Descargado el: 8-11-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ORIGINAL

Sistema de influencias psicoterapéuticas en pacientes con afecciones cardiovasculares hospitalizados.

System of psycho-therapeutics influences in patients admitted to hospital with cardiovascular diseases.

Teresa Rodríguez Rodríguez[1] Juan José Navarro López[1]

[1] Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

Cómo citar este artículo:
Rodríguez-Rodríguez T, Navarro-López J. Sistema de influencias psicoterapéuticas en pacientes con afecciones cardiovasculares hospitalizados.. **Medisur** [revista en Internet]. 2007 [citado 2026 Nov 8]; 2(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/40

Resumen

Fundamento: Dentro del campo estricto del entorno psicológico de los pacientes, la ansiedad y la depresión parecen jugar un papel importante, aunque todavía queda por dilucidar de forma definitiva en el determinismo de la cardiopatía isquemica y las enfermedades coronarias, sin embargo, es ostensible que los pacientes portadores de enfermedades cardiovasculares presenten con marcada frecuencia alteraciones de índole psicológica, fundamentalmente alteraciones emocionales.
Objetivo : Evaluar la efectividad de un sistema de influencias psicoterapéuticas en pacientes con problemas cardiovasculares.
Métodos : Estudio de intervención con diseño cuasi experimental en pacientes con urgencias cardiovasculares hospitalizados en la Unidad de Cuidados Integrales del Corazón, del Hospital ¨Dr.Gustavo Aldereguía Lima¨ de Cienfuegos, en el periodo comprendido entre el 1 de junio de 2002 y el 1 de junio de 2003, a los que se le aplicó tratamiento relajante, estimulante y adormecedor. Se evaluaron las modificaciones de parámetros psicológicos y fisiológicos después de ser tratados con estas técnicas psicológicas.
Resultados: Los diagnósticos cardiovasculares de infarto agudo del miocardio y angina fueron las principales causas de ingreso. Las variaciones de las frecuencias respiratoria y cardiaca así como la tensión arterial tendieron a mantenerse, a disminuir, y/o establecerse en parámetros normales. El estado psicológico después de recibido el tratamiento fue favorecido.
Conclusiones: Los efectos del sistema de influencias psicológicas fueron beneficiosos tanto desde el punto de vista psicológico como orgánico.

Palabras clave: procesos psicoterapéuticos, enfermedades cardiovasculares, infarto del miocardio, angina pectoris

Abstract

Fundaments: Within the restricted field of the patients' psychological environment, anxiety and depression seem ti play an important role although it is still pending how to clear it up definitely in the case of ischemic cardiopathy and coronary diseases. However, it isostensible that the patients who suffer from cardiovascular diseases frequently present psychological disorders, mainly emotional ones.
Objective: To assess the effectiveness of a system of psychotherapy influences in patients with cardiovasular diseases.
Method: Intervention study witha cuasi experimental design in patients with cardiovascular urgencies hospitalized at the Integral Care Unit of the Heart of the ¨Dr. Gustavo A. Lima¨ Hospital from June 1st 2002 to june 1st 2003 and who received relaxing, stimulating and sleeping treatment. Psychological and physiological modifications were assessed after having received treatment with these psychological techniques.
Result: Acute Myocardial infarction and Angina pectoris were the most common causes of admission. The variation of respiratory and cardiac frequency as well as blood pressure tend tomaintain, diminish or keep normal values. The psychological state of the patient was favoured after treatment.
Conclusion: The effect of the system of psychotherapy influences were beneficial both organically and psychologically.

