

Curso teórico-práctico / 8ª Jornadas de SORECAR: “Rehabilitación cardiaca, una disciplina multidisciplinar”.

Mesa 3: Intervención terapéutica: ”Intervención psicológica y social”

Ponente: Dr. José Ignacio Robles Sánchez. Especialista Psicología Clínica. Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”. Madrid.

Con la colaboración de las alumnas del Master de Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Complutense de Madrid que realizan los tratamientos bajo mi tutorización, del Dr. Mohamed Tricha, residente del Servicio de Rehabilitación por su gran interés mostrado por los aspectos de la intervención psicológica y la posibilidad de implantar el modelo en su país. Mi agradecimiento a todo el Servicio de Rehabilitación del Hospital Central de la Defensa y quiero tener un recuerdo muy especial para Kety.

La rehabilitación cardiaca completa consiste en entrenamiento físico junto con psicoeducación y apoyo psicológico. El objetivo de estas intervenciones consiste en facilitar la vuelta a una vida normalizada y animar a los pacientes para que realicen aquellos cambios que sean necesarios en sus estilos de vida con la finalidad de prevenir futuros eventos cardiacos.

Los aspectos psicoeducativos y psicológicos son también necesarios para tratar con el estrés psicológico normal tras un infarto agudo de miocardio (IAM).

Muchos de los aspectos que vamos a considerar los he extraído de: Cardiac Rehabilitation: A national clinical guideline, publicada en enero de 2002 por la Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

Malestar Psicológico y falta de apoyo social

El malestar psicológico duradero y la falta de apoyo social van a ser predictores muy poderosos de los resultados que siguen al IAM, independientemente del grado de deterioro físico de los sujetos. El malestar psicológico es también un importante predictor de los costes hospitalarios tras un evento cardiaco, los pacientes estresados cuestan cuatro veces más que los no estresados. La depresión y la ansiedad pueden también jugar un papel en la enfermedad coronaria.

Depresión y Ansiedad

Un estudio encontró que el total de costes sanitarios tras un año de seguimiento después de un IAM fueron 41% más altos para pacientes con puntuaciones elevadas en depresión.

Se estima la prevalencia de la depresión en pacientes con IAM en un rango que oscila entre 15 y 45%. La depresión se asocia con un aumento de tres o cuatro puntos de la mortalidad cardiaca y es fuertemente predictiva de resultado sintomático, psicológico, social y funcional pobre a los tres y doce meses. La depresión es común en pacientes con riesgo coronario probado angiográficamente que han tenido un infarto y se asocia con incremento del riesgo de eventos cardiacos en la angina inestable. (Evidencia nivel 2++)

Altos niveles de ansiedad pueden tener un efecto adverso en los resultados. La ansiedad mientras se permanece en la unidad de cuidados coronarios se asocia con aumento del riesgo de síndrome coronario agudo y acontecimientos arrítmicos durante los 12 meses

siguientes. El Ensayo de Supresión de Arritmia Cardíaca mostró incremento de la mortalidad asociada con niveles más altos de Ansiedad. (Evidencia nivel 2++)

Los pacientes con enfermedad coronaria deben ser evaluados con instrumentos de despistaje para la ansiedad y la depresión que estén suficientemente validados.

Tipo A de personalidad

Los informes primigenios sugerían que la personalidad “Tipo A”, caracterizada por su conducta competitiva y agresiva y hostilidad, era un factor de riesgo independiente para la enfermedad coronaria. Una revisión sistemática ha mostrado que el “Tipo A” no es un factor de riesgo, pero concluye que la hostilidad pudiera desempeñar un papel etiológico. La misma revisión encontró que no había estudios que apoyaran el Tipo A o la hostilidad como factores pronósticos en la enfermedad coronaria. El afrontamiento exitoso con una vida agitada y estresante no es dañino y es importante evitar dar mensajes de sobre-precaución a la gente que disfruta estando ocupada y enérgica. (Evidencia nivel 1++).

