

UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES TIPO INESTABLE

Enrique Garcés de Los Fayos Ruiz

Universidad de Murcia

Antonio Velandrino Nicolás

Universidad de Murcia

Pedro Conesa Sánchez

Universidad de Murcia

Juan Ortega Bernal

Hospital Santa María del Rosell (Cartagena)

Queremos agradecer la colaboración del Excmo. Ayuntamiento de Cartagena para la realización de este trabajo, y el apoyo entusiasta de su Concejal de Deportes Don Alonso Gómez López y del Director del Patronato Municipal de Deportes Don Eduardo Armada Ros

Resumen: En este trabajo se ha pretendido conocer si la aplicación de un programa de intervención psicológica para pacientes con problemas cardiovasculares tipo inestable es efectivo. Partimos de una muestra de 26 sujetos del Hospital Santa María del Rosell de Cartagena, a los que se les aplicó el programa, que estaba dividido en cuatro módulos: ejercicio físico, relajación y respiración, informativo y procesos cognitivos. Además pretendíamos conocer qué módulos del programa valoraban los sujetos como más útiles en su potencial mejoría.

PALABRAS CLAVE: trastornos cardiovasculares, ejercicio físico, personalidad, evaluación.

Abstract: In this work have been pretended to know if the application of an intervention program for patient with problems cardiovascular unstable type is effective. We leave of a

Dirección de contacto: Enrique J. Garcés de Los Fayos Ruiz, Facultad de Psicología, Edificio Luis Vives, Campus de Espinardo, 30100, Universidad de Murcia, Espinardo, Murcia (España); e-mail: garces@um.es

pattern of 26 subject of the Hospital Santa María of the Rosell of Cartagena. We applied the program that was divided in four modules: physical exercise, relaxation and breathing, informative and cognitives processes. Also, we sought to know what modules of the program the fellows valued as more useful in their potential improvement.

KEYWORDS: cardiovasculares disorders, physical exercise, personality, evaluation.

INTRODUCCIÓN

Este estudio pretende evaluar la aplicación de un programa de intervención que incluye una serie de actuaciones físicas y psicológicas que son aplicadas a un grupo de pacientes con problemas cardiovasculares, concretamente pacientes con angina de pecho inestable (ver Anexo de clasificación).

Las enfermedades cardiovasculares constituyen el primer problema de salud pública de los países industrializados. Las enfermedades coronarias, según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (Fernández Abascal y Martín, 1995) son la principal causa de mortalidad en los países industrializados. En estos países son las responsables de alrededor del 50% de las muertes totales, mientras que en los países no desarrollados ocupan el tercer lugar en la mortalidad, con un porcentaje que va del 15% al 16%, pero presentando una tendencia creciente (Gyarfas, 1992). Los siguientes responsables de la mortalidad, como el cáncer, en los últimos años ha reducido su porcentaje de muertes de un 20% a un 18% y los accidentes de tráfico, por el contrario, han aumentado de un 5% a un 7%. Así pues, tanto por su importancia y repercusión clínica, social y económica, los problemas cardiovasculares son los que presentan mayor trascendencia de cuantos existen en la actualidad.

En España se produjeron unas 40.000 muertes por enfermedad cerebrovascular y 37.000 por cardiopatía isquémica en 1995 (Castillo, Torelló, Jiménez y Merino, 2000), lo que supone el 23.3% de fallecimientos. La tasa de mortalidad fue de 98.2 y 43.4/100.000, para hombres y mujeres respectivamente, y se observa un gradiente Norte-Sur, siendo más alta la mortalidad en Levante, Andalucía y ambos archipiélagos.

La importancia sanitaria de las enfermedades coronarias es muy considerable, no sólo por la elevada mortalidad, sino también porque suponen un importante motivo de ingresos hospitalarios, de manera que en EE.UU. cada año se hospitalizan más de un millón de IAM (Infarto Agudo de Miocardio) y un número algo mayor de anginas inestables y dolor torácico en general. Además, la incapacidad temporal que provoca disminuye la calidad de vida y rendimiento laboral, de manera que aproximadamente un 30% de los pacientes que sufren revascularizaciones no vuelven a trabajar (Castillo, Torelló, Jiménez y Merino, 2000). A pesar del descenso de la mortalidad cardiovascular y de la incidencia de la enfermedad, la morbilidad y la incapacidad que produce la angina y la cardiopatía isquémica en general son aún considerables.

Las consecuencias económicas de la angina son muy elevadas, teniendo en cuenta los costes directos generados por los cuidados médicos, pruebas complementarias, hospitalizaciones, tratamientos etc. Además, deben sumarse los costes indirectos, de similar cuantía, derivados de la disminución de la productividad laboral, bajas laborales e intangibles, entre otros.

Un programa de intervención psicológica en pacientes con problemas cardiovasculares tipo inestable

La acción preventiva, desarrollada en los últimos años en algunos países ha conseguido una reducción significativa de las muertes debidas a esta enfermedad. Así, en EE.UU. se ha producido una disminución de un 40% en las tres últimas décadas, y en Bélgica, Canadá, Japón, Australia, Nueva Zelanda y Finlandia han pasado a tener una tendencia decreciente desde los años 70 (Fernández-Abascal y Martín 1995). Por contra, nuestro país se encuentra entre los que han experimentado uno de los mayores incrementos durante este tiempo.

Por todo lo anterior y porque este grupo de pacientes necesita algo más que un listado de fármacos que deban tomar el resto de sus vidas, consideramos que podía ser pertinente la intervención psicológica como complemento a la exclusivamente médica, valorando además su optimización en la relación coste-beneficio. Esta intervención incluye de modo genérico para todos los pacientes, *la realización de ejercicio físico diario*, como andar todos los días una hora, y además para potenciar y mejorar su estado de salud, practicar ejercicios de natación. La natación es uno de los deportes más completos en cuanto a resistencia, fuerza y flexibilidad y además uno de los deportes que pueden practicar la mayoría de las personas y con menor riesgo de lesiones. Esto es importante para estas personas, porque el medio acuático hace descender la presión sanguínea y la tasa cardíaca y pueden realizar un esfuerzo mayor en este medio acuático con igual o menor presión arterial y tasa cardíaca que fuera del agua lo que constituiría una especie de seguro para estos pacientes. Estos ejercicios acuáticos se pueden realizar en una piscina climatizada, con el agua por encima de la cintura para que se sientan seguros y supervisados por personal técnico. Además del ejercicio físico diario es importante mantener en estas personas una activación fisiológica adecuada y para ello los *entrenamos en relajación progresiva y respiración*. No sólo para obtener estos niveles óptimos de arousal fisiológico que les hará vivir con cierta armonía sino como medida de coping (enfrentamiento) para situaciones estresantes que se les puedan presentar. Estos pacientes presentan numerosas lagunas respecto a su enfermedad (sus orígenes, factores de riesgo etc.). Si añadimos al ejercicio físico y la relajación y respiración una *parte informativa* de todos los aspectos relacionados con la enfermedad coronaria, estos pacientes podrían mejorar. Por último, estos pacientes presentan una serie de falacias, distorsiones cognitivas y pensamientos irracionales que hacen que vivan de forma más patológica la situación. Para que el programa fuera completo sólo nos faltaría añadir un *módulo de procesamiento cognitivo* que junto a los anteriores, es decir ejercicio físico, relajación y respiración e informativo constituirían los aspectos clave a tratar en estos pacientes que presentan problemas cardiovasculares, mediante el programa de intervención psicológica descrito.

