

Intervención cognitivo-conductual en pacientes post-infarto de miocardio

*“Cualquier sensación psíquica que se acompaña de dolor o gozo, esperanza o temor, causa una emoción que llega a afectar al corazón”. Exercitatio de Motu Cordis et Sanguinis
W. Harvey (1628)*

F.C. Gala(*), M. Lupiani(), C. Guillén(***), A. Gómez Sanabria(****), Grupo Investigador en Psicología de la Salud (PAI-CTS-386).**

Resumen

El corazón está investido por un halo conceptual que lo coloca como eje de los sentimientos y las emociones; con este espectro semántico que introyectamos desde pequeños sería raro que no estuvieran imbricados en el corazón aspectos y mecanismos psicosociales, tanto en su funcionamiento como en su enfermar y, por ende, en las posibles intervenciones terapéuticas. Por ello, la atención desde la Psicología de la Salud a todo lo cardiovascular y, en concreto, a los pacientes post-infarto de miocardio, es un hecho cada vez más remarcado.

En este marco se presenta una revisión y puesta al día de las principales líneas de intervención cognitivo-conductuales en pacientes post-infarto de miocardio.

Palabras clave: Psicología de la Salud y Trastornos Cardiovasculares. Infarto de Miocardio y Psicología de la Salud. Intervención Psicológica en Infartos de Miocardio.

Summary

The heart is surrounded by a conceptual halo that positions itself as an axis between feelings and emotions; with this semantic spectrum which we internalize from the time we are a child, it would be unusual if psychosocial aspects and mechanisms weren't imbricated on the heart, affecting both its functioning and illness and, thus, any possible therapeutic intervention. Therefore, attention given by Health Psychology to any cardiovascular topic and, concretely, to post heart attack patients, is an issue that is increasingly emphasized.

(*) Catedrático de Ciencias Psicosociales Aplicadas. Universidad de Cádiz.

(**) Profesora Titular de Enfermería Médica. Universidad de Cádiz.

(***) Profesor Titular de Psicología Social. Universidad de Cádiz.

(****) Profesor Asociado de Psicología Social. Universidad de Cádiz.

Correspondencia: Prof. Dr. D. Fco. Javier Gala León

Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud

Duque de Nájera, 18

Cádiz 11002

e-mail: francisco.gala@uca.es

A revision and update of the main lines of cognitive-behavioral intervention in post heart attack patients is presented in this setting.

Key words: Health Psychology and Cardiovascular Disorders. Heart Attacks and Health Psychology. Psychological Intervention in Heart Attacks.

INTRODUCCIÓN

El corazón está investido desde los saberes populares por un marcaje lingüístico que lo coloca como eje y sustrato de la esfera de los sentimientos y las emociones; por ello decimos desde pequeños que el valor radica en el corazón (“de león” en este caso), así como la maldad o la bondad (“de mal o buen corazón”); en él habita el amor, pasando a ser su logotipo, y en él decimos que anidan los odios y los deseos (“de la abundancia del corazón, habla la boca”)... Residencia de los afectos, no hay bolero que no se precie que no lo evoque o nombre varias veces, predicándose de alguien sin sentimientos “que no tiene corazón”. Grande en los generosos (“¡qué gran corazón!”) se achica en los cobardes o con el miedo (“con el corazón encogido”) y llega a ser incluso “de oro” en los generosos; se acelera con las pasiones, la motivación y el deseo (“con el corazón desbocado” o “como una moto”) y se rompe con el desamor o se va con el “des-pecho”. Sede de los recuerdos (etimológicamente “cosas del corazón” -re-cordis-), se nos escapa cuando perdemos la motivación o el entusiasmo quedando “descorazonados” (Gala, Fco. J; Díaz, M; Lupiani, M y Paublete, Ma.C, 1995).

Con este espectro semántico y conceptual que introyectamos en nuestros esquemas mentales más atávicos desde pequeños, raro sería que no estuvieran **IMBRICADOS EN EL CORAZÓN ASPECTOS Y MECANISMOS PSICOSOCIALES, TANTO EN SU FUNCIONAMIENTO COMO EN SU ENFERMAR Y, POR ENDE, EN LAS POSIBLES INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS** (Gala, Fco; Lupiani, M y Guillén, C, 2000).

Por ello, la atención desde la Psicología de la Salud a todo lo cardiovascular es un hecho cada vez más remarcado, y es que la relevancia de los factores psicológicos y comportamentales en la etiología, mantenimiento, recaída y mortalidad

cardiovascular es algo fuera de toda discusión, así como la evidencia de que los principales determinantes de las tasas de incidencia y mortalidad cardiovascular pueden prevenirse, en gran medida, mediante la promoción de comportamientos de salud e intervenciones específicas desde los paradigmas de las Ciencias de la Conducta (Reig, A, 1992).

