

DetECCIÓN DE LA ANSIEDAD TRAS UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: RELEVANCIA CLÍNICA Y ABORDAJE TERAPÉUTICO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

DETECTION OF ANXIETY AFTER AN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION: CLINICAL RELEVANCE AND THERAPEUTIC APPROACH. LITERATURE REVIEW.

Autora: Iveth P. Ayala Crisanchó (ORCID 0009-0006-4567-0085)*

* Enfermera de la unidad de Nefrología y de la unidad de investigación de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. ivethayala22@hotmail.com.

Conflicto de interés: La autora declara no tener ningún conflicto de interés.

Resumen:

Introducción: la ansiedad tras un infarto agudo de miocardio tiene una alta prevalencia y se asocia con peor pronóstico, menor calidad de vida y un mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares. El objetivo de esta revisión es destacar la importancia de su detección y abordaje multidisciplinar en la práctica clínica, como aspecto fundamental para mejorar la calidad de vida y reducir el riesgo de complicaciones cardiovasculares graves.

Metodología: revisión sistemática de estudios publicados en los últimos cinco años, que abordan la prevalencia, detección y tratamiento de la ansiedad “post-infarto”. Se consultaron bases de datos como Pubmed, Embase, Cochrane Library, Web of Science y Psycinfo. Los artículos seleccionados fueron publicaciones en inglés y español, estudios originales, revisiones sistemáticas, meta-análisis y guías clínicas.

Resultados: la prevalencia de ansiedad tras este evento cardíaco oscila entre un 12-44%, siendo más frecuente en mujeres, entre 45-60 años, en pacientes con antecedentes psiquiátricos y con comorbilidades cardiovasculares. Para su detección se usa la “Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria” y la “Escala de Ansiedad de Hamilton”. Dentro del tratamiento están los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, la terapia cognitivo-conductual y la rehabilitación cardíaca con intervención psicológica.

Conclusiones: la detección y tratamiento de la ansiedad “post-infarto” es crucial para optimizar el pronóstico cardiovascular de los pacientes y ayudar a su recuperación global, por lo que debe ser valorada de forma rutinaria en la atención multidisciplinaria de estos pacientes.

Palabras clave: ansiedad, detección, infarto agudo de miocardio, intervención psicológica, rehabilitación cardíaca, tratamiento.

Abstract:

Introduction: anxiety after an acute myocardial infarction has a high prevalence and is associated with a worse prognosis, lower quality of life, and an increased risk of cardiovascular complications. The objective of this review is to highlight the importance of its detection and multidisciplinary approach in clinical practice, as a fundamental aspect for improving quality of life and reducing the risk of serious cardiovascular complications.

Methodology: a systematic review of studies published in the last five years addressing the prevalence, detection, and treatment of post-infarction anxiety was conducted. Databases such as PubMed, Embase, Cochrane Library, Web of Science, and PsycINFO were consulted. The selected articles were publications in English and Spanish, original studies, systematic reviews, meta-analyses, and clinical guidelines.

Results: the prevalence of anxiety after this cardiac event ranges from 12% to 44%, and is more common in women, those aged 45–60 years, and patients with a history of psychiatric illness and cardiovascular comorbidities. The Hospital Anxiety and Depression Scale and the Hamilton Anxiety Scale are used for its detection. Treatment options include selective serotonin reuptake inhibitors, cognitive-behavioral therapy, and cardiac rehabilitation with psychological intervention.

Conclusions: the detection and treatment of post-infarction anxiety is crucial to optimize patients' cardiovascular prognosis and aid their overall recovery. Therefore, it should be routinely assessed in the multidisciplinary care of these patients.

Keywords: acute myocardial infarction, anxiety, cardiac rehabilitation, detection, psychological intervention, treatment.

Introducción

El Infarto agudo de miocardio (IAM) es considerado una situación grave que puede llegar a comprometer la vida de una persona. Este trastorno isquémico miocárdico tras su tratamiento conlleva la necesidad de un cambio en el estilo de vida de los pacientes que lo han padecido, así como, la mayoría de ellos, manifiestan sentir una profunda preocupación ante la posibilidad de padecer otro evento con miedo a morir por ello, una baja autoestima por la invalidez temporal o responsabilidad por lo sucedido, llegando a interferir en su vida social, sexual y laboral, empeorando de forma significativa su calidad de vida. Estos cambios y sentimientos adquiridos en respuesta a la “nueva situación”, pueden llevar a un mayor riesgo de desarrollar ansiedad.