Key words: psychotherapeutic process, cardiovascular diseases, myocardial infarction, angina pectoris

Aprobado:

Correspondencia: Teresa Rodríguez Rodríguez. editorial@jagua.cfg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

Hasta hace pocos años, la evaluación de la calidad de la asistencia médica ha sido algo bien implícito, sin unas directrices definidas y explícitas que orientaran la revisión médica de calidad. En 1990 el Instituto de Medicina define la calidad como el grado en el que los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtención de resultados de salud deseados y se atienen al conocimiento profesional actual.[1] La calidad de vida se vislumbra como un importante índice de salud debido al incremento significativo de la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles observadas en las últimas décadas y dentro de ellas las enfermedades cardiovasculares que constituyen la primera causa de muerte e invalides parcial y total.[2]

Cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) comenzó a hablar de rehabilitación del paciente cardiaco, introdujo una definición que se adapta más a lo que hoy en día entendemos como readaptación global del paciente con cardiopatía isquémica.[3]

La OMS indicó que la rehabilitación cardiaca debe incluirse dentro de la prevención secundaria (como una de las formas más completas de esta). En los pacientes con infarto agudo del miocardio (IMA) debía siempre englobar aspectos psicológicos y sociales.[2, 3]

Dentro del campo estricto del entorno psicológico de los pacientes, la ansiedad y la depresión parecen jugar un papel importante, aunque todavía queda por dilucidar de forma definitiva, en el determinismo de la cardiopatía isquémica y las enfermedades coronarias,[3] sin embargo, es ostensible que los pacientes portadores de enfermedades cardiovasculares presenten con marcada frecuencia alteraciones de índole psicológica, fundamentalmente alteraciones emocionales y de la esfera de la conducta, que de hecho pueden reforzar el cuadro clínico orgánico, si tenemos en cuenta el indisoluble nexo que existe entre la psiquis y el soma. En muchos pacientes la percepción de la actividad cardiaca se convierte en centro de su ideación, al determinar una constante auto-observación angustiosa que aumenta la manifestación cardiovascular funcional por el mecanismo de círculo vicioso.[4]

Los estados emocionales se acompañan de respuestas autónomas, endocrinas y somáticas, teniendo su expresión en manifestaciones corporales y en estructuras que incluyen el corazón, vasos sanguíneos, las glándulas adrenales y sudoríparas. Ante el temor se produce aceleración de la frecuencia cardiaca y la frecuencia respiratoria, elevación de la tensión arterial, sequedad de la boca.[5, 6]

Por ello consideramos que es imprescindible en la terapéutica de las enfermedades cardiovasculares la intervención psicológica, máxime cuando se trata de pacientes con urgencias cardiovasculares con peligro para la vida.

En nuestra práctica profesional es posible integrar varias técnicas psicológicas logrando su interacción armónica, porque los objetivos de cada una de ellas refuerzan y complementan las de las restantes técnicas, al partir de principios psicológicos y fisiológicos comunes y tener como meta la armonía cuerpo-mente en el individuo. La relajación, visualización, técnicas de autocontrol emocional y la musicoterapia son técnicas psicológicas de probado valor terapéutico y aplicables a diversas enfermedades,[7-12] por lo anteriormente expuesto y con la intención de elevar la calidad de la asistencia médica de los pacientes con afecciones cardiovasculares, nos propusimos evaluar la efectividad de un sistema de influencias psicoterapéuticas en pacientes con problemas cardiovasculares ingresados en el Servicio de Cardiología del Hospital Clínico Quirúrgico de Cienfuegos.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó un estudio de intervención con diseño cuasi experimental en la Unidad de Cuidados Intensivos e Integrales del Corazón del Hospital Universitario “Dr. Gustavo Aldereguia Lima”, de Cienfuegos, que comprendió cuatro etapas investigativas.

La intervención experimental estuvo precedida por la realización del instrumento psicológico necesario para este estudio, que se denominó Sistema de Influencias Psicoterapéuticas (SIP). En él interactúan cuatro técnicas psicológicas que al integrarse de forma armónica, unas refuerzan los efectos de las otras, éstas son: la músicoterapia, la relajación autoconcentrativa de Sulthz, la visualización y técnicas de autocontrol emocional.

De la musicoterapia se escogieron tres de sus modalidades: la música relajante, la música adormecedora y la música estimulante. Cada una de las piezas musicales fueron creadas por

prestigiosos músicos de nuestra provincia (Pedro y Roberto Novo) los que se rigieron para ello por normas técnicas establecidas internacionalmente.

