

Eficacia de un programa cognitivo-conductual para modificar conductas prono-coronarias

Antonio del Pino, María Teresa Gaos, Ruth Dorta y Martín García*
Universidad de La Laguna y * Hospital Universitario de Canarias

Este estudio, realizado sobre 98 varones enfermos de corazón de nivel socioeconómico bajo, valora la efectividad de un tratamiento cognitivo-conductual desarrollado en grupo. Los participantes fueron asignados al azar a un tratamiento psicológico, a un tratamiento de educación para la salud o recibieron sólo el tratamiento médico estándar para pacientes coronarios. Después de un año de tratamiento y tras dos años de seguimiento, sólo en el grupo que recibió tratamiento psicológico se produjeron diferencias estadísticamente significativas en PCTA, especialmente en el factor «Prisa-Impaciencia», valorado por la Entrevista Estructurada, y en Ansiedad Rasgo. Estos resultados son considerados un primer paso fiable en el proceso de validar este tratamiento.

Effectiveness of a cognitive-behavioural program to modify coronary-prone behaviours. This randomised trial presents the effectiveness of a cognitive-behavioural group treatment to modify coronary-prone behaviours of patients of low socio-economic status. Proband in this study were 98 males assigned to a psychological treatment, to a health education treatment, or to a standard medical treatment for coronary patients. After the year of treatment and after two years of follow-up, only in the psychological treatment group were there statistically significant differences in the TABP, especially in the 'Speed-Impatience' factor, measured by Structured Interview, and in Trait Anxiety. These results are considered a reliable first step in the process of validating this treatment.

Dos metaanálisis recientes han valorado el impacto de diversos tratamientos psicosociales sobre la rehabilitación de la enfermedad coronaria (EC). El metaanálisis de 23 estudios de Linden, Stossel y Maurice (1996) indica que los pacientes que no recibieron tratamiento psicológico arrojaron una mayor tasa de mortalidad y de recurrencia de episodios coronarios durante los dos primeros años de seguimiento. Tras dos años o más de seguimiento no aparece tan clara la eficacia de los tratamientos psicológicos sobre la morbilidad y mortalidad. El metaanálisis de Dusseldorp, van Elderen, Maes, Meulman y Kraaij (1999) valoró a partir de 37 estudios los efectos sobre enfermos coronarios de programas psicoeducativos (educación para la salud y control del estrés). Los resultados indicaron efectos positivos a largo plazo (reducción del 34% de la mortalidad por problemas cardíacos y reducción del 29% en la recurrencia de infarto de miocardio), y efectos positivos significativos sobre objetivos más inmediatos como la presión sanguínea, el colesterol y la conducta de fumar.

Un metaanálisis anterior (Nunes, Frank y Kornfeld, 1987) recogió los resultados de nueve estudios referidos a la eficacia de diversos tratamientos psicológicos sobre la morbilidad y la mortalidad coronaria. Los resultados de los tratamientos fueron significativos

al 0.05 cuando se tomó como referencia la recurrencia del infarto de miocardio (IM) a un año y la combinación a un año del IM y de la mortalidad. La combinación a tres años del IM y la mortalidad resultó significativa al 0.001. Este metaanálisis incidió con detalle las modalidades de tratamiento que resultaron más eficaces para reducir la recurrencia de IM y la mortalidad y para modificar el Patrón de Conducta Tipo A (PCTA). En los 18 estudios en que se pretendió modificar este patrón de conducta los tratamientos lograron reducir las puntuaciones medias de los participantes en los grupos de tratamiento frente a los componentes de los grupos de control en más de la mitad de una desviación típica. El tamaño del efecto del cambio del PCTA osciló entre 0.02 y 1.27 con una media de 0.61. Ninguna modalidad simple de tratamiento pudo considerarse eficaz para modificar el PCTA, aunque el tamaño del efecto del cambio del PCTA correlacionó positiva y significativamente con el número de modalidades de tratamiento empleadas. La combinación de modalidades de tratamiento consistente en educar (sobre el PCTA o la EC), en afrontar las situaciones (terapia cognitiva o relajación) y en la práctica en vivo o en imaginación de ciertas conductas consiguió los cambios más significativos del PCTA.

La conclusión general de estos metaanálisis es que la adición de tratamientos psicológicos a los procedimientos estándares de rehabilitación cardíaca reduce la morbilidad, el estrés psicológico y algunos factores de riesgo biológico, como la presión sanguínea diastólica, la frecuencia cardíaca y el colesterol, factores que pueden mediar entre el estrés psicológico y la morbilidad/mortalidad. Estos metaanálisis sugieren la necesidad de demostrar que previamente a la reducción de los factores de riesgo coronario se ha producido una modificación de conductas prono-coronarias si queremos atribuir a

la modificación de estas conductas la reducción del riesgo de EC. Por último, se insiste en la necesidad de adaptar los programas a los destinatarios de los mismos y encontrar los componentes activos de los programas para ir reduciendo la duración de los mismos y así establecer una relación coste/beneficio asumible.