La Asociación Americana de Psicología define la ansiedad como “una emoción caracterizada por sentimientos de tensión, pensamientos preocupantes y cambios físicos.”¹

La ansiedad “post-infarto” se define como la presencia de síntomas ansiosos clínicamente significativos que aparecen tras un IAM. Estos síntomas incluyen preocupación excesiva, tensión, miedo, inquietud y manifestaciones físicas como taquicardia, sudoración o insomnio, que persisten más allá de la fase aguda. A su vez, estos pacientes desarrollan conductas asociadas a un mayor riesgo de futuros eventos cardíacos como tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, mala alimentación, sueño inadecuado, menor adherencia al tratamiento, poca participación a la rehabilitación cardíaca (recuperación funcional del corazón) e incluso no desean realizar ninguna actividad física ².

Es una complicación frecuente y clínicamente relevante. Tiene una prevalencia que oscila entre

un 12 a un 44% en pacientes hospitalizados con síntomas clínicamente significativos, de moderados a severos y entre el 15% y 20% pueden permanecer hasta el año del evento ³.

La integración de la evaluación psicológica y el apoyo emocional en la práctica clínica tiene un impacto beneficioso para la salud cardiovascular ^{1,2,3}.

Según la “Asociación americana del corazón” la salud psicológica puede contribuir no solo de forma negativa a la enfermedad cardiovascular, sino también de forma positiva a la reducción del riesgo cardiovascular ¹.

El objetivo de esta revisión bibliográfica es destacar la importancia de la detección y abordaje multidisciplinar en la práctica clínica, de la ansiedad “post-infarto”, como aspecto fundamental para mejorar la calidad de vida y reducir el riesgo de complicaciones cardiovasculares, ya que tiene un impacto negativo sobre el pronóstico de la enfermedad.

Metodología

- Diseño: revisión sistemática de la literatura centrada en estudios publicados en los últimos cinco años (enero 2020 a septiembre 2025) que abordan la prevalencia, detección y tratamiento de la ansiedad tras un IAM.
- Estrategia de búsqueda: se consultaron bases de datos como Pubmed, Embase, Cochrane Library, Web of Science y Psycinfo. Utilizando términos MeSH y palabras clave: "myocardial infarction", "acute coronary syndrome", "anxiety", "treatment", "cardiac rehabilitation" y "psychological intervention". Operadores booleanos: “AND” y “OR”.

Los artículos seleccionados fueron principalmente publicaciones en inglés y español, estudios originales, revisiones

sistemáticas, meta-análisis, guías y ensayos clínicos.

- Criterios de inclusión: se incluyeron estudios definidos por el diagnóstico de ansiedad post IAM, su tratamiento en adultos y los instrumentos validados para su detección, así como los artículos que incluyen evaluación de desenlaces MACE (eventos cardiovasculares adversos mayores, como un reinfarto o muerte).
- Criterios de exclusión: se excluyeron aquellos estudios definidos por diagnóstico de la ansiedad previo al IAM, en población pediátrica, sin grupo control y sin desenlaces cardiovasculares relevantes.
- Extracción de datos: en la búsqueda inicial se obtuvieron 30 estudios, se excluyeron 14 que no eran relevantes para el objetivo de esta revisión. Finalmente se seleccionaron 16 artículos de los cuales dos eran revisiones sistemáticas y una de ellas con meta-análisis, cuatro eran ensayos clínicos, los demás artículos eran de las diferentes asociaciones de profesionales. Sólo se incluyó un estudio, fuera del intervalo de tiempo seleccionado, por su relevancia y por no encontrar información más actual, al respecto. Se obtuvieron datos más actuales en relación a la prevalencia, métodos diagnósticos (escalas y entrevistas) y opciones de tratamiento de la ansiedad “post-infarto”. La información obtenida se ha organizado en grupos de riesgo, detección y tratamiento.

