Rehabilitación post-infarto de miocardio: Propuesta de un modelo de intervención psicológica

ANA M. BUENO (*)

1. INTRODUCCIÓN

Los estudios de seguimiento de sujetos que han padecido un infarto de miocardio ponen de relieve una elevada frecuencia de trastornos emocionales y tasas de reincorporación al nivel de funcionamiento previo al episodio agudo, inferiores a las que serían esperables atendiendo, única y exclusivamente, al estado físico de los pacientes. Entre los problemas más frecuentemente observados en el proceso de rehabilitación post-infarto de miocardio se encuentran: la presencia de ansiedad y depresión (Crisp, Queenan & D'Souza, 1984; Sanne, Wiklund, Vedin & Wilhelmsson, 1985; García, Valdés, Jodar & Riesco, 1994; Jaarsma, Kastermans, Dassen & Philipsen, 1995); las dificultades para la reincorporación laboral (Wiklund, Sanne, Vedin & Wilhelmsson, 1985; Baborski & Turkulin, 1987; Maeland & Havik, 1987); los problemas de funcionamiento sexual (Tardiff, 1989; Rosal, Downing, Littman & Ahern, 1994); la disminución del nivel de actividades sociales y de ocio (Wiklund, Sanne, Vedin & Wilhelmsson, 1984; Sanne *et al.*, 1985; Diedericks, Bar, Hoppener &

Vonken, 1991) y la presencia de síntomas somáticos funcionales (Crisp *et al.*, 1984; Sanne *et al.*, 1985; García-Sánchez, Wilke & Bayés de Luna, 1988). Además, estos estudios señalan que tales dificultades parecen relacionarse, principalmente, con la reacción psicológica provocada por el hecho mismo de haber padecido un infarto, más que con el grado de deterioro del sistema cardiovascular de los pacientes (Sanne *et al.*, 1985; Schleifer, Macari-Hinson, Coyle, Slater, Kahn, Gorlin & Zucker, 1989; Diedericks *et al.*, 1991; Terry, 1992; García *et al.*, 1994; Julkunen & Saarinen, 1994).

Por otra parte, de cara a disminuir la probabilidad de reinfarcto, resulta de vital importancia lograr que los sujetos infartados modifiquen factores de riesgo coronario tales como el consumo de tabaco, el seguimiento de dietas alimenticias inadecuadas, el sedentarismo, los elevados niveles de estrés y el patrón de conducta Tipo-A. Sin embargo, a pesar del conocimiento por parte de los pacientes de la relevancia de estos cambios, a menudo fracasan en su consecución, especialmente a largo plazo.

Todos estos datos apuntan la necesidad de proporcionar a los sujetos infartados la adecuada atención especializada que les permita lograr una rehabilitación cardíaca exitosa, es decir, una reincorporación saludable a los niveles de fun-

---

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

cionamiento previos al ataque cardíaco y una reducción, en la mayor medida posible, de los factores de riesgo de reinfarto.

En definitiva, para la adecuada recuperación de los sujetos infartados, además de la imprescindible necesidad de la intervención médica, será preciso, en la mayoría de los casos, la adecuada ayuda psicológica que permita el entrenamiento del paciente en las habilidades conductuales y cognitivas que le faciliten la superación del impacto emocional provocado por la ocurrencia del infarto de miocardio, así como la exitosa modificación de hábitos comportamentales de riesgo coronario y estilos de funcionamiento laboral, familiar y social que permitan al paciente la reincorporación a sus actividades habituales en condiciones que garanticen su salud y bienestar personal, reduciendo, en la mayor medida posible, el riesgo coronario.

El objetivo del presente escrito es proponer un modelo de intervención que, superando las deficiencias observadas en la intervención habitual realizada hasta la fecha en este área, permita dar cuenta de las necesidades anteriormente planteadas, utilizando los recursos de las técnicas de Modificación de Conducta para la consecución de una rehabilitación global exitosa, atendiendo, por una parte y en primer lugar, al impacto emocional que el infarto de miocardio produce en el paciente y, por otra, a su reincorporación a niveles de funcionamiento óptimos y saludables y a la modificación de factores de riesgo coronario que contribuyan a reducir la probabilidad de posteriores ocurrencias de infarto de miocardio y a mejorar su bienestar y calidad de vida.

2. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA TRADICIONAL DESPUÉS DE UN INFARTO DE MIOCARDIO

La reiterada constatación de la existencia de problemas psicológicos en la rehabilitación de las personas que han padecido un infarto de miocardio, ha llevado al desarrollo y puesta en marcha de programas que tienen por objetivo contribuir a solventar dichos problemas. Tradicionalmente, esta intervención ha consistido en programas educativos y de consejo psicológico guiados por la idea de que la información y el apoyo emocional al paciente ayudarían a la supe-

ración del impacto provocado por el infarto de miocardio y, por ende, a una rehabilitación global exitosa.