Estas recomendaciones finales y la evidencia disponible de que también en Canarias el PCTA se relaciona con la EC (del Pino, de Armas, Dorta y Gaos, 2001) justifican este estudio en el que reconocemos la influencia de Friedman y su grupo. La asistencia en San Francisco a reuniones de grupo con pacientes participantes en el Coronary/Cancer Prevention Project nos facilitó la forma de conducir el programa. Los fundamentos teóricos de nuestra intervención, sin embargo, están más próximos a las posiciones de Roskies (1987), que trabajó en Canadá con personas sanas y relativamente jóvenes.

Método

Muestra y procedimiento de selección

La muestra está compuesta sólo por varones. La incorporación de los pacientes al programa se inició con la información sobre la prevención secundaria de la EC facilitada por un cardiólogo a todos los enfermos que ingresaron en la planta de cardiología del Hospital Universitario de Canarias entre los años 1992 a 1995. Los enfermos debían cumplir tres condiciones para ser considerados elegibles para el programa: 1) tener documentada fehacientemente una cardiopatía coronaria, en la mayor parte de los casos tras un cateterismo; 2) no haber recibido la recomendación de ser intervenidos quirúrgicamente de forma inmediata; 3) no presentar comorbilidad médica o psicológica que requiriera una intervención individualizada.

El programa se desarrolló en tres oleadas o promociones de participantes. El inicio de la fase de tratamiento de una promoción requería contar, al menos, con 60 pacientes que cumplieran los requisitos establecidos. En cada promoción los 60 pacientes que figuraban en los registros de ingreso hospitalario como primeros en manifestar su interés en participar en el programa eran convocados a una reunión. En esta reunión se exponían a los pacientes las ventajas de participar en un Tratamiento Psicológico o en un Programa de Educación para la Salud, con el fin de prevenir la recurrencia de episodios coronarios. También se les explicaba la necesidad de que algunos pacientes participaran, de momento, como grupo de control que sólo recibiría el Tratamiento Médico Estándar para los pacientes coronarios. Se les exponía además el calendario de desarrollo de los programas de tratamiento y los compromisos que adquirirían los distintos participantes.

Esta primera reunión permitía conocer cuántos de los pacientes que habían expresado su deseo de participar en el programa cuando estaban ingresados en el hospital mantenían su disposición. Conocido este dato, el equipo directivo determinaba la futura adscripción de los participantes a los distintos grupos, siguiendo el criterio de que entre los primeros 40 comprometidos en participar en el programa de cada promoción saldrían los participantes en los grupos de Tratamiento Psicológico y de Educación para la Salud. También estaba acordado que los 20 pacientes inscritos y comprometidos en último lugar serían adscritos al grupo de control con sólo el Tratamiento Médico Estándar. El estudio se diseñó, pues, con tres grupos, uno que recibió el Tratamiento Médico Estándar más el Tratamiento Psicológico y dos grupos de control, uno que

recibió el Tratamiento Médico Estándar más Educación para la Salud y otro que recibió solamente el Tratamiento Médico Estándar. Este último fue realmente un grupo de control en lista de espera, porque quedaba abierta la posibilidad de participar en la promoción siguiente en los grupos de Tratamiento Psicológico o en el Programa de Educación para la Salud.

En una segunda reunión los pacientes cumplimentaban un formulario con sus datos personales y firmaban su libre consentimiento a participar y el conocimiento de los compromisos que adquirirían como participantes. En esta sesión las enfermeras y los psicólogos encargados de desarrollar los tratamientos y un médico en representación del Hospital Universitario de Canarias también firmaban las responsabilidades que cada colectivo adquiriría. En esta reunión, además, tras dar las explicaciones apropiadas, se cumplimentaban los tests psicológicos y los cuestionarios sobre su enfermedad y los regímenes de dieta y medicación. Tras esta sesión el director del programa comunicaba en privado a cada paciente el grupo al que había sido adscrito y atendía las reservas que pudieran hacer los participantes.