Del entrenamiento autógeno de Shultz fue seleccionado el primer ejercicio: sensación de peso; de las técnicas de autocontrol emocional la respiración profunda y la técnica del suspiro. También fueron incluidas técnicas de visualización. A partir de la combinación de éstas surgen las tres modalidades de tratamiento: Relajante, estimulante y adormecedor, las que posteriormente fueron grabadas en los estudios de grabación Eusebio Delfín, de nuestra ciudad y llevadas a disco compacto.

La muestra estuvo constituida por todos los sujetos que se ajustaron a los criterios de inclusión descrito y que además se encontraban aptos para ser sometidos al tratamiento psicológico, durante nuestra permanencia en la sala. Fuimos cuidadosos en no provocarles molestias, no interrumpir los horarios de sueño, alimentación, aseo o procederes médicos y de enfermería.

A cada uno de los pacientes ingresados se le hizo una entrevista psicológica semiestructurada (13) para conocer su estado psicológico, la que nos permitió decidir el tipo de tratamiento a aplicar en cada sujeto, por los síntomas o signos referidos y que predominaban en el cortejo sintomático expresado, fueron aplicados éstos de forma individual y solo brindamos una sesión para cada paciente.

La entrevista fue dirigida a conocer la presencia o no de síntomas reveladores de tensión, de variaciones en el estado de ánimo y de alteraciones del sueño (ritmo vigilia- sueño), concretándonos en los datos útiles para nuestro estudio, que de forma inmediata fueron registrados en los modelos de recogida de datos, creados para este fin.

Se tuvieron en cuenta los siguientes:

Criterios de inclusión: Diagnóstico de enfermedad cardiovascular, sin alteraciones de la conciencia, de la esfera cognoscitiva, sin enfermedades psíquicas severas y que dieron su consentimiento para participar del estudio, que no tenían indicados fármacos con efectos sedantes hipnóticos o antidepresivos y que los fármacos betabloqueadores e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina hubiesen sido suministrados al menos de 4 –5 horas antes de ser aplicado el tratamiento psicológico.

Criterios de exclusión: Pacientes que ellos o sus familiares se negaron a incluirlos en el estudio, pacientes que no poseen las facultades mentales y psicológicas necesarias .

Fueron estudiadas las siguientes variables: Edad en años cumplidos, escolaridad, tensión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, estados emocionales, estado de ánimo, tensión, proceso del sueño.

Técnicas y procederes psicológicos.

Para cumplimentar los objetivos de la investigación se utilizaron las modalidades de tratamiento creadas para ello (tratamiento relajante, tratamiento estimulante y tratamiento adormecedor)

Para influir sobre los estados de tensión se combinó la música relajante, con el entrenamiento autógeno de Shultz (sensación de peso), con técnicas de autocontrol emocional (respiración profunda y técnica del suspiro) que conformaron el tratamiento relajante.

Para influenciar sobre el proceso del sueño fue creada una modalidad terapéutica donde se combinan visualizaciones positivas, sugerencias verbales, que favorecen la inducción del sueño, con música adormecedora. (tratamiento adormecedor).

Para mejorar el estado de ánimo de los pacientes, se creó un instrumento psicológico donde se combina la música estimulante, con técnicas de autocontrol emocional (respiración profunda) y visualizaciones encaminadas a modificar la carga emocional negativa de éstos, quedando así conformado el tratamiento estimulante.

Las tres técnicas fueron grabadas en CD-ROM y luego en cassettes para poder utilizarlas en el tratamiento individual de cada paciente.

Para registrar el estado psicológico de los pacientes que se sometieron al estudio fueron creados modelos donde se anotaron los signos o síntomas expresados en la entrevista semiestructurada, lo que hizo posible la comparación de los parámetros estudiados antes y después del tratamiento psicológico, en este mismo modelo fueron consignados los parámetros fisiológicos de interés (TA, FC, y FR). Para su validación fueron llevados a criterio de

jueces.