Personalidad Tipo A- tres grandes dimensiones:

- 1.- Competitividad** y orientación al éxito – implicada en muchas actividades
- 2.- Agresividad y hostilidad;** propensión a mostrar agresividad y hostilidad en situaciones de estrés
- 3.- Sentido de urgencia temporal,** más allá del simple paso del tiempo, más **impaciente**, conseguir más en el menor tiempo posible.

Personas hostiles: Manifestación de soledad y aislamiento, la gente que se siente sola y aislada, manifiesta enojo y rabia crónicos, tendiendo a alejar a los otros, provocando más soledad y aislamiento dentro de un círculo vicioso (Mills y Mayou, 1999)

Hiperactividad del sistema nervioso simpático.

- ↑ presión arterial sistólica
- ↑ frecuencia cardíaca
- ↑ secreción de cortisol
- ↑ noradrenalina
- ↑ adrenalina
- ↑ lipoproteína de baja densidad.

Los rasgos de hostilidad se han correlacionado con el desarrollo de EC en hombres de alto riesgo (Dembroski,1989) y a la restenosis post angioplastia y a la progresión de la aterosclerosis (Rosanski, 1999).

Miller et al (1996) encontraron hostilidad asociada con resultados cardiovasculares en sujetos jóvenes.

Estudios más recientes descomponen la hostilidad en la expresión de la ira, y el cinismo. Williams et al., (2000) estudiaron a 13.000 personas. Evaluaron el rasgo “ira” definido como propensión frecuente, intensa y duradera a la rabia. ¿Te controlas rápidamente?

Los normotensos con puntuaciones altas en ira tenían tres veces más de probabilidad de sufrir un ataque cardíaco o muerte repentina, incluso después de controlar el tabaquismo, el peso o la diabetes.

Mathews et al, (2000). Observaba la hostilidad definida como un rasgo marcado por el cinismo, la desconfianza, la ira y la agresión.

Utilizó técnicas de tomografía por electrones para comprobar la calcificación arterial como un signo precoz del endurecimiento arterial.

Aquellos que puntuaron por encima de la media en hostilidad tenían el doble de probabilidad de tener calcificación que aquellos que puntuaban por debajo.

Creencias erróneas (Factores cognitivos)

Las creencias erróneas son creencias falsas o confusas sobre los problemas cardiacos, que con frecuencia llevan a la gente a ser sobre precavidos y a responder de forma inadecuada. Un estudio encontró que la capacidad funcional a los 12 meses postinfarto correlacionaba fuertemente con la edad y la atribución causal inicial. Otro estudio encontró que los varones con angina eran más probables a atribuir las causas de su mal a factores controlables que las mujeres. Aquellos pacientes que pensaban que las causas eran menos controlables (el estrés de mi trabajo ha causado mi infarto de miocardio), era más probable que tuvieran problemas para volver a trabajar, el funcionamiento social y doméstico, problemas sexuales y escasa asistencia a la rehabilitación cardiaca, independientemente de su nivel de ansiedad y de la severidad de su infarto de miocardio. (Evidencia nivel 2++, 2+, 4).

El personal rehabilitador debe identificar y dirigir las creencias erróneas sobre la salud y la enfermedad cardiaca en aquellos pacientes con enfermedad coronaria.

Efectividad de las intervenciones psicológicas y educativas

Las intervenciones psicológicas y educativas son diversas en naturaleza y no siempre se describen bien en la literatura, creando problemas cuando se intenta evaluar su eficacia. Las intervenciones psicológicas incluyen counselling individual y grupal, control del estrés, relajación, psicoterapia de grupo, aproximaciones cognitivo-conductuales, señalamiento de objetivos e hipnoterapia. Las intervenciones psicoeducativas incluyen aspectos educativos sobre las enfermedades coronarias tanto individual como en grupo, comida sana y dieta, dejar de fumar, hipertensión, ejercicio físico e infarto de miocardio; autorregistros diarios; cuadernillos; avisos de medicación; y counselling vocacional.

A. Los programas de rehabilitación cardiaca deben incluir intervenciones psicológicas y educativas como parte de una rehabilitación compresiva.