Los denominados programas de Consejo Psicológico, consisten en la discusión, generalmente en grupo, entre paciente/s y terapeuta sobre problemas (emocionales, familiares, sexuales, laborales, etc.) surgidos a raíz del padecimiento del ataque cardíaco, incluyendo además, frecuentemente, un componente informativo dirigido a aportar datos acerca de diversos tópicos relacionados con la enfermedad cardiocoronaria, sus factores de riesgo y sus consecuencias; a este tratamiento se añade, generalmente, un programa de ejercicio físico. Por su parte, los Programas Educativos consisten, únicamente, en aportar información sobre aspectos diversos relacionados con la enfermedad y el proceso de rehabilitación, difiriendo unos de otros en el tipo de material utilizado para informar al paciente (charlas, folletos, cintas de video, etc.)

Una revisión de la literatura científica acerca de la utilidad de este tipo de intervención señala que, aunque en ocasiones se han obtenido algunos resultados favorables (e.g. Vanelderden-Vankemenade, Maes & Vandebroek, 1994; Linden, 1995), éstos no han sido, frecuentemente, superiores a los obtenidos por sujetos que no han recibido la intervención, especialmente cuando los resultados son evaluados a largo plazo (ver revisión de Bueno & Buceta, 1993). Entre las razones que podrían explicar los deficientes resultados obtenidos tras la aplicación de este tipo de procedimientos podrían encontrarse algunas de las que se proponen a continuación

En primer lugar, como ya hemos señalado en anteriores ocasiones (ver Bueno & Buceta, 1993; Bueno & Buceta, 1996), se trata de una intervención «inespecífica», es decir, no se emplean técnicas terapéuticas concretas que hayan mostrado su capacidad para resolver problemas determinados presentes en el paciente infartado, sino que, por el contrario, sin tan siquiera evaluar, en cada caso, cuáles son esos problemas, se intenta «apoyar» al enfermo, de forma vaga, permitiéndole que exprese sus preocupaciones y «animándole» a superarlas, aportándole información objetiva sobre las repercusiones del infarto de miocardio que, médicamente, serían esperables. Es cierto que uno de los problemas que comúnmente presentan las personas que han pade-

cido un infarto de miocardio es la presencia de ideas catastrofistas acerca de las repercusiones de la enfermedad en su funcionamiento cotidiano (laboral, sexual, social...), convirtiéndose a menudo, estas ideas negativas, en los más serios obstáculos para la rehabilitación tras el ataque cardíaco. En este sentido, es obvio que la intervención tradicional puede servir, al menos en ocasiones, para corregir las ideas erróneas del paciente acerca de su recuperación. Sin embargo, generalmente, estas ideas catastrofistas, no son simplemente errores debidos a falta de información, sino una manifestación del impacto negativo de la enfermedad sobre el estado emocional del paciente, para cuya modificación se precisa de una atención especializada que permita superar los problemas emocionales surgidos como consecuencia del infarto, lo que facilitará, a partir de este estado psicológico más favorable, la adecuada reincorporación a las distintas esferas de funcionamiento cotidiano.

Por otra parte, dadas las características de esta intervención más tradicional, anteriormente expuestas, lo más habitual es que ésta se realice en grupo, que sea aplicada por personal no especializado y que siga un programa estandarizado, prácticamente igual para todos los pacientes. Todas estas circunstancias parecen constituir, igualmente, graves deficiencias en la atención tradicionalmente prestada a los sujetos infartados, ya que éstos constituyen, en lo que a sus reacciones post-infarto de miocardio se refiere, un grupo considerablemente heterogeneo que requiere de una intervención psicológica capaz de evaluar las necesidades particulares de cada uno de ellos y actuar en consecuencia de manera individualizada. Sirva como ejemplo de lo que acabamos de exponer, el comportamiento de los pacientes post-infarto de miocardio respecto a la reincorporación a sus actividades laborales. En este área, el nivel de actividad inmediatamente después de recibir el alta hospitalaria, varía considerablemente de unos casos a otros, desde pacientes que muestran una total inactividad y desgana, hasta aquellos otros que acuden a su puesto de trabajo al día siguiente de abandonar el hospital; ambas reacciones, una por defecto y otra por exceso, resultan inadecuadas para la recuperación del sujeto, sin embargo, parece claro que los ajustes que deberán realizarse a través de la intervención en uno y otro caso habrán de ser

notablemente diferentes, por lo que la intervención en grupo según un programa estándar previamente diseñado no parece ser la más adecuada.

Aunque en menor medida que los programas anteriormente señalados, también se han realizado algunos intentos de intervención dirigida a la rehabilitación de pacientes post-infarto de miocardio mediante técnicas específicas de Modificación de Conducta. Estos programas han incluido técnicas como el entrenamiento en relajación (e.g. Krampen & Ohm, 1984; Van Dijkhoorn, Duivenvoorden, Pool & Verhage, 1990) o diversas estrategias cognitivo-comportamentales para el manejo del estrés y la modificación del patrón de conducta tipo-A (e.g. Gatchel, Gaffney & Smith, 1986; Turner, Linden, Vanderwal & Schamberger, 1995); en ocasiones se han aplicado individualmente, ajustándose el tratamiento a las características de los pacientes y, además, con mayor frecuencia han sido aplicados por personal especializado (psicólogos). Los resultados obtenidos tras la aplicación de este tipo de intervención, demuestran, en general, su utilidad para aumentar las habilidades de enfrentamiento de los pacientes a las situaciones estresantes de su vida, para modificar el patrón de conducta tipo-A y para reducir el grado de tensión experimentado por los sujetos tras el infarto de miocardio (ver revisión de Bueno & Buceta, 1993). Sin embargo, parece obvio que se trata de una intervención muy restringida, atendiendo directamente a un escaso número de problemas presentes en el paciente infartado. En concreto, se dirige de manera exclusiva a dotar al paciente de habilidades que le permitan afrontar mejor situaciones amenazantes o difíciles, y aunque estas nuevas habilidades puedan repercutir favorablemente en el proceso global de recuperación post-infarto, suele ser habitual, en muchos casos, que la rehabilitación exitosa precise de una intervención más amplia, dirigida a reducir las consecuencias emocionales adversas que se producen tras la experiencia del infarto, a lograr los ajustes conductuales necesarios que permitan desarrollar niveles de actividad más adecuados, o a modificar hábitos comportamentales de riesgo coronario (tabaco, dieta, ejercicio físico).

