionadas.

Estos resultados son consistentes con la literatura, que ha documentado una mayor carga emocional en mujeres tras eventos cardiovasculares, incluyendo tasas más elevadas de ansiedad, depresión y síntomas somáticos (Vaccarino et al., 2014; Thombs et al., 2008). Es llamativo que, en la presente muestra, compuesta por aquellos pacientes del programa general de rehabilitación cardíaca que presentaban sintomatología clínica significativa de ansiedad o depresión (según los instrumentos BDI y STAI), la proporción de mujeres fue similar a la de hombres, a pesar de que la incidencia de eventos cardíacos es, en términos generales, menor en la población femenina, especialmente en edades más jóvenes (Vaccarino et al., 2014). Este hallazgo podría deberse precisamente a una mayor presencia de factores emocionales y psicosociales en mujeres tras un evento cardíaco, lo cual puede aumentar la probabilidad de derivación a intervención psicológica.

En los estudios realizados hasta la fecha, se ha visto que las mujeres tienden a experimentar mayores barreras de acceso y adherencia a los programas de rehabilitación cardíaca, lo que puede estar mediado por factores sociales, familiares, culturales y clínicos (Grace et al., 2002). De hecho, la baja participación femenina en programas de rehabilitación cardíaca es una problemática ampliamente reconocida. En su revisión sistemática, Supervía et al. (2017) destacan que las mujeres están infrarrepresentadas en estos programas en todo el mundo, y que es menos probable que sean derivadas o que completen el tratamiento. Además, cuando acceden, presentan mayor sintomatología ansiosa-depresiva, menor apoyo social y peor pronóstico clínico, lo que reforza la necesidad de adaptar los programas con perspectiva de género. Según estos autores, la integración de intervenciones personalizadas y sensibles a las diferencias de género puede mejorar la participación, eficacia y adherencia de las mujeres.

La mayor reducción de síntomas observada en mujeres tras la intervención podría explicarse por una mayor receptividad a los espacios terapéuticos, así como por un mayor grado de afectación emocional de partida. Como han señalado algunos estudios, las mujeres se benefician especialmente de intervenciones que combinan psicoeducación, apoyo emocional, trabajo grupal e individualización del tratamiento (Beckie y Beckstead, 2010). En conjunto, estos hallazgos subrayan la importancia de adoptar una perspectiva sensible al género en el diseño e implementación de programas de rehabilitación cardíaca, promoviendo la equidad en el acceso y la efectividad del tratamiento psicológico en poblaciones infrarrepresentadas como las mujeres.

Además del impacto psicológico positivo de la intervención, es importante destacar que la mejora emocional observada en la muestra también tendría implicaciones clínicas relevantes en términos de pronóstico cardiovascular, tal como la evidencia acumulada ha demostrado. La presencia de depresión y la ansiedad no solo empeoran la calidad de vida tras un evento cardíaco, sino que además actúan como factores de riesgo independientes para nuevos eventos cardiovasculares, hospitalización y mortalidad (Lichtman et al., 2014; Roest et al., 2010). En concreto, los pacientes con depresión postinfarto tienen entre un 1.5 y 2 veces más riesgo de sufrir un nuevo evento coronario o fallecer, en comparación con quienes no presentan sintomatología depresiva (Lespérance y Frasure-Smith, 2000).

En este sentido, las mejoras significativas en las puntuaciones de ansiedad y depresión encontradas en nuestra intervención no solo reflejan un alivio del malestar psicológico, sino que también pueden contribuir de forma indirecta a disminuir el riesgo clínico futuro. La reducción del estrés emocional tiene efectos positivos sobre parámetros fisiológicos relacionados con la salud cardíaca, como la variabilidad de la frecuencia cardíaca, la presión arterial o la activación autonómica (Thayer et al., 2012). Asimismo, la mejora emocional favorece una mayor adherencia a los tratamientos médicos, al ejercicio físico y a los cambios en el estilo de vida, todo lo cual es esencial en la prevención secundaria (Freedland et al., 2015). Por tanto, la intervención psicológica en los programas de rehabilitación cardíaca, no solo constituiría un elemento de intervención sobre la afectación emocional, sino como una estrategia preventiva con valor clínico añadido.