El comportamiento de los parámetros fisiológicos de cada paciente estudiado fue tomado del registro que aparece en la pantalla del monitor Doctus IV al cual se encontraban acoplados cada uno de los sujetos de la muestra y verificados por el método convencional para tomar signos vitales.

El tratamiento estimulante fue utilizado para comprobar su eficacia sobre el estado de animo de los pacientes y sobre los parámetros fisiológicos propuestos (FR, FC, TA), para ello el paciente estuvo bajo el influjo de esta técnica por un tiempo de 20 a 25 minutos aproximadamente Antes de comenzar su aplicación el investigador recogió en el registro o modelo creado , los síntomas o signos de interés con la intención de comparar si se producían cambios en el estado de ánimo después de terminar la aplicación del instrumento psicológico. También fueron registrados los parámetros fisiológicos de interés para valorar su comportamiento antes y después del tratamiento.

El tratamiento relajante fue utilizado para constatar si bajo su efecto se modificaban los estados de tensión del paciente sometido a éste ,así como los parámetros fisiológicos mencionados.

Se registraron tanto parámetros psicológicos como fisiológicos del paciente antes de ser sometido a la técnica psicológica y al finalizar ésta, constatamos la presencia o no de modificaciones de los mismos. Su duración se extendió a 25 minutos.

El tratamiento adormecedor se aplicó con el objetivo de estudiar su eficacia sobre el ritmo vigilia- sueño, así como para conocer las posibles modificaciones de la FC, la FR y la TA después de que éstos recibieran el tratamiento psicológico Su duración se extendió a 23 minutos.

Los resultados se muestran en tablas con números absolutos y análisis porcentual, procesados los datos por el sistema computarizado EPINFO en una computadora Goldstar, utilizando los métodos estadísticos de media (X) y desviación Standard (DS).

Control Semántico

Consideramos oportuno dar algunas definiciones operacionales de términos o conceptos para mejor comprensión del contenido del trabajo:

Música relajante:	Son composiciones musicales donde predominan melodías tranquilas, tiempos lentos, con preferencia por la utilización de registros medios y graves de los instrumentos, en las que es de vital importancia su poca o nula emotividad. Se logra de esta forma una relajación progresiva y una desconexión de la problemática cotidiana e intrapsíquica.
Música estimulante:	Son obras de carácter alegre, vivo, que mantienen uniformidad en el ritmo y sonoridad en general, consiguiendo en el ajuste una armonía de estimulación y vitalidad permanente.
Música adormecedora:	Son composiciones musicales donde predominan melodías tranquilas, lentas y repetitivas, provocando en el oyente un estado de monotonía que lo lleva a la inhibición y por tanto favorece la aparición del sueño.
Entrevista semiestructurada:	Se caracteriza porque las preguntas y las respuestas no están predeterminadas. Permiten un estudio más profundo pero requieren de una buena habilidad del entrevistador para dirigirla. Puede ser dirigida según convenio para obtener los objetivos propuestos.
Estado de ánimo:	Estados emocionales más o menos prolongados que dan un colorido determinado a las demás vivencias del individuo. Son causados por acontecimientos significativos físicos o psicológicos.
Medianamente vigil:	Está presente una vigilia relajada, ojos cerrados y procesos atencionales menos activos.

RESULTADOS

La investigación quedó conformada por 106 pacientes. A 35 pacientes se le aplicó el tratamiento relajante, a otros 35 pacientes el tratamiento estimulante y a los restantes 36 el tratamiento adormecedor.El mayor número de pacientes se agrupó en las afecciones cardiovasculares: IMA (40 pacientes) y angina de pecho (21 pacientes).

El grupo de edades de mayor incidencia fue el de 50-59 años.

