

REHABILITACIÓN CARDÍACA: ESTUDIO DE UN CASO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN UN PACIENTE POST-INFARTO DE MIOCARDIO

Ana M. Bueno
Universidad de La Coruña

RESUMEN

Numerosos estudios epidemiológicos han señalado la existencia de problemas emocionales y dificultades de reincorporación a niveles adecuados de comportamiento habitual en pacientes que han sufrido un infarto de miocardio. La existencia de estos problemas justifica la necesidad de intervención psicológica en estos pacientes. En el presente artículo, a través de un estudio de caso, se ejemplifica la aplicación de un programa cognitivo-conductual para la rehabilitación de un paciente post-infarto de miocardio.

PALABRAS CLAVE: Estudio de caso; rehabilitación post-infarto de miocardio; intervención psicológica.

ABSTRACT

A number of epidemiological studies point out the existence of emotional problems and difficulties to reintegrate to suitable levels of habitual behaviour in patients having suffered from a myocardial infarction. The existence of these problems justifies the necessity of psychological intervention in these patients. In the present paper, it is exemplarized the application of a cognitive-behavioural programme for the rehabilitation of a myocardial infarction patient, by means of a case study.

KEY WORDS: Case study; post-myocardial infarction rehabilitation; psychological intervention.

INTRODUCCIÓN: DESCRIPCIÓN DEL CASO

El sujeto es un varón de 50 años de edad, casado y con una hija de 23 años que vive en el domicilio del paciente y que trabaja junto a su padre en un negocio familiar. En su historia clínica queda reflejado que no padece hipertensión, no fuma desde los 20 años, sufre hipercolesterolemia y no realiza ningún tipo de ejercicio físico regular. Tras 26 días de hospitalización por el padecimiento de un infarto de miocardio, recibe el alta hospitalaria con la prescripción de seguir tratamiento farmacológico, dieta baja en colesterol y práctica de ejercicio físico regular y moderado, además, se le remite al psicólogo que colabora con el Servicio de Cardiología del hospital a fin de valorar la necesidad de intervención psicológica para la rehabilitación tras el ataque cardíaco sufrido.

EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE

Procedimiento para la realización de la evaluación inicial del paciente

Una semana después del alta hospitalaria realizamos la primera entrevista con el paciente que comenzó con una explicación en la que se aportó, aproximadamente, la siguiente información: tras un infarto de miocardio, se ha observado con frecuencia la presencia de problemas (e.g. dudas, preocupaciones sobre el futuro, nerviosismo, tristeza, etc.) que afectan al bienestar de las personas y que, además, les pueden impedir recuperar su nivel de funcionamiento en distintas áreas de su actividad cotidiana. Además, en ocasiones, los pacientes tienen dificultades para seguir las recomendaciones médicas respecto a conductas como el consumo de tabaco, la realización de ejercicio físico saludable o el seguimiento de la dieta. Por todo ello, resulta importante evaluar si, en su caso, existen algunos de estos problemas para, en caso de que así sea, ofrecerle la ayuda necesaria que le permita superarlos y, en consecuencia, mejorar su bienestar y su completa recuperación, al tiempo que se asegura en la mayor medida posible su salud cardíaca futura.

Una vez explicados los puntos anteriores y contestadas las preguntas del paciente al respecto, se solicitó su colaboración para realizar una entrevista dirigida a la realización de la evaluación señalada. Posteriormente, se

procedió a cumplimentar la "*Guía para la Evaluación Inicial de Pacientes Post-Infarto de Miocardio*" (Bueno y Buceta, 1996). Este instrumento permite obtener una información general inicial acerca de la situación del paciente respecto a los factores comportamentales de riesgo coronario, tanto pre como post-infarto de miocardio; sobre el estilo y nivel de funcionamiento en las áreas de actividad laboral, sexual y de ocio; sobre el estado emocional del sujeto; sobre su actitud hacia el infarto sufrido, así como acerca de sus recursos personales que puedan ser relevantes para el éxito de la intervención. Dado lo exhaustivo y prolongado de esta evaluación, durante la primera sesión, de aproximadamente una hora y media de duración, se realizó solamente una parte de la misma, tras lo cual, se le explicó al sujeto la importancia de obtener una información más precisa acerca del cumplimiento de las prescripciones médicas respecto a la dieta y a la realización de ejercicio físico, así como de su *estilo de vida* actual, por lo que sería de una gran ayuda la cumplimentación de registros diarios referidos a estos aspectos tan relevantes. Seguidamente, se le mostraron las hojas para la realización de estos registros, se le instruyó, mediante ejemplos, en su correcta cumplimentación y se discutió la posibilidad de que realizara esta tarea durante una semana, poniendo especial cuidado en conseguir una motivación adecuada mediante el reforzamiento de sus muestras de disposición a colaborar y los posibles beneficios que para él podría suponer la realización del esfuerzo solicitado. Finalmente, se acordó el día y hora de la siguiente cita, aproximadamente una semana después.