Desde esta perspectiva consideramos que era fundamental la colaboración entre el psicólogo y el cardiólogo. La cuestión es pues ¿será efectivo un programa de tratamiento para este tipo de pacientes?, ¿qué parte del mismo creen los participantes que les han ayudado más? Estas preguntas fueron las que nos hicimos y las que nos lanzaron a poner en práctica este programa de intervención para pacientes con problemas cardiovasculares.

MÉTODO

Descripción del programa de intervención

En nuestra perspectiva estaba el estudiar si este tipo de pacientes con problemas cardiovasculares se beneficiarían de un programa de tratamiento que tuvo una duración de 10 semanas en el cual se debían alcanzar dos objetivos generales:

1. Aumentar la calidad de vida de estos pacientes con problemas cardiovasculares. Este grupo presenta problemas de ansiedad, problemas del estado de ánimo y un cierto deterioro en varias áreas (social, familiar, laboral, y sexual).
2. Reducir el número de ingresos hospitalarios. Los pacientes tipo inestable presentan un gran número de hospitalizaciones a lo largo de su vida. Al menor síntoma acuden a los servicios de urgencia, con una elevada tasa de falsas alarmas.

El programa de tratamiento para conseguir estos objetivos, y que fue diseñado por nosotros, está estructurado en cuatro módulos diferenciados, conteniendo los siguientes elementos:

A. Módulo de ejercicio físico.

- Caminar una hora al día.
- Ejercicios de natación en piscina cubierta dos días/semana en sesiones de 60 minutos.
- Calentamiento, ejercicio moderado y suave para terminar.

B. Módulo de relajación y respiración.

- Sesiones de entrenamiento y aplicación de la Relajación Muscular Progresiva, en la línea del propuesto por Berstein y Borkovec (1973). Específicamente, la relajación se llevó a cabo siguiendo el programa bajo coste inicial (Buceta, 1987). Este programa giró alrededor de una sesión semanal de media hora de duración y tuvo una periodicidad semanal, durante 8 semanas consecutivas. La respiración se fue trabajando en todas las sesiones empleando distintas fases (abdominal, central, superior y completa).

C. Módulo informativo.

- Causas y origen de la enfermedad coronaria (Fernández-Abascal y Martín, 1995).
- Factores de riesgo cardiovascular.
- Beneficios generales del ejercicio físico.
- Beneficios específicos del ejercicio físico en el agua.
- Beneficios de la relajación.
- Beneficios de la respiración.
- Alimentos anticolesterol, cardiosaludables y reguladores de la tensión.

Todas estos temas se trataron mediante charlas informativas, más un dossier referente a las mismas. Se impartieron con una periodicidad semanal de 45 minutos de duración durante 8 semanas consecutivas.

D. Módulo de procesos cognitivos

- Nuestra manera de pensar (Burns, 1995).
- La conducta sexual.
- La conducta de fumar.
- Situaciones de ira y hostilidad que ponen en peligro nuestro corazón.

Un programa de intervención psicológica en pacientes con problemas cardiovasculares tipo inestable

La intervención en este módulo se llevó a cabo, igual que el anterior mediante charlas informativas más dossier referente al tema, con la misma duración y periodicidad, es decir, una sesión semanal de 45 minutos de duración durante 8 semanas consecutivas.

Diseño

Para valorar la eficacia se planificó un diseño antes-después con grupo de control (Cook y Campbell, 1979). Con este diseño de investigación se pretendía valorar la situación inicial en los grupos (experimental y control), analizar la aparición de efectos diferenciales entre ambos grupos, y realizar una observación de la evolución de cada grupo.

Sujetos

El estudio se ha realizado con un total de 26 sujetos, 13 correspondieron al grupo experimental (con el programa de intervención) y los otros 13 al grupo de control (sin el programa) a partir de una población definida como pacientes con problemas cardiovasculares tipo inestable (angina de esfuerzo de reciente comienzo, angina de esfuerzo progresiva y angina de reposo) de edades comprendidas entre 47 y 70 años de ambos sexos. El elegir este tipo de muestra se debe principalmente a que presentan mayores problemas que los tipo estable y por tanto podríamos ver si obtendríamos resultados favorables con esta población más necesitada. Todos ellos estuvieron hospitalizados durante finales del año 2000 (Noviembre y Diciembre) y principios del año 2001 (Enero, Febrero y Marzo); el Hospital Santa María del Rosell de Cartagena (Murcia) nos hizo posible la obtención de una muestra de sujetos. Leídos los historiales de todos estos pacientes, seleccionamos un total de 60 sujetos de los cuales casi la mitad llegaron a participar en el estudio y los restantes por problemas de diversa índole les fue imposible colaborar.

Instrumentos

Aplicamos varios instrumentos de medida para recoger información antes de la aplicación del programa de intervención (pre-test) y después del tratamiento (post-test) a ambos grupos, experimental y control. Pretendíamos recoger información sobre varios aspectos fundamentales: (a) personales, (b) clínicos y (c) de conocimientos de los trastornos cardiovasculares. Son los siguientes:

- Entrevista de evaluación (Bueno y Buceta, 1997). Evalúa los factores de riesgo de los trastornos cardiovasculares.
- Escala de sensibilización/negación (Sanne, Wiklund, Vedin y Wilhelmsson, 1985). Con esta escala pretendíamos conocer la actitud hacia la enfermedad.
- Escala de ansiedad y depresión de Leeds (Snaith, Bridge y Hamilton, 1976). Nos indica los niveles de ansiedad y estado de ánimo.
- Escala de locus de control de la salud (Wallston, Wallston, Kaplan y Mades, 1976). Esta escala evalúa la concepción que se tiene de la enfermedad en cuanto al grado de control interno/externo.
- Características tipo A (Beech, Burns, Sheffield, 1982) Para definir si el modo habitual de comportarse presenta características tipo A.
- Escala de hostilidad del cuestionario SCL-90 (Derogatis, 1975). Esta escala refleja problemas que las personas a veces tenemos y que manifestamos con ciertas conductas.

RESULTADOS

En primer lugar, se comparó la situación inicial en todas las variables consideradas, para conocer la situación de los grupos antes de empezar el programa. Para el análisis de datos, se ha procedido a realizar análisis estadísticos descriptivos básicos en función de las diferentes variables aplicables a los grupos experimental y control, así como primeras relaciones entre variables. Su análisis se realizó mediante el programa estadístico SPSS 11.0. A continuación vamos a ir describiendo los resultados que obtuvimos mediante los instrumentos utilizados. Dado que son varios los datos obtenidos los vamos agrupando por variables según la siguiente agrupación: (a) Actitud y control hacia la enfermedad. (b) Características de personalidad. (c) Variables clínicas. (d) Tipos de relaciones. (e) Hábitos diversos (f) Variables fisiológicas. Y (g) Hospitalizaciones.

(a) Actitud y control hacia la enfermedad.

El grupo 1, engloba la actitud y el locus de control de la salud. La Figura 1 representa la sensibilización/negación que se tiene hacia la enfermedad. Podemos observar como en el momento antes, los sujetos del grupo experimental están menos sensibilizados hacia la enfermedad que los sujetos del grupo control. En el momento después, el grupo experimental se distancia del grupo control ya que este último se ha sensibilizado más, mientras que en el grupo experimental ha ocurrido lo contrario.