En definitiva, aunque más adecuada y útil, la aplicación de técnicas específicas de Modificación de Conducta en este contexto, parece haber

limitado en exceso su campo de actuación; de hecho, parece tratarse más de intervenciones para mejorar algunos problemas que, con frecuencia, se encuentran presentes en personas que han padecido un infarto de miocardio, que de verdaderos programas de tratamiento dirigidos a la rehabilitación global del paciente infartado.

3. PROPUESTA DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN MULTIDIMENSIONAL POST-INFARTO DE MIOCARDIO

En un intento de solucionar las deficiencias que parecen haber caracterizado a la intervención hasta ahora realizada, proponemos un modelo de intervención para la rehabilitación de pacientes después de un infarto de miocardio que difiere de las anteriores aportaciones en dos aspectos fundamentales: en los objetivos que se persiguen (atendiendo al proceso global de rehabilitación, más que a parcelas singulares de éste) y en el tipo de intervención que se utiliza para el logro de los mismos (mediante técnicas específicas de Modificación de Conducta, más allá del mero apoyo emocional inespecífico).

3.1. *Objetivos de la intervención psicológica post-infarto de miocardio*

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los objetivos considerados como definitivos de la Rehabilitación Cardíaca consisten en el logro, por parte del paciente, de una vida post-infarto tan activa y productiva como sea posible, reduciendo, también en la mayor medida posible, el riesgo de padecer nuevos episodios cardíacos (Langosch, 1984).

Para lograr estos objetivos, a la luz de los datos apuntados anteriormente, parece necesario que el paciente reciba la ayuda especializada adecuada para manejar exitosamente la situación presente (es decir, el hecho de haber padecido un infarto de miocardio), lo que evitará, por una parte, las consecuencias negativas derivadas del fracaso en el manejo de dicha situación y, por otra, el logro de un estado psicológico favorable para realizar, también con la ayuda psicológica especializada apropiada, los ajustes en su comportamiento cotidiano necesarios para reincorpo-

rarse a sus actividades habituales y disminuir las probabilidades de reinfarto.

En definitiva, la intervención psicológica puede contribuir al éxito de la rehabilitación cardíaca, en primer lugar, mediante la reducción del impacto emocional inicial provocado por el infarto, propiciando un estado psicológico en el paciente que le permita la reincorporación progresiva y saludable a niveles de funcionamiento óptimos y, posteriormente, a través de la modificación de conductas de riesgo coronario y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento de situaciones estresantes, a la reducción al mínimo posible de las probabilidades de reinfarto. Estos serán, por lo tanto, los objetivos generales del modelo de intervención que se propone; sin embargo, como veremos a continuación, para la consecución de dichos objetivos generales, deberán plantearse, en cada caso, distintos objetivos específicos.

3.1.1. Reducción del impacto emocional provocado por el infarto

El padecimiento de un infarto de miocardio supone un evento vital altamente estresante, para cuyo manejo exitoso se precisa un considerable nivel de habilidades de enfrentamiento que los pacientes generalmente no poseen. Como reacción a esta situación, a nivel cognitivo se han observado frecuentemente entre los pacientes infartados evaluaciones distorsionadas de la propia situación que van desde la negación de la propia enfermedad, hasta ideas catastrofistas de invalidismo. Paralelamente, a nivel conductual, en los primeros momentos del proceso de rehabilitación, es común observar, en unos casos, conductas de rápida reincorporación a niveles de actividad similares a los existentes antes del ataque cardíaco y, en otros, comportamientos de total inactividad y apatía.

Por lo tanto, respecto al objetivo general de reducir el impacto emocional inicial provocado por el infarto, la intervención psicológica deberá dirigirse, por una parte, a la evaluación y modificación consecuenta de posibles cogniciones irracionales acerca de las consecuencias del ataque cardíaco sufrido, considerándose, tanto los pensamientos catastrofistas, como aquellos otros excesivamente optimistas, igualmente irracionales, sobre las repercusiones de la enfermedad en

el funcionamiento cotidiano y, por otra parte, al logro de un nivel de actividad saludable, en estos primeros momentos del proceso de recuperación, teniéndose en cuenta, igual que en el caso anterior, tanto los excesos, como los déficits de actividad del paciente.

