



I Congreso Virtual Internacional de Psicología

del 15 marzo al 14 de abril de 2017

MODIFICACIÓN DE FACTORES EMOCIONALES EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA MEDIANTE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA

A. González Gil, I. Galilea Gutiérrez, E. Valls Lázaro.

anagil87@gmail.com

Cardiopatías, ansiedad, depresión, hostilidad, rehabilitación, síntomas afectivos.

Heart diseases, anxiety, depression, hostility, rehabilitation, affective symptoms.

RESUMEN

La depresión, ansiedad y hostilidad se consideran factores de riesgo psicosocial asociados a la aparición y desarrollo de la patología cardíaca a través de la reactividad cardiovascular y por asociación con otros mecanismos psicosociales y hábitos de vida nocivos. Los objetivos del estudio fueron: evaluar el cambio en los niveles de ansiedad, depresión e ira, en pacientes cardiopatas tras participar en un Programa de Rehabilitación Cardíaca (PRHC) y examinar las diferencias que podría haber en dichas variables en función del nivel de riesgo cardiológico: alto (RA), moderado (RM) y bajo (RB). La muestra estuvo compuesta por 152 pacientes que participaron en un PRHC multidisciplinar de 2 meses de duración. Uno de los componentes del Programa fue el tratamiento psicológico grupal. Las variables de estudio (depresión, ansiedad e ira) se evaluaron en la fase de pretratamiento (al ingreso en el PRHC) y en la fase de postratamiento (al alta del PHRC). En los resultados, y atendiendo a la muestra total, se observó una disminución significativa en ansiedad, depresión e ira a la salida del PRHC. Atendiendo al riesgo cardiológico, esta misma mejoría se apreció en el grupo de RB. En el grupo de RM se constataron diferencias significativas en ansiedad y depresión; y en el grupo de RA se apreció una disminución significativa en depresión. Conclusión: Los datos obtenidos mostraron una mejoría significativa en los factores psicológicos evaluados al finalizar el programa. Se observó que el tratamiento fue más efectivo en los niveles de riesgo cardiológico bajo y medio con diferencias con el grupo de riesgo alto.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cardiovascular es la segunda causa de muerte y discapacidad de los países occidentales sólo por debajo del cáncer (Smith y Blumenthal, 2011). La cardiopatía isquémica en especial, es una de las enfermedades más relevantes actualmente, seguida por las enfermedades cerebrovasculares y la hipertensión arterial. Promover estrategias de intervención y promoción ayudará a disminuir la morbimortalidad y a mejorar la eficacia de los tratamientos (Espinosa, Bravo, Gómez-Doblas, Collantes, González, Martínez y De Teresa, 2004).

MODIFICACIÓN DE FACTORES EMOCIONALES EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA MEDIANTE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA

Espinosa et ál. (2004) entienden que la rehabilitación cardíaca es el conjunto de medidas multidisciplinarias que agrupan a diversos profesionales (cardiólogos, rehabilitadores, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, etc.) que tienen como objetivo, entre otros, mejorar la calidad de vida y la capacidad física del paciente coronario mediante un programa que incluye ejercicio físico, tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular, elevar el conocimiento de la enfermedad y la capacidad de reintegración laboral y a su entorno social en las mejores condiciones posibles. Es el ejercicio físico, el centro de la rehabilitación cardíaca, pero esta intervención tiene muchos más aspectos, como los psicológicos y educativos, que son imprescindibles para la consecución de dichos objetivos.

Una de las metas principales de la rehabilitación cardíaca es conocer los factores de riesgo individuales de la enfermedad coronaria para modificarlos y estratificar el riesgo cardíaco (García, Andrade y Sosa, 2011). Un amplio número de estudios han destacado la existencia de problemas emocionales y dificultades en el manejo de los hábitos no saludables en pacientes que han sufrido un infarto de miocardio. La existencia de estos factores psicológicos nos orienta a la necesidad de intervención psicológica en estos pacientes (Bueno, 1996).

