

Rehabilitación Cardíaca y Emociones Negativas en Cardiopatas

*Cardiac Rehabilitation and Negative Emotions in Patients with*

*Cardiac Disease*

Mónica. J. Jiménez Parra\*, Sonia Tirado González\*,  
Rosana Martínez Amorós\*\* y Pedro Martín-Oviedo\*\*

\* Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández de Elche.

\*\* Unidad de Salud Mental. Hospital General Universitario de Elche.

**RESUMEN**

**Marco teórico:** En el ámbito hospitalario, la Rehabilitación Cardíaca constituye un servicio de prevención secundaria de gran importancia en el que trabaja un equipo multidisciplinar de cardiólogos, enfermeros y psicólogos, con el objetivo de retornar al paciente cardiopata a un estado de vida lo más normalizado posible tras el evento cardíaco. Aunque la rehabilitación cardíaca cuenta con un nivel A de evidencia científica, la reciente puesta en marcha de este servicio en el Hospital General Universitario de Elche hace que aún no se hayan presentado resultados sistemáticos de su eficacia en el área psicológica. **Método:** Se administraron escalas de evaluación de variables emocionales y patrones comportamentales a un grupo de seis pacientes con cardiopatía isquémica tras una intervención breve de corte cognitivo-conductual y en el posterior seguimiento a los tres meses. **Resultados:** Aunque la mayoría de diferencias no resultaron ser significativas, gran parte de las variables evaluadas presentaron cambios en la dirección esperada, mostrando descensos en los niveles de ansiedad, ira y depresión tras la intervención psicológica. **Conclusiones:** Los resultados obtenidos se pueden considerar como un primer paso en la valoración del trabajo realizado por el área de psicología y en el seguimiento sistemático de los resultados obtenidos, reforzando así la efectividad del trabajo realizado por el equipo del HGUE y la necesidad de promoción de los programas de rehabilitación cardíaca en el territorio español. **Palabras clave:** Rehabilitación cardíaca. Cardiopatía isquémica. Factores psicológicos de riesgo. Intervención cognitivo-conductual.

**ABSTRACT**

**Theoretical Framework:** In health care settings, cardiac rehabilitation represents a secondary prevention program of great importance in which a multidisciplinary health care professionals, made up of cardiologists, nurses and psychologists, work together in order to get patients' life back to normal after the cardiac event. While cardiac rehabilitation has a level "A" of scientific evidence, the recent implementation of this program at the Hospital General Universitario in Elche has so far not produced systematic results in terms of psychological effectiveness. **Methods:** Behavioral patterns and emotional rating scales were applied to a group of six patients with ischemic heart disease after a brief cognitive behavioral intervention and in a subsequent three-month follow-up period. **Results:** While some differences did not appear to be significant, most evaluated variables produced changes in the expected directions, showing a decrease in the levels of anxiety, rage and depression after the psychological intervention. **Conclusions:** The results achieved may be regarded as a first step towards the assessment of the work performed by the Department of Psychology and the systematic follow-up, which strengthens the effectiveness of the work performed and the need to promote new cardiac rehabilitation programs in Spain.

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

### **INTRODUCCIÓN.**

Según el último informe sobre mortalidad de la Organización Mundial de la Salud, la cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte en el mundo, provocando alrededor de 17 millones de muertes al año, por encima de los accidentes cerebrovasculares, el cáncer de pulmón y los traumatismos por accidentes de tráfico (OMS, 2011). De manera concreta, en el ámbito del Hospital General Universitario de Elche, la frecuencia de reingresos derivados de la enfermedad cardiovascular es aproximadamente del 25-30% anual (Gómez y Sandín, 2009).

La cardiopatía isquémica o enfermedad arterial coronaria (EAC) se considera una enfermedad psicosomática dentro del marco de referencia del modelo biopsicosocial, y refleja más que ninguna otra las realidades de la sociedad moderna, como el estrés, la presión de tiempo, la ambición excesiva y la competitividad, aspectos que forman parte de la dinámica del éxito de las culturas contemporáneas (Compare, Gondoni y Molinari, 2006).

Por otra parte, la evidencia indica que los tradicionales factores de riesgo como la hipertensión, el colesterol, el tabaquismo, la edad, la obesidad o la falta de ejercicio físico son insuficientes para explicar la ocurrencia de la cardiopatía isquémica (Sandín, 2002). Son cuantiosos los

estudios que señalan una relación significativa entre factores psicosociales y la patogénesis, el desarrollo y la rehabilitación de la EAC. Rozansky, Blumenthal y Kaplan (1999) examinaron la relación entre estrés psicosocial y desarrollo de enfermedad coronaria. Estos autores pusieron especial énfasis en cinco dominios psicosociales específicos que contribuyen a la expresión de esta enfermedad: (a) depresión, (b) ansiedad, (c) patrón de conducta tipo A, (d) aislamiento social y (e) estilo de vida estresante, tanto crónico como agudo.

