

PSICOLOGIA DE LA SALUD EN EL GRUPO DE ESTUDIO Y PREVENCION DE LA ARTERIOESCLEROSIS (G.E.P.A.) DEL HOSPITAL «LA FE» DE VALENCIA

Juan Manuel
Rodríguez Martín

(Licenciado en Psicología)

Felipe Hurtado Murillo

(Licenciado en Psicología)

RESUMEN

Es bien conocido el hecho de que la patología vascular (cardiovascular, cerebral y periférica vascular) es la mayor causa de morbi-mortalidad en nuestro contexto occidental y el ascenso de la misma en España. Un grupo de profesionales de distintas especialidades clínicas: Anatomía Patológica, Biopatología Clínica, Cardiología, Dietética y Nutrición, Endocrinología, Medicina Interna, Medicina Preventiva, Nefrología, Neurología y Psicología de la Salud, manifiestan su coincidencia en apreciar que la arterioesclerosis está originada en sus distintas manifestaciones clínicas por una etiología multifactorial y que así mismo requiere un tratamiento interdisciplinar.

Motivados por toda esta realidad, los mencionados profesionales se han constituido como grupo de trabajo para el estudio y prevención de la arterioesclerosis (G.E.P.A.), así como de los factores de riesgo que sitúan al individuo en un incrementado peligro de desarrollar una enfermedad cardiovascular y modificar el estilo de vida o patrón típico de conducta en individuos que ya han sufrido la enfermedad, con el objetivo de prevenir una recaída.

Los resultados de nuestra investigación nos lleva a afirmar que hay que prevenir e intervenir en diversas áreas hospitalarias y de población (pacientes, familiares y profesionales), para que tanto los programas preventivos como interventivos sean efectivos.

ABSTRACT

It's well know the fact, that the vascular pathology (cardiovascular, cerebral and peripheral vascular) it's the main cause of morbi-mortality in our western context and the increase of the same in Spain. A groups of professionals of different clinic specialities:

Pathological Anatomy, Clinic Biopathology, Cardiology, Dietetic and Nutrition, Endocrinology, Internal Medicine, Preventive Medicine, Nephrology, Neurology and Health Psychology, reveal their agreement in esteeming that the arteriosclerosis, is originate in his different clinics signs through a multifactorial etiology and also that it requires an interdisciplinary treatment.

Because of this reality, the above mentioned professionals have made themselves into a teamwork for the research and prevention of the arteriosclerosis (G.E.P.A.), besides for the study of the risk factors that place a person in an increase danger of developing an cardiovascular illness and also for change the style of life or typical patron of behaviour in subjects that suffered this illness, with the intention of preventing a relapse.

The results of our research, lead us affirm that it's necessary to prevent and operate on different hospital areas and population (patients, families and professionals), in order that the programmes to prevent and operate on could be effective.

1. INTRODUCCION

Los problemas de salud actuales más importantes resultan no tanto de lo que la gente tiene, en el sentido de la enfermedad subyacente, sino más bien como consecuencia de o influenciado por lo que la gente hace (Epstein, Katz y Zlutnyck, 1979); es decir, presentan componentes conductuales significativos susceptibles de modificación y prevención.

La medicina comportamental representa actualmente el campo multiinterdisciplinario, promovido por psicólogos y médicos, que acentúa el desarrollo e integración de conocimientos y técnicas de las ciencias conductuales y biomédicas con el objetivo de comprender, tratar y rehabilitar la enfermedad, además de promover, intensificar y mantener la salud.

Es bien conocido el hecho de que la patología vascular (cardiovascular, cerebral y periférica vascular) es la mayor causa de

morbi-mortalidad en nuestro contexto occidental (Bloch y Bersier, 1980; OMS, 1982; Wieser, 1986), y el ascenso de la misma en España (OMS, 1984; Bayer, S. A., 1985); un grupo de profesionales de distintas especialidades clínicas: Anatomía Patológica, Biopatología clínica, Cardiología, Dietética y Nutrición, Endocrinología, Medicina Interna, Medicina Preventiva, Nefrología, Neurología y Psicología de la Salud, manifiestan su coincidencia en apreciar que la arterioesclerosis está originada en sus distintas manifestaciones clínicas por

conocimiento de los factores de riesgo básicos que confluyen en el posterior desencadenamiento del accidente vascular; o donde se exponen iniciativas de acción.