Definiciones Conceptuales

Por **TRASTORNO CORONARIO** se alude a un desorden fisiológico causado básicamente por un insuficiente aporte sanguíneo al corazón por parte de las arterias que lo nutren (Fernández, M^a.C y Vila, J, 1991); en este marco, el término **CARDIOPATÍA ISQUÉMICA** hace referencia a diversos trastornos caracterizados por un desequilibrio entre la demanda de oxígeno del miocardio y el suministro del mismo: Cuando se produce una necrosis en éste, por falta de aporte de oxígeno, merced a un trastorno coronario, hablamos de **INFARTO DE MIOCARDIO**, siendo otras manifestaciones de la cardiopatía isquémica la **ANGINA DE PECHO** (angor) y la **MUERTE SÚBITA** (Beneit, P.- 1995).

En la etiología multicausal de estos trastornos se describen diversos factores de riesgo de tipo genético, biológico, nutricional, ambiental, psicológico y social, casi todos ellos (salvo la edad, el sexo y la carga genética) con un **COMPONENTE CONDUCTUAL** importante, tal es así que se ha afirmado que las causas últimas de la patología coronaria son fundamentalmente conductuales (Jenkins, C.- 1988).

Aspectos Epidemiológicos

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la **PRINCIPAL CAUSA DE MUERTE Y MORBILIDAD** en los países desarrollados, estimándose que cerca del 40% de todas las muertes en sujetos de mediana edad se deben a esta causa

correspondiendo las 3/4 partes de la mortalidad al Infarto Agudo de Miocardio (IAM) (Llor, B; Abad, M^a; García, M y Nieto, J, 1995), explicando -además aproximadamente el 50% más de muertes cada año que todas las formas de cáncer juntas (Surwitt, R; Williams, R y Shapiro, D, 1982), a lo que se añade que el 35% de los que mueren por esta causa tiene menos de 65 años (Fishman, A, 1982).

En España tal y como evidencia el “Estudio sociológico de la cardiopatía isquémica en España” (Bernard Krief, 1985) se producen cada año entre doce y trece mil casos de infarto agudo de miocardio, excluyendo a la población mayor de 74 años, con un aumento gradual cada año (Iturralde, J, 1988).

Aspectos Biomédicos

Básicamente el IAM ocurre cuando la sangre que fluye hacia el corazón es detenida por alguna obstrucción -generalmente una placa en el interior de una arteria-, así se produce un aumento del bombeo de éste para mantener el nivel de oxígeno que necesita; a la larga, este bombeo irregular perturba el latido normal del corazón hasta que éste entra en un espasmo llamado fibrilación ventricular. Paradójicamente conforme la sangre fluye sobre el obstáculo o placa, su velocidad disminuye un poco; ante este enlentecimiento, la sangre “interpreta” que algo funciona mal y comienza a coagularse, por lo que, además del bloqueo, la sangre coagulada hace que la cantidad de sangre en circulación sea menor y menor la cantidad de oxígeno que llega (Browne, C, 1997).

En virtud de lo dicho, las terapias médicas funcionan “rompiendo” el coágulo de sangre formado alrededor del bloqueo y también dificultando la nueva coagulación de la sangre, así tenemos las DROGAS ANTICOAGULANTES que producen trombolisis; otros dos métodos son el Implante de un “Bypass” en una Arteria Coronaria (IBAC) y la Angioplastia Coronaria Percutánea Transluminal (ACPT) —pasar un catéter microscópico por dentro de la arteria obstruida—. En ambos casos, se completa el tratamiento con medicamentos tales como la Aspirina, la heparina y los betabloqueantes... Sin embargo, todo ello es inútil a la larga si no se atiende a los aspectos conductuales y de estilo de

vida, como veremos a continuación (Esteve, L; Valdés, M y Riesco, N, 1992).

FACTORES DE RIESGO EN EL INFARTO DE MIOCARDIO

La evidencia científica acumulada desde los años 50 indica que los trastornos coronarios se deben principalmente a un ESTILO DE VIDA ATEROGÉNICO (productor de “ateromas” o placas -Weller, B, 1997-) producido por la industrialización y la urbanización (Reig, A, 1992). Este estilo de vida se caracteriza por una alimentación excesivamente rica en calorías, sal y ácidos saturados, sedentarismo, sobrepeso, tabaquismo, así como una sobredesarrollada sensación de urgencia de tiempo.

De este modo, los “FACTORES DE RIESGO” (factores personales y ambientales que predisponen al IAM) descritos son: Hiperlipidemia, hipercolesterolemia, hipertensión, tabaquismo, diabetes, obesidad, anomalías en el ECG, la edad (más riesgo a más edad), el sexo (varón), la herencia y los antecedentes familiares, el alcohol, la hiperuricemia, la tolerancia anormal a la glucosa, los anticonceptivos orales, la menopausia, el café, la alimentación muy copiosa en grasas saturadas y azúcares refinados, la movilidad geográfica, así como diversos factores específicamente psicosociales, tales como el estrés y el Patrón Tipo A de conducta.

