

UNIVERSIDAD CENTRAL DE LAS VILLAS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA
A PACIENTES CON INFARTO AGUDO
DEL MIOCARDIO EN FASE HOSPITALARIA.**

Tesis presentada en opción
al Grado Científico de Doctora
en Ciencias Psicológicas.

Autora:
Lic. Teresa Rodríguez Rodríguez.
Tutor:
Dr. Luís Felipe Herrera Jiménez

Santa Clara. Villa Clara. Cuba.
2007

UNIVERSIDAD CENTRAL DE LAS VILLAS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA
A PACIENTES CON INFARTO AGUDO
DEL MIOCARDIO EN FASE HOSPITALARIA.**

Tesis presentada en opción
al Grado Científico de Doctora
en Ciencias Psicológicas.

Autora:
Lic. Teresa Rodríguez Rodríguez.
Tutor:
Dr. Luís Felipe Herrera Jiménez

Santa Clara. Villa Clara. Cuba.
2007

“Saber no es suficiente, debemos aplicar.

Desear no es suficiente, debemos hacer”.

Johann W. Von Goethe

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que de forma solidaria y sincera han mostrado interés hacia mi trabajo durante todo este periodo.

A mi tutor Dr.C Luís F. Herrera Jiménez por guiarme, orientarme, darme respaldo, confianza e incentivar cada paso de esta tarea, demostrando siempre su integridad y alcance científico.

Al Dr. José L. Bernal Muñoz, especialista en bioestadística quien puso sus conocimientos al servicio de esta investigación con absoluta entrega, solidaridad y altruismo, quien ha sido a la vez amigo y profesor.

Al Dr. Juan J. Navarro López, cardiólogo y amigo, de quien obtuve siempre la orientación médica precisa para la realización del proyecto y que nunca dejó de estar a mi disposición para aclarar mis dudas, para ayudarme a comprender y a hacer demostrándome su afecto y cordialidad.

A la Dra.C Osana Moleiro por la orientación científica acertada en la realización del estudio.

Al Dr.C Mikahil Benet Rodríguez por reforzar en mí el respeto a la ciencia.

Al Dr.C Eduardo Rivas Estany, Jefe del Grupo Nacional de Rehabilitación Cardiovascular por su ayuda y por hacer posible a través de la literatura científica que tantas personas aprendamos y reconozcamos el verdadero valor de la rehabilitación cardíaca.

A la Dra. C Edelsys Hernández Meléndez, psicóloga, de vasta experiencia en el trabajo con pacientes cardiovasculares, gracias a la cual pude conformar el objetivo final de esta investigación.

Al Dr. C Dionisio Zaldivar, decano de la Facultad de Psicología de la Universidad de la Habana por orientarme en aspectos medulares de mi investigación.

A todos los profesores de la Facultad de Psicología de la Universidad Central y de la Habana, centros donde realicé mis estudios de pregrado, en especial a la profesora Beatriz Díaz tutora de la tesis de terminación de la carrera.

A mis amigos ¡tantos!, por el respaldo moral, la comprensión y acompañamiento:

A la Dra. Arelys Falcón quien siempre me transmitió su optimismo y calidez en momentos complejos, a la Dra. Aymara Hernández quien logra hacer recordar el sentido práctico de la vida, a todos mis amigos y compañeros médicos de la sala de Cardiología por darme la oportunidad de insertarme en su campo de acción y entender mis intenciones. También a los enfermeros y enfermeras que me acompañaron en las noches de insomnio preocupándose y ayudándome con su presencia.

A la Msc. Caridad Casanova de quien obtuve ayuda incondicional desde que comencé a adentrarme en el tema de la investigación.

A la profesora Clara Marta por no abandonarme nunca, a la Msc. Aleyma Rodríguez por su lealtad y ayuda en todo momento, también a la Lic. Eva Caballero, Lic. Maité Benítez, Msc. Iselis Fuentes, Msc. Yolanda Cabrera, Dra. Caridad Bécquer, Msc. Marianela Fonseca y a Norma Martell por su comprensión.

A Aurora amiga siempre, ajena a este campo, pero dispuesta a cooperar, quien da distinción a la palabra amistad y logra transmitir su alegría y fuerza espiritual.

A mis seres queridos por lo que han representado en mi vida: a mi hermano, a Lola, a Milagros, a mi familia grande.

A Frank quien ha sabido sostenerme, ayudarme, comprenderme y ha sido remanso para el cansancio, las preocupaciones, reciprocándolo todo con infinito amor.

A los que ya no están y fueron motivo de alegría, de días felices, de conflictos y que de alguna manera dejaron en mi una enseñanza, una huella, una vivencia enriqueciendo mi espiritualidad y experiencia.

A los profesores Lic. Nicolás Cruz y Lic. Luis Orlando Pérez compañeros y amigos, por las horas dedicadas a la revisión de la tesis y por sus acertadas recomendaciones.

A los especialistas de computación de nuestro hospital, en especial a la Lic. Beatriz Silva por poner sus manos y su corazón en la terminación de una parte del trabajo.

A Alexis García -escritor- por su disposición permanente a contribuir haciéndolo de manera esencial, sobre todo en aquellos aspectos de alta especialización.

Al Ingeniero Jasser Suárez por su ayuda espontánea y decisiva, por ultimar todos los detalles de la presentación de la tesis, siempre afable y receptivo, paciente y a la vez alentador.

A Roberto Novo por la alta sensibilidad de su música hecha para los pacientes infartados en la que logra tocar la espiritualidad de cada uno de los que la disfrutaron.

A Lázaro García – trovador- y a los especialistas de los estudios de grabación “Eusebio Delfín” de Cienfuegos por ayudarnos a objetivizar el Disco Compacto de Técnicas de relajación utilizado en el tratamiento de nuestros pacientes.

A la dirección de nuestro hospital por la deferencia, la consideración y el respaldo que me ha brindado en este arduo trabajo.

A los pacientes y familiares que participaron en el estudio por su cooperación, por permitirme estar a su cabecera en momentos para ellos tan difíciles, llenándome de gratificaciones y esperanzas en cada acción terapéutica.

Finalmente ¡Gracias! a todos los que han tendido su mano para ayudarme.

DEDICATORIA

A papi, hoy intangible y etéreo, pero tan presente y cercano como siempre, a quien debo casi todo lo que soy, de quien aprendí el significado de la palabra constancia, honestidad y perseverancia, quien me acompañó y apoyó cuando más lo necesité y sigue guiando mi acción.

A César mi niño grande y querido, abierto y sincero, quien con su acción y entrega gratifica el esfuerzo de todos estos años y logra perpetuar en mí una agradable sensación de paz interior.

A David mi niño pequeño y querido fruto del amor, tierno, amable e incondicional, quien reconforta mi espíritu por lo que es y por ser motivo para continuar cada día.

A mami por su consagración a la familia y por su convencimiento de ser madre pese a todo.

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida constituye uno de los aspectos más relevantes en el contexto actual de las ciencias que convergen en lo referente al mejoramiento del existir del hombre en todo el proceso salud-enfermedad, ello supone nuevos modelos de hacer y pensar la ciencia, con la nueva postura del hombre como sujeto-objeto del conocimiento científico y de sus inseparables vínculos relacionales con el entorno que lo rodea.

Así en el proceso salud-enfermedad el hombre debe redimensionarse como un ente activo, en tanto el carácter mediatizador de la conciencia en la regulación de la actuación es determinante en el desarrollo de la personalidad del sujeto, en el enfrentamiento a procesos patológicos, en la toma de decisiones (Vigotsky, 1987). La responsabilidad individual se convierte en factor cardinal para el incremento, mantenimiento, restablecimiento y optimización del estado sanitario de la persona (Roca, 2003).

Presupone la profundización del conocimiento sobre los factores de riesgo que dañan la salud, del modo de vida, de las disímiles valoraciones que hace el individuo acerca de ellos, por lo que la psicología, no puede permanecer inmune al papel central que la ciencia progresivamente ha ocupado en nuestras vidas vinculándose al enfoque integrador del proceso salud-enfermedad.

Estudios actuales han confirmado que el mejoramiento de la salud poblacional depende en un 50% del estilo de vida, un 20% de la genética de las poblaciones, un 20% del estado del medio ambiente y un 10% de la salud pública tradicional (Guadarrama y Suárez, 2000) y como concreción objetiva de estos datos se alza la incidencia de los síndromes coronarios agudo y en especial el Infarto Agudo del Miocardio (IMA), considerado un gran problema de salud a escala internacional, responsable de la mitad de las muertes en el mundo desarrollado y del 25% en los países en vías de desarrollo (Rodríguez, Mantilla, Lobos y Mediavilla, 2005, Sowinski y Jonson, 1996, Gaziano, Manson y Riker, 2005).

Según informes estadísticos uno de cada cuatro cubanos muere por esta causa cada año en Cuba (Anuario Estadístico de Salud, 2005, Proyecciones de la Salud Pública en Cuba, 2006). Los que sobreviven al evento isquémico requieren de un proceso de rehabilitación que les permita reincorporarse a la vida socialmente útil y adquirir estándares elevados en la calidad de vida lo antes posible. Es este el motivo por el cual surge el concepto de rehabilitación cardíaca, establecido por la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1969, dentro de sus postulados principales está disminuir al máximo posible las desfavorables consecuencias fisiológicas, sociales y psicológicas de esta enfermedad (Rivas et al. 1990). La OMS, por medio de su Oficina Regional para Europa, creó en 1958 en Ginebra su Unidad de Enfermedades Cardiovasculares (De Velasco, 2000 et. al), y en 1964 publicó las conclusiones de la primera reunión del Comité de Expertos en Rehabilitación (Plaza, 2000). Después de varias reuniones se puso en marcha el estudio de la OMS sobre Rehabilitación y Prevención Secundaria del Infarto de Miocardio (Simoons, 2003). Este grupo de trabajo del que inicialmente formaron parte veinte y tres centros europeos y uno de Israel, entre ellos, el Servicio de Cardiología del Hospital General de Valencia, se reunió anualmente en Turku (1974), Opatija (1975), Budapest (1976), Valencia (1977) y Berlín Oriental (1978), para controlar la marcha del estudio multicéntrico y modificar, si era necesario, algunos detalles del protocolo. La conclusión y decisión más importante de estas reuniones periódicas fue poner de manifiesto que el ejercicio físico era sólo una parte de la rehabilitación cardíaca y que los aspectos psicológicos, sociales y vocacionales, que se hallaban hasta entonces relativamente apartados, debían ser objeto de una mayor atención.

Según el Dr. E. Rivas Estany, Jefe del Grupo Nacional de Rehabilitación Cardiovascular este programa fue instituido en Cuba en 1973, manteniendo para su aplicación los principios y normas decretadas por la OMS, vigente hasta los momentos actuales en nuestro país (Rivas, comunicación personal 12 de septiembre, 2004).

El abordaje de los aspectos psicológicos de la enfermedad coronaria requiere de un adecuado tratamiento durante todo el proceso de rehabilitación cardiovascular, en tanto puede ser unos de los pilares básicos de la prevención secundaria del evento isquémico porque este proceso se acompaña de la dimensión psicológica personalizada de cada enfermo. Comenzaron a estudiarse desde hace más de

cuarenta y cinco años cuando Meyer Friedman y Ray Rosenman, cardiólogos (1959) definieron el Patrón de Conducta Tipo A, característico de los pacientes con padecimientos cardíacos (Friedman, et al. , 2001).

Desde el ángulo psicológico de las enfermedades cardiovasculares también ha sido centro de atención la depresión afirmándose que está asociada a un aumento significativo del riesgo de desarrollar padecimientos cardíacos e IMA, así como la preocupación y la ansiedad están prospectivamente relacionadas con enfermedad coronaria fatal y muerte cardíaca súbita (Barsky, 2005, Costa, et al. 2004, Ferketich, Schwartzbaum, Frid, Moeschberger 2000, Ruo et. al. 2003, Yusuf et. al., 2004).

Se ha definido que el control de las emociones negativas puede ayudar a evitar desequilibrios en el funcionamiento cardiovascular, en personas sin padecimientos cardíacos, como en personas que han sufrido de los mismos, en tanto las emociones positivas son capaces de potenciar más altos niveles de salud en los mismos componentes que son dañados por las emociones negativas (Grau, Hernández, Vera-Villaruel, 2005, Lazarus, 2000, Mayne y Bonanno, 2001, Roca, 2003, Zaldivar, 2002).

De hecho existen un conjunto de habilidades y destrezas de autocuidado que pueden ponerse en función de la salud mental y el tratamiento de un amplio espectro de problemas psicológicos, en lo que juega un papel sustancial el comportamiento voluntario, por lo tanto los cambios en las estrategias de conductas son decisivos en la prevención y recurrencia de la enfermedad coronaria (Álvarez, 2000, Cecil, 1988, Fernández-Abascal, Martín, Domínguez, 2003, Hernández, et al., 2003, Hernández et al., 2005, Roca, 2003 b). En esta importante tarea se ha insistido en incorporar a la familia, al constituir un sistema que juega un papel relevante no sólo en el proceso generador de alteración de la salud, sino en su proceso de rehabilitación y debe contar con recursos adecuados de soporte social para complementar toda la etapa rehabilitatoria (Campbell, 1986, Roca y Pérez., 1999) para lo cual es útil orientarla e instruirla adecuadamente tanto como al enfermo.

La necesidad de la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica, se basa en la consideración de que el paciente coronario tiene un riesgo mucho más elevado de sufrir complicaciones que el individuo que no la tiene, calculándose este riesgo en unas cinco a siete veces mayor siguiendo datos del estudio Framingham, del *British Regional Heart Study* y de meta análisis de Rossouw y colaboradores sobre un

conjunto de investigaciones de prevención primaria y secundaria (Atnman y Braunwald, 2005, Kannel, Wolf, Garrison, 1988). Invariantemente existe consenso acerca de esta labor, considerándose que aumentan los años de esperanza de vida y disminuye la morbimortalidad. La utilidad de estos programas ha sido demostrada de manera fehaciente en numerosas publicaciones aparecidas durante las últimas décadas sobre enfermos con cardiopatía isquémica y otros padecimientos (Gaziano, Manson y Ridker, 2005, Roldan, Campo, Segura, Ruilope, 2005).

En Cuba se han desarrollado estudios e intervenciones en pacientes infartados, destacándose las investigaciones del Dr. Rivas Estany, el Dr. Ponce de León, el Dr. Sin- Chesa, el Dr. Hernández Cañero, la Dra. Hernández Meléndez, La Msc. Fernanda Zulueta entre otros, pero no se han reportado estudios de intervención psicológica en la Fase I de la rehabilitación cardiaca u hospitalaria, pese a la connotación de este etapa de la enfermedad y a las condiciones que propician el internamiento institucional para poder interactuar con el enfermo.

En este sentido se hace necesario introducir nuevos métodos propios y factibles para cada fase de la rehabilitación cardiovascular, implementar intervenciones eficaces capaces de superar las barreras que imponen los cambios de conductas de los pacientes, la familia y del ejercicio de la medicina y en especial de la intervención cardiológica, es una necesidad la inclusión de objetivos finales que, aunque más difícilmente mensurables (psicológicos, sociales y de calidad de vida), permitan demostrar la eficiencia de los programas de rehabilitación cardiaca en estas importantes áreas de la vida del paciente.

Urge buscar soluciones inteligentes y factibles para aquellos fenómenos menos aparentes; pero de gran trascendencia para la determinación del estado del salud del paciente infartado que se inicien en la fase hospitalaria, lo que permitirá buscar alternativas de tratamiento para facilitar los cambios de conducta necesarios, para mejorar el enfrentamiento a la enfermedad incluso en el momento crítico, prepararlo para su nuevo status e incrementar los recursos de afrontamiento durante la etapa aguda y para la fase de convalecencia, sobre todo en el comienzo de ésta, donde por vez primera el enfermo siente el rigor de todos los cambios que impone su padecimiento y donde el soporte fundamental es la familia ya que hasta pasadas al menos cuatro semanas no vuelve a integrarse al programa ambulatorio supervisado- en el mejor de los casos- ello impone cultivar una responsabilidad individual para el

mantenimiento de la salud y para la no recurrencia del evento coronario. Partiendo de todos estos aspectos y de una práctica asistencial cotidiana, que remarca la necesidad de estructurar y organizar metodológicamente la intervención psicológica con los pacientes aquejados de IMA en el periodo hospitalario surge la pregunta:

¿Cómo establecer una estrategia de intervención psicológica en pacientes con IMA desde la primera fase de la rehabilitación cardiovascular que permita al paciente adecuar el enfrentamiento a la enfermedad, que prepare a la familia para que participe en el proceso de rehabilitación, a la vez que beneficie una optimización de la atención psicológica que repercuta favorablemente en la evolución clínica del enfermo y los prepare para la prevención secundaria del evento coronario?

Para responder a esta interrogante ha sido propuesto el siguiente objetivo general:

Evaluar la efectividad de una estrategia de intervención psicológica en pacientes con IMA hospitalizados que incluye a la familia, encaminada a elevar los conocimientos acerca de los factores de riesgo, del estilo de vida después de la enfermedad y de mecanismos de regulación emocional, así como el mejoramiento del estado clínico del paciente en el periodo agudo y el enfrentamiento al mismo, a la vez que se estimula la reflexión para lograr modificaciones conductuales que reviertan en el mejoramiento del padecimiento isquémico y contribuyan a la disminución de la morbimortalidad por esta causa.

Objetivos específicos:

1. Realizar un diagnóstico psicológico del paciente con IMA que facilite la intervención psicológica durante el periodo de hospitalización y que favorezca la continuidad del tratamiento integral durante la rehabilitación cardiovascular.
2. Evaluar en pacientes con IMA y sus familiares la apropiación de conocimientos acerca de los factores de riesgo (FR) del IMA, de estilos de vida cardiosaludables y de mecanismos de regulación emocional que favorecen el enfrentamiento a la enfermedad, así como la apropiación de la conciencia de la necesidad del cambio en los pacientes en esta etapa.
3. Precisar el beneficio que tiene para el paciente con IMA en el periodo de hospitalización la aplicación de recursos psicológicos que propicien la activación del tono- vigilia y el control elemental de estados emocionales.
4. Valorar la efectividad del Tratamiento con Técnicas Psicológicas Combinadas (TPC) en pacientes con IMA hospitalizados con riesgo vital, tanto en la esfera psicológica

como en algunos parámetros fisiológicos tales como frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y tensión arterial.