2. OBJETIVOS

Los psicólogos pertenecientes al mencionado grupo G.E.P.A. venimos elaborando, desde nuestra integración en el mismo, un programa de prevención, evaluación e intervención en trastornos cardio-

2.1. PREVENCIÓN

El primer paso en la prevención consiste en la identificación de los factores de riesgo que se relacionan con la aparición y desarrollo de las enfermedades. Los factores de riesgo son aquellas circunstancias (profesión, ambiente), conductas (fumar), o condiciones (obesidad) que sitúan al individuo en un incrementado peligro de desarrollar una determinada enfermedad (Masek, Epstein y Russo, 1981).



una etiología multifactorial y que así mismo requiere un tratamiento interdisciplinar.

Motivados por toda esta realidad los mencionados profesionales se han constituido como grupo de trabajo para el estudio y prevención de la arterioesclerosis (G.E.P.A.) en junio de 1989. Dicho grupo se reúne periódicamente en sesiones de trabajo programadas, donde se tratan temas como por ejemplo: el desarrollo en el

vasculares. Ya que las enfermedades cardiovasculares se llevan uno de los mayores porcentajes del total de ingresos, y sobre todo del total de reingresos, a menudo con proyección de una larga estancia de los pacientes (Bayer, S. A., 1985). Se le puede añadir a ello el importante costo y gasto quirúrgico cuando los casos lo requieren. Sin olvidar que todo gasto está justificado, sin con ello mejoramos la calidad asistencial y sobre todo la calidad de vida del paciente (Birdwood, 1988).

El segundo paso, la persona posee ya alguno de estos factores de riesgo, consistiría pues en la traducción de los factores de riesgo en técnicas de tratamiento preventivo viable; en el caso de la población susceptible de padecer trastornos cardiovasculares, estaríamos haciendo prevención primaria, evitando o controlando la aparición del patrón de riesgo específico (Theorell, 1973; Rahe y cols., 1974; Siegrist, 1980; Ruberman, 1984; Sagués y Valle, 1985; Fernández-Abascal y cols.,

1986; Birwood, 1988). La prevención secundaria trata de prevenir acontecimientos clínicos agudos en individuos sin enfermedad cardiovascular, pero que ya presentan un patrón conductual típico diagnosticado (Jenkins, 1976; Hopkins y Williams, 1981; Wieser, 1986; Banchs, 1990; Bloch y Bersier, 1990). Y por último la prevención terciaria está dirigida a modificar este estilo o patrón típico en individuos que ya han sufrido la enfermedad, con el objetivo de prevenir una recaída (Friedman y Rosenman, 1959; Rosenman y cols., 1975; Siegrist, 1980; Birwood, 1988).

2.2. INTERVENCION PSICOLOGICA

Las principales medidas de salud que son objeto de intervención en la actualidad comprenden: el estrés psicosocial, el tabaquismo, el sedentarismo, la obesidad, el alcoholismo, el estilo conductual de riesgo coronario, entre otras no menos importantes.

La intervención psicológica requiere de una serie de programas a nivel colectivo e individual. Bien sean personalizados o específicos, bien sean generalizados y de amplio espectro.

Los objetivos de estos programas los hemos clasificado por población y por áreas, como blancos de la intervención.

3. MATERIAL Y METODO

1. Sujetos:

Las poblaciones a las que va dirigida nuestra actividad psicológica son: los pacientes con trastornos cardiovasculares, sus familiares y los profesionales de la salud que los atienden.

2. Material:

Autorregistro, cuestionarios (personalidad, ansiedad, autocontrol, habilidades sociales, depresión, autorrefuerzos, locus de control, estrategias de afrontamiento, patrón de conducta tipo A, inteligencia), entrevista.

3. Método:

Se evalúa al sujeto según población a la que pertenece.

Si se trata de la población de enfermos, según el tipo de patología y el proceso de intervención que requiere.

4. RESULTADOS

Partiendo de nuestra experiencia y datos analizados, los resultados han sido los siguientes:

1. Areas hospitalarias:

Donde con más frecuencia encontramos necesidades de intervención psicológica a nivel cardiovascular son:

- Puertas de urgencias.
- Policlínicas.
- Hemodinámica.
- Plantas quirúrgicas.
- Plantas médicas.
- Unidad de cuidados intensivos.
- Unidad de reanimación.
- Unidad de transplantados.
- Clínica del dolor.
- Antequirófanos.
- Sala de despertar.