La intranquilidad, desasosiego, la tensión muscular y la exaltación fueron los síntomas más referidos antes del tratamiento relajante, los cuales mejoraron al final de este.Las opiniones recogidas al terminar la sesión de tratamiento fueron muy favorables. En la mayoría de los sujetos el tratamiento dejó una sensación agradable, gratificadora, primando expresiones como "estoy suave", "el cuerpo está flojo", "me siento como en una nube".

Una paciente inicialmente no aceptó el tratamiento, pero después accedió voluntariamente.

Sin embargo al finalizar la experiencia la FC había disminuido de 121 a 76 latidos /mto, la FR pasó de 15 -11 ciclo/mto y en el monitor en que se observaba una fibrilación auricular el ritmo revirtió a sinusal. (Tabla 1).

Tabla No.1 Distribución según síntomas y signos antes y después del tratamiento psicológico relajante.

Signos o síntomas	Antes				Después			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%
Intranquilidad	32	91,4	3	8,6	1	2,9	34	97,3
Desasosiego	30	85,7	5	14,3	1	2,9	34	97,1
Irritabilidad	1	2,9	34	97,1	0	0,0	35	100
Tensión muscular	31	88,6	4	11,4	1	2,9	34	97,1
Sensación de ahogo	9	25,7	26	74,3	2	5,7	33	94,3
Deseos de llorar	10	28,6	25	71,4	1	2,9	34	97,1
Exaltación	30	85,7	5	14,3	1	2,9	35	100
Temblor en manos y/o cuerpo	6	17,1	29	82,9	0	0,0	35	100

N= 35

Antes del tratamiento estimulante los síntomas o signos más frecuentes fueron: angustiado, 26 enfermos; pienso cosas tristes, 24 enfermos; desánimo, 23 pacientes.

Después de haber recibido el tratamiento solo 3 pacientes (de 35) se mantuvieron con un estado de ánimo desfavorable. Los sujetos estudiados expresaron al finalizar el tratamiento que lo valoraban como muy útil, bonito, ¨refrescante¨, como algo que de momento logra cambiar el pensamiento. Todos consideraron que proporciona ¨tranquilidad¨ y la mayoría que los saca del contexto en que están y que dejan de pensar en la enfermedad durante ese tiempo. (Tabla 2).

Descargado el: 8-11-2026 ISSN 1727-897X

Tabla No. 2. Distribución según síntomas y signos antes y después del tratamiento psicológico estimulante.

Signos o síntomas	Antes				Después			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%
Tristeza	21	60	14	40	2	5,7	33	94,3
Abatimiento	21	60	14	40	3	8,6	32	91,4
Deseos de llorar	17	48,6	16	51,4	2	5,7	33	94,3
Desánimo	23	65,7	12	34,3	4	11,4	31	88,6
Pienso todo negativo	16	45,7	19	54,3	2	5,7	33	94,3
Pienso cosas tristes	24	68,6	11	31,4	3	8,6	32	91,4
Angustiado	26	74,3	9	25,7	3	8.6	32	91,4

N= 35

La influencia del tratamiento psicológico adormecedor en los pacientes de la muestra fue favorable ya que 20 pasaron de una vigilia atenta a una vigilia relajada y 15 pacientes quedaron dormidos. Solo 1 paciente del total (36) quedó totalmente alerta después del tratamiento.

Al analizar las vivencias de los pacientes después de haber recibido el tratamiento adormecedor supimos que a todos les proporcionó ¨ tranquilidad¨, ¨se sintieron suaves¨ y ¨se les aflojó el cuerpo¨. (Tabla 3).

Tabla No. 3. Distribución según síntomas y signos antes y después del tratamiento psicológico adormecedor.

Signos o síntomas	Antes				Después			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%
Difc. para conciliar el sueño	30	83,3	6	16,7	3	8,3	33	91,7
Sensc. de ardor en los ojos	17	47,2	19	52,8	0	0,0	36	100
Sensc. acumulo de ideas en la cabeza	14	38,9	22	61,1	1	2,8	35	97,2
Intranquilo	34	94,4	2	5,6	0	0,0	36	100
Totalmente vigil	36	100	0	0,0	1	2,8	35	97,2
Medianamente vigil	0	0	0	0	20	55,6	16	44
Dormido	0	0	36	100	15	41,7	21	58,3

N= 36

Descargado el: 8-11-2026
ISSN 1727-897X

La frecuencia respiratoria media antes del tratamiento relajante era de X=20,06 con una DS= 5,21 y después del tratamiento la FR media fue X= 18,34 y una DS= 5,11.

