

V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Tras describir y analizar los diferentes resultados obtenidos con la aplicación del programa de intervención psicológica en pacientes con problemas cardiovasculares, procede ahora realizar unas discusiones y conclusiones que sirvan para consolidar lo obtenido, al tiempo que suponga una futura línea para nuevas investigaciones.

V.1. DISCUSIÓN.

En el objetivo general que planteábamos en nuestra investigación, incluíamos la valoración del programa de intervención que hemos aplicado sobre el grupo experimental comparando su efectividad al aumentar la calidad de vida de estos pacientes a través de diversas variables analizadas y la disminución del número de hospitalizaciones.

Vamos a centrar la discusión en aquellos aspectos más relevantes que se han extraído de los resultados obtenidos, dado que no disponemos de elementos específicos de comparación con los que contrastar nuestros resultados y nuestras aportaciones.

V.1.1. DISCUSIÓN SOBRE LA EFECTIVIDAD GLOBAL DEL MANEJO DE LA ANSIEDAD.

En este apartado vamos a tener en cuenta de forma global las puntuaciones medias alcanzadas por los sujetos de ambos sexos en ansiedad rasgo y estado en los grupos experimental y control, estables e inestables al inicio de la intervención y al término de la misma. Los resultados nos muestran un mantenimiento de las puntuaciones medias de ansiedad de los grupos de control (26.25 antes y 26.39 después) y en los grupos experimentales, sin embargo, se observa una disminución de estos valores (22.0 al inicio y 15.88 al final de la intervención); más de 6 puntos de diferencia.

En el análisis de resultados se vio una tendencia importante hacia la significación estadística en ansiedad rasgo en varones estables y ansiedad rasgo en mujeres inestables. Así, observamos al respecto como una vez aplicada la intervención,

se puede apreciar diferencias entre los niveles de ansiedad evaluados al comienzo de la intervención y al término de la misma. Ello nos indica que el programa de intervención psicológico ha incidido sensiblemente en la disminución de los niveles de ansiedad en las personas que participaron en la intervención, mientras que aquellos pacientes que no lo han recibido no han disminuido sus niveles de ansiedad.

V.1.2. DISCUSIÓN GLOBAL SOBRE LA SENSIBILIDAD/NEGACIÓN DE LA ENFERMEDAD.

Se va a ver a continuación, un resumen de las puntuaciones referidas a la preocupación excesiva e innecesaria (sensibilización), o el olvido consciente o inconsciente (negación) de su enfermedad de los sujetos que participaron en el programa terapéutico, y de los que actuaron como controles tanto estables como inestables de ambos sexos, al inicio y al final de la intervención.

El objetivo del programa pretendía conseguir un nivel óptimo de sensibilización/negación enfocado más hacia estar menos sensibilizados pero siendo conscientes de su enfermedad sin exagerarla. La media de los controles en el momento antes es 7.81 y después 9.07 y la media de los participantes es 8.42 al inicio y 9.86 al finalizar la intervención. Se puede observar en ambos grupos al final de la intervención una menor sensibilización de la patología, probablemente en los controles al olvido de su enfermedad y con más certeza en los sujetos que participaron en el programa de intervención porque, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el grupo experimental de varones estables y en el grupo experimental de mujeres inestables. Esto nos indica que el programa de rehabilitación cardiovascular ha logrado establecer un equilibrio en la concepción de la enfermedad. En cualquier caso, todas las puntuaciones halladas no se localizan como valores extremos de preocupación excesiva o del olvido total.

V.1.3. DISCUSIÓN GLOBAL SOBRE EL ESTADO DE ÁNIMO.

De la misma forma que hemos hecho en los apartados anteriores, vamos a resumir las puntuaciones medias obtenidas en depresión entre el inicio y la finalización

de la intervención en ambos grupos (experimental y control) de los sujetos de ambos sexos estables e inestables.

Las puntuaciones medias obtenidas en los grupos que actuaron como controles son casi iguales en el momento antes y después (16.88 y 16.80 respectivamente) y se localizan en el intervalo de depresión leve, mientras que las obtenidas por los sujetos que participaron en el programa de intervención al inicio de ésta es más alta (14,185) que la obtenida al término de la misma (9.75); se pasa de depresión leve al inicio del programa para situarse en el límite del intervalo que sitúa la depresión leve de la ausencia de ésta.