Es importante señalar que esta intervención se desarrolló de forma integrada dentro del programa de rehabilitación cardíaca estándar del Centro de Especialidades, que incluye entrenamiento físico, educación para la salud y seguimiento médico. Aunque esta estructura multidisciplinar es coherente con las guías clínicas actuales (Piepoli et al., 2010; Thomas et al., 2019, European Society of Cardiology, 2025), también introduce una limitación metodológica importante, ya que dificulta aislar los efectos específicos de la intervención psicológica del conjunto de actividades ofrecidas.

El diseño del estudio, de medidas repetidas pre y post intervención en el mismo grupo, presenta ventajas como el control de las diferencias interindividuales y una mayor sensibilidad estadística, pero limita la validez interna al no contar con un grupo control. No se puede descartar que otros factores, como la evolución natural del proceso de recuperación o la familiarización con los instrumentos de evaluación, hayan influido en los cambios observados (Kazdin, 2011). Entre las limitaciones del presente estudio, además de la falta de grupo control, se encuentra el tamaño muestral reducido, la ausencia de seguimiento longitudinal y la no inclusión de variables relacionadas con calidad de vida o adherencia conductual. En un futuro, podría ser interesante discriminar la eficacia del tratamiento combinado grupal e individual que hemos utilizado del modelo habitual en el que predomina un abordaje exclusivamente grupal.

## Conclusiones

Los resultados del presente estudio indican que la intervención psicológica implementada en esta muestra en el contexto de rehabilitación cardíaca ha sido eficaz para reducir los niveles de sintomatología depresiva y ansiosa en los pacientes que presentaban malestar emocional clínicamente significativo. Las diferencias pre-post intervención fueron estadísticamente significativas en las medidas de depresión (BDI) y se observaron reducciones consistentes en las dimensiones de ansiedad estado y rasgo (STAI), tanto en puntuaciones directas como centiles. Aproximadamente dos tercios de los participantes experimentaron una reducción individual clínicamente relevante en los niveles de depresión o ansiedad, lo que refuerza el valor terapéutico del programa.

Aunque no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, los análisis sugieren que las mujeres podrían beneficiarse en mayor medida de este tipo de intervención, especialmente en términos de mejora emocional. Este dato cobra relevancia al considerar que, a pesar de tener una menor incidencia de eventos cardíacos, las mujeres estuvieron representadas de forma similar a los hombres en nuestra muestra, posiblemente por una mayor carga emocional (puntuaciones en ansiedad y/o depresión más altas que los hombres) o una mayor disposición a solicitar y aceptar ayuda psicológica.

A pesar de los resultados positivos, el estudio presenta limitaciones importantes: un tamaño muestral reducido, la falta de grupo control, y el desarrollo simultáneo de otras actividades del programa de rehabilitación estándar que podrían haber influido en los resultados. Por tanto, los hallazgos deben interpretarse con cautela. Futuras investigaciones deberían emplear diseños controlados y seguir a los pacientes a medio y largo plazo, incluyendo medidas de calidad de vida, variables biológicas relacionadas con la evolución de enfermedades cardiovasculares, adherencia terapéutica y retorno funcional, para evaluar el impacto sostenido de este tipo de intervenciones en la línea de lo señalado por Valls Lázaro (2024). Asimismo no puede descartarse la remisión espontánea que se produce en algunos pacientes post-síndrome coronario agudo, con una reacción de adaptación con sintomatología depresiva, logrando recuperarse espontáneamente después de unos 3 meses tras el evento cardíaco (Bueno y Simón, 2024).

## Referencias

- Antón Menárguez, V., Sempere Ripoll, J. M. y Martínez Amorós, R. (2019). Eficacia de la intervención psicológica en rehabilitación cardíaca. *Medicina de Familia – SEMERGEN*, 45(5), 288–294. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.10.006>
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561–571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77–100.
- Beckie, T. M. y Beckstead, J. W. (2010). Predicting cardiac rehabilitation attendance in a gender-tailored randomized clinical trial. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 30(3), 147–156. <https://doi.org/10.1097/hcr.0b013e3181d0c2ce>
- Bennett, P. y Carroll, D. (1994). Cognitive-behavioral interventions in cardiac rehabilitation. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(3), 169–182. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90113-9](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90113-9)
- Blumenthal, J. A., Sherwood, A., Smith, P. J., Watkins, L., Mabe, S., Kraus, W. E. y Hinderliter, A. L. (2016). Enhancing cardiac rehabilitation with stress management training: A randomized clinical efficacy trial. *Circulation*, 133(14), 1341–1350. <https://doi.org/10.1161/circulationaha.115.018926>
- Blumenthal, J. A., Wang, J. T., Babyak, M., Watkins, L., Kraus, W., Miller, P., Hinderliter, A. y 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. <https://doi.org/10.1097/hcr.0b013e3181d0c1d3>
- Blumenthal, J. A. y Wei, J. (1993). Psychobehavioral treatment in cardiac rehabilitation. *Cardiology Clinics*, 11, 323–331.