3.1.2. Disminución del riesgo de nuevos episodios de infarto

Por lo que se refiere al objetivo de prevenir las posteriores ocurrencias de infarto de miocardio, la intervención psicológica deberá dirigir su atención a los hábitos comportamentales que constituyen factores de riesgo coronario, así como al entrenamiento del paciente en estrategias de enfrentamiento y control del estrés que permitan su reincorporación saludable a las diversas áreas de funcionamiento.

Respecto a los comportamientos habituales que constituyen factores de riesgo coronario, la intervención puede tener como objetivo, bien la modificación de hábitos perjudiciales que se encuentren presentes en el repertorio del paciente: el consumo de tabaco, los comportamientos alimentarios insanos y el déficit de ejercicio físico regular y moderado, y/o bien, el mantenimiento a largo plazo de hábitos saludables ya existentes, debiendo considerarse este último objetivo uno de los más importantes al realizar una intervención psicológica con pacientes infartados.

En esta línea, hay que señalar que, en los momentos inmediatamente posteriores al alta hospitalaria, es frecuente que los pacientes, posiblemente motivados por haber padecido el infarto, suelen seguir estrictamente las prescripciones que respecto a sus hábitos comportamentales les señala su cardiólogo. Sin embargo, esta motivación inicial, aunque puede contribuir a la modificación exitosa, a corto plazo, de dichos comportamientos de riesgo coronario, a menudo resulta insuficiente a largo plazo, debido, en muchos casos, al hecho de que los comportamientos perjudiciales a los que nos estamos refiriendo, constituyen conductas muy consolidadas que los pacientes han realizado durante años y que, se han asociado a circunstancias ambientales concretas presentes habitualmente en su vida cotidiana y a consecuencias gratificantes muy apreciadas.

En definitiva, parece muy conveniente propi-

ciar las condiciones necesarias para el mantenimiento de comportamientos adecuados a largo plazo, dirigiéndose la intervención tanto a la modificación de las conductas de riesgo, como al cambio, más general, de las condiciones que garanticen, en la mayor medida posible, la adherencia permanente a los hábitos saludables.

Por lo que se refiere al entrenamiento del paciente en habilidades de control del estrés, el tratamiento deberá dirigirse a disminuir la vulnerabilidad de los sujetos a las situaciones particulares provocadoras de estrés, frecuentes en su entorno habitual, aumentando sus habilidades de enfrentamiento a estas situaciones, así como a reajustar su estilo de funcionamiento (familiar, laboral, etc.), en aquellos casos en los que los problemas del paciente se deban a un estilo de vida caracterizado por las excesivas demandas ambientales. Esta intervención permitirá reducir el riesgo de posteriores ocurrencias de infarto, ya que, en definitiva, se dirige a entrenar a los sujetos para reasumir sus actividades habituales laborales, sexuales, sociales, etc., previas al episodio de infarto de miocardio, en condiciones saludables que, muy probablemente, no eran las existentes antes de éste.

3.2. *Programas de intervención para la rehabilitación post-infarto de miocardio*

3.2.1. Evaluación psicológica inicial del paciente infartado

Los programas de intervención deberán centrarse en la evaluación de las cogniciones del sujeto acerca de las repercusiones, a corto y a largo plazo, del infarto de miocardio en el desarrollo de su vida futura, así como en la evaluación del nivel y el tipo de actividades realizadas por el paciente en este primer momento después del episodio de infarto.

Por otra parte, la evaluación inicial deberá aportar información acerca de los comportamientos de riesgo (tabaco, dieta y ejercicio físico), tanto en el momento presente como en el tiempo anterior al padecimiento del ataque cardíaco, prestando, en este caso, una especial atención a las circunstancias que, en el pasado, pudieran haber sido responsables de la aparición y/o del mantenimiento de estas conductas.

Por último, una tercera área a la que se deberá atender en la evaluación inicial se refiere a variables relacionadas con el control del estrés. Dentro de este ámbito, los problemas que pueden amenazar la salud cardíaca de los sujetos son, por una parte, el déficit de habilidades de enfrentamiento a situaciones estresantes y, por otra, el estilo de vida y las propias características de las situaciones cotidianas (familiares, laborales, sociales, etc.) a las que el paciente se ve expuesto. Por lo tanto, deberá realizarse una adecuada evaluación de las dos variables mencionadas (habilidades de enfrentamiento y modos de funcionamiento en las diversas áreas de la vida cotidiana).

A modo de resumen, a la vista de lo anteriormente expuesto, un primer paso de vital importancia en la intervención para la rehabilitación después de un infarto de miocardio, será la evaluación exhaustiva del paciente respecto a todos aquellos aspectos relevantes que permitan determinar, en cada caso particular, cuáles son los objetivos concretos que se pretende lograr y cuáles son las áreas prioritarias de intervención para la consecución de los mismos. En esta línea, la correcta evaluación del paciente debe proporcionar la información necesaria para determinar, por una parte, el estado inicial del sujeto respecto a problemas actuales relacionados con el seguimiento de hábitos comportamentales saludables, el funcionamiento familiar, laboral, social y sexual, y con el estado de ánimo tras el padecimiento del infarto de miocardio; por otra, identificar áreas de especial vulnerabilidad que puedan aumentar la probabilidad de aparición de problemas en alguno de los ámbitos anteriormente citados, e identificar, asimismo, posibles recursos del paciente que puedan ser utilizados para facilitar el logro de los objetivos del programa (una completa guía para la realización de la evaluación inicial post-infarto de miocardio puede encontrarse en Bueno & Buceta, 1996).