En la segunda sesión de evaluación se recogieron los registros realizados por el paciente y se le reforzó por el cumplimiento de la tarea asignada. Posteriormente se procedió a completar la evaluación inicial, llevándose a cabo la cumplimentación de los aspectos todavía pendientes de la "*Guía para la Evaluación Inicial de Pacientes Post-Infarto de Miocardio*" (Bueno y Buceta, 1996).

Todo este proceso de evaluación permitió obtener información acerca de la situación del paciente respecto a los siguientes puntos:

- a) *Factores de riesgo de infarto de miocardio:* consumo de tabaco pre y post-infarto de miocardio (frecuencia y duración del hábi-

- to); hábitos dietéticos pre y post-infarto de miocardio (realización de dietas especiales y adherencia a las prescripciones dietéticas post-infarto de miocardio en una escala de 1 a 5); actividad física habitual pre y post-infarto de miocardio (frecuencia y tipo de ejercicio realizado, adherencia a las prescripciones médicas de ejercicio físico en una escala de 1 a 4); grado de malestar subjetivo por los cambios prescritos respecto a los hábitos dietéticos (escala de 0 a 20) y de ejercicio físico (escala 0 a 10); vulnerabilidad al estrés (*Inventario de Ítems sobre Vulnerabilidad al Estrés* de Beech, Burns y Sheffield, 1982); habilidades de enfrentamiento al estrés (*Inventario de Ítems sobre Habilidades de Enfrentamiento al Estrés* de Beech et al., 1982); patrón de conducta Tipo-A (*Lista de Características Tipo-A* de Beech et al., 1982) y hostilidad (*Escala de Hostilidad del Cuestionario SCL-90* de Derogatis, 1975).
- b) *Funcionamiento general*: evaluación subjetiva del grado de autonomía, de la capacidad física, de la capacidad para el trabajo y del estado general de salud (escalas de 0 a 10); tipo de actividades desarrolladas habitualmente antes del infarto de miocardio y en el momento actual.
- c) *Funcionamiento familiar*: situación familiar; nivel de tensión en esta área (escala 0 a 10); cambios post-infarto de miocardio en la actitud de los familiares hacia el paciente; malestar subjetivo por cambios post-infarto de miocardio en el ámbito familiar (escala 1 a 5).
- d) *Funcionamiento laboral*: Ocupación laboral pre-infarto de miocardio; percepción de estrés laboral pre-infarto de miocardio (*Índice de Percepción de Estrés Laboral* de Maeland y Havik, 1986; *Inventario de Estresadores Laborales* de Beech et al., 1982); situación laboral actual; expectativas de reincorporación laboral (escala 1 a 5).
- e) *Funcionamiento social*: Grado de reducción de actividades sociales post-infarto de miocardio (escala 1 a 5); actividades abandonadas y razones a las que obedece ese abandono; actividades de ocio post-infarto de miocardio; malestar subjetivo por cambios post-infarto en el ámbito de las actividades sociales (escala 0 a 10); apoyo social (*Escala de Apoyo Social del Departamento de Salud Mental de California*, adaptación española de Conde y Franch, 1984).
- f) *Funcionamiento sexual*: reducción de actividad sexual post-infarto de miocardio (escala 1 a 5); razones a que se atribuyen estos cambios; expectativas de funcionamiento en esta área (escala 1 a 5); malestar subjetivo por cambios post-infarto de miocardio en el ámbito de la actividad sexual (escala 0 a 10).
- g) *Estado de ánimo post-infarto de miocardio*: evaluación de la ansiedad y la depresión post-infarto de miocardio (*Escalas de Ansiedad y Depresión de Leeds*; Snaith, Bridge y Hamilton, 1976) frecuencia de consumo de tranquilizantes (escala 1 a 4).
- h) *Actitud hacia la enfermedad*: reacciones de sensibilización/negación ante el infarto de miocardio (*Escala de Sensibilización/Negación* de Sanne, Wiklund, Vedin y Wilhelmsson, 1985); locus de control de la salud (*Escala de Locus de Control* de Wallston, Wallston, Kaplan y Maides, 1976); evaluación de conocimientos y creencias acerca de los factores de riesgo y de las consecuencias del padecimiento de un infarto de miocardio (*Escalas de Conocimiento de Estilo de Vida Cardíaco y Errores Cardíacos* de Maeland y Havik, 1987).
- Tras completar esta evaluación inicial, se procedió a explicar al paciente la posibilidad de trabajar conjuntamente paciente-terapeuta con el objetivo de lograr una rehabilitación exitosa tras el infarto de miocardio, se le informó sobre el esquema general de trabajo (sesiones semanales, tareas a realizar en casa en los periodos intersesiones) y se discutieron las posibles ventajas e inconvenientes de la intervención propuesta. Finalmente, se solicitó de nuevo su colaboración para cumplimentar los registros de adherencia a las prescripciones dietéticas y de ejercicio físico y se acordó una nueva cita, una semana más tarde, en la que debería informar sobre su interés en continuar el trabajo dirigido a su rehabilitación post-infarto de miocardio.