-PTAC-, y otros ambientales (diferencias climáticas y dureza del agua -la blanda como aterogénica-) (Reig, A, 1992).

Entre todos, destacan: el consumo de tabaco, los elevados niveles de colesterol y la hipertensión arterial (Pooling Project Research Group, 1978 y Who Monica Project Principal Investigators, 1988) a lo que se ha sumado recientemente el PTAC (Halhuber, M y Siegrist, J, 1985).

Siguiendo a Fernández y Vila (1991) podemos clasificar todos estos diferentes factores de riesgo en A) FACTORES CLÁSICOS DE RIESGO y B) FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL ESTRÉS.

Factores clásicos de riesgo

Aquí nos encontramos con tres grupos de factores de riesgo ordenados en función de su mayor

o menor componente biológico, lo que se traduce en que sean más o menos susceptibles de modificación:

1.- Factores eminentemente biológicos y genéticos: Sexo, edad e historia familiar de patología cardiovascular.

2.- Hipertensión, hipercolesterolemia/hiperlipemia y el consumo de cigarrillos (aquí podíamos incluir también la diabetes).

3.- Aquí se incluyen factores de riesgo que son objeto de debate y discusión tales como la obesidad, la inactividad física y el consumo de alcohol.

Factores de riesgo relacionados con el estrés

Los factores “clásicos” arriba nombrados tan sólo explican, aún combinados, la mitad de la morbilidad y mortalidad por IAM, esto ha llevado a la búsqueda de nuevos factores de riesgo distintos a los tradicionales, relacionados de algún modo con el concepto de ESTRÉS y que incluyen: Estados emocionales negativos tales como ansiedad, irritabilidad o depresión, insatisfacción vital, movilidad socio-ocupacional, PTAC, nivel socioeconómico, desgaste interpersonal, pérdida de trabajo y excesivas demandas ocupacionales... centrándose las investigaciones, sobre todo, en el estudio del ESTRÉS PSICOLÓGICO y del PTAC (estudios que, pese a su indudable interés, nos alejarían del objetivo de este trabajo). Sea como sea, lo cierto y verdad es que exceptuando la presencia de los antecedentes familiares de enfermedad coronaria, la edad, el sexo y la diabetes **TODOS LOS DEMÁS FACTORES DE RIESGO, BIEN SON CONDUCTAS** (p. ej. Fumar o no realizar ejercicio físico) o **BIEN SE RELACIONAN DIRECTAMENTE CON COMPORTAMIENTOS** (p.ej. hipercolesterolemia o hipertensión arterial); de ahí la importancia de los **ASPECTOS CONDUCTUALES** en el IAM, así si consideramos las variables psicosociales que constituyen factores de riesgo coronario o que se relacionan con su presencia podríamos clasificarlas en (Bueno, A y Buceta, J, 1996):

a) *Estímulos ambientales estresantes*: insatisfacción laboral, preocupaciones económicas,

exceso de trabajo, elevados niveles de responsabilidad, infelicidad familiar, etc. (que aumentan el riesgo de IAM tanto directamente, a través de la activación de los ejes neuroendocrino y endocrino —Gala, Fco. J; Lupiani, M; Guillén, C; Gómez, A et al, en prensa—, cuanto indirectamente, al favorecer conductas tales como el consumo de alcohol o tabaco).

b) *Características personales*: Centradas sobre todo en el PTAC, patrón de conducta descrito como:

- esfuerzo intenso y mantenido hacia el logro de objetivos autoseleccionados y, por lo general, pobremente definidos.
- elevada inclinación hacia la competitividad.
- deseo persistente de reconocimiento y prestigio.
- constante implicación en múltiples y diversas actividades que exceden la disponibilidad de tiempo del sujeto.
- propensión habitual a la aceleración en la realización de actividades diversas.
- extraordinario nivel de alerta física y mental.

Centrado, todo ello, en tres grandes factores: **COMPETITIVIDAD, IMPACIENCIA y HOSTILIDAD** (Sánchez-Elvira, A y Bermúdez, J, 1990) (sobre todo a efectos del IAM, tiene importancia la competitividad).

c) *Hábitos comportamentales*: Aquí tenemos tanto la realización habitual de determinadas conductas (consumo de cigarrillos y la presencia de determinados hábitos alimenticios) como la falta de determinados hábitos (ausencia de ejercicio físico regular y moderado).

d) *Trastornos emocionales*: Sobre todo centrados en la Ansiedad y la Depresión (lo cual puede que sea un elemento más de la influencia negativa del estrés sobre el IAM).