En la primera promoción los participantes fueron adscritos a los grupos de Tratamiento Psicológico y de Educación para la Salud estrictamente al azar mediante un sorteo sin restricción alguna. Las diferencias de nivel educativo entrañaron muchas dificultades para adecuar las exposiciones y explicaciones a las características de cada participante. Por ello, en las promociones siguientes, la adscripción se hizo de forma estratificada formando dos grupos en función del nivel educativo y decidiendo por sorteo el tratamiento que correspondería a cada grupo. El azar quiso que los participantes de mejor nivel educativo recibieran el Tratamiento Psicológico en la primera ocasión y, en razón a la alternancia, que en la segunda ocasión el grupo de mejor nivel educativo recibiera el Programa de Educación para la Salud. Con los grupos de peor nivel educativo, lógicamente, se procedió a la inversa. En cada oleada o promoción de tratamiento, el número de pacientes tratados tenía su correspondiente grupo de control que sólo recibía el Tratamiento Médico Estándar.

Objetivos

El presente estudio pretende validar un programa para modificar conductas prono-coronarias, específicamente las que componen el PCTA, en pacientes coronarios de un nivel social y educativo predominantemente bajo que viven en una isla caracterizada por un clima suave y un estilo de vida tranquilo.

La estrategia utilizada para iniciar el proceso de validación del tratamiento ha sido la de elaborar un paquete de tratamiento (Kazdin y Wilson, 1978). Investigaciones sucesivas permitirán avanzar en el conocimiento de la eficacia de los distintos componentes del programa de Tratamiento Psicológico y en la mejor adecuación de los distintos componentes del programa a las características de los participantes.

Administración y descripción de la variable independiente

La variable independiente Tratamiento Psicológico viene resumida en el trabajo de del Pino (1998). Consta de cinco partes: 1) El PCTA y sus posibles determinantes. 2) El control de la tensión dividido en cuatro módulos: a) el control de la tensión física, b) la modificación de la tensión conductual y, específicamente, de la urgencia del tiempo, c) la modificación de los pensamientos disfun-

cionales y su sustitución por un pensamiento productivo, d) la modificación de las emociones nocivas, ira-hostilidad y frustración. 3) El control del estrés desde una perspectiva interaccionista. Se trabajaba especialmente en el reconocimiento de los disparadores personales de estrés y en cómo afrontar las situaciones de estrés más frecuentes. 4) La planificación y disfrute del placer como condición que permite reducir la tensión y el estrés. 5) Necesidad de lograr que el cambio de estilo de vida sea un objetivo a mantener durante toda la vida. Las indicaciones para terapeutas y participantes y los contenidos y tareas de cada sesión quedaron recogidas en la «Guía del Terapeuta» y en la «Guía del Participante», elaboradas ambas al efecto y entregada esta última a los componentes de los grupos. De esta forma se intentó preservar la integridad y fidelidad del tratamiento. Todas las sesiones fueron dirigidas e impartidas por el primer autor de este trabajo, que contó con los mismos tres psicólogos colaboradores durante los tres cursos impartidos.

La variable independiente Programa de Educación para la Salud de los pacientes coronarios aplicada a cada uno de los grupos de control constó de los siguientes módulos: 1) Anatomía y fisiología cardiaca. 2) La enfermedad coronaria: manifestaciones clínicas y modalidades de tratamiento. 3) Signos y síntomas de alarma de la enfermedad coronaria. 4) Factores de riesgo coronario. 5) Estilo de vida aconsejable, en el que se incluían consejos orientados a cambiar ciertos patrones de conducta pronocoronaria. 6) La medicación: sus efectos y condiciones de ingesta. El programa fue impartido por un equipo de tres enfermeras profesoras en la Escuela de Enfermería de la Universidad de La Laguna.

El procedimiento general seguido en el desarrollo de los programas y el número total de sesiones fue el mismo en ambas formas de tratamiento.

Las sesiones de 90 minutos constaban de una exposición con ayuda de material audiovisual a la que seguía una fase de preguntas y respuestas aclaratorias. Al final de cada sesión los conductores de las sesiones presentaban las tareas para casa, que eran revisadas al comienzo de la sesión siguiente, con participación muy activa de los asistentes.

Ambos tratamientos se desarrollaron en 24 sesiones de grupo celebradas a lo largo de nueve meses, 12 reuniones durante los tres primeros meses y otras 12 durante los seis siguientes. Al final del tratamiento se desarrollaban, durante un segundo año, diez sesiones, una cada mes, para mantener los efectos del tratamiento. Cada grupo estuvo formado inicialmente por un número de personas que osciló entre doce como máximo y ocho como mínimo.

