

# Áreas de Intervención Psicológica en la Rehabilitación de Pacientes Post-Infarto de Miocardio: Revisión de la Literatura y Perspectivas Futuras

ANA MARIA BUENO (\*)  
JOSÉ MARIA BUCETA (\*\*)

## 1. INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud define la Rehabilitación Cardíaca como la suma de todas las medidas necesarias para proporcionar al paciente post-IM 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, 1984). Para el logro de este objetivo es esencial, por una parte, reducir los factores de riesgo coronario que puedan amenazar el estado de salud futuro del paciente, disminuyendo así la probabilidad de posteriores ocurrencias cardíacas y, por otra, atender a las consecuencias psicológicas y sociales adversas que puedan producirse tras el padecimiento del ataque cardíaco y que impiden su adecuada reincorporación a niveles de funcionamiento normal, deteriorando, además, su bienestar y calidad de vida. En este sentido, por lo tanto, todas aquellas variables psicológicas relacionadas con alguno de los aspectos

mencionados (factores de riesgo y consecuencias psicosociales del IM), constituirán áreas de intervención psicológica para la rehabilitación de los pacientes infartados.

Los estudios epidemiológicos sobre factores de riesgo coronario y sobre consecuencias psicosociales del IM, demuestran la existencia de numerosas variables psicológicas relacionadas, tanto con el aumento de la probabilidad de padecer un ataque cardíaco, como con el pronóstico de la recuperación, post-IM, de los niveles de funcionamiento previos en el ámbito familiar, laboral, sexual y social de la vida del paciente. La evidencia de esta relación entre IM y variables psicológicas justifica, por lo tanto, el desarrollo de programas de intervención psicológica dirigidos a mejorar el pronóstico de la rehabilitación. Sin embargo, los estudios realizados en esta línea no parecen haber mostrado la eficacia esperada, pudiendo deberse este hecho, fundamentalmente, a dos motivos. Por una parte, a la falta de adecuación de las estrategias de tratamiento utilizadas y, por otra, debido a la consideración de variables dependientes, destinadas a evaluar el efecto de los tratamientos empleados, escasamente relacionadas con aquellos aspectos

---

(\*) Universidad de La Coruña, Dpto. Psicología, Campus de la Zapateira s/n, 15071-La Coruña, España.

(\*\*) UNED, España.

de la rehabilitación a los que se supone que la intervención psicológica debe dirigirse.

Respecto al primer punto, la mayoría de los estudios de intervención psicológica para la rehabilitación de pacientes post-IM, han consistido en la aplicación, generalmente en grupo, de estrategias inespecíficas de apoyo psicológico, siendo mucho menos frecuente el estudio de los efectos de programas en los que se incluyan estrategias específicas de Modificación de Conducta, de probada eficacia en otras áreas de intervención, que parecen ofrecer, sin duda alguna, mayores garantías de éxito terapéutico (ver Bueno & Buceta, 1990, 1993, 1994).

Además, como ya hemos señalado, la falta de resultados positivos en los estudios en los que se ha llevado a cabo intervención psicológica en pacientes post-IM, podría también deberse a la inadecuada elección de variables sobre las que se pretende evaluar el efecto de los programas aplicados, pareciendo primar la consideración de variables indicadoras del estado físico del paciente, sobre otras, más directamente relacionadas con la intervención realizada. En esta línea, el objetivo del presente estudio consiste en, tras ofrecer una panorámica de las variables psicológicas que se relacionan con el IM, revisar las variables dependientes que se han utilizado en los estudios de intervención realizados en este ámbito, con el fin de aportar datos objetivos acerca de la adecuación de las mismas y, en función de ello, sugerir posibles cambios en la investigación futura que contribuyan a clarificar la posible contribución de la intervención psicológica a la mejora de la cantidad y calidad de vida de los pacientes post-IM.

## 2. FACTORES DE RIESGO CORONARIO

La literatura epidemiológica coincide en señalar como factores de riesgo principales o mayores, la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y el consumo de tabaco (Pooling Project Research Group, 1978). Aunque de estos tres factores, sólo el abuso del tabaco es una variable estrictamente comportamental, es preciso señalar que la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia se relacionan con variables psicológicas, en concreto con la exposición a estímulos estresantes y con la presencia de determinados

hábitos dietéticos (Henry & Stephens, 1977; Anderson, Grande & Keys, 1976).

No obstante, a pesar de la especial importancia de estos tres factores de riesgo mayores, acerca de los cuales existe un acuerdo unánime en cuanto a su contribución directa al aumento del riesgo de padecer cardiopatía isquémica, en las últimas décadas, múltiples estudios epidemiológicos se han dirigido a investigar las posibles relaciones entre una gran diversidad de variables de tipo psicológico y social y la enfermedad cardíaca, llegándose a sugerir hasta cincuenta y cuatro factores de riesgo coronario que habitualmente son catalogados como psicosociales (Hopkins & Williams, 1981).

En esta línea, la exposición prolongada y/o intensa a estímulos estresantes, ciertos patrones de afrontamiento ante situaciones evaluadas como amenazantes, la presencia en el repertorio conductual del sujeto de determinados hábitos comportamentales y algunos trastornos emocionales, han sido identificados como factores de riesgo coronario.