5. Determinar la efectividad de la Estrategia aplicada en la fase hospitalaria teniendo en cuenta las modificaciones conductuales alcanzadas por los pacientes y aplicación de los conocimientos incorporados en los familiares que participaron en el estudio.

La hipótesis científica fue la siguiente:

La aplicación de una estrategia de atención psicológica a pacientes con Infarto Agudo del Miocardio en fase hospitalaria, la cual parte del principio de la regulación conciente y motivada del sujeto para adecuar el enfrentamiento a la enfermedad, que utiliza recursos cognitivo-conductuales que benefician el enfrentamiento a las emociones, provocará modificaciones en el conocimiento sobre factores de riesgo, estilos de vida cardiosaludables y recursos para la autorregulación emocional en los infartados y en el cuidador primario, a la vez que incentivará al familiar a participar en el proceso de rehabilitación y en el enfermo la toma de conciencia de la necesidad de cambios conductuales, mejorará el enfrentamiento al periodo agudo del evento isquémico y contribuirá a elevar la calidad de la asistencia integral al paciente, repercutiendo favorablemente sobre su estado clínico, propiciando modificaciones positivas de conductas nocivas, aspectos necesarios para la prevención secundaria de la enfermedad cardiaca.

El tema abordado es de gran relevancia en la política de salud de nuestro país. Constituye una línea directriz por ser esta enfermedad la primera causa de morbilidad y de mortalidad en Cuba. Según criterios científicos el abordaje de las enfermedades cardiovasculares tanto en la prevención como en el tratamiento y rehabilitación debe tener carácter multidisciplinario por la alta repercusión que en ella tienen factores biológicos, psicológicos y sociales.

Los programas de rehabilitación cardiovascular definen claramente la importancia de empezar el proceso rehabilitatorio desde el momento en que se instaura la enfermedad insistiendo en la necesidad de contemplar en el tratamiento los aspectos de orden psicológico.

La novedad científica de la estrategia propuesta es que define vías y métodos de intervención psicológica con pacientes infartados durante el periodo agudo de la enfermedad, iniciándose desde el momento crítico del evento coronario, detalla los objetivos, acciones y forma en que se puede tratar a este enfermo para favorecer su

estado psicológico y el estado clínico general, comenzándose desde la Fase I de la rehabilitación cardiovascular la labor de prevención secundaria del IMA y otorgándole responsabilidad individual en el tratamiento. No se conocen hasta el momento en el campo cardiológico y psicológico estrategias específicas para alcanzar este fin.

Logra redimensionar la intervención psicológica con pacientes infartados hospitalizados al establecer un nuevo estilo de trabajo en el quehacer de las ciencias psicológicas, demostrando que es posible llevar a cabo con este tipo de enfermo un tratamiento psicológico intensivo en situaciones especiales de su vida, incluso en estado de gravedad, provocando beneficios en el estado clínico general del paciente e influyendo positivamente sobre la familia en momentos de crisis, donde la labor asistencial del psicólogo se desarrolla en el mismo escenario donde se desempeña el personal médico y paramédico, dedicando al trabajo psicoterapéutico con el paciente y el cuidador primario varias horas de cada día de la permanencia hospitalaria, no queda como un elemento complementario en el tratamiento, sino como ejercicio indispensable en esta fase porque garantiza la atención integradora en la rehabilitación cardíaca. En síntesis aporta los elementos teóricos y prácticos del abordaje psicoterapéutico en pacientes con infarto cardíaco hospitalizados desde un nuevo enfoque intervencionista en el marco rehabilitatorio.

Explicita como preparar y orientar a la familia del paciente infartado para convertirlos en facilitadores del cambio de estilos de vida y en agentes de apoyo social, elemento necesario cuando las personas atraviesan momentos de crisis, utilizando vías adecuadas para proveer a la familia de recursos necesarios para lograr esta meta.

Hasta la etapa actual se ha argumentado la importancia de la intervención psicológica en el proceso de rehabilitación cardiovascular de los cardiopatas desde la primera fase de dicho proceso, pero no se conocen resultados específicos derivados de estudios de intervención que respalden ese lineamiento teórico. Con la estrategia implementada se obtuvieron datos que demuestran cuán importante es el trabajo psicoterapéutico en esta fase porque mejora el enfrentamiento a la enfermedad, eleva la calidad asistencial, el bienestar general y la adherencia terapéutica lo que conlleva a la disminución de la morbimortalidad de los enfermos isquémicos. Se significa la intervención psicológica con el paciente grave.

A partir de los resultados obtenidos se constató que es posible la aplicación de la estrategia en el nivel secundario y terciario de salud donde sean asistidos pacientes con IMA en el periodo agudo y deja abierta nuevas líneas de investigación en el campo de la Psicología y de la Cardiología hasta el momento poco explorado.

En la estrategia aplicada se declaran acciones y se ofrecen materiales que pueden ser tributarios también a la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares.

Los resultados obtenidos en la fase diagnóstica permiten profundizar en el conocimiento sobre características psicológicas del paciente en esta etapa de la enfermedad.

El aporte metodológico está dado al crear un material de autoayuda para personas que viven con afecciones cardíacas y en especial las que han sufrido IMA convirtiéndose en material de consulta para el paciente y la familia durante la hospitalización y una vez en el hogar.

Otro de los aportes es haber creado un instrumento de tratamiento con técnicas de relajación que influyen favorablemente sobre parámetros psicológicos y fisiológicos (FC, TA, FR) de estos pacientes y que puede ser aplicado en el estado crítico del evento coronario, quedando disponible para su uso tanto en periodo de hospitalización como en el resto de las fases rehabilitatorias.

La Hoja de Referencia Psicológica recoge los aspectos de interés para el manejo del paciente con IMA en el periodo posthospitalario: resultados de las evaluaciones psicológicas durante la hospitalización, aspectos socio-psicológicos, factores de riesgo que posee, tratamiento aplicado, disposición para el cambio y se dan recomendaciones en los casos que sean necesarias. Contribuye a dar continuidad al tratamiento de forma integradora, aportando datos de interés al personal responsabilizado con el seguimiento del paciente.

La participación del personal de enfermería garantizó el cumplimiento en la aplicación de algunas técnicas psicológicas previo entrenamiento en el conocimiento y utilidad de las mismas, específicamente de técnicas de desactivación fisiológica (ejercicios respiratorios), participaron también en la supervisión de las técnicas antiestrés aplicadas por los familiares, amplificando el rol de la enfermera/o en la orientación y manejo psicológico de los enfermos y armonizando la interacción de los

profesionales que integran el equipo de trabajo en esta fase del tratamiento de los pacientes.

En el orden práctico la efectividad de la estrategia quedó demostrada por los resultados alcanzados tanto durante la hospitalización como al egreso hospitalario, redundando en la elevación de la calidad de la asistencia médico-psicológica de los infartados, así como en el fortalecimiento del trabajo multidisciplinario con el paciente coronario y la incorporación de la familia al proceso de rehabilitación cardiovascular.

La estrategia tiene carácter multidimensional al tener en cuentas en su concepción factores de riesgo tradicionales y emocionales, demostrando que puede influirse sobre ellos desde el debut de la enfermedad para ayudar a reducir la morbimortalidad de ésta y su enorme impacto social y económico. Educa al paciente y a la familia en aspectos importantes preventivos de relevancia con beneficio a largo plazo.

En el orden económico quedó demostrado que el uso sistemático de técnicas psicoterapéuticas durante la hospitalización redujo la indicación de psicofármacos disminuyendo el costo económico de la estadía hospitalaria por paciente, así como el número de reingresos hospitalario en el periodo evaluado.

Además, es perceptible a partir de los resultados, que la estrategia puede generalizarse a otras instituciones del nivel secundario y terciario de salud y aporta elementos que pueden ayudar a redimensionar intervenciones psicológicas que se inserten en la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares, con énfasis en aquellas personas con riesgo a padecerlas.

El Informe de la investigación consta de la Introducción, tres Capítulos, Conclusiones, Recomendaciones, Bibliografía y Anexos. En el primer capítulo se abordan los supuestos teóricos que sirven de fundamento a la investigación, aspectos relacionados con el IMA como un problema de la salud pública actual al ser definido como la primera causa de muerte en países desarrollados y en vías de desarrollo, centrándose en las estrategias para disminuir su incidencia y en la importancia de la rehabilitación cardiovascular para reintegrar al individuo a la vida socialmente útil. Se enfatiza el papel que le corresponde a la Psicología de la Salud en la labor de prevención secundaria de la enfermedad, se exponen criterios científicos acerca de la necesidad de la regulación personalógica para lograr que el individuo pueda contribuir al cuidado personal, para lo cual es necesario adiestrarlo en aquellas cuestiones comprometidas con el logro de estilos de vida cardiosaludables. Se presentan

resultados de estudios que avalan la relación entre emociones y salud cardiovascular y la necesidad de propiciar en el enfermo niveles adecuados de regulación emocional. También se hace referencia al papel del apoyo social en los procesos de rehabilitación y en situaciones de crisis con énfasis en el papel de la familia, por último se exponen algunas consideraciones acerca de la rehabilitación cardiovascular, sus perspectivas y necesidad de integración de todos los factores que intervienen en la misma. En el segundo capítulo se exponen los elementos referidos al diseño metodológico planteado, que cumple los requerimientos designados para la implantación del diseño y evaluación de estrategias de salud. En el tercer capítulo, se presenta el análisis y discusión de los resultados a partir del paradigma cuantitativo. Se analizan los datos obtenidos por objetivos respondiendo a los pasos designados para la evaluación de la estrategia: Determinación del fin y las áreas que intervienen en la realización de un conjunto de actividades, diagnóstico de la realidad y posibilidades del sujeto para la intervención, determinación de estrategias y variables posibles a utilizar, selección y planificación de las alternativas, instrumentación de actividades de influencia y de la retroalimentación, valoración del proceso y el resultado y elaboración de influencias correctivas. Los principales resultados se ilustran en gráficos y tablas. A partir de éste análisis se derivan las principales conclusiones y recomendaciones de la investigación.

Entre los anexos del informe se incorpora un Manual que contiene íntegramente la Estrategia de atención psicológica a pacientes con IMA en fase hospitalaria, el CD con Técnicas de Tratamiento Psicológico Combinadas (TPC) y la Guía para Cardiópatas.

Capítulo 1: Fundamentación teórica

1.1. El Infarto Agudo del Miocardio: Un problema de la salud pública actual.

Hace un siglo sólo el 10% de las muertes se debían a una causa cardiovascular. Hoy 100 años más tarde éstas constituyen la primera causa de muerte en varios países del mundo desarrollado y en vías de desarrollo. En el 2020 serán la causa de 25 millones de muertes anuales y la enfermedad cardíaca coronaria superará a las enfermedades infecciosas como causa fundamental de mortalidad y de discapacidad (Gaziano, 2000).

La prevalencia de esta enfermedad varía ampliamente de unas áreas geográficas a otras. Los datos del *Seven Countries Study* obtenidos del análisis de 12 770 varones en 18 comunidades de 7 países muestran que la tasa de mortalidad coronaria oscila entre 61 por 10.000 individuos y por 10 años en zonas rurales del Japón y 681 en el este de Finlandia, pasando por una tasa del 424 en los EE.UU., aproximadamente un número similar de personas padece un infarto de miocardio no letal (Mehta , Montoye y Galloly, 2002, OMS, 2002, Jencks , Huff y Cuerdon, 2003).

Cuba tiene un comportamiento similar al de los países del primer mundo y es sensato señalar que en el año 2005 las enfermedades del corazón ocuparon la primera causa de muerte tanto en mujeres como en hombres con una tasa de 197,4 y dentro de ellas las enfermedades isquémicas del corazón ocuparon el primer lugar con una tasa de 142,3 por 100 000 habitantes, de esta clasificación el infarto agudo del miocardio ocupó el lugar cimero (Anuario estadístico de Salud, 2005).

En la provincia de Cienfuegos precisamente en el año 2005 la tasa de mortalidad por enfermedades del corazón estuvo en 204.7, es decir ligeramente por encima de la media nacional (Anuario estadístico de Salud, 2005), pero en los dos últimos años se han alcanzado importantes avances, en el tratamiento del IMA y sus complicaciones, que se

han traducido en una mejora sustancial de la supervivencia y la mortalidad de los pacientes a corto y mediano plazo.

La cardiopatía isquémica es una de las manifestaciones más elevadas de la enfermedad coronaria, incluye la angina de pecho y el Infarto Agudo del Miocardio (IMA). La causa fundamental es una interrupción del flujo de sangre por las arterias coronarias. El principal factor determinante de esa obstrucción es la aterosclerosis, que en el caso de la angina produce un estrechamiento del calibre de los vasos y en el caso del infarto una obstrucción prolongada y completa de los mismos. La aterosclerosis consiste en el depósito de material fibroadiposo en el interior de los vasos sanguíneos y está condicionada fundamentalmente por prácticas inadecuadas en el estilo de vida de las personas que la padecen (Antman y Braunwald, 2005, *Review Panel on Coronary Prone Behavior and Coronary Heart Disease*, 1981, Wielgosz y Nolan, 2000).

El Infarto Agudo del Miocardio puede definirse como una necrosis irreversible del miocardio, resultante de una alteración aguda y mantenida del equilibrio entre el aporte sanguíneo miocárdico y las necesidades del mismo (López de Sá, López-Sendón, Rubio, 1999). Desde el punto de vista fisiopatológico esto se produce por la rotura de una placa de ateroma inestable rica en lípidos en una arteria epicárdica. La fisuración y la rotura de la placa activan la agregación plaquetaria, la formación del coagulo de fibrina y la trombosis coronaria que dependiendo del tiempo de oclusión la necrosis será más o menos extensa. Este padecimiento isquémico representa un grave problema de salud con una importante repercusión socioeconómica, se presenta con mayor frecuencia en pacientes con edades productivas y genera un gran número de personas con discapacidad laboral que muchas veces va desde la temporal hasta la incapacidad definitiva que impide la reincorporación al trabajo y a la vida socialmente útil. Así, por sus consecuencias humanas como económicas, las enfermedades coronarias son las que presentan la mayor trascendencia de cuantas existen en la actualidad (Antman y Braunwald, 2005).

Constituye un desafío para todos los profesionales implicados en su prevención, diagnóstico y tratamiento dados los múltiples factores que intervienen en su aparición y evolución, máxime cuando las expectativas en cuanto a su incidencia poblacional exhiben

datos abrumadores para los años venideros que afectarán la cantidad y la calidad de vida de miles de mujeres y hombres que habitan el planeta.

1.2. La Psicología de la Salud. Su interacción en el proceso salud-enfermedad.

El viejo modelo biomédico ha ido cediendo lugar a un nuevo modelo psicosocial, que no restringe el diagnóstico de la enfermedad a la presencia de anomalías bioquímicas e incorpora variables psicológicas y sociales en su etiología, así como otros aspectos, desplazando la atención hacia las enfermedades crónicas y otras alteraciones (Godoy, 1999, 2006, Grau, 1992, 1998, Hernández y Grau, 2005).

La Psicología desde finales de los años sesenta del pasado siglo, comenzó un interesante proceso en el que se ha comprometido en el estudio y atención de los problemas de la salud y la enfermedad. Partiendo del análisis integral del ser humano ha llegado a supuestos muy importantes, que han contribuido al desarrollo de la Psicología de la Salud y de la ciencia psicológica de forma general. Postula que en todas las enfermedades están presentes estados emocionales, comportamientos y valoraciones acerca de la condición patológica, las limitaciones que lleva aparejadas, las exigencias de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el pronóstico y el impacto para la vida futura. Se considera además que cada paciente presenta su propia “respuesta a la enfermedad”, en la que se ponen de manifiesto no sólo las características regulares de esta como hecho biológico, sino también, y sobre todo, las del sujeto como persona actuando en una situación específica (Grau, Victoria, Hernández, 2005).

La atención a todo lo cardiovascular adquiere marcada relevancia por la multicausalidad en su etiología, las tasas de incidencia y mortalidad cardiaca pueden prevenirse, en gran medida mediante la promoción de comportamientos de salud e intervenciones específicas desde los paradigmas de las ciencias de la conducta, implica acudir a las dimensiones psicológicas del individuo y mecanismos imbricados (Gala, Lupiani y Guillen, 2000, Godoy, 1999, 2006, Reig, 1992).

Unido a esta problemática de salud surge el concepto de rehabilitación cardiaca en la década del 1960, desarrollado paulatinamente desde entonces, para encargarse de

aquellos pacientes que han visto mermadas sus capacidades funcionales a consecuencia de enfermedades cardíacas. "Abarca la atención a pacientes con afecciones cardiovasculares, que incluye la atención a factores psicológicos, fisiológicos y sociales, hace énfasis en los pacientes con Infarto Agudo del Miocardio (IMA) y pretende intervenir sobre la ansiedad y la depresión usualmente presentes en los pacientes tras el evento coronario , enseñarles a reconocer el estrés emocional sus fuentes y mecanismos psicofisiológicos y ante pacientes con Patrón de Conducta Tipo A (PCTA), reconocer el comportamiento ante dicho estrés, apoyarlos en la lucha que libra contra los factores de riesgo y reforzar la adhesión al programa y el mantenimiento a largo plazo de los cambios de vida necesarios para una rehabilitación completa" (Rivas,1988 p.4). Incluye el concepto de prevención secundaria, basado en la consideración de que el paciente coronario tiene un riesgo mucho más elevado de sufrir complicaciones cardíacas que el individuo sin cardiopatía isquémica (Kannel, Wolf, Garrison,1988, Velasco, 1988, Animan y Braunwald, 2005). Reconoce tres fases, la fase hospitalaria, la fase de Convalecencia y la fase de Mantenimiento, cada una tiene objetivos de trabajo muy peculiares.

En la etiología multicausal de estos trastornos se describen diversos factores de riesgo de tipo genético, biológico, nutricional, ambiental, psicológico y social, todos ellos (salvo la edad, el sexo y la herencia) con un componente conductual importante, tal es así que las causas últimas de la patología coronaria son fundamentalmente conductuales (Fernández y Vila, 1991, Fernández-Abascal et al. 2003, Jenkins, 1998).

Los factores de riesgo tradicionales son los que tienen un mayor componente físico-biológico (colesterol, triglicéridos, hipertensión arterial) y otros factores con mayor componente comportamental (tabaquismo, obesidad, sedentarismo). Los emocionales incluyen el PCTA, las emociones de ira y hostilidad, la reactividad cardiovascular, la depresión, la ansiedad y la falta de apoyo social, los cuales no se presentan aisladamente, sino que se influyen mutuamente, no pudiéndose delimitar finalmente donde comienza uno y donde lo hace el otro, y a su vez interactúan con los factores de riesgo tradicionales (Cecil, 1988, Del Pino, 1996, Fernández-Abascal et al., 2003, Hernández et al., 2003).