Administración, descripción y valoración de la variable dependiente

En el pase de pruebas en grupo siempre estuvo presente el director del estudio asistido por tres colaboradores como mínimo. La Entrevista Estructurada (EE) se desarrolló, obviamente, de forma individual. La EE, compuesta por tres factores, Competitividad/Comportamiento duro, Ira Expresada y Prisa/Impaciencia, se aplicó siguiendo de cerca la posición de Rosenman, tal como se indica en del Pino, Gaos y Dorta (1999). Todas las entrevistas fueron desarrolladas por dos colaboradoras entrenadas y todas fueron evaluadas pasados los dos años de seguimiento del último curso de tratamiento por una persona no participante en este proyecto de investigación y especialmente entrenada, por trabajos realizados previamente, en la tarea de evaluar la EE. Las cintas en que se grabaron las entrevistas no tenían ninguna indicación sobre la condición experimental de la persona entrevistada ni sobre el tiempo de medida a que correspondía.

La Ansiedad Rasgo fue evaluada mediante el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) en la adaptación española de Seisdedos (1988).

Diseño de la investigación y análisis de datos

El análisis de los efectos del tratamiento tras un año responde a un diseño factorial de medidas repetidas de 3×2 , un factor inter-grupos con tres niveles (un grupo de tratamiento y dos de control) y un factor intra-grupo, el tiempo de medida, con dos momentos (antes del tratamiento y después del tratamiento). Los análisis referidos a los efectos del tratamiento con dos años de seguimiento responden a un diseño factorial de 2×4 , un factor inter-grupos con dos niveles (el grupo de tratamiento y el grupo de control que recibió Educación para la Salud) y otro factor intra-grupos, el tiempo de medida, con cuatro momentos (antes del tratamiento, después del tratamiento, al año de finalizar el tratamiento y dos años después de finalizado el tratamiento). Estos diseños se analizan mediante el Modelo Lineal General de medidas repetidas. Los efectos significativos hallados se analizan mediante contrastes especiales «a posteriori», y, cuando la fuente de variación es el tiempo de medida, se halla, además, el Tamaño del efecto. Todos los análisis se realizaron con el SPSS 10.0.

Resultados

El proceso de recogida de la muestra y los resultados de este proceso pueden verse en el Diagrama 1. El programa se desarrolló durante los años 1993 a 1997, finalizando el seguimiento de los dos últimos grupos de tratamiento en 1999.

Como puede verse, de los 247 pacientes que cumplían los criterios para participar en el programa, el 11,34% rehusó la invitación o no le fue posible aceptarla. Acudió a la primera reunión informativa el 50,68% de los 219 pacientes que manifestaron su disposición a participar en el programa mientras estaban en el hospital, y, de los asistentes a esta primera reunión, un 11,71% dejó de asistir a la segunda reunión en que se hacía firme el compromiso de participar.

Los participantes en el grupo de Tratamiento Psicológico tuvieron una asistencia media a las 24 sesiones del programa de 20,64, 86% de asistencias, y los componentes del grupo que recibió Educación Sanitaria de 19,68, 82%, con un rango de asistencia en cada grupo de 12-24. Cada paciente debía asistir a 12 reuniones, el 50%, para ser considerado receptor del programa. En el grupo de control que recibió sólo el Tratamiento Médico Estándar se consideró que abandonaron quienes cumplieron todos los cuestionarios en una sola ocasión.

Las características demográficas y clínicas de los 68 componentes de las tres condiciones del diseño y los resultados de los análisis referidos a la distribución proporcional de estas características entre los grupos puede verse en la Tabla 1.

Como podemos observar, los 68 componentes de los tres grupos sólo presentan diferencias significativas en la edad. La prueba de rangos de Duncan nos indica que el grupo que recibió Tratamiento Psicológico era más joven que ambos grupos de control. Esta diferencia en edad no fue asociada a diferencias significativas en las variables dependientes objeto de estudio.

Las comparaciones entre los 68 pacientes que participaron con regularidad en las diferentes condiciones asignadas y los 30 pacientes que abandonaron el programa no mostraron diferencias significativas en ninguno de los descriptores de los grupos al nivel de confianza del 0.05.