Resultados

En relación con la información encontrada sobre los grupos de riesgo; afecta a pacientes entre 45 y 60 años, la prevalencia es mayor en mujeres y en pacientes con comorbilidades cardiovasculares como hipertensión, diabetes y dislipemia. También es frecuente en personas fumadoras, solteras, con antecedentes psiquiátricos, bajo nivel educativo y aquellos pacientes con larga duración de la enfermedad.¹

La ansiedad tras un IAM debe ser identificada y evaluada mediante escalas validadas y entrevistas estructuradas. En la práctica clínica, es recomendable utilizar en primer lugar escalas validadas y ante resultados positivos, proceder a realizar una entrevista para confirmar el diagnóstico. Este proceso es fundamental para optimizar el abordaje de la ansiedad post-infarto^{1,2,4}.

Las escalas de valoración de la ansiedad post infarto más utilizadas en España son:

- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) “Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria”: es utilizada para el cribado de la ansiedad y depresión, con dos subescalas, para cada una respectivamente. Su validez y utilidad han sido confirmadas para detectar afectación emocional en pacientes con enfermedades físicas como un IAM⁴.
- Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A/HARS) “Escala de Ansiedad de Hamilton” : es una escala clínica clásica que evalúa la gravedad de los síntomas de ansiedad en diferentes poblaciones, incluyendo pacientes cardíacos⁴.
- Generalized Anxiety Disorder (GAD-2 y GAD-7): El GAD-2 consiste en un cuestionario de autoevaluación de dos preguntas (son las dos primeras preguntas del GAD-7), utilizadas para un cribado inicial en atención primaria. El GAD-7 consiste en 7 preguntas y dan información más detallada. Ambos cuestionarios están validados para detectar el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) en atención primaria y cardiología⁵.

A continuación, se presenta una tabla comparativa de las principales escalas utilizadas en España para la valoración de ansiedad post infarto:

Las entrevistas estructuradas SCID-5 (según los criterios de DSM- V , Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta

Escala	Número de Ítems	Tipo de administración	Ámbito de uso principal	Validación en español
HADS	14	Autoadministrada	Cribado en cardiología	Sí
HAM-A (HARS)	14	Heteroadministrada (entrevista clínica)	Psiquiatría, investigación	Sí
GAD-2 / GAD-7	2/7	Autoadministrada	Atención primaria/ cardiología	Sí

Tabla 1. Comparación de las diferentes escalas utilizadas en España.

edición) y MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional), han sido las más empleadas en estudios recientes para confirmar el diagnóstico de ansiedad en pacientes afectados por IAM. La MINI es una entrevista breve y la SCID-5, es más exhaustiva y requiere más tiempo ^{4,6}.

Existen en la actualidad dos tipos de tratamientos para la ansiedad post-infarto, el farmacológico y no farmacológico.

Dentro del **tratamiento farmacológico**, encontramos los siguientes medicamentos:

- Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): como fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram y escitalopram, han demostrado tener mas eficacia, sin aumentar el riesgo cardiovascular. Son antidepresivos que aumentan la serotonina, mejorando así el estado de ánimo y la regulación de funciones corporales como el apetito, el sueño y la digestión. Presentan buena tolerancia y se usan para tratar la depresión, la ansiedad y el trastorno obsesivo-compulsivo. En concreto el escitalopram, esta respaldado por ensayos clínicos en esta población ⁷.
- Las benzodiacepinas: son ansiolíticos que mejoran el bienestar y pueden ser útiles para el control agudo de la ansiedad, actúan rápido, pero su uso debe ser limitado a corto plazo debido al riesgo de tolerancia, dependencia, deterioro cognitivo y caídas, especialmente en pacientes mayores. Según la “Asociación Americana del Corazón”, no esta indicado su uso prolongado. Además, existe evidencia de un incremento del riesgo de hospitalización y mortalidad, con dosis elevadas o su uso crónico ⁸.

Con respecto al **tratamiento no farmacológico**, la evidencia refleja como primera línea de tratamiento *la terapia cognitivo-conductual (TCC)*, que consiste en una intervención estructurada y breve (normalmente 8-20 sesiones por semana) en la que se abordan los pensamientos y conductas disfuncionales, relacionados con la ansiedad, especialmente, el miedo a la recurrencia de otro evento cardíaco y la obsesión por los síntomas físicos.