Sabemos que la depresión, la ansiedad y la hostilidad se consideran factores de riesgo psicosocial asociados a la aparición y desarrollo de la patología cardíaca a través de la reactividad cardiovascular y por asociación con otros mecanismos psicosociales y hábitos de vida nocivos.

La depresión es uno de los factores psicológicos que ha recibido mayor atención en la investigación en los últimos años. Numerosos estudios relacionan la depresión con las enfermedades cardiovasculares y es habitual detectarla y tratarla en pacientes en rehabilitación cardíaca (Smith y Blumenthal, 2011). El trastorno depresivo mayor, según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (2013) 5ª edición, de la American Psychiatric Association, se caracteriza por dos o más semanas de un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, una disminución importante del interés o del placer, la pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento del peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor casi todos los días, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, pensamientos de muerte recurrentes que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en varias áreas.

Según Smith y Blumenthal (2011) la depresión es frecuente en los individuos con cardiopatía, en especial tras el infarto de miocardio. Se ha observado que la depresión aumenta el riesgo de muerte en el curso de la enfermedad cardiovascular. Se encontró (Lesperance, Frasure-Smith, Talajic y Bourassa, 2002, citado por Smith y Blumenthal 2011, p. 925) que a medida que aumentan los niveles de depresión, medida con el Beck Depression Inventory (BDI), aumenta también el riesgo de enfermedad coronaria. También recientemente se ha evidenciado en varios ensayos clínicos (Carney y Freedland 2009, citado por Smith y Blumenthal, 2011, p. 926) realizados en pacientes que no responden bien al tratamiento de la depresión, que dichos sujetos

MODIFICACIÓN DE FACTORES EMOCIONALES EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA MEDIANTE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA

tienen un mayor riesgo de muerte tras el infarto de miocardio. La prevalencia de enfermos cardíacos con depresión mayor tras un episodio cardíaco oscila entre el 15 y el 20% y la prevalencia de depresión menor o de síntomas depresivos está en torno al 20% (Carney y Freedland, 2008, citado por Del Pino, Ibáñez, Bosa, González y Gaos, p.127).

Por otro lado, la ansiedad generalizada y la preocupación están significativamente relacionadas con el aumento de riesgo cardíaco. En particular, la ansiedad se ha vinculado con la aparición de infarto de miocardio (Amigo, 2015), al igual que otros autores como Smith y Blumenthal (2011) la señalan como predictora de eventos coronarios, como refieren en su artículo "Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular".

En relación a la ira, Amigo (2015) refiere que la expresión de la misma se relaciona estrechamente con la reactividad cardiovascular y el desencadenamiento de problemas cardíacos. En un metaanálisis mediante estudios prospectivos sobre la asociación del enojo y la hostilidad con una futura enfermedad coronaria (Chida y Steptoe, 2009, citado por Smith y Blumenthal, 2011, p. 927) se observaron que los niveles superiores de enojo y hostilidad se asociaban con una peor evolución clínica, tanto en poblaciones sanas como en poblaciones cardíacas.

En cuanto a la segunda parte del objetivo de la rehabilitación, estratificar el riesgo cardiovascular, podemos observar en diferentes investigaciones, que reducirlo ha sido una preocupación y un objetivo de la investigación clínica en el que se han invertido considerables recursos en las últimas décadas (Bueno y Martín, 2016). Siguiendo a Alegría, Alegría y Alegría (2012) el concepto de «riesgo cardiovascular» se refiere a la probabilidad de sufrir ECV en un plazo determinado. Existen diversos baremos para cuantificar el riesgo mediante parámetros como los factores de riesgo y el baremo Score. Este último, nos permite estimar cual será el riesgo a los 10 años de un infarto de miocardio o de otros eventos cardíacos agudos, en función de la edad de paciente, el sexo, si es fumador, su presión arterial y el colesterol que tiene. Según estos parámetros y como vemos en la Tabla 1, el riesgo cardiovascular lo podemos clasificar como alto cuando el Score es del 5 al 10%, moderado entre el 1 y el 5% y se considera bajo si es menor del 1% (Alegría et ál. 2012, p.9).