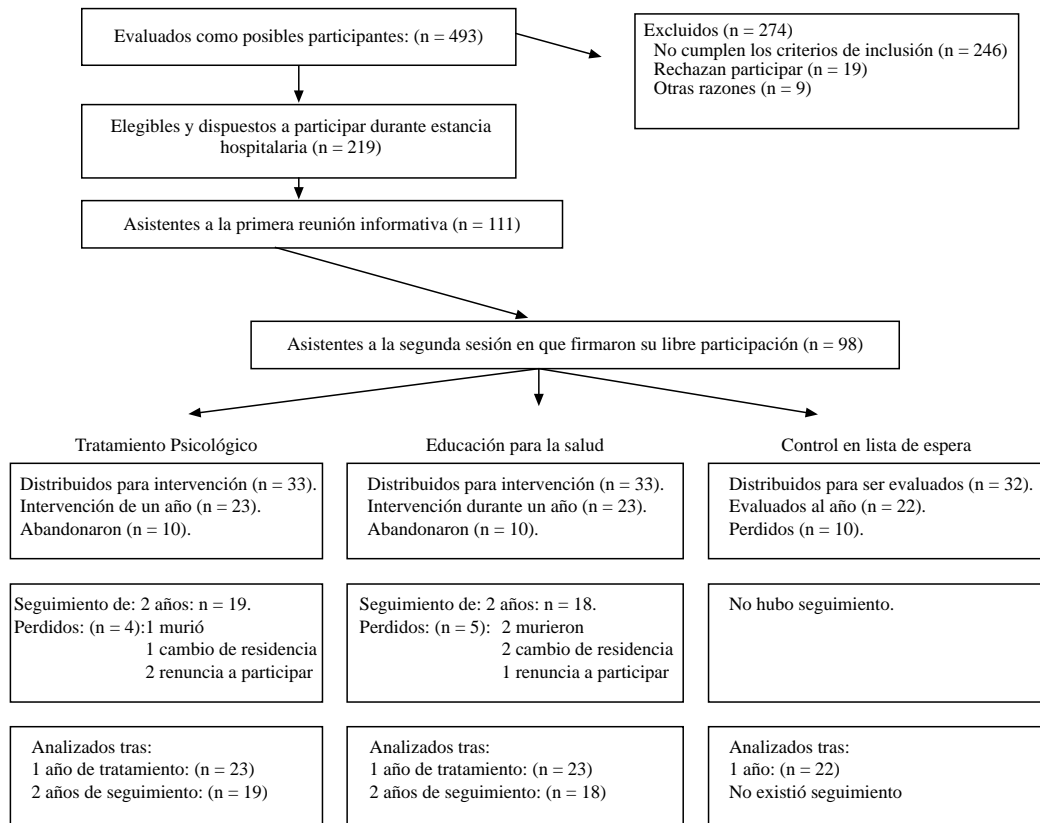


Diagrama 1. Proceso de selección y distribución de la muestra

Los análisis realizados tras el año de tratamiento sobre las puntuaciones en los factores de la EE muestran efectos significativos sólo en la fuente de variación «Tiempo de medida» en el factor 2, *Ira expresada*, [F(1,62)= 4.61, p.<.05], y en el factor 3, *Prisa/Impaciencia*, [F(1,62)= 10.83, p.<.01]. Los análisis intra-grupo sólo muestran reducciones significativas en las puntuaciones del factor 3 en el grupo que recibió Tratamiento Psicológico. Las diferencias significativas en el factor 2, *Ira expresada*, se desvanecen al analizarlas por grupos. Los análisis sobre las puntuaciones de la Escala Total mostraron efectos significativos al nivel de confianza del 0.05 en la fuente de variación «Tiempo de medida», [F(1,62)= 11.10, p.= .001]. Los análisis intragrupo recogen diferencias significativas entre tiempos de medida sólo en el grupo que recibió Tratamiento Psicológico, como puede verse en la tabla 2.

Los análisis multivariados de medidas repetidas realizados tras dos años de seguimiento con las puntuaciones de los factores de la EE sólo ofrecen efectos significativos en el factor 3, *Prisa-Impaciencia*, [F(3,105)= 5.63, p.= .001]. Como puede verse en la tabla 3 los componentes del grupo que recibió Tratamiento Psicológico redujeron tras el tratamiento su Prisa-Impaciencia y este cambio permaneció tras los dos años de seguimiento. El análisis realizado sobre la Escala Total ofreció sólo un efecto significativo que tiene como fuente de variación el «Tiempo de medida», [F(3,105)= 2.92, p.<.05]. Sólo en el grupo que recibió Tratamiento Psicológico se redujo el PCTA en todos los tiempos de medida, como recogen los contrastes intragrupos de la tabla 3.

La ansiedad rasgo ofrece efectos significativos sólo en la fuente de variación «Tiempo de medida». Aparecen tras el tratamiento

[F(1,64)= 13.40, p. = .001] y en los análisis que toman en consideración los dos años de seguimiento [F(3,105)= 8.88, p.<.001]. El análisis de estos efectos por grupos, como puede verse en las tablas 2 y 3, indica que tras el tratamiento sólo el grupo que recibió Tratamiento Psicológico redujo de forma significativa su ansiedad y que estos cambios permanecieron tras los dos años de seguimiento. El grupo que recibió Educación para la Salud presentó diferencias significativas en el contraste entre los tiempos de medida 1-3.