Sus componentes principales son la psicoeducación sobre la relación entre pensamientos, emociones y conductas, la

reestructuración cognitiva para identificar y modificar pensamientos catastróficos o irracionales y reducir la evitación a situaciones como la actividad física o a la participación a la rehabilitación cardíaca, mediante su exposición gradual. Puede ser realizada por psicólogos o enfermeros entrenados en el campo de la rehabilitación cardíaca. Es flexible y puede adaptarse según las necesidades individuales de cada paciente. Se puede realizar en forma grupal o individual y de forma virtual o presencial, dependiendo de la disponibilidad y las preferencias de la persona. La TCC ha demostrado reducir significativamente los síntomas de ansiedad, mejorar la calidad de vida relacionada con la salud cardíaca e incrementar la adherencia a la rehabilitación cardíaca, además de reducir los reingresos por causas cardíacas ^{9,10,11}.

En conjunto con la TCC, está el programa multidisciplinario de rehabilitación cardíaca que incluye ejercicio supervisado, educación sobre factores de riesgo cardiovascular, apoyo psicológico y modificación de estilos de vida, dirigido especialmente a estos pacientes. Su objetivo es optimizar la recuperación funcional, mejorar la calidad de vida y facilitar la reintegración social, y laboral del paciente. Las guías del “Colegio Americano de Cardiología”, la “Asociación Americana del Corazón” y la “Sociedad Europea de Cardiología” recomiendan la derivación temprana a este programa tras un infarto, no sólo por sus beneficios físicos, sino también por su impacto positivo en el manejo y reducción de la ansiedad y otros síntomas psicológicos asociados al evento cardiovascular ^{12,13}.

Entre otras intervenciones no farmacológicas con resultados positivos para reducir la ansiedad tras un IAM, se encuentran la reducción del estrés basada en mindfulness (MBSR) y la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT). La duración típica de MBSR es de 8 semanas, con sesiones grupales y práctica diaria de meditación guiada ^{1,14}.

Tanto las intervenciones farmacológicas como las no farmacológicas, presentan diferencias relevantes en cuanto a efectividad, perfil de seguridad y sostenibilidad. Las intervenciones no farmacológicas muestran una eficacia moderada en la reducción de síntomas de ansiedad y mejoría de la calidad de vida, pero con alta heterogeneidad entre estudios y sin impacto claro sobre la mortalidad o eventos cardiovasculares. Por otro lado, no existe

evidencia de superioridad entre los distintos tipos de intervención psicológica a corto plazo, aunque MBSR podría ser ligeramente menos eficaz que la TCC, según algunos estudios ^{6,14}.

En relación al tratamiento farmacológico, los

inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), en especial, escitalopram, son los más recomendados para tratar la ansiedad “post-infarto” y presentan una magnitud de efecto superior en la reducción de ansiedad en

AUTORES Y TÍTULO	CONCLUSIONES
<p>Ryan, E. M., Creaven, A. M., Ni Néill, E., & O'Suilleabháin, P. S. (2022). <i>Anxiety following myocardial infarction: A systematic review of psychological interventions.</i></p>	<p>Las intervenciones psicológicas pueden ser beneficiosas para reducir la ansiedad tras un infarto de miocardio, pero no existe evidencia suficiente para afirmar cual de ellas presenta una mayor efectividad.</p>
<p>Ul Haq, M. S., Jawed, D. N., Patel, N., Khan, W., Alamgir, A., Yamin, S., Anwar, R., Zaidi, T. H., & Khurshed, M. (2025). <i>Exploring anxiety symptoms, coping strategies, and socio-demographic influences among myocardial infarction patients in a tertiary care setting.</i></p>	<p>Los pacientes con infarto agudo de miocardio presentan una alta prevalencia de síntomas de ansiedad, la integración de apoyo psicológico es fundamental para mejorar su recuperación calidad de vida.</p>
<p>Wen, Y., Yang, Y., Shen, J., & Luo, S. (2021). <i>Anxiety and prognosis of patients with myocardial infarction: A meta-analysis.</i></p>	<p>La ansiedad se asocia con un peor pronóstico a corto y largo plazo en pacientes con infarto de miocardio, aumentando el riesgo de complicaciones, mortalidad y eventos cardíacos adversos mayores.</p>
<p>Levine GN, Cohen BE, Commodore-Mensah Y, et al. (2021). <i>Psychological Health, Well-Being, and the Mind-Heart-Body Connection.</i></p>	<p>La salud psicológica influye de manera significativa en el riesgo, la evolución y el pronóstico de las enfermedades cardiovasculares, recomendando la evaluación y el abordaje sistemático del bienestar psicológico dentro la atención a estos pacientes.</p>
<p>Levine, G. N., Carney, R. M., Cohen, B. E., Dunn, S. L., Gaffey, A. E., Kronish, I. M., Olsson, E. M. G., Huffman, J. C., & American Heart Association Stroke Council; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Clinical Cardiology; Council on Quality of Care and Outcomes Research; and Council on Lifelong Congenital Heart Disease and Heart Health in the Young (2025). <i>Post-Myocardial Infarction Psychological Distress: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation,</i></p>	<p>La ansiedad junto con otros problemas psicológicos están asociados a desarrollar conductas inadecuadas asociadas a desarrollar otro futuro evento cardíaco.</p>
<p>Trent, E. S., & Storch, E. A. (2024). <i>Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders.</i></p>	<p>La terapia cognitivo-conductual es la intervención psicológica de primera línea para los trastornos de ansiedad post- infarto e incluye componentes como psicoeducación, reestructuración cognitiva, prevención de recaídas, con eficacia demostrada tanto a corto como a largo plazo.</p>