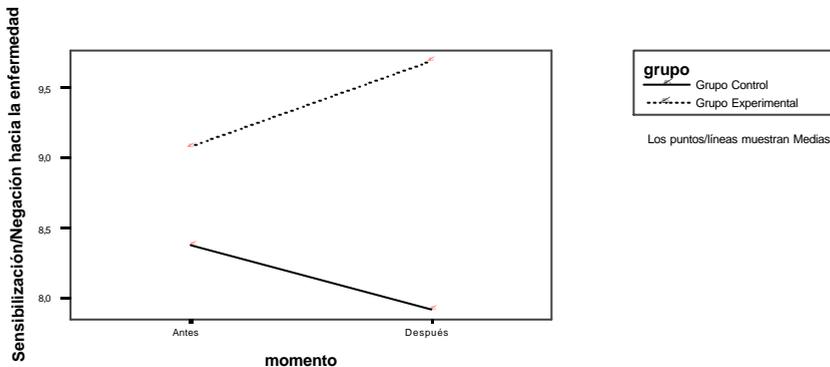


Figura 1: Puntuaciones en sensibilización/negación de los grupos experimental y control en los momentos antes y después

La Figura 2 nos muestra el locus de control interno/externo hacia la enfermedad. El grupo control, en el pre-test nos mostraba un control más interno que el experimental, sin embargo, en el momento después, es el grupo experimental el que presenta un locus de control más interno tras el tratamiento.

(b) Características de personalidad.

En el grupo de variables de personalidad, la Figura 3 nos muestra el PCTA donde ambos grupos en el pre-test presentan casi la misma puntuación. También en los dos grupos, en el post-test disminuyen las puntuaciones.

Un programa de intervención psicológica en pacientes con problemas cardiovasculares tipo inestable

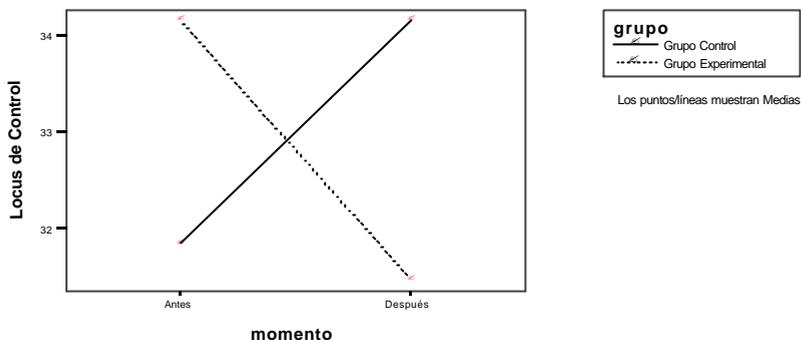


Figura 2: Puntuaciones obtenidas en el locus de control de la salud de los grupos experimental y control en los momentos antes y después

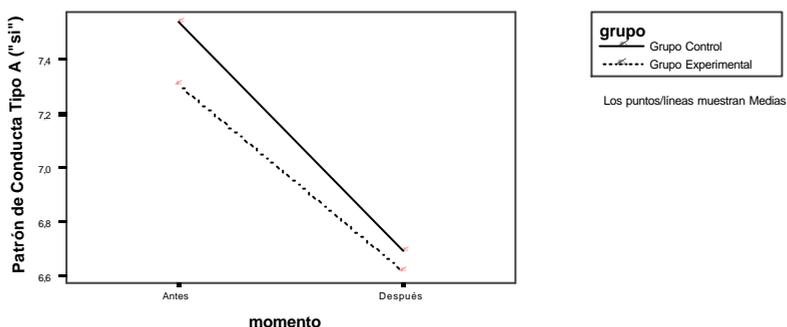


Figura 3. Puntuaciones en patrón de conducta tipo A de los grupos experimental y control en el momento antes y en el momento después

En la Figura 4 podemos apreciar el nivel de hostilidad que presentaban los participantes en el momento antes donde no se aprecian diferencias significativas. En el momento después, el grupo experimental presenta menos hostilidad que el grupo de control.

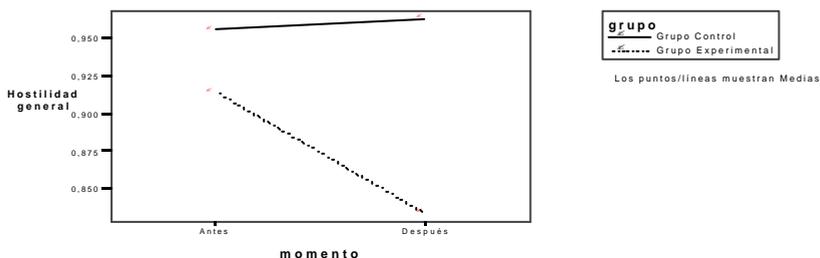


Figura 4. Puntuaciones en hostilidad de los grupos experimental y control antes y después

(c) Variables clínicas.

En referencia a estas variables, la ansiedad y la depresión están representadas las dos en las Figuras 5 y 6 respectivamente. Centrándonos en la ansiedad, en el momento antes, las puntuaciones en los dos grupos llegan a ser casi patológicas. En el momento después, estos niveles de ansiedad disminuyen tras el tratamiento en el grupo experimental, sin embargo, en el grupo control también se produce una subida.

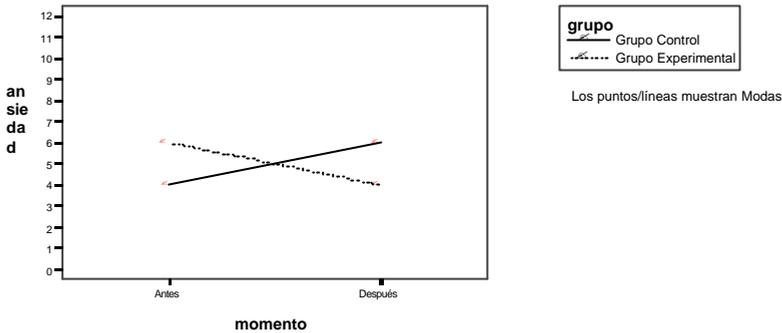


Figura 5. Puntuaciones de ansiedad de los grupos experimental y control en los momentos antes y después

La puntuación media del estado de ánimo de los sujetos del grupo control, en la evaluación inicial, es menor que la del grupo experimental, siendo en éste más alta y situándose en el límite del intervalo inferior dentro de lo que se establece como patológico. Tras el tratamiento, el grupo control subió su puntuación hasta situarse en lo patológico, sin embargo, el grupo experimental tuvo un descenso de este promedio.