El comportamiento voluntario y motivado desempeña un papel sustancial en la modificación de los factores de riesgo. En la medida en que el paciente logre establecer conductas cardioprotectoras estará contribuyendo a mejorar la calidad de vida y a evitar recurrencias del evento cardiaco, para ello es necesario la integración de las motivaciones esenciales en planes concientes, orientados a la consecución de un fin (González, 1982, González, 1983), convirtiéndose el paciente en un ente activo en su tratamiento si se entrena para que funcionen como su propio agente de cambio otorgándosele responsabilidad plena no sólo en el enfrentamiento a la enfermedad, sino también en su prevención (Roca, 2003 b, Shye, 1988, Zaldivar, 1996).

1.3. Importancia de la intervención psicológica en pacientes con Infarto Agudo del Miocardio.

Investigaciones sobre el IMA demuestran con claridad el valor terapéutico de agentes trombolíticos para reducir el daño miocárdico e incluso prevenir el desarrollo de un nuevo infarto. No obstante, la mayor probabilidad para seguir disminuyendo los índices de la enfermedad cardiovascular descansa en la prevención o el tratamiento de los factores que originan su presentación clínica. La rehabilitación cardiaca en pacientes de bajo riesgo tras un IMA da lugar a descensos significativos en la mortalidad y en la incidencia de nuevos eventos a largo plazo (Bueno y Buceta, 1994, Gaziano, et. al., 2005, Rivas, 1988, Velasco, Atienza, Ridocci, 1995, Velasco et al., 1997, 1998).

La modificación de las conductas de riesgo cardiovascular presupone un proceso complejo, donde interactúan diversos factores de orden psicológico y donde juega un importante papel la motivación, la cual es una compleja integración de procesos psíquicos que a la vez refleja y expresa la interacción del individuo con su medio, incluye procesos cognoscitivos y procesos afectivos que expresan las necesidades y como son afectadas por los objetos y situaciones reflejadas. El proceso motivacional consiste en una constante penetración, determinación y transformación recíproca entre ambos polos: las necesidades del sujeto y el reflejo del mundo, se asocia a un contenido relevante que se estructura en forma de conceptos, reflexiones, valoraciones (González, 1982). Esta unidad de cognición y afecto constituye la célula de la personalidad, al ser ésta una configuración de sentidos psicológicos, un espacio en el que se van constituyendo de modo diferenciado estos sentidos en la creciente integración (cada vez

más compleja) a lo largo del desarrollo de los procesos afectivos y cognitivos. Los sentidos psicológicos se organizan y expresan de modo diferente y con diversa complejidad en la regulación de cada individuo (Fernández, 2003).

El reflejo de la imagen del mundo también es una expresión y manifestación de las necesidades del sujeto al adquirir un valor afectivo, de esta manera el reflejo cognoscitivo del mundo es una expresión de las necesidades, se encuentra lleno de valoraciones afectivas y adquiere un valor inductor motivacional que lleva al sujeto a buscar determinados objetos que satisfagan la necesidad, convirtiéndose éstos en motivo de la actividad los que le confieren sentido, fuerza y dirección a la personalidad.

Es la forma en que la personalidad elabora la necesidad y la asume encontrando su expresión en diferentes manifestaciones concretas (reflexión, valoración, comportamiento). Los motivos capaces de intervenir en la regulación personalológica, son los concientizados, funcionalmente más complejos y por tanto los jerárquicamente más significativos (Fernández, 2003,2006 a, González, 1983).

Vigotsky vio en la conciencia un sistema integral, regulador de la conducta humana mediante la integración funcional de los distintos procesos o funciones psíquicas, las emociones se expresan como resultado de la valoración por el mismo organismo de su interacción con el medio. Un proceso de regulación consciente es determinante en el desarrollo de la personalidad del sujeto, al punto de que se evidencia en la actuación en la medida en que las reflexiones personales son más profundas. La toma de decisiones, la fijación de metas en planes y proyectos de vida, así como la capacidad permanente de auto-observación resultan impactados positivamente en tanto mayor sea la concientización del proceso (Bozchovich y Blagonadizhina, 1978, Fernández, 2006 a, González, 1983, Vigotsky, 1987).

”El conocimiento y la necesidad forman una unidad indisoluble en la regulación motivacional humana, la necesidad impulsa al hombre a conocer, a fundamentar sus diferentes conductas y el conocimiento se convierte a su vez en una fuente inagotable de las necesidades, pues el proceso de asimilación del conocimiento y la reflexión no siempre son expresiones cognitivas de la personalidad, ya que provocan vivencias que son de vital importancia tanto para la formación de nuevas necesidades, como para el reforzamiento de las ya existentes” (González, 1983, p. 23). Agrega González Rey que

el conocimiento puede ser un momento reproductivo del material recibido del medio, pero que cuando trasciende la simple actualización y reproducción de lo conocido llegando a la elaboración creativa de sus contenidos, entonces comienza a expresar tendencias activas de la personalidad, sustentadas por su sistema de necesidades y motivos, sólo ese potencial de conocimientos posibilitará rebasar mediante la reflexión los estímulos inmediatos que conspiran contra sus objetivos mediatos.

El conocimiento si bien no es el único factor que se vincula a la modificación de actitudes puede promover el cambio en las personas. Dicha modificación constituye un elemento protagónico dentro de la prevención secundaria del IMA al ser la naturaleza de esta enfermedad compleja y multifactorial. Se reconoce que la calidad de vida tras un IMA, depende de varios factores entre los que se señala la posición que asume el individuo ante su situación social presente y de la visión de futuro (Barsky, 2005, Cecil, 1988, Fernández-Abascal et al. 2003, Grau et al., 2005 b, Nieto-Munuera, Abad, Esteban, Tejería, 2004), argumentándose que los factores de riesgo cardiovascular más que de tratamientos farmacológicos, requieren de intervenciones encaminadas a la adecuación de las respuestas ante las contingencias sociopsicológicas, a la búsqueda e implementación de recursos que permitan atenuar la carga afectiva que desencadena determinado estímulo, a merced de características personalógicas y patrones de respuestas aprendidos durante el transcurso de la vida, a sustituir conductas desadaptadas y nocivas por otras, para lo cual se instruye al paciente, se les enseña a conseguirlas. Se utilizan técnicas psicológicas que tienen como objetivo adquirir el control voluntario sobre algunas funciones cardiovasculares (frecuencia cardiaca, presión sanguínea, temperatura periférica, etc.). Concretamente han sido utilizadas técnicas de desactivación fisiológica como el control por técnicas de relajación, el control de la respiración, la musicoterapia, también a instruir al paciente en habilidades de afrontamiento al estrés que agrupa diversas técnicas cognitivo-conductuales de probada eficacia en la modificación de factores de riesgo asociados al trastorno cardiovascular, además de recursos de resistencia que son capaces de potenciar altos niveles de salud en los mismos componentes que son dañados por las emociones negativas, reclamados en los modelos salutogénicos: amor, afecto, amistad, alegría, optimismo, implicación y compromiso en las cosas y en la vida por ser elementos protectores de salud y

propiciadores de calidad de vida (Fernández-Abascal et al., 2003, Godoy, 1999,2006, Hernández et al., 2003, Roca, 2003 a, Rodríguez y Navarro, 2004, Zaldivar, 2002).

El seguimiento irregular de las medidas de tratamiento, tanto farmacológicas como no farmacológicas pueden convertirse en una conducta de riesgo adicional, propiciar la aparición de problemas cardiovasculares e incluso dificultar su posterior tratamiento y rehabilitación (Burke y Dunbar-Jacobs,1995, Foreyt, y Poston, 1996, Roldan et al., 2005).Uno de los factores que con más frecuencia inciden sobre la adecuada adherencia terapéutica es la falta de información de pacientes y familiares acerca de la enfermedad, de los objetivos perseguidos con el tratamiento y sobre que tipo de actividades son seguras y cuáles suponen riesgo y falsas creencias que generan niveles de ansiedad elevados (Martín y Grau, 2005,Zaldivar, 2003 b).

Actualmente se considera que la familia cumple un papel inestimable en la protección y conservación de la salud, al ser una de los espacios de la vida de mayor significado para las personas, constituyéndose en el principal resorte motivacional, fuente de placer, realización, satisfacción y bienestar, pero también puede ser generadora de conflictos que precipita respuestas de estrés, ocasionan descontrol y desencadenan enfermedades.

La teoría del estrés familiar hace referencia a los efectos de la acción de éste en la familia y a las crisis como respuesta familiar al mismo. Enuncia los conceptos de vulnerabilidad a las crisis y el poder de recuperación, la acción de la familia para reducir la intensidad de las situaciones demandantes, por mantener los recursos existentes, buscar otros adicionales y reestructurar cognitivamente la situación (Hernández y Florenzano, 1999).

Se definen otros acontecimientos como generadores de estrés familiar, resultan de la vivencia de situaciones límites que son de carácter accidental, por ejemplo, la muerte inesperada, catástrofes, desastres naturales pérdida del trabajo, de la moral familiar, la enfermedad, ponen a prueba el máximo de los recursos adaptativos de las personas y las familias (Arés, 1999). La enfermedad es un proceso de deterioro que daña el funcionamiento biológico, psicológico y social de una persona y que puede conducir a la muerte, supone una situación de crisis, un acontecimiento estresante que produce un impacto en la vida del sujeto, una ruptura de su comportamiento y modo de vida habitual

(Rodríguez, 1995), además de tener efectos estresantes en los familiares del enfermo. Pueden durar periodos largos, y conduce a cambios permanentes en pacientes y sus familiares (Hernández et al, 2003, Velasco y Sinibaldi, 2000).

Ante la enfermedad crónica o terminal de un miembro de la familia, se producen cambios en las interacciones familiares, que pueden cronificarse y muchas veces interfiere en la rehabilitación y en la adaptación a las secuelas que pueda dejar el padecimiento (González y Chacón, 2003). Es la familia un núcleo integrador, representa una fuerza de medición en la reproducción de estilos de comportamiento ante condiciones preventivas, síntomas de la enfermedad y hábitos de vida saludable (Nieto-Munuera et al., 2004, Zaldivar, 2003 a). Es una red de apoyo eficaz del individuo para el ajuste a la vida social, y en especial, en la recuperación de las secuelas de la enfermedad y en el proceso de morir, convirtiéndose en sostén imprescindible en situaciones de crisis (Arés, 2003, 2007, González y Chacón, 2003).

Se afirma que la intervención familiar se asocia con el grado de ajuste o funcionabilidad de sus miembros. Las familias funcionales son capaces de promover el desarrollo integral de sus integrantes y lograr en ellos el mantenimiento de estados de salud favorable, en tanto las familias disfuncionales deben ser consideradas como un factor de riesgo del individuo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en éstos. Generalmente son incapaces de enfrentar las crisis, haciendo que las soluciones que tomen pasen a ser verdaderos problemas (Louro et al., 2002, Louro 2005).

La contemplación de todos los factores que intervienen en el proceso de rehabilitación cardiovascular debe ser evaluada para poder establecer un seguimiento óptimo del programa de tratamiento, el mejoramiento de la calidad de vida del paciente, así como para evitar la recurrencia del evento coronario que puede conducir a la muerte.

No debe desestimarse la importancia de la prevención secundaria de la enfermedad isquémica, es indispensable su práctica en todos los niveles de atención de salud para poder alcanzar los objetivos que en materia de rehabilitación son reclamados por los programas diseñados con estos fines.

1.4. Algunas consideraciones sobre la interacción personalidad, emociones y enfermedad cardiovascular.

“La realidad, el mundo, existe con independencia de nosotros. Estas percepciones, pensamientos, emociones que poseemos con respecto a la realidad, conforman nuestra subjetividad. La realidad existe en nosotros como subjetivación, es realidad subjetivada en forma de sentidos psicológicos” (Fernández, 2003 p. 294).

Los aspectos más significativos del nivel de integración de la subjetividad humana que se denomina Personalidad no puede ser observada de modo directo su expresión, sólo se expresa la conducta, el comportamiento, las expresiones verbales, supone un reflejo activo, mediatizado, construido de la realidad objetiva y también subjetiva, está integrada, organizada en diferentes subsistemas o configuraciones parciales con diferentes grados de complejidad en perenne interrelación dinámica y dependencia funcional entre los contenidos y entre éstos y el sistema personalógico como totalidad, constituyendo el nivel más complejo de integración y organización de los procesos psicológicos a nivel individual que intervienen en la regulación del comportamiento. Esta integración y organización psicológica permite la conformación de una unicidad o identidad psicológica, personal, una noción de sí mismo o autoconciencia, cuyo surgimiento marca la aparición de la personalidad, que es singular e irreplicable dado el carácter único e individualizado de la organización personalógica, se caracteriza por ser relativamente estable, pero no estática, es dinámica procesal en movilidad, en activación y desactivación de configuraciones.

Los contenidos personalógicos se encuentran en constante cambio y desarrollo, pueden alternar su significación y valor, de acuerdo al subsistema de integración personalógica en el cual estén interviniendo, está en intercambio permanente con el medio exterior y su función fundamental es la de orientar, regular y autorregular el comportamiento humano, teniendo en su base la unidad de los procesos afectivos y cognitivos constitutiva de sentidos psicológicos. Su núcleo es la esfera motivacional, que estructurada en sistemas motivacionales de regulación, se integran formando un todo que define la capacidad de autodeterminación, caracterizando y determinando la posición del sujeto hacia la realidad.

La personalidad posee una determinación histórico-cultural, se forma por medio de complejas interrelaciones a través del sistema de actividades y de comunicación en los cuales se inserta el individuo (Fernández, 2003, 2006 a).

La regulación personalológica es medular en el proceso salud-enfermedad, se enfatiza en las últimas décadas confiriéndole especial connotación en la prevención primaria y secundaria de las enfermedades, al otorgarle al individuo una responsabilidad individual en la evitación o recurrencia de procesos mórbidos. En el enfrentamiento a las enfermedades crónicas es básico el comportamiento conciente y voluntario del sujeto, capaz de autorregular su conducta para alcanzar los objetivos propuestos en el logro de estilos de vida saludables y en el empeño de trazarse nuevos proyectos de vida para alcanzar metas que requieren de decisiones vitales para su concreción.

La personalidad al desarrollarse adquiere autonomía, es la que adecua e individualiza el estilo de vida y lo hace orientada por el sentido personal. Es un sistema de autorregulación de la psiquis que interviene en las diferentes esferas de la vida de las personas.

En el campo de la salud, la personalidad también ha sido estudiada como factor predisponente en la aparición de algunas enfermedades. Existen investigaciones acerca de la enfermedad coronaria y su relación con el Patrón de Conducta Tipo A, definiéndose que estas personas tienden a percibir como amenazantes una gran cantidad de estímulos ambientales, aumentando la respuesta adrenérgica frente al entorno diario definiendo un patrón de respuesta característico en estos individuos (Hernández, 2003) donde los tres componentes o dimensiones fundamentales son: competitividad, impaciencia y hostilidad (Beneit, 1997).

Otra clasificación de la personalidad es la llamada Tipo B, en cuyo perfil caracterológico se distingue la introversión, ser deferentes, relajados, delicados, pacientes, saben escuchar, no ven su trabajo como una lucha contra acontecimientos y personas, son pasivos y las respuestas ante los estresores es muy moderada, lo que los hace padecer menos enfermedades por estrés. A diferencia del PCTA, el tipo B no se asocia a las enfermedades cardiovasculares, así como tampoco el tipo C que tiene características similares al patrón B y por añadidura el elemento ansiedad crónica (Hernández, 2003). Sin embargo otros tipos de personalidades como la H y la D si se han asociado a la aparición de enfermedades cardíacas. En la primera prima la ansiedad crónica, pero expresada como hostilidad lo que lleva a quienes la portan a desarrollar una intensa

reactividad cardiovascular, considerándola responsable de un alto porcentaje de infartos y otras enfermedades cardiovasculares.

La personalidad tipo D ha sido fuertemente asociada a la enfermedad de las arterias coronarias, a la HTA y a la mortalidad. Se vincula a la depresión, a la alienación social y se caracteriza por la supresión crónica de las emociones negativas (Hernández et al. 2003). Si bien es cierto que es importante conocer las características de la personalidad de los sujetos y definir sus patrones comportamentales, al estudiar diferentes enfermedades, es imprescindible conocer la presencia de contradicciones, el nivel de desarrollo de la personalidad y sus mecanismos de autorregulación personal para poder definir una correcta labor psicoterapéutica interventiva (Hernández et. al, 2003).

Otro aspecto importante que nunca debe ser soslayado al enfocar el proceso salud-enfermedad son las emociones. Estas raras veces ocurren en un vacío existencial, por lo general acontecen en un contexto en el que la persona tiene que dar respuesta adaptativa a determinada situación problemática en su entorno; determinadas emociones facilitan la solución de los problemas, en tanto otras la entorpecen, a pesar de la valencia de su connotación subjetiva. Los estudios realizados desde esta perspectiva se centran en la investigación de aquellas variables cognitivas que modulan y en definitiva parecen determinar la respuesta emocional (Lazarus y Folkman, 1986, Lewis, 2000, Mayne y Bonnano, 2001, Scherer, 2000, Roca, 2003 c).

Otro elemento que se refiere al carácter positivo o negativo de la vida emocional es su impacto sobre los procesos fisiológicos y la salud física de la persona. Los avances en las últimas décadas sobre la investigación psiconeuroinmunológica son expresión cabal de ello y han establecido una estrecha relación con el estrés psicosocial, ocupacional y la enfermedad coronaria (Álvarez, 1989, 2000, Cano-Vindel, Miguel-Tobal, 2001).

Trastornos emocionales como la depresión, la ansiedad, el estrés parecen encontrarse también asociados a la cardiopatía, relación que queda justificada por el estrecho vínculo que se establece entre el sistema Nervioso y el Sistema Cardiovascular. La corteza cerebral es un órgano importante que sirve de base fisiológica a las emociones porque éstas se experimentan de forma consciente, hay un fuerte componente cognitivo que muy probablemente implique a la corteza. Al mismo tiempo las emociones se acompañan de respuestas autónomas, endocrinas y somáticas que dependen de

regiones subcorticales del Sistema Nervioso como la amígdala, el tronco cerebral y el hipotálamo (Coloucci, y Braunwald, 2005, Guyton y Hall, 1996, Trápaga et al., 2001).