Los estados depresivos se han relacionado tanto con la aparición del infarto como con una mala evolución posterior (Tajer, 2008). La depresión se presenta con una frecuencia tres veces mayor en pacientes con EAC (Girardi, Milei y Stefani, 2011).

En relación a la ansiedad, tanto la ansiedad generalizada como la ansiedad fóbica, la aflicción y el estrés predisponen a la enfermedad cardiovascular o bien pueden precipitar episodios isquémicos (Pereyra, Milei y Stefani, 2011).

Otra variable psicosocial significativa es el patrón de conducta Tipo A. Los estudios pioneros realizados por Roseman y Friedman pusieron de relieve el papel que jugaban ciertos rasgos de la personalidad y del carácter para entender cierta predisposición a sufrir enfermedades coronarias (Roseman y Friedman, 1961). Cabe señalar que este constructo no ha

dejado de ser un concepto controvertido, mostrando resultados contradictorios en diversos estudios y poniendo incluso en duda la solidez del fenómeno (Girardi et al., 2011). Finalmente, Thompson y Webster en el año 1987 hallaron que el estrés produce cambios fisiológicos como incremento de adrenalina, noradrenalina, lipólisis, colesterol y frecuencia cardíaca, que al repetirse crónicamente incrementan el riesgo de EAC.

Vemos, pues, que la evidencia científica apoya el hecho de que los factores psicosociales constituyen un área de especial importancia en la génesis de la enfermedad cardiovascular. Asimismo, la repercusión emocional tras el padecimiento de un accidente coronario puede ser muy importante. Por esta razón, los programas de rehabilitación cardíaca (PRC), concretamente la intervención psicológica incluida en ellos, resulta ser de vital importancia en el tratamiento de una enfermedad de esta naturaleza.

De manera generalizada y siguiendo las directrices de la OMS en lo que respecta a la rehabilitación cardíaca, los objetivos de la intervención psicológica dirigida a los cardiópatas son múltiples: prevenir la aparición de futuras recaídas, impedir que las reacciones emocionales ya citadas se cronifiquen y se conviertan en trastornos mentales, y por último, favorecer la adaptación del paciente a su nueva vida, aceptando las limitaciones funcionales, si es que las hubiere, e incrementando también su calidad de vida (Cano, Alguacil, Alonso, Molero y Miangolarra, 2012).

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

Por otra parte, un meta-análisis realizado por O'Neil, Sanderson, Oldenburg y Taylor (2011) trató de determinar el impacto del tratamiento de la depresión sobre la calidad de vida y el estado mental y físico posterior de los pacientes coronarios. El meta-análisis reunió cinco ensayos clínicos aleatorizados, que agruparon a un total de 2105 participantes (1058 en RC y 1047 como grupo control), concluyendo claramente a favor de la RC ( $p <$

0.00001), con un impacto importante en las medidas de la calidad de vida global tras sufrir un infarto agudo de miocardio y en el estado mental posterior, a diferencia del tratamiento farmacológico, donde el impacto fue sólo modesto.

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

El enfoque teórico más seguido en las intervenciones psicológicas de los PRC es la Terapia Cognitivo Conductual (Bancalero, Aguilera, Navarro, Carrión, Quirós y Ruiz, 2012). Respecto a la evidencia en este sentido, un ensayo clínico de Freedland et al. (2009), que comparó los resultados de 12 sesiones semanales de esta terapia con terapia de apoyo y tratamiento estándar, documentó tasas de remisión depresiva del 71% en el grupo de terapia cognitivo conductual, frente a un 57% en el grupo de terapia de apoyo y a un 33% en el de tratamiento estándar. La mitad de los pacientes estaba también en tratamiento con antidepresivos, lo que limita parcialmente los hallazgos del ensayo desde el punto de vista metodológico. Los autores concluyen a favor del uso de ambos tipos de psicoterapia, aunque recomiendan la cognitivo- conductual por la durabilidad de los efectos positivos. A pesar de la evidencia descrita en

relación a la prevalencia de la enfermedad arterial coronaria, sus consecuencias a nivel socioeconómico y el papel fundamental de los factores psicológicos en su origen, desarrollo y recaída, los programas de rehabilitación cardíaca están muy poco desarrollados en España, un hecho que justifica la realización de este estudio. Tal y como señalan los datos del Grupo de Trabajo de Rehabilitación Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología, en España se rehabilitan menos del 3% de los pacientes posibles (Cano et al., 2011) y es el país de Europa donde menos RC se realiza y el que menos centros de RC tiene según el informe *European Cardiac Rehabilitation Inventory Survey* (León, Mazón, Marcos y García, 2009). Se hace necesario pues, un mayor volumen de evidencia empírica que avale la puesta en marcha de los programas de rehabilitación cardíaca de manera masiva en el territorio español.