3.2.2. Diseño del plan de tratamiento y explicación inicial al paciente

A partir de la información obtenida mediante la evaluación inicial, podrán delimitarse los objetivos a conseguir en cada caso y, en función de éstos, el plan terapéutico inicial para su logro.

Una vez delimitados los objetivos y el plan

inicial para su consecución, esta información debe ser expuesta y explicada convenientemente al paciente, asegurándonos, en la mayor medida posible, la consecución de un nivel de motivación y unas expectativas respecto al tratamiento que permitan la cantidad y calidad de la implicación del sujeto necesaria e imprescindible para el éxito de la terapia.

En general, la información aportada debe ser suficiente para que el paciente sepa, exactamente, qué se pretende lograr, cuál va a ser el método general de trabajo y qué ventajas suponen para él los logros que se pretenden alcanzar, teniendo en cuenta, respecto a este último punto, que no se trata de conseguir la adaptación a una situación de invalidez provocada por el infarto de miocardio sufrido, sino, por el contrario, de dotarle de estrategias que pueden permitirle alcanzar objetivos deseables para cualquier persona, haya sufrido un infarto o no; así, por ejemplo, estrategias como un mejor aprovechamiento del tiempo o una mayor capacidad para hacer frente a problemas cotidianos de manera útil y saludable pueden servir para aumentar su rendimiento, su bienestar o sus relaciones personales, objetivos sin duda deseables para cualquier persona y que, además, redundarán en una mayor seguridad para su salud coronaria.

3.2.3. Aplicación del programa

Una vez realizada la evaluación inicial, delimitados los objetivos, diseñado el plan general de intervención y explicados al paciente los puntos anteriores, puede comenzarse a aplicar el tratamiento. Obviamente, las técnicas específicas a utilizar variarán considerablemente según los problemas que deban resolverse en cada caso; no obstante, es conveniente señalar, respecto a la aplicación del tratamiento, algunos aspectos generales de interés.

En primer lugar, el entrenamiento del paciente en aquellas estrategias que se hayan delimitado como deficitarias, deberá responder a un adecuado análisis funcional de su conducta y deberá dirigirse al logro de habilidades concretas directamente relacionadas con su entorno habitual.

Estrechamente ligado con lo anterior, es de suma importancia que, durante todo el proceso de tratamiento, se realice una evaluación continua del paciente. Por una parte, la evaluación

inicial habrá proporcionado datos acerca de los problemas del paciente (exceso de hostilidad, falta de adherencia al ejercicio físico, pensamientos disfuncionales sobre las consecuencias del infarto de miocardio...), sin embargo, para la adecuada solución de estos problemas, habrá que continuar evaluando su conducta con el fin de determinar, en su caso concreto, qué mecanismos conductuales específicos son responsables de los comportamientos disfuncionales observados inicialmente. Por otra parte, la evaluación continua hace referencia a la necesidad de observar progresivamente, a lo largo de la aplicación de las estrategias de tratamiento, el efecto que éstas puedan estar causando, con el fin de corregir posibles errores en el planteamiento terapéutico inicial en el caso de no lograrse los resultados esperados, o aprovechar las ganancias que puedan irse logrando para el posterior desarrollo de la intervención.

Como ya se ha señalado, el éxito del tratamiento depende, en buena medida, de la motivación y colaboración activa del paciente. En este sentido, es importante señalar que dicha motivación debe ser cuidada durante todo el proceso de tratamiento, por lo que será preciso tener en cuenta el efecto que las indicaciones terapéuticas ejercen sobre esta variable.

Por último, es preciso indicar que, dado que, en la mayoría de los casos, se trata de entrenar al paciente en habilidades diversas y modificar aquellas conductas que parecen impedir el buen desarrollo del proceso de recuperación post-infarto de miocardio, los programas de intervención incluirán un cierto número de estrategias comportamentales y cognitivas que constituyen un paquete terapéutico complejo. En este sentido, es importante realizar un esfuerzo terapéutico dirigido a conseguir la interacción más ventajosa entre los diversos componentes del programa de tratamiento, aprovechando, siempre que sea posible, las ganancias que se van obteniendo en unas áreas de trabajo en beneficio de las restantes.