Discusión y conclusiones

Este estudio, que ha utilizado unos criterios de participación no restrictivos, se ha desarrollado sobre unos participantes que no se diferenciaban de quienes abandonaron la investigación, al menos en las variables objeto de estudio y en los descriptores de los grupos, por lo que el alcance de los resultados sería extensible a otros enfermos coronarios, varones y canarios, que reciben atención del servicio público de salud. Esta generalización, sin embargo, debe modularse en atención al alto porcentaje de pacientes que, tras dar su consentimiento a participar en el programa mientras estaban hospitalizados, no respondieron a la llamada para iniciar los cursos de tratamiento, 49,32%. Billings, Scherwitz, Sullivan, Sparler y Ornish (1996) también informan de una no aceptación a la invitación a participar en su estudio del 50%, aproximadamente. En nuestro caso atribuimos el alto porcentaje de no participación a falta de información sobre los efectos beneficiosos de estos programas sobre la salud y calidad de vida de los

pacientes y a falta de implicación e interés en estos programas por parte del equipo médico. Creemos también que pudieran existir implicaciones de tipo económico y social, puesto que los pacientes de menos nivel educativo y menores ingresos económicos abandonaron con más frecuencia y asistieron menos a las reuniones de grupo.

La tasa de abandonos durante el año de tratamiento se eleva hasta el 31%, un porcentaje más bajo que el que se produce en los estudios basados en la población (Chambless y Ollendick, 2001) y prácticamente idéntico al que se da en los estudios sobre efectividad de los tratamientos desarrollados con grupos especialmente controlados (Elkin et al., 1989). Kazdin (1996) informa de que la tasa de abandono en las terapias con adultos oscila entre el 40 y el 60%, aunque esta valoración debe hacerse atendiendo a factores concretos tal como enuncian Fernández-Abascal, Martín y Domínguez (2003). Nosotros consideramos importantes los criterios utilizados para definir los casos de abandono, la duración del en-

trenamiento, el tipo de tratamiento impartido y las compensaciones recibidas durante el tratamiento y al margen del mismo. Nuestra tasa de abandonos indicaría que el diseño y desarrollo del tratamiento se adecúa, en gran medida, a las necesidades y expectativas de los participantes, aunque hemos elaborado un programa de tratamiento relativamente largo como corresponde a un estilo de vida que tarda muchos años en desarrollarse, invade todos los ámbitos de la vida de la persona y descansa en lo más íntimo de la personalidad (Friedman, 1979).

La menor edad del grupo de Tratamiento Psicológico podría haber implicado una presencia inicial mayor de conductas propias del PCTA en este grupo (Dielman, Butchard y Moss, 1990). No se han producido diferencias iniciales significativas ni en el PCTA ni en sus componentes, pero, en todo caso, la diferencia en edad actuaría en contra del objetivo de la investigación, que es reducir los componentes del PCTA en un grupo que en razón de la edad tiende a incrementarlo.

Tabla 1
Características demográficas y clínicas de los participantes

Receptores del Programa (n= 68)							
Variable	Psicológico (n= 23)		Educativo (n= 23)		TME (n= 22)		Análisis χ^2 (g.l.)
	n	%	n	%	n	%	
Estatus ocupacional							11.20 (6)
Ejecutivos	3	13	7	30	1	4	
Autónomos	8	35	6	26	3	14	
Administrativos	4	17	2	9	3	14	
Obreros manuales	8	35	8	35	15	68	
Situación laboral							6.47 (4)
Retirado/Jubilado	4	17	5	22	7	32	
No empleado	11	48	16	69	9	41	
Empleado	8	35	2	9	6	27	
Nivel educativo							8.92 (4)
Sin estudios	3	13	9	39	11	50	
E. primarios	12	52	8	35	9	41	
E. med/superiores	8	35	6	26	2	9	
Estatus marital							0.28 (2)
Casado	20	87	21	91	20	91	
Otros	3	13	2	9	2	9	
Conducta de fumar							1.62 (4)
Fumador actual	12	52	13	56	9	41	
Ex fumador	10	44	8	35	11	50	
Nunca fumador	1	4	2	9	2	9	
Estenosis significativas en (a)							3.40 (4)
1. Arteria	6	35	4	24	6	37.5	
2. Arterias	8	47	6	35	4	25.0	
3. Arterias	3	18	7	41	6	37.5	
	M	DT	M	DT	M	DT	F(2.65)
Edad	49.65	8.22	56.70	7.19	58.09	5.45	9.31***
EE	90.00	9.01	90.42	9.21	90.04	7.12	0.02
AR	22.00	9.91	24.70	12.87	27.91	13.01	1.33

EE: Entrevista Estructurada. AR: Ansiedad Rasgo. *** $p < .001$

a. No se dispone de datos de todos los pacientes incluidos en el estudio.