Por ello, el objetivo de este estudio es exponer resultados sistemáticos sobre los efectos de la intervención psicológica de un PRC en la atenuación de los factores de riesgo de corte emocional en pacientes cardiopatas pertenecientes al ámbito del Hospital General y Universitario de Elche.

El presente estudio se dirige pues a responder la siguiente cuestión, ¿modificará un programa breve de rehabilitación cardíaca los factores psicológicos de ansiedad, depresión, ira-hostilidad, patrón de conducta Tipo A y patrón de conducta Tipo D, implicados en el origen, desarrollo y reincidencia de la enfermedad arterial coronaria en cardiopatas?.

### MÉTODO.

#### Participantes

Participaron un total de seis pacientes en fase de convalecencia de infarto agudo de miocardio transcurridos seis meses desde el evento cardíaco, incluidos en un programa más amplio de Prevención y Rehabilitación Cardíaca del Hospital General Universitario de Elche. El rango de edad de los participantes está entre los 50 y 63 años (Media=56.5, dt=5.39). El 50% presentan estudios básicos, el 17% estudios medios y el 33% estudios superiores.

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

## Procedimiento

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

### *Fase I.*

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

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

### *Fase II.*

## Rehabilitación Cardíaca y Emociones Negativas en Cardiopatas

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

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

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

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

*Fase III.*

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

**Medidas**

*Variables e instrumentos*

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

se siente el paciente habitualmente. Con una escala tipo Likert de 4 puntos (rango 0-3), las puntuaciones de A/R y A/E pueden oscilar entre 0 y 60 puntos respectivamente, indicando los valores más altos mayores niveles de ansiedad. Para la tipificación de las puntuaciones se han consultado los baremos para población general adulta. Los niveles de consistencia interna encontrados para la A/R y A/E en población española han sido de 0.90 y 0.94 respectivamente (Guillén-Riquelme y Buela-Casal, 2011).

**Depresión y Ansiedad:** Aunque la batería de tests propuestos en el protocolo de rehabilitación cardíaca del HGUE ya cuenta con una escala para medir la ansiedad, en este estudio también se ha utilizado la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale-HAD) de Zigmond y Snaith, (1983) en su adaptación española de Tejero, Guimerá, Farré y cols. (1986). Este instrumento permite hacer otro tipo de evaluación sobre esta variable en la que no se incluyen los síntomas físicos que puedan ser confundidos por el paciente con los síntomas propios de su enfermedad física. Se trata de un cuestionario autoaplicado integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad y otra de depresión. Los ítems de la subescala de depresión se centran en el área de la anhedonia (pérdida de placer). La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa con una escala tipo Likert de 4 puntos (rango 0 - 3), con diferentes

formulaciones de respuesta. Se trata de una escala sencilla y de fácil aplicación, útil en pacientes médico-quirúrgicos para valorar el grado en que la enfermedad afecta a su estado emocional. En su traducción al castellano, se han determinado valores de consistencia interna con coeficiente alfa de 0.81 para la subescala de ansiedad y de 0.82 para depresión (López, Vázquez, Arcila, Sierra, González, Salín, 2002).

**Ira:** Valorada con el State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI-2) (Spielberger, 1999), en la adaptación española de Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger, (2001), mide la experiencia, la expresión y el control de la ira. Cuenta con 49 ítems, consta de seis escalas, cinco subescalas y un Índice de Expresión de la Ira que aporta una medida general de la expresión y control de la ira. La escala Estado de Ira (E), mide la intensidad de los sentimientos de ira y el grado en que el sujeto siente que está expresando su ira en un momento determinado, su puntuación viene dada por la suma de los valores en cada una de sus 3 subescalas: Sentimiento (S), Expresión Física (EF) y Expresión Verbal (EV). La segunda escala es Rasgo de Ira (R) y mide la frecuencia con la que el sujeto experimenta sentimientos de ira a lo largo del tiempo. Está compuesta por dos subescalas: Temperamento de Ira (TI) y Reacción de Ira (RI). La demás escalas son: Expresión Externa de Ira (EE), Expresión

Interna de Ira (EI), Control Externo de Ira (CE) y finalmente Control Interno de Ira (CI). No existe la puntuación total en Expresión, en su lugar se calcula el Índice de Expresión de la Ira (IEI) que se obtiene mediante la siguiente fórmula:  $IEI = (EE+EI)-(CE+CI)+36$ . Las seis escalas del cuestionario presentan una alta consistencia interna, con coeficientes alfa que oscilan entre 0.73 y 0.93 (Leibovich, 2001).