Los estudios sobre aspectos fisiológicos de la emoción han podido definir el importante papel de la amígdala en la asignación de significado afectivo a eventos sensoriales (Le Doux, y Phelps, 2000), así como la posibilidad de condicionamiento de la respuesta emocional (Buchel, Morris, Dolan, y Friston, 1998). Sin embargo es imposible reducir la emoción a manifestaciones corporales ya que dentro del espectro emocional existen estados subjetivos singulares. De hecho se ha constatado la relación entre la hostilidad, la enfermedad coronaria y la mortalidad responsabilizándola con niveles elevados de aterosclerosis coronaria determinada por arteriografía y como predictores de mortalidad total (Antman y Braunwald, 2005, Barefoot et al., 1983).

El estudio de la implicación de las características psicológicas, las emociones en la enfermedad cardiovascular tuvo su origen en los trabajos de Meyer Friedman y Ray Rosenman, cardiólogos (1959), los que reconocieron la asociación entre un patrón de conducta manifiesto y datos biofisiológicos relacionados con problemas cardiovasculares. Finalmente en 1981 el *National Institute for Heart, Lung and Blood* de los Estados Unidos, reunió un amplio grupo de especialistas en ciencias biomédicas y conductuales y aceptó el Patrón de Conducta Tipo A(PCTA) como un factor de riesgo independiente para los trastornos coronarios, con el mismo orden de magnitud que el riesgo asociado a cualquiera de los factores tradicionales, tales como la presión sistólica, el tabaco o el nivel de colesterol en suero (Belgla-French Pooling Project, 1984, Haynes, Feinleib y Kannel, 1980, *Review Panel on Coronary- Prone Behavior and Coronary Heart Disease*,1981). De este patrón comportamental la hostilidad y la ira son los aspectos más altamente predictivos de las enfermedades coronarias definiéndose la hostilidad como la de más alta asociación con éstas (Booth-Kewley y Friedman, 1987).

Otras emociones se vinculan con la aparición y evolución de las enfermedades cardiovasculares, se ha constatado que los sujetos que manifiestan calma ante el evento cardiovascular sobreviven más su internación en la unidad de terapia que quienes están constantemente inquietos y preocupados por su enfermedad. También ha podido establecerse una relación entre el índice de supervivencia de los pacientes infartados, de ocurrencia de reinfarto y la depresión mayor postinfarto (Antman y Braunwald, 2005,

Carney y James, 2001, Lesperance et al., 2002). La asociación entre enfermedad cardiovascular y depresión fue detectada hace años y estimada en valores que alcanzan el 45%, ambas son enfermedades altamente prevalentes, responsables por una disminución significativa en la calidad de vida y por la imposición de elevados costos a la sociedad. (Ruo et al., 2003, Lesperance y Frasure-Smith, 2000). La depresión psíquica produce una depresión inmunológica la que hace que se enlentezca en el paciente el programa de rehabilitación al funcionar con niveles de aspiraciones muy por debajo de lo que puede realmente lograr (Anda et al., 1993, Barefoot et al., 1996, Ferketich, Schwarzbaum, Frid, 2000, Hemingway y Marmot, 1999, Januzzi, Stern, Pasternak, 2000, Lane, Carroll, Ring, Beevers, Lip, 2000, Velasco, et al. 1995), es un factor de riesgo independiente para eventos cardiacos, particularmente después de un IMA, presentando los enfermos deprimidos un aumento de la mortalidad cardiaca en cerca de tres veces independientemente de otros factores de riesgo (Frasure-Smith et al., 1993, 1995).

En un estudio de casos y controles, con el objetivo de identificar los factores de riesgo responsables para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares a nivel *Global-Interheart-Study*, el cual incluyó enfermos de cincuenta y dos países, demostró que más del 90% de riesgo global del IMA es previsible. Las variables asociadas como el estrés y la depresión fueron importantes predictores de riesgo del IMA en todas las edades, regiones y grupos étnicos, siendo su efecto comparable al de la hipertensión arterial y la obesidad abdominal. Considerándose esta relación verdaderamente causa y mucho más importante de lo previamente reconocido, pudiéndosele atribuir una responsabilidad sustancial de los IMA (Rosengren, Hawken, et al., 2004, Yusuf et al., 2004).

Así la depresión no apenas como patología, sino como entidad propia, más de forma indirecta por la interacción con otras variables psicosociales, tiene un impacto negativo en la evolución de la enfermedad cardiaca comprometiendo la calidad de vida del enfermo y agravando la percepción de su estado de salud (Costa et al. 2004, O'Connor, Gurbel y Serebruany, 2000, Ruo et al., 2003).

Otra razón más para no dejar de contemplar los estados emocionales negativos en los enfermos infartados está dada porque los pacientes deprimidos presentan menor

adherencia al tratamiento que los que no lo están, lo que implica que el cumplimiento de su terapia cardioprotectora, antiagregantes, hipolipemiantes, vasodilatadores coronarios, etc. también se verá disminuido con lo que aumenta el riesgo de recurrencia de IMA (Carney, Freedland, Eisen, Rich, Jaffe, 1995, Zaldivar, 2003).

Las evidencias sugieren que los pacientes con estrés emocional se predisponen a la instauración del IMA, además tienen un riesgo incrementado para la rehospitalización, el reinfarcto o la muerte (Antman y Braunwald, 2005). En este sentido, el elemento de respuesta más destacable del estrés es el de la activación emocional y fisiológica que inevitablemente lo acompaña, por vía simpática, aumenta la frecuencia cardiaca y con ello la necesidad de oxígeno del miocardio, en tanto que el incremento catecolaminico propio de la tensión emocional bloquea los procesos de oxigenación del miocardio, haciendo más drástico el déficit irrigatorio (Antman y Braunwald, 2005, Eagle, et al., 1991, Guyton y Hall, 1996, Hernández et al., 2003).

La más reciente versión del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, el DSM-IV(1994), persiste y abunda en la idea de que los factores psicológicos o conductuales pueden influir en el inicio y curso de cualquier trastorno orgánico, enmarcando estos trastornos bajo la categoría de *Factores psicológicos que afectan la condición médica general*. Dentro de los principales trastornos causados por el estrés recoge los cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria-angina de pecho, infarcto del miocardio, taquicardia, arritmias cardiacas episódicas, enfermedad de Raynaud (APA, 1994).

La ansiedad es otra modalidad de la respuesta emocional que se expresa en los sistemas de respuestas cognitivo, fisiológico y conductual y que también está relacionada con trastornos cardiacos, llegando a precipitar con frecuencia episodios isquémicos (Niedhammer, Goldberg, Leclerc, David y Landre, 1998).

Según el Dr. J. Grau (1982) la ansiedad puede ser situacional, personal y patológica, las distingue de acuerdo con su expresión clínica, su estructura vivencial, su dinámica o curso, la repercusión en los procesos psíquicos, la repercusión en la personalidad y el tipo de mecanismo de autorregulación asociado (Grau, 1982, Grau y Martín, 1998). Cada una de estas expresiones puede llegar a crear algún grado de desestabilización emocional en el individuo, con un cortejo sintomático más o menos florido.

Hay importante evidencia epidemiológica corroborada por diversos estudios donde se demuestra que la preocupación y la ansiedad pueden estar prospectivamente asociadas con enfermedad coronaria fatal y muerte cardíaca súbita (Kawachi, et. al., 1994, Kubzansky, et. al., 1997) y que la ansiedad, podría estar implicada en el desencadenamiento de un suceso coronario agudo y asociada a la ira se incrementa el riesgo de padecer de infarto de miocardio (Mittelman et. al., 1995). Una vez que se ha producido el evento coronario, la presencia de estados ansiosos en el paciente incrementa el riesgo de sucesos isquémicos y arritmias, aunque parece ser que el incremento de la mortalidad está más asociado a la depresión que a la ansiedad (Herman, Brand- Driehorst, Buss y Roger 2000, Mos y Dracup, 1996).

Las emociones que se generan en el paciente en el post-infarto deben tener un seguimiento exhaustivo porque intervienen en la evolución favorable o no de salud coronaria junto a otros componentes del cuadro interno de la enfermedad, disminuyen la incidencia de muerte súbita y nuevos infartos. Su detección y corrección mejoran el pronóstico, los resultados de la rehabilitación y la calidad de vida del paciente.

La necesidad del estudio del cuadro interno fue planteada por A.R. Luria en 1944 y ha sido reiterada por psicólogos de diversas latitudes. Se refiere a “todo lo que experimenta y vivencia el enfermo, toda la masa en sus sensaciones mórbidas y además su disposición general, su autoobservación, sus representaciones sobre la enfermedad, sus causas, todo aquello que para el enfermo está relacionado con su visita al médico, todo aquel enorme mundo que consiste en combinaciones extremadamente complejas de sus percepciones, sensaciones, afectos, conflictos, vivencias psíquicas y traumas” (Luria, 1982 citado por Hernández, 203 p. 18).

En la valoración médica de seguimiento no se excluye el cuadro externo de la enfermedad, referido a todos los datos obtenidos por métodos y medios de investigación, son datos objetivos que dan un gran aporte al conocimiento y manejo de la enfermedad (Luria, 1982), pero si se quiere establecer una labor terapéutica adecuada no deben desvincularse de los datos subjetivos que pertenecen al cuadro interno del padecimiento. Pueden constituir deficiencias relevantes en el tratamiento del paciente infartado la no consideración de sus problemas particulares, de su estado emocional, de sus conflictos, vivencias, enfrentamiento a la enfermedad, entre otros, porque entorpece y frena la

recuperación del evento isquémico. Las diferentes formas de percepción, evaluación y respuestas ante su padecimiento tienen a la vez un impacto importante en lo que se refiere a los síntomas que interfieren en la vida cotidiana, así como el establecimiento de la cronicidad del cuadro y en el logro del cuidado apropiado, con la cooperación o resistencia al tratamiento. Una premisa crucial es que la enfermedad, así como la experiencia de ella, está modelada por factores socioculturales y psicosociales, independientemente de su base genética, fisiológica o biológica (Nieto-Munuera, et. al 2004). Estas consideraciones influyen en la calidad de vida de las personas que atraviesan procesos mórbidos.

El afrontamiento emocional adecuado es una necesidad del paciente en el enfrentamiento al proceso de rehabilitación cardíaca, contribuye a contrarrestar los factores de riesgo emocionales en la prevención secundaria. Se define como un proceso básico para nuestras experiencias emocionales cotidianas y nuestra salud. Abarca lo que hacemos y pensamos en un intento de regular la tensión y las emociones relacionadas con ella, tanto si estos intentos tienen éxito como si no. "Para que el afrontamiento tenga éxito, tiene que ser flexible y adaptarse a las necesidades de la situación, que muchas veces cambian en la medida que la acción se va desarrollando"(Lazarus, 2000 p. 198). Los recursos o habilidades de afrontamiento a las emociones juegan un importante papel mediador entre la experiencia emocional y la respuesta desencadenada finalmente en el sujeto.

Otros autores han expuesto diferentes estilos de afrontamiento, pero es Lazarus y su grupo quienes de una perspectiva cognitivo-conductual definen específicamente el proceso de afrontamiento y lo precisan como los esfuerzos conductuales y cognitivos llevados a cabo por un sujeto para manejar las distintas demandas, internas o externas, a que es expuesto y que la persona considera excesiva para sus propios recursos (Modelo Interactivo o Transaccional de Lazarus), sugiere considerar los distintos esfuerzos que el individuo realiza para enfrentarse al estrés, focalizados en el problema (manejo de causa) o por el contrario focalizados en la emoción, tratando de mitigar o regular la respuesta emocional de estrés, esto dependería de la evaluación del sujeto de la situación, en el sentido de que pueda hacer algo para controlarla o modificarla, en cuyo caso utilizaría un afrontamiento centrado en el problema, o que no pueda hacerse

nada al respecto, en tal situación recurriría básicamente a un afrontamiento dirigido a la emoción. Desde la psicología cognitivista, se concede relevancia a la personalidad consciente de sus propias estructuras mentales, con dominio de habilidades y estrategias cognoscitivas para la autorregulación y el autocontrol mediante los procesos de evaluación existiendo cierta polémica en cuanto al nivel de concientización de los componentes cognitivos que participan (Folkman y Lazarus, 1988, Lazarus y Folkman, 1986, 1993).

Al respecto Lazarus concluye que los procesos de valoración se desarrollan fundamentalmente a través de dos vías opuestas. Por una parte, al resultado final se puede llegar mediante esfuerzos deliberados y en gran medida conscientes, por otra parte, a esta valoración se puede llegar otras veces de forma automática, intuitiva o inconsciente. Pero en general la evaluación cognitiva subyace en los estados emocionales y es un rasgo integral de ello, siempre media la reacción emocional en mayor o menor grado, aunque las emociones una vez generadas pueden afectar los procesos de evaluación (Lazarus, y Folkman, 1986).

Esta propuesta de Lazarus resulta congruente con los hallazgos derivados del enfoque neuropsicológico en el estudio de las emociones, que reconocen la existencia de dos vías neurocorticales en la respuesta emocional: una, más rápida y automática en la cual la amígdala juega un papel fundamental; y otra, más reflexiva y lenta, la que implica a la corteza prefrontal (Davidson, Jackson, y Kalin, 2000).

Partiendo de estos principios se subraya que la importancia del autocontrol emocional se expresa en la capacidad del individuo de autorregular de manera consciente el proceso emocional, no significa la represión de emociones sino su evaluación, afrontamiento y expresión de acuerdo a la significación que la situación que la provoca tenga para el sujeto, de la manera más constructiva y saludable, posibilitando una mejor adaptación del individuo al medio.

Se revela en este enfoque el gran valor otorgado por Vigotsky a la unidad de lo cognitivo y lo afectivo en la regulación consciente de la personalidad (Vigotsky, 1987), también defendido y argumentado por González Rey (1997) quien señala: “La condición reflexiva del sujeto determina que la actividad del pensamiento sea simultáneamente una forma de construcción de la realidad y de producción de nuevas emociones, momentos

que se integran cualitativamente en el proceso del pensamiento. Por lo tanto, los procesos cognitivo y afectivo se interpenetran funcionalmente y se constituyen diversas formas a nivel subjetivo a través de la actividad reflexiva del sujeto, aunque en ésta no se agotan las vías de desarrollo de las complejas unidades funcionales de la personalidad” (González, 1997, p. 106).

Varias han sido las técnicas propuestas por diferentes autores para tratar de buscar vías en el individuo en la regulación emocional y en el afrontamiento al estrés, cabe mencionar entre las principales: las habilidades sociales o interpersonales (técnicas de comunicación), las habilidades o estrategias de solución de problemas y conflictos (Método de Bransford y Stein), la adquisición de buenas habilidades profesionales que permitan al sujeto afrontar con éxito el posible estrés laboral(método de D’Zurrilla y Golfried), técnicas de relajación o de desactivación fisiológica de utilidad para el control emocional (Relajación progresiva de Jacobson, Entrenamiento Autógeno de Shultz, meditación trascendental, técnicas de respiración , técnicas de Imagenería, bio-feeback, musicoterapia, técnicas de cortocircuitos, etc.),estrategias de control del pensamiento, terapia centrada en la modificación de pensamientos irracionales, etc. (Amaro, 2002, Amigo, Fernández y González,2001, Amigo, Fernández, González y Herrera,2002, D’Zurilla y Godfried, 1971, Kaplan y Sadock, 2006, Robles y Peralta, 2006).

Al apoyo social también se le concede un valor y una función complementaria respecto al estrés, contribuyendo, directa o indirectamente, a la reducción o eliminación de la respuesta estresante (Carrobles, 1996, Karmach, Manuck y Jennigs, 1990, Roca y Pérez, 1999, Roca, 1999,2003 c, Zaldivar, 2002, 2003 c).

El manejo de los factores de riesgo emocionales son avalados por la literatura científica, sin embargo el espectro de la mirada médico cardiológica aún no ha tomado en consideración plena, el valor que se le concede a la modificación de los mismos (Costa et al., 2004, Fernández-Abascal, et al., 2003, Hernández et al.,2003, Lesperance, et al.,2003, Lesperance y Frasure-Smith, 2000, Rosengren, et al., 2004, Ruo et al., 2003, Yusuf , et al., 2004).

Pensar en la implementación de estrategias de intervención con pacientes cardiovasculares que involucre el aprendizaje de técnicas psicoterapéuticas para el

control de las emociones y el adecuado afrontamiento al estrés, ha sido un objetivo importante dentro de la prevención secundaria sobre todo en los afectados por Infarto Agudo del Miocardio, lo cual debe seguir enriqueciéndose porque provee a las personas de recursos protectores de la salud (Grau et al., 2005) y conjuga con la intención de desarrollar habilidades de autocuidado.

Todo el proceso de aprendizaje y de concreción de cambio de los enfermos cardiovasculares, inherentes al proceso de rehabilitación transcurre sobre un basamento neuropsicológico, definido brillantemente por el destacado científico soviético A. R Luria a través de sus estudios sobre las funciones psíquicas superiores. Abordó el enfoque de la estructura interna de las formas complejas de la actividad psíquica del hombre, definió como se agrupan los sistemas funcionales complejos como grupo de estructuras cerebrales que trabajan concertadamente, generando así una serie de funciones básicas que están regidas por unidades funcionales del cerebro. Al observar cualquier actividad consciente del ser humano se hace evidente que cada una de estas unidades son incapaces de desempeñar cualquier forma de actividad mental de manera completamente independiente, distinguiéndose tres unidades básicas que constituyen el fundamento de dicha actividad (ver Luria, 1997). Estos principios sustentan la actividad cognoscitiva de los seres humanos y no excluye el proceso de aprendizaje en el que está inmerso el paciente cardiovascular en aras de la prevención secundaria que ha de iniciarse desde que se produce el IMA y donde juega un papel fundamental el proceso de comunicación. Se conforman en esta etapa criterios, juicios, conceptos, reflexiones, nuevas valoraciones acerca del IMA, sobre factores de riesgo, calidad de vida, acerca de nuevos comportamientos y actitudes, la realidad del paciente se convierte en realidad subjetivada en forma de sentidos psicológicos que tiene como base sus vivencias, dando lugar esta unidad de reflexión y vivencia a un importante apoyo de la autorregulación personal.