Es importante constatar que antes de un IAM, casi el 40% de los sujetos afectados presentan quejas de agotamiento, pérdida de vitalidad, apatía, pérdida de libido e incremento de la irritabilidad, todo lo cual se aglutina en el **SÍNDROME DE AGOTAMIENTO VITAL** (Appels, A y Mulder, P, 1988). También hay que resaltar que el peso de los trastornos emocionales, como fac-

tor de riesgo en el IAM, aumenta tras el padecimiento de un suceso de infarto.

e) *Estilo de vida anterior al infarto de miocardio*: Con un peso específico tanto ante un IAM como, sobre todo, después, lo que lo convierte en un importante factor de riesgo de recidivas y recurrencias (Gala, Fco. J; Lupiani, M; Gómez, A; Guillén, C et al, 1999). Aquí tenemos tanto la falta de cambios respecto al estilo de vida previo al IAM —si se precisan— cuanto el exceso de cambios postinfarto que se traducen en un deterioro del funcionamiento normal y generan reacciones emocionales adversas.

VIVENCIA FENOMENOLÓGICA DEL IAM Y CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES

Vivencia v Percepción del IAM

Uno de los principales aspectos a tener en cuenta en el IAM es que el tratamiento médico es más efectivo si el paciente llega al hospital entre las 6-12 horas inmediatas a la aparición de los síntomas (GISSI-1, 1986); sin embargo, tan sólo el 50-70% de los pacientes llega al hospital dentro de las 6 horas posteriores a la aparición de los síntomas (Gray, D; Keating, N y Murdock, J, 1993), por ello la Psicología de la Salud está muy interesada en comprender el PORQUÉ y el CÓMO de esto, centrándose en cómo se VIVENCIAN los síntomas (Browne, C, 1997): Los síntomas de un IAM pueden ser de muy intensos a moderados. Cuando no se experimenta dolor o síntomas durante el IAM, éste es considerado como un EPISODIO ISQUÉMICO SILENCIOSO; ahora bien, normalmente los pacientes informan de dolor subesternal en el pecho que se extiende a los brazos, cuello, mandíbulas o encías, punzadas en el hombro y, a veces, en la parte inferior de la espalda. También se puede experimentar falta de aliento, sudoración abundante, palpitaciones, palidez o enrojecimiento de la piel, fatiga, hinchazón en las piernas o tobillos, vómitos o náuseas... Ahora ¿qué piensan los pacientes ante estos síntomas, como reaccionan ante ellos?. Recordemos que las percepciones de estos síntomas pueden estar abiertas a sesgo o distorsión como cualquier otra percepción (Pennebaker, J.W, 1982) por lo que es posible

que los pacientes no perciban o entiendan estos síntomas adecuadamente, por ello las intervenciones psicológicas —a este nivel— han de basarse en campañas de información y Educación Sanitaria que puedan conducir a modificar y reducir las conductas de rechazo pre-hospitalarias (Browne, C, 1997).

Reacciones psicológicas y consecuencias psicosociales

Biomédicamente, las repercusiones del IAM en el funcionamiento cotidiano del sujeto dependen, en quintaesencia, del tamaño de la zona afectada —es decir, de la cantidad de músculo cardíaco que ha dejado de funcionar— aunque, normalmente, la parte de miocardio que queda sana permite que el corazón realice adecuadamente su función sin que se tenga que afectar el desarrollo de la actividad habitual de los pacientes (Bueno, A y Buceta, J, 1996); pero, pese a ello, los estudios indican que lo habitual suele ser el fracaso en la recuperación del nivel de funcionamiento cotidiano, tras el alta hospitalaria, amén de un acusado deterioro emocional... en suma lo usual es un pronunciado deterioro físico, psicológico y social.

Entre los problemas postinfarto más frecuentes, tenemos (Bueno, A y Buceta, J, 1996):

a) Trastornos emocionales, destacando la ansiedad, la depresión, la negación de la enfermedad o la percepción excesiva de ésta.

b) Dificultades para la reincorporación laboral —en íntima relación con los demás problemas—; las tasas de reincorporación varían de un país a otro, así en los Países Nórdicos y en USA las tasas de reincorporación laboral post IAM rondan el 75%, sin embargo en España apenas se acercan al 38% (el 27% de manera total y el 11% parcialmente) y ello, pese a que podría hacerlo un 75% de los casos totales (Bernard Krief, 1985).

c) Cambios en la actividad sexual, de modo que entre el 10 y el 15% de los pacientes tras un IAM presentan impotencia, y entre un 40 y un 70% informa de una disminución de la frecuencia y/o calidad de la actividad sexual (Tardif, G, 1989). Estos cambios se relacionan más con factores psicológicos que con la severidad del IAM.

d) Cambios en las actividades sociales y de ocio, así son frecuentes la pasividad, la dependencia, el retraimiento social y la adopción de un papel de enfermo (todo ello unido a una insatisfacción vital y en correlación con los trastornos emocionales y no con la gravedad del IAM).

e) Síntomas somáticos funcionales, a la grupa de todo lo anterior y en íntima correlación con la preocupación excesiva por la enfermedad tras el IAM, así tenemos que más del 40% de los pacientes tras un IAM presentan estos síntomas funcionales que, además, asocian a problemas en el corazón, estableciéndose un feed-back negativo (disnea, dolor torácico, dolor del brazo izquierdo, fatiga, palpitaciones, etc).