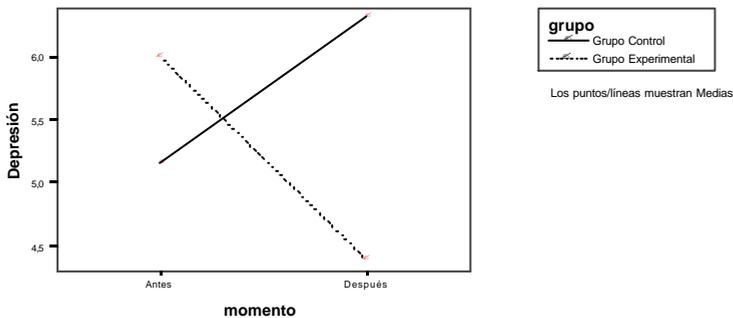
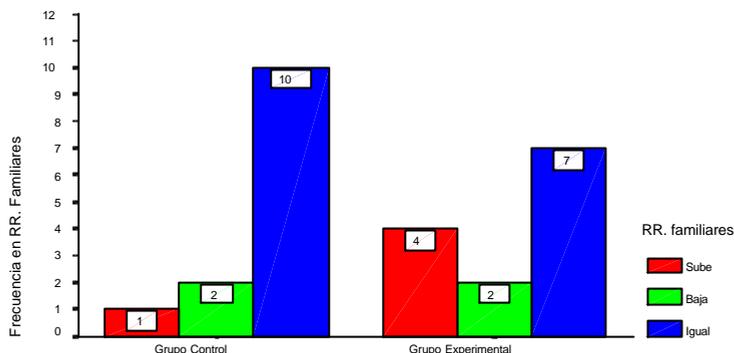


Figura 6. Puntuaciones de depresión alcanzadas en los grupos experimental y control en el momento antes y en el momento después

(d) Tipos de relaciones.

Un programa de intervención psicológica en pacientes con problemas cardiovasculares tipo inestable

Teniendo en cuenta las diversas relaciones de nuestra vida, tenemos que las relaciones familiares, sociales y sexuales pueden ser afectadas tras un trastorno cardiovascular. En la Figura 7 podemos apreciar, comparando ambos grupos, si suben, bajan o permanecen igual. En general, el grupo experimental mostró una subida de las relaciones familiares respecto al grupo control.



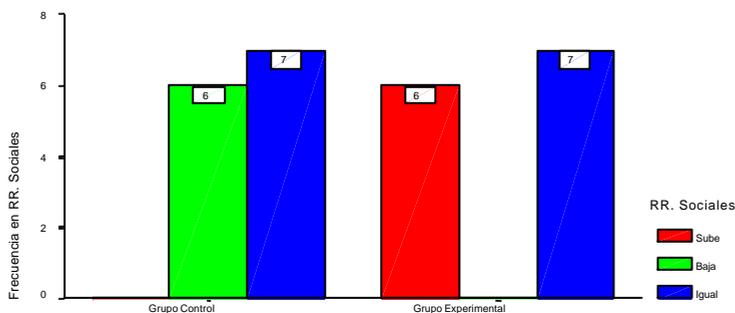
GRUPO

Figura 7. Frecuencia de relaciones familiares indicando si suben, bajan o permanecen igual los valores de los sujetos de los grupos control y experimental

Tabla de contingencia GRUPO * relaciones familiares

		relaciones familiares			Total
		Sube	Baja	Igual	
GRUPO G.Control	Recuento	1	2	10	13
	% de GRUPO	7,7%	15,4%	76,9%	100,0%
G.Experimental	Recuento	4	2	7	13
	% de GRUPO	30,8%	15,4%	53,8%	100,0%
Total	Recuento	5	4	17	26
	% de GRUPO	19,2%	15,4%	65,4%	100,0%

Las relaciones sociales, representadas en la Figura 8, nos indican que en el grupo control, se mantuvieron e incluso bajaron estas relaciones. El grupo experimental tuvo el mismo porcentaje de igualdad y el resto de los participantes experimentó una subida.



GRUPO

Figura 8. Frecuencia de relaciones sociales indicando si suben, bajan o permanecen igual los valores de los sujetos de los grupos control y experimental

Tabla de contingencia GRUPO * relaciones sociales

			relaciones sociales			Total
			Sube	Baja	Igual	
GRUPO	G.Control	Recuento		6	7	13
		% de GRUPO		46,2%	53,8%	100,0%
	G.Experimental	Recuento	6		7	13
		% de GRUPO	46,2%		53,8%	100,0%
Total		Recuento	6	6	14	26
		% de GRUPO	23,1%	23,1%	53,8%	100,0%

Por último, las relaciones sexuales, ilustradas en la Figura 9, bajaron notablemente en el grupo no tratado y una minoría permanecieron igual. El grupo de tratamiento no tuvo ni subidas ni bajadas, simplemente permaneció igual que en la evaluación inicial que en general eran satisfactorias para sus miembros.

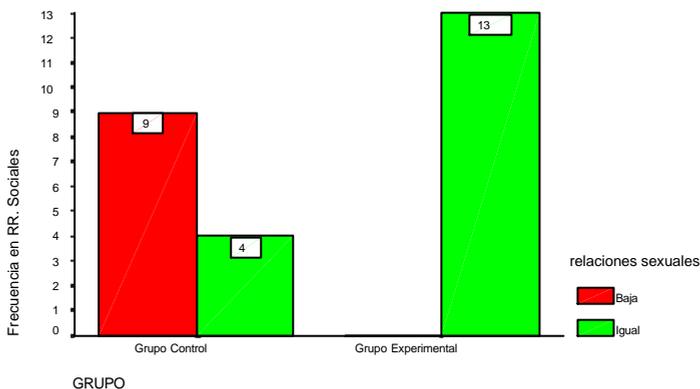


Figura 9. Frecuencia de relaciones sexuales indicando si suben, bajan o permanecen igual los valores de los sujetos de los grupos control y experimental

Tabla de contingencia GRUPO * relaciones sexuales

			relaciones sexuales		Total
			Baja	Igual	
GRUPO	G.Control	Recuento	9	4	13
		% de GRUPO	69,2%	30,8%	100,0%
	G.Experimental	Recuento		13	13
		% de GRUPO		100,0%	100,0%
Total		Recuento	9	17	26
		% de GRUPO	34,6%	65,4%	100,0%

(e) Hábitos diversos.

Entre estos hábitos se encuentran el consumo de café, de bebidas alcohólicas, de adherencia a la dieta, práctica de ejercicio físico y el consumo de tabaco. La Figura 10 nos

Un programa de intervención psicológica en pacientes con problemas cardiovasculares tipo inestable

muestra que el grupo experimental tuvo mayor descenso que el grupo control en cuanto al consumo de café.

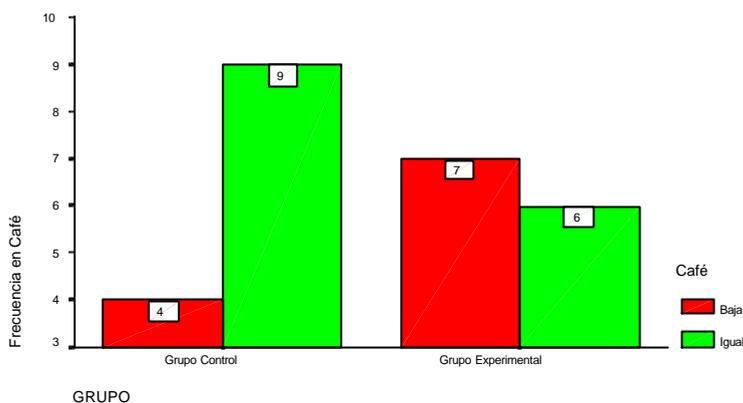


Figura 10. Frecuencia en el consumo de café indicando si suben, bajan o permanecen igual los valores de los sujetos de los grupos control y experimental

Tabla de contingencia GRUPO * Café

			Café		Total
			Baja	Igual	
GRUPO	G.Control	Recuento	4	9	13
		% de GRUPO	30,8%	69,2%	100,0%
	G.Experimental	Recuento	7	6	13
		% de GRUPO	53,8%	46,2%	100,0%
Total		Recuento	11	15	26
		% de GRUPO	42,3%	57,7%	100,0%

Viendo los resultados del consumo de bebidas alcohólicas, la Figura 11 nos muestra que en el grupo control, algunos participantes incrementaron la cantidad de alcohol, otros la descendieron y aproximadamente la mitad no tuvo modificaciones. En el grupo experimental, aproximadamente en la mitad de los participantes, permanecieron igual las unidades de alcohol y en la otra mitad se experimentó un descenso de las mismas.