Resultados obtenidos en la evaluación inicial del paciente

Tras la amplia evaluación inicial realizada se pudo comprobar que los principales problemas que parecían afectar negativamente a la

salud y bienestar del paciente tras el infarto de miocardio sufrido eran los siguientes:

En primer lugar, el sujeto mostraba una escasa adherencia a la prescripción médica de realizar diariamente ejercicio físico moderado. A este respecto hay que señalar que el paciente manifestaba muy poco gusto por la realización de esta actividad, le costaba mucho esfuerzo realizarla, no por incapacidad física, sino, más bien por falta de apetencia y, además, el hecho de saber que tenía la obligación de hacerlo y su fracaso en el cumplimiento de este objetivo le generaba un acusado malestar y tensión.

Las actividades habituales del paciente antes del infarto de miocardio se restringían, casi exclusivamente, a acudir al trabajo y permanecer en casa descansando y viendo la televisión. Como ya se ha indicado, el paciente trabajaba junto con su hija en un negocio familiar y dedicaba muchas horas a esta actividad, probablemente, según afirmó él mismo, más de las necesarias, por lo que cuando abandonaba su puesto laboral, sólo tenía ganas de irse a casa a descansar, e incluso, en estos momentos, seguía pensando, en muchas ocasiones, en las actividades laborales que debería realizar al día siguiente. Actualmente, por recomendación médica no acudía al trabajo y estaba todo el día en casa sin hacer prácticamente nada.

Por otra parte, diversos datos indicaban la presencia de un fuerte sentimiento de invalidez y preocupación por su salud tras el padecimiento del infarto de miocardio. En esta línea, aunque no obtuvo una elevada puntuación en vulnerabilidad general al estrés, ni un déficit significativo en habilidades de enfrentamiento a circunstancias estresantes, la evaluación de estas áreas permitió constatar una particular vulnerabilidad y un importante déficit en el manejo de situaciones concretas todas ellas relacionadas con su salud. En este sentido, manifestaba, por ejemplo, padecer numerosos síntomas como sensación de presión en el pecho, cansancio, etc., especialmente al acostarse, ante la presencia de los cuales se producían diversos pensamientos disfuncionales sobre la, según él, probable ocurrencia de un nuevo ataque cardíaco y las desastrosas consecuencias del hecho de haber padecido un infarto de miocardio, estos pensamientos

le generaban un elevado nivel de tensión y miedo que, en diversas ocasiones le habían llevado a ingerir las pastillas recetadas por el médico en caso de sospecha de un nuevo ataque, manifestando que, cuando hacía esto, se sentía más seguro, al tiempo que remitían los síntomas.

En la misma línea, la evaluación subjetiva del nivel de autonomía, capacidad física y capacidad para el trabajo tras el infarto de miocardio era desproporcionadamente baja en relación al estado físico del paciente, manifestando el propio sujeto de manera expresa la presencia tras el ataque cardíaco de un acusado sentimiento de invalidez. Estos datos acerca de la negativa y poco realista visión del paciente respecto a las repercusiones del infarto de miocardio y el peligro de que éste se repitiera, eran también apoyados por los datos obtenidos en la evaluación del conocimiento acerca del infarto de miocardio, sus factores de riesgo y sus consecuencias, que mostraban la existencia de numerosas ideas erróneas al respecto, todas ellas consistentes en la amplificación de las consecuencias negativas del padecimiento de un ataque cardíaco. Finalmente, la misma idea parecía sugerir el hecho de que pese a la existencia de sólo una ligera reducción del nivel de actividad social y un moderado decremento en el área de las actividades sexuales, especialmente justificables dado el escaso tiempo transcurrido desde la ocurrencia del infarto de miocardio (aproximadamente un mes), el paciente manifestaba un grado considerable de insatisfacción por estos cambios, indicando, que tal malestar se debía a sus negativas expectativas sobre el funcionamiento futuro en estos ámbitos.