Insistimos en que esta panoplia de problemas asociados no correlaciona con la gravedad del IAM sino con otros aspectos tales como el grado de percepción subjetiva por la salud, los trastornos emocionales pre y post infarto, el PTAC, las cogniciones disfuncionales del sujeto y la falta de apoyo social (Llor, B et al, 1995), lo malo es que a su vez se convierten en factores de riesgo/predictores de un nuevo IAM.

EVALUACIÓN

Antes de abordarse un programa psicológico de intervención tras un IAM, a la vista de lo dicho, deberá efectuarse una minuciosa evaluación del paciente para determinar cuál de los problemas descritos está presente.

De éste modo, la evaluación inicial deberá atender a los siguientes aspectos (Bueno, A y Buceta, J, 1990):

a) Factores de riesgo preinfarto: Aquí se detectarán y analizarán los factores descritos en el punto 2.

b) Funcionamiento general: Con una evaluación subjetiva del grado de autonomía, capacidad física y laboral y estado de salud general, así como, del nivel y tipo de actividades desarrolladas antes del IAM.

c) Funcionamiento familiar: Tensiones posibles, cambios postinfarto, etc.

d) Funcionamiento laboral: Con un repertorio tanto de la ocupación preinfarto cuanto de los

estresores laborales, expectativas de reincorporación, etc.

e) Funcionamiento social: Lazos y actividades sociales pre y postinfarto, así como el nivel de apoyo social percibido.

f) Funcionamiento sexual: Actividad preinfarto y cambios tras el mismo.

g) Estado de ánimo postinfarto: Con especial atención a la eventual ansiedad y depresión.

h) Actitud hacia la enfermedad: Evaluación de las reacciones de negación o de especial preocupación, locus of control ante la enfermedad, creencias del paciente sobre el enfermar, etc.

Para la recogida de esta información el instrumento básico ha de ser la ENTREVISTA (a este respecto recomendamos la "Guía para la evaluación inicial de pacientes. postinfarto de miocardio" de Bueno y Buceta -1996-) complementada con otras técnicas e instrumentos de evaluación tales como hojas de autorregistro, cuestionarios elaborados "ad hoc" e inventarios y escalas específicas (p.ej. sobre el PTAC, sobre la ansiedad, depresión, etc).

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

Merced a todo lo visto hasta ahora nadie dudará de la necesidad de una intervención psicológica ante los trastornos coronarios, esta intervención puede ser a varios niveles (Fernández, M^a.C y Vila, J, 1991):

1.- En personas sanas que no presentan aún factores de riesgo coronario (promoción de la salud).

2.- En personas sanas pero de alto riesgo coronario por presentar factores de riesgo (prevención primaria).

3.- En pacientes coronarios en las primeras manifestaciones de la enfermedad (prevención secundaria).

4.- A largo plazo en pacientes coronarios crónicos (prevención terciaria).

En nuestro caso, habida cuenta que nos centramos en la intervención POSTIAM nos moveremos en los niveles 3 y 4; en estos niveles, todo

programa de intervención psicológica debe apuntar a cubrir dos grandes objetivos (Bueno, A y Buceta, J, 1994):

a) Reducir el impacto emocional negativo provocado por el padecimiento del IAM y conseguir una evaluación realista, por parte del paciente, de las repercusiones del IAM en su funcionamiento habitual.

b) Aumentar la salud coronaria y disminuir las probabilidades de reinfarto y de muerte, a través de la intervención para el mantenimiento de conductas saludables que ya están presentes en el repertorio conductual del sujeto, la modificación de hábitos perjudiciales y la adquisición de otros comportamientos saludables aconsejables tales como habilidades de afrontamiento al estrés, solución de problemas, etc.

Rehabilitación y Consejo Cardiológico

La forma de intervención más frecuentemente utilizada en los pacientes postinfarto es lo que se conoce como REHABILITACIÓN CARDÍACA (Beneit, P, 1992), los componentes principales de este tipo de programas son el EJERCICIO FÍSICO y las sesiones de grupo de tipo educativo (CONSEJO CARDIOLÓGICO, con especial énfasis en la dieta, ejercicio, etc. —Gala, Fco.J et al, 1995—). Estos programas tienen escasa participación psicológica y el cambio de conducta del paciente se deja un poco al socaire de los buenos consejos, de modo que —en muchas ocasiones— entre los cardiólogos se considera altamente recomendable la modificación de los principales factores de riesgo en el paciente postinfarto, sin embargo la intervención a este respecto se centra en la típica recomendación de “no fume, haga ejercicio, no se lleve disgustos,” y poco más...tal vez esperando, desde la ingenuidad, que los cambios necesarios en los estilos de vida se van a producir por arte de birlibirloque, centrándose —pues— la intervención, en una utilización medicamentosa.