Categorías de riesgo cardiovascular en las directrices europeas sobre dislipemia	
Riesgo alto	Un factor de riesgo francamente patológico (como dislipemia familiar o hipertensión arterial grave)
Riesgo moderado	Riesgo calculado SCORE 5-10%
Riesgo bajo	Riesgo calculado SCORE < 1%

Tabla 1. (Alegría et ál. 2012, p. 10)

MODIFICACIÓN DE FACTORES EMOCIONALES EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA MEDIANTE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA

MÉTODO Y PROCEDIMIENTO

La muestra del estudio consistió en 152 pacientes con patología cardíaca que acudieron a un Programa de Rehabilitación cardíaca del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza.

La proporción de hombres fue superior a la de mujeres. Las edades medias fueron 53,6 y 56,08 años respectivamente, con una edad media total de la muestra de 54 años.

La muestra del grupo de Alto Riesgo estuvo compuesta de 43 pacientes, la de Riesgo Medio de 30 pacientes y la de Bajo Riesgo de 79 pacientes (Tabla 2).

Los objetivos principales fueron: primero evaluar el cambio en los niveles de ansiedad, depresión e ira, en los pacientes de la muestra tras participar en el Programa de Rehabilitación Cardíaca, y segundo examinar las diferencias que podría haber en dichas variables en función del nivel de riesgo cardiológico: Alto, Moderado y Bajo. En esta investigación consideramos como variables de estudio: el nivel de depresión, de ansiedad y de ira. También los niveles de riesgo: Alto, Moderado y Bajo que se describen en la Tabla 1.

Para realizar el estudio se elaboró un cuadernillo que incluía diferentes cuestionarios y escalas relativas a aspectos clínicos. Esta información fue recogida a través de un autoinforme realizado por el propio paciente. Los instrumentos utilizados fueron:

El Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996). El BDI-II es un instrumento de autoinforme de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes.

La Escala Heteroaplicada de Ansiedad de Zung (ASI) que consta de 21 ítems que valoran los síntomas de ansiedad en función de la intensidad, duración y frecuencia (Zung, 1971).

La ira se evaluó mediante el Inventario de Expresión de Ira Rasgo-Estado, STAXI de Spielberger (segunda versión en español, STAXI-2 adaptada por Tobal, Morales y Vindel). Este instrumento está formado por tres escalas: Estado, Rasgo y Expresión. Fue la escala de Expresión de la ira la utilizada en la investigación, que consta de 4 componentes y un índice: Ira interna, Ira externa, Control de ira interna, Control de ira externa e Índice global de expresión. Está compuesta por 24 ítem (del 21 al 44 del Inventario Estado Rasgo de Ira de Spielberg) que reflejan sentimientos o acciones que un sujeto puede realizar cuando se enfada (Tobal, Casado, y Cano, 2011).

Esta evaluación se realizó previamente al Programa de rehabilitación y posteriormente a la salida del mismo.

El desarrollo de la intervención duró dos meses, en los cuales se realizó un tratamiento psicológico grupal con los pacientes que incluyó Psicoeducación sobre los factores de riesgo en la enfermedad cardíaca, Técnicas de autocontrol emocional como Relajación Progresiva (versión modificada del procedimiento de Bemstein y Borkovec, 1973) propuesto por Bueno y Buceta (1988), Relajación autógena de Schultz y Técnicas de respiración), Mindfulness, Aprendizaje de habilidades de gestión de la ira y hostilidad y Reestructuración cognitiva de pensamientos y

MODIFICACIÓN DE FACTORES EMOCIONALES EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA MEDIANTE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA

creencias irracionales relacionados con la enfermedad cardiovascular y feedback personalizado. Como tarea entre sesiones se realizaban autorregistros de todas las técnicas y dándole especial relevancia al aspecto motivacional para mejorar la adherencia al tratamiento.