Esta integración de factores cognoscitivos y afectivos pueden conferirle al comportamiento sentido, significado y dirección, posibilita la definición de metas y objetivos conscientes que sólo pueden fructificar en el periodo posthospitalario, cuando el material recibido, procesado y subjetivado hace posible la programación de la conducta, su regulación consciente y permite elaborar proyectos de vida, buscar alternativas para el

nuevo enfrentamiento a la misma, con la perspectiva además de ir corrigiendo conductas no deseadas, comienzan a expresarse entonces tendencias activas de la personalidad, sustentadas por un sistema de necesidades y motivos derivadas de las vivencias y de toda la actividad mental generada a partir del manejo y la orientación psicológica brindada desde el periodo agudo de la enfermedad.

1.5. Consideraciones actuales sobre la Rehabilitación cardiovascular.

La primera alusión directa que se conoce en relación con los efectos favorables del ejercicio en la enfermedad coronaria la hizo Heberden en 1768 en su disertación en el *Royal College of Physicians* y después publicada en Londres en 1802 en su libro "La Historia y Cura de las Enfermedades (Heberden, 1962). A partir de la segunda década de este siglo, cuando ya se habían identificado los signos electrocardiográficos del infarto del miocardio, los pacientes eran sometidos a un reposo en cama prolongado, desde seis a ocho semanas según las recomendaciones de Lewis (Lewis, 1933). La vuelta a la vida sociolaboral normal era excepcional, siendo una constante para que existiera invalidez psicofísica en mayor o menor grado.

En 1944 Samuel Levine inició en Boston, en el Hospital Peter Bent Brigham, lo que puede considerarse el primer paso en rehabilitación cardíaca, cuando empezó a sentar en un sillón a sus pacientes con infarto del miocardio de una a dos horas diarias al día siguiente de su admisión. Levine demostró, venciendo la oposición inicial de muchos de sus colegas, los beneficios en la recuperación física y psicológica de estos pacientes y la ausencia de consecuencias deletéreas (Levine, 1944). A partir de entonces se desarrolló un intenso interés en los efectos del ejercicio físico tanto en el individuo normal como en la enfermedad coronaria estimulando a partir de 1970 el desarrollo de los primeros programas de rehabilitación cardíaca en los EEUU, Canadá y algunos países europeos (Rose, 1972).

El desarrollo de los Programas de Rehabilitación Cardiovascular en pacientes coronarios es secundario a un cambio de mentalidad en los cardiólogos como consecuencia del mejor conocimiento de los efectos del ejercicio físico en sujetos sanos, atletas y cardiopatas, así como del bajo riesgo de estas pautas terapéuticas. Se modifica la concepción en cuanto al

manejo del enfermo coronario, precedido por diferentes estudios y la OMS aconseja la creación de Programas de rehabilitación cardiovascular (World Working Group, 1968).

En los pacientes coronarios el objetivo prioritario de mejorar la calidad de vida se complementa con medidas que buscan la prevención secundaria de la enfermedad, en un intento de disminuir la morbimortalidad. Es por ello que estos programas incluyen pautas de actuación a nivel físico, psicológico y control de los factores de riesgo para cada una de sus fases: Fase I u hospitalaria, fase II o de convalecencia, Fase III o de Mantenimiento.

Se plantea con énfasis por el Grupo de Trabajo de Rehabilitación Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología que todos los hospitales que traten pacientes en su fase aguda, principalmente IMA, deben poner en marcha un programa de rehabilitación de los mismos. Considera que generalmente se realiza la movilización precoz, estudios de capacidad funcional, pero no se incluye la intervención psicológica y socio-laboral, a pesar de contribuir a una mejor relación coste-beneficio en este campo, consiguiendo un incremento importante de vuelta al trabajo (Grupo de Trabajo de Rehabilitación Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología, 1995, Velasco, 2007).

En algunos países, como EE. UU. y Canadá y la mayoría de estados europeos, tanto occidentales (Alemania Federal, Francia, Holanda, Bélgica, Italia, Suecia, Noruega y Finlandia) como del Este (Alemania Democrática, Hungría, Polonia, Bulgaria, URSS), la rehabilitación cardíaca se halla definitivamente asentada y ofrece sus programas a un porcentaje aceptable de pacientes. Sin embargo, en el resto de países de estas mismas áreas, entre los que se encuentra España, la rehabilitación cardíaca no tiene el apoyo que debería y únicamente se ofrece a algunos pacientes a los que se pudiese considerar privilegiados, tal como ellos mismos se califican (Velasco et al, 2007).

El esquema general de actuación de los programas de intervención deben centrarse en la evaluación exhaustiva del paciente respecto a aquellos aspectos problemáticos que permitan determinar en cada caso particular, cuáles son los objetivos concretos que se pretenden lograr y cuáles son las áreas prioritarias de intervención (Nieto-Munuera et. al, 2004).

Generalmente los programas implantados se dirigen a buscar modificaciones de estilo de vida, a la modificación del PCTA, a la adquisición de habilidades para el enfrentamiento al estrés, a disminuir las consecuencias emocionales acarreadas por las limitaciones que

impone la enfermedad (Hernández et al., 2003, Roque y Peralta, 2006, Sender et. al., 1993), pero se hace necesario la implementación de programas de intervención multidimensional, teniendo como objetivos la modificación de conductas de riesgo, favorecer un estilo de vida saludable, crear habilidades en el manejo de técnicas psicológicas para el enfrentamiento al estrés, no deben obviar la problemática individual, las particularidades de cada sujeto, sin desprestigiar la intervención grupal por su probada eficacia en las modificaciones de conductas (Nieto- Munuera et. Al., 2004).

Se enfatiza la necesidad de intervención desde la primera fase u hospitalaria una vez reconocida la presencia de la enfermedad coronaria, es decisiva en reducir la consiguiente morbimortalidad de ésta y su enorme impacto social y económico. Provee una oportunidad única y altamente costo-efectiva de educar al paciente inmediatamente después de un episodio mórbido coronario, en los aspectos más importantes preventivos e iniciarlo en forma progresiva a un nivel de actividad física apropiada para su reintegración social y beneficio a largo plazo (Romero, 2000). Pese a la importancia que se declara en la literatura científica referente a iniciar la rehabilitación psicológica precozmente, no se registran programas de intervención psicológica para esta primera fase.

La readaptación a la nueva vida exige un proceso de modificación que involucra varias aristas de la vida del enfermo, es indispensable prepararlo para "la vuelta al hogar", para que pueda aceptar su condición de cardiópata, hasta entonces ausente en su escala autovalorativa, que por demás rompe proyectos de vida, quebranta aspiraciones y sueños, modifica roles y status de una manera abrupta, inesperada, casi siempre en etapas de la vida donde las personas tienen grandes compromisos sociales y aspiraciones personales. Estas realidades exigen un análisis reflexivo y profundo de todos los profesionales que se vinculen a la Rehabilitación Cardíaca, también de las autoridades de salud responsable de su puesta en marcha. Se impone la conciliación de la teoría y la práctica, un cambio en el quehacer médico y que el trabajo multidisciplinario sea contemplado de manera realista. No significa desvalorizar la actuación médica, sino sensibilizar a estos profesionales para que no se centren en los aspectos biológicos de la enfermedad, que sepan reconocer otras necesidades de orden subjetivo, pero determinantes en la rehabilitación de cada enfermo.

Por otra parte también demanda el acercamiento y sensibilización de otros profesionales no médicos, al conocimiento y dominio de las enfermedades coronarias, sus consecuencias y peculiaridades del tratamiento, para poder profundizar en el estudio de cada paciente y diseñar la terapéutica que exige cada uno de ellos.

La otra línea importante en el proceso rehabilitatorio es el paciente, siendo el factor clave ha sido poco reconocido su rol, es necesario contar con él, incorporarlo para que asista de una manera activa y conciente a su propia recuperación potenciando el factor autocuidado o autoayuda.

En resumen, hay que buscar vías efectivas para la implantación de los programas de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca porque consiguen una reducción de la mortalidad total y de la morbilidad y mortalidad coronaria significativas, una mejoría de la calidad de vida, y una reincorporación social y laboral de la mayoría de los enfermos (Plaza, 2003).

Capítulo 2: Aspectos Metodológicos de la Investigación

Desde la concepción de la atención integral al paciente con IMA durante todo el periodo de la rehabilitación cardiovascular, surge la idea de reforzar y estructurar las acciones psicológicas en la primera fase de este proceso, quedando conformada una Estrategia de atención psicológica a pacientes con Infarto Agudo del Miocardio en fase hospitalaria. Para poder dar respuesta al problema que motivó el inicio de esta investigación se hizo necesario el diseño de una estrategia y su evaluación.

Caracterización del escenario de estudio.

El Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" se encuentra ubicado en la región centro sur de la provincia de Cienfuegos, cuenta con servicios clínicos, quirúrgicos, gineco-obstétricos, de urgencias, de consulta externa y docentes entre otros. Con un total de 640 camas distribuidas entre los diferentes servicios que brinda.

Dentro de los departamentos que componen la integralidad del hospital se encuentra la Unidad de Cuidados Integrales del Corazón, que atiende pacientes aquejados de diversas enfermedades cardiovasculares en estado crítico o no, conformada a su vez por una Unidad de Cuidados Intensivos del Corazón, una Unidad de Cuidados Intermedios y una Unidad de recuperación, cuenta con un equipo de especialistas médicos, enfermeras/os (licenciados y técnicos), un fisioterapeuta y una psicóloga. Este equipo multidisciplinario garantiza la atención integral de los pacientes hospitalizados. Esta sala fue el escenario de la investigación que se realizó en el periodo comprendido de octubre del 2004 a marzo del 2005.

2.1 Diseño Metodológico.

Dentro de los resultados prácticos de la investigación se encuentra la estrategia. Se define como el propósito esencial en la proyección del proceso de transformación del objeto de estudio desde un estado real hasta un estado deseado. Ha sido concebida como la manera de planificar y dirigir las acciones para alcanzar determinados objetivos.

Los elementos claves para llevarla a cabo son la determinación de metas y objetivos a largo, mediano y corto plazo, la adaptación de acciones y recursos necesarios para alcanzarlos son determinantes.

Definir una estrategia significa un proceso de planificación que culmina en un plan general con misiones organizativas, metas, objetivos básicos a desarrollar en determinados plazos con recursos mínimos y los métodos que aseguren el cumplimiento de dichas metas. Son siempre concientes, intencionadas y dirigidas a solucionar problemas de la práctica. (De Armas, Lorences, Perdomo, artículo metodológico).

Pasos para el diseño y la evaluación de la Estrategia de intervención. *

| ETAPAS | PROCEDIMIENTOS |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Determinación del fin y áreas que intervienen en la determinación de un conjunto de actividades. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión de datos epidemiológicos. 2. Revisión del Programa Nacional de Rehabilitación Cardiovascular. 3. Encuesta sobre juicio de profesionales sobre el estado de la Rehabilitación Cardiovascular en Cienfuegos. 4. Aplicación de la técnica de Espina de Pescado a profesionales vinculados a la atención de enfermedades cardiovasculares para determinar principales áreas de intervención. |
| Diagnóstico de la realidad y posibilidades del sujeto para participar en la intervención | <ol style="list-style-type: none"> 1. Discusión con un grupo de expertos en ejercicio de la Cardiología y la psicología clínica acerca de los objetivos de la Estrategia. 2. Discusión y análisis del contenido de la estrategia con un grupo de expertos vinculados a la Rehabilitación Cardiovascular y a la Psicología de la Salud para determinar posibilidades de participación de los sujetos 3. Realización de un estudio piloto de instrumentos psicológicos a utilizar. |
| Determinación de estrategias y variables posibles a utilizar. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Delimitación metodológica de: <ul style="list-style-type: none"> - Indicadores de efectividad. - Selección de métodos e instrumentos. 2. Delimitación del procedimiento estadístico. 3. Adiestramiento del personal de enfermería. 4. Registros de Indicadores Clínicos y psicológicos del paciente. |
| Selección y planificación de las alternativas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Diseño del plan de actividades psicoterapéuticas individuales y grupales con pacientes y familiares en cada sesión de trabajo y acorde a los objetivos. 2. Selección de pruebas diagnósticas. |
| Instrumentación del plan de actividades que conforman la estrategia y Retroalimentación | <ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicación de las actividades psicoterapéuticas que conforman la estrategia y pruebas diagnósticas. 2. Evaluación de la eficacia de las técnicas aplicadas a los sujetos de la investigación a través de las vías seleccionadas. 3. Retroalimentación de los resultados de la intervención a través de los resultados obtenidos y por el reporte de vivencias. |
| Valoración del proceso y el resultado | <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación de variables dependientes en pacientes y familiares con la siguiente frecuencia: <ul style="list-style-type: none"> - Durante cada una de las sesiones. - Al concluir la intervención al final de la hospitalización. - Dos meses después de su aplicación. |

*Según Sierra (2006).

Para dar cumplimiento a los objetivos de la investigación se utilizó el paradigma cuantitativo en el análisis de los datos obtenidos después de la intervención psicológica.

Por las características del estudio se incorporaron algunas técnicas cualitativas que respaldan los resultados alcanzados:

- Análisis clínico-evolutivo de cada paciente mediante la Metodología de Estudio de Caso, utilizando el método clínico individual como recurso que implica la recogida y registro de datos a través de diversas fuentes de información, comparando e integrando sus resultados para llegar a una visión global de la persona en cuestión (Roca,2002). Al respecto se utilizan como recursos:

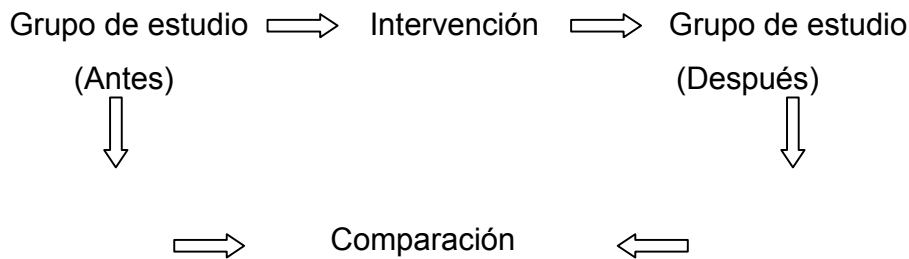
- Entrevista semi-estructurada: se desarrolló a partir de un esquema básico, pero no aplicado rígidamente, se aconseja de una ruta que guíe la entrevista a través de tópicos principales a ser cubiertos, siguiendo cierto orden lógico y psicológico de acuerdo a los objetivos.
- Análisis de contenido: Se tomaron en consideración los datos registrados en cada una de las sesiones de trabajo con cada paciente, al concluir se analizaron mediante procedimiento de categorización y codificación a partir de los indicadores propuestos.
- Entrevista de profundidad: es una entrevista reiterada, se hace de forma repetida, es flexible y semi-estructurada. Es una conversación profesional para un estudio analítico de investigación o para contribuir a los diagnósticos o tratamientos sociales.

Perspectiva cuantitativa de la investigación.

La investigación es de intervención con diseño cuasi-experimental con una finalidad explicativa que incluye la correlación y la descripción. El grado de control del investigador es sistemático, se modifica el fenómeno, la relación entre variables ya se ha producido con anterioridad, se registra lo formado, pero además se produce una intervención para la modificación de las variables estudiadas. Incluye la manipulación de una variable independiente que sirve de intervención.

Se utilizó la variante de estudio cuasi-experimental con un grupo, donde el sujeto es a la vez sujeto de estudio y de control.

DIAGRAMA DEL ESTUDIO CUASI-EXPERIMENTAL CON UN GRUPO. (Antes-Después).



Operacionalización de variables.

Variables independientes:

- Estrategia de atención psicológica a pacientes con Infarto Agudo del Miocardio hospitalizados: es un sistema de acciones psicológicas encaminadas a propiciar en el paciente infartado el control elemental de las emociones y a iniciar el proceso de la modificación de actitudes que facilite la corrección de estilos de vida y el ajuste a las nuevas exigencias que impone la prevención secundaria de esa enfermedad. Incluye la instrucción y orientación psicológica a la familia para que puedan respaldar adecuadamente al paciente durante el periodo de internamiento y ser facilitadores del cambio durante el proceso de rehabilitación cardiovascular.(Ver anexo 1).

Paciente

- Edad: entre 30 y 65 años
- Sexo: masculino y femenino
- Ocupación: no técnicos, ni profesionales y técnicos y profesionales.
- Escolaridad: de 6º-12º y más de 12º.

Familiar

- Edad: entre 18 y 65 años
- Sexo: masculino y femenino
- Escolaridad: de 6º-12º y más de 12º.
- Parentesco: vínculo familiar con el paciente.

Variables psicológicas dependientes:

- Nivel de conocimientos acerca de factores de riesgo del IMA, de estilos de vida cardiosaludables y de mecanismos de regulación emocional. Se tuvo en cuenta también en los familiares (cuidador primario): se refiere a los conocimientos que sobre estos aspectos tienen los sujetos del estudio. Evaluándose en:
 - Adecuado cuando existe un predominio del conocimiento sobre factores de riesgo, estilos de vida y mecanismos de regulación emocional expresándose en una escala de más de un 50% de respuestas positivas (Sí).
 - Inadecuado: cuando existe un predominio del desconocimiento sobre factores de riesgo, estilos de vida y mecanismos de regulación emocional expresándose en una escala de más de un 50% de respuestas negativas (No).
- Estado emocional del paciente: se define por la presencia o no de síntomas psicológicos que hablen a favor de desajuste emocional, considerándose en:
 - Sin Alteraciones Emocionales: presencia escasa o nula de síntomas reveladores de ansiedad y/o depresión, expresados en el test de Idare estado en la categoría baja y en el Test de Beck en la categoría ninguna depresión o que las respuestas dadas en la entrevista nieguen síntomas que denoten alteraciones en esfera afectiva (1 punto).
 - Con alteraciones emocionales: predominio de niveles altos y medios de síntomas depresivos, ansiosos o mixtos constatados o referidos en los test aplicados o en la entrevista estructurada que evidencien la presencia de desequilibrio emocional, ya sea a predominio de uno u otros síntomas. (0 punto).
 - Estado emocional de ansiedad: cuando las respuestas referidas expresan síntomas que revelan ansiedad, expresados en la entrevista y en las respuestas dadas en el Test de Idare(situacional) que definan la ansiedad como ansiedad media y alta (Sí o No).
 - Estado emocional de depresión: cuando las respuestas referidas expresan síntomas que revelan depresión, expresados en la entrevista y en las

respuestas dadas en el Test de Beck que definan la depresión en los niveles de depresión leve a moderada (Sí o No).