La FR media de los pacientes antes del tratamiento estimulante era X= 19,37 con una DS=19,33 y después del tratamiento la FR media X=17,1 con una DS=17,91.

La FR media antes de aplicar el tratamiento adormecedor a los pacientes era de 19,69 una DS=4,05 y después del tratamiento la FR media pasó a X=18,25 con una DS=3,77. (Tabla 4).

Tabla No. 4. Modificación de la frecuencia respiratoria después de aplicado el SIP.

Modif.. de la FR	SIP #1	%	SIP #2	%	SIP #3	%
Patolg- normal.	2	5,7	2	5,7	6	16,6
Normal: disminuc.	23	65,7	21	60	17	47,2
- 5 ciclos/mtos						
5- 10 ciclos/mtos	3	8,5	5	14,2	3	8,3
No modificó	7	20	7	20	10	27,7
	n=35		n=35		n=36	

SIP # 1: Tratamiento relajante, SIP # 2 Tratamiento estimulante, SIP # 3: Tratamiento adormecedor.

Antes de la aplicación del tratamiento relajante la FC media de los sujetos estudiados era de X=76,97 con una DS=15,74 y después del tratamiento la FC media fue de X=74,23 con una DS=14,57.

La FC media antes del tratamiento estimulante era de X=75,86 con una DS=12,29 y después del tratamiento la FC media X= 74,14 con una DS=11,79.

Antes de aplicar el tratamiento adormecedor a los pacientes, la FC media era de X=75,86 con una DS=12,29 y luego de aplicado éste, la FC media X=74,17 con una DS=11,69. (Tabla 5).

Tabla No. 5. Modificación de la FC después de aplicado el SIP.

Modif. de la FC	SIP #1	%	SIP #2	%	SIP #3	%
Patolg- normal.	2	5,7	3	8,5	2	5,5
Normal: disminuc. - 5 latidos/mtos	19	54,2	24	68,5	26	72,2
5- 10 latidos/mtos	7	20	5	14,2	1	2,7
No modificó	7	20	3	8,5	7	19,4
	n=35		n=35		n=36	

SIP # 1: Tratamiento relajante, SIP # 2 Tratamiento estimulante, SIP # 3: Tratamiento adormecedor.

La TA tanto sistólica como diastólica tuvo discretas modificaciones después de haber aplicado en los pacientes las tres variantes de tratamiento psicológico. De forma general la TA media antes del tratamiento psicológico era de X=127,01 con una DS=17,53 y después del tratamiento psicológico la TA media fue de X=126,54 con una DS=18,066. (Tabla 6).

Tabla No. 6. Modificación de la TA después de aplicado el SIP.

Modif.. de la TA	SIP #1	%	SIP #2	%	SIP #3	%
5- 10 mm Hg	12	34,2	2	5,7	10	27,7
No modificó	23	65,7	33	94,2	26	72,2
	n=35		n=35		n=36	

SIP # 1: Tratamiento relajante, SIP # 2 Tratamiento estimulante, SIP # 3: Tratamiento adormecedor.

DISCUSIÓN

Varios estudios abordan la influencia del tratamiento psicológico en las enfermedades cardiovasculares. Algunos nos ofrecen datos de poblaciones de países desarrollados diferentes al nuestro desde el punto de vista social y cultural.[14-16]

El uso de técnicas no farmacológicas para lograr cambios emocionales y conductuales en la población cubana es poco conocida y no se promueve su aplicación ni a nivel familiar, ni institucional ni a través de los medios de difusión; por tanto el uso del SIP se presenta como un recurso novedoso dentro del régimen hospitalario, para pacientes, familiares, personal médico y paramédico.

