

INTERVENCIÓN GRUPAL EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Ruiz Corral MI. Antuña Calleja P.
Psiquiatra y DUE. Psiquiatría de Enlace. HUCA. Oviedo

Cada vez son más los estudios que constatan la relación entre distintas variables psicosociales y la patología coronaria (1,2,3). Algunos describen los procesos fisiopatológicos a través de los cuales procesos como el estrés, la ansiedad y la depresión influyen en la aparición o condicionan una peor evolución de las cardiopatías isquémicas. Otros los ponen en relación con hábitos de vida poco saludables que contribuirían a incrementar factores de riesgo para dicha patología (4,5,6).

Aunque ya hace tiempo que algunos estudios los consideran factores de riesgo del mismo rango que otros clásicos: Diabetes, tabaco...(7) todavía es poco frecuente encontrarlos dentro de las guías de prevención e intervención(8), empezando a aparecer en artículos recientes la consideración de la depresión dentro de los factores a detectar y tratar para hacer una adecuada intervención que aborde las consecuencias de este tipo de patología en la evolución de los pacientes con cardiopatía isquémica aguda (9).

Si tenemos en cuenta que sufrir un Síndrome coronario Agudo (SCA) es un acontecimiento vital de fuerte impacto emocional para el paciente y para la familia porque:

- Suele ser el primer signo de enfermedad grave en una vida caracterizada por la hiperactividad y la exigencia de eficacia máxima y se presenta de forma brusca.
- Confronta con la propia experiencia de muerte.
- No solo supone un proceso de adaptación a un padecimiento grave sino que cuestiona la organización existencial del sujeto y su entorno precisando cambios adaptativos importantes. (10)

Y que con frecuencia nos encontramos con pacientes que están pasando por un periodo de estrés intenso y/o mantenido, acompañado o no de ansiedad y/o depresión, lo que complica la tarea de afrontar una situación que requiere un esfuerzo psicológico de adaptación tanto para el paciente como para su entorno más cercano. En nuestro estudio, presentado hace un año, el 62% de los pacientes ingresados en la Unidad de Coronarias presentaban acontecimientos vitales estresante en el año previo al ingreso, el 24 % ansiedad, y el 13% depresión(11) y la reevaluación al inicio de los grupos junto con la opinión de los pacientes nos muestra un aumento de los síntomas ansiosos y depresivos tras el alta hospitalaria.

Todo ellos refuerza la importancia de programas de Enlace entre los servicios de cardiología y psiquiatría que posibiliten un abordaje integral de la enfermedad coronaria. Los objetivos de una intervención psicológica en estos pacientes estarían orientados a reducir el impacto emocional del acontecimiento y disminuir las conductas de riesgo(12).Y la realización de la terapia dentro de un grupo ofrece la oportunidad a los enfermos de reunirse con otros en un entorno de apoyo, para tratar los efectos de la enfermedad sobre ellos mismos (13).

Las características de estos grupos de pacientes físicos difieren de los grupos tradicionales de terapia precisando técnicas distintas en las que se tenga en cuenta la escasa búsqueda de ayuda psicológica de estos pacientes, las limitadas aptitudes para la introspección y la preocupación persistente por su proceso médico. (14)

NUESTRO PROYECTO

Desde el programa de Psiquiatría de Enlace con el Área del Corazón del HUCA y en colaboración con el equipo de enfermería de la Unidad de Coronarias, se realiza una selección de los pacientes que podemos considerar con riesgo psicosocial, a través de unos formularios pasados durante su ingreso en dicha unidad: Cuestionario heteroaplicado, elaborado para el estudio, sobre acontecimientos vitales percibidos como estresantes durante el año previo al ingreso, Escala de ansiedad rasgo del STAI de Spielberger, Escala de Depresión y Ansiedad en el Hospital: HDA (Zigmond 1983)(11). Con algunos de los que presentan factores de riesgo psicosocial nos planteamos intervenciones grupales que propicien una evolución más favorable respecto a los factores de riesgo y mejoren sus mecanismos de afrontamiento.

