

Diferencias de género e implicaciones en la adherencia y eficacia de un tratamiento psicoeducativo grupal en rehabilitación cardíaca

Gender Differences and Their Impact on Efficacy and Adherence in a Cardiac Rehabilitation Psychoeducational Treatment Group

VANESSA MARTÍN-MUÑOZ^a, RUBÉN DE ALARCÓN^b, FERNANDO DEL CAMPO-BUJEDO^c, MARÍA JESÚS VELASCO-CAÑEDO^d, CARMEN OREJA-SÁNCHEZ^e, MIRIAM BERSABÉ BUJEDO^f, LOURDES AGUILAR^g, PEDRO L. SÁNCHEZ-FERNÁNDEZ^h, CARLOS RONCEROⁱ

a) Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA). España. ORCID iD: 0000-0002-9464-0310.

b) Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA). España. ORCID iD: 0000-0002-0730-263X.

c) Servicio de Cardiología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA). España. ORCID iD: 0009-0000-8169-7345.

d) Servicio de Cardiología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA). ORCID iD: 0009-0000-1840-9857.

e) Servicio de Cardiología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA). Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Salamanca (USAL), España. ORCID iD: 0009-0001-5440-0734.

f) Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA). España. ORCID iD: 0000-0002-1320-1384.

g) Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA). Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL) Salamanca. Área de Psiquiatría, Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca (USAL), España. ORCID iD: 0000-0003-1838-1414.

h) Servicio de Cardiología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA). Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL), Salamanca. España. ORCID iD: 0000-0002-1402-0526.

i) Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL). Área de Psiquiatría Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca (USAL). España. ORCID iD: 0000-0003-1421-7385.

Correspondencia: Vanessa Martín-Muñoz (vmartinmu@saludcastillayleon.es)

Recibido: 24/01/2023; aceptado con modificaciones: 26/05/2023

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



Resumen: Los trastornos cardiovasculares son una de las principales causas de muerte en países desarrollados. Los factores de riesgo psicológicos influyen sobre la calidad de vida. Los programas de Rehabilitación Cardíaca (RC) son eficaces. Los objetivos del estudio son: establecer si existen diferencias de género en las distintas variables psicológicas evaluadas, valorar la adherencia a una intervención psicoeducativa grupal y analizar su utilidad. 124 pacientes fueron valorados al inicio del programa de RC en variables de Calidad de Vida (SF-36) y Ansiedad y Depresión (HADS). 40 asistieron a la intervención grupal psicoeducativa. Encontramos que existen diferencias de género: las mujeres obtuvieron peores resultados y mostraron mayor adherencia, aunque la eficacia fue mayor en los varones. Es necesario encontrar estrategias que aumenten la motivación, así como aquellos aspectos que pueden conllevar un mayor éxito de la intervención.

Palabras clave: adherencia terapéutica, diferencias de género, rehabilitación cardíaca, trastornos cardiovasculares.

Abstract: Cardiovascular disorders are one of the main causes of death in developed countries. Their psychological risk factors influence quality of life. Cardiac Rehabilitation (CR) programs are effective in this regard. This study aims to establish if there are gender differences among the psychological variables examined, to study adherence to a psychoeducational intervention group and analyze its power to reduce emotional distress. 124 patients were evaluated when first entering the CR program in Quality of Life (SF-36) and Anxiety and Depression (HADS) variables. 40 subjects attended a psychoeducational group intervention. Our results show that there are gender differences. Women showed better adherence, although the program was more effective in men. In order to improve the adherence and efficacy of the intervention, it would be better

to find strategies that enhance motivation and address those features that can make a more successful intervention.

Key words: cardiac rehabilitation, cardiovascular disorders, gender differences, therapeutic adherence.

LOS TRASTORNOS CARDIOVASCULARES son uno de los principales problemas de salud en los países desarrollados (1). En España, la cardiopatía isquémica fue responsable del 14,6% de las muertes de 1990 a 2016 (2). Los factores de riesgo tradicionales son bien conocidos, pero los factores psicológicos (depresión y ansiedad, estrés, hostilidad y patrón de conducta tipo A) adquieren cada vez mayor relevancia por los hallazgos respecto a su relación tanto con el inicio de la enfermedad cardiovascular como con su evolución (3,4).