En nuestro estudio se muestra con objetividad que en más del 95 % de los pacientes estudiados, los síntomas o signos que revelan tensión modificaron favorablemente después del tratamiento relajante. White J. M constató en sus estudios sobre pacientes con IMA que la musicoterapia puede ser una intervención efectiva para reducir niveles de ansiedad.[14, 15]

Comprobamos además que los síntomas o signos referidos por los pacientes antes del tratamiento estimulante experimentaron cambios favorables (91,4 %), solo el síntoma desanimo esta por debajo de este porcentaje al mantenerse en el 88,6 % de los pacientes.

Todas las agresiones provocadas a los pacientes durante la estancia hospitalaria asociadas a preocupaciones relacionadas con la enfermedad, provocan exacerbaciones de los procesos básicos de la actividad nerviosa superior, lo que origina alteraciones de la esfera emocional así como de la conducta, entre ellas intranquilidad, desasosiego y alteraciones del sueño. En nuestro estudio el 83,3 % de los pacientes refirieron tener dificultades para conciliar el sueño antes del tratamiento adormecedor y después del tratamiento solo el 8,3 % de los pacientes quedaron en este rango. El 94,3 % de los pacientes refirieron sentirse intranquilos antes del tratamiento y luego de recibirlo el 100 % vivenciaron sentirse tranquilos. Es significativo que de los 36 pacientes sometidos a tratamiento 35 pacientes pasaron de la categoría totalmente vigil a la categoría medianamente vigil. (55,6 %) y a la categoría dormido (41,7 %).

De los parámetros fisiológicos estudiados los que sufrieron mayores modificaciones (favorables) después del tratamiento psicológico fueron la FC y la FR. La FR se modificó en el 80 % de los pacientes bajo tratamiento relajante y de éstos el 5,7 % pasaron del rango patológico a la normalidad, solo en el 20 % de los sujetos no sufrió modificaciones este parámetro. White J. M plantea que la música relajante puede inducir respuestas de relajación, cambiando los aspectos negativos de la respuesta al estrés , en los pacientes que han sufrido IMA, reduciendo la FC y la FR de estos.[15]

Con la aplicación del tratamiento estimulante se lograron modificaciones positivas en 80 % de los pacientes también y el 5,7% se ubicó en el rango de la normalidad.

Los efectos del tratamiento adormecedor provocaron en el 72,1 % de los pacientes modificaciones favorables, de ellos el 16,6 % dejaron de tener una frecuencia respiratoria patológica para convertirse en normal. Estudios realizados por Cadigan y cols. Con pacientes cardiacos encamados que requieren de procederes invasivos, utilizando música clásica revelan que después de la intervención musical hubo reducción del distrés psicológico, de la frecuencia respiratoria y de la tensión arterial.[16]

La FC tuvo comportamientos similares en cuanto a modificación en los pacientes estudiados, después de haber aplicado el tratamiento relajante y el tratamiento adormecedor, el 80 % y el 80,6 % respectivamente tuvieron cambios positivos, mientras que en el tratamiento estimulante lo tuvo el 91,5 %.

La TA estuvo favorecida fundamentalmente por el tratamiento relajante y por el adormecedor aunque las modificaciones no fueron sustanciales, solo el 34,2 % de los pacientes tuvo tendencia a la disminución de la TA sistólica entre 5-10 mm/Hg, bajo el tratamiento relajante y bajo el tratamiento adormecedor solo el 27,7 % de los pacientes. Con el tratamiento estimulante solo en el 5,7 % de los pacientes hubo disminución de 5-10 mm/Hg. en la TA sistólica , el comportamiento fue similar en la TA diastólica . El tratamiento relajante y adormecedor fueron los que más favorecieron las modificaciones en la TA, aunque no de forma relevante al no producirse cambios en este parámetro en el 65,7 % y en el 72,2 % respectivamente.