Respecto a la primera de las categorías mencionadas, la literatura epidemiológica sugiere que la exposición, tanto crónica como aguda, a *estímulos ambientales estresantes* constituye un importante factor de riesgo coronario (Byrne & Whyte, 1980; Haynes, Feinleib & Kannel, 1980), además, el estrés se relaciona indirectamente con el desarrollo de trastornos cardioisquémicos, al afectar negativamente a importantes variables reconocidas como factores de riesgo coronario (aumento de la presión arterial, mayor probabilidad de aumento o recaída en la conducta de fumar, etc.) (Henry & Stephens, 1977; Rose, Ananda & Jarvik, 1983; Scott, Prue, Denier & King, 1986).

En cuanto a las *características personales* de afrontamiento, un importante volumen de literatura epidemiológica ha permitido constatar la existencia de relaciones entre la presencia del denominado patrón de conducta tipo-A (PCTA), evaluado a través de la Entrevista Estructurada (Rosenman, Friedman, Straus, Wurm, Kosetckek, Hahn & Werthessen, 1964) y el aumento de la probabilidad de padecimiento de cardiopatía isquémica e, igualmente, altos niveles de hostilidad, medidos independientemente del PCTA, se han asociado con el incremento del

riesgo de aparición de trastornos cardiocoronarios (Booth-Kewley & Friedman, 1987).

Por lo que se refiere a los *hábitos comportamentales* que constituyen factores de riesgo coronario, la asociación entre el consumo de tabaco y la cardiopatía isquémica no ofrece ninguna duda, considerándose este hábito, como ya se ha señalado, uno de los tres factores de riesgo mayores (Pooling Project Research Group, 1978) y, en la misma línea, existen numerosos datos que indican la influencia negativa sobre la salud coronaria de ciertos hábitos alimenticios, particularmente el elevado consumo de colesterol, dietas hipercalóricas y el exceso en el consumo de alimentos ricos en grasas saturadas (Connor, 1972; Pooling Project Research Group, 1978). Finalmente, aunque en este caso el número de investigaciones ha sido menor, existen también claras evidencias que señalan la existencia de una asociación inversa entre riesgo de enfermedad cardiocoronaria y nivel de actividad física (Salonen, Puska y Tuomilehto, 1982; Peters, Cady, Bischoff, Berstein & Pike, 1983; Yano, Reed & McGee, 1984).

Por último, una abundante literatura epidemiológica ha señalado la influencia negativa de los trastornos emocionales crónicos, especialmente la ansiedad y la depresión, en el desarrollo de manifestaciones clínicas de la enfermedad cardioisquémica (Mayou, 1973; Zyzanski, Jenkins, Ryan, Flessas & Everist, 1976) y, al igual que ocurre en el caso de los factores de riesgo señalados anteriormente, la ansiedad y la depresión también se han asociado a un peor pronóstico post-IM (Stern, Pascale & Ackerman, 1977; Haynes *et al.*, 1980).

### 3. CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS Y SOCIALES DEL IM

Los resultados de los estudios sobre lo que se han denominado consecuencias psicosociales del IM indican que tras el ataque cardiaco se observa una elevada incidencia de ansiedad y depresión (Crisp, Queenan & D'Souza, 1984; Sanne, Wiklund, Vedin y Wilhelmsson, 1985), frecuentes problemas de readaptación laboral (Voupala, 1972; Wenger, 1986), social (Crisp, *et al.*, 1984; Waltz, 1986), familiar (Skelton & Dominian, 1973; Sanne *et al.*, 1985) y sexual

(Kolman, 1984; Kavanagh, 1985) y una elevada incidencia, asimismo, de síntomas somáticos funcionales (Crisp *et al.*, 1984; Sanne *et al.*, 1985). Además, el pronóstico de los pacientes respecto a los problemas señalados, se ha mostrado asociado a ciertas variables psicológicas, tales como el grado de deterioro emocional post-IM, en mayor medida que a factores médicos (Mayou, 1984).

Los datos que acabamos de señalar parecen sugerir que, probablemente, el fracaso en la recuperación psicológica y social del paciente post-IM puede ser debido al deficiente manejo de una situación que debe considerarse altamente estresante, tal y como parece reflejar un somero análisis de sus características más frecuentes. En esta línea, tras el IM, el sujeto, ya alterado por el hecho mismo de haber padecido un ataque cardiaco que ha puesto su vida en serio peligro, debe enfrentarse, frecuentemente, a una situación laboral incierta, evitar, al menos temporalmente, la práctica de actividad sexual y es posible que deba abandonar ciertas actividades sociales y de ocio. A esto hay que añadir que, precisamente en este momento, debe afrontar, a menudo, el abandono del tabaco, el seguimiento de algún régimen alimenticio o comenzar a realizar ejercicio físico moderado y regular, no siendo en absoluto excepcional que deba modificar estos tres hábitos simultáneamente. Por otra parte, no es infrecuente que, en este primer momento, el sujeto reciba recomendaciones tales como «procure no alterarse», «evite situaciones estresantes» o «intente mantenerse relajado», a cuyo cumplimiento las personas más allegadas intentan contribuir, a menudo, procurando que el paciente «no se preocupe ni haga nada», relegándole de responsabilidades y tareas habitualmente asumidas por él, de forma que las preocupaciones que, prácticamente de manera inevitable, surgen a lo largo del periodo de recuperación, se convierten, no sólo en fuentes de malestar, sino, además, en amenazas a su integridad física y a su autoestima personal.