RESULTADOS

Atendiendo a la muestra total (N=152) los resultados reflejan una mejoría significativa ($p < 0,01$) en todas las variables evaluadas, destacando la reducción en los niveles de depresión (Gráfico 1)

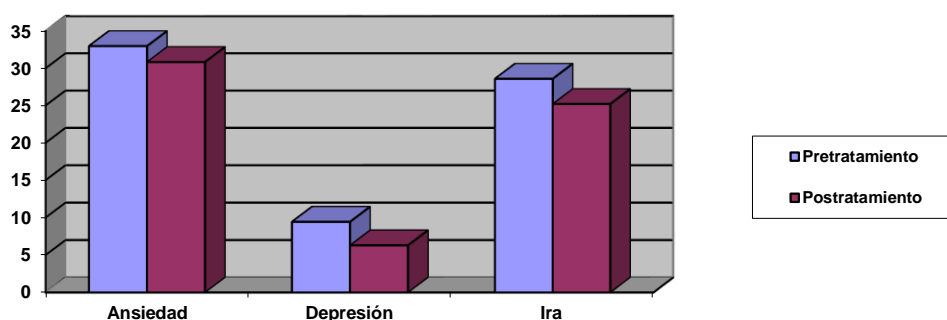


Gráfico 1: Muestra Total: 152 pacientes

El análisis de datos se llevó a cabo usando el programa estadístico SPSS V.15.0. Se analizó con la prueba post hoc de Bonferroni y la T de Student y se obtuvo una diferencia significativa ($p \leq 0,01$) al relacionar los niveles de ira, ansiedad y depresión antes y después del tratamiento (Tabla 2).

Conforme al objetivo de analizar las diferencias entre los grupos según el riesgo cardiovascular, comprobamos que como era de esperar el grupo de Bajo Riesgo presenta niveles menores de depresión, ansiedad e Índice de ira que los grupos de Moderado Riesgo y sobretodo de Alto Riesgo donde se observaron puntuaciones más elevadas.

Se observan cambios en los grupos según los niveles de riesgo cardiológico, el grupo de Bajo Riesgo mejoró de forma estadísticamente significativa tanto en depresión, ansiedad como en Índice de expresión de la ira. El grupo de Riesgo Moderado mejoró en todas las áreas, aunque estos cambios son estadísticamente significativos en depresión y ansiedad. Y por último, el grupo de Alto Riesgo si bien obtiene mejoría al final del programa en todas las áreas, se muestra estadísticamente significativo en depresión (Gráfico 2).

Si realizamos una comparativa por grupos, en los distintos tiempos de evaluación (inicio/final) observamos que al inicio sólo se presentan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de Bajo Riesgo y Alto Riesgo en ansiedad y depresión no obteniéndose en Índice de ira en estos dos grupos, y se mantuvieron estas diferencias en los mismos grupos y variables hasta el final del Programa de tratamiento. Encontrando también al finalizar diferencias de cambio

MODIFICACIÓN DE FACTORES EMOCIONALES EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA MEDIANTE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA

entre los grupos de Riesgo Moderado y Alto Riesgo (nivel de $p < 0,05$) en ansiedad, como podemos observar en la Tabla 2.