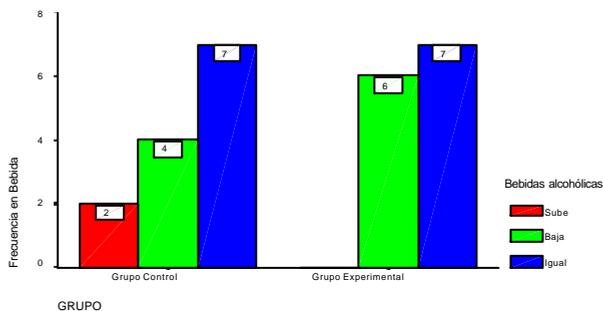


Figura 11. Frecuencia en el consumo de bebidas alcohólicas indicando si suben, bajan o permanecen igual los valores de los sujetos de los grupos control y experimental

Tabla de contingencia GRUPO * Bebidas alcohólicas

			Bebidas alcohólicas			Total
			Sube	Baja	Igual	
GRUPO	G.Control	Recuento	2	4	7	13
		% de GRUPO	15,4%	30,8%	53,8%	100,0%
	G.Experimental	Recuento		6	7	13
		% de GRUPO		46,2%	53,8%	100,0%
Total		Recuento	2	10	14	26
		% de GRUPO	7,7%	38,5%	53,8%	100,0%

La Figura 12 nos resume los resultados de la adherencia a la dieta. En ambos grupos hubo un porcentaje idéntico de permanecer igual y también hallamos el mismo porcentaje de sujetos pero con signo contrario, es decir, en el grupo control bajó la adherencia a la dieta mientras que en el experimental se produjo un aumento.

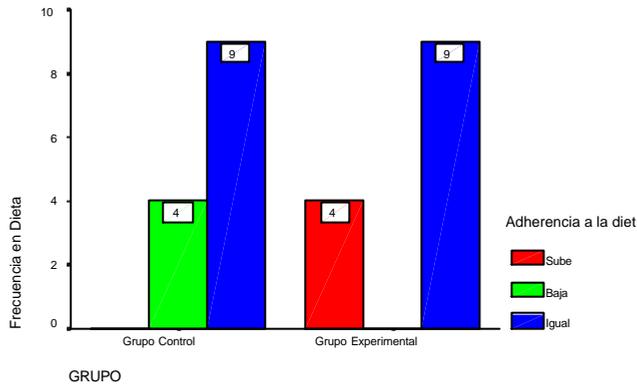


Figura 12. Frecuencia de adherencia a la dieta indicando si suben, bajan o permanecen igual los valores de los sujetos de los grupos control y experimental

Tabla de contingencia GRUPO * Adherencia a la dieta prescrita

			Adherencia a la dieta prescrita			Total
			Sube	Baja	Igual	
GRUPO	G.Control	Recuento		4	9	13
		% de GRUPO		30,8%	69,2%	100,0%
	G.Experimental	Recuento	4		9	13
		% de GRUPO	30,8%		69,2%	100,0%
Total		Recuento	4	4	18	26
		% de GRUPO	15,4%	15,4%	69,2%	100,0%

En este grupo, la Figura 13, ilustra la adherencia al ejercicio físico. Ésta permanece prácticamente igual en casi todo el grupo control. Sin embargo, todos los participantes del grupo experimental mostraron una subida de la práctica de ejercicio físico.

Un programa de intervención psicológica en pacientes con problemas cardiovasculares tipo inestable

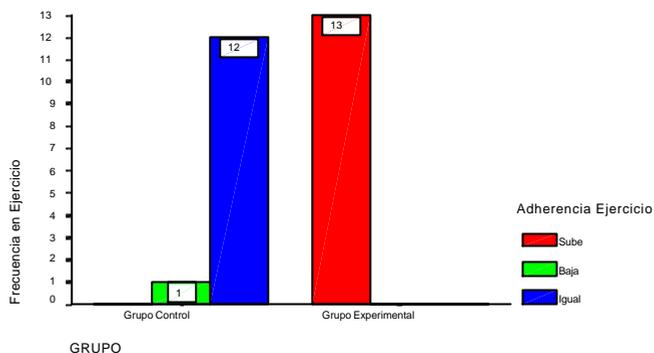


Figura 13. Frecuencia del ejercicio físico indicando si suben, bajan o permanecen igual los valores de los sujetos de los grupos control y experimental

Tabla de contingencia GRUPO * Adherencia al ejercicio físico

			Adherencia al ejercicio físico			Total
			Sube	Baja	Igual	
GRUPO	G.Control	Recuento		1	12	13
		% de GRUPO		7,7%	92,3%	100,0%
	G.Experimental	Recuento	13			13
		% de GRUPO	100,0%			100,0%
Total		Recuento	13	1	12	26
		% de GRUPO	50,0%	3,8%	46,2%	100,0%

El último de este grupo es el consumo de tabaco. La gráfica 14 nos indica que sólo uno de los participantes del control incrementó su consumo, otro lo bajó y el resto permaneció igual. En el grupo experimental, unos pocos de los que inicialmente fumaban bajaron la frecuencia de cigarrillos y el resto permaneció controlando este hábito, es decir sin fumar tal y como mostraron en el pre-test.

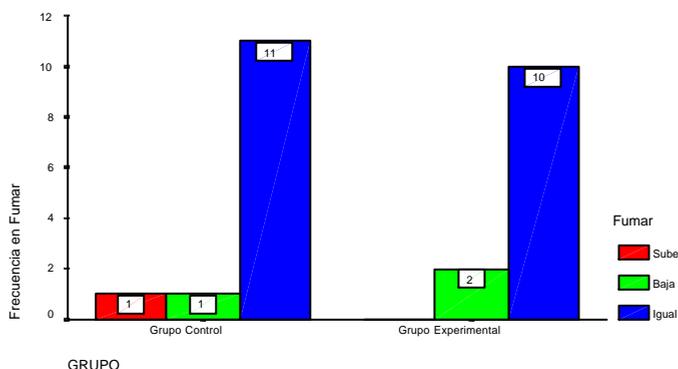


Figura 14. Frecuencia de la conducta de fumar indicando si suben, bajan o permanecen igual los valores de los sujetos de los grupos control y experimental

Tabla de contingencia GRUPO * Fumar

		Fumar				Total
		Sube	Baja	Igual		
GRUPO G.Control	Recuento	1	1	11		13
	% de GRUPO	7,7%	7,7%	84,6%		100,0%
G.Experimen	Recuento		2	10	1	13
	% de GRUPO		15,4%	76,9%	7,7%	100,0%
Total	Recuento	1	3	21	1	26
	% de GRUPO	3,8%	11,5%	80,8%	3,8%	100,0%

(f) Variables físico/biológicas.

Este grupo comprende aquellos factores que tienen un mayor componente físico/biológico, aunque también emocional, tales como colesterol, hipertensión y obesidad.