Observamos que el programa de rehabilitación cardiovascular ha disminuido los niveles de depresión en los grupos que recibieron la intervención, mientras que los que actuaron como control de ésta, han permanecido con el mismo nivel de depresión que tenían al principio. Concretamente, se han observado diferencias estadísticamente significativas en el grupo experimental de varones estables.

V.1.4. DISCUSIÓN GLOBAL DE LOS NIVELES DE HOSTILIDAD.

Vamos a ver aquí las puntuaciones medias obtenidas en hostilidad en los grupos experimental y control de mujeres y varones con cardiopatía coronaria estable e inestable. La puntuación media hallada en el momento antes no ha variado mucho respecto a la puntuación media del momento después en el grupo control (.74 y .65 respectivamente), al igual que sucede con el grupo experimental (.61 antes y .53 después).

Se puede observar en la variable hostilidad que han acontecido pocos cambios. No se han observado disminuciones de la misma en los dos grupos (las puntuaciones se localizan como niveles normales de hostilidad) pero también es importante que no se hayan producido aumentos en algunos sujetos comprensibles por la situación que se atraviesa. Por consiguiente, el programa de intervención ha mostrado cierta influencia en el mantenimiento de los valores normales de hostilidad.

V.1.5. DISCUSIÓN DEL LOCUS DE CONTROL DE LA SALUD.

En esta variable y en la que viene, vamos a comparar los resultados de los sujetos de ambos sexos que participaron en el programa de rehabilitación cardiovascular estables e inestables al inicio y al final de éste. Los resultados obtenidos en relación al control que se tiene de la propia salud muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el inicio y el final del programa. Sin embargo, la puntuación media de la muestra original utilizada para el desarrollo y validación de la escala (35.57), está más próxima a la puntuación media obtenida por los sujetos participantes al final que al principio del programa (33.505 y 29.42 respectivamente).

Observamos de forma global en el locus de control de la salud, que los sujetos que han participado en la rehabilitación cardiovascular después de las sesiones clínicas desarrolladas, han captado la idea que transmitimos de no atribuir la enfermedad a causas externas (me tenía que pasar), y responsabilizarse de la misma ((no he cuidado de mi salud). Por tanto, podemos concluir que el programa de rehabilitación cardiovascular ha incidido sensiblemente en los sujetos participantes hacia la consecución de un equilibrio entre las atribuciones externas e internas de su patología cardiovascular.

V.1.6. DISCUSIÓN GLOBAL DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO.

De la misma forma que hemos analizado el locus de control de la salud lo vamos a hacer con el bienestar psicológico. No se han obtenido diferencias estadísticamente significativas en las tres clasificaciones de bienestar psicológico, pero podemos apreciar incrementos de las puntuaciones medias al final de la aplicación del programa en todos los grupos de sujetos. Así los tenemos, en bienestar psicológico general y material (124.54 antes y 141.54 después); bienestar psicológico laboral (35.30 antes y 37.10 después); y bienestar psicológico relaciones de pareja (54.14 antes y 59.66 después).

Por tanto, podemos concluir que a pesar de no existir diferencias estadísticamente significativas para ninguno de los grupos experimentales en la percepción de bienestar psicológico entre el momento antes de recibir la intervención y posteriormente a la aplicación del mismo, existe una tendencia evidente basada en el

estudio descriptivo realizado con anterioridad, que nos informa de que tras el programa, los sujetos que en él participaron aumentaron su bienestar psicológico.

V.1.7. DISCUSIÓN DE LA HIPERTENSIÓN, COLESTEROL Y PESO.

En este apartado hemos agrupado estas tres variables fisiológicas, por un lado por su afinidad a la hora de evaluarlas, y por otro, por haber obtenido resultados similares al inicio y al final del programa de intervención en los sujetos estables e inestables. Se han obtenido diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimental y control en el grupo de varones estables y en la variable peso en los grupos inestables de varones y mujeres. En general, en estas tres variables (hipertensión, colesterol y peso), los sujetos de los grupos de control mostraron un mantenimiento y aumento de los valores obtenidos entre los diferentes momentos de aplicación, mientras que, las personas que participaron en el programa de forma experimental, los valores de estas variables permanecieron sin cambios (por hallarse dentro de sus niveles normales al ejercer control los sujetos participantes en las mismas) o disminuyeron sus valores por creer que no eran los adecuados y estaban poniendo en riesgo su salud cardiovascular.