Los programas de rehabilitación cardíaca (RC), donde el componente educativo (5) y el psicológico (6,7), además del entrenamiento físico (6), son fundamentales, se han mostrado eficaces (5) y se recomiendan para el abordaje de estos pacientes (8), ya que consiguen disminuir la posibilidad de recidivas y de mortalidad (6,9,10).

La influencia positiva que la intervención psicológica tiene sobre la calidad de vida de los pacientes y su bienestar psicológico ya ha sido comprobada (11,12). Se ha constatado su efecto en las tasas de mortalidad cardíaca y en el alivio de los síntomas psicológicos (depresión, ansiedad y estrés) (11). Dentro de estos programas el componente educativo es fundamental para la mejora de la calidad de vida (5). Aunque para ello es necesario que los pacientes tengan una adecuada adherencia a la intervención.

No existe acuerdo acerca de qué componentes de las intervenciones psicológicas son los más eficaces, siendo estas muy heterogéneas en su aplicación a los trastornos cardiovasculares (13). Las intervenciones psicoeducativas reducen la mortalidad cardíaca y la recurrencia en pacientes con cardiopatía isquémica, y consiguen mejorar parámetros físicos (presión arterial, colesterol, tabaquismo, sedentarismo y hábitos alimenticios) y psicológicos (estrés) (14). Las intervenciones breves se han mostrado eficaces en la mejora de los conocimientos sobre los trastornos cardiovasculares, control de los factores de riesgo y la promoción de hábitos saludables (15).

Las diferencias de género en los programas de RC han sido poco investigadas, la mayoría de los estudios incluyen principalmente varones (16,17). Sin embargo, existen características diferenciales en cuanto al género que deben ser tenidas en cuenta, ya que mejoran la eficacia de las intervenciones (18).

A pesar de que las enfermedades cardiovasculares se han considerado un problema fundamentalmente “masculino”, son la principal causa de mortalidad entre las mujeres (18). Lo que, unido a que los trastornos afectivos en la edad adulta son más prevalentes en mujeres (19), hace que el impacto emocional pueda adquirir distintas características en función del género; las mujeres tienden a tener más síntomas afectivos y mayor malestar que los varones(18), y, además, los estresores también se han revelado diferentes en función del género (16,20).

Este trabajo tiene como objetivos: estudiar las diferencias de género en las variables psicológicas evaluadas, en concreto, en calidad de vida (rol social, rol emocional y salud mental) y en factores emocionales (ansiedad y depresión); y analizar la adherencia y la eficacia de un programa psicoeducativo.

MATERIAL Y MÉTODO

La muestra de pacientes ha sido recogida a partir de una población perteneciente al Programa de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Universitario de Salamanca (CAUSA) (España). Se estudiaron 124 pacientes que ingresaron en el programa entre octubre de 2018 y septiembre de 2019. Todos los pacientes firmaron al ingresar en el programa un consentimiento informado. El programa consta de los requerimientos establecidos por el Comité Ético del CAUSA. El programa de Rehabilitación Cardíaca del CAUSA es un programa de prevención secundaria, que abarca un abordaje integral compuesto por distintas intervenciones y profesionales. Todos los pacientes derivados acuden a una sesión de presentación con parte del equipo para informarlos de las características del programa. En esa sesión de presentación se les facilita unos cuestionarios iniciales para realizar una valoración completa de aspectos significativos para su patología y evolución (factores de riesgo, acontecimientos estresantes, factores emocionales, calidad de vida, entre otros). A continuación tienen consulta con la enfermera, y posteriormente con el cardiólogo y la médica rehabilitadora. Tras valorarse los aspectos anteriores, se les asigna a un grupo de entrenamiento físico supervisado por una fisioterapeuta (2 o 3 veces por semana, en función de su situación geográfica para facilitar la asistencia). Aquellos que son detectados como vulnerables a nivel emocional, a través de las entrevistas iniciales y del cuestionario HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale (21)), son derivados a la psicóloga clínica del equipo. Todos los pacientes acuden a sesiones de relajación una vez a la semana con la fisioterapeuta. Las sesiones son variadas (relajación muscular progresiva, entrenamiento autógeno, *mindfulness*, etc.). También acuden a charlas semanales para aumentar su conocimiento sobre la enfermedad (factores de riesgo, aspectos clínicos y del tratamiento, manejo del estrés, actividad física, sexualidad, estilo de vida, alimenta-