### 4. POSIBLES AREAS DE INTERVENCION PSICOLOGICA EN LA REHABILITACION DE PACIENTES POST-IM

Teniendo en cuenta, por una parte, los objeti-

vos de la rehabilitación cardíaca y, por otra, los datos epidemiológicos aportados anteriormente, parecen existir numerosas áreas en las que la intervención psicológica podría contribuir a la mejora del pronóstico y la calidad de vida de los pacientes post-IM. En esta línea, la intervención psicológica podría dirigirse a:

a) *Reducción de la probabilidad de nuevas ocurrencias de IM mediante la modificación de conductas de riesgo coronario*: modificación de hábitos comportamentales perjudiciales para la salud (consumo de tabaco, hábitos dietéticos inadecuados, déficit de ejercicio físico regular y moderado) presentes actualmente en el repertorio comportamental del paciente y prevención de recaídas en conductas perjudiciales que, aunque en el momento inmediatamente posterior al ataque cardíaco, hayan desaparecido, muestren una alta probabilidad de reaparición, por tratarse de hábitos fuertemente establecidos antes de la ocurrencia del IM. Modificación de patrones de enfrentamiento a situaciones evaluadas por el sujeto como amenazantes, incluyendo modificación de conductas tipo-A y conductas hostiles.

b) *Aumento de la probabilidad de adaptación exitosa del paciente a distintos ámbitos de funcionamiento cotidiano*: entrenamiento en habilidades de enfrentamiento a situaciones estresantes relacionadas con el funcionamiento familiar, sexual, laboral y social, considerando, tanto aquellas situaciones presentes en el entorno habitual del paciente antes del IM, como aquellas otras circunstancias estresantes que han aparecido como consecuencia del hecho mismo de haber padecido un ataque cardíaco.

c) *Mejora del estado emocional post-IM*: reducción de niveles de ansiedad y/o depresión disfuncionales.

##### 5. REVISION DE AREAS DE INTERVENCION CONSIDERADAS EN LA LITERATURA SOBRE TRATAMIENTO PSICOLOGICO POST-IM

Con el fin de aportar datos relevantes acerca del estado de la investigación sobre aplicación de programas de intervención psicológica para la rehabilitación de pacientes post-IM, hemos rea-

lizado una revisión de la literatura científica sobre este tema. Tras un prolongado periodo de búsqueda bibliográfica, se pudieron localizar 51 artículos de intervención, de los cuales 27 (58.1%) analizan los efectos de intervenciones inespecíficas pobremente definidas (discusión de problemas en grupo, programas educativos, consejo psicológico...) y, en consecuencia, sin una delimitación suficiente de las áreas de intervención abordadas. Los 24 (41.8%) artículos restantes, informan de la aplicación de estrategias específicas de Modificación de Conducta dirigidas a favorecer el desarrollo exitoso del proceso de rehabilitación en pacientes infartados. En el presente trabajo pretendemos exponer algunos de los datos obtenidos a través de la revisión realizada, en concreto, aquéllos que se refieren a las distintas áreas de intervención a las que se han dirigido las investigaciones en las que se han aplicado procedimientos específicos de Modificación de Conducta.

En la Tabla 1 pueden verse las áreas de intervención y las variables dependientes consideradas en cada uno de los 18 estudios incluidos en los 24 artículos analizados (en algunos estudios los datos post-tratamiento y los obtenidos tras periodos diversos de seguimiento han sido publicados en distintos artículos).

Los resultados obtenidos del análisis de los estudios revisados muestran que la mayoría de ellos (66.6%) han realizado intervenciones directamente relacionadas con el aumento de las habilidades de los pacientes para la reducción de la tensión y la activación simpática, el 33.3 % de las investigaciones han intentado el aumento de las habilidades de enfrentamiento a situaciones estresantes, el 22.2% se han dirigido a la modificación de conductas tipo-A, mientras que áreas como la modificación de hábitos comportamentales de riesgo coronario, la modificación de pensamientos disfuncionales sobre las consecuencias del IM y el desarrollo y programación de actividades no relacionadas con el ámbito laboral, han sido objeto de interés en un único estudio (ver Tabla 2).

Por otra parte, los efectos de las intervenciones realizadas han intentado observarse en una considerable diversidad de variables dependientes relacionadas con el proceso de rehabilitación cardíaca, que, tal y como puede observarse en la Tabla 3, guardan distintos grados de co-

TABLA 1  
*Áreas de intervención y variables dependientes incluidas en los estudios sobre aplicación de técnicas de Modificación de Conducta en la rehabilitación de pacientes post-IM*