-Estado emocional ansioso-depresivo: cuando las respuestas referidas expresan síntomas que revelan depresión y ansiedad, según la entrevista o que las respuestas dadas en el Test de Idare estado se ubiquen en niveles de ansiedad media y alta y en el Test de Beck la depresión se enmarque entre los rangos de depresión leve a severa (Sí o No).

-Con alteraciones emocionales que repercuten sobre el tono vigilia-sueño: pacientes que refieren haber permanecido más de doce horas sin poder conciliar el sueño después del evento isquémico, pese a sentir gran necesidad de descanso (Sí o No).

- **Modificación de Hábitos Tóxicos:** recoge las respuestas expresadas por el paciente en cuanto a la modificación de hábitos tóxicos que tenían al producirse el evento isquémico (Sí o No). Categorizándose en:
 - **Modificación.** Incluye a los sujetos con modificación parcial o total de hábitos tóxicos (1 punto).
 - **No modificación:** no se produce modificación de los hábitos tóxicos (0 punto).
- **Modificación de hábitos nutricionales:** recoge las respuestas expresadas por el paciente en cuanto a la práctica de hábitos dietéticos cardiosaludables después del evento isquémico (Siempre, Casi Siempre, Casi Nunca, Nunca). Categorizándose en:
 - **Modificación.** Incluye a los sujetos con modificación parcial o total de hábitos nutricionales expresado en las respuestas Siempre, Casi Siempre (1 punto)
 - **No modificación:** no se produce modificación de los hábitos nutricionales, se expresa en las respuestas Nunca y Casi Nunca (0 punto).
- **Afrontamiento Emocional:** se expresa en la capacidad de evaluar la situación tomando en consideración las demandas de la situación, posibilidades y limitaciones que tiene el sujeto para afrontarla, dando una solución efectiva a las diversas situaciones que se presentan en la vida diaria. Se evalúa a través de las respuestas: Siempre, Casi Siempre, Casi Nunca, Nunca. Puede ser:

- Eficiente: el sujeto tiene la percepción que logra dar solución a la mayoría de las situaciones problemáticas, acorde a los recursos psicológicos con que cuenta para ello (Siempre, Casi Siempre) (1 punto).
- Ineficiente: el sujeto tiene la percepción que no logra dar solución a situaciones problemáticas, el sujeto no cuenta con los recursos psicológicos necesarios para ello (Casi Nunca, Nunca) (0 punto).
- Enfrentamiento a la enfermedad: se define por la capacidad de asumir mecanismos de enfrentamiento ante el padecimiento, siendo:
 - Adecuado: cuando se asumen conductas consecuentes que favorecen la rehabilitación y enfrentamiento a la enfermedad (1 punto).
 - Inadecuado: cuando se asumen conductas que no favorecen la rehabilitación y enfrentamiento a la enfermedad ya sea por subvaloración (se niega la importancia del padecimiento) o por sobrevaloración de la misma (se magnifica la importancia del padecimiento) (0 punto).
- Conciencia de la necesidad del cambio: comprensión a nivel cognoscitivo de la necesidad de modificar conductas no saludables, partiendo de las vivencias y la reflexión que ha experimentado el paciente durante el internamiento hospitalario, por su expresión se evalúa en: Excelente, Buena, Regular y Mala. A su vez agrupadas en categorías de:
 - Satisfactoria: cuando la disposición expresada para asumir el cambio está total o parcialmente interiorizada en el paciente (Excelente y Buena) (1 punto).
 - No Satisfactoria: cuando la disposición expresada para asumir el cambio no está interiorizada en el paciente (Regular y Mal) (0 punto).
- Participación de los familiares en la rehabilitación cardiovascular posthospitalaria: se expresa en la participación de la familia en brindar apoyo y orientación que contribuyan a la rehabilitación cardiovascular expresada en las respuestas dadas en cada uno de los aspectos explorados: Siempre, Casi Siempre, Casi Nunca, Nunca. A su vez se agrupó la participación familiar en:
 - Adecuada: cuando participan los familiares en relaciones de ayuda y apoyo expresada en las respuestas Casi Siempre y Siempre (1 punto).

- Inadecuada: cuando los familiares no participan en relaciones de ayuda y apoyo expresada en las respuestas con el paciente (Casi Nunca y Nunca) (0 punto).

Variables fisiológicas dependientes:

Fueron tomadas en el contexto hospitalario para medir como influía el TPC sobre las mismas, siguiendo las normas establecidos para su consideración fisiológica o no (Guyton, 1981)

- Presión arterial (*PA*): Es el resultado de la interacción entre la fuerza que ejerce la sangre impulsada por el ventrículo izquierdo sobre las paredes arteriales y la resistencia que éstas ofrecen. Al ser cíclica cuenta con una fase máxima o presión sistólica (*PAS*) y una fase mínima o presión diastólica (*PAD*).
 - Presión arterial sistólica (*PAS*): Constituye la fase de máxima presión del ciclo de la *PA*. Está determinada principalmente por el volumen sistólico del ventrículo izquierdo, por la velocidad de expulsión de la sangre y por la distensibilidad de las paredes de la aorta.
 - Presión arterial diastólica (*PAD*): Constituye la fase mínima del ciclo de la *PA*. Está en función del nivel alcanzado durante la sístole, la velocidad del flujo sanguíneo a través de las resistencias periféricas y por la duración de la fase diastólica.
- Presión del Pulso (*PP*): Es la diferencia obtenida cuando a los valores de la *PAS* se le restan los valores alcanzados en la *PAD*.
- Presión arterial media (*PAM*): Es la presión promedio durante la totalidad de cada ciclo del latido cardíaco. Es la fuerza media que tiende a impulsar la sangre por todo el sistema circulatorio. Por tanto, desde el punto de vista del riego sanguíneo a los tejidos, lo importante es el valor de la *PAM*. Desde la adolescencia hasta la mediana edad la *PAM* no varía considerablemente alrededor del valor normal de 100 mmHg.
Se calcula mediante la siguiente fórmula: $PAM = \frac{PP}{3} + PAD$.
- Frecuencia cardíaca: es el número de veces ³ que se contraen los ventrículos cardíacos por unidad de tiempo, normalmente por minuto.

- Frecuencia Respiratoria: es el número de veces que una persona respira por minuto. Se suele medir cuando la persona está en reposo, y consiste simplemente en contar el número de respiraciones durante un minuto contando las veces que se eleva su pecho.
- Doble producto: es el resultado de multiplicar la frecuencia cardiaca máxima por la Tensión Arterial sistólica máxima, constituye un índice indirecto del consumo de Oxígeno miocárdico (FC x TAS). Si sobrepasa la cifra de 12 000 es considerado dañino para la función cardiovascular.

Variables de control:

- Tratamiento antihipertensivo (betabloqueantes y IECA) que tenían indicados los pacientes por prescripción de su facultativo, que fue evaluado en la revisión de la Historia Clínica y colegiado con el médico de asistencia, dada la importancia de esta variable para la validez interna de la investigación.
- Psicofármacos u otros fármacos con efecto ansiolítico, antidepresivo o hipnótico: antes de aplicar el TPC fue revisada cuidadosamente la hoja de indicaciones médicas del paciente para comprobar si se le había indicado algún fármaco con los efectos antes descritos para poder interpretar como confiable las respuestas dadas después de aplicado el tratamiento psicológico y se pidió para ello asesoramiento médico.

También fueron incluidas otras variables de control, consideradas factores de riesgo cardiovascular por la necesidad de responsabilizar al paciente y a la familia en la modificación de conductas no saludables en la prevención secundaria de la enfermedad coronaria. Algunas de ellas fueron supervisadas para evaluar niveles de modificación conductual a los dos meses de la intervención:

- Hábitos dietéticos nocivos: se consideró su presencia cuando el sujeto tiene como hábitos alimentarios sistemáticos la ingestión de alimentos ricos en colesterol, sal excesiva (sobrepasa la norma diaria de 5 gr. de sal ó se añade sal cruda a los alimentos), excesos de carbohidratos. De acuerdo a las respuestas del sujeto se ubica en las categorías Sí o No.
- Hábitos tóxicos: Se consideró la presencia de:

- Hábito de fumar: cuando el sujeto consume cigarros o tabaco regularmente independientemente de la cantidad. De acuerdo a las respuestas del sujeto se ubica en las categorías Sí o No.
- Ingestión de bebidas alcohólicas: se consideró ingestión excesiva de bebidas alcohólicas: más de 3 veces por semana más de 100 ml y la ingestión diaria de bebidas alcohólicas (clasificación de Marconi.). De acuerdo a las respuestas del sujeto se ubica en las categorías Sí o No.
- Ingestión de café: cuando el sujeto consume más de 3 tacitas de café al día, se considera ingestión excesiva. De acuerdo a las respuestas del sujeto se ubica en las categorías Sí o No.
- Hipertensión Arterial: se considera cuando el sujeto previo al evento Cardiovascular ha sido diagnosticado como hipertenso y que sea de su conocimiento. De acuerdo a las respuestas del sujeto se ubica en las categorías Sí o No.
- Diabetes Mellitus: se considera cuando el sujeto previo al evento cardiovascular ha sido diagnosticado como diabético y que sea de su conocimiento. De acuerdo a las respuestas del sujeto se ubica en las categorías Sí o No.
- Obesidad / sobrepeso: se consideró por la relación peso en Kg /talla en m^2 : $IMC = \frac{Peso(kg)}{Talla(m)^2}$. Para clasificar los diferentes grados de obesidad se recurrió a los criterios establecidos por Garrow: obesidad grado I o sobrepeso (IMC, 25-29,9 kg/m^2), obesidad grado II (IMC, 30-39,9 kg/m^2), obesidad grado III (IMC ≥ 40 kg/m^2). De acuerdo a estas características en cuanto al peso el sujeto se clasificó en Obeso (Sí ó No) o con sobrepeso (Sí ó No).
- Estrés: para su evaluación se tuvieron en cuenta variables de tipo cognitivo: malestar personal percibido, negatividad de la situación, la descontrolabilidad, la predictibilidad o la independencia de la situación de la situación de estrés respecto al sujeto (Rahe y Artur, 1978). Cuanto más perciba el sujeto los sucesos como negativos, incontrolables, impredecibles es más probable el riesgo de estrés, perturbando la salud mental (Sandín, 1995). Se consideró:
 - Sí Estrés: cuando el sujeto tiene el control percibido o real que los sucesos o situaciones de su vida tienen una connotación negativa y sobrepasan las

exigencias de sus posibilidades reales para afrontarlos perturbando su estabilidad emocional (Sí).

- No estrés: cuando el sujeto tiene el control percibido o real que los sucesos o situaciones de su vida no tienen una connotación negativa, no sobrepasan las exigencias y sus posibilidades reales para afrontarlos, no creando inestabilidad emocional (No).
- Sedentarismo: parte del reconocimiento del sujeto del nivel de actividad física que de forma sistemática realiza:
 - Sistemáticamente permanece en actividades sedentarias u ociosas y que no practica ejercicios físicos (Sí).
 - Sistemáticamente realiza ejercicios físicos y/o su nivel de actividad cotidiana tiene altos requerimientos de actividad física (No).
- Funcionabilidad familiar: se define según resultados del Cuestionario de funcionabilidad familiar (Ver criterio de clasificación en la p.52).
 - Familia Funcional: incluye a la familia cuya puntuación se corresponda con el diagnóstico de familia funcional y familia moderadamente funcional.
 - Familia Disfuncional: incluye a la familia cuya puntuación se corresponda con el diagnóstico de familia disfuncional en cualquiera de sus dos niveles.
- Disminución de la autoestima: se define por la aparición de sentimientos de minusvalía posterior a la enfermedad. De acuerdo a las respuestas obtenidas en la exploración psicológica se clasifica en Sí o No.
- Cambios desfavorables en la respuesta sexual: se define por la aparición de alteraciones en la respuesta sexual en cualquiera de sus fases, posterior a la enfermedad. De acuerdo a las respuestas obtenidas en la exploración psicológica se clasifica en Sí o No.

A continuación se mencionan las técnicas empleadas para la evaluación de las variables psicológicas dependientes y de sus indicadores:

Técnicas utilizadas para la evaluación de las variables psicológicas dependientes:

| Variables Psicológicas | Técnicas psicológicas empleadas |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Conocimientos sobre F. de Riesgo, E. de vida y regulación emocional. | Entrevista psicológica semi-estructurada al paciente. Entrevista psicológica semi-estructurada al familiar. |
| Estado Emocional del paciente | Entrevista psicológica semi-estructurada Entrevista psicológica estructurada Evaluación clínico- psicológica del paciente Reporte de vivencias Test de Beck Test de Idare Entrevista de profundidad |
| Afrontamiento Emocional del paciente | Entrevista psicológica estructurada al paciente Entrevista psicológica estructurada al familiar. |
| Modificación de Hábitos Tóxicos y nutricionales. | Entrevista psicológica estructurada al paciente Entrevista psicológica estructurada al familiar. |
| Enfrentamiento a la Enfermedad. | Entrevista psicológica estructurada al paciente Entrevista psicológica estructurada al familiar |
| Conciencia de la necesidad del cambio. | Entrevista psicológica semi-estructurada al paciente Escala de satisfacción vital. Entrevista de profundidad al paciente. |
| Participación Familiar en la Rehabilitación. Cardiovascular. | Entrevista psicológica estructurada al paciente Entrevista psicológica estructurada al familiar |

Evaluación de los componentes fisiológicos estudiados.

El control de las variables fisiológicas se realizó con la finalidad de probar la efectividad del Tratamiento con Técnicas Psicológicas Combinadas (TPC).

La evaluación de la Tensión Arterial (TA) se realizó tomando en consideración los criterios establecidos al respecto por el Hypertension Detection and Follow up Program (1979) y el Programa Nacional de Hipertensión en Cuba (Dotrez et al. 1999)

La Frecuencia Cardíaca y la Frecuencia Respiratoria se evaluaron según criterios establecidos para la toma y valoración de los mismos (OMS, 2001).

El supuesto teórico ante la aplicación de esta técnica psicológica fue que dichos parámetros tuvieran una tendencia a estabilizarse o acercarse a parámetros normales en dependencia de la situación psicológica del paciente, sabiendo que el estrés puede

activar la actividad del sistema cardiovascular, con sus consecuentes repercusiones a nivel fisiológico.

2.2 Definición de la muestra:

Fueron seleccionados todos los pacientes con IMA que ingresaron en la sala de Cuidados Integrales de Corazón en el periodo designado para el estudio, respetando los criterios de inclusión escogidos para desarrollar la investigación. Quedó constituido el universo de estudio por 97 pacientes y 97 familiares.

Criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico de IMA, con alteraciones emocionales o que tengan dificultades en el tono vigilia-sueño, comprendidos en edades entre 30 y 65 años, sin alteraciones de conciencia, ni de la esfera cognoscitiva, con 6° de escolaridad como mínimo para garantizar una adecuada comprensión de las técnicas cognitivas que se emplean (Cano-Vindel,1995) sin enfermedades psíquicas severas y que den su consentimiento para participar en el estudio y familiares entre 18 -65 años de edad, con 6°. de escolaridad como mínimo para garantizar una adecuada comprensión de las técnicas que se emplean (Cano-Vindel 1995) sin enfermedades psíquicas severas, que se considere el cuidador primario o sustituto de éste y que su permanencia como acompañante sea sistemática durante la hospitalización.

Criterios de exclusión: Pacientes con IMA complicado que por su extrema gravedad no puedan cooperar en la realización de las pruebas psicodiagnósticas y psicoterapéuticas, pacientes que no den su consentimiento para participar en el estudio o sus familiares.

Criterios de salida: pacientes que fallezcan, tengan complicaciones importantes que limite su cooperación o que retiren su consentimiento para continuar en el estudio y familiares que retiren su consentimiento para continuar en el estudio o que abandonen por cualquier motivo su permanencia sistemática como acompañante.

2.3. Materiales e Instrumentos. Descripción.

Conociendo las perspectivas y directrices trazadas por el MINSAP para la prevención secundaria del IMA se determinó aplicar el Diagrama de Ishikawa o Técnica de Espina de Pescado a profesionales vinculados a la atención de enfermos cardiovasculares, para poder establecer relaciones de causa efecto que facilite el manejo de los mismos. Para ello se utilizó la Técnica de Rondas de Grupos Nominales con el objetivo de propiciar la participación colectiva en el análisis, se realizó a partir de aquí el Diagrama de Ishikawa

y además una Matriz de la Ponderación de las Causas referidas para dejar las fundamentales, utilizando la metodología descrita para ello (Anexo 4).

- Encuesta a psicólogos de la salud vinculados a la asistencia: se realizó con el objetivo de conocer sus criterios acerca de la rehabilitación cardiovascular, concepto de prevención secundaria, dificultades o barreras que interfieren en la atención psicológica del paciente infartado. (Ver anexo 5).
- Análisis de documentos: se realizó la revisión de la Historia Clínica del paciente para conocer localización del IMA, indicaciones de betabloqueantes e inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina u otros medicamentos con efecto sedante o hipnótico, así como las características del cuadro clínico general de cada paciente.
- Entrevista psicológica semi-estructurada al paciente y al familiar: Su realización tuvo como objetivo evaluar los indicadores de conocimiento sobre factores de riesgo del IMA, estilos de vida cardiosaludables y mecanismos de regulación emocional. Fue aplicada Antes y Después de la intervención psicológica hospitalaria (Anexos 6 y 7).
- Entrevista psicológica estructurada al paciente y al familiar: se realizó a los dos meses del egreso hospitalario, se centró en la exploración de todos los aspectos de interés para poder constatar que elementos de la intervención quedaron como conductas aprendidas y llevadas a la esfera conductual, sobre todo en la modificación de factores de riesgo, corrección de estilos de vida y aplicación de recursos de regulación emocional y acerca de la participación de la familia en la rehabilitación cardiovascular (Anexos 8 y 9).
- Tratamiento Psicológico con Técnicas Psicológica Combinadas (TPC): técnica de relajación que tiene tres modalidades: Relajante, Estimulante, Adormecedor. En cada una de éstas se combinan técnicas psicológicas de probado valor terapéutico como son la musicoterapia, elementos de la relajación autógena de Shultz, técnica de respiración y técnica de imaginería y visualización. Fue probada su efectividad en estudio con pacientes cardiovasculares (Ver anexo 10).
- Técnicas Informativas: consiste en un plegable de autoayuda que se le llamó Guía para Cardiópatas, donde de forma clara y comprensible se explican aspectos de

importancia relacionadas con el IMA, su prevención secundaria, estilos de vida, manejo del estrés, de la actividad física, de la sexualidad, etc.(Ver anexo 11).