En general estos programas de rehabilitación y consejo no reducen la mortalidad a corto plazo ni la tasa de reinfarto, aunque se mejora la calidad de vida postIAM habida cuenta que sí mejoran la capacidad física, el estado de ánimo y aumentan el número de pacientes que vuelven al trabajo (Beneit, P, 1995).

En virtud de ello se han diseñado y se están diseñando programas y estrategias de intervención con mayor protagonismo psicosocial, *con paquetes de intervención complejos especializados desde el campo cognitivo - conductual e individualizados*, son los PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA que a continuación analizamos.

Programas específicos de intervención psicológica

La OMS describe la intervención integral postinfarto como “la suma de todas las medidas necesarias para proporcionar al paciente postinfarto de miocardio las mejores condiciones físicas, psicológicas y sociales que le permitan recuperar una posición normal en la sociedad y una vida tan activa y productiva como sea posible” (Langosch, W, 1984); en este marco, son varios los modelos y programas específicos de intervención psicosocial que se han desarrollado.

Un “*Programa-Tipo*” suele combinar distintas estrategias de entrenamiento, entre las que suelen incluirse (Beneit, P, 1995), tras una adecuada evaluación:

- Información sobre la enfermedad cardiocoronaria y sus factores de riesgo (atendiendo no sólo a los “clásicos” sino también a los conductuales).

- Entrenamiento en relajación.

- Apoyo emocional.

- Modificación de las estrategias de afrontamiento que hayan contribuido a la aparición y puedan contribuir a la recurrencia de trastornos coronarios.

Bajo este prisma, los tópicos que suelen abordarse son:

- *Manejo del estrés* (Biofeedback, Técnicas de relajación, inoculación al estrés).

- *Modificación del PTAC* (global, o en algunos de sus componentes).

- *Cambios en los estilos de vida aterogénicos*, enfatizándose, sobre todo, el hábito de fumar, la inactividad física y la alimentación inadecuada.

Todo ello suele completarse con una *formación adecuada* del equipo multiprofesional en

Habilidades Sociales y Técnicas de Comunicación Personal Sanitario - Enfermo (PS-E) y una especial atención a todo aquello que mejore la *adherencia* al tratamiento.

Así mismo pueden ser precisas intervenciones específicas —según las técnicas al uso en el arsenal terapéutico cognitivo-conductual— contra la *depresión*, y/o la *ansiedad*, así como el incluir la aplicación de estrategias cognitivo-comportamentales para la *modificación de cogniciones intrusivas y disfuncionales* (modelos de Ellis o de Beck, p. ej.).

Ejemplos

En la literatura especializada aparecen profusamente descritos multitud de programas más o menos estandarizados para prevenir posteriores episodios de IAM; así, a título de inventario podemos traer a colación:

a) *El Proyecto de Prevención de Recurrencia Coronaria diseñado por Friedman y colaboradores* (Friedman, M; Thoresen, C y Gill, J, 1986) en el Hospital Monte Sión de San Francisco que nos puede servir de guía/base, y que se articula del siguiente modo:

1.- ENTRENAMIENTO EN RELAJACION

A.- Relajación muscular progresiva.

B.- Relajación mental.

2.- ENTRENAMIENTO CONDUCTUAL

A.- Reconocimiento y modificación de reacciones de activación elevada.

B.- Adiestramiento en técnicas de auto-observación y autoevaluación.

C.- Reestructuración del ambiente:

1. Eliminación de una actividad diaria excesiva.
2. Modificación del entorno laboral y social.

D.- Aprendizaje cognitivo-afectivo:

1. Modificación de asunciones, atribuciones y creencias.
2. Identificación y correcta evaluación de las cualidades individuales.
3. Establecimiento de nuevas metas internas, más realistas.

4. Auto-instrucción y auto-dirección:

- a) Role-playing.
- b) Observación y aprendizaje vicario del comportamiento de los sujetos tipo B.
- c) Autorrefuerzo.
- d) Evitación de la actividad y del pensamiento polifásico.
- e) Sustitución de las conductas agresivas por asertivas.

5. Búsqueda de cosas que merezcan la pena, que tengan valor:

- a) Renovar antiguas amistades.
- b) Adquisición de nuevas aficiones y pasatiempos.
- c) Sustitución de la irritabilidad o la hostilidad por el afecto.

b) Otro ejemplo, en esta línea y dentro de España, podría ser el Programa de Readaptación Psicosocial y Prevención secundaria de la Cardiopatía Isquémica, de la Associació Catalana d’Ajuda a la Cardiología (ACARD), dirigido también a pacientes intervenidos de by-pass aortocoronario (Gala, Fco. J, et al, 1995). El programa tiene 3 niveles de actuación (García, S; Wilke, M y Bayés de Luna, A, 1988).

- Consejo cardiológico.

- Modificación conductual, y

- Actividades sociales organizadas por los propios pacientes en el contexto de un “club coronario”.

c) También podemos señalar “programas-tipo” *descritos paso a paso* ante la exposición de uno o varios casos clínicos como pueden ser los diseñados por Ana M^a Bueno y José M^a Buceta (1996) y por M^a Carmen Fernández y Jaime Vila (1991).