ESTUDIO	AREAS DE INTERVENCION	VARIABLES DEPENDIENTES
Suinn (1974)	- Entrenamiento en habilidades de manejo del estrés - Modificación de conductas tipo-A	- Autoinforme de cambio de hábitos - Reacciones psicológicas y fisiológicas al estrés - Colesterol y triglicéridos
Gruen (1975)	- Entrenamiento en habilidades de manejo del estrés y la ansiedad	- Días en UCI y hospital - Morbilidad - Ansiedad y depresión - Apoyo social
Suinn (1975)	(ver Suinn, 1974)	(ver Suinn, 1974)
Thompson (1977)	- Entrenamiento para la reducción de la tensión y la activación simpática	- PCTA - Ansiedad rasgo y estado - Hostilidad - Tasa cardíaca
Baile & Engel (1978)	- Aumento de adherencia a las prescripciones médicas	- Autoinforme de adherencia a las prescripciones médicas
Fielding (1980)	- Información sobre problemas post-IM - Entrenamiento para la reducción de la tensión y la activación simpática	- Grado de tensión muscular - Reincorporación laboral - Frecuencia de dolor anginoso - Ansiedad - Reinfarto
Friedman et al. (1982)	- Información problemas post-IM - Entrenamiento para la reducción de la tensión y la activación simpática - Modificación de conductas tipo-A	- Reinfarto - Mortalidad - PCTA (global, impaciencia y hostilidad)
Langosch et al (1982)	- Información sobre enfermedad - Modificación de cogniciones disfuncionales - Modificación de conductas no asertivas - Entrenamiento para la reducción de la tensión y la activación simpática	- Autoevaluación de síntomas cardíacos - Ansiedad social - Conductas tipo-A - Asertividad - Habilidades de manejo del estrés - Reincorporación laboral
VanDixhoorn et al. (1983)	- Entrenamiento para la reducción de la tensión y la activación simpática - Aumento de capacidad física	- Grado de bienestar - Invalidez subjetiva - Inhibición social - Ansiedad rasgo y estado - Calidad del sueño - Síntomas funcionales - PCTA

(Continúa)

Tabla 1 (Continuación)

ESTUDIO	AREAS DE INTERVENCION	VARAIABLES DEPENDIENTES
Bohachick (1984)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenamiento para la reducción de la tensión y la activación simpática</li> <li>- Aumento de capacidad física</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad y Depresión</li> <li>- Sensibilidad interpersonal</li> <li>- Obsesión-compulsión</li> <li>- Hostilidad y Somatización</li> </ul>
Brown & Munford (1984)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenamiento para la reducción de la tensión y la activación simpática</li> <li>- Entrenamiento en habilidades de manejo del estrés</li> <li>- Programación de actividades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grado de relajación</li> <li>- Depresión</li> </ul>
Krampen & Ohm (1984)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenamiento para la reducción de la tensión y la activación simpática</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Morbilidad</li> <li>- Desesperanza</li> <li>- Autoinforme de salud general</li> </ul>
Bremer-Schulte et al. (1986)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenamiento en técnicas de reanimación cardiaca</li> <li>- Información sobre enfermedad</li> <li>- Entrenamiento en habilidades de manejo de situaciones diversas</li> <li>- Entrenamiento para la reducción de la tensión y la activación simpática</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad</li> <li>- Depresión</li> <li>- Conductas hipocondríacas</li> <li>- Dominio de habilidades somáticas de reanimación cardiaca</li> </ul>
Burrell et al. (1986)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modificación de conductas tipo-A</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PCTA y Hostilidad</li> <li>- Depresión y Ansiedad</li> <li>- Apoyo social</li> <li>- Estado de salud coronaria</li> </ul>
Gatchel et al. (1986)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenamiento en habilidades de manejo del estrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reactividad psicofisiológica al estrés</li> <li>- Autoinforme de tensión y ansiedad ante estrés</li> </ul>
VanDixhoorn et al.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenamiento para la reducción de la tensión y la activación simpática</li> <li>- Aumento de capacidad física</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Morbilidad</li> <li>- Mortalidad</li> </ul>
King & Nixon (1988)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenamiento para la reducción de la tensión y la activación simpática</li> <li>- Reducción de la implicación laboral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacidad física</li> <li>- Medicación</li> <li>- Angina de pecho</li> <li>- Conductas hipocondríacas</li> </ul>
VanDixhoorn et al. (1990)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenamiento para la reducción de la tensión y la activación simpática</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad</li> <li>- Grado de bienestar</li> <li>- Invalidez subjetiva</li> </ul>

TABLA 2

*Número y porcentaje de estudios en los que se considera cada una de las áreas de intervención*

AREAS DE INTERVENCION	NUMERO DE ESTUDIOS	PORCENTAJE DE ESTUDIOS
Entrenamiento en habilidades para la reducción de la tensión y la activación simpática	12	66%
Entrenamiento en habilidades de manejo del estrés	6	33%
Modificación de conductas tipo-A	4	22%
Desarrollo de intereses y planificación de actividades no relacionados con el ámbito laboral	2	11%
Modificación de pensamientos disfuncionales sobre consecuencias del IM	1	5%
Aumento de la adherencia a las prescripciones médicas	1	5%

nexión con las áreas sobre las que, directamente, se ha intervenido.