- Registro de reporte de vivencias: se utilizó para registrar las vivencias de los pacientes después de recibir tratamiento con diferentes técnicas psicológicas (musicoterapia, relajación pasiva, ejercicios respiratorios y relajación activa). Su interpretación es cualitativa, acorde a los criterios de clasificación previamente determinados por criterio de jueces:(Anexos 12, 13, 14 y 15). Se utilizaron las siguientes categorías:
 - Altamente Favorable: total tranquilidad, disminución del tono muscular, sensación de armonía, de paz interior y para el caso de los ejercicios respiratorios también sensación de respirar mejor.
 - Favorable: No total tranquilidad, puede o no acompañarse de relajación muscular parcial o ausencia de armonía o paz interior o ambas. Para el caso de los ejercicios respiratorios sensación de respirar un poco mejor.
 - No favorable: no tranquilidad, no se acompaña del resto de las sensaciones antes descritas.
- Relajación aplicada por el familiar (Anexo 16).
 - Bien: cuando el familiar refiere que después de aplicada la técnica seleccionada el paciente pudo tranquilizarse o pasar al sueño.
 - Regular: cuando el familiar refiere que después de aplicada la técnica seleccionada el paciente pudo tranquilizarse al menos un poco.
 - Mal: cuando el familiar refiere que después de aplicada la técnica seleccionada el paciente no pudo tranquilizarse.
 - No necesaria: cuando el familiar refiere que el paciente no necesitó de ninguna ayuda porque estaba tranquilo.
- Prueba de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE): Esta técnica es la versión al español del State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger (1975), persigue como objetivo evaluar dos dimensiones distintas de ansiedad: la ansiedad como rasgo y la ansiedad estado en sujetos adultos normales. En el estudio fue empleada la variante modificada por J. Grau, M. Martín y B. Castellanos (1986), constituida a partir de

criterios teóricos esencialmente similares a los de sus autores originales (Anexo 17). Esta prueba consta de un total de cuarenta expresiones que los sujetos usan para describirse, veinte reactivos miden la ansiedad como estado (cómo se siente ahora mismo, en estos momentos) y otros veinte reactivos, la ansiedad personal (cómo se siente habitualmente), donde los sujetos deben marcar en cuatro categorías la intensidad con que experimentan el contenido de cada ítem. Para responder a las escalas el sujeto debe vincular el número apropiado que se encuentra a la derecha de cada una de las expresiones del protocolo.

La calificación cuantitativa de la prueba se realiza teniendo en cuenta cuáles son los reactivos directos o positivos (RP) e invertidos o negativos (RN) para cada una de las escalas. La puntuación en cada una de las escalas se calcula mediante las fórmulas de corrección correspondientes ($AE = \sum RP - \sum RN + 50$ y $AR = \sum RP - \sum RN + 35$). Una vez obtenida la puntuación requerida se lleva a las siguientes categorías:

- Baja: menos de 30 puntos.
- Media: 30-44 puntos.
- Alta: más de 44 puntos.

Test de Estilo Rumiativo o White-Bear Suppressions Inventory (WBSI): Esta técnica fue creada por Wegner y Zanakos en 1994, validada en Cuba por C. Casanova y L.F Herrera con pacientes neuróticos en una tesis de terminación de maestría en Psicología Médica en el año 2004. Es una medida de autoinforme que evalúa la tendencia natural del individuo a suprimir pensamientos negativos. El WBSI está compuesto por 15 ítems. Cuanto mayor sea la puntuación de esta escala, mayor será la tendencia del sujeto a suprimir los pensamientos negativos. Su consistencia interna y su fiabilidad son adecuadas, con alfa de Cronbach de 89. Refleja la tendencia a eliminar determinadas ideas y procesos de la conciencia, que se manifiesta de forma estable y repetida en algunos individuos. El sujeto debe indicar el grado de acuerdo o desacuerdo respecto a las afirmaciones dadas que pueden variar desde: A. Nada de acuerdo, B. Algo de acuerdo, C. Bastante de acuerdo, D. Muy de acuerdo, E. Totalmente de acuerdo. Se le asigna un puntaje que va del 1 al 5 según respuesta seleccionada que finalmente se suman y permite ubicar al sujeto en uno de los siguientes rangos:

- Pensamiento Rumiativo Alto: 55 puntos ó más.

- Pensamiento Rumiativo Normal: de 31-55 puntos
- Pensamiento Rumiativo Bajo: menos de 31 puntos.(Anexo 18).
- La Escala de Satisfacción Vital: creada por Diener en 1983, es una técnica que tiene como objetivo obtener una medida global acerca del grado percibido de satisfacción en la vida, fue validada en Cuba por C. Casanova y L.F Herrera con pacientes neuróticos en una tesis de terminación de maestría en Psicología Médica en el año 2004. Es un cuestionario de 5 ítems, evaluada a través de una escala Likert de 7 puntos. Utilizando dicha escala el sujeto debe indicar su acuerdo con cada una poniendo el número apropiado en cada afirmación. Se suman cada una de las respuestas y se divide entre el total de afirmaciones. Las propiedades psicométricas de la escala son satisfactorias. Una puntuación alta indica mucha Satisfacción Vital. Se expresa en:
 - Satisfacción Alta: más de 5.9 puntos
 - Satisfacción Normal: de 3.5 a 5.9 puntos.
 - Satisfacción Baja: menos de 3.5 puntos (Anexo 19).
- Registro de los Indicadores fisiológicos y psicológicos: modelo creado para medir los indicadores fisiológicos de interés antes y después de la aplicación del TPC (FC, FR, TAS, TAD), así como síntomas psicológicos (Ver anexos 20, 21 y 22).
- Inventario de Depresión de Beck (IBD): creado por Aaron T. Beck y colaboradores en 1961. Se utiliza en adultos preferentemente de forma autoadministrada y el tiempo promedio de realización es de 20 minutos. Consta de 21 categorías de síntomas y actitudes, con cuatro ó cinco afirmaciones, cada una refleja un grado creciente de profundidad de la depresión. De acuerdo con la alternativa seleccionada obtendrá una anotación que fluctúa entre 0-3 puntos. Finalmente se suma la anotación alcanzada en cada una de las 21 categorías para obtener una anotación total. Esta permite determinar el grado de la depresión:
 - Probable negación de la depresión: 0-4 puntos.
 - No depresión: 5-12 puntos.
 - Depresión Leve: de 13-20 puntos.
 - Depresión Moderada: de 21-25 puntos.

- Depresión Severa: de 26-36 puntos (Anexo 23).
- Cuestionario de Vulnerabilidad al estrés (Adaptación al Modelo de autoanálisis de Le. H. Millar y Smith): adaptada y validada por la Lic. A. Figueroa Castillo y Ana I. Martínez Galván en una investigación tutorada por el Dr. Dionisio Zaldivar. Esta adaptación consta de 16 ítems que el sujeto deberá valorar y evaluar la frecuencia con que le ocurren estas afirmaciones. Se presenta una Escala tipo Licker donde aparecen cinco frecuencias (1.Siempre, 2. Casi siempre, 3. Frecuentemente, 4. Casi nunca, 5. Nunca). Se le darán las orientaciones a los sujetos asegurándose de que el mismo haya comprendido las instrucciones dadas. En caso de dudas se deberá aclarar y ayudarle a contestar el cuestionario si es preciso. Aspectos cuantitativos de la prueba: Se tiene en cuenta la puntuación obtenida por el sujeto. La puntuación que indica el nivel menor de vulnerabilidad (ideal) sería 16 y la puntuación que indica un nivel máximo de vulnerabilidad sería de 80 puntos (teóricamente). Para hallar los datos cuantitativos se suma la totalidad de las cifras de cada pregunta y al resultado se le resta 16. Posteriormente se ubica según le corresponda en la siguiente escala:
 - Vulnerabilidad al estrés: si acumula entre 24 y 39 puntos.
 - Seriamente Vulnerable al estrés: si acumula entre 40 y 60 puntos.
 - Extremadamente Vulnerable al estrés: si las cifras superan los 60 puntos (Anexo 24).
- Cuestionario de Funcionabilidad Familiar (FF-SIL): prueba que fue validada en una muestra de familias de dos municipios de Ciudad de La Habana, por E. Pérez, D de la Cuesta, I. Louro y H Bayarre en 1994 y que obtuvo alta confiabilidad y validez. Evalúa el funcionamiento familiar a partir de la percepción de uno de sus miembros, seleccionado según criterio del equipo de salud. La escala tiene diferentes valores de acuerdo con el criterio seleccionado: Casi Siempre 5, Muchas veces 4, A veces 3, Pocas veces 2, Casi nunca 1. Mide cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad de las familias. Consta de 14 ítems, el sujeto debe seleccionar una alternativa según la frecuencia en que la situación se presenta Se suman los puntos por reactivos y permite clasificar a la familia en:
 - De 70 a 57 puntos Familia funcional

- De 56 a 43 puntos Familia moderadamente funcional
- De 42 a 28 puntos Familia disfuncional
- De 27 a 14 puntos Familia severamente disfuncional. (Ver anexo 25).

A los efectos del presente estudio se agruparon estas categorías en dos:

- Familia Funcional: incluye a la familia cuya puntuación se corresponda con el diagnóstico de familia funcional y familia moderadamente funcional.
- Familia Disfuncional: incluye a la familia cuya puntuación se corresponda con el diagnóstico de familia disfuncional en cualquiera de sus dos niveles.

Esta clasificación es tomada teniendo en cuenta los fines de la investigación y acorde a la subclasificación utilizada por Valladares A. en la tesis para optar por el grado científico de master en Psicología de la Salud (Valladares y Guerra 2003).

- Hoja de Referencia Psicológica: es un registro de datos relacionados con aspectos individuales del paciente constatados durante el periodo de hospitalización. Se hace entrega de la misma al paciente y al familiar al alta hospitalaria, con el fin de establecer vínculos de continuidad del tratamiento en la fase de convalecencia. Se anexa a la hoja de contrarreferencia médica o epicrisis (Anexo 26).
- Medición de la presión arterial: Se usó un esfigmomanómetro aneroide marca SMIC previamente calibrado en la oficina de normalización de la provincia de Cienfuegos, emitiéndose certificado de verificación por la misma. Los equipos fueron revisados cada 20 tomas aproximadamente. Además, se tuvieron en cuenta los criterios siguientes: las personas estaban acostadas, se considera que al menos 5 minutos deben permanecer en reposo antes de realizar la medición de la tensión arterial, el brazo en el que se realizó la determinación fue el derecho y se situó a la altura del corazón; los individuos no fumaron, no tomaron café, no ingirieron bebidas alcohólicas, ni realizaron ejercicios físicos durante 30 minutos previos a la toma de la TA; (por estar en régimen de reposo absoluto y en estado de vigilancia por su estado de salud estos requisitos estaba asegurados) el manguito de goma del esfigmomanómetro cubría por lo menos los dos tercios del brazo, el cual estaba desnudo; se infló el manguito, se palpó la arteria radial, y se siguió insuflando hasta 20 ó 30 mmHg por encima de la desaparición del pulso; se colocó el diafragma del

estetoscopio sobre la arteria braquial en la fosa antecubital y se desinfló el manguito a una velocidad de 3 mmHg ó lentamente; se tomó la quinta fase de los ruidos de Korotkoff como medida de la tensión arterial diastólica, se tomaron las cifras exactas de la TAS y de la TAD sin redondearse al número mas próximo como frecuentemente suele suceder en la práctica clínica. Siempre se procuró un ambiente de tranquilidad. La TA fue tomada antes y después de aplicar el TPC por una Lic. en enfermería, verticalizada en Cuidados intensivos registrándose finalmente las cifras cuidadosamente.

2.4. Procedimiento:

Para la aplicación de la Estrategia diseñada se tuvieron en cuenta las fases establecidas: **Fase I ó diagnóstica** tuvo como objetivos la evaluación clínico-psicológica de los pacientes. Se inició en el periodo crítico de la enfermedad, una vez rebasados los síntomas dolorosos que acompañan al evento cardiaco, así como el efecto de algunos fármacos que pueden producir somnolencia y sedación. La aplicación de las pruebas diagnósticas se realizó de manera individual, registrándose las respuestas de forma exhaustiva por parte del examinador. Los objetivos fundamentales de esta fase tuvieron un enfoque psicoterapéutico inmediato, pero también mediato porque permitieron dar recomendaciones psicológicas para la continuidad del tratamiento en la segunda fase de la rehabilitación cardiaca. Es importante señalar que el Test de Estilo Rumiativo o White-Bear Suppressions Inventory (WBSI) y la Escala de Satisfacción Vital, no se habían aplicado en Cuba a pacientes infartados, previo a su uso, se realizó un pilotaje, apreciándose su efectividad para el objetivo diagnóstico, además estas pruebas fueron validadas en una tesis de maestría de Psicología Médica (Casanova, Herrera y Fernández-Berrocal, 2004).

Todas las pruebas psicológicas fueron calificadas acorde a los parámetros de calificación establecidas para las mismas.

Especial relevancia tuvo en esta etapa la aplicación de la entrevista semi-estructurada al paciente, por la dimensión de la información aportada para el manejo y orientación personalizada durante la fase de intervención, acorde a los objetivos del estudio.

También fue aplicada la entrevista semi-estructurada a los familiares seleccionados para participar en el estudio y el Cuestionario de Funcionabilidad familiar (FF-SIL).

Fase II: Implementación de la Estrategia de atención psicológica a pacientes con Infarto agudo del Miocardio.

II Etapa: Comenzó inmediatamente después de haberse realizado la primera evaluación psicológica cuando el paciente aun permanecía en el cubículo de cuidados Intensivos y terminó en el momento en que el paciente fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intermedios del Corazón.

Se comenzó en esta etapa a aplicar las técnicas de desactivación fisiológica y se inició el trabajo de corrección de los estilos de vida y concientización del cambio, introduciendo la orientación de algunas técnicas cognitivas. Se sugirió al enfermo la lectura comentada con su familiar de aspectos tratados en la Guía para el Cardiópata con el fin de mejorar sus conocimientos acerca de la enfermedad y de su responsabilidad en el cuidado personal. Esta intervención se caracterizó por una alta sensibilidad humana y respeto a los principios éticos en tanto los sujetos se encontraban en situaciones especiales de su vida, atravesando vivencias de alta connotación negativa tanto por su estado de salud como por el entorno en que se encontraban.

A la familia se le explicó la situación concreta de salud de su paciente, el pronóstico de la enfermedad y la importancia del apoyo que debían brindar después se le dieron las primeras informaciones para cumplimentar los objetivos propuestos (Ver anexo 1).

La primera relajación que se le realizó al paciente se hizo en las primeras 24 horas de estancia hospitalaria teniendo en cuenta los síntomas psicológicos que predominaban en el cuadro clínico referido, seleccionándose a partir de éste el TPC adecuado para la situación psicológica individual y actuando conforme al procedimiento establecido para cada variante terapéutica: registro de los síntomas psicológicos y fisiológicos (FC, TA, FR) antes de la aplicación del tratamiento e inmediatamente al terminar el mismo. Para el caso de los síntomas psicológicos también se registraron pasada una hora de haber concluido el tratamiento. Se registraron las vivencias producidas por el tratamiento recibido.

La entrevista de profundidad fue aplicada a cada sujeto para ahondar en el conocimiento acerca de todos los aspectos de interés para el manejo y orientación del paciente y para ir evaluando el comportamiento del estado emocional.

III etapa: Se inicia en el momento mismo en que el paciente se traslada a la Unidad de Cuidados Intermedios del Corazón y termina cuando el paciente es trasladado al cubículo donde permaneció hasta el momento del alta hospitalaria. Se aplicaron nuevamente el Test de Idare (estado) y el Test de Beck con el objetivo de comparar como se iba comportando la expresión de emociones negativas como son la ansiedad y la depresión, se complementó a través de la entrevista clínica y de la entrevista de profundidad. Se aplicaron las técnicas de desactivación fisiológica de forma individual, la aplicación de técnicas psicoterapéuticas encaminadas a la modificación de actitudes, al enfrentamiento adecuado a la problemática individual, se continuó la orientación de técnicas cognitivas en dependencia de la situación específica de cada paciente, la modificación de ideas irracionales que giran alrededor de creencias populares sobre el IMA y a la orientación y manejo familiar. El recurso del reforzamiento y la observación clínica estuvo presente siempre en cada intervención con el paciente, así como la realización de la entrevista de profundidad con el objetivo de conocer más a fondo la problemática de cada sujeto, las valoraciones y reflexiones acerca de los cambios necesarios para el enfrentamiento a la enfermedad, así como el estado emocional de cada paciente.

Con la familia se continuó la labor de orientación según lo establecido en la estrategia. La Guía para Cardiopatas constituyó un recurso importante para complementar la información transmitida verbalmente.

IV etapa: Se inició cuando el paciente fue trasladado de la Unidad de Cuidados Intermedios al cubículo de pre-alta donde ya podía movilizarse. Aquí comenzó el trabajo grupal y se continuó el trabajo psicológico individual, la aplicación de técnicas de desactivación fisiológica, enfatizándose además todos los conocimientos adquiridos y la necesidad de su aplicación después del egreso y de por vida, puntualizándose la cronicidad del padecimiento cardiovascular y la necesidad de ser responsable en su autocuidado. La familia se incluyó en el trabajo de grupo para reforzar y enriquecer la asimilación de los contenidos.

Finalmente se repitieron los test psicológicos y la entrevista psicológica semi-estructurada al paciente y al familiar, que permitieron comparar algunos parámetros

después de concluida la intervención. (Test Idare estado, Test de Beck, y Escala de satisfacción Vital).

El último día de permanencia en el hospital se emitió la Hoja de Referencia Psicológica para que fuera entregada al psicólogo(a) del área de salud encargado de la rehabilitación cardiovascular, lo que facilita la continuidad del tratamiento psicológico en la fase de convalecencia.

Cada día de estancia hospitalaria constituye una sesión de trabajo psicológico conformada por varias subsesiones que se aplicaron en distintos horarios del día y con objetivos específicos. Por tanto la Estrategia de Intervención Psicológica a pacientes con IMA quedó constituida por 7 sesiones de trabajo:

Distribución de las sesiones y objetivos esenciales de cada una de ellas.