- Bueno, A. M. y Simón, M. A. (2024). Tratamiento de la depresión comórbida después de un síndrome coronario agudo: metaanálisis de ensayos controlados aleatorizados. En *Behavioral Psychology/Psicología conductual*, 32, 1, 89-109.
- Bueno, B. y Buceta, J. M. (1997). *Programa de intervención multidimensional post-infarto de miocardio*. Pirámide.
- Cerezo G. H., Vicario, A., Fernández, R. y Enders, J. (2018). Prevalencia de depresión y ansiedad en la consulta cardiológica. Estudio EPICA (Estudio sobre la Prevalencia de depresión en pacientes cardiovasculares). *Revista de la Federación Argentina de Cardiología*, 47(1), 26-31.
- Clark, A. M., Hartling, L., Vandermeer, B. y McAlister, F. A. (2005). Meta-analysis: Secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. *Annals of Internal Medicine*, 143(9), 659–672. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-143-9-200511010-00010>
- Conde, V. y Useros, E. (1975). *El Inventario de Depresión de Beck*. TEA Ediciones.
- Denollet, J., Schiffer, A. A y Speck, V. (2010). A general propensity to psychological distress affects cardiovascular outcomes; Evidence from research on YBD (distress personality profile). *Circulation, Cardiovascular Quality and Outcomes*, 3(5), 546-557. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.109.934406>
- Errasti-Pérez, J., Al-Halabí, S., López-Navarro, E. y Pérez-Álvarez, M. (2022). Mindfulness: Why it may work and why it is sure to succeed. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 30(1), 235–248. <https://doi.org/10.51668/bp.8322112n>
- European Society of Cardiology. (2025, 29 de agosto). *2025 ESC Clinical Consensus Statement on mental health and cardiovascular disease*. <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Mental-Health-and-CVD>
- Fernandes, A. C., McIntyre, T., Coelho, R., Prata, J. y Maciel, M. J. (2017). Brief psychological intervention in phase I of cardiac rehabilitation after acute coronary syndrome. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 36(9), 641–649. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.01.005>
- Fernández-Abascal, E., Martín, M. D. y Domínguez Sánchez, F. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*, 15, 615–630.
- Fonseca, E. (2021). *Manual de tratamientos psicológicos - Adultos*. Pirámide.
- Freedland, K. E., Carney, R. M., Rich, M. W., Steinmeyer, B. C. y Rubin, E. H. (2015). Cognitive behavior therapy for depression and self-care in heart failure patients: A randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 175(11), 1773–1782. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.5220>
- Friedman, M. y Rosenman, R. H. (1974). *Type A behavior and your heart*. Knopf.
- Goldstein, I.B. (1982). Biofeedback in the treatment of hypertension. En White, L. y Tusky, B. (Eds.) *Clinical biofeedback efficacy and mechanisms*. (pp. 171-200). Guilford Press.
- Grace, S. L., Abbey, S. E., Shnek, Z. M., Irvine, J., Franche, R. L. y Stewart, D. E. (2002). Cardiac rehabilitation I: Review of psychosocial factors. *General Hospital Psychiatry*, 24(3), 121–126. [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(02\)00178-0](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(02)00178-0)
- INE. (2023). *Estadística de defunciones según la causa de muerte. Año 2023 (provisional)*. Instituto Nacional de Estadística. <https://www.ine.es>
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Mindfulness para principiantes*. Kairós.
- Kazdin, A. E. (2011). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings* (2.<sup>a</sup> ed.). Oxford University Press.
- Lee, S. J., Koh, S., Kim, B. O., Kim, B. y Kim, C. (2018). Effects of type D personality on short term cardiac rehabilitation on patients with coronary artery disease. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 42(5), 748-757.
- Lespérance, F. y Frasure-Smith, N. (2000). Depression in patients with cardiac disease: A practical review. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(4–5), 379–391. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(99\)00102-6](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(99)00102-6)
- Lichtman, J. H., Froelicher, E. S., Blumenthal, J. A., Smith, N., McCarney, R. M., Doering, L. V., Freasre-Smith, N. y Freedland, K. E. (2014). Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: Systematic review and recommendations. *Circulation*, 129(12), 1350–1369. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000019>