ción, etc.). Con la incorporación de la especialidad de Psicología Clínica a la Unidad se empezó a llevar a cabo una intervención psicoeducativa que consiste en 6 sesiones de una hora y quince minutos de duración, con una frecuencia quincenal. Las sesiones con la psicóloga clínica tenían un formato psicoeducativo de orientación cognitivo-conductual, con componentes de *mindfulness*. Los grupos eran de formato abierto, es decir, el paciente se incorporaba tras la valoración inicial a la sesión que correspondía en ese momento, teniendo las sesiones un carácter cíclico para que todos los pacientes pasaran por cada una de ellas. En cada sesión participaron una media de 8 pacientes; tenían la posibilidad de acudir acompañados de algún familiar. Se recogían los datos de asistencia en cada sesión para su posterior análisis. Los contenidos de la intervención psicoeducativa se referían al impacto inicial de la enfermedad, factores de riesgo psicológicos, estrés y ansiedad y su manejo, y personalidad tipo A y manejo de la ira. De forma transversal se introdujeron conceptos y algunas prácticas de *mindfulness*.

El programa dura un total de 8 semanas. Una vez que terminan el programa, continúan un seguimiento de 1 año con los profesionales del programa de RC. Los periodos de seguimiento son a los 6 meses y al año, y se obtienen medidas de Calidad de Vida (SF-36) (22) y de variables emocionales, como ansiedad y depresión (cuestionario HADS (21)).

El SF-36 (Cuestionario de Salud) es un cuestionario que evalúa calidad de vida (22). En este estudio hemos analizado aquellos factores del cuestionario que tienen que ver con las variables psicológicas o emocionales, como son: función social (una peor puntuación indica una interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales debido a problemas físicos o emocionales); rol emocional (a medida que la puntuación es más baja, indica problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales); y salud mental (si la puntuación es baja refleja sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo). El rango de puntuaciones de estas variables oscila entre 0 y 100.

La Escala HADS (21) ha sido el instrumento de autoevaluación más usado para detectar malestar emocional (ansiedad y depresión) en poblaciones con enfermedad física. Es un instrumento breve (14 ítems), con dos escalas (HADA: ansiedad y HADD: depresión) de siete ítems cada una con puntuaciones de 0 a 3. Los propios autores recomiendan los puntos de corte originales: ocho para casos posibles y >10 para casos probables en ambas subescalas.

124 pacientes fueron derivados para ser incorporados al programa de RC, de los cuales 40 (29 varones y 11 mujeres) se incluyeron en la intervención psicoeducativa. Las características sociodemográficas de la población se describen en la Tabla 1.

TABLA I

Características sociodemográficas de la población

Edad	Diagnóstico	Estado Civil	Situación laboral
Media: 61,75	IAM: 64,3%	Casado: 67,5%	Activo: 4%
Máximo: 81	Angina: 12,7%	Divorc./Separado: 5,6%	Ama de casa: 3,2%
Mínimo: 38	Otros: 16,7%	Soltero: 11,9%	Baja laboral: 34,1%
	No responde.: 6,3%	Viudo: 7,1%	Incapacidad. Perm.: 3,2%
		No responde: 7,9%	Jubilado/a: 44,4%
			En paro: 4%
			No responde: 7,1%

IAM: infarto agudo de miocardio

Del total de pacientes, fueron incorporados a los grupos psicoeducativos aquellos con niveles medios y altos de ansiedad ($HAD > 8$) y/o con percepción de estrés subjetivo y dificultades de manejo de dicho estrés, verbalizado en entrevista con la enfermera o con la psicóloga clínica.

Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS 25, a través de estadísticos descriptivos y de comparación de medias: t de Student para muestras independientes (diferencias de género en variables psicológicas y adherencia) y t de Student para muestras emparejadas o medidas repetidas (eficacia de la intervención).

RESULTADOS

Respecto a las variables psicológicas, las mujeres obtuvieron peores resultados iniciales en Rol emocional y Salud Mental (Cuestionario SF-36 Calidad de Vida) y en Ansiedad (Cuestionario HAD-A). (Tabla 2)

La adherencia fue valorada en función del porcentaje de sesiones a las que acudieron los pacientes asignados a los grupos psicoeducativos. Los varones acudieron al 59% del total de las sesiones y las mujeres al 79%.