AUTORES Y TÍTULO	CONCLUSIONES
<i>Aleksova, A., Fluca, A. L., Beltrami, A. P., Dozio, E., Sinagra, G., Marketou, M., & Janjusevic, M. (2025). Part 1-Cardiac Rehabilitation After an Acute Myocardial Infarction: Four Phases of the Programme-Where Do We Stand?</i>	La rehabilitación cardíaca tras un infarto agudo de miocardio es un protocolo multidisciplinario estructurado en cuatro fases, que mejora la recuperación y reduce la morbimortalidad mediante intervenciones personalizadas en ejercicio, educación, nutrición, tratamiento farmacológico y apoyo psicológico, recomendando su inicio precoz según las guías de la “Sociedad Europea de Cardiología”.
<i>Chernoff, R. A., Messineo, G., Kim, S., Pizano, D., Korouri, S., Danovitch, I., & IsHak, W. W. (2022). Psychosocial Interventions for Patients With Heart Failure and Their Impact on Depression, Anxiety, Quality of Life, Morbidity, and Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis.</i>	Las intervenciones psicosociales, como la terapia cognitivo-conductual y el manejo del estrés, reducen significativamente la depresión y la ansiedad en pacientes con insuficiencia cardíaca, con efectos positivos más modestos sobre la calidad de vida y evidencia limitada de impacto en hospitalización y mortalidad.
<i>Swoboda, C., Gellert, P., Steinhagen-Thiessen, E., Landmesser, U., Rapp, M. A., Düzel, S., & Hering, C. (2025). Depression, anxiety, posttraumatic stress disorder and perceived psychosocial care during hospital stay after myocardial infarction: a cross-sectional study.</i>	Más de la mitad de los pacientes hospitalizados por infarto agudo de miocardio presentan depresión, ansiedad o trastorno, pero una gran parte no reciben evaluación sobre su salud mental durante la hospitalización, lo que destaca la necesidad de implementar un cribado sistemático de síntomas psicológicos en cardiología.
<i>Monzó, M. M., Peñas, A. G., Martínez, A. D., García, J. A., & Barragán, D. A. M. (2024). Eficacia de la intervención psicológica en un programa de rehabilitación cardíaca.</i>	La intervención psicológica incluida en el programa de rehabilitación cardíaca, demostró ser eficaz para reducir los síntomas de ansiedad y depresión y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Tabla 2. Principales conclusiones de los artículos seleccionados

comparación con las intervenciones no farmacológicas^{7,8}.

Conclusiones

La ansiedad tiene una alta prevalencia en el periodo post IAM y se asocia de manera independiente a un mayor riesgo de eventos cardiovasculares adversos y mortalidad, tanto a corto como a largo plazo¹⁵, ya que puede afectar negativamente a la recuperación cardiovascular a través de mecanismos conductuales (menor adherencia al tratamiento, conductas de evitación a la rehabilitación cardíaca, peor estilo de vida...). La “Asociación Americana del Corazón” y la “Sociedad Europea de Cardiología” destacan que la detección sistemática de síntomas de ansiedad y otros trastornos psicológicos debe ser parte integral del manejo de la ansiedad “post-infarto”, ya que, la mitad de los pacientes pueden presentar algún grado de malestar psicológico relevante².