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

El análisis de los datos obtenidos en la evaluación inicial del paciente nos llevó a plantear, al menos inicialmente, los siguientes objetivos de la intervención:

- a) Modificación de los pensamientos irracionales del paciente respecto a las repercusiones del infarto de miocardio en su funcionamiento cotidiano.
- b) Desarrollo de habilidades de enfrentamiento a la situación estresante de experimen-

tar sensaciones corporales que él relaciona con el infarto de miocardio.

- c) Aumento de la adherencia a la práctica de ejercicio físico regular y moderado.
- d) Aumento del nivel de actividad habitual, compaginando saludablemente actividades laborales y de ocio.

DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN

La intervención se prolongó durante un mes y dieciocho días, tiempo durante el cual se realizaron siete sesiones paciente-terapeuta, completándose el tratamiento con la realización, por parte del paciente, de diversas tareas en los períodos entre sesiones.

El trabajo terapéutico comenzó atendiendo, prioritariamente, a la modificación de las ideas poco realistas del paciente respecto a las negativas consecuencias del infarto de miocardio en el normal desarrollo de sus actividades cotidianas y sobre la preocupación de padecer un nuevo ataque cardíaco.

En este sentido, desde la primera sesión, se trabajó en la línea propuesta por Beck (1976) en la reestructuración de las cogniciones mencionadas, identificándolas y analizándolas funcionalmente, discutiéndolas de manera racional y planteando experimentos conductuales a realizar en los períodos entre sesiones que aportaran evidencia acerca de la racionalidad/irracionalidad de las mismas.

En la primera sesión terapéutica, tras una explicación general de los objetivos globales del programa de intervención, se le explicó al paciente la importancia de identificar y analizar racionalmente estos pensamientos con el fin de mejorar su bienestar y facilitar su completa recuperación y se discutió la posibilidad de llevar a cabo, en el período entre sesiones, un registro de dichos pensamientos en el que anotase, además, la situación en que aparecían y las consecuencias, internas y externas, que acarrearían; tras un breve entrenamiento en la cumplimentación de la hoja de registro diseñada a tal efecto, se le entregaron los ejemplares necesarios para realizar la tarea asignada para el primer período entre sesiones.

Seguidamente, se le indicó que, con el fin de controlar la tensión que experimentaba en momentos puntuales, especialmente antes de

dormirse, respecto a la posibilidad de sufrir un nuevo infarto de miocardio, podía ser de gran ayuda que aprendiera alguna estrategia de relajación. Tras explicarle la racionalidad del Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva y discutir las ventajas e inconvenientes de llevar a cabo este entrenamiento, a fin de asegurar en la mayor medida posible un adecuado nivel de motivación, se procedió a realizar la primera sesión de entrenamiento siguiendo el método de bajo coste inicial (versión modificada del procedimiento de Bernstein y Borkovec, 1973) propuesto por Bueno y Buceta (1988), y se le indicó al paciente la importancia de practicar regularmente en casa, al acostarse, los ejercicios entrenados.

La primera sesión finalizó repasando las tareas asignadas, reconociendo el esfuerzo que supone su realización, las ventajas de realizarlo y reforzando al paciente por su actitud de colaboración.

En las siguientes sesiones, se revisaba el trabajo realizado en casa por el paciente, se le reforzaba por el esfuerzo realizado y se discutían las dificultades surgidas en su realización. Posteriormente, se pasaba a la discusión racional paciente-terapeuta sobre los pensamientos registrados y se planificaban experimentos conductuales que eran asignados como tareas intersesiones que aportaran evidencia sobre la racionalidad de los mismos.

Los pensamientos irracionales registrados por el paciente fueron, inicialmente, muy numerosos y, según indicaban los registros, se producían cuando el paciente estaba sentado en el sofá de su casa sin hacer nada o mientras miraba la televisión, así como en la cama antes de dormirse. En general hacían referencia a sentimientos de invalidez y de incapacidad para asumir una vida "normal", ya que *"cualquier actividad puede ser peligrosa"*. Como consecuencia de los mismos, el paciente manifestaba sentirse *"agobiado"* y *"sin fuerzas para hacer nada"*.

En la sesión 2, como parte del trabajo de reestructuración cognitiva, se comenzó a elaborar, conjuntamente paciente-terapeuta, una lista de posibles actividades que el paciente pudiera llevar a cabo; se le pidió que sugiriera actividades de ocio que considerara adecuadas e inadecuadas para una persona que ha padecido un infarto y que señalara, de entre

ellas, cuáles resultaban más "atractivas" para él. Posteriormente, se discutía la adecuación de esas actividades desde el punto de vista de la salud coronaria y se proponía, como tarea para el período intersesiones, la realización de alguna de ellas.