Así, además de incluir variables dependientes que miden el aumento de las habilidades del sujeto en el área en la que se interviene directamente, los estudios en los que se entrena a los pacientes en habilidades de manejo del estrés y la modificación del PCTA, incluyen variables relacionadas con la morbilidad, la mortalidad y los factores de riesgo cardiovasculares y metabólicos del IM, así como medidas sobre el estado de ánimo de los pacientes y, con menor frecuencia, evalúan los efectos de la intervención en la modificación de hábitos comportamentales perjudiciales, el nivel de funcionamiento en diversas áreas de la vida cotidiana y la frecuencia de síntomas somáticos funcionales. En la misma línea, aquellos trabajos en los que se ha entrenado al paciente en habilidades para la reducción de la tensión y la activación simpática, además de variables directamente relacionadas con el área de intervención abordada, han incluido, principalmente, medidas de mortalidad, morbilidad, factores de riesgo cardiovasculares y metabólicos de IM y autoevaluación de síntomas cardiacos, considerando, en menor medida, la evaluación del PCTA, el nivel de funcionamiento en di-

versas áreas de funcionamiento cotidiano y las habilidades de manejo del estrés.

## 6. CONCLUSIONES Y DISCUSION

Los datos aportados anteriormente, parecen sugerir un notable desequilibrio entre las potenciales áreas de intervención psicológica en la rehabilitación de pacientes post-IM y aquellas que realmente han sido estudiadas en los trabajos realizados en este campo. Así, resulta sorprendente el hecho de que, pese a la probada eficacia, en otros ámbitos, de las técnicas de Modificación de Conducta para el cambio de hábitos comportamentales de riesgo coronario (tabaco, dieta, ejercicio físico), en las intervenciones realizadas no se hayan aplicado procedimientos específicos para la modificación de estos comportamientos e, igualmente, que no se hayan desarrollado programas específicamente dirigidos a la mejora de la recuperación del nivel de funcionamiento en el ámbito social, familiar y sexual.

La falta de atención a estas variables podría deberse a varias razones. Por una parte, tales problemas no siempre están presentes en los pacientes post-IM, por lo que si se pretende probar

TABLA 3

*Variables dependientes, distintas de las directamente entrenadas, consideradas en los estudios que incluyen las áreas de intervención más frecuentemente abordadas*

AREAS DE INTERVENCION	VARIABLES DEPENDIENTES DISTINTAS DE LAS DIRECTAMENTE ENTRENADAS	NUMERO DE ESTUDIOS
ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE MANEJO DEL ESTRES Y MODIFICACION DEL PCTA	Morbilidad, mortalidad y factores de riesgo cardiovasculares y metabólicos	5
	VARIABLES relacionadas con el estado emocional	4
	Funcionamiento en diversas áreas de la vida cotidiana	2
	Modificación de hábitos comportamentales de riesgo coronario	2
	Síntomas somáticos funcionales	1
ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE REDUCCION DE LA TENSION Y LA ACTIVACION SIMPATICA	Morbilidad, mortalidad y factores de riesgo cardiovasculares y metabólicos	5
	Autoevaluación de salud coronaria	5
	Patrón de Conducta Tipo-A	3
	Funcionamiento en diversas áreas de la vida cotidiana	3
	Habilidades de manejo del estrés	1

la eficacia de estrategias de Modificación de Conducta para el tratamiento de alguno de ellos, se restringe el número de sujetos post-IM susceptibles de intervención, aumentando, por lo tanto, la dificultad de conseguir una muestra adecuada; por otra parte, si se consideran, como posibles sujetos participantes, todos los pacientes post-IM, entonces la intervención debería diferir notablemente de un paciente a otro, en función de las dificultades concretas presentes en cada caso, lo que aumenta, considerablemente, el grado de esfuerzo y preparación necesario para la aplicación de la evaluación y el tratamiento; por último, podría ocurrir que tales variables hayan sido desatendidas debido a la dificultad que supone evaluar los resultados obtenidos, ya que otra característica particular en este área de

estudio es que, pese a la constatación de la frecuente presencia de problemas post-IM relacionados con hábitos comportamentales perjudiciales para la salud coronaria del paciente y de dificultades de reincorporación a los niveles de funcionamiento sexual, social, familiar y laboral existentes antes del IM, lo cierto es que, con el tiempo, tales problemas tienden a reducirse con respecto a la conducta pre-IM, en el caso de comportamientos habituales perjudiciales, o en relación a los primeros momentos tras el ataque cardiaco, en el caso del nivel de funcionamiento en distintas esferas de la vida del paciente.

No obstante, es preciso señalar que la intervención dirigida al aumento de las habilidades de los pacientes en el manejo de situaciones estresantes y en habilidades de reducción del nivel

de tensión, se supone que puede contribuir favorablemente al desarrollo exitoso del proceso global de rehabilitación post-IM. En esta línea, las nuevas habilidades entrenadas podrían permitir una mejor adaptación del paciente a la situación post-IM, facilitando la reincorporación a niveles de funcionamiento previos en distintas áreas, así como promover un enfrentamiento más saludable a las circunstancias habituales presentes antes del ataque cardíaco, una vez que el sujeto se reincorpore a ellas; igualmente, las intervenciones realizadas podrían contribuir a la reducción de la ansiedad post-IM y a la disminución de la probabilidad de recaídas en conductas que, como el consumo de tabaco, se manifiestan, frecuentemente, en situaciones de estrés incrementado; además, el logro de los beneficios señalados podría incidir favorablemente en el estado de ánimo del paciente gracias a los sucesivos progresos experimentados en el proceso de rehabilitación y a la percepción, por parte del sujeto, de una mayor capacidad de afrontamiento de los retos que la enfermedad le plantea.