La ansiedad tras un evento cardíaco debe ser identificada y evaluada mediante escalas validadas y entrevistas estructuradas. En la práctica clínica, es recomendable utilizar en primer lugar escalas validadas y ante resultados positivos, proceder a realizar una entrevista estructurada para confirmar el diagnóstico. Las escalas más usadas son la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A/HARS). La SCID-5 (según los criterios de DSM- V, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición) y MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional), son las entrevistas estructuradas más empleadas^{4,5,6}.

Respecto al tratamiento farmacológico los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): como fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram y escitalopram, han demostrado tener más eficacia, sin aumentar el riesgo cardiovascular. En concreto el

escitalopram está respaldado por ensayos clínicos en esta población. Las benzodiazepinas son útiles para el control agudo de la ansiedad, actúan rápido, pero su uso debe ser limitado a corto plazo debido al riesgo de tolerancia, dependencia, deterioro cognitivo y caídas^{7,8}.

En relación con las intervenciones psicológicas (terapia cognitivo-conductual, rehabilitación cardíaca con componente psicosocial, mindfulness, la terapia cognitiva basada en mindfulness) han mostrado eficacia variable en la reducción de la ansiedad, aunque no existe evidencia concluyente sobre la superioridad de una técnica específica, ni sobre el impacto directo en el pronóstico cardiovascular, sin embargo, sí mejoran la calidad de vida, mejorando los síntomas de la ansiedad^{6,14}.

La detección y tratamiento de la ansiedad “post-infarto” es crucial para optimizar el pronóstico cardiovascular de los pacientes y ayudar a su recuperación global, por lo que debe ser valorada de forma rutinaria en la atención multidisciplinaria de estos pacientes.

Discusión

Los trastornos psicológicos, como la ansiedad, suelen ser abordados de forma insuficiente en la atención clínica después de un IAM. La práctica asistencial se centra principalmente en la “salud física” y no en la “salud mental” de estos pacientes. Existe evidencia que confirma que la ansiedad desencadenada por un evento cardíaco tiene un efecto perjudicial en la recuperación del paciente¹⁶. Por esta razón, se recomienda implementar protocolos de cribado y tratamiento a todos los pacientes, especialmente a los grupos de alto riesgo.

Es fundamental evaluar tanto los antecedentes psiquiátricos como los síntomas actuales, ya que solo el cribado de síntomas presentes puede subestimar el riesgo.

Desafortunadamente, la investigación sobre la ansiedad u otras afecciones psiquiátricas en individuos con enfermedad cardíaca es mucho más limitada.

Bibliografía

1. Levine GN, Cohen BE, Commodore-Mensah Y, et al.(2021). Psychological Health, Well-Being, and the Mind-Heart-Body Connection: A Scientific Statement From the American Heart

Association.Circulation.143(10):e763-e783. doi:10.1161/CIR.0000000000000947.