- Linden, W., Stossel, C., y Maurice, J. (1996). Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease: A meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 156(7), 745–752. <https://doi.org/10.1001/archinte.156.7.745>
- Loucks, E. B., Britton, W. B., Howe, C. J., Eaton, C. B. y Buka, S. L. (2015). Positive associations of dispositional mindfulness with cardiovascular health: The New England Family Study. *International Journal of Behavioral Medicine*, 22(4), 540–550. <https://doi.org/10.1007/s12529-014-9448-9>
- Magán, I., Jurado-Barba, R., Casado, L., Barnum, H., Jeon, A., Hernández, A. V., Bueno, H., Eiroa-Orosa, F. J., Cuijpers, P., Donker, T., Cerezo, M. C., Ferrer, A., García-Campayo, J., Peñate, W., Serrano-Blanco, A., Pons-Fuster, G., Rubio-Valera, M., Herrero, R., & Serrano-Ripoll, M. J. (2022). Eficacia de intervenciones psicológicas en los resultados clínicos de la enfermedad de las arterias coronarias: Revisión sistemática y metaanálisis. *Journal of Psychosomatic Research*, 153, Artículo e110710. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110710>
- McCann, B. S. (1987). The behavioral management of hypertension. En H.M. Hersen, R.N. Eisler y P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (vol. 21, pp. 191–222). Sage.
- Moreno Monzó, M., Grau Peñas, A., Díaz Martínez, A., Albero García, J. y Moreno Barragán, D. A. (2024). Eficacia de la intervención psicológica en un programa de rehabilitación cardíaca. *Psicosomática y Psiquiatría*, 31, 21-32. <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrnum310401>
- Nyklíček, I. y Kuijpers, K. F. (2008). Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: Is increased mindfulness the mechanism? *Annals of Behavioral Medicine*, 35(3), 331–340. <https://doi.org/10.1007/s12160-008-9030-2>
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *Clasificación internacional CIE- 10 de enfermedades. Décima revisión. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. <https://www.who.int/classifications/icd/es/>
- Piepoli, M. F., Corrà, U., Benzer, W., Bjarnason-Wehrens, B., Dendale, P., Gaita, D., McGee, H., Mendes, M., Niebauer, J., Zwislner, A.-D. O. y Schmid, J.-P. (2010). Secondary prevention through cardiac rehabilitation: From knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 17(1), 1–17. <https://doi.org/10.1097/HJR.0b013e3283313592>
- Pintor Reverte, R., Chabbar Boudet, M. C., Valls Lázaro, E., Albarán Martín, C., Untoria Agustín, C., y Garza Benito, F. (2021). Evaluación de la eficacia de un programa de intervención psicológica en una Unidad de Rehabilitación Cardíaca tras un síndrome coronario agudo. *Journal of Healthcare Quality Research*, 36(5), 286–293. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.04.001>
- Reavell, J., Hopkinson, M., Clarkesmith, D. y Lane, D. A. (2018). Effectiveness of cognitive behavioural therapy for depression and anxiety in patients with cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 80(8), 742–753. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000626>
- Richards, D. A., Hill, J. J., Gask, L., Lovell, K., Cope, J., Chew-Graham, C., Bower, P., Pillings, S., Araya, R., Kessler, D., Martin Bland, J., Green, C., Gilbody, S., Lewis, G., Manning, C., Hughes-Morley, A. y Barakham, M. (2013). Clinical effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): Cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 347, f4913. <https://doi.org/10.1136/bmj.f4913>
- Roest, A. M., Martens, E. J., Denollet, J. y de Jonge, P. (2010). Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac events: A meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 72(6), 563–569. <https://doi.org/10.1097/psy.0b013e3181dbff97>
- Rosenman, R. H., Brand, R. J., Jenkins, C. D., Friedman, M., Strauss, R. y Wurm, M. (1975). Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: Final follow-up experience of 8.5 years. *JAMA*, 233(8), 872–877. <http://doi.org/10.1001/jama.1975.03260080034016>
- Royo-Bordonada, M. Á., Lobos Bejarano, J. M., Villar Álvarez, F., Sans, S., Pérez, A., Pedro-Botet, J., Moreno Carriiles, R. M., Maiques, A., Lizcano, Á., Lizarbe, V., Gil Núñez, A., Fornés Ubeda, F., Elosua, R., de Santiago Nocito, A., de Pablo Zarzosa, C., de Álvaro Moreno, F., Cortés, O., Cordero, A., Camafont Babkowski, M., Brotons Cuixart, C., y Armario, P.; Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC). (2013). Comentarios del Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular

- (CEIPC) a las guías europeas de prevención cardiovascular 2012. *Revista Española de Salud Pública*, 87(2), 103–120. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272013000200002>
- Rozanski, A., Blumenthal, J. A. y Kaplan, J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99(16), 2192–2217. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.99.16.2192>
- Shekelle, R. B., Gale, M. y Ostfeld, A. M. (1983). Hostility, risk of coronary heart disease, and mortality. *Psychosomatic Medicine*, 45(2), 109–114. <https://doi.org/10.1097/00006842-19830500-00003>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)*. TEA Ediciones.
- Sullivan, M. B., Erb, M., Schmalzl, L., Moonaz, S., Noggle Taylor, J. y Porges, S. W. (2018). Yoga and Polivalgal Theorie: The Convergence of Traditional Wisdom and Contemporary Neuroscience for Self-Regulation and Resilience. *Frontiers of Neuroscience*, 12, <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00067>.
- Supervía, M., Medina-Inojosa, J. R., Yeung, C., López-Jiménez, F., Squires, R. W., Pérez-Terzic, C. M., Brewer, L. P. C., Leth, S. E. y Thomas, R. J. (2017). Cardiac rehabilitation for women: A systematic review of barriers and solutions. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(4), 565–577.
- Thayer, J. F., Åhs, F., Fredrikson, M., Sollers III, J. J. y Wager, T. D. (2012). A meta-analysis of heart rate variability and neuroimaging studies: Implications for heart rate variability as a marker of stress and health. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36 (2), 747–756. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2011.11.009>
- Thomas, R. J., Beatty, A. L., Beckie, T. M., La Princess Brewer, C., Brown, T.M, Forman, D. E., Franklin, B. A. Keteyian, S. J. Kitzman, D. W., Regensteiner, J. G. Sanderson, B. K. y Wholley, M. A. (2019). Home-based cardiac rehabilitation: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 140(1), e69–e89. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000663>
- Thombs, B. D., Bass, E. B., Ford, D. E., Stewart, KJ, Tsilidis, K.K., Patel, U, Fauerbach, J.A., Rush, D.E. y Zieglesstein, R.C. (2006). Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. *Journal of General Internal Medicine*, 21(1), 30–38. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.00269.x>
- Vaccarino, V., Shah, A. J., Rooks, C., Ibeanyi, I., Nye, J. A., Pimple, P., Salerno, A., D'Marco, L., Karohl, C., Bremner, J. D. y Raggi, P. (2014). Sex differences in mental stress–induced myocardial ischemia in young survivors of an acute myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 76(3), 171–180. <https://doi.org/10.1097/PSY.000000000000045>
- Valls Lázaro, E. I. (2021) ¿Es útil la intervención psicológica en Unidades de Rehabilitación cardíaca? *Análisis y modificación de conducta*, 175(47), 111-131. <https://doi.org/1033776/amc.v47i175.40950>
- Valls Lázaro, E. I. (2024). Evolución emocional y en calidad de vida percibida en cardiópatas mediante un Programa de Rehabilitación cardíaca. *Psykhé*, 33(1), 1-16.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventory para la Depresión de Beck de 1978. *Clinica y Salud*, 8, 403-422.
- Whitebird, R. R., Kreitzer, M. J., Crain, A. L., Lewis, B. A., Hanson, L. R. y Enstad, C. J. (2013). Mindfulness-based stress reduction for family caregivers: A randomized controlled trial. *The Gerontologist*, 53(4), 676–686. <https://doi.org/10.1093/geront/gns126>
- Wielgosz, A. T., y Nolan, R. P. (2000). Biobehavioral factors in the context of ischemic cardiovascular diseases. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(4–5), 339–345. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(99\)00093-8](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(99)00093-8)
- Wulsin, L. R., Horn, P. S., Perry, J. L., Massaro, J. M., y D'Agostino, R. B. (2015). Autonomic imbalance as a predictor of metabolic risk, cardiovascular disease, diabetes, and mortality. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 100(6), 2443–2448. <https://doi.org/10.1210/jc.2015-1748>

Artículo recibido: 30/07/2025

Artículo aceptado: 11/11/2025