Sin embargo, el análisis de las variables dependientes consideradas en los distintos estudios no parece mostrar una adecuada atención a los aspectos anteriormente expuestos, considerándose, más frecuentemente, el efecto de los tratamientos sobre variables como la mortalidad, la morbilidad, la presencia de factores de riesgo cardiovasculares y metabólicos del IM o la autoevaluación del estado de salud cardíaca, variables, todas ellas, que guardan relaciones menos directas con la intervención realizada y sobre las que influyen, en gran medida, otras variables relacionadas con las características clínicas del IM sufrido, sobre cuya modificación resulta difícil concluir el papel desempeñado por la intervención psicológica. Parece, por lo tanto, que del análisis de las variables dependientes incluidas en los estudios revisados, se desprende la idea de que, la dificultad y el esfuerzo que supone el seguimiento de estos pacientes y la realización de múltiples evaluaciones acerca de las variables realmente importantes en el proceso de rehabilitación, ha llevado a la inclusión de variables, más fácilmente evaluables a través de datos pertenecientes a la historia clínica del paciente, pero menos relevantes de cara a determinar las posibilidades reales de la Modificación de Con-

ducta en esta importante área de la Psicología de la Salud.

En definitiva, las peculiares características de la intervención psicológica para la rehabilitación de pacientes post-IM parecen haber dificultado la realización de investigaciones que evalúen las posibilidades del trabajo psicológico en este campo, pudiendo tenerse en ocasiones la sensación de que, en aras de un mayor rigor metodológico, se descuida la posibilidad de optimizar la intervención psicológica con estos pacientes. Por ello, consideramos necesaria la realización de posteriores investigaciones que amplíen las áreas de intervención psicológica hasta ahora abordadas en este ámbito, realizando una adecuada selección de los objetivos terapéuticos, ajustados a los déficits particulares de cada caso, y evaluando el efecto de las intervenciones, así realizadas, sobre variables directamente relacionadas con el proceso de readaptación del paciente a niveles de actividad pre-IM, con la modificación de conductas de riesgo y con el aumento del bienestar psicológico de los sujetos, ya que creemos que los resultados de este esfuerzo permitirían evaluar, en una mayor y mejor medida, las posibilidades reales de la Modificación de Conducta en la atención al paciente infartado.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Anderson, J. T., Grande, F. & Keys, A. (1976). Independence of the effects of cholesterol and degree of saturation of the fat in the diet on serum cholesterol in human. *American Journal of Clinical Nutrition*, 29: 1184-1189.
- Baile, W. F. & Engel, B. T. (1978). A behavioral strategy for promoting treatment compliance following myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 40: 413-419.
- Bohachick, P. (1984). Progressive relaxation training in cardiac rehabilitation: effect on psychologic variables. *Nursing Research*, 33: 283-287.
- Booth-Kewley, S. & Friedman, H.S. (1987). Psychological predictors of heart disease: A quantitative review. *Psychological Bulletin*, 101: 343-362.
- Bremer-Schulte, M., Pluym, B. & Van Schendel, G. (1986). Reintegration with duos: A self-care program following myocardial infarction. *Patient Education and Counseling*, 8: 233-244.