2. Pacientes:

Los problemas que suelen presentar son:

- Insuficiente cultura sanitaria.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos depresivos.
- Falta de habilidades sociales.
- Dificultades en la comunicación.
- Baja capacidad de autocontrol.
- Baja habilidad para afrontar y resolver problemas de su salud.

3. Familiares:

Los problemas que presentan suelen ser:

- Insuficiente cultura sanitaria.
- Dificultades en la comunicación.
- Sobreprotección al paciente.
- Falta de habilidades sociales.
- Trastornos de ansiedad.
- Frustración.
- Baja habilidad para afrontar y resolver problemas.
- Baja capacidad de autocontrol.
- Trastornos depresivos.
- Baja capacidad de autocontrol.

4. Profesionales:

Los problemas que presentan suelen ser:

- Desensibilización profesional.
- Insatisfacción laboral.
- Insuficiencia coordinación y comunicación interdisciplinar.
- Estrés.
- Frustración y alteraciones del estado de ánimo.

5. CONCLUSIONES

Históricamente el tratamiento y prevención de la enfermedad se ha venido considerando incumbencia exclusiva de la medicina. El que la reciente evidencia científica esté aconsejando la incorporación e integración de acercamientos conductuales en la práctica médica no es un hecho fortuito. Por una parte, el modelo médico no ha podido explicar la naturaleza multifacética de la enfermedad. Por otra parte, la epidemiología ha constatado unos cambios espectaculares en las principales causas de mortalidad (Reig, 1981).

Si a principios de siglo las enfermedades más mortales eran las infecciosas agudas, hoy en día las principales causas de mortalidad e incapacidad consisten en enfermedades crónicas y accidentes cardiovasculares. El riesgo de padecer estas enfermedades se asocia sustancialmente con el estilo de vida o conductas de salud desadaptativas del individuo. De aquí que el estudio de los determinantes conductuales de la salud, objeto de la epidemiología comportamental, sea una de las áreas prioritarias de investigación en medicina comportamental (Sexton, 1979).

El reconocimiento de una etiología multifactorial y la presencia de factores no médicos en los procesos de mantenimiento, rehabilitación y prevención de la enfermedad, ha cristalizado en la necesidad de una estrecha y sistemática colaboración entre médicos y psicólogos.

Las conclusiones de nuestro estudio han sido las siguientes:

1. *La intervención a nivel de pacientes* tendría que ir encaminada hacia:

1.1. Por un lado, el alarmante aumento de pacientes que presentan trastornos cardiovasculares, donde como es sabido hay una influencia notable de trastornos psicosociales precisa de una intervención adecuada en educación sanitaria que ayude a modificar el estilo de vida, para reducir la influencia de estos factores de riesgo.

1.2. Por otro lado, la baja capacidad de autocontrol y desconocimiento de su enfermedad y proceso evolutivo produce que desarrollen desajustes en la ansiedad y posterior frustración con sentimientos depresivos. Para ello se requeriría una información adecuada a su nivel de comprensión lo más tempranamente posible y un entrenamiento en técnicas de resolución de problemas e inoculación al estrés.

2. *La intervención a nivel de familiares* tendría que ir encaminada hacia darles

una información suficiente, temprana y ajustada a su nivel de comprensión, para reducir sus niveles de estrés y frustración. A la vez que, un entrenamiento adecuado en comunicación y habilidades para evitar la sobreprotección.

3. *La intervención a nivel de profesionales* tendría que ir encaminada hacia aumentar una mayor coordinación y comunicación interdisciplinar, junto con un mayor reconocimiento de su labor profesional y dotación de medios.

BIBLIOGRAFIA

BANCHS, L. (1990): «Factores de riesgo de la enfermedad coronaria. Proyecto de perfil multivariante para su uso por el profesional de la medicina». *Medicina integral*, 9: 348-358.

BAYER, S. A.; QUÍMICA FARMACÉUTICA (1985): *Estudio sociológico de la cardiopatía isquémica en España*. Barcelona.

BIRDWOOD, G. F. B. (ed.) (1988): *Problemas cardiovasculares en la práctica diaria: calidad de vida —como se puede evaluar y mejorar*. Ciba-Geigy. Barcelona.