OBJETIVOS

Desarrollar mayor capacidad de afrontamiento de los problemas y dificultades que se producen tras sufrir un SCA y mejorar las estrategias de adaptación más saludables.

El grupo proporciona un medio para:

- Compartir ideas, sentimientos, intereses y experiencias entre los miembros.
- Aportar apoyo emocional de unos hacia otros.
- Reconocer pensamientos negativos sobre la situación y aprender a desarrollar otros más saludables.
- Lograr un mejor entendimiento de los factores y circunstancias que afectan a su situación y que producen las dificultades.
- Aprender estrategias y habilidades para manejar sus emociones y adaptarse mejor a la nueva situación.
- Modificar las conductas de riesgo coronario introduciendo modificaciones en el estilo de vida

CARACTERÍSTICAS Y COMPOSICIÓN DEL GRUPO

- Número de participantes: no superior a 12 participantes ni menor de 8
- Frecuencia de las sesiones: semanal
- Duración 1 hora.
- Nº total de sesiones: 13.
- Asistencia mínima: 10 sesiones (se formalizará previamente el compromiso de asistencia).

- Evaluación pre y postgrupal: Se les pasa el primer día un cuestionario sobre factores de riesgo y estilo de vida (Modificado de Bueno y Buceta (12)), junto con el HDA (Zigmond 1983) , Un inventario de Habilidades de enfrentamiento al Estrés (Beech, Bruns y Sheffield, 1982) y al finalizar se pasa una encuesta de evaluación confeccionada a tal fin, el HDA y el inventario de Habilidades.
- Terapeutas: psiquiatra y enfermero del programa de enlace con el área del corazón.

SELECCIÓN DE PACIENTES

- Pacientes con factores de riesgo emocional, detectados en la evaluación realizada durante el ingreso en la Unidad de Coronarias y en las plantas de Cardiología.
- Menores de 65 años.
- Que en una segunda evaluación presenten dificultades de adaptación y estén motivados para participar en el grupo aceptando sus condiciones.
- Que no presenten trastornos psicopatológicos graves que puedan interferir en la marcha del grupo, en cuyo caso habrán sido remitidos a seguimiento en el CSM.

MÉTODO

Estilo de los terapeutas: de dirección no explícita, haciendo que las intervenciones se orienten en la dirección de los objetivos establecidos: resaltando intervenciones, formulando preguntas al grupo, poniendo de manifiesto emociones y cogniciones, reforzando habilidades y competencias.

- Trabajar relacionando emociones, cogniciones y conductas en los aspectos que se vayan abordando.
- Facilitar la expresión emocional mediante la escucha y empatía, creando un clima de apoyo que posibilite vivir experiencias emocionales correctivas.
- Detectar pensamientos catastrofistas y confrontar.
- Destacar las experiencias nuevas y positivas que se han vivido tras el SCA.
- Insistir en los aspectos positivos que configuren una reestructuración saludable.
- Identificar situaciones generadoras de estrés y potenciar formas de afrontamiento más saludables.
- Facilitar que todos los miembros se expresen.
- Promover unas interacciones que faciliten el modelado incorporando formas de afrontamiento de otros pacientes.

Se realizarán sesiones de diálogo abierto, orientando los terapeutas el contenido pero teniendo en cuenta las preocupaciones de los pacientes y respetando su proceso, con un tiempo inicial de recogida de "ecos" de lo tratado en la sesión anterior y uno final de impresión sobre lo tratado en la sesión actual.

CONTENIDOS A DESARROLLAR A LO LARGO DE LAS SESIONES

1- Presentación:

- Quién soy: Años, trabajo, familia y proceso que tuvo...
- Expectativas: ¿Por qué estamos aquí? ¿Qué esperamos? ¿Qué tememos?....
- Objetivos y reglas de funcionamiento del grupo
- Trabajo conjunto.