Este trabajo permitía, por una parte, aportar evidencia en contra de los pensamientos disfuncionales del paciente acerca de las limitaciones que el infarto de miocardio imponía a su funcionamiento normal y, por otra, aumentar, desde este primer momento, su nivel de actividad, avanzando progresivamente a un estilo de vida activo y saludable. Por ello, en la planificación de actividades a realizar, se tenía en cuenta, no sólo su adecuación para la consecución de una reestructuración cognitiva exitosa, sino, al tiempo, aprovechar el trabajo en esta dirección para el logro de otros objetivos del programa que en este momento no estaban siendo atendidos de manera tan prioritaria. Tal es el caso de la adherencia a la práctica de ejercicio físico y el desarrollo de un estilo de vida productivo y saludable en el que se compaginen adecuadamente actividades laborales y de ocio. En esta línea, entre las actividades planificadas se incluyó, tras discutirlo con el paciente, la práctica de ejercicio (en concreto pasear), al principio como actividad a realizar durante media hora dos días a la semana, en un horario compatible con las obligaciones laborales que en el futuro debería asumir el paciente y buscando alternativas que hicieran esta actividad agradable para él (e.g. se consiguió la colaboración de la esposa del paciente para salir a pasear los domingos por la mañana y tomar juntos el "aperitivo" fuera de casa; a esta actividad se sumaba a veces la hija del paciente). Otras actividades que se incluyeron fueron ir al cine, salir a cenar con amigos o hacer *bricolage* en casa.

Algunas de las actividades (e.g. salir a cenar con amigos) eran rechazadas por el paciente porque consideraba que él no podía realizarlas debido a que tenía que seguir la dieta baja en colesterol prescrita por su médico. En este caso se discutían posibles alternativas de alimentos que le apeteciera comer fuera de casa y que fueran compatibles con su dieta y se proponía intentar llevar a cabo esta conducta para comprobar cómo se sentía. Otras

actividades (e.g. hacer *bricolage* en casa) fueron citadas por el paciente como aficiones a las que se había dedicado hacia tiempo pero que había ido abandonando porque el cansancio que le producía su dedicación cada vez más exclusiva al trabajo le había llevado a abandonarlas; en este caso se sugería al paciente la posibilidad de aprovechar el período de baja laboral en que se encontraba para disfrutar de nuevo de las aficiones abandonadas y se discutía cómo el hecho de tener el hábito de realizar actividades placenteras ajenas al trabajo puede resultar un hecho muy favorable, no sólo para la mejora de la salud y la calidad de vida sino también para el propio rendimiento laboral.

Finalmente, respecto a los pensamientos disfuncionales acerca de un nuevo infarto, ya en la segunda sesión el paciente informó de notables beneficios obtenidos a través de la práctica del entrenamiento en relajación, por lo que se continuó en esta línea con el entrenamiento en relajación y la prescripción de practicarlo en los períodos entre sesiones todos los días antes de dormir.

En esta dirección se continuó hasta el final de la intervención. Sin embargo, a partir de la cuarta sesión y dado el avance observado en el estado del paciente (prácticamente no se registraban ya pensamientos disfuncionales) que parecía indicar que se encontraba preparado para afrontar nuevos retos en el proceso de recuperación, se pasó a atender prioritariamente y de forma más sistemática a los objetivos restantes del programa, es decir, al logro de una adecuada adherencia a la práctica de ejercicio físico con garantías de mantenimiento a largo plazo y al desarrollo de un estilo de vida en el que se compaginasen actividades de trabajo y ocio de manera saludable; objetivos en los que ya se había avanzado en parte a través de la intervención cognitivo-conductual dirigida específicamente al logro de un estado de ánimo favorable en el paciente.

En la sesión 5 se discutió con el paciente la posibilidad de trabajar con el objetivo de lograr una adherencia más elevada al ejercicio y garantizar en mayor medida la consolidación de este hábito saludable. En primer lugar, se realizó un análisis del esfuerzo que supondría para él el logro de la realización de una hora diaria de ejercicio físico (e.g. pasear, bicicleta estáti-

ca), lo que supondría la consecución del nivel óptimo de adherencia, en lugar de un nivel intermedio que era el que se realizaba en este momento, lo que significaba que había logrado supe-

rarse en esta línea respecto a la situación pre-infarto en la que esta actividad estaba ausente en su repertorio conductual. Igualmente, se discutieron los beneficios que este logro podría suponer.