Sin olvidar la importancia de atender a la adecuada interacción entre las técnicas que componen el paquete de tratamiento, a continuación, y con el fin de ofrecer una visión general del tipo de técnicas terapéuticas más frecuentemente utilizadas en los programas de intervención psicológica para la rehabilitación de pacientes post-in-

farto de miocardio, realizaremos una breve exposición de las distintas áreas de intervención y las posibilidades terapéuticas de la Modificación de Conducta en cada una de ellas, dividiéndolas, según el modelo propuesto en: a) técnicas para la reducción del impacto emocional inicial post-infarto de miocardio y b) técnicas para la reducción del riesgo coronario.

a) Técnicas terapéuticas para la reducción del impacto emocional inicial post-infarto de miocardio

Como ya hemos indicado, siempre en función de los resultados de la evaluación inicial, podrá diseñarse, específicamente para cada caso, un programa de actuación terapéutica destinado a reducir el impacto emocional negativo modificando las cogniciones disfuncionales detectadas, así como a realizar los ajustes necesarios en el nivel y el tipo de actividades desarrolladas por el paciente, para conseguir un nivel óptimo de funcionamiento en esta primera etapa del proceso de rehabilitación. Para ello, los programas terapéuticos podrán incluir la aplicación de estrategias cognitivo-comportamentales para la modificación de cogniciones disfuncionales y la planificación sistemática de actividades a realizar en este primer momento, lo que permitirá, por una parte, el ajuste del nivel de actividad inicial del paciente y, por otra, contribuir a la modificación de cogniciones disfuncionales si, como en la línea propuesta por Beck (1976), las actividades planificadas se utilizan como experimentos conductuales que aporten datos empíricos en apoyo de las cogniciones más racionales acerca de las repercusiones del infarto.

b) Técnicas terapéuticas para la reducción del riesgo coronario

Respecto a la intervención para la adecuada modificación de hábitos comportamentales que constituyen factores de riesgo coronario (consumo de tabaco, dieta alimenticia inadecuada y déficit de ejercicio físico regular y moderado), la información al paciente sobre comportamientos de riesgo, la auto-observación y el auto-registro de las conductas que se pretende modificar, la aplicación de estrategias como el control de estímulos, la programación del tiempo o la planificación de objetivos, son algunas de las alternativas terapéuticas que la Modificación de Con-

ducta ofrece para la solución de los problemas que se plantean en este área.

Por lo que se refiere a la posible necesidad de aumentar las habilidades de los pacientes para el manejo de situaciones estresantes y lograr un estilo de funcionamiento saludable en las distintas áreas de su vida cotidiana, técnicas como la inoculación del estrés, la reestructuración cognitiva, la programación racional del tiempo, entre otras, pueden constituir útiles herramientas para el logro de los objetivos en este área de intervención.

3.3. *Algunos resultados de la aplicación del modelo propuesto*

Con el fin de aportar alguna evidencia acerca de la eficacia de este modelo de intervención multidimensional para la rehabilitación de pacientes que han sufrido un infarto de miocardio, hemos realizado un estudio en el que se compararon los resultados obtenidos por diez pacientes que recibieron un programa de las características anteriormente expuestas, con los mostrados por otros diez sujetos que también habían padecido un infarto de miocardio y a los que no se les aplicó dicha intervención.

En este estudio, tras un año de seguimiento, pudo observarse que, en general, los pacientes tratados mostraban una excelente situación respecto a la ausencia 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 estado de ánimo que podría calificarse de óptimo. Estos resultados contrastan abiertamente con los obtenidos por el grupo de pacientes que no recibió tratamiento, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre unos y otros, siempre a favor de los que se sometieron a la intervención, en el nivel de adherencia a las prescripciones dietéticas, en la adherencia a la práctica de ejercicio físico regular y moderado, en el grado de vulnerabilidad al estrés, en las habilidades de enfrentamiento al estrés, en la presencia del patrón de conducta tipo-A, en el grado de hostilidad, en la recuperación del nivel de actividades sociales y sexuales existente antes de la ocurrencia del infarto de miocardio, en el grado de ansiedad y depresión después del ataque cardíaco, en la fre-

cuencia de consumo de tranquilizantes, en el grado de malestar subjetivo provocado por la reducción de actividades sociales y sexuales posterior al infarto de miocardio, en el locus de control de la salud y en la frecuencia de visitas médicas no prescritas (Bueno & Buceta, 1996).

4. CONCLUSIONES

Los estudios epidemiológicos sobre los factores de riesgo de infarto de miocardio y sobre las consecuencias psicológicas y sociales del padecimiento de un ataque cardíaco indican, desde hace años y sin lugar a dudas, la existencia de numerosas variables psicológicas implicadas en el pronóstico de la rehabilitación cardíaca. Sin embargo, hasta el momento, los intentos de intervención psicológica en este campo parecen adolecer de múltiples deficiencias que, posiblemente, han limitado la cantidad y calidad de los logros alcanzados.

Por este motivo, intentando superar los déficits de los programas habitualmente empleados en la rehabilitación de pacientes post-infarto de miocardio, hemos propuesto un modelo de intervención multidimensional que pretende, precisamente, optimizar los recursos que ofrecen las técnicas de Modificación de Conducta en su contribución a dicho proceso de rehabilitación.

La idea básica que fundamenta el modelo de intervención aquí propuesto, es el hecho de que las dificultades existentes para el logro de una rehabilitación exitosa parecen consistir en la falta de habilidades de los pacientes para el manejo de la situación post-infarto, lo que les impide efectuar los cambios necesarios en su comportamiento para preservar su comprometida salud coronaria, provocando reacciones disfuncionales diversas que impiden el desarrollo favorable de la recuperación y el logro de un estilo de vida saludable. Parece, por lo tanto, que la intervención deberá dirigirse, en primer lugar, a determinar, individualmente, cuáles son las habilidades de las que carece el paciente y, posteriormente, en aplicar el correcto entrenamiento de las mismas mediante técnicas de Modificación de Conducta sistemática e individualmente aplicadas.