Desde el análisis realizado, podemos confirmar que al finalizar la intervención, se muestra una tendencia positiva en los sujetos que recibieron la intervención hacia el control de la presión arterial, colesterol y peso, manifestada por el mantenimiento y disminución de los valores de dichas variables, mientras que, en los sujetos que actuaron como controles, algunos mantuvieron sus valores y otros incrementaron éstos en detrimento de su salud cardiovascular por lo que el programa de rehabilitación ha mentalizado a los sujetos experimentales en el control de estas variables.

V.1.8. DISCUSIÓN ACERCA DE LA BEBIDA, CAFÉ Y TABACO.

También aquí hemos agrupado estas variables por seguir los mismos criterios de evaluación, por haber obtenido resultados similares y por englobarse en el grupo de sustancias adictivas. Comparando los resultados obtenidos en cuanto a la ingesta de bebida, café y tabaco en el momento antes y en el momento después de los sujetos de ambos sexos de los grupos experimental y control estables e inestables, se observa en

general, que los sujetos que ejercieron de controles en el programa mostraron mayor incidencia por el mantenimiento de sus valores en el período de control, le sigue un porcentaje algo más reducido de sujetos que incrementaron sus valores y una minoría de aquéllos que disminuyeran éstos. Igual que sucedió con los participantes del grupo control, se observa una mayor incidencia por la estabilidad de estos valores en los sujetos que participaron en el programa, una incidencia alta pero menor que la anterior que disminuyeran los valores iniciales, y prácticamente nula la tasa de sujetos que incrementaron los valores de estas variables a lo largo del programa. Además, se observan diferencias estadísticamente significativas en el consumo de café entre los grupos experimentales y los que ejercieron de controles de varones estables e inestables.

Junto a ello, observamos como una vez aplicada la intervención, los sujetos de los grupos experimentales en referencia a la ingesta de bebida, consumo de café y cigarrillos muestran, en general, cierto control por estas sustancias alcohólicas, cardioactivas y cancerígenas, tratando de mantener la misma pauta de consumo en aquellos casos que no suponen riesgo para la salud y eliminando o reduciendo la ingesta para no acumular otros factores de riesgo que en algunos pacientes ya están consolidados haciendo muy difícil su eliminación. En los sujetos de los grupos de control también se ha observado cierto mantenimiento dentro de los valores normales, sin embargo, se dan varios casos de incrementos de estas conductas adictivas que en definitiva, no benefician nada la salud cardiovascular. Ello nos indica que el programa de intervención cardiovascular ha incidido en el ejercicio del control de los factores de riesgo en los sujetos que participaron activamente, mientras que, los que actuaron como controles no se ha apreciado tal control.

V.1.9. DISCUSIÓN SOBRE LA ADHERENCIA A LA DIETA Y AL EJERCICIO FÍSICO.

En este apartado pretendemos valorar la adhesión a las prescripciones dietéticas sugeridas por su médico y la práctica habitual de ejercicio físico de forma global en varones y mujeres de los grupos experimental y control tanto estables como inestables al inicio de la intervención y al término de la misma. Los resultados nos muestran en referencia a la dieta que se han obtenido diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de varones inestables (control vs experimental), igualmente, también se han

obtenido diferencias estadísticamente significativas en adherencia al ejercicio físico en los grupos de varones estables e inestables. En el resto, en general, en estas dos variables, en los sujetos de los grupos de control se aprecia un mantenimiento y disminución de las pautas saludables de alimentación y ejercicio físico al finalizar el período de control, y los sujetos de los grupos experimentales, mostraron igualmente un mantenimiento por dichas pautas y, contrariamente a los controles, un aumento de la adherencia a la dieta y al ejercicio físico.

Cabe concluir al respecto que, el programa de rehabilitación cardiovascular ha incidido de forma satisfactoria en los sujetos experimentales en el mantenimiento e incremento de las prescripciones dietéticas y de ejercicio físico recomendadas por su médico, no así en los sujetos de control que, si bien algunos de ellos mantienen sus pautas de alimentación y ejercicio físico (en algunos casos por una baja adherencia dietética y ausencia de deporte) otros han disminuido dichas conductas que en ciertos casos no se consideraron en la evaluación inicial como suficientes.

V.1.10. DISCUSIÓN ACERCA DE LOS PROBLEMAS FAMILIARES.

Los resultados obtenidos en los sujetos de los grupos experimental y control en referencia a la percepción de los problemas familiares comparados entre los diferentes momentos muestran, en general, una gran diversificación (en ambos grupos, experimental y control se dan incrementos, disminuciones y sin cambios) con la excepción de que en el grupo de mujeres con angina de pecho inestable se han obtenido diferencias estadísticamente significativas.