Tabla 1.- Resultados obtenidos en las evaluaciones realizadas antes del comienzo del tratamiento, inmediatamente después de éste y tras los períodos de seguimiento realizados a los 6, 12 y 18 meses

VARIABLE (Rango de puntuaciones posibles o valor crítico establecido como límite normal por el instrumento de medida)	RESULTADOS				
	Pre-tratamiento	Post-tratamiento	Seguimiento		
			6 meses	12 meses	18 meses
Factores de riesgo:					
Adherencia a la dieta (1-5)*	4	5	5	5	5
Consumo de tabaco (nº cigarrillos/día)	-	-	-	-	-
Práctica de ejercicio físico (1-4)*	2	4	2	2	2
Vulnerabilidad al estrés (0-22)	5	3	2	3	1
Habilidades enfrentamiento al estrés (0-22)	15	17	17	15	15
Patrón de Conducta Tipo-A (0-13)	5	3	4	4	3
Hostilidad (valor crítico=0.97 σ^2 1.07 ρ)	0	0	0	0	.16
Funcionamiento general, laboral, familiar, sexual y social:					
Auto-evaluación grado autonomía (0-10)*	4	10	9	10	10
Auto-evaluación capacidad física (0-10)*	1	6	5	5	5
Auto-evaluación capacidad laboral (0-10)*	1	6	5	5	7
Auto-evaluación estado de salud (0-10)*	5	5	10	7	8
Tensión en el ámbito familiar (0-10)*	0	0	0	0	0
Reducción de actividad sexual (1-5)*	3	2	2	2	2
Reducción de actividad social (1-5)*	2	1	1	1	1
Apoyo social (0-40)	24	26	23	25	25
Malestar psicológico:					
Ansiedad (valor crítico >7)	2	0	0	0	0
Depresión (valor crítico \geq 6)	1	0	0	0	0
Frecuencia consumo tranquilizantes (1-4)*	1	1	1	1	1
Malestar subjetivo por:					
Prescripciones dietéticas (0-20)*	3	0	0	0	0
Abstinencia tabaco (0-10)*	-	-	-	-	-
Reducción actividad sexual(0-10)*	4	0	0	0	0
Reducción actividad social(0-10)*	5	0	0	0	0
Actitud familiares (1-5)*	0	0	0	0	0
Actitud ante la enfermedad:					
Negación de la enfermedad (3-15)	8	9	10	10	9
Locus de control de la salud (11-66)**	33	21	28	20	28
Ideas erróneas: factores riesgo (0-15)	6	2	2	2	2
Ideas erróneas:consecuencias infarto (0-10)	7	6	6	3	4
* Mayor puntuación indica mayor grado de la variable en cuestión.					
** Puntuaciones más altas son indicativas de locus de control situado más externamente.					

Seguidamente, una vez logrado el compromiso inicial de colaboración del paciente en esta tarea, se procedió a señalar un calendario de objetivos progresivos que permitieran alcanzar la meta final (una hora diaria de ejercicio físico moderado). Se tuvo en cuenta en la planificación, el aumento progresivo del tiempo semanal dedicado a esta actividad, el tipo de ejercicio a realizar (todos los días laborables, por la mañana media hora de bicicleta estática y media hora de paseo por la tarde y los fines de semana una hora de paseo diaria); como trabajo entre sesiones debía realizar lo planificado y registrarlo. Cada sesión terapéutica se revisaban los registros, se discutían las dificultades, se reforzaba al paciente por lo conseguido y, en función del avance observado, se planificaba la tarea para la siguiente semana, revisándose, en caso necesario, la tabla de planificación de objetivos de ejercicio físico elaborada inicialmente en la sesión 5.

Igualmente, en cada sesión se planificaban actividades de ocio y se reservaban otros momentos del día para dedicarlos a atender a la marcha del negocio en el que trabajaba el paciente. De este modo, con la ayuda del terapeuta, al paciente iba elaborando un diario de actividades acorde con un estilo de vida productivo y saludable que, posteriormente, debía intentar llevar a cabo en el período inter-sesiones, comentándose en la siguiente sesión las dificultades surgidas a fin de realizar los ajustes necesarios en el plan de actividades trabajo-ocio.

Tras siete sesiones de intervención, dado que los registros realizados por el paciente indicaban el logro de los objetivos inicialmente planteados, se dio por concluido el tratamiento y se citó al paciente para una nueva evaluación (una semana más tarde) en la que se volvieron a medir las variables consideradas en la evaluación inicial. Este proceso se repitió tras 6, 12 y 18 meses desde la finalización del tratamiento.

RESULTADOS OBTENIDOS

Los resultados obtenidos en las evaluaciones realizadas antes y después del tratamiento, así como tras los períodos de seguimiento, pueden verse en la tabla 1.

La evaluación realizada inmediatamente después de la finalización del tratamiento pare-

ce indicar un notable éxito en el logro de los objetivos terapéuticos inicialmente planteados. Tras la intervención, el paciente muestra una elevada adherencia a la práctica de ejercicio físico moderado y regular, presenta pensamientos muy funcionales respecto al hecho de haber padecido un infarto de miocardio, la evaluación subjetiva de su nivel de funcionamiento general (autonomía, capacidad física, capacidad para el trabajo) se ha elevado considerablemente, además, se siente satisfecho por su nivel de funcionamiento social y sexual, desapareciendo el malestar ocasionado por los cambios que inicialmente se produjeron en estas áreas. Finalmente, el paciente ha logrado un elevado dominio en el manejo de la ansiedad provocada por la presencia de síntomas somáticos.