- Brown, M.A. & Munford, A. (1984). Rehabilitation of post MI depression and psychological invalidism: A pilot study. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 13: 291-298.
- Bueno, A.M. & Buceta, J.M. (1990). Programas de intervención para la rehabilitación de pacientes post-infarto de miocardio. In *Modificación de Conducta y Salud: Perspectivas Actuales en la Aplicación de Tratamiento Psicológico* (J. M. Buceta & A.M. Bueno, Eds.), pp. 368-392, Madrid: Eudema.
- Bueno, A.M. & Buceta, J.M. (1993). Intervención psicológica en la rehabilitación de pacientes post-infarto de miocardio: Una revisión de la literatura. In *Anuario Comportamiento y Salud* (Vol. II) (M.A. Simón, Ed.), Valencia: Promolibro.
- Bueno, A.M. & Buceta, J.M. (1994). Intervención psicológica en la rehabilitación de pacientes post-infarto de miocardio. *Jano*, 47: 51-62.
- Burrell, G., Sundin, O., Strom, G. & Ohman, A. (1986). Heart and lifestyle: A type-A treatment program for myocardial infarction patients. *Scandinavian Journal of Behavior Therapy*, 15: 87-93.
- Byrne, D.G. & Hythe, H.M. (1980). Life events and myocardial infarction revisited: The role of measure of individual impact. *Psychosomatic Medicine*, 42: 1-10.
- Connor, W.E. (1972). The key role of nutritional factors in the prevention of CHD. *Preventive Medicine*, 1: 49-83.
- Crisp, A.H., Queenan, M. & D'Souza, M.F. (1984). Infarto de miocardio y estado emocional. *Lancet*, 5: 65-68.
- Fielding, R. (1980). A note on behavioural treatment in the rehabilitation of myocardial infarction patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 19: 157-161.
- Friedman, M., Thoresen, C.E., Gill, J.J., Ulmer, D., Thompson, L., Powell, L.H., Price, V.A., Elek, S.R., Rabin, D. D., Breall, W.S., Piaget, G., Dixon, T., Bourg, E., Levy, R.A. & Tasto, D.L. (1982). Feasibility of altering type A behavior pattern after myocardial infarction. Recurrent Coronary Prevention Project Study: methods, baseline results and preliminary findings. *Circulation*, 66: 83-91.
- Gatchel, R.J., Gaffney, F.A. & Smith, J.E. (1986). Comparative efficacy of behavioral stress management versus propranolol in reducing psychophysiological reactivity in post-myocardial infarction patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 9: 503-513.
- Gruen, W. (1975). Effects of brief psychotherapy during the hospitalization period on the recovery process in heart attacks. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43: 223-232.
- Haynes, S.G., Feinleib, M. & Kannel, W.B. (1980). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham Study. III Eight year incidence of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 111: 37-58.
- Henry, J.P. & Stephens, P.M. (1977). *Stress Health and the Social Environment*. New York: Springer-Verlag.
- Hopkins, P.N. & Williams, R.R. (1981). A survey of 246 suggested coronary risk factors. *Atherosclerosis*, 40: 1-52.
- Kavanagh, T. (1985). *The Healthy Heart Program*. Toronto: Key Porter.
- King, J.C. & Nixon, P.G. (1988). A system of cardiac rehabilitation: Psychophysiological bases and practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 51: 378-384.
- Kolman, P.B.R. (1984). Sexual dysfunction and post-myocardial infarction patients. *Journal of Cardiac Rehabilitation*, 43: 334-340.
- Krampen, G. & Ohm, D. (1984). Effects of relaxation training during rehabilitation of myocardial infarction patients. *International Journal of Rehabilitation Research*, 7: 68-69.
- Langosch, W. (1984). Behavioural interventions in cardiac rehabilitation. In *Health Care and Human Behaviour* (A. Steptoe & A. Mathews, Eds.) pp. 301-324. Londres: Academic Press.
- Langosch, W., Seer, P., Brodner, G., Kallinke, D., Kulick, B. & Heim, F. (1982). Behavior therapy with coronary heart disease patients: Results of comparative study. *Journal of Psychosomatic Research*, 26: 475-484.
- Mayou, R. (1973). The patient with angina: Symptoms and disability. *Postgraduate Medicine Journal*, 49: 250-254.
- Mayou, R. (1984). Prediction of emotional and social outcome after a heart attack. *Journal of Psychosomatic Research*, 28: 17-25.
- Peters, R.K., Cady, L.D., Bischoff, D.P., Berstein, L. & Pike, M.C. (1983). Physical fitness and subsequent myocardial infarction in healthy workers. *Journal of the American Medical Association*, 249: 3052-3056.
- Pooling Project Research Group (1978). Relationship 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.
- Rose, J.E., Ananda, S. & Jarvik, M.E. (1983). Cigarette smoking during anxiety-provoking and monotonous tasks. *Addictive Behaviors*, 8: 353-359.
- Rosenman, R.H., Friedman, M., Straus, R., Wurm, M., Kosetcheck, R., Hahn, W. & Werthessen, N.T. (1964). A predictive study of coronary heart disease. *Journal of the American Medical Association*, 189: 113-124.

- Salonen, J.T., Puska, P. & Tuomilehto, J. (1982). Physical activity and risk of myocardial infarction, cerebral stroke and death: a longitudinal study in eastern Finland. *American Journal of Epidemiology*, 115: 526-537.
- Sanne, H., Wiklund, I., Vedin, A. & Wilhelmsson, C. (1985). Determinantes de la readaptación psicológica, sexual y laboral después del infarto de miocardio. *Revista Espanola de Cardiología*, 38: 10-14.
- Scott, R.R., Prue, D.M., Denier, C.A. & King, A.C. (1986). Worksite smoking intervention with nursing professionals: long-term outcome and relapse assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54: 809-813.
- Skelton, M. & Dominian, J. (1973). Psychological stress in wives of patients with myocardial infarction. *British Medical Journal*, 3: 101-103.
- Stern, M.J., Pascale, L. & Ackerman, A. (1977). Life adjustment postmyocardial infarction: Determining predictive variables. *Archives of Internal Medicine*, 137: 1680-1685.
- Suinn, R.M. (1974). Behavior therapy for cardiac patients. *Behavior Therapy*, 5: 569-571.
- Suinn, R.M. (1975). The cardiac stress management program for type A patients. *Cardiac Rehabilitation*, 5: 13-15.
- Thompson, P.B. (1977). Effectiveness of relaxation techniques in reducing anxiety and stress factors in type A post-myocardial infarction patients. *Dissertation Abstracts*, 37A: 5616-5617.
- VanDixhoorn, J., DeLoos, J. & Duivenvoorden, H.J. (1983). Contribution of relaxation technique training to the rehabilitation of myocardial infarction patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 40: 137-147.
- VanDixhoorn, J., Duivenvoorden, H.J., Pool, J. & Verhage, F. (1990). Psychic effects of physical training and relaxation therapy after myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 34: 327-337.
- VanDixhoorn, J., Duivenvoorden, H.J., Staal, J.A., Pool, J. & Verhage, F. (1987). Cardiac events after myocardial infarction: possible effect of relaxation therapy. *European Heart Journal*, 8: 1210-1214.
- Voupala, U. (1972). Resumption of work after myocardial infarction in Northern Finland. *Acta Medica Scandinavica*, Suppl 530.
- Waltz, M. (1986). Type A, social context, and adaptation to serious illness: A longitudinal investigation of the role of the family in recovering from myocardial infarction. In *Biological and Psychological Factors in Cardiovascular Disease* (T. H. Schmidt, T. M. Dembroski & G. Blumchen, Eds.), pp. 594-613. Nueva York: Springer-Verlag.
- Wenger, N.K. (1986). Rehabilitation of the coronary patient: status 1986. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 29: 181-204.
- Yano, K., Reed, D.M. & McGee, D.L. (1984). Ten-year incidence of coronary heart disease in the Honolulu Heart Program. *American Journal of Epidemiology*, 119: 653-666.
- Zyzanski, S.J., Jenkins, C.D., Ryan, T.J., Flessas, A. & Everist, M. (1976). Psychological correlates of coronary angiographic findings. *Archives of Internal Medicine*, 136: 1234-1237.