2. Levine, G. N., Carney, R. M., Cohen, B. E., Dunn, S. L., Gaffey, A. E., Kronish, I. M., Olsson, E. M. G., Huffman, J. C., & American Heart Association Stroke Council; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Clinical Cardiology; Council on Quality of Care and Outcomes Research; and Council on Lifelong Congenital Heart Disease and Heart Health in the Young (2025). Post-Myocardial Infarction Psychological Distress: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 10.1161/CIR.0000000000001381. Advance online publication. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001381>
3. Swoboda, C., Gellert, P., Steinhagen-Thiessen, E., Landmesser, U., Rapp, M. A., Düzel, S., & Hering, C. (2025). Depression, anxiety, posttraumatic stress disorder and perceived psychosocial care during hospital stay after myocardial infarction: a cross-sectional study. *BMC cardiovascular disorders*, 25(1), 650. <https://doi.org/10.1186/s12872-025-05129->
4. Bunevicius, A., Staniute, M., Brozaitiene, J., Pop, V. J., Neverauskas, J., & Bunevicius, R. (2013). Screening for anxiety disorders in patients with coronary artery disease. *Health and quality of life outcomes*, 11, 37. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-37>
5. Bolgeo, T., Di Matteo, R., Simonelli, N., Dal Molin, A., Lusignani, M., Bassola, B., Vellone, E., Maconi, A., & Iovino, P. (2023). Psychometric properties and measurement invariance of the 7-item General Anxiety Disorder scale (GAD-7) in an Italian coronary heart disease population. *Journal of affective disorders*, 334, 213–219. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.04.140>
6. Grech, M., Turnbull, D. A., Wittert, G. A., Tully, P. J., & CHAMPS Investigators (2019). Identifying the Internalizing Disorder Clusters Among Recently Hospitalized Cardiovascular Disease Patients: A Receiver Operating Characteristics Study. *Frontiers in psychology*, 10, 2829. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02829>
7. Blumenthal, J. A., Smith, P. J., Jiang, W., Hinderliter, A., Watkins, L. L., Hoffman, B. M., Kraus, W. E., Mabe, S., Liao, L., Davidson, J., & Sherwood, A. (2022). Longer term benefits of exercise and escitalopram in the treatment of anxiety in patients with coronary heart disease: Six month follow-up of the UNWIND randomized clinical trial. *American heart journal*, 251, 91–100. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2022.05.014>
8. Liu, S., Soedamah-Muthu, S. S., van Meerten, S. C., Kromhout, D., Geleijnse, J. M., & Giltay, E. J. (2023). Use of benzodiazepine and Z-drugs and mortality in older adults after myocardial infarction. *International journal of geriatric psychiatry*, 38(1), e5861. <https://doi.org/10.1002/gps.5861>
9. Eriksson-Liebon, M., Westas, M., Johansson, P., & Mourad, G. (2024). Long-term effects and predictors of change of internet-delivered cognitive behavioural therapy on cardiac anxiety in patients with non-cardiac chest pain: a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 24(1), 216. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05661-y>
10. Holdgaard, A., Eckhardt-Hansen, C., Lassen, C. F., Kjesbu, I. E., Dall, C. H., Michaelsen, K. L., Sibilitz, K. L., Prescott, E., & Rasmussen, H. K. (2023). Cognitive-behavioural therapy reduces psychological distress in younger patients with cardiac disease: a randomized trial. *European heart journal*, 44(11), 986–996. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac792>

11. Trent, E. S., & Storch, E. A. (2024). Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, 47(4), 673–688. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2024.04.011>
12. Monzó, M. M., Peñas, A. G., Martínez, A. D., García, J. A., & Barragán, D. A. M. (2024). Eficacia de la intervención psicológica en un programa de rehabilitación cardiaca. *Psicosomática y Psiquiatría*, 31. <https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrnum310401>
13. Aleksova, A., Fluca, A. L., Beltrami, A. P., Dozio, E., Sinagra, G., Marketou, M., & Janjusevic, M. (2025). Part 1-Cardiac Rehabilitation After an Acute Myocardial Infarction: Four Phases of the Programme-Where Do We Stand?. *Journal of clinical medicine*, 14(4), 1117. <https://doi.org/10.3390/jcm14041117>
14. Ryan, E. M., Creaven, A. M., Ní Néill, E., & O'Súilleabháin, P. S. (2022). Anxiety following myocardial infarction: A Health psychology: official journal of the Division of systematic review of psychological interventions. *Health Psychology, American Psychological Association*, 41(9), 599–610. <https://doi.org/10.1037/hea0001216>
15. Wen, Y., Yang, Y., Shen, J., & Luo, S. (2021). Anxiety and prognosis of patients with myocardial infarction: A meta-analysis. *Clinical cardiology*, 44(6), 761–770. <https://doi.org/10.1002/clc.23605>
16. Magán, I., Jurado-Barba, R., Moreno, G., Ayán-Sanz, M. P., Izquierdo-García, J., Corradi, G., Tello, R., & Bueno, H. (2024). PsicoCare: a pilot randomized controlled trial testing a psychological intervention combining cognitive-behavioral treatment and positive psychology therapy in acute coronary syndrome patients. *Frontiers in psychology*, 15, 1420137. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1420137>