Todos estos resultados se mantuvieron en las evaluaciones realizadas tras 6, 12 y 18 meses desde la finalización del tratamiento, a excepción de la adherencia a la práctica de ejercicio físico que, tras la importantísima mejora experimentada durante e inmediatamente después de la intervención, momento en el que se había alcanzado el máximo nivel de adherencia, decayó en la evaluación realizada a los 6 meses hasta un nivel medio, superior en cualquier caso al mostrado pre-infarto de miocardio, manteniéndose dicho nivel en los posteriores seguimientos realizados a los 12 y 18 meses.

DISCUSIÓN

La evaluación realizada tras la intervención mostró numerosos datos que permiten constatar el logro de una exitosa rehabilitación tras el padecimiento del infarto de miocardio. En este sentido, el paciente lleva una vida perfectamente normal en todas las áreas de funcionamiento (laboral, sexual, familiar y social), no presenta ningún hábito comportamental que pueda considerarse nocivo para su salud y manifiesta un considerable grado de bienestar y satisfacción subjetiva respecto a la situación post-infarto de miocardio.

Estos resultados, observados inmediatamente después de la intervención, se mantienen, en gran medida, en las evaluaciones realizadas tras los períodos de seguimiento, pudiendo afirmarse, por lo tanto, que se trata de logros relativamente estables (la última eva-

luación se realizó un año, nueve meses y cinco días después del infarto de miocardio).

Sin embargo, hay que indicar que, pese a la considerable atención dedicada al objetivo de instaurar el hábito de realización de ejercicio físico moderado, los exitosos resultados alcanzados tras la finalización del tratamiento no se mantuvieron, en la misma medida, en las evaluaciones de seguimiento, en las cuales volvieron a observarse los moderados niveles de adherencia presentes antes de iniciarse la intervención. Aunque estos resultados pudieran llevar a la conclusión de que, a largo plazo, el tratamiento no ha producido ningún beneficio, existen algunos hechos que parecen indicar que esta no es la conclusión más acertada.

En primer lugar, es posible que la moderada adherencia mostrada por el paciente inmediatamente después del infarto de miocardio, respondiese a la sensibilización que, en un primer momento, suele producirse en estos enfermos y que les motiva fuertemente a seguir todas las prescripciones médicas lo más fielmente que pueden; si consideramos esta posibilidad y el hecho de que la realización del ejercicio físico recomendado resultaba profundamente desagradable para este sujeto, parece existir cierto apoyo a la idea de que, con el paso del tiempo, pasado el primer impacto del infarto de miocardio, probablemente se hubiera producido un deterioro en el nivel de adherencia inicial.

En segundo lugar, aunque el nivel de adherencia inicial y el observado en las evaluaciones de seguimiento era, cuantitativamente, idéntico; entre ambos resultados existen diferencias cualitativas notables. Inicialmente, el sujeto practicaba ejercicio físico *de vez en cuando*, de manera poco sistemática (cada vez a una hora diferente, en días distintos de la semana...) y con un gran esfuerzo psicológico, debido a lo desagradable que le resultaba esta actividad. Por el contrario, en las evaluaciones de seguimiento, el paciente manifestó que *se había organizado para realizar paseos de una hora tres días a la semana*; esta actividad la realizaba sistemáticamente (los mismos días y a las mismas horas) y sin que supusiera un esfuerzo destacable ya que, como él mismo afirmaba, *ya me he acostumbrado*. Parece, por lo tanto, que aunque, posi-

blemente, una mayor atención al mantenimiento de los resultados obtenidos inmediatamente después del tratamiento, hubieran podido mejorar los logros a largo plazo, existen datos que apuntan a un efecto beneficioso del tratamiento, incluso tras los periodos de seguimiento. A pesar de todo, es posible que la realización de algunas sesiones adicionales de tratamiento destinadas a la consolidación de los logros alcanzados respecto a este objetivo, hubieran permitido la obtención de mejores resultados.

Los excelentes resultados obtenidos en este caso parecen indicar la adecuación del trabajo terapéutico realizado, del que nos gustaría comentar algunos aspectos que pensamos especialmente relevantes que, probablemente, pueden ser la clave del éxito en el trabajo con pacientes post-infarto de miocardio.