Las diferencias en adherencia a la intervención en función del género fueron significativas ($< 0,05$).

Los pacientes mejoran en todas las variables objeto de estudio tras la intervención psicoeducativa, siendo significativas las diferencias en salud mental, ansiedad y depresión en el caso de los varones. (Tabla 3)

TABLA 2

Diferencias de género en calidad de vida, ansiedad y depresión y adherencia

	Género	Media	Desv.	T	Sig.
Función social %	Varón	54,60	26,05	-,797	,427
	Mujer	59,03	26,70		
Rol emocional %	Varón	71,40	42,71	2,219	,028
	Mujer	50,92	46,12		
Salud mental %	Varón	68,07	19,71	3,231	,002
	Mujer	54,86	17,72		
Ansiedad	Varón	6,56	4,358	-3,684	,000
	Mujer	9,79	3,299		
Depresión	Varón	4,69	3,597	-1,087	,279
	Mujer	5,52	3,460		
Asistencia sesiones (%)	Varón	58,62	31,06	-2,052	,047
	Mujer	78,79	15,07		

Las diferencias significativas se marcan en negrita

TABLA 3

Cambios en la calidad de vida, ansiedad y depresión

	Varones				Mujeres			
	Pre (media)	Post (media)	t	Sig.	Pre (media)	Post (media)	t	Sig.
Función social	51,86	52,16	-,211	,834	57,91	60,22	-,221	,830
Rol emocional	49,43	56,32	-,593	,558	33,33	57,57	-1,388	,195
Salud mental	55,59	65,10	-3,833	,001	49,82	54,36	-1,097	,298
Ansiedad	9,50	7,96	2,594	,015	11,30	9,60	1,123	,290
Depresión	6,25	4,93	2,345	,027	6,40	5,90	,392	,704

Las diferencias significativas se marcan en negrita

DISCUSIÓN

Hay diferencias significativas en rol emocional, salud mental y ansiedad, mayor adherencia a la intervención psicoeducativa en las mujeres y mejores resultados en los varones.

a) Diferencias de género en variables psicológicas

En consonancia con otros estudios, las mujeres tienen peores resultados al comienzo del programa tras el padecimiento de un trastorno cardiovascular, con puntuaciones más bajas en calidad de vida (23) y más altas en ansiedad (17) y en depresión (24). Debido a ello, las mujeres tienen un peor pronóstico tras un evento cardiovascular (16,18).

b) Diferencias en la adherencia terapéutica

Se detecta una mayor adherencia en mujeres que contrasta con las dificultades que estas suelen mostrar para aceptar el tratamiento en las unidades de RC (16,25). En general la proporción de mujeres en estos programas es mucho menor: por una parte, son derivadas en menor proporción que los varones (24) y, por otra, los estresores cotidianos (vida familiar y marital) son una barrera para acudir a este tipo de intervenciones (16). Sin embargo, en el estudio, las mujeres mostraban una mayor adherencia a la intervención psicológica, lo que podría explicarse por una mayor conciencia de sus perturbaciones al ser mayores sus reacciones emocionales desde un inicio, así como a la mayor necesidad de estas de compartir su situación y mitigar el aislamiento social (16).

c) Eficacia de la intervención

Se encontraron diferencias tras la intervención: mejoraron todas las variables objeto de estudio, pero solo se alcanzó la significación estadística, en el caso de los varones, en salud mental (calidad de vida) y ansiedad y depresión. Estos resultados son acordes con estudios en los que se observa mejoría en calidad de vida (5,6) y en variables emocionales (depresión y ansiedad) (11), pero discrepan de otros en relación a los efectos en ansiedad y depresión cuando se aplican programas psicoeducativos, en los que no se encontraron mejorías en dichas variables (14). Desde el punto de vista de las diferencias de género son más numerosos los estudios en los que se aprecia una eficacia diferencial de la intervención a favor de los varones (16,20).