**Locus de control sobre la salud:** Medido con la Escala Multidimensional de Locus de Control sobre la Salud (Health Locus of Control-MHLC) diseñada por Wallston, Wallston y Devellis (1978), en versión española de Chorot y Navas (1995). Esta escala posee 4 factores: Locus de Control Interno, Locus en Doctor/Médico, Control debido a la Suerte y por último, Control debido a Otros. Las puntuaciones se obtienen de la suma de los valores de un mismo factor dividido por el máximo de puntuación posible del mismo. La versión en español de esta escala presenta niveles altos de consistencia interna, con coeficientes alfa que oscilan entre 0.75 y 0.84 (Puertas, 1990).

**Adaptación:** Valorada con la Escala de Adaptación EA (Echeburúa y Corral, 1987). Esta escala refleja el grado en que el evento cardíaco afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, vida social, tiempo libre,

relación de pareja y relación familiar. Consta de seis ítems con una escala tipo Likert que oscila de 1 a 6, con una subescala global que refleja el grado de inadaptación global a la vida cotidiana. La escala cuenta con un rango de 6 a 36, en la que a mayor puntuación mayor inadaptación.

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

**Patrón de conducta tipo A:** La evaluación de este patrón de conducta se realizó con la Escala tipo A de Framingham en su adaptación española por Del Pino, Borges, Díaz, Suarez y Rodríguez (1990). Esta escala de diez ítems mide el patrón de conducta Tipo A, a través de dos factores: presión del tiempo y competitividad/impulsividad. La primera parte de la prueba constituida por cinco ítems, evalúa la presión del tiempo y presenta

una escala tipo Likert de cuatro puntos (rango 0-3). La segunda parte, relacionada con la competitividad/impulsividad, presenta una escala dicotómica de si/no en la que las respuestas afirmativas se valoran con un punto y las negativas con cero puntos. Para la corrección de esta escala sumamos las puntuaciones obtenidas en cada factor y dividimos cada uno de los valores entre cinco. Una vez hecho esto, sumamos los dos valores resultantes y lo dividimos entre dos. Si el resultado final es igual o mayor a 0.5 nos encontramos ante un patrón de conducta Tipo A. En términos de consistencia interna, el instrumento aporta un coeficiente de alfa de 0.66 (Del Pino, Borges, Díaz, Suárez y Rodríguez, 1990).

**Patrón de conducta tipo D:** El patrón de conducta Tipo D medido con la Escala de Personalidad Tipo D DS14 (Denollet, 2005), se obtiene por medio de la valoración de dos factores: inhibición social y afectividad negativa. Está compuesta por 14 ítems y presenta una escala de respuesta tipo Likert de cuatro puntos (rango 0-3). La corrección se realiza sumando las puntuaciones obtenidas en cada dimensión. Si este valor es igual o mayor a 10 se considera un patrón de conducta Tipo D. Este instrumento cuenta con muy buenas propiedades psicométricas, presentando un coeficiente de alfa de 0.82 en la fiabilidad test-retest (Bancalero, et al., 2012).

## **Diseño**

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

## **Análisis estadístico de los datos**

El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS 18.0. Tras la codificación de los datos se llevó a cabo la prueba no paramétrica de rangos con signo de Wilcoxon con el objetivo de determinar si existían diferencias entre las medidas pre, post-tratamiento y seguimiento en cada una de las variables evaluadas. Esta prueba, como alternativa a la t de Student, se utiliza cuando no se puede suponer la normalidad de la muestra tal y como ocurre en este caso.

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

### RESULTADOS.

**Ansiedad.** Según los datos arrojados por el STAI, las medias en A/E y A/R disminuyeron en el postratamiento y lo continúan haciendo a los tres meses en relación al pretratamiento (ver Tabla 2). Lo mismo ocurre con la ansiedad medida con el HAD, que presentó en el pretratamiento una media de 6.33 (dt=4.59), tras la intervención una media de 4.00 (dt=3.03) y en el seguimiento de 4.33 (dt=4.54). Sin embargo, sólo se encontraron diferencias significativas entre la A/E pre y A/E postratamiento ( $Z=-2.023$ ,  $p=0.043$ ). Este contraste presenta un tamaño del efecto de 0.86, considerado según las convenciones como un efecto grande.

**Depresión.** Tras el análisis de los datos obtenidos con el HAD, los sujetos presentaron en el pretratamiento una media de 4.15 (dt=4.26), en el postratamiento de 1.50 (dt=1.51) y finalmente de 2.50 (dt=2.51) en el seguimiento a los tres meses. Aunque la media en esta variable disminuyó de manera evidente en el postratamiento y lo hizo también en la evaluación de seguimiento en relación a los valores encontrados antes de iniciar la intervención, ninguna de las diferencias resultó ser significativa.