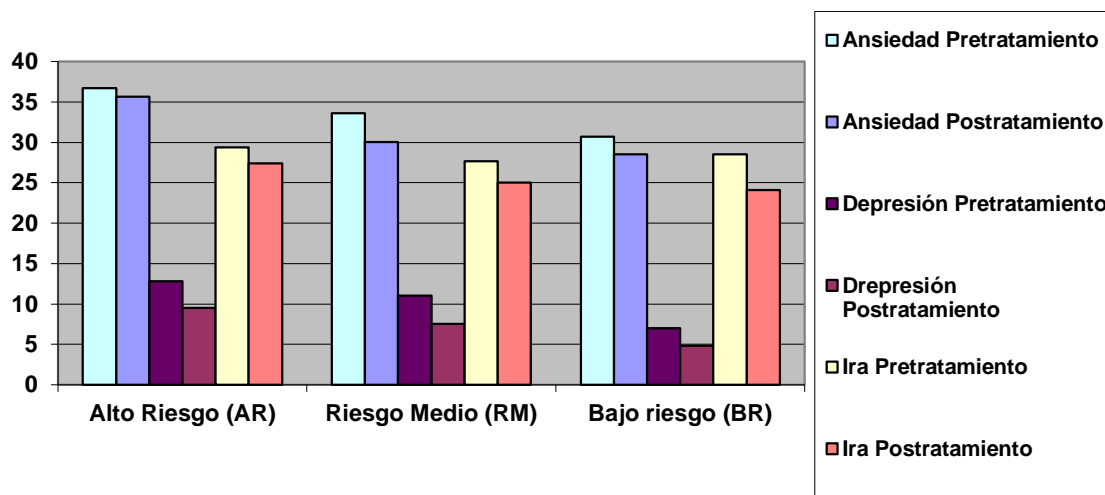


Gráfico 2: Relación al riesgo.

			Diferencias relacionadas	
Muestra total N=152.	media pre-tto	media post-tto	media	t ₁₅₁
I.E.IRA	28,59	25,21	3,38	4,579**
DEPRESIÓN	9,44	6,30	2,74	7,539**
ANSIEDAD	32,97	30,84	2,13	3,735**
Muestra AR N=43	media pre-tto	media post-tto	media	t ₄₂
I.E.IRA	29,37	27,37	2,00	1,411
DEPRESIÓN	12,84	9,53	3,30	4,629**
ANSIEDAD	36,72	35,65	1,07	0,977
Muestra RM N=30	media pre-tto	media post-tto	media	t ₂₉
I.E.IRA	27,67	25,00	2,66	1,433
DEPRESIÓN	11,00	7,50	3,50	4,202**
ANSIEDAD	33,60	30,03	3,56	2,151*
Muestra BR N=79	media pre-tto	media post-tto	media	t ₇₈
I.E.IRA	28,52	24,11	4,40	4,581**
DEPRESIÓN	7,00	4,85	2,15	4,424**
ANSIEDAD	30,70	28,53	2,16	3,205**
POSTHOC Bonferroni	Diferencias significativas en PRE-TTO		Diferencias significativas en POST-TTO	
DEPRESIÓN	RA-RB**		RA-RB**	
ANSIEDAD	RA-RB**		RA-RB** RA-RM*	

* Diferencia significativa a nivel $\leq 0,05$; ** diferencia significativa a nivel $\leq 0,01$

Tabla 2: Resultados.

MODIFICACIÓN DE FACTORES EMOCIONALES EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA MEDIANTE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los objetivos principales de nuestra investigación fueron conocer el cambio en los niveles de ansiedad, depresión e ira en una muestra de pacientes que participaban en un Programa de Rehabilitación Cardíaca y objetivar las diferencias en dichas variables según fuera el riesgo cardiológico de los pacientes.

Los resultados obtenidos mostraron una mejoría significativa de nuestras variables de estudio. Tanto los niveles de ansiedad, como los de depresión e ira se redujeron y así lo reflejaron los pacientes en la evaluación psicológica posterior al tratamiento.

Estos datos, observados inmediatamente después de la intervención, nos indican que el tratamiento fue más efectivo al disminuir los factores psicológicos en los niveles de riesgo cardiológico bajo y medio con diferencias con el Riesgo alto. También hemos observado que fue el nivel de depresión el que disminuyó en las tres estratificaciones de riesgo cardiológico. La ansiedad disminuyó significativamente en los niveles Moderado y Bajo riesgo, y el nivel de expresión de la ira únicamente en el nivel de Bajo riesgo, siendo ésta la variable más resistente a la modificación en nuestra investigación.