Así, podemos deducir que el programa ha incidido en la disminución de la percepción de los problemas familiares en el grupo de mujeres inestables, mientras que en el resto, no se pueden extraer conclusiones por la gran variedad existente entre los sujetos.

V.1.11. DISCUSIÓN GLOBAL DE LAS RELACIONES SOCIALES Y SEXUALES.

En este penúltimo apartado pretendemos valorar cómo han sido las relaciones sociales y sexuales haciendo una comparación entre los diferentes momentos de aplicación en los sujetos que han participado y que han actuado como controles con angina de pecho estable e inestable en ambos sexos. En general, apreciamos una gran variedad en las dos variables con sujetos que han tenido una disminución, otros no han tenido variaciones a lo largo del estudio y los restantes han aumentado estas relaciones, lo que en definitiva se traduce en la ausencia de diferencias estadísticamente significativas.

Podemos concluir en referencia a la relaciones sociales y sexuales, que no existe una tendencia clara en cuanto al tipo de patología, género y grupo, por tanto, el programa de intervención, aunque parece que ha influido sensiblemente por el mayor número de sujetos que han incrementado estos dos tipos de relaciones en los grupos experimentales, no podemos extraer conclusiones definitivas.

V.1.12. DISCUSIÓN DEL NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES.

Por último, nos queda la variable número de hospitalizaciones como uno de los dos objetivos planteados al inicio de la intervención. Los resultados muestran el número de veces que los sujetos de los grupos experimental y control de ambos sexos estables e inestables han tenido que recurrir a los servicios de urgencias y han sido hospitalizados.

Como resumen podemos concluir que, se han dado diez hospitalizaciones en los sujetos de los grupos que formaron los controles y tan sólo una hospitalización en los sujetos que participaron activamente en el programa de rehabilitación cardiovascular, por ello, éste ha incidido de forma satisfactoria en la reducción del número de hospitalizaciones durante las 12 semanas que ha durado la intervención.

V.1.13. DISCUSIÓN GLOBAL DEL ESTUDIO.

Una vez que se han analizado los resultados y se han discutido las variables, procedemos a una síntesis del programa de intervención para rehabilitar pacientes que presentan problemas cardiovasculares tipo estable e inestable. La mayoría de las intervenciones en grupo tradicionales si bien han permitido, a veces, obtener algunas

mejoras en el proceso de rehabilitación resultaron insuficientes, y la aplicación mediante técnicas de modificación de conducta sistemática e individualmente aplicadas (Bueno y Buceta, 1997) obtuvieron resultados satisfactorios pero limitados a un número reducido de casos.

Hemos podido apreciar que este programa ha producido cambios positivos en la gran mayoría de los pacientes que han participado en la intervención, cambios que valoramos mucho más si tenemos en cuenta que los sujetos participantes, en algunas variables presentaban puntuaciones o valores que se situaban dentro de la normalidad. Pruebas de ello son, por un lado, las diferencias estadísticamente significativas que se han obtenido y que se reflejan a continuación en conclusiones; por otro, durante el desarrollo del programa, se llevaron controles (III.5.2. INSTRUMENTOS DE REGISTRO EMPLEADOS DURANTE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN) que mostraban el interés por el estudio, justificando las ausencias y observando el perfeccionamiento de adquisición de conocimientos en las sesiones clínicas y en la piscina; y por último, sobre todo, lo más satisfactorio es el agradecimiento que nos mostraron directamente en cuanto a la labor que estábamos desempeñando con ellos que manifestaron en la evaluación cualitativa y que transmitían a conocidos que les hubiese gustado participar también en el programa y no fue posible entre otras causas, principalmente, por el limitado número de plazas para la piscina. Este interés todavía continúa manifestándose por las reuniones periódicas que establecen y asisten regularmente a la piscina algunos sujetos que participaron en el estudio.

V.2. CONCLUSIONES.

Las aportaciones sobre la óptima eficacia y eficiencia más relevantes de este estudio pueden ser resumidas en las siguientes conclusiones:

1. La aplicación del programa de rehabilitación propuesto muestra tendencia a mejorar los niveles de ansiedad rasgo en el grupo de varones estables.
2. El grupo de mujeres inestables que recibió la intervención, muestra tendencia a disminuir los niveles de ansiedad rasgo.

3. Incidencia positiva de la sensibilidad/negación en el grupo experimental de varones estables entendida como el equilibrio de los niveles de sensibilización/negación hacia la enfermedad obteniendo unos niveles óptimos entre la correcta sensibilización (sin riesgo a sobreexagerar los síntomas de la enfermedad) y la eficiente negación (sin riesgo a descuidar los cuidados y hábitos saludables positivos para su enfermedad).