**Ira.** Como sabemos, la escala STAXI evalúa la ira a través de tres dimensiones, cada una de ellas con diversas subescalas que valoran distintos aspectos de este constructo. En este estudio, las medias de la mayoría de las dimensiones descendieron tras la intervención, aunque de una manera más evidente en las dimensiones de ira rasgo y expresión de la ira (ver Tabla 2). No obstante, sólo dos de las diferencias resultaron significativas. Nos encontramos así con el contraste de Expresión Interna pre-post ( $Z=-2.032$ ,  $p=0.042$ ) y el de Control Externo pre-seguimiento a tres meses ( $Z=-2.032$ ,  $p=0.042$ ) siendo ésta última la única variable que resulta estadísticamente significativa en tal momento evaluativo. Estos contrastes significativos presentan un tamaño del efecto grande con un valor de 0,86.

**Afrontamiento.** Tal y como se observa en la Tabla 2, en la mayoría de las dimensiones valoradas por la escala de afrontamiento, el cambio tras la intervención fue mínimo y en algunas ocasiones en la dirección no esperada. Sin embargo, la dimensión huida-evitación presentó un descenso progresivo a lo largo de las evaluaciones llegando incluso a una diferencia significativa entre pre-tratamiento y el seguimiento a los tres meses ( $Z=-1.992$ ,  $p=0.046$ ), aunque con un tamaño del efecto de 0.21.

## Rehabilitación Cardíaca y Emociones Negativas en Cardiópatas

**Adaptación.** En la escala de adaptación, las medias obtenidas por el grupo disminuyeron en todas las esferas vitales tras la intervención (ver Tabla 2). Pese a esto, el único contraste significativo entre pre y post-tratamiento lo encontramos en la dimensión Vida Familiar ( $Z=-2.032$ ,  $p=0.042$ ). Los cambios en esta variable se mantuvieron en el seguimiento a los tres meses ( $Z=-2.032$ ,  $p=0.042$ ) y en ambos casos presentaron un tamaño del efecto de 0,86.

Tabla 2. Resultados en las variables del estudio

Variable	Dimensión	Media Pre (DT)	Media Post (DT)	Media Sgto 3 meses (DT)
Ansiedad	Ansiedad Estado	59.17 (40.03)	14.83 (12.27)	30.67 (26.41)
	Ansiedad Rasgo	33.67 (29.37)	16.50 (11.87)	26.33 (19.19)
Afrontamiento	Planificación	0.69 (0.10)	0.70 (0.15)	0.57 (0.21)
	Confrontación	0.50 (0.17)	0.51 (0.53)	0.42 (0.74)
	Búsqueda Apoyo Social	0.73 (0.09)	0.61(0.24)	0.53 (0.10)
	Aceptación	0.57 (0.03)	0.48 (0.16)	0.43 (0.15)
	Responsabilidad			
	Autocontrol	0.55 (0.16)	0.36 (0.14)	0.34 (0.17)
	Huida/Evitación	0.42 (0.26)	0.32 (0.35)	0.13 (0.09)
	Distanciamiento	0.44 (0.17)	0.45 (0.23)	0.29 (0.17)
Adaptación	Reevaluación Positiva	0.64 (0.05)	0.68 (0.21)	0.50 (0.19)
	Trabajo	4.33 (2.25)	3.50 (0.84)	3.00 (1.26)
	Vida Social	3.33 (2.25)	1.83 (1.16)	1.00 (0.00)
	Tiempo Libre	3.50 (1.76)	2.50 (1.64)	2.16 (0.98)
	Relación Pareja	2.33 (1.50)	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)
	Vida Familiar	3.33 (1.63)	1.00 (0.00)	1.17 (0.40)
Locus de control sobre la salud	Afectación Global	4.17 (1.83)	2.67 (1.36)	2.83 (1.47)
	Atribución Interna	0.74 (0.11)	0.88 (0.11)	0.77 (0.16)
	Atribución Suerte	0.45 (0.19)	0.65 (0.23)	0.49 (0.11)
	Atribución Doctor	0.72 (0.17)	0.88 (0.13)	0.80 (0.16)
Ira	Atribución Otros	0.48 (0.26)	0.79 (0.18)	0.67 (0.16)
	Ira Estado	17.33 (3.67)	17.67 (4.37)	15.17 (0.41)
	Ira Rasgo	24.17 (13.19)	13.33 (8.16)	18.33 (11.25)
	Expresión Externa	36.67 (13.19)	13.33 (8.16)	18.33 (11.25)
	Expresión Interna	53.33 (36.42)	10.00 (8.36)	25.00 (33.46)
	Control Externo	70.00 (19.49)	46.50 (34.86)	37.50 (27.70)
	Control Interno	49.00 (27.82)	56.33 (40.15)	71.67 (33.11)

**Locus de control sobre la salud.** Como se observa en la Tabla 2, todas las dimensiones en la escala de locus de control aumentaron sus medias con relación a la evaluación pretratamiento. Sólo resultó significativo el contraste en la dimensión Atribución a otros que aumentó en el postratamiento ( $Z=-2,032$   $p=0,042$ ).