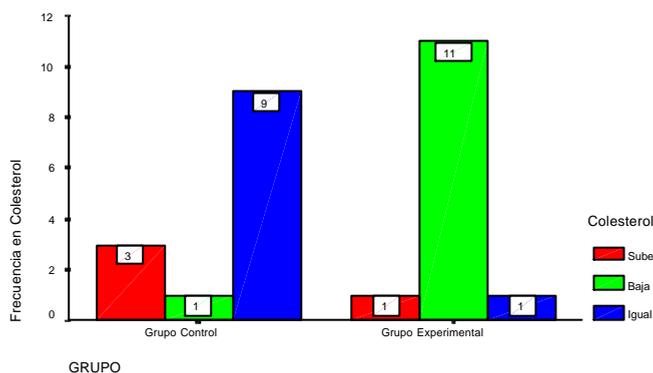


Figura 15. Frecuencia en colesterol indicando si suben, bajan o permanecen igual los valores de los sujetos de los grupos control y experimental

Tabla de contingencia GRUPO * Colesterol

		Colesterol			Total
		Sube	Baja	Igual	
GRUPO G.Control	Recuento	3	1	9	13
	% de GRUPO	23,1%	7,7%	69,2%	100,0%
G.Experimental	Recuento	1	11	1	13
	% de GRUPO	7,7%	84,6%	7,7%	100,0%
Total	Recuento	4	12	10	26
	% de GRUPO	15,4%	46,2%	38,5%	100,0%

En el grupo control, tal como nos muestra la Figura 14, el colesterol en sangre permaneció con los mismos parámetros en la mayoría de los participantes y con un porcentaje mínimo bajó y subió en algunos sujetos. En el grupo experimental, con los mismos tantos por

Un programa de intervención psicológica en pacientes con problemas cardiovasculares tipo inestable

ciento, mínimos e iguales a los del grupo control, se produjo tanto la subida como la bajada de lipoproteínas totales y la casi totalidad de los participantes del grupo experimental, tras el tratamiento obtuvo reducciones de lípidos en plasma.

La Figura 15 nos muestra los resultados de uno de los factores de riesgo cardiovascular más importante, la hipertensión. Subió en uno de los participantes y en el resto del grupo control permaneció aproximadamente igual. En el grupo experimental permaneció igual en un participante, subió en otro y en el resto, que fue la mayoría obtuvo reducciones de la presión sanguínea. Hay señalar también otro dato que la gráfica no muestra y que preocupaba a los pacientes que la sufrían y es que, para aquellos que la presión arterial estaba descompensada, durante el tratamiento comunicaban que se les había compensado.

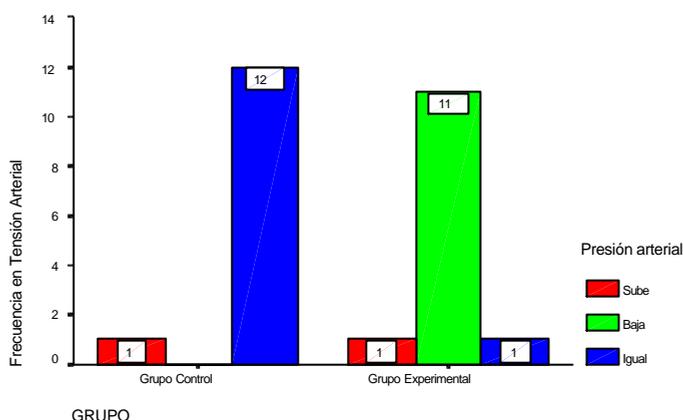


Figura 16. Frecuencia de la tensión arterial indicando si suben, bajan o permanecen igual los valores de los sujetos de los grupos control y experimental

Tabla de contingencia GRUPO * Presión arterial

			Presión arterial			Total
			Sube	Baja	Igual	
GRUPO	G.Control	Recuento	1		12	13
		% de GRUPO	7,7%		92,3%	100,0%
	G.Experimental	Recuento	1	11	1	13
		% de GRUPO	7,7%	84,6%	7,7%	100,0%
Total		Recuento	2	11	13	26
		% de GRUPO	7,7%	42,3%	50,0%	100,0%

El último factor de riesgo, (ver Figura 17) dentro de este grupo de variables físico/biológicas es el exceso de peso (obesidad). El grupo control no tuvo en sus sujetos descensos de éste, subió en algunos y el resto permaneció aproximadamente igual. En el grupo experimental bajó el peso en unos pocos y en la casi totalidad no hubo alteraciones del mismo.

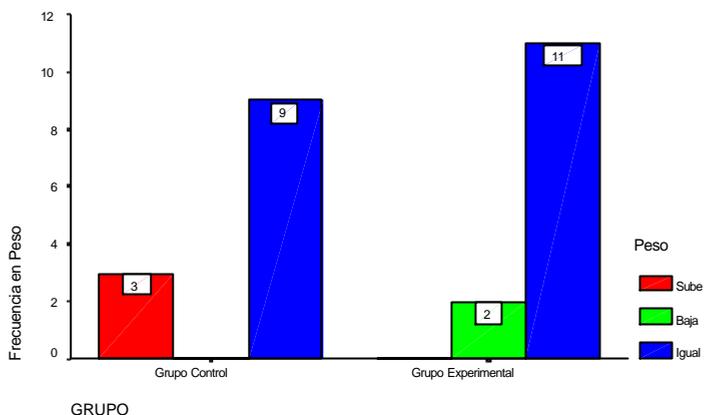


Figura 17. Frecuencia en peso, indicando si suben, bajan o permanecen igual los valores de los sujetos de los grupos control y experimental

Tabla de contingencia GRUPO * Peso

			Peso			Total
			Sube	Baja	Igual	
GRUPO	G.Control	Recuento	3		9	12
		% de GRUPO	25,0%		75,0%	100,0%
	G.Experimental	Recuento		2	11	13
		% de GRUPO		15,4%	84,6%	100,0%
Total		Recuento	3	2	20	25
		% de GRUPO	12,0%	8,0%	80,0%	100,0%

(g) Hospitalizaciones.

El último de los grupos hace referencia al número de ingresos hospitalarios habidos durante el programa. Las barras de la Figura 16 nos muestran las medias. El grupo control sufrió una media de 1.6 hospitalizaciones durante el tiempo que duró el programa mientras que el grupo experimental destacó por la ausencia de las mismas.