Existe evidencia de que varones y mujeres tienen estresores diferentes. En el caso de las mujeres, aquellos referidos a las relaciones familiares y maritales tienen

mayor relevancia que los clásicos relacionados con el estrés laboral (16,17,26). Existe una mayor presencia de contenidos típicamente asociados al género masculino debido a que la intervención de forma general se ha adaptado a estos por estar más representados en estos programas, por ejemplo, se abordan aspectos sobre el patrón de personalidad tipo A y manejo de la ira, que están más relacionados con el género masculino (3), lo que explicaría los mejores resultados en el caso de los varones.

d) Limitaciones

La limitación principal del estudio, condicionada por las características del programa (todos los pacientes que cumplen los criterios son derivados a los grupos), es la ausencia de un grupo control que permita dilucidar si la mejoría está relacionada directamente con la intervención o puede estar relacionada con otras variables. El programa de RC consta de múltiples componentes, entre ellos, entrenamiento físico, charlas educativas, sesiones de relajación, etc., no pudiéndose establecer cuánto contribuye cada componente a la eficacia del programa. Todos los componentes de nuestro programa (entrenamiento físico, componente educativo e intervención psicológica) han demostrado eficacia y deben ser incluidos en los programas de RC (5,6,11).

Otra limitación de nuestro estudio respecto a la interpretación de los resultados guarda relación con uno de los instrumentos de medida utilizados: el uso del cuestionario HADS puede sesgar la interpretación de los datos, especialmente, en la variable ansiedad, que puede variar de forma natural con el paso del tiempo (27), no siendo así en el caso de la variable depresión, que tiende a mostrarse más estable (28).

Debido a las características de la oferta asistencial y la falta de recursos del sistema público de salud, se ha tratado de implementar una alternativa válida de intervención grupal que resulte apropiada en relación coste-beneficio: la intervención es de corta duración y baja frecuencia. Intervenciones psicológicas breves han mostrado eficacia en el contexto hospitalario (15). Sin embargo, creemos que, en este caso, estas características de la intervención pueden estar perjudicando la consecución de una adecuada adherencia por parte de los pacientes. La intervención incluye, además de aspectos “educativos”, otros de entrenamiento en habilidades y manejo del estrés y factores emocionales, aspectos que sin una implicación y participación más intensiva y continuada pueden restar eficacia a la intervención.

Por otra parte, el formato de los grupos, de tipo abierto, también puede influir en la menor adherencia de los varones. Durante la intervención grupal se observó que estos tenían más dificultades para expresar sentimientos y compartir experiencias. Con un formato de grupo cerrado, es decir, con los mismos participantes durante todo el proceso, podría verse facilitada la adherencia, ya que dicho formato favorece en mayor medida la identidad grupal, la confianza y el compromiso.

Sin embargo, los resultados deben ser tenidos en consideración, ya que representan los efectos de un programa de asistencia real. Todos los pacientes mejoran sus puntuaciones tras la intervención, aunque en el caso de las mujeres no alcanzan significación estadística. Es posible que, si se aumenta el tamaño de la muestra, especialmente en el caso de las mujeres, puedan establecerse resultados más definitivos acerca de la eficacia de la intervención.

e) Líneas de futuro

En el futuro, sería interesante establecer grupos de comparación entre intervenciones de distinta duración y frecuencia, y con distintos formatos (abierto *vs.* cerrado), para valorar estas cuestiones; además, incorporando medidas motivacionales se podría optimizar la adherencia y por tanto los resultados de la intervención. Por otra parte, incorporar y tener en cuenta contenidos más acordes y diferenciales en función de las necesidades reales de los varones y de las mujeres, o incluso segregar grupos en función del género, puede ser una opción en un futuro para tratar de optimizar la intervención, como ya se demuestra en otros estudios (16,17).

Sería conveniente, para mejorar la eficacia del programa psicoeducativo, encontrar estrategias que aumenten la motivación de los participantes y faciliten la adherencia terapéutica, especialmente de los varones, y establecer contenidos más acordes con las necesidades, especialmente en el caso de las mujeres.