El modelo de intervención que proponemos, pretende, en cualquier caso, lograr un ajuste ge-

neral de la conducta post-infarto del paciente, atendiendo, en primer lugar, prioritariamente, a las reacciones disfuncionales que puedan presentarse como consecuencia del impacto emocional producido por la ocurrencia del ataque cardíaco y, posteriormente, al logro de un nivel de funcionamiento óptimo en las distintas áreas relevantes de la vida diaria, reduciendo, así, la probabilidad de nuevas ocurrencias de infarto de miocardio.

En resumen, en el presente escrito se ha propuesto un modelo de intervención específicamente dirigido al proceso de rehabilitación al que deben enfrentarse las personas que han padecido un infarto de miocardio y que ha sido elaborado a partir de los datos de la literatura científica acerca de los problemas psicológicos que implica esta situación particular. Esta idea nos parece especialmente importante, ya que no se trata de atender a personas que presentan problemas psicológicos y que, además, han tenido un infarto, sino, por el contrario, lo que aquí se plantea es una propuesta de intervención terapéutica centrada en la necesidad de ayuda psicológica derivada directamente del hecho de encontrarse enfrentado a la experiencia de un infarto y dirigida específicamente al entrenamiento de los pacientes en las habilidades necesarias para afrontar esta situación con mayores garantías de éxito, en definitiva, centrada en el proceso de rehabilitación post-infarto de miocardio.

Esperamos que los alentadores resultados obtenidos mediante la aplicación de este tipo de programas sirvan para estimular la investigación futura en esta línea, lo que redundará en la posibilidad de ofrecer una mejor atención psicológica a las personas que deben enfrentarse al complejo proceso de rehabilitación después de haber padecido un infarto de miocardio, cuyo éxito parece depender, en su mayor parte, de las adecuadas habilidades psicológicas que, en muchos casos, el paciente sólo podrá lograr a través de la intervención especializada de un psicólogo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baborski, F., & Turkulin, K. (1987). The influence of emotional profiles on the results of rehabilitation of patients after myocardial infarction (Abstr). *European Heart Journal*, 8 (Suppl II), 162.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Bueno, A. M., & Buceta, J. M. (1993). Intervención psicológica en la rehabilitación de pacientes post-infarto de miocardio: Una revisión de la literatura. In M. A. Simón (Ed.), *Anuario comportamiento y salud* (Vol. II). Valencia: Promolibro.
- Bueno, A. M., & Buceta, J. M. (1994). Intervención psicológica en la rehabilitación de pacientes post-infarto de miocardio. *JANO*, 47, 51-62.
- Bueno, A. M., & Buceta, J. M. (1996). Tratamiento psicológico después del infarto de miocardio. In J. M. Buceta & A. M. Bueno (Eds.), *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. Madrid: Pirámide.
- Crisp, A. H., Queenan, M., & D'Souza, M. F. (1984). Infarto de miocardio y estado emocional. *Lancet* (ed. Esp.), 5 (1), 65-68.
- Diedericks, J. P., Bar, F. W., Hoppener, P., & Vonken, H. (1991). Predictors of return to former leisure and social activities in myocardial infarction patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 35 (6), 687-696.
- García, L., Valdés, M., Jodar, I., & Riesco, N. (1994). Psychological factors and vulnerability to psychiatric morbidity after myocardial infarction. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 61 (3-4), 187-194.
- García-Sánchez, S., Wilke, M., & Bayés de Luna, A. (1988). Readaptación psicosocial tras cardiopatía isquémica, planteamiento de un programa de intervención. In M. Valdés, T. De Flores, & S. García (Eds.), *Estrés y cardiopatía coronaria*. Barcelona: Alamed.
- 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.
- Jaarsma, T., Kastermans, M., Dassen, T., & Philipsen, H. (1995). Problems of cardiac patients in early recovery. *Journal of Advances in Nursing*, 21 (1), 21-27.
- Julkunen, J., & Saarinen, T. (1994). Psychosocial predictors of recovery after a myocardial infarction: Development of a comprehensive assessment method. *Irish Journal of Psychology*, 15 (1), 67-83.
- 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 A. Steptoe, & A. Mathews (Eds.), *Health care and human behaviour*. New York: Academic Press.
- Linden, B. (1995). Evaluation of a home-based rehabilitation programme for patients recovering from acute myocardial infarction. *Intensive Critical Care in Nursing*, 11 (1), 10-19.