<i>Tabla 2</i> Medias, desviaciones típicas y contrastes intra-grupos de las fases pre y post-tratamiento							
n	Pre-tratamiento		Post-tratamiento		Contrastes		
	M	DT	M	DT	F	TE	
Entrevista Estructurada							
Factor 1 (Competitividad/Comportamiento Apresurado)							
TPs	22	36.14	3.99	34.36	5.11	2.72	.35
TES	21	36.52	4.12	36.29	4.21	0.10	.07
TME	22	36.00	4.14	36.14	3.69	0.03	.04
Factor 2 (Ira Expresada)							
TPs	22	28.95	4.18	27.50	5.14	2.52	.34
TES	21	29.62	4.50	29.10	5.16	0.22	.10
TME	22	29.77	4.34	28.09	3.35	3.31	.39
Factor 3 (Prisa/Impaciencia)							
TPs	22	24.91	4.13	22.32	3.56	10.79**	.70
TES	21	24.28	3.12	22.86	4.71	3.01	.40
TME	22	24.27	2.31	23.95	2.95	0.23	.10
Total Entrevista Estructurada							
TPs	22	90.00	9.01	84.18	11.45	8.24**	.62
TES	21	90.42	9.21	88.24	10.44	1.56	.27
TME	22	90.04	7.12	88.18	7.81	2.17	.31
Ansiedad Rasgo							
TPs	23	22.00	9.91	17.00	8.84	17.09***	.86
TES	23	24.70	12.87	21.52	9.04	3.42	.38
TME	21	27.91	13.01	23.91	12.65	2.22	.32
TPs: Tratamiento Psicológico. TES: Tratamiento de Educación para la Salud. TME: Tratamiento Médico Estándar. TE: Tamaño del efecto. ** p.<.01; *** p.<.001							

<i>Tabla 3</i> Medias, desviaciones típicas y contrastes intra-grupo en los cuatro tiempos de medida															
n	Tiempo 1		Tiempo 2		Tiempo 3		Tiempo 4		Contrastes				Tiempos de medida		
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	1-2		1-3		1-4		
									F	TE	F	TE	F	TE	
Entrevista Estructurada															
Factor 1 (Competitividad/Comportamiento Apresurado)															
TPs	19	36.21	4.28	34.95	5.16	34.63	4.92	34.32	4.08	1.26	.26	2.35	.35	2.22	.34
ES	18	36.22	3.96	36.22	4.49	37.61	4.67	37.33	4.10	0.00	.00	2.44	-.37	1.84	-.32
Factor 2 (Ira Expresada)															
TPs	19	29.37	4.23	27.68	5.36	27.21	4.40	27.58	5.26	3.39	.42	3.66	.44	2.46	.36
ES	18	29.00	4.37	29.33	4.58	27.78	3.74	27.83	4.55	0.09	-.07	1.06	.24	1.11	.25
Factor 3 (Prisa/Impaciencia)															
TPs	19	24.79	4.37	22.42	3.63	22.95	3.96	22.05	3.27	7.54**	.63	4.63*	.49	9.49**	.71
ES	18	24.39	2.91	22.72	4.69	23.44	4.69	23.22	3.44	3.04	.41	1.32	.27	2.50	.37
Escala Total															
TPs	19	90.37	9.53	85.05	11.78	84.79	10.61	83.95	10.48	6.27*	.58	6.46*	.58	7.31**	.52
ES	18	89.61	8.66	88.28	10.72	88.83	10.85	88.39	10.44	0.45	.15	0.10	.07	0.37	.14
Ansiedad Rasgo															
TPs	19	20.90	9.57	16.47	8.37	14.47	6.74	14.42	7.03	7.28**	.62	9.10**	.69	7.90**	.64
ES	18	25.00	13.15	21.61	9.26	18.72	6.92	21.00	10.30	2.50	.37	10.49**	.76	3.16	.42
TPs: Tratamiento Psicológico. TES: Tratamiento de Educación para la Salud. * p.<.05. ** p.<.01.															

Los resultados en la Escala Total de la EE dejan claro que sólo en el grupo que recibió Tratamiento Psicológico se produjo una reducción significativa del PCTA tras el tratamiento y después de los dos años de seguimiento. Los análisis por factores nos permiten afirmar que sólo en el factor 3, *Prisa/Impaciencia*, se consiguió un cambio significativo.

Es común hablar de la EE como el patrón de medida del PCTA. Aceptando esta especial valoración de la EE podemos decir que el Tratamiento Psicológico ha sido eficaz para modificar conductas prono-coronarias evaluadas mediante un procedimiento que permite valorar los estilos y formas de respuesta y no sólo el contenido de las mismas y que ha demostrado de forma consistente su relación con la EC.