1ra sesión:

- Aplicación de los test psicológicos y de la entrevista al paciente y al familiar (fase diagnóstica).
- Iniciar la aplicación de técnicas de desactivación fisiológica.
- Iniciar manejo psicoterapéutico encaminado a adecuar enfrentamiento a la enfermedad y a identificar factores de riesgo cardiovascular.

2da sesión:

- Continuar enseñando cuáles son los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, delimitando los modificables y los no modificables.
- Fomentar una adecuada percepción de riesgo mediante la identificación por cada paciente de los factores de riesgo que poseen.
- Estimular la práctica de conductas cardiosaludables y de autocuidados de salud.
- Abordar algunas de las problemáticas individuales y se comienzan a manejar utilizando técnicas psicoterapéuticas (según necesidad del paciente).
- Continuar aplicación de técnicas de desactivación fisiológica.
- Orientación psicológica a la familia.

3ra sesión:

- Continuar enseñando cuales son los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, delimitando los modificables y los no modificables.

- Enfatizar la importancia de las modificaciones en el estilo de vida como un recurso para el control de la enfermedad cardiovascular y para potenciar la salud
- Orientación de algunas estrategias para dejar de fumar (para pacientes fumadores)
- Abordar algunas de las problemáticas individuales y se comienzan a manejar utilizando técnicas psicológicas específicas de enfrentamiento (técnicas cognitivas).
- Continuar orientando al familiar en cuanto a su participación en el tratamiento.
- Continuar aplicación de técnicas de desactivación fisiológica.

4ta sesión:

- Comparar estado emocional del paciente en esta etapa respecto a la primera a través de los test psicológicos seleccionados.
- Continuar fomentando conductas de autocuidado y enfrentamiento adecuado a la enfermedad.
- Insistir en el papel que juegan las emociones en las enfermedades cardiovasculares, reflexionar acerca de la importancia que reviste aprender a regularlas.
- Iniciar proceso de desestructuración de falsas creencias populares respecto al IMA que puedan generar emociones negativas (técnicas cognitivas).
- Continuar orientando al familiar en cuanto a su participación en el tratamiento.
- Continuar aplicación de técnicas de desactivación fisiológica.

5ta sesión:

- Valorar con el paciente algunas características de Personalidad que son contraproducentes para la enfermedad.
- Identificar el uso de técnicas psicológicas para que sean aplicadas con el objetivo de contrarrestar dichas características de Personalidad.
- Continuar la aplicación de técnicas de desactivación fisiológica.
- Reforzar la necesidad de la responsabilidad individual en el tratamiento.
- Continuar orientando al familiar en cuanto a su participación en el tratamiento.
- Continuar aplicación de técnicas de desactivación fisiológica

6ta sesión:

- Conocer resultados de la evaluación psicológica al final de la hospitalización para poder compararla con la inicial.

- Continuar labor de modificación de actitudes y de conductas de riesgo de las enfermedades cardiovasculares.
- Reiterar aspectos importantes del estilo de vida a seguir en el post-infarto.
- Continuar orientando al familiar en cuanto a su participación en el tratamiento.
- Continuar aplicación de técnicas de desactivación fisiológica.

7ma. Sesión:

- Consolidar el conocimiento de cada paciente y familiares sobre los factores de riesgo que tienen, acerca de la responsabilidad personal y familiar en su modificación.
- Enfatizar la importancia que tiene para la buena evolución de la enfermedad mantener de por vida normas de autocuidado personal.
- Entrega de la Hoja de Referencia Psicológica para que el paciente la lleve a su área de salud al iniciar tratamiento en I a Fase II de la rehabilitación cardiovascular.

Principales técnicas de tratamiento psicológico instruidas al paciente.

1. Situación de estrés (antes de producirse la respuesta): Tiene como objetivo que el sujeto identifique las situaciones que le producen esta emoción y pueda actuar en consecuencia. Se proponen las siguientes estrategias:

- Reducir o eliminar tensiones
- Resolver los problemas planteados
- Distribución del tiempo y de las tareas
- Evitar la situación.

2. Estrategias reflexivo-vivenciales: Constituyen un elemento básico de la estrategia, pues para lograr la autorregulación emocional es imprescindible estimular la reflexión conciente del paciente desde lo experiencial y/o vivencial. Pueden tomarse como referentes vivencias emocionales recientes que hayan provocado dificultades en el equilibrio físico y psicológico del paciente.

- Discusiones grupales.
- Socialización de vivencias.
- Autoanálisis de experiencias positivas que se producen ante la reducción del estrés por la aplicación de técnicas que persiguen este objetivo.

3. Estrategias informativas: El nivel de información que un paciente tiene con relación a su enfermedad influye notoriamente en las estrategias de afrontamiento a la misma. Se emplearon recursos como:

- Materiales de autoayuda.
- Información cara a cara.
- Discusiones grupales.

4. Estrategias cognitivas: Las técnicas cognitivas buscan modificar la respuesta emocional del sujeto mediante variables de tipo cognitivo que mediarán la activación y la respuesta emocional. Se inicia al paciente en el conocimiento de estas técnicas, las cuales se van indicando, primero para análisis después para aplicarlas teóricamente a situaciones vividas o a situaciones imaginarias.

- Técnica de solución de problemas.
- Establecimiento adecuado de metas.
- Interrupción del pensamiento para la disminución de pensamientos negativos
Identificación y refutación de pensamientos irracionales.

5. Estrategias de desactivación fisiológica: Se parte de supuesto de que las emociones y de manera particular las emociones negativas implican un nivel de activación fisiológica que puede llegar a desencadenar disfunciones orgánicas. En este caso se ha empleado una combinación de tres tipos de estrategias de inducción de relajación, ellas son:

- Ejercicios de respiración: hacen especial hincapié en el control de la respiración diafragmática (respiración profunda)
- Técnicas de visualización: experimentos realizados han demostrado que las escenas de imaginería llevan a la activación del afecto que resulta en manifestaciones fisiológicas.
- Musicoterapia: la música es un elemento esencial en el desarrollo y evolución del ser humano, actúa como estímulo entre la mente y el cuerpo logrando una armonización psicofisiológica.
- Entrenamiento en Relajación con Elementos del Entrenamiento Autógeno de Shultz: Logra modificaciones del estado fisiológico del organismo ejerciendo además una influencia beneficiosa en el estado de ánimo, los sentimientos y las emociones.

6. Ayudas paliativas y moderadoras del estrés:

- Actividades de higiene mental
- Hobbies y aficiones
- Ocio y tiempo libre.

7. Estrategias de mantenimiento y generalización: Supone la tarea de probar un proceso de autoenfrentamiento/pensamiento, se anima a los pacientes a utilizar situaciones del contexto hospitalario para practicar, aunque algunas le resulten difíciles. Se llevan a cabo desde el inicio de la implementación de la estrategia con el objetivo de garantizar la estabilidad de los logros alcanzados. Para ello se usan recursos como:

- Transferir la directividad desde el terapeuta al paciente.
- Orientar tareas para después (en ausencia del terapeuta).
- Discutir la aplicación de habilidades a situaciones vivenciadas durante la estancia hospitalaria.

8. Técnicas de Terapias de Conducta: persigue la modificación de aspectos conductuales.

- Reforzamiento.

Los familiares participaron en al menos cinco sesiones de orientación con el fin de instruirlo y hacerlos conscientes de la importancia de su participación en la rehabilitación cardiovascular como elemento importante del apoyo social que representan.

Las técnicas descritas para ser abordadas en la Estrategia de Atención Psicológica para pacientes con IMA en fase hospitalaria se adecuan a la problemática particular de cada uno de ellos teniendo en cuenta que el modelo de intervención es básicamente a través de tratamiento individual, lo que se justifica por razones objetivas que se asocian al estado de salud, a las características de la enfermedad y del tratamiento médico que reciben los pacientes infartados en esta etapa.

Distribución de las actividades psicoterapéuticas por sesiones.

Paciente

- Dos sesiones de musicoterapia de 30 minutos cada una (1 hora).
- Una sesión de relajación guiada (25 minutos).
- Cinco bloques de ejercicios respiratorios de 2 minutos aproximadamente (8 minutos).
- Una sesión de relajación activa de 15-20 minutos aproximadamente.

- Una sesión de relajación aplicada por el familiar (20 minutos aproximadamente).
- Psicoterapia individual (1.5 hora aproximadamente) ajustada a la problemática de cada paciente, incluye orientación de técnicas cognitivas, estrategias reflexivo-vivenciales, orientación de conductas de afrontamiento, distribución del tiempo, solución de problemas, etc.).
- Dinámicas de grupo (2 en los siete días que abarca un tiempo de 2- 2,30 horas aproximadamente).

Familiar:

- Sesiones individuales: al menos cinco sesiones de 30 minutos aproximadamente, para explicar manejo del paciente en el periodo hospitalario y posthospitalario.
- Explicación de aspectos relacionados con la Guía para el Cardiópata y enseñanza de técnicas amortiguadoras de estrés para que sean aplicadas y orientadas al paciente.
- Dinámicas de grupo: participan en las dinámicas grupales junto a los pacientes, con el objetivo de debatir y reforzar enfrentamiento a la enfermedad, necesidad del cambio y estilos de vida cardiosaludables ó en Dinámicas grupales de familiares únicamente.

El tratamiento psicológico explicado anteriormente ocupa de 3.5 a 4 horas de las 9 horas de vigilia no dedicadas a otras actividades o procedimientos médicos y de enfermería de cada día, lo que equivale al 55-60% de ocupación de ese tiempo del paciente con acciones psicoterapéuticas, ello le da carácter de tratamiento intensivo en un contexto especial dado por la situación que atraviesan los sujetos sometidos al mismo.

(Todo el procedimiento está minuciosamente explicado en el Material Complementario, remitirse al mismo que aparece como Anexo No.1 e ilustrado en el Anexo No. 2).

En cada sesión de tratamiento se reforzaron las nuevas actitudes expresadas, tomando el real contenido de la expresión como nuevas formas de valorar y comprender las conductas pasadas y proyección para asumir nuevos estilos para afrontar la vida, en la medida que las sesiones avanzaron se convirtieron en elementos mediatizadores que sirvieron de reforzadores de los cambios, además de complementar el tratamiento médico necesario para estos casos, contribuyeron a mantener una conducta favorable

en el enfrentamiento a la situación estresante vivida, amortiguando los síntomas psicológicos y contribuyendo a que otros síntomas corporales no se exacerben por la influencia de estados emocionales lo que permitió elevar la calidad de la asistencia médica.

Las actividades grupales sirvieron como fuerza mediadora en la reproducción de estilos de comportamiento ante condiciones preventivas, síntomas de la enfermedad y hábitos de vida saludables. Cada sesión sirvió para ir evaluando de forma individual el progreso de cada paciente en cuanto a la interiorización de los conocimientos encaminados a favorecer el cambio, también en los familiares que fueron aprendiendo y transfiriendo esos conocimientos hacia sí mismo y hacia personas de su entorno.

Evaluación post- experimental:

Al finalizar la hospitalización: se evaluó la conciencia de la necesidad del cambio expresada en opiniones al respecto donde la concientización de la necesidad es clave y se evaluó la disposición para asumir el cambio, reevaluación de sus comportamientos, disposición para asumir nuevos estilos de vida y dirigir su conducta, también se evaluaron los conocimientos incorporados y la actitud ante la enfermedad con sus limitaciones y requerimientos para un adecuado enfrentamiento, así como el estado emocional de cada paciente, además se constataron los cambios en el familiar en cuanto a conocimientos, aspectos relacionados con la enfermedad y con el paciente y el rol que les corresponde jugar en la rehabilitación cardiovascular.

Dos meses después del tratamiento: se evaluó la influencia de la estrategia en la conducta de los infartados y en la familia.

Los sujetos fueron citados para dos meses después a la sala de Cardiología, o a consulta. En algunos casos fue necesario visitar las casas.

También se tuvo en cuenta el número de reingreso de los pacientes incluidos en el estudio hasta un año después como vía indirecta que permite evaluar la efectividad de la estrategia, comparándose con el año anterior (2003) a la fecha de intervención.

2.5. Análisis de los datos.

El análisis de los datos obtenidos en la investigación se llevó a cabo centrado en el resultado individual y en el resultado grupal.

Análisis individual de los efectos del tratamiento: constatándose de forma diaria a través de la valoración clínico psicológica del paciente y de la entrevista de profundidad, de parámetros biológicos que pueden afectarse ante las alteraciones emocionales (sueño, apetito) y otros parámetros psicológicos como el estado de ánimo, niveles de ansiedad, valoración cognitiva de las contingencias vividas, proyecciones de vida, reflexiones sobre conductas no saludables practicadas en la vida y que finalmente se evaluaron como elementos que han entorpecido la satisfacción ante la misma.

A estas valoraciones y reflexiones se suma la familia, permitiendo las horas que permanecen junto al paciente el intercambio sistemático.

Análisis grupal de los datos:

Se realizó atendiendo al control de variables psicológicas, fisiológicas y sociodemográficas que al ser controladas hicieron posible establecer una correlación estadística entre los dos momentos investigativos (antes y después) permitiendo arribar a la obtención de resultados importantes y que dan respuesta a los objetivos de la investigación abriendo un nuevo espectro en la visión médico cardiológica y psicológica acerca de la terapéutica y el manejo que exige el paciente con IMA.

2.6. Procesamiento estadístico de los datos.

El análisis estadístico se realizó mediante un conjunto de técnicas estadísticas contenidos en el paquete especializado SPSS versión 12.0. Entre ellas se aplicaron las siguientes:

- Porcentaje: Se utilizó como medida de resumen para variables cualitativas procesadas en la investigación.
- McNemar: prueba no paramétrica que se usó con la finalidad de detectar significación estadística en el caso en que nos encontrábamos ante dos variables dicotómicas relacionadas. Para contrastar los cambios en las respuestas utilizando la distribución de chi-cuadrado resultando útil para detectar cambios en las respuestas debidas a la estrategia de intervención (antes-después).
- Tasa de Prevalencia: Una tasa es una relación por cociente que expresa el riesgo de que ocurra cierto evento en una población y período determinados, se utilizó para valorar la posible dependencia entre las modificaciones conductuales

producidas en las variables psicológicas después de la intervención psicológica hospitalaria.

- Razón de prevalencias: Esta razón permite comparar la prevalencia de expuestos con la de los no expuestos, indicando la exposición al riesgo de tener determinada cualidad. El intervalo de confianza de la razón de prevalencias representa un recorrido de valores dentro del cual hay una determinada confianza (generalmente 95%) de que se encuentre el verdadero valor de la razón. Se utilizó para evaluar las correlaciones entre las distintas variables estudiadas.
- Prueba T para muestras relacionadas: compara las medias de dos variables de un solo grupo. Calcula las diferencias entre los valores de las dos variables de cada caso y contrasta si la media difiere de 0. Se utilizó para la comparación de medias en parámetros fisiológicos que son variables continuas y de distribución normal, estableció la diferencia de dichos parámetros entre los dos momentos investigativos.
- Prueba de Homogeneidad marginal: Prueba no paramétrica para dos variables ordinales relacionadas. Esta prueba es una extensión de la prueba de McNemar para respuestas binarias a las respuestas multinomiales. Contrasta los cambios de respuesta utilizando una distribución chi-cuadrado. Es útil para detectar cambios en las respuestas debidos a la intervención experimental en los diseños antes-después. Fue utilizada para detectar los cambios en la satisfacción vital de los pacientes antes y después de la intervención.

Capítulo 3: Presentación, análisis y discusión de los resultados obtenidos.

El análisis de los resultados se organizó de acuerdo a los objetivos propuestos para cumplimentar la implementación de la estrategia de intervención con pacientes infartados. Obsérvese en la tabla 1 que en los pacientes del estudio predominan los del sexo masculino (75,2%) dato que corresponde con la morbilidad por IMA a nivel nacional (Anuario Estadístico de Salud, 2005), prevalecen los sujetos menores de 60 años (72,2 %) resultados que no concuerdan con lo planteado por otros autores (Llerena y de León, 1996), pero que tiene una clara explicación al ser limitada la edad de los sujetos del estudio hasta 65 años. En cuanto a la ocupación prevalecieron los no técnicos y profesionales (73,2%), así como los pacientes de menor instrucción escolar (62,9 %).

De HTA padecían el 89,7% de los sujetos, con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres (91,7% y 89,0%). En los registros ofrecidos por el Programa Nacional de Enfermedades no Trasmisibles también prevalecen las mujeres hipertensas respecto a los hombres, pero la diferencia que se establece es mayor (54,7% y 45,3%) (Landrove, 2003). Eran portadores de Diabetes Mellitus el 21,6% del total, la tasa de prevalencia de este padecimiento fue mayor en las mujeres (33,3%), de manera similar sucedió con la obesidad/sobrepeso, del total 24,7 % tenían este factor de riesgo, la cual predominó en el sexo femenino con una prevalencia de 29,2%, lo que se corresponde con estudios epidemiológicos realizados en Cuba en el 2001(Proyecciones de la Salud Pública en Cuba, 2006).

El 26,8% de los sujetos eran sedentarios, volviendo a prevalecer este factor de riesgo en las mujeres con cifras del 41,7% del total, existiendo correspondencia con las estadísticas nacionales revisadas (Proyecciones de la Salud Pública en Cuba, 2006).

El estrés se encontraba presente en el 87,6 % de los sujetos en el momento del ingreso hospitalario, en los hombres la tasa de prevalencia fue de 89,0%, mayor que en las

mujeres (83,3%). Según estudios sobre la correlación sexo y estrés se ha encontrado una mayor prevalencia en las mujeres (Carroble, 1996) y otros plantean que en la medida en que las mujeres vayan asumiendo responsabilidades sociales pertenecientes a los hombres irán teniendo la misma posibilidad de riesgo para estar estresadas que éstos (Álvarez, 2001).

El 60,8% de los pacientes eran fumadores al infartarse. Los hombres fumaban en general un 14,4% más que las mujeres (64,4% y 50,0% respectivamente), lo que supera la proporción encontrada en la 2da. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Enfermedades no Trasmisibles (Proyecciones de la Salud Pública en Cuba, 2006).

Ingerían alcohol excesivamente el 36,1% de los sujetos, estableciéndose marcada diferencia atendiendo al sexo, con tasas de prevalencia superiores en los hombres que en las mujeres (45,2 % y 8,3 %). La prevalencia de esta toxicomanía en los pacientes fue elevada si se compara con los registros del Programa de Prevención y Control del alcoholismo y otros fármacos (6,6% en la población).

Presentaban hábitos dietéticos nocivos el 97,9 % de los sujetos, estableciéndose una diferencia leve entre hombres y mujeres (98