SEGUIMIENTO Y ÉXITO DE LOS PROGRAMAS

En este apartado final, debemos decir que no existen muchos estudios controlados que investiguen y contrasten la eficacia de los programas de intervención conductual tras IAM (una excelente revisión sobre el tema se encuentra en Bueno y Buceta –1993–); recordemos que como ya hemos

visto en el punto 5.1, el tratamiento más utilizado es el que se reduce a la rehabilitación y consejo cardiológico, que, como dijimos, no reduce la mortalidad a corto plazo ni la tasa de reinfarcto, aunque sí mejora la calidad de vida tras el IAM.

Los programas más amplios que introducen algunas estrategias psicológicas (relajación o manejo del estrés o modificación del PTAC) desde el campo de la modificación de conducta, han demostrado su eficacia para aumentar de forma concreta y, merced a lo que se haya aplicado, las habilidades de afrontamiento del paciente, modificar el PTAC, etc. Sin embargo son intervenciones que se quedan cortas.

En los pocos estudios en los que sí se analizan programas integrales y complejos (Bueno, A y Buceta, J, 1994) los resultados son sumamente alentadores puesto que los pacientes, tras su finalización, mostraron una excelente situación respecto a la presencia de conductas de riesgo coronario, un notable éxito en la reincorporación, en condiciones saludables, a niveles de funcionamiento aceptables en las áreas familiar, social, laboral y sexual, y un buen estado de ánimo (todo ello contrastado frente a dos grupos control: Uno conformado por pacientes post IAM solamente sometidos a tratamiento biomédico estándar y otro que recibió un programa de rehabilitación cardiológica).

Sin embargo el optimismo no debe convertirse en triunfalismo, puesto que diversos datos nos indican que el MANTENIMIENTO a largo plazo de todos los comportamientos de salud y el cambio en los estilos de vida suelen darse tan sólo en el 25% de los pacientes (Reig, A, 1992) encontrándonos, pues, también aquí, con el clásico problema de la ADHERENCIA.

En efecto, como todos sabemos, decir algo no significa que se escuche, escucharlo no significa que se entienda, entenderlo no quiere decir que se esté de acuerdo, estar de acuerdo no implica necesariamente que se haga y hacerlo no significa que se mantenga para siempre...

Pero, pese a ello, aunque no podamos asegurar el mantenimiento de un comportamiento de salud a largo plazo SÍ PODEMOS Y DEBEMOS INFLUIR DRÁSTICAMENTE EN LA PROBABILIDAD DE SU APARICIÓN, de ahí que no cejemos en el empeño de diseñar y aplicar más y

mejores programas de intervención psicológicos ante el IAM.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Appels A, Mulder P.:** Excess fatigue as a precursor of myocardial infarction. *European Heart Journal*, 9: 758-764, 1988.
2. **Beneit P.:** Aspectos psicológicos de los trastornos cardiovasculares, en J. Latorre y P. Beneit (eds) *Psicología de la Salud*. Albacete: Tebar Flores, pp 250-265, 1992.
3. **Beneit P.:** Aspectos psicológicos de los trastornos cardiovasculares, en J.M Latorre, *Ciencias Psicosociales Aplicadas II*. Madrid: Síntesis, pp 241-252, 1995.
4. **Bernard Krief y Comité de la Sociedad Española de Cardiología.:** Estudio Sociológico de la Cardiopatía Isquémica en España. Madrid: Publicaciones de Química Farmacéutica Bayer, 1985.
5. **Browne C.:** Intervención psicológica en enfermedades cardiovasculares, en L. M. Pascual y R. Ballester (Eds.), *La práctica de la Psicología de la Salud*. Valencia: Promolibro, pp 155-171, 1997.
6. **Bueno A, Buceta J.:** Programas de intervención para la rehabilitación de pacientes post infarto de miocardio”, en J. Buceta y A. Bueno (eds). *Modificación de Conducta y Salud: Perspectivas actuales en la aplicación de tratamiento psicológico*. Madrid: Eudema, pp 368-392, 1990.
7. **Bueno A, Buceta J.:** Intervención psicológica en la rehabilitación de pacientes post-infarto de miocardio: Una revisión de la literatura”, en M. A. Simón (ed). *Anuario de Comportamiento y Salud*. Valencia: Promolibro, (Vol. II), 1993.
8. **Bueno A, Buceta J.:** Intervención psicológica en la rehabilitación de pacientes post-infarto de miocardio. *Jano*, 17: 51-62, 1994.
9. **Bueno A y Buceta J.:** Tratamiento psicológico después del infarto de miocardio en J. M. Buceta, A. Bueno (Eds). *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. Madrid: Pirámide, pp 455-493, 1996.
10. **Esteve L, Valdés M, Riesco N.:** Denial mechanisms in myocardial infarction: their relations with psychological variables and short-term outcome” *Journal of Psychosomatic Research*, 36: 491-493, 1992.
11. **Fernández MC, Vila J.:** Trastornos coronarios, en J. Gil Roales-Nieto y T. Ayllón (eds). *Medicina Conductual*. Granada: Servicio de Publicaciones de la Universidad, pp 397-433, 1991.