## RESUMEN

La exposición prolongada o intensa a estímulos ambientales estresantes, así como la presencia de ciertos hábitos comportamentales y patrones de conducta, han sido señalados, en numerosos estudios epidemiológicos, como factores de riesgo de infarto de miocardio (IM). Igualmente, tras el padecimiento de un ataque cardiaco se ha constatado la ocurrencia de consecuencias psicosociales adversas que perjudican, en gran medida, el bienestar y calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, pese a las numerosas posibilidades de la Modificación de Conducta en este área, los estudios de intervención realizados parecen haber prestado poca atención a variables verdaderamente relevantes que permitan valorar, en su justa medida, el papel de la intervención psicológica en este campo. En esta línea, el presente trabajo pretende revisar las áreas de intervención que han recibido una mayor atención en este área-problema y, a partir de estos datos, sugerir tendencias de investigación futuras que permitan una mejor valoración de la posible aportación de la intervención conductual en la rehabilitación de pacientes post-IM.

Palabras clave: rehabilitación post-infarto de miocardio; áreas de intervención psicológica; Modificación de Conducta.

## RESUMO

A exposição prolongada ou intensa a estímulos ambientais indutores de stress, assim como a presença de certos hábitos comportamentais e padrões de conduta, foram assinalados, em numerosos estudos epidemiológicos, como factores de risco de enfarte de miocardio (EM). Igualmente, após um ataque cardíaco constatou-se a ocorrência de consequências psicosociais adversas que prejudicam, em grande medida, o bem-estar e a qualidade de vida dos pacientes. Não obstante, apesar das numerosas possibilidades da modificação comportamental nesta área, os estudos de intervenção realizados parecem haver prestado pouca atenção a variáveis verdadeiramente relevantes que permitam valorar, na sua justa medida, o papel da intervenção psicológica neste campo. Nesta linha, o presente trabalho pretende rever as áreas de intervenção que receberam maior atenção nesta área-problema

e, a partir destes dados, sugerir tendências de investigação futuras que permitam uma melhor valoração da possível contribuição da intervenção comportamental na reabilitação de pacientes post-EM.

Palavras chave: reabilitação post-enfarte de miocárdio; áreas de intervenção psicológica; modificação do comportamento.

#### ABSTRACT

The prolonged or intense exposure to stressing stimulation, as well as the presence of certain behavioural habits and behaviour patterns, have been remarked in numerous epidemiologic studies as risk factors of myocardial infarction (MI). Likewise, after the suffering from cardiac attack, it has been confirmed the incident of adverse psychosocial consequences which prejudice, largely, the wellbeing and quality of life of cardiac patients. However, though the numerous possibilities of Behaviour Modification in this area, the intervention studies done seem to have been payed pour attention to really relevant variables which make possible to value, justly, the rol of psychological intervention in this field. In this paper, we try to review the intervention areas which have been payed a bigger attention, in this problem area, and, from these data, to suggest future investigation tendencies which would permit a better valuation of the possible contribution of behavioural intervention to the rehabilitation of post-MI patients.

Key words: post-myocardial infarction rehabilita-

tion; psychological intervention areas; Behaviour Modification.

#### RESUME

L'exposition prolongée ou intense à des stimulus ambiants surmenants, ainsi que la présence de certaines habitudes comportementales et de certains modèles de comportement ont été signalés, dans de nombreuses études épidémiologiques, comme des facteurs de risque d'infarctus de myocarde (IM). On a aussi constaté, après un infarctus de myocarde, des conséquences psychosociales défavorables qui nuisent, dans une large mesure, au bien-être et à la qualité de vie des patients. Mais, malgré les nombreuses possibilités offertes sur ce point par la modification du comportement, les études d'intervention mises en place se sont peu intéressées à des variables vraiment remarquables qui permettent d'évaluer au juste, le rôle de l'intervention psychologique dans ce champ-ci. A ce propos, ce travail essaie de réviser les champs d'intervention qui ont connu la plus grande attention dans ce cadre-problème et, à partir de ces données, de suggérer des tendances de recherche futures qui permettent une meilleure évaluation de la possible contribution de l'intervention comportementale au rétablissement des patients post-IM.

Mots clé: rétablissement post-infarctus de myocarde; champs d'intervention psychologique; modification du comportement.