El Tamaño del efecto del cambio obtenido tras el tratamiento en la Escala Total, 0.62, en el grupo que recibió Tratamiento Psicológico se corresponde con la media del tamaño del efecto, 0.61, obtenido en los estudios incluidos en el metaanálisis de Nunes, Frank y Kornfeld (1987).

La ansiedad-rasgo, que puede considerarse un indicador de calidad de vida de los enfermos coronarios, mostró una reducción significativa en el grupo que recibió Educación para la Salud en el contraste entre el pre-tratamiento y el primer año de seguimiento, momento éste en que todavía se mantenía contacto con el grupo de enfermeras-educadoras. En el grupo que recibió Tratamiento Psicológico se produjeron reducciones estadísticamente

significativas en todos los contrastes. Podría decirse que el paso del tiempo y la participación en reuniones de grupo contribuyeron a reducir la ansiedad, pero hay que decir también que los contenidos del Tratamiento Psicológico contribuyeron de forma especial a esta reducción, pues quienes participaron en él, habiendo partido de unos niveles de ansiedad-rasgo normales, centil 55, tras dos años de seguimiento, mostraron una puntuación en ansiedad-rasgo correspondiente al centil 25 en el baremo de varones españoles adultos.

Concluimos diciendo que el programa ha conseguido modificar básicamente comportamientos cotidianos, la prisa, la impaciencia, pero que no ha afectado de forma significativa a estratos más profundos de la personalidad como la competitividad o la ira. Estos resultados, muy acordes con el contenido del programa diseñado, nos permiten afirmar que disponemos de un paquete de tratamiento efectivo para modificar ciertas conductas prono-coronarias, que puede beneficiarse de un mayor ajuste a las necesidades específicas de los enfermos coronarios y sobre el que podría iniciarse un proceso de desmantelamiento.

Agradecimientos

Este estudio es parte de un proyecto de investigación financiado por la Consejería de Educación, Cultura y Deportes del Gobierno Autónomo de Canarias.

Referencias

- Billings, J.H., Scherwitz, L.W., Sullivan, R., Sparler, S. y Ornish, D.M. (1996). En R. Allan y S. Scheidt (Eds.), *Heart and Mind* (pp. 233-253). Washington, DC: American Psychological Association.
- Chambless, D.L. y Ollendick, Th. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Dielman, T.D., Butchart, A.T. y Moss, G.E. (1990). Demographic differences in the relationships among components and global ratings of structured interview assessed type A behavior in a population sample. En M.J. Strube (Dir.), *Type A behavior* (Special Issue), *Journal of Social Behavior and Personality*, 5(1), 233-261.
- Dusseldorp, E., van Elderen, T., Maes, S., Meulman, J. y Kraaij, V. (1999). A meta-analysis of Psychoeducational programs for Coronary Heart Disease patients. *Health Psychology*, 18, 506-519.
- Elkin, I., Shea, T., Walkins, J., Imber, S., Sotsky, S., Collins, J., Glass, D., Pilkonis, P., Leber, W., Docherty, J., Fiester, S. y Parloff, M. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.
- Fernández-Abascal, E., Martín, Mª D. y Domínguez, F.J. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*, 15, 615-630.
- Friedman, M. (1979). The modification of Type A behavior in post-infarction patients. *American Heart Journal*, 97(5), 551-560.
- Kazdin, A.E. (1996). Dropping out of child psychotherapy: Issues for research and implications for practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1, 133-156.
- Kazdin, A.E. y Wilson, G.T. (1978). *Evaluation of behavior therapy: Issues, evidence, and research strategies*. Cambridge, MA: Ballinger Publishing Company.
- Linden, W., Stossel, C. y Maurice, J. (1996). Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease. A meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 156, 745-752.
- Nunes, E.V., Frank, K.A. y Kornfeld, D.S. (1987). Psychologic treatment for the type A behavior pattern and for coronary heart disease: A meta-analysis of the literature. *Psychosomatic Medicine*, 48(2), 159-173.
- del Pino, A. (1998). Tratamiento cognitivo-conductual para modificar el Patrón de Conducta Tipo A. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Vol. 2 (pp. 359-383). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- del Pino, A., de Armas, D., Dorta, R. y Gaos, M. (2001). Exploring the validity of the Type A Behavior. En F. Columbus (Ed.), *Advances in psychology research*. Vol. 3 (pp. 25-48). Huntington, NY: Nova Science Publishers, Inc.
- del Pino, A., Gaos, M.T. y Dorta, R. (1999). Construct and criterion-oriented validity of the structured interview for the assessment of the type A behaviour pattern in a sample of canarian males. *European Journal of Psychological Assessment*, 15, 39-48.
- Roskies, E. (1987). *Stress Management for the healthy Type A. Theory and practice*. New York: Guilford Press.