12. **Fishman A.:** Report of the working group on arteriosclerosis of the National Heart, Lung and Blood Institute. Washington D.C. Departamento de Salud y Servicios Humanos U.S.A., 1982.
13. **Friedman M, Thoresen C, Gill J.:** Alteration of type a behavior and its effect on cardiac recurrences in post myocardial infarction patients: Summary results of the Recurrent Coronary Prevention Project. *American Heart Journal*, 112: 653-655, 1986.
14. **Gala FJ, Díaz M, Lupiani M, Paublete MC.:** Aspectos psicosomáticos de los trastornos cardiovasculares. *Rev Rol*, 203-204: 59-64, 1995.
15. **Gala FJ, Lupiani M, Gómez A, Guillén C, González R, Bas P.:** Estilos de vida y enfermedad. *Scientia*, vol IV, 1: 9-21, 1999.
16. **Gala FJ, Lupiani M, Guillén C.:** Intervención cognitivo-conductual en pacientes post-infarto de miocardio, en J.M. Alberca y Ana B. Cintas (comps). *Cuestiones actuales en Psicología Clínica y Psiquiatría*. Málaga: Publicaciones del Centro Clínico Los Naranjos, pp 13-16, 2000.
17. **Gala FJ, Lupiani M, Guillén C.:** El estrés: Conceptos generales, en F.J. Gala y C. Guillén (Eds), *El estrés y la ansiedad males de nuestra época*. Cádiz: Servicios de Publicaciones de la Universidad de Cádiz, (en prensa).
18. **García S, Wilke M, Bayes de Luna A.:** Readaptación psicosocial tras cardiopatía isquémica; planteamiento de un programa de intervención en M. Valdés y cols. *Estrés y cardiopatía coronaria*. Barcelona: Alamex, pp 185-202, 1988.
19. **GISSI-1 (Grupo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell' Infarto Miocardio).:** Effectiveness of intravenous thrombolytic treatment in acute myocardial infarction. *Lancet*, 1 pp 397-402, 1986.
20. **Gray D, Keating NA, Murdock J.:** Impact of hospital thrombolysis policy on out-of-hospital response to suspected myocardial infarction. *Lancet*, I, pp 397-402, 1993.
21. **Halhuber M, Siegrist J.:** Factores psicosociales en el desarrollo y curso de la cardiopatía isquémica. *Revista Española de Cardiología*, 38 (supl. III): 41-44, 1985.
22. **Iturralde J.:** El infarto agudo de miocardio en España: Comparación de tres estudios multicéntricos nacionales con un estudio multicéntrico en una comunidad autónoma. *Medicina Clínica*, 90: 170-177, 1988.
23. **Jenkins CD.:** Epidemiology of cardiovascular disease. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 56: 324-332, 1988.
24. **Langosch W.:** Behavioural interventions in cardiac rehabilitation, en A. Steptoe y A. Mathews (eds), *Health Care and Human Behaviour*, Nueva York: Academic Press, 1984.
25. **Llor B, Abad MA, García M, Nieto J.:** Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud. Madrid: Interamericana-Mc Graw-Hill, 1995.
26. **Pennebaker JW.:** The psychology of physical symptoms. Nueva York: Springer-Verlag, 1982.
27. **Pooling Project Research Group.:** Relation ship of blood pressure, serum cholesterol, smoking habit, relative weight, and ECG abnormalities to incidence of major coronary events: Final report of the pooling project. *Journal of chronic Diseases*, 31: 201-306, 1978.
28. **Reig A.:** La promoción de la salud cardiovascular: una perspectiva desde la Psicología de la Salud en M.A. Simón (ed). *Comportamiento y Salud Valencia: Promolibro*, pp 7-61, 1992.
29. **Sánchez-Elvira A, Bermúdez J.:** Intervención sobre el patrón de conducta tipo-A, en J.M. Buceta y A. Bueno (Eds), *Modificación de Conducta y Salud: Perspectivas actuales en la aplicación de tratamiento psicológico*. Madrid: Eudema, pp 85-125, 1990.
30. **Surwit RS, Williams RS, Shapiro D.:** Behavioral approaches to cardiovascular disease. Nueva York: Academic Press, 1982.
31. **Tardif G.:** Sexual activity after a myocardial infarction. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 70: 763-766, 1989.
32. **Weller B.:** Diccionario Enciclopédico de Ciencias de la Salud. México: Mc Graw-Hill Interamericana, 1997.
33. **Who Monica Project Principal Investigators.:** The World Health Organization Monica Project (Monitoring Trends and determinants in cardiovascular disease): A major international collaboration. *Journal of clinical Epidemiology*, 41 (2): 105-114, 1988.