2- Vivencia e impacto del SCA:

- Primeros síntomas: ¿Qué sentí? ¿Qué pensé? ¿Qué hice?
- Primera información dada por el médico: ¿Qué me quedó? (pensamientos, temores...)
- Reacciones de familiares: expresión emocional, información compartida, relación interpersonal (dificultades, aspectos positivos).
- Reacción de los amigos, compañeros....

3- La vuelta a casa:

- Relaciones familiares: cambio de roles.
- Relaciones externas, actividades...
- Expectativas y temores del pacientes, de los familiares y de los amigos.
- Dificultades y logros.

4- Estilo de vida previo:

- Trabajo, familia.
- Dieta y tóxicos.
- Actividades de ocio.
- Detectar situaciones de estrés y formas utilizadas de afrontamiento.

5- Duelo por las "pérdidas":

- Relación pérdidas/ ganancias
- Qué tenía de bueno y de malo lo anterior. Qué le gustaba y qué no.
- ¿Cómo se sintió al renunciar a..? ¿Cómo se siente ahora?
- Valorar nuevas posibilidades, relaciones y vínculos que van apareciendo.

6- Incorporación de nuevos estilos de vida:

- Adherencia al tratamiento.
- Abstinencia de tóxicos.
- Dieta
- Ejercicio físico.
- Relaciones familiares: readjudicación de roles, relaciones sexuales.
- Apoyos sociales y actividades de ocio

- Perspectivas laborales.

NUESTRA EXPERIENCIA

Recogemos la experiencia de dos grupos realizados entre Septiembre 07- Enero 08 el primero y Marzo-Mayo 08 el segundo con un total de 12 sesiones cada uno más una de evaluación.

Se convocaron 11 pacientes manteniéndose constantes en el primer grupo 7 y en el segundo 9. Con bajas por motivos laborales, familiares o de salud.

Desde las primeras sesiones se da una participación activa de todos los miembros de los grupos, respetando los distintos niveles de comunicación de cada uno. En los dos se realiza el recorrido por todo el proceso de experiencia y adaptación a sufrir un SCA, con una dinámica y contenidos distintos según las características de los participantes: proporción hombres/mujeres, rasgos de personalidad predominantes, sintomatología depresiva y ansiosa, acontecimientos vitales estresantes predominantes (estrés laboral, duelos, conflictos familiares...).

La mayor dificultad que constatamos fue no poder realizar los grupos dentro de un programa más amplio de rehabilitación cardíaca que defina unos indicadores de incorporación y finalización, que nos hubiera permitido realizar un formato más abierto de grupo y dejar fuera las preocupaciones por los aspectos médicos más directamente relacionados con el proceso somático.

Los **aspectos más destacados** que se trabajaron fueron:

- Las diferentes formas de afrontamiento cognitivo, emocional y conductual entre unos y otros, presentes en las distintas fases del proceso de adaptación.
- El análisis del ritmo de vida previo al infarto con situaciones de estrés (en un grupo predominaban las laborales y en el otro las familiares) reconocidas o no, y los cambios deseados, logrados y frustrados.
- El impacto emocional del infarto en ellos y el entorno: "Darse cuenta" de lo experimentado y ponerle nombre.
- Los miedos, impaciencias, dificultad para tolerar la incertidumbre, sentimientos de incapacidad, evitaciones y manejo de la hostilidad.
- Pérdidas: comida, actividades de ocio, trabajo, rol familiar.
- Ganancias: calidad de vida, mayor relación familiar, cambio en la escala de valores.

Evaluación: se realiza en dos tiempos, una valoración conjunta de lo que ha supuesto el grupo en el proceso de cada uno y la realización de una pequeña encuesta en la que se puntúa de 1-5 posibles cambios personales, de afrontamiento y en las relaciones, así como la valoración del grupo junto con la realización del HDA y la escala de habilidades de afrontamiento del estrés que ya se habían pasado al inicio del grupo.