En primer lugar, nos parece especialmente importante la atención terapéutica prioritaria, al inicio del tratamiento, dirigida a la identificación y modificación de pensamientos disfuncionales acerca del infarto y sus consecuencias. Este trabajo terapéutico permite al paciente percibir beneficios inmediatos de la intervención, lo que probablemente aumentará su motivación por la terapia y su confianza en el terapeuta, al tiempo que le permite alcanzar una condición psicológica idónea para afrontar el reto que supone la modificación de comportamientos de riesgo y la reincorporación a niveles de actividad interrumpidos por el infarto sufrido.

Estrechamente relacionado con lo anterior, probablemente en el éxito de la intervención han jugado un importante papel otras medidas también dirigidas al logro de un nivel de motivación óptimo durante todo el período de tratamiento. En esta línea, resulta importante destacar la minuciosa atención dedicada, permanentemente, a la discusión paciente-terapeuta acerca de los objetivos que se persiguen en cada momento, al análisis de costes-beneficios de las tareas terapéuticas a realizar y a la utilización de todas las medidas posibles que garanticen en mayor medida la adherencia del paciente a la intervención psicológica, tanto en cantidad (realización del trabajo prescrito) como en calidad (realización del trabajo con la intensidad y nivel de implicación óptimo). En esta línea, por ejemplo, cabe destacar la

elección del método de Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva de bajo coste inicial, cuyo objetivo es, precisamente, facilitar un mayor nivel de adherencia (ver Bueno y Buceta, 1988).

Finalmente, el esfuerzo terapéutico destinado a lograr la interacción más "rentable" entre las técnicas utilizadas dentro del complejo programa de intervención realizado, pensamos que debe ser un objetivo ineludible en la aplicación de tratamiento psicológico para la rehabilitación de pacientes post-infarto de miocardio. El progresivo avance hacia una rehabilitación global exitosa, sin derrochar esfuerzos (del terapeuta y del paciente) que puedan poner en peligro el éxito de la intervención, posiblemente dependa del logro de esta interacción óptima. En esta línea, especialmente significativo ha resultado en este caso el aprovechamiento del trabajo cognitivo-conductual dirigido a la modificación de pensamientos disfuncionales, a lo largo del cual se han podido sentar las primeras bases en el comportamiento diario del paciente sobre las que trabajar posteriormente de manera más sistemática para el logro de una vida activa y saludable y, a su vez, la utilización de estas modificaciones conductuales para afianzar la reestructuración cognitiva abordada prioritariamente en la primera parte de la intervención.

En definitiva, pensamos que merece la pena profundizar en la investigación sobre este tipo de programas de tratamiento, lo que sin duda permitirá avanzar hacia una respuesta cada vez más eficaz a las necesidades de las personas que deben enfrentarse al complicado reto de la rehabilitación post-infarto de miocardio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International University Press.
- Beech, H.R.; Burns, L.E. y Sheffield, B.F. (1982). *A Behavioural Approach to the Management of Stress*. New York: John Wiley and Sons. Traducción española: *Tratamiento del Estrés: Un Enfoque Comportamental*. Madrid: Alhambra, 1986.
- Bernstein, D.A. y Borkovec, T.D. (1973). *Progressive Relaxation Training: A Manual for the Helping Professions*. Champaign, Ill.: Research Press. Traducción Española: *Entrenamiento en Relajación Progresiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1973).
- Bueno, A.M. y Buceta, J.M. (1988) Entrenamiento en Relajación Progresiva: Aplicación de un procedimiento de bajo coste inicial vs un procedimiento tradicional. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 6, 127-138.
- Bueno, A.M. y Buceta J.M. (1996). Tratamiento psicológico después del infarto de miocardio. En J.M. Buceta y A.M. Bueno (eds.) *Tratamiento Psicológico de Hábitos y Enfermedades*. Madrid: Pirámide.
- Conde, V. y Franch, J.I. (1984). *Escalas de Evaluación Comportamental para la Cuantificación de la Sintomatología Psicopatológica en los Trastornos Angustiosos y Depresivos*. Madrid: Upjohn.
- Derogatis, L.R. (1975). *The SCL-90*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Maeland, J.G. y Havik, O.E. (1986). Return to work after a myocardial infarction: The influence of background factors, work characteristics and illness severity. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 14, 183-195.
- Maeland, J.G. y Havik, O.E. (1987). Measuring cardiac health knowledge. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 1, 23-31.
- Sanne, H.; Wiklund, I.; Vedin, A. y 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.
- Snaith, R.P.; Bridge, G.W.K. y Hamilton, M. (1976). The Leeds Scales for the self-assessment of anxiety and depression. *British Journal of Psychiatry*, 128, 156-165.
- Wallston, B.S.; Wallston, K.A.; Kaplan, G.D. y Maides, S.A. (1976). Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 580-585.