Los programas de RC están infrautilizados, pues solo se ofrecen a un 2-3% de la población susceptible de beneficiarse de ellos en España (6,7,29) y a un 56% en Europa (9). Existe un amplio acuerdo acerca de la recomendación de participación de los pacientes con trastornos cardiovasculares en los programas de RC (8). Las relaciones coste-beneficio de estos programas están bien establecidas (6,7). Con el fin de acercar los beneficios de la RC a un sector más amplio de la población y que no dependa de la implementación en el área de salud geográfica de estos programas o de si el paciente es derivado a estas unidades, la Sociedad Española de Cardiología ha puesto en marcha recientemente una iniciativa virtual (<https://aularc.es/>) con el fin de generalizar la difusión de estos contenidos relevantes para la rehabilitación cardíaca, con módulos adaptados a los pacientes, profesionales, etc., con un enfoque multidisciplinar que pretende una coordinación con otros niveles asistenciales como la atención primaria, sector estratégico en este ámbito.

Pero para ello es preciso dotar de más recursos a estos programas para que puedan abarcar una población más amplia y ofrecer una continuidad asistencial implementando estos recursos en dispositivos comunitarios (30), como en los

equipos de salud mental y, especialmente, en Atención Primaria. Hay que tener en cuenta que los beneficios de estos programas se atenúan con el paso del tiempo (6,7), por lo que es necesario generar recursos que aseguren su continuidad.

Una intervención precoz, además, podría incrementar el alcance y la eficacia de estos programas, puesto que reduciría a la larga el coste asociado a la morbilidad y las consecuencias tanto de salud física como de salud mental asociadas a estos trastornos, lo que, teniendo en cuenta la prevalencia de los mismos en nuestra sociedad, generaría grandes beneficios de salud.

CONCLUSIONES

Existen diferencias de género en los pacientes atendidos tanto en las variables psicosociales analizadas (rol emocional y salud mental) como en ansiedad. Las mujeres tienen peores puntuaciones al comienzo del programa en dichas variables, y son estas las que tienen mayor adherencia a la intervención psicológica.

Aunque todas las variables mejoraron tras la intervención, las diferencias antes y después de la misma solo fueron significativas en el caso de los varones en las variables salud mental, ansiedad y depresión.

Por todo ello, se debe contemplar la perspectiva de género en los programas de RC en el momento de planificar y desarrollar las intervenciones psicológicas.

CONFLICTOS DE INTERESES

Ninguno. Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiamiento en los sectores público, comercial o sin fines de lucro.

AGRADECIMIENTOS

Se quiere agradecer al Equipo de Rehabilitación Cardíaca del CAUSA por todo el apoyo para realizar este estudio y por favorecer que la psicología clínica sea copartícipe del buen hacer y la entrega de los profesionales de este programa, y fundamentalmente a los pacientes de Rehabilitación Cardíaca, que son los que hacen posible que sigamos aprendiendo diariamente y que con su actitud facilitan que la experiencia sea más gratificante si cabe en el quehacer cotidiano.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Mackay J, Mensah GA. The Atlas of heart disease and stroke. Geneva: World Health Organization (WHO), 2004.
- (2) Soriano JB, Rojas-Rueda D, Alonso J, Antó JM, Cardona PJ, Fernández E, et al. La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016. *Med Clin (Barc)*. 2018; 151(5): 171-90.
- (3) Smith PJ, Blumenthal JA. Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular: epidemiología, mecanismos y tratamiento. *Rev. Esp. Cardiol*. 2011; 64(10): 924-933.
- (4) Rozanski A, Blumenthal JA, Davidson KW, Saab PG, Kubzansky L. The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice. The emerging field of behavioural cardiology. *J Am Coll Cardiol*. 2005; 45(5): 637-51.
- (5) Anderson L, Brown JPR, Clark AM, Dalal H, Rossau HK, Bridges C, et al. Patient education in the management of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;6(6): CD008895.
- (6) Plaza-Pérez I. Estado actual de los programas de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca en España. *Rev Esp Cardiol*. 2003; 56(8):757-60.
- (7) De la Cuerda RC, Alguacil IM, Alonso JJ, Molero A, Miangolarra JC. Programas de rehabilitación cardíaca y calidad de vida relacionada con la salud. Situación actual. *Rev Esp Cardiol*. 2012; 65(1): 72-9.
- (8) Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2016; 37(29): 2315-81.
- (9) García-Porrero E, Andrés-Esteban E, De Pablo-Zarzosa C, León-Latre M. Cardiología preventiva y rehabilitación. *Rev Esp Cardiol*. 2010; 63(Suppl 1): 40-8.
- (10) Maroto JM, Artigao R, Morales MD, de Pablo C, Abraira V. Rehabilitación cardíaca en pacientes con infarto de miocardio. Resultados tras 10 años de seguimiento. *Rev Esp Cardiol*. 2005; 58(10): 1181-7.
- (11) Richards SH, Anderson L, Jenkinson CE, Whalley B, Rees K, et al. Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;4(4): CD002902.
- (12) Antón V, Sempere J.M, Martínez R. Eficacia de la intervención psicológica en rehabilitación cardíaca. *Semergen* 2019; 45(5): 288-94.
- (13) Goodwin L, Ostuzzi G, Khan N, Hotopf M, Moss-Morris R. Can we identify the active ingredients of behaviour change interventions for coronary heart disease patients? A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2016;11(4): e0153271.
- (14) Dusseldorp E, Van-Elderen T, Maes S, Meulman J, Kraaij V. A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychol*. 1999; 18(5): 506-19.
- (15) Fernandes AC, McIntyre T, Coelho R, Prata J, Maciel MJ. Impact of a brief psychological intervention on lifestyle, risk factors and disease knowledge after acute coronary syndrome. *Rev Port Cardiol*. 2019; 38(5): 361-8.
- (16) Burell G, Granlund B. Women's hearts need special treatment. *Int J Behav Med*. 2002; 9(3):228-42.