**Patrón de conducta Tipo A.** Tras los análisis pertinentes, se pudo constatar que sólo uno de los pacientes con patrón de conducta Tipo A en el pretratamiento cambió tras la intervención, un resultado que se mantuvo en la evaluación de seguimiento. Sin embargo, la media grupal de uno de los factores que compone este patrón comportamental, presión del tiempo, disminuyó progresivamente tras la intervención sin llegar a presentar diferencias significativas., presentando una media en el pretratamiento de 0.34 ( $dt=0.20$ ), en el postratamiento de 0.20 ( $dt=0.40$ ) y en el seguimiento de 0.26 ( $dt=0.30$ ). En el caso del factor competitividad/impulsividad, se produjo un aumento progresivo en los dos momentos evaluativos llevados a cabo tras la intervención, presentando una media grupal en el pretratamiento de 0.26 ( $dt=0.37$ ), en el postratamiento de 0.30 ( $dt=0.39$ ) y en el seguimiento a los tres meses de 0.50 ( $dt=0.33$ ).

**Patrón de conducta Tipo D.** Los dos factores que constituyen este patrón de conducta, inhibición social y afectividad negativa, disminuyeron en el postratamiento y en la evaluación de seguimiento aunque sin presentar diferencias estadísticamente significativas. En el caso de la inhibición social, la media obtenida por el grupo en el pretratamiento fue de 6.50 (dt=2.96), en el postratamiento de 5.17 (dt=6.24) y en el seguimiento de 1.67 (dt=1.37). Respecto a la afectividad negativa, en el pretratamiento el grupo partió de una media de 8.00 (dt=5.32), tras la intervención presentó una media de 3.67 (dt=4.92) y en el seguimiento una media de 6.50 (dt=3.08). Sin embargo, sólo dos de los cuatro sujetos con este patrón de comportamiento en el pretratamiento dejaron de presentarlo tras la intervención, manteniendo estos resultados a los tres meses.

### **DISCUSIÓN.**

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

El objetivo fundamental de este estudio era exponer resultados sistemáticos sobre los efectos de la intervención psicológica de un PRC en la atenuación de emociones negativas configuradas como factores de riesgo para los pacientes con cardiopatía isquémica.

Así pues, dentro de estas emociones negativas analizadas encontramos en primer lugar a la *ansiedad*, cuyos valores descienden de forma considerable tras la intervención, incluso de manera significativa en la *ansiedad estado*, reflejando la presencia de sentimientos de calma, seguridad, satisfacción y confianza, incompatibles con estados de nerviosismo y consecuente elevación de la frecuencia cardiaca. Estos resultados concuerdan con los descritos en otros PRC con una intervención psicológica similar (Garcés de Los Fayos, Velandrino, Conesa y Ortega, 2002). Si bien el efecto parece desvanecerse con el tiempo, los valores no retornan a su valor inicial, encontrándonos así con resultados similares a los hallados en otras intervenciones cognitivo conductuales (Bueno, 1996). Este fenómeno se repite con la variable *depresión*, aunque el cambio no resulta especialmente drástico teniendo en cuenta que ninguno de los pacientes parte de un nivel inicial alto ni cumple con los criterios de trastorno depresivo probable en el pretratamiento.

Por otra parte, aunque los estudios relacionados con la *ira* y la *hostilidad* en relación a la EAC no terminan de ser concluyentes (Sandín,

2002), los sentimientos de ira experimentados por los pacientes de nuestro estudio disminuyeron en la mayoría de dimensiones que componen esta variable. Los resultados más destacados se presentaron en la *expresión interna* y el *control externo*. En el primer caso, las medias descendentes muestran una tendencia de los sujetos a expresar adaptativamente su estado emocional, dejando de lado la represión de pensamientos y sentimientos desagradables. Estos resultados coinciden con los de otras intervenciones cognitivo-conductuales que han demostrado experimentalmente su eficacia en el control de esta variable psicológica (Moon y Eisler, 1983; Meichembau, 1985; Hollon y Beck, 1994; Barlow y Lehman, 1996). Como contrapartida, las medias en el *control externo* disminuyeron progresivamente en los diferentes momentos evaluativos, lo que puede suponer cierta inestabilidad de los pacientes respecto al control del temperamento y de los sentimientos de enfado, del mantenimiento de la calma, y la sensación de perder los estribos.