A- Lo más valorado por el grupo ha sido:

- La relación de empatía y confianza establecida entre los participantes.
- El aprendizaje unos de otros al compartir las distintas formas de afrontamiento.

- Salir del aislamiento, de sentirse un “bicho raro” y poder hablar con otros que entienden su experiencia.
- Haber hecho un recorrido por todo el proceso.
- La escucha activa sin juicios de valor ante los distintos modos de afrontamiento.

B- De los resultados de las escalas destacamos:

- La valoración de los cambios personal, afrontamiento y relaciones está entorno al 3-4. Hay que tener en cuenta que es poco tiempo para poder realizar y valorar cambios estables.
- La valoración del grupo es de 4,7 sobre 5.
- De los 15 pacientes evaluados 11 presentaban niveles patológicos para la ansiedad (mayor o igual a 11) y 2 síntomas de ansiedad (mayor de 7) al inicio del grupo pasando a ser 6 los que presentan cifras patológicas y 5 solo síntomas.
- En la depresión se obtienen 5 con niveles patológicos y 7 con síntomas frente a los 3 con nivel patológico y 3 con síntomas del final.
- La puntuación inicial en habilidades es de 9,6 pasando a 11,9 al finalizar.

Cambio personal	Afrontamiento	Relaciones	Valoración grupo	
4,3	4	3,7	4,7	GRUPO I
3,6	3,5	3	4,7	GRUPO II

Valoración de 1-5

Ansiedad		Depresión		Habilidades	
Clin.	Sint.	Clin.	Sint.		
I: 5	1	I: 1	4	I: 10,3	GRUPO I
F: 1	4	F: 0	2	F: 14	
I: 6	1	I: 4	3	I: 9,2	GRUPO II
F: 5	0	F: 3	1	F: 9,8	

HDA: Caso Clínico (Clin.) = o > 11, Síntomas (Sint.) > 7. Máximo: 22

OTROS GRUPOS

ENTRENAMIENTO EN RELAJACION

Habida cuenta que la ansiedad es el fenómeno psíquico mas universal, lo que le enmarca como factor patogénico de primera magnitud, y de la importancia que tiene como factor coadyuvante en la aparición y evolución del IAM, así como en la HTA, es por lo que hemos decidido introducir dentro de nuestros programas de enlace el entrenamiento en relajación.

El **tiempo de duración** de cada grupo es de 10 sesiones, una semanal, lo que viene a ser dos meses y medio.

Los **tipos de relajación** empleados son:

- Relajación muscular progresiva
- Relajación mental
- Visualización
- Respiración abdominal consciente

El **objetivo** que perseguimos con este grupo es conseguir un mayor autocontrol emocional en pacientes con Cardiopatía Isquémica Aguda.

Los **criterios de inclusión** en el programa están determinados por cifras altas en las escalas HDA y STAI en pacientes ingresados en el área de Cardiología.

Durante el año 2008 han pasado 17 pacientes del área de cardiología por el programa de entrenamiento en relajación, que generaron 197 actos.

Aún es pronto para evaluar resultados. Se les han recogido formularios para cuantificación de ansiedad pre-sesiones y post-sesiones (STAI-estado, rasgo como medida pre y STAI estado, como medida post). (15-16)

CONCLUSIONES:

Aunque nuestros datos preliminares no nos permiten llegar a conclusiones estadísticas por contar con una muestra muy pequeña, la experiencia clínica nos lleva a resaltar unos puntos que nos parecen importantes tener en cuenta:

La alta presencia de factores emocionales en pacientes coronarios, su repercusión en la evolución y rehabilitación del ritmo de vida, así como la constatación de que los pacientes empeoran su estado emocional a los pocos días de estar en su domicilio nos urge a pensar formas de intervención psicoterapéuticas que proporcionen una atención integral a los pacientes que sufren un Síndrome Coronario Agudo.