Estadísticos descriptivos ^a

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Sensibilización/Negación hacia la enfermedad	13	3	12	8,38	2,72
ANSIEDAD	13	1	12	5,77	3,42
Depresión	13	0	15	5,15	4,39
Locus de Control	13	14	41	31,85	7,80
Patrón de Conducta Tipo A ("si")	13	2	10	7,54	2,18
Hostilidad general	12	,00	2,49	,9558	,9340
Número de hospitalizaciones	0				
N válido (según lista)	0				

^a. MOMENTO = Antes, GRUPO = G.Control

Un programa de intervención psicológica en pacientes con problemas cardiovasculares tipo inestable

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

MOMENTO = Antes, GRUPO = G.Contro

MOMENTO = Antes, GRUPO = G.Experimental

Estadísticos descriptivos^a

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Sensibilización/Negación hacia la enfermedad	13	5	11	9,08	2,33
ANSIEDAD	13	4	9	6,23	1,79
Depresión	13	2	11	6,00	2,65
Locus de Control	13	21	50	34,15	7,66
Patrón de Conducta Tipo A ("si")	13	3	12	7,31	3,01
Hostilidad general	13	,00	2,66	,9146	,7719
Número de hospitalizaciones	0				
N válido (según lista)	0				

a. MOMENTO = Antes, GRUPO = G.Experimental

Estadísticos descriptivos^a

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Sensibilización/Negación hacia la enfermedad	13	4	12	7,92	2,81
ANSIEDAD	13	0	12	6,31	3,35
Depresión	13	2	18	6,31	4,35
Locus de Control	13	22	42	34,15	6,38
Patrón de Conducta Tipo A ("si")	13	1	11	6,69	3,35
Hostilidad general	13	,00	3,96	,9631	1,0872
Número de hospitalizaciones	12	0	10	1,58	3,03
N válido (según lista)	12				

a. MOMENTO = Despues, GRUPO = G.Control

Estadísticos descriptivos^a

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Sensibilización/Negación hacia la enfermedad	13	7	12	9,69	1,75
ANSIEDAD	13	0	10	4,92	2,84
Depresión	13	0	8	4,38	2,47
Locus de Control	13	20	41	31,46	5,56
Patrón de Conducta Tipo A ("si")	13	2	12	6,62	2,99
Hostilidad general	13	,00	33,00	3,3469	8,9357
Número de hospitalizaciones	13	0	0	,00	,00
N válido (según lista)	13				

a. MOMENTO = Despues, GRUPO = G.Experimental

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este estudio piloto hemos seleccionado sujetos que presentaban una patología cardiovascular de tipo inestable, en los que evaluar varios factores de riesgo cardiovascular, aplicarles un programa de intervención y después comprobar como ha influido en estos participantes.

Entre todas las variables estudiadas divididas en varios grupos, (actitud y control hacia la enfermedad, de personalidad, clínicas, tipos de relaciones, hábitos, físico/biológicas, y hospitalizaciones) al hacerse los promedios en los grupos control y experimental en el momento "antes" y en el momento después, excepto las clínicas (ansiedad y depresión) que mostraron diferencias significativas y hospitalizaciones que se compararon en el momento después, los grupos control y experimental también mostraron diferencias significativas. El resto presentaba unos valores que sin llegar a ser patológicos, estas puntuaciones se situaron después de la intervención en unos valores más óptimos. Esto es comprensible ya que nuestro denominador común fue la patología vascular tipo inestable y no seleccionamos los sujetos con valores patológicos en ciertas variables. Así tenemos, en el primer grupo, la sensibilización/negación hacia la enfermedad (actitud) donde las puntuaciones se situaron en unos valores casi normales. La puntuación ideal tendría que situarse en un punto medio; es decir, no es bueno puntuar muy bajo lo que nos indicaría que el sujeto está demasiado sensibilizado hacia la enfermedad, ni tampoco es estupendo que el sujeto la niegue porque le llevaría a seguir con las pautas anteriores y en definitiva podría volver a sufrir otro ataque. El objetivo del programa es que supieran diferenciar tanto una cosa como la otra y establecer un punto medio. Dentro de este grupo, el locus de control establece una puntuación media de 35.57 puntos. Las puntuaciones en ambos grupos y en diferentes momentos fueron normales; sin embargo, a los participantes les quedó una cosa muy clara y es que cuidándose un poco y haciendo caso de las prescripciones terapéuticas (locus de control más interno) y no atribuyendo su mala salud a la mala suerte o al azar pueden obtener una buena calidad de vida el tiempo que les quede por vivir.

En el siguiente grupo, con una media de edad de 59 años no es fácil cambiar ciertos patrones de personalidad, sin embargo, trabajando cada ítem del cuestionario sí llegaron a comprender el significado de cada uno de ellos y lo que tenían que hacer como alternativa positiva para su salud. Al final, en las gráficas, reflejan disminución de estas puntuaciones en el momento después. La hostilidad tuvo un descenso más acusado tras la intervención ya que las ideas que trabajamos son más básicas y teniendo en cuenta la edad de los participantes y el nivel de estudios les resultó más fácil incorporarlas a su repertorio cognitivo-conductual. En cualquier caso, tampoco se podía obtener otro tipo de indicadores, debido a que inicialmente no presentaban puntuaciones patológicas.

En el grupo de variables clínicas, la ansiedad y la depresión suelen estar presentes en este grupo de pacientes. Como mencionamos en el apartado de resultados, sí sacaron provecho del programa donde podemos apreciar diferencias significativas.

Englobando otras variables de tipo comportamental, como son el consumo de café, bebidas alcohólicas, adherencia a la dieta y al ejercicio físico y la conducta de fumar, las gráficas nos muestran al final mejoría en cuanto a la eliminación de unas (café, alcohol y tabaco) y el incremento de otras (dieta y ejercicio físico). Pudiéndose denotar el ejercicio físico como una "herramienta" especialmente útil en la intervención con este tipo de pacientes.

Un programa de intervención psicológica en pacientes con problemas cardiovasculares tipo inestable

En cuanto a las variables de tipo físico-biológicas, además de haber influido en ellas otros módulos, concretamente el de ejercicio físico fue uno de los que más les gustaron y que mostró sus efectos con descensos y compensaciones de la presión arterial, colesterol y aunque no tanto en el peso sí perdieron algunas grasas y mejoraron su sistema músculo-esquelético.

Por último, un resultado muy satisfactorio fue el número de hospitalizaciones. El estar participando en este programa les proporcionó, además de aprender una variedad de estrategias de afrontamiento, seguridad y distracción y de esta forma no estar tan atentos a las mínimas sensaciones corporales.

Para terminar hay que decir que en la totalidad de las variables se observa mejoría a nivel de descriptivos básicos, necesitamos mejorar el programa así como ampliar la muestra para otras intervenciones futuras. Se enfatiza la necesidad de programas de este tipo tanto en la intervención como en la prevención de los trastornos cardiovasculares, incidiendo en el diseño de actividades físicas que no sólo son una buena antítesis de la inactividad, sino que además demuestran una influencia muy positiva en el desarrollo de un estado motivacional y emocional mucho más adaptativo. Sin duda, junto a las anteriores, una de las conclusiones para nosotros más importantes es poder demostrar la adecuada complementariedad que el ejercicio físico presenta junto a la intervención médica, siempre necesaria. En este sentido futuras líneas de prevención de recaídas en pacientes con esta cardiopatía han de plantearse introducir dichos programas de actividad física como una necesidad para la mejora de las intervenciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beech, H.R., Burns, L.E. y Sheefield, B.F. (1986). *Tratamiento del estrés: Un enfoque comportamental*. Madrid: Alhambra.
- Bernstein D.A. y Borkovec T.D.(1999). *Entrenamiento en relajación progresiva. Un manual para terapeutas*. Biblioteca de psicología.
- Buceta J.M. (1987). Aplicación de un procedimiento abreviado de relajación progresiva en dos casos de ansiedad generalizada. *Psiquis*, 8,47-55.
- Bueno A.M. y Buceta J:M (1997). *Tratamiento psicológico después del infarto de Miocardio: Estudios de Caso*. Madrid: Dykinson.
- Burns D.D. (1995). *Comprenda sus estados de ánimo: Lo que usted piensa determina lo que usted siente*. Madrid: Altaya.
- Castillo Fernando, J.R., Torelló Iserte, J., Jiménez Plata, M.C., Merino Kolly, N.(2000). *Terapéutica Cardiovascular III. Guía para el diagnóstico y tratamiento del paciente con Angina de Pecho Estable Crónica*. Sevilla: Universidad de Sevilla. Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud.
- Cook, T.D. y Campbell, D.T. (1979). *Quasi-experiments: Desing and analysis issues for field settings*. Chicago, IL: Rand McNally.
- Derogatis, L.R. (1975). *The SCL-90*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Fernández Abascal, E.G. y Martín, M.D. (1995). *Estrés y prevención coronaria. Psicología y Salud: Control del estrés y trastornos asociados*. Madrid: Dykinson.
- Gyarfas, I. (1992). Las enfermedades cardiovasculares: El principal enemigo de la salud. *Revista de la Organización Mundial de la Salud, Enero-Febrero*, 4-5.