Las modificaciones ocurridas en los parámetros fisiológicos estudiados se produjeron gracias a la intervención psicológica y no a los fármacos betabloqueantes e inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina porque de forma muy puntual aparecieron los cambios, justo al concluir el tratamiento psicológico(dura 23-25mtos) y estos sujetos estaban medicados desde hacia más de 5 horas con dichos fármacos. Es oportuno recordar que en la mayoría de los sujetos estudiados los parámetros psicológicos modificaron favorablemente, mejorando los estados emocionales, lo que respalda lo anteriormente expresado, si nos basamos en la relación existente entre las estructuras corticales- subcorticales, el Sistema Neuroendocrino y con el Sistema Nervioso Autónomo y de hecho su relación con el funcionamiento cardiovascular.[6, 17]

Es meritorio significar que el Sistema de Influencias Psicoterapéuticas tuvo una influencia favorable sobre el estado psicológico de todos los pacientes estudiados y también su influencia fue positiva sobre los parámetros fisiológicos (TA, FR, FC) al mantenerlos, disminuirlos y/o establecerlos dentro de parámetros normales. Permitió además propiciar nuevas vivencias a los pacientes, ayudándoles a enfrentar el periodo de hospitalización con la repetición de las técnicas

en distintos momentos de su permanencia en la sala. Al tenerse en cuenta la esfera psicológica del paciente con afección cardiovascular se logró una mayor calidad e integridad de la atención médica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nasch HS. Evaluación y mejora de la asistencia cardiovascular. Barcelona: Grandes tomos de la Cardiología; 2000. p. 53-61.

2. Rivas Estany E, Álvarez Gómez GA. Rehabilitación del paciente en enfermedades coronarias. Rev Cubana Cardiol. 1995 ; 4 (2): 3-13.

3. Velasco Rami JA. Cómo lograr la readaptación global del paciente con Cardiopatía isquémica. Madrid: Sociedad Española de Cardiología; 1998. p. 13-14.

4. Gónzalez Menéndez R. Psicología para médicos generales. Ciudad de La Habana: Editorial Cientifico Técnica; 1979. p. 95-98.

5. Alvarez Gónzalez MA. Stress. Un enfoque integral. Ciudad de La Habana: Editorial Científico Técnica; 2000. p. 13.

6. Guyton AC, Hall JE. Tratado de Fisiología Médica. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1996. p. 8455.

7. Amaro Medina L. Las propiedades terapéuticas y educativas de la música. Barcelona: Promos Promociones Empresariales; 2000. p. 42-235.

8. Grenet Cordovés E, Martínez Perigod B. Relajación. Ciudad de La Habana: Editorial Academia; 1998. p. 29-62.

9. Shultz JH. El entrenamiento autógeno. 3ra. ed. Ciudad de La Habana: Editorial Científico Técnica; 1969. p. 7-42.

10. Epstein G. Visualización curativa. Barcelona: Robin Book; 1991. p. 11-5.

11. Durand de Bousingen R. Tono muscular. Relajación en general. Revista Stadium. 1973 ; 39: 7.

12. López Fernández R. La relajación como una de las estrategias psicológicas de intervención más utilizadas en la práctica clínica actual. Revista Cub Med Gen Integr. 1996 ; 12 (4): 370-74.

13. Nuñez de Villavicencio Porro F. Psicología y salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 90.

14. White J, Shaw C. Musictherapy a means of reducing anxiety in the myocardial infartion patient. Wis Med J. 1991 ; 90 (7): 434-7.

15. White JM. Effect of relaxing music on cardiac autonomic balance and anxiety after acutte myocardial infarction. Am J Crit. 1999 ; 8 (4): 220-3.

16. Cadigan ME, Caruso NA, Haldeman SM, McNamara ME, Noyes DA, Spadafora MA. The effect of music on cardiac patient on bed rest. Prog Cardiovasc Nurs. 2001 ; 16 (1): 5-13.

17. Álvarez González MA. Stress un enfoque psico-neuroendocrinológico. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1989. p. 29-34.