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

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

En relación al tipo de *afrontamiento* de los participantes de este estudio, los resultados demuestran las distintas estrategias adoptadas para hacer frente a un evento vital estresante como es la cardiopatía isquémica. En la mayoría de estrategias valoradas, los resultados son muy modestos e incluso en algunas ocasiones los cambios se presentan en la dirección no esperada, un hecho que puede responder con probabilidad a las fases de adaptación ante una situación de esta naturaleza. Sin embargo, los resultados obtenidos por el grupo en la dimensión *huida-avoidance* muestran un descenso progresivo llegando a ser significativo en el seguimiento a los tres meses, manifestando un afrontamiento activo de los participantes del estudio quienes van asumiendo cada vez más la responsabilidad frente a su salud abandonando conductas y pensamientos de evitación frente al problema.

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

Finalmente, cuatro de los participantes presentaron un *patrón de conducta tipo D* antes de iniciar el tratamiento y dos de ellos cambiaron tras la intervención, manteniéndose en el seguimiento a los tres meses. La *inhibición social* y la *afectividad negativa* disminuyeron sus medias de forma evidente una vez finalizado el tratamiento mostrando un aumento de las habilidades sociales y el descenso de emociones negativas de depresión,

irritabilidad y enfado, de actitudes pesimistas, y pensamientos continuos de preocupación y catastrofismo.

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

Como es evidente, este estudio cuenta con sesgos importantes que reducen las garantías científicas de un trabajo experimental. Entre las limitaciones más importantes nos encontramos con el bajo número de participantes, un seguimiento limitado a tres meses (un periodo de tiempo muy reducido para evaluar la adaptación a una enfermedad que *a priori* es crónica) y la ausencia de un grupo control. Consideramos que sería oportuno aumentar el tamaño muestral y el número de seguimientos, incorporando nuevas evaluaciones anuales, incluso a los dos y tres años de superado el evento cardiaco.

Por otra parte, el proceso de selección de los candidatos al programa de rehabilitación cardiaca restringe la posibilidad de elección aleatoria de sujetos, necesaria, entre otras cosas, para considerar la normalidad de la muestra. La inclusión de un grupo control y la selección aleatoria de los

pacientes se configuran como elementos necesarios para valorar la validez y eficacia de la rehabilitación cardíaca, pero estas medidas podrían llevarnos a problemas ético-legales. Quizás, una solución intermedia podría ser comparar el Grupo Experimental con las personas que rechazan la intervención psicológica por decisión propia, aunque este proceder nos reportarían nuevos sesgos metodológicos, como posibles diferencias en los grupos.

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

**REFERENCIAS.**

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

- Cano, R., Alguacil, I., Alonso, J., Molero, A. & Miangolarra, J. (2012). Programas de rehabilitación cardíaca y calidad de vida relacionada con la salud. Situación actual. *Revista Española de Cardiología*, 65(1), 72-79. doi: 10.1016/j.recesp.2011.07.016
- Chorot, P. & Navas, J. (1995). *Escala Multidimensional de Locus de Control hacia la Salud (MHLC)*. Mimeograma. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
- Compare, A., Gondoni, L. & Molinari, E. (2006). Psychological Risk Factors for Cardiac Disease and Pathophysiological Mechanism: An Overview. En Molinari, E., Compare, A. y Parati, G. (Eds), *Clinical psychology and heart disease* (pp.21-32). Milano, Italia: Springer. doi: 10.1007/978-88-470-0378-1\_3. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10446/26498>
- Del Pino, A., Borges, A., Díaz, S., Suárez, D. & Rodríguez, I. (1990). Propiedades psicométricas de la escala tipo A de Framingham. *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, 11(2), 19-30.
- Denollet, J. (2005). Standard Assessment of Negative Affectivity, Social Inhibition, and Type D Personality. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 89-97.

- Dusseldorp, E., Van Elderen, T., Maes, S., Meulman, J. & Kraaij, V. (1999). A Meta-Analysis of Psychoeducational Programs for Coronary Heart Disease Patients. *Health Psychology*, 18 (5), 506-519. doi: 10.1037/0278-6133.18.5.506
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, R.J. (1986). Dynamics of Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003. doi: 10.1037/0022-3514.50.5.992
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). *Ways of Coping Questionnaire: Research edition manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Freedland, K.E., Skala, J.A., Carney, R.M., Rubin, E.H., Lustman, P.J., Dávila-Román, V.G.,...Hogue, C.W. (2009). Treatment of depression after coronary artery bypass surgery: A randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 66(4), 387-396. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.7
- Garcés de los Fayos, E., Velandrino, A., Conesa, P. & Ortega, J. (2002). Un Programa de Intervención Psicológica en Pacientes con Problemas Cardiovasculares de Tipo Inestable. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 2(1), 67-89.