- HRH Editores (2001). *Hipertensión y colesterol. Un peligro dúo*. Arkosalud. Nº 12.
- Jacobson, E.(1938). *Progressive Relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Planeta F.(1987). *Hombre y Mujer. Beneficios del Ejercicio*. Barcelona: Planeta.
- Sanne, H., Wiklund, I., Vedin, A. y Wilhelmsson, C. (1985). Determinantes de la readaptación psicológica, sexual y laboral después del infarto de miocardio. *Revista española de cardiología*, 38, 10-14.
- Snaith, R.P., Bridge, G.W.K. y Hamilton, M. (1976). The Leeds Scales for the self-assessment of anxiety and depression. *British Journal of Psychiatry*, 128, 156-165.
- Wallston, B.S., Wallston, K.A., G.D. y Maides, S.A. (1976). Development and validation of the health locus of control (HLC) Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 4, 580-585.

ANEXO

A. Clasificaciones.

Hemos utilizado las clasificaciones de Castillo, Torelló, Jiménez y Merino (2000) para:

- Sintomatología del dolor anginoso.
- Clasificación clínica del dolor torácico (Tabla 1).
- Forma de presentación y relación con el esfuerzo (Tabla 2).
- Capacidad funcional (Tabla 3).

Síntomas del dolor anginoso.

La descripción detallada del episodio doloroso ayuda a caracterizar el dolor torácico. Existen cuatro componentes principales que definen el dolor anginoso: calidad, localización, duración y relación con el ejercicio.

- Calidad o carácter. El dolor es la manifestación más frecuente y se define como una sensación de opresión, estrujamiento, presión, tenazas, sofocación o peso. Algunos pacientes no refieren dolor, sino sensación de disconfort o disnea. Casi nunca es de tipo punzante o agudo y no suele modificarse con la respiración o los cambios de posición.
- Localización. El dolor es típicamente referido en la región retroesternal y puede irradiarse a ambos lados del tórax o a los brazos (más frecuentemente el izquierdo), e incluso a la muñeca, el cuello o la mandíbula o epigastrio. Menos frecuentemente se irradia a la espalda. De forma más rara, puede iniciarse fuera del tórax y luego extenderse a la región centrotorácica. A veces no afecta a la región esternal.
- Duración. Típicamente dura pocos minutos. Aunque puede prolongarse unos diez minutos, es raro que el malestar o dolor sordo mantenidos durante horas sea de origen anginoso.
- Relación con el ejercicio. Factores que lo provocan y alivian. Generalmente, la angina es provocada por un aumento del consumo miocárdico de oxígeno durante el ejercicio o estrés, y se alivia rápidamente con el reposo o con nitroglicerina. Algunos pacientes pueden presentar angina durante el reposo.

Estas características permiten clasificar el dolor torácico según las características clínicas (Tabla 1), su forma de presentación y relación con el esfuerzo (Tabla 2) y la capacidad funcional (Tabla 3).

Tabla 1. Clasificación clínica del dolor torácico.

Angina típica. Dolor torácico con las siguientes características:

1. Dolor o disconfort torácico retroesternal con características de calidad y duración,
2. es provocado por el ejercicio o estrés y
3. es aliviado por el reposo o nitroglicerina.

Angina atípica.

Cumple dos criterios de los anteriores.

La relación con el esfuerzo define la angina de esfuerzo o de reposo, y permite distinguir tres grupos:

- Angina de esfuerzo. Provocada por la actividad física o por otras situaciones que provocan un aumento de la demanda de oxígeno. Según su aparición y evolución, puede ser inicial, si su antigüedad es inferior a un mes; progresiva si ha empeorado en el último mes, y estable si sus características no se modifican en las últimas semanas.
- Angina de reposo. Se produce de manera espontánea, sin relación aparente con los cambios en el consumo de oxígeno del miocardio. La angina variante, vasoespástica o de Prinzmetal es una variedad con elevación del segmento ST en el ECG durante las crisis.
- Angina mixta. Coexisten ambos tipos de crisis.

La angina de esfuerzo estable, por tanto, es aquella que se produce asociada a condiciones que provocan un aumento de las demandas de oxígeno y no sufren variaciones durante el último mes. En cambio, la angina inestable (de esfuerzo inicial, progresiva o de reposo) se asocia a menudo a ruptura de placas de ateroma con trombosis intracoronaria, a aumento del tono muscular, y su manejo es distinto al de la angina estable. La importancia de diferenciar la inestable estriba en que su presencia predice un mayor riesgo de accidentes coronarios agudos. La angina estable se produce casi invariablemente por un estrechamiento ateromatoso de las arterias coronarias. En general, este estrechamiento debe alcanzar el 50-70% de la luz arterial para que el flujo sea incapaz de proveer las demandas metabólicas del miocardio durante el ejercicio o estrés.

Tabla 2. Clasificación de la angina según su presentación clínica y relación con el esfuerzo.

Angina estable

- * Angina de esfuerzo estable crónica.

Angina inestable

- * Angina de esfuerzo de reciente comienzo: Angina que se inicia hace menos de dos meses y que alcanza, al menos, un grado III de severidad, de la clasificación funcional de la CCSC.
- * Angina de esfuerzo progresiva: Angina previamente diagnosticada que se hace más frecuente, prolongada en duración o de menor umbral (por ejemplo, aumento al menos de un grado de gravedad CCSC hasta al menos grado III, en menos de dos meses).
- * Angina de reposo. Angina que ocurre en reposo y habitualmente prolongada más de 20 minutos, que se produce en una semana de su presentación.

*Tabla 3. Graduación de la angina de pecho, de la clasificación de la
Sociedad Cardiovascular Canadiense (CCSC).*

Clase Canadian Cardiovascular Society Functional Classification

Clase I. La actividad física ordinaria, como andar o subir escaleras, no produce angina. La angina ocurre con ejercicios extenuantes, rápidos o prolongados durante el trabajo o la diversión.

Clase II. Ligera limitación de la actividad ordinaria. La angina se produce andando o subiendo escaleras rápidamente, caminando cuesta arriba, andando o subiendo escaleras tras las comidas, o con frío o viento o bajo estrés emocional, o sólo durante unas pocas horas tras despertarse. La angina se produce caminando más de dos manzanas a nivel, y subiendo un tramo de escaleras en condiciones normales a paso normal y en condiciones normales.

Clase III. Limitación importante de la actividad física ordinaria. La angina ocurre caminando una o dos manzanas a nivel y subiendo un tramo de escaleras en condiciones normales y a paso normal.

Clase IV Incapacidad para continuar cualquier actividad física sin disconfort. Los síntomas anginosos pueden aparecer en reposo.