Consideramos que igual que se van desarrollando medidas para reducir otros factores de riesgo en la enfermedad coronaria, se deben considerar

intervenciones sobre los factores de riesgo psicosocial que se puedan integrar dentro de programas de prevención secundaria.

La riqueza de la experiencia grupal para este tipo de pacientes, al igual que ya se está dando en otras áreas como la oncología, como medio facilitador de la expresión emocional, de confrontación y aprendizaje de formas de afrontamiento y proveedor de relaciones interpersonales contenedoras que enriquecen las vivencias de apoyo emocional y les posibilita salir del aislamiento en el que se suelen encontrar.

La escasez de publicaciones (17) en este sentido, nos anima a compartir experiencias que vayan consolidando la importancia de dichas intervenciones y posibiliten una mayor generalización de las mismas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Hemingway H, Marmot M. *Evidence based cardiology: psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prospective cohort studies..* Br. Med J 1999;318:1460-7
- 2- Revuelta Bravo. *Factores de riesgo psicosocial en la Cardiopatía Isquémica.* Psiquis, 2004; 25(2): 67-78.
- 3- Das S, O'Keefe J. *Behavioral cardiology: reconizing and addressing the profound impact of psychosocial stress on cardiovascular health.* Curr Atheroscler Rep. 2006 Mar;8:111-118
- 4- Rozanski, Blumenthal, Kaplan.. *Impact of psychological Factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy.* Circulation, 1999
- 5- Kubzansky LD, Rozanski A, Davidson KW. *The clinical impact of negative psychological states: expanding the spectrum of risk for coronary artery disease.* Psychosom Med 2005 May-Jun;67(5 suppl 1):510-4. Review
- 6- García Gómez RG, López Jaramillo P, Tomaz C. *Papel del sistema nervioso autónomo en la relación entre depresión y enfermedad cardiovascular.* Rev Neurol 2007;44(4):225-233
- 7- Yusuf F, Hawken S, Ounpuu S et al. *Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study).* Lancet 2004; 364: 953-62.
- 8- Eaker ED, Sullivan LM, Kelly-Hayes M, D'Agostino RB Sr, Benjamin EJ. *Tension and anxiety and the prediction of the 10-year Incidence of coronary heart disease, atrial fibrillation and total mortality: the framingham offspring Study.* Psychosom Med. 2005 Sep-Oct;67(5):692-6.
- 9- Lichtman J., Bigger J., Blumenthal J., Frasure-Smith N., Kaufmann P., Lespérance F...*Depression and Coronary Heart Disease. Recommendations for Screening, Referral, and Treatment.* Circulation, 2008;118:0-0.
- 10- Fuster V. *La ciencia de la Salud.* Ed. Circulo de Lectores. Barcelona 2006
- 11- Ruiz Corral MI, Lopez Alonso N., Antuña Calleja P., García Gonzalez J. *Atención clínica a pacientes con factores emocionales asociados a enfermedad coronaria, desde un programa de psiquiatría de enlace.* Interpsiquis.2008.
- 12- Bueno A.M., Bucera J.M. *Tratamiento Psicológico después del infarto de miocardio: Estudios de Caso.* Ed: Dykinson. Madrid 1997

- 13- Hubbs Ulman K. *Terapia de grupo con enfermos físicos*. En *Terapia de grupo*. Kaplan H. y Sadock B. Panamericana. Madrid 1996.
- 14- Allen H., Collins, MD., Goodman MD. *Métodos de grupo innovadores en el marco del Hospital General: grupos de enlace psiquiátrico y grupos de pacientes con enfermedades físicas*. En *Terapia de grupo*. Kaplan H. y Sadock B. Panamericana. Madrid 1996.
- 15- Gómez-Feria Prieto Ildefonso, *“El aprendizaje de la relajación y de la respiración para reducir los síntomas de la ansiedad”*
- 16-Diez C., *“Epidemiología de la ansiedad”*
- 17-Rees, Bennett... UK Cochrane Database Syst Rev: 2004.