4. Mejora de la relación sensibilización/negación en el grupo experimental de mujeres inestables entendida como el equilibrio de los sujetos en los niveles óptimos de sensibilización (pensar, experimentar y hablar con demasiada frecuencia de su enfermedad) y los niveles óptimos de negación (olvidar la enfermedad o incluso negarla).

5. El grupo de varones estables que recibió el tratamiento disminuye su puntuación en depresión descendiendo hasta prácticamente hasta el límite entre el padecimiento de depresión leve y el estado normal, mientras que los que no recibieron el programa de intervención se mantienen con el mismo grado de depresión.

6. Bajada de los niveles de colesterol en el grupo experimental de varones estables.

7. El programa produce una disminución del peso en varones con angor inestable que participaron en el programa de rehabilitación.

8. Bajada del peso en el grupo de mujeres inestables que participaron en el programa de intervención terapéutica.

9. En cuanto a la ingesta de café, el grupo de varones estables que recibió la intervención disminuyó y controló el consumo del mismo.

10. De la misma forma que el grupo experimental de varones estables, se produjo un control y reducción de la ingesta de café en el grupo experimental de varones con angor inestable.

11. El programa aumenta la adherencia a la dieta en el grupo que recibió el tratamiento de varones inestables.

12. En cuanto al ejercicio físico, el programa de intervención incrementa la adherencia hacia éste en el grupo de varones estables.

13. El programa aumenta también la práctica de ejercicio físico en el grupo de varones inestables que recibió el tratamiento.

14. Disminución de la percepción de los problemas familiares en mujeres con angor inestable que participaron en el programa.

15. Reducción del número de hospitalizaciones. Tuvieron que ser ingresados 3 varones inestables del grupo control, 3 mujeres estables del grupo control y 4 mujeres inestables que ejercieron de controles, mientras que, sólo se dio un caso el último día (sesión de la evaluación final) en el grupo experimental de mujeres con angor inestable.

Perspectivas de futuro.

Tras la descripción de las principales conclusiones obtenidas, como consecuencia de la aplicación del programa de intervención psicológica con pacientes que presentan problemas cardiovasculares, vamos a plantear propuestas de mejora que sirvan, en primer lugar, para optimizar el programa y, a continuación influir en la mejora de la calidad de estos pacientes y disminuir las hospitalizaciones que son los objetivos principales de nuestro programa.

En nuestro estudio intentábamos conocer si puede haber una mejoría de las variables psíquicas, físicas y fisiológicas de los pacientes que presentan problemas de tipo cardiovascular (angor estable y angor inestable). Disminuir la ansiedad; conseguir un nivel óptimo de concepción de la enfermedad; obtener un buen estado de ánimo; disminuir los niveles de hostilidad; avanzar hacia un control adecuado de la patología y responsabilizar a los pacientes en el control de la misma; conseguir un nivel adecuado de bienestar psicológico general y material, laboral y relaciones de pareja; llevar un buen control de la presión arterial, colesterol y peso; disminuir el número de bebidas

alcohólicas, cardioactivas y tratar de erradicar el tabaquismo; aumentar la adherencia a la dieta y ejercicio físico; disminuir la concepción de ciertos problemas; aumentar las relaciones sociales y sexuales, y por último, como casi producto de todo lo anterior, disminuir el número de hospitalizaciones. Una vez constatados los resultados creemos conveniente continuar los esfuerzos en observar los efectos que se producen en una muestra mayor; ampliar el estudio de los efectos con una muestra más grande en el género femenino y establecer una mejor contrastación con el género masculino; mejorar la comunicación y las relaciones multidisciplinares realizando una valoración global de las distintas disciplinas que incida en la optimización del programa; incidir en aquellos aspectos que en el futuro se evalúen como más necesarios para los pacientes; evolucionar el programa para hacerlo más eficaz y eficiente sin modificar su estructura y ampliando ésta si fuera necesaria y, analizando la bondad del programa de forma diferencial sus diferentes bloques de contenido.

Finalmente esperamos que nuestra aportación en el campo de la rehabilitación cardiovascular ayude a profundizar en el bienestar de estos pacientes a tenor de las múltiples posibilidades de investigación abiertas en el intento de paliar el problema que ha ocupado nuestro estudio y nos permita mejorar las deficiencias que se han ido manifestando en el desarrollo del mismo.