BLOCH, A.; BERSIER, A. L. (1980): «La psicología del enfermo coronario». *Folia Psychopraetica*. Roche. Madrid.

EPSTEIN, L. H.; KATZ, R. G.; ZLUTNICK, S. (1979): «Behavioral medicine. En M. Hersen, R. Eisler y P. Miller (eds.). *Progress in Behavior modification*. Vol. 7. Academic Press.

FERNÁNDEZ-ABASCAL, E. G.; VALLEJO, M. A.; LABRADOR, F. J.; ROA, A.; CALV, F.; DOMÍNGUEZ, J. (1986): «Percepción del entorno y reactividad cardiovascular». *Análisis y modificación de conducta*: 31/32: 81-91.

FRIEDMAN, M.; ROSENMAN, R. H. (1959): «Association of specific overt behavior pattern with blood an cardiovascular findings». *Journal of American Medical Association*. 169: 1.286-1.296.

HOPKINS, P. N.; WILLIAMS, R. R. (1981): «A survey of 246 suggested coronary risk factors». *Atherosclerosis*. 40: 1-52.

JENKINS, C. D. (1976): «Recent evidence supporting psychologic and social risk factors for coronary disease». *New Engl. J. Med.* 294: 987-994, 1.033-1.038.

MASEK, B. J.; EPSTEIN, L. H.; RUSSO, D. C. (1981): «Behavioral perspectives in preventive medicine». En S. Turner, K. Calhoun, y H. Adams (eds.). *Handbook of clinical behavior therapy*. John Wiley.

OMS (1982): *Prevención de la cardiopatía coronaria*. Informe de un comité de expertos de la OMS. Serie de informes técnicos número 678. Ginebra.

OMS (1984). Primary prevention of coronary heart disease: report on who meeting. *Euro reports and studies*, n.º 98. Anacapri.

RAHE, R. H.; ROMO, M.; BENNET, L.; SILTANEN, O. (1974): «Recent life changes, myocardial infarction and abrupt coronary death». *Arch. Int. Med.* 133: 221-228.

REIG, A. (1981): «Medicina comportamental. Desarrollo y líneas de intervención». *Análisis y modificación de conducta*. 14: 99-149.

ROSENMAN, R. H.; BRAND, R. J.; JENKINS, C. D.; FRIEDMAN, M.; STRAUS, R.; WURM, M. (1975): «Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study. Final follow-up experience of 8 ½ years». *J. Amer. Med. Ass.*, 233: 872-877.

RUBERMAN, W.; WEINBLATT, E.; GOLDBERG, J. D.; CAUDHARY, B. S. (1984): «Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction». *New England Journal of Medicine*. 311: 552.

SAGUES, F.; VALLE, V. (red.) (1985): *Estudio sociológico de la cardiopatía isquémica en España*. Química farmacéutica Bayer, S. A. Barcelona.

SEXTON, M. (1979): *Behavioral epidemiology*. En O. Pomerlau y J. Brady (eds.).

SIEGRIST, J. (1980): *Soziale Belastungen und Herzinfarkt*. Enke, Stuttgart.

THEORELL, T. (1973): «Psychosocial factors and myocardial infarction-Why and How?». *Advanc. Cardiol.*, 8: 117-131.

WIESER, H. X. (1986): «La cardiopatía isquémica». *Actualización Médica Hoechst*. Espaxs. Barcelona.



FORMACION PSICOTERAPEUTICA

TERAPIA FAMILIAR BASICA

Método para el tratamiento de familias y parejas

IMPORTE: Dra. Carole Gammer
(Fundadora de la Escuela Fásica)

CURSO BLOQUE:

4 días completos de enseñanza teórica y práctica con sesiones en vivo llevadas a cabo por C. GAMMER.

LUGAR:

VALENCIA*

FECHAS:

30 de mayo al 2 de junio 1991

(La formación completa comprende 6 cursos bloque además de supervisión opcional y trabajo en grupos pequeños.)

INFORMACION, INSCRIPCION Y SOLICITUD DEL PROGRAMA COMPLETO:

ANNETTE KREUZ (ref. TFF)

Avda. Blasco Ibáñez, 8 - Tel. (96) 361 76 87 - 46010 VALENCIA

* C/. Valencians, 6, principal.