Con este estudio se ha observado que en general los tratamientos psicológicos mejoran los factores de riesgo asociados a la enfermedad cardiológica en los pacientes con patología cardíaca, y también el efecto beneficioso de las intervenciones psicológicas en cuanto a la mejora de los resultados clínicos. Se debe poner énfasis en posteriores investigaciones en analizar cómo variar las intervenciones psicológicas para incidir sobre los niveles de ira, trabajar de forma diferente según el grupo de riesgo cardiovascular (de forma más intensiva en el grupo de Alto Riesgo), y conocer cómo es la evolución de estos factores psicológicos a lo largo del tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alegría, E., Alegría, A. y Alegría, E. (2012). Estratificación del riesgo cardiovascular: importancia y aplicaciones. *Revista Española de Cardiología*, 12(8-11).
2. Amigo, I. (2015). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
3. Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
4. Beck, A.T., Steer, R.A. & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
5. Bueno, A.M. (1996). Rehabilitación cardíaca: estudio de un caso de intervención psicológica en un paciente post-infarto de miocardio. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, Vol.1, Nº 2, 171-180.

MODIFICACIÓN DE FACTORES EMOCIONALES EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA MEDIANTE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA

6. Bueno, H. y Martín, R. (2016). Riesgo cardiovascular a largo plazo tras un síndrome coronario agudo, todavía un reto. *Revista Española de Cardiología*, 69 (1)
7. Cano, R., Alguacil, I.M., Martín, J., Molero, A. y Miangolarra, J.C. (2012). Programas de rehabilitación cardíaca y calidad de vida relacionada con la salud. Situación actual. *Revista Española de Cardiología*, 65 (1).
8. Chida, Y. & Steptoe A. (2009). The association of anger and hostility with future coronary heart disease: a meta-analytic review of prospective evidence. *J Am CollCardiol*, 46.
9. Cordero, A., Galve, E., Bertomeu, V., Bueno, H., Fácila, L., Alegria, E., Cequier, A., Ruiz, E., González-Juanatey, J.R. (2016). Tendencias en factores de riesgo y tratamientos de pacientes con cardiopatía isquémica estable atendidos en consultas de cardiología entre 2006 y 2014. *Revista Española de Cardiología*, 69 (4).
10. Espinosa, S., Bravo, J. C., Gómez-Doblas, J. J., Collantes, R., González, B., Martínez, M. y De Teresa, E. (2004). Rehabilitación cardíaca postinfarto de miocardio en enfermos de bajo riesgo. Resultados de un programa de coordinación entre cardiología y atención primaria. *Revista Española de Cardiología*, 57 (1).
11. García, E., Andrade, M. y Sosa, V. (2011). Rehabilitación de los pacientes después de la colocación de una endoprótesis coronaria. *Revista española de Cardiología*, 11, 50-56.
12. Smith, P.J. y Blumenthal, J. A. (2011). Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular: epidemiología, mecanismos y tratamiento. *Revista Española de Cardiología*, 64 (10).
13. Pino Pérez, A., Ibáñez Fernández, I., Bosa Ojeda, F., Dorta González, R. y GaosMiezoso, M. (2012). Modelos factoriales del Inventario de Depresión de Beck-II. Validación con pacientes coronarios y una crítica al modelo de Ward. *Psicothema*, 24 (1), 127-132.
14. Tobal, J.J., Casado, M.I. y Cano, A. (2011). Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo, S.T.A.X.I.-2. State-Trait Anger Expression Inventory. STAXI-2. Obtenida el 23 de Noviembre de 2016 de <https://www.researchgate.net/publication/230577107>
15. Zung, W.W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, Obtenida el 23 de Noviembre de 2016 de <http://psicopsi.com/Escala-heteroaplicada-de-ansiedad-de-Zung>.