- (17) Orth-Gomér K. Behavioral interventions for coronary heart disease patients. *Biopsychosoc Med.* 2012; 6(1):5.
- (18) Humphries KH, Izadnegadar M, Sedlak T, Saw J, Johnston N, Schenck-Gustafsson K, et al. Sex differences in cardiovascular disease –Impact on care and outcomes. *Front Neuroendocrinol.* 2017; 46: 46-70.
- (19) American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson, 2002.
- (20) Orth-Gomér K, Schneiderman N, Wang H, Walldin C, Blom M, Jernberg T. Stress reduction prolongs life in women with coronary disease. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2009; 2(1): 25-32.
- (21) Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scales. *Br Med J.* 1986; 292(6516):344.
- (22) Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* 2005;19(2):135-50.
- (23) Okunrintemi V, Valero-Elizondo J, Patrick B, Salami J, Tibuakuu M, Ahmad S, et al. Gender differences in patient-reported outcomes among adults with atherosclerotic cardiovascular disease. *J Am Heart Assoc.* 2018;7(24): e010498.
- (24) García M, Mulvagh SL, Merz NB, Buring JE, Manson JE. Cardiovascular disease in women: Clinical perspectives. *Circ Res.* 2016; 118(8):1273-93.
- (25) El Missiri AM, Awadalla HM, Almoudi MM. Gender differences among ischemic heart disease patients enrolled in a cardiac rehabilitation program. *Egypt Heart J.* 2020;72(1):15.
- (26) Orth-Gomér K, Wamala SP, Horsten M, Schenck-Gustafsson K, Schneiderman N, Mittleman MA. Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease. The Stockholm Female Coronary Risk Study. *JAMA.* 2000; 284(23): 3008-14.
- (27) Merswolken M, Siebenhuener S, Orth-Gomér K, Zimmermann-Viehoff F, Deter HC. Treating anxiety in patients with coronary heart disease: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom.* 2011; 80(6): 365-70.
- (28) Albus C, Beutel ME, Deter HC, Fritzsche K, Hellmich M, Jordan J, et al. A stepwise psychotherapy intervention for reducing risk in coronary artery disease (SPIRR-CAD) – Rationale and design of a multicenter, randomized trial in depressed patients with CAD. *J Psychosom Res.* 2011;71(4):215-22.
- (29) Márquez-Calderón S, Villegas R, Briones E, Sarmiento V, Reina M, Sáinz I, et al. Implantación y características de los programas de rehabilitación cardíaca en el Sistema Nacional de Salud español. *Rev Esp Cardiol.* 2003; 56(8): 775-82.
- (30) Royo-Bordonada MA, Lobos JM, Villar F, Sans S, Pérez A, Botet JP, et al. Comentarios del Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular (CEIPC) a las guías europeas de prevención cardiovascular 2012. *Rev Esp Salud Pública* 2013; 87(2): 103-120.