Orientación de la Terapia

La evidencia sugiere que es más efectivo orientar la terapia a aquellos sujetos identificados como más “estresados” o aquellos que tienen mayor necesidad de cambio conductual antes que hacer partícipes de todos los aspectos del programa a todos los pacientes. (Evidencia nivel 1++, 1+).

B. Las intervenciones psicológicas y educativas deben diseñarse según las necesidades de cada paciente individual.

A. Los pacientes con dificultades psicológicas de moderadas a severas deberían ser tratados por personal con tratamiento especializado en técnicas tales como la terapia cognitivo conductual.

¿Qué hacemos nosotros?

Objetivos del programa

El objetivo general del programa es mejorar los aspectos psicológicos implicados en los problemas cardiovasculares

Los objetivos específicos del programa fueron:

Conocer la naturaleza de los problemas cardíacos así como los factores riesgo y de mantenimiento de estos trastornos.

Entender la influencia de factores psicológicos en los trastornos cardiovasculares.

Modificar las reacciones emocionales disfuncionales acerca del post infarto

Adquirir habilidades de afrontamiento para el manejo de situaciones estresantes

Compartir la experiencia con otros miembros del grupo.

Las técnicas empleadas para conseguir estos objetivos son:

Psicoeducación sobre los factores de riesgo

Desarrollar un nuevo estilo de vida

Entrenamiento en técnicas de control de la activación y manejo del estrés.

Control de emociones negativas

Control de emociones negativas

Realizamos el tratamiento en grupo

Mediante un cuestionario de satisfacción subjetiva, los miembros del grupo valoran positivamente el grupo.

La posibilidad de crear un grupo de apoyo donde poder compartir experiencias personales y estrategias de afrontamiento relacionadas con sus trastornos cardiovasculares.

Crear un grupo dirigido por expertos facilita la posibilidad de aclarar dudas sobre su enfermedad así como aprender estrategias para mejorar en el proceso de rehabilitación.

Sugerencias realizadas por los terapeutas para mejorar

- Potenciar los elementos de cohesión del grupo.
- Dedicar todas las sesiones un tiempo para comentar las preocupaciones actuales de los miembros.
- Ampliar el trabajo de modificación de ideas irracionales relacionadas con la ira.
- Incluir en el taller elementos relacionados con el crecimiento post traumático (entendido el IAM como un trauma del que se puede salir resiliente).
 - Intención de cambio en hábitos de salud.
 - Trabajo emocional.
 - Crecimiento personal tras el trauma.

Taller diseñado para 10 sesiones (1 sesión semanal)

- Grupos pequeños 5, 6 o 7 personas
- Hora y media / Dos horas de duración
- Sala cómoda y preparada con colchonetas o sillones de relax

Sesión 1: Presentación del programa y del grupo

Sesión 2: Entrenamiento en respiración diafragmática

Sesión 3: Entrenamiento en relajación progresiva (8 grupos musculares)

Sesión 4: Entrenamiento en relajación progresiva (4 grupos musculares)

Sesión 5: Entrenamiento en relajación progresiva (4 grupos musculares y recorrido mental)

Sesión 6: Factores de riesgo

Sesión 7: Manejo del estrés. Estrategias para controlar la ira – hostilidad

Sesión 8: Manejo del estrés. Estrategias para controlar ira – hostilidad II

Sesión 9: Control de emociones negativas. Ansiedad. Depresión

Sesión 10: Control de emociones negativas. Ansiedad. Depresión II. Repaso de los contenidos. Prevención de recaídas. Evaluación post – tratamiento

Ejemplo de un taller

APELLIDOS NOMBRE	EDAD	PATOLOGÍA	ASISTENCIA
SOJJ	63	Lesión crítica en tronco medio	TODAS
CCA	50	Infarto agudo de miocardio	S1, S2, S3, S7
MDGJ	51	Infarto agudo de miocardio	S6, S7, S8, S9, S10
MRM	58	Isquemia subepicárdica anteroseptal	S1, S2, S3, S5, S6, S7, S9, S10
CAV	65	Varios infartos agudos de miocardio, con implante de tres by-pass	TODAS (EXCEPTUANDO S1)
BF	73	Tres infartos agudos de miocardio, con implante de un by- pass	S3, S4, S6, S7, S8, S9, S10

Caso Práctico

DATOS BIOGRÁFICOS:

Nombre: J.M.D

Edad: 51 años.