- Girardi, C., Milei, J. & Stefani, D. (2011). Factores Psicosociales de Riesgo en la Enfermedad Cardíaca. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(3), 221-229.
- Gómez, M. & Sandín, M. (2009). *Unidad de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardíaca del Hospital General Universitario de Elche*. Manuscrito no publicado.
- Guillén-Riquelme, A., & Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.
- Hollon, S. & Beck, A. (1994). Research on cognitive therapies. En A. Bergin y S. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4ª ed., pp. 428-466). New York: Wiley & Sons.
- Jenni, M.A. & Wollesrsheim, J.P. (1979). Cognitive therapy, stress management training and Type A behavior pattern. *Cognitive Therapy Research*, 3(1), 61-73.
- Laham, M. (2006). Escuchar al corazón. Psicología Cardíaca. *Actualización en Psicocardiología*. Buenos Aires: Lumiere.
- Leibovich, N., Schmidt, V. & Gol, S. (2011). El Inventario de Expresión de Enojo Estado-Rasgo (staxi) y su uso en diferentes poblaciones. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 11(1), 55-73.

- León, M., Mazón, P., Marcos, E. & García, E. (2009). Temas de actualidad en prevención cardiovascular y rehabilitación cardiaca. *Revista Española de Cardiología*, 9(1), 4-13. doi:10.1016/S1131-3587(09)71768-6
- López, J., Vázquez, V., Arcila, D., Sierra, A., González, J. & Salín, R. (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Revista de Investigación Clínica*, 54(5), 403-409.
- Meichembaum, D. (1985). Stress inoculation training. New York: Pergamon.
- Miguel-Tobal, J. J., Casado, M. I., Cano-Vindel, A. y Spielberger, C. D. (2001). *Inventario de expresión de la ira estado-rasgo (STAXI-2)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Moon, J. & Eisler, R. (1983). Anger control: An experimental comparison of three behavioral treatments. *Behavior Therapy*, 14(4), 493-505. doi: 10.1016/S0005-7894(83)80073-2
- O'Neil, A., Sanderson, K., Oldenburg, B. & Taylor, C.B. (2011). Impact of depression treatment on mental and physical health-related quality of life of cardiac patients: a meta-analysis. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 31(3), 146-156. doi: 10.1097/HCR.0b013e3181fc0985

Organización Mundial de la Salud. (2011). Estadísticas Sanitarias Mundiales. Recuperado de

[http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2011/es/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2011/es/)

Pereyra, C., Milei, J. & Stefani, D. (2011). Factores psicosociales de riesgo en la enfermedad cardíaca. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(3), 221-229.

Puertas, E. (1990). Locus de Control, Validación de la Escala MHCL. Universidad de Carabobo. Ediciones del Rectorado. Valencia, Venezuela.

Rosenman, R.H. & Friedman, M. (1961). Association of specific behavior pattern in women with blood and cardiovascular findings. *Circulation*, 24, 1173-1184. doi: 10.1161/01.CIR.24.5.1173

Rozansky, A., Blumenthal, J.A., Davidson, K.W., Saab, P.G. & Kubzansky, L. (2005). The epidemiology, pathophysiology and management of psychosocial risk factors in cardiac practice. The emerging field of behavioral cardiology. *Journal of the American College of Cardiology*, 45(5), 637-651. doi: 10.1016/j.jacc.2004.12.005

Sandín, B. (2002). Papel de las emociones negativas en el trastorno cardiovascular: un análisis crítico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(1), 1-18. doi: <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.7.num.1.2002.3918>

Spielberger, C.D., Gorsuch, R. & Lushene, R. (1970). Manual for the State Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. & Lushene, R. (1982). Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI). Madrid, España: TEA Ediciones

Spielberger, C., Gorsuch R. & Lushene R. (1982). STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire). California: Consulting Psychologists Press. Adaptación española. Madrid: Sección de Estudio de Tests. TEA Ediciones S.A.

Tajer, C. (2008). *El corazón enfermo. Puentes entre las emociones y el infarto*. Buenos Aires: Editorial El Zorzal.

Tejero, A., Guimerá, E.M., Farré, J.M. & cols. (1986). Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica. Un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 13, 233-238.

Thompson, D.R. & Webster, R.A. (1987). Specific sources and patterns of anxiety in male patients with first time myocardial infarction. *Br. Jour. Of Med. Psychology*, 60(4), 343-348. doi: 10.1111/j.2044-8341.1987.tb02753.x

Wallston, K.A., Wallston, B.S. & Devellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Education Monographs*, 6(1), 160-171.  
doi: 10.1177/109019817800600107

Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.  
doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

**La correspondencia concerniente a este artículo debe dirigirse a:**

Dra. Sonia Tirado González.  
Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández de Elche. Avda de la Universidad s/n. 03202 Elche (Alicante)

E-mail: [sonia.tirado@umh.es](mailto:sonia.tirado@umh.es)