- Maeland, J. G., & Havik, O. E. (1987). Psychological predictors for return to work after a myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 31 (4), 471-481.
- Rosal, M. C., Downing, J., Littman, A. B., & Ahern, D. K. (1994). Sexual functioning post-myocardial infarction: Effects of beta-blockers, psychological status and safety information. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (7), 655-667.
- Sanne, H., Wiklund, I., Vedin, A., & Wilhelmsson, C. (1985). Determinantes de la readaptación psicológica, sexual y laboral después del infarto de miocardio. *Revista Española de Cardiología*, 38 (supl. III), 10-14.
- Schleifer, S. J., Macari-Hinson, M. M., Coyle, D. A., Slater, W. R., Kahn, M., Gorlin, R., & Zucker, H. D. (1989). The nature and course of depression following myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 149, 1785-1789.
- Tardif, G. S. (1989). Sexual activity after a myocardial infarction. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 70, 763-766.
- Terry, D. J. (1992). Stress, coping, and coping resources as correlates of adaptation in myocardial infarction patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 31 (2), 215-225.
- Turner, L., Linden, W., Vanderwal, R., & Schamberger, W. (1995). Stress management for patients with heart disease: A pilot study. *Heart & Lung*, 24 (2), 145-153.
- Vanelderen-Vankemenade, T., Maes, S., & Vandebroek, Y. (1994). Effects of a health education programme with telephone follow-up during cardiac rehabilitation. *British Journal of Clinical Psychology*, 33 (3), 367-378.
- 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.
- Wiklund, I., Sanne, H., Vedin, A., & Wilhelmsson, C. (1984). Determinants of return to work one year after a first myocardial infarction. *Journal of Cardipulmonar Rehabilitation*, 5, 62-72.
- Wiklund, I., Sanne, H., Vedin, A., & Wilhelmsson, C. (1985). Coping with myocardial infarction: A model with clinical applications, a literature review. *Internal and Rehabilitation Medicine*, 7 (4), 167-175.

RESUMEN

Numerosos estudios epidemiológicos han señalado la importancia de diversas variables psicológicas como factores de riesgo de infarto de miocardio, así como la frecuente presencia de problemas psicológicos en la rehabilitación después de un ataque cardíaco. Sin embargo, a pesar de la importancia de la intervención psi-

cológica en este área, los programas terapéuticos tradicionalmente empleados parecen presentar múltiples deficiencias que limitan los resultados obtenidos. Con el fin de superar tales deficiencias, en el presente artículo se propone un modelo de intervención específicamente diseñado para la atención psicológica a los pacientes post-infarto de miocardio. El modelo parte de la consideración del infarto de miocardio como un evento altamente estresante en cuyo manejo el paciente puede fracasar, manifestándose entonces consecuencias conductuales y cognitivas que interfieren con su bienestar personal, le impiden reincorporarse a sus actividades habituales y perjudican seriamente su salud. En consecuencia, la intervención psicológica se dirige, en primer lugar, a reducir el impacto emocional provocado por el infarto y, una vez logrado un estado psicológico adecuado, a entrenar al paciente en las habilidades necesarias para abordar los cambios en su estilo de vida que le permitan una reincorporación exitosa y saludable a las distintas esferas de funcionamiento diario.

Palabras clave: Infarto de miocardio; rehabilitación cardíaca; intervención psicológica.

RESUMO

Numerosos estudos epidemiológicos têm assinalado a importância de diversas variáveis psicológicas como fatores de risco de enfarte de miocárdio, assim como a presença frequente de problemas psicológicos na reabilitação depois de um ataque cardíaco. Contudo, apesar da importância da intervenção psicológica nesta área, os programas terapêuticos tradicionalmente empregados parecem apresentar múltiplas deficiências que limitam os resultados obtidos. Com a finalidade de superar tais deficiências, no presente artigo propõe-se um modelo de intervenção especificamente desenhado para a prestação de cuidados psicológicos aos pacientes post-enfarte de miocárdio. O modelo parte da consideração do enfarte de miocárdio como um acontecimento altamente stressante em cujo manejo o doente pode fracassar, manifestando-se então consequências comportamentais e cognitivas que interferem com o seu bem-estar pessoal, lhe impeçam reincorporar-se às suas atividades habituais e prejudicam seriamente a sua saúde. Em consequência, a intervenção psicológica dirige-se, em primeiro lugar, a reduzir o impacto emocional provocado pelo enfarte e, uma vez logrado um estado psicológico adequado, treinar o doente nas habilidades necessárias para abordar as mudanças no seu estilo de vida que lhe permitam uma reintegração com êxito e saudável nas diferentes esferas de funcionamento diário.

Palavras chave: Enfarte de miocárdio; reabilitação cardíaca; intervenção psicológica.

ABSTRACT

Numerous epidemiological studies have pointed out the relevance of many psychological variables as risk factors of myocardial infarction, as well as the existence of psychological problems associated with cardiac rehabilitation. However, in spite of the importance of the psychological intervention in this field, the therapeutic programmes traditionally applied, show many deficiencies that reduce the outcomes obtained. In order to overcome such deficiencies, the present paper proposes an intervention model specifically designed for the psychological care to the post-infarction patients. The model proposes the infarction as a stress-

ful life event in whose coping the patient often fails and, when this fact occurs, behavioral and cognitive consequences appear, interfering with his wellbeing, preventing his reincorporation to the habitual activities, and harming seriously his health. Consequently, in the first moment, the psychological intervention is directed to reduce the emotional impact brought about by the infarction and, later, once achieved an adequate psychological condition, it is directed to train the patient in the necessary skills for having the changes in his life style that would allow him a successful and healthy rehabilitation to the different fields of his habitual life.

Key words: Myocardial infarction; cardiac rehabilitation; psychological intervention.