Estado civil: Casado.

Profesión: Químico

MOTIVO DE CONSULTA:

J. acude a consulta para incluirse dentro de un taller de rehabilitación psicológica cardiovascular, debido a que ha sufrido un infarto de miocardio. Ha recibido tratamiento psicológico anteriormente (febrero – junio del 2005) por ansiedad y depresión.

LISTADO DE PROBLEMAS:

- Problemas de sueño
- Bajo estado de ánimo
- Estrés laboral.
- Ansiedad.
- Dificultades en la relación de pareja.

OBJETIVOS:

- Tener mayor autocontrol.
- Aprender a relajarse.
- Complementar su tratamiento farmacológico y de ejercicio físico con uno psicológico.

ANÁLISIS FUNCIONAL:**Cognitivo:**

- Preocupación acerca del futuro, cambios a sufrir después del infarto, qué se puede hacer y qué no.
- Miedo a volver a padecer un infarto y / o tener la misma evolución médica de su padre.
- Preocupación acerca de la reincorporación laboral.
- Preocupación por su mujer.

Fisiológico:

- Nerviosismo.
- Inquietud.
- Insomnio
- Tensión muscular.

Emocional:

- Culpabilidad.
- Apatía.

Motor:

- Conductas de evitación: no salir, no practicar sexo, no hablar acerca de sus preocupaciones.

ANTECEDENTES: Factores de riesgo y protección.

Antecedentes familiares: Abuelos paternos (problemas cardíacos (no especifica)) y padre (sufrió 2 infartos, el segundo de los cuales le produjo el fallecimiento).

Hipertensión: Si (posible hipertensión esencial).

Colesterol: Sí.

Sobrepeso: No. Ya tenía dieta restrictiva por hipercolesterolemia. Actualmente, sigue dieta baja en sal y grasas.

Tabaco: Nunca ha sido fumador

Ejercicio físico: Antes del infarto andaba una hora al día, ejercicio que sigue manteniendo y acude a rehabilitación 3 veces por semana.

Apoyo social: Está casado y tiene 2 hijos (un chico de 20 años y una chica de 18). Se lleva muy bien con su familia al igual que con sus compañeros de trabajo.

Circunstancias estresantes: Trabajo (gran número de tareas a realizar).

Estado anímico de su mujer.

EVOLUCIÓN DEL PROBLEMA:

El comienzo de los problemas cardíacos empieza en enero del 2006 cuando J. sufre un infarto y tiene que ser ingresado durante 10 días. Las prescripciones médicas post-

infarto fueron medicación, dieta baja en grasas y sal así como la práctica de ejercicio físico moderado.

SITUACIÓN ACTUAL:

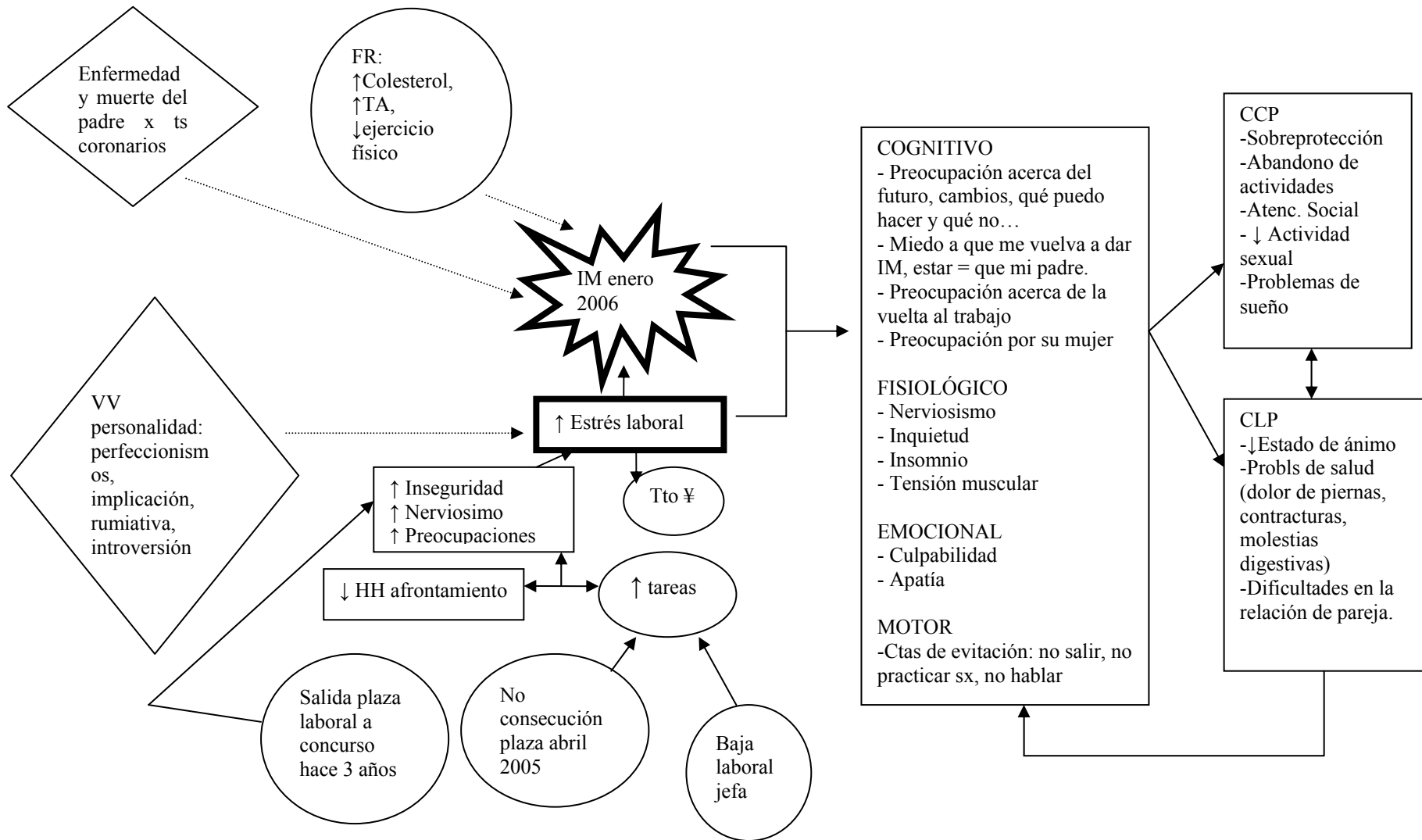
Se encuentra de baja y después del ingreso está en rehabilitación cardiovascular a espera de recibir el alta. Acude 3 veces por semana al hospital a realizar ejercicios de rehabilitación y otro día a consulta psicológica (atención individualizada).

Inicialmente, redujo sus actividades sociales por falta de apetencia a la hora de salir. Cuenta con pocas actividades de ocio.

Después de los problemas médicos, su trabajo se ha visto altamente afectado así como su relación de pareja. Su mujer está actualmente de baja médica por depresión y él atribuye parte de ello a su infarto y le preocupa no saber cómo ayudarla.

Sigue de forma general las prescripciones médicas.

Respecto al trabajo, tiene expectativas de reincorporación cuando le den el alta médica aunque muestra una gran preocupación acerca de cómo va a ser su reincorporación debido al alto nivel de estrés que padecía antes de sufrir el infarto y tiene temor a que todo continúe igual.



PLAN DE TRATAMIENTO

OBJETIVOS	TÉCNICAS
Aumentar el nivel de actividad inicial post – IM y mejorar estado de ánimo	Planificación de actividades agradables
Modificar ideas irracionales sobre el hecho de haber padecido un IM y las consecuencias de éste	Técnicas cognitivas
Mejorar el sueño	Psicoeducación en higiene del sueño Respiración diafragmática
Aumento de habilidades de afrontamiento de estrés	Inoculación de estrés
Reducción del exceso de implicación laboral y aumento de adherencia a la práctica de ejercicio regular y moderado	Programación racional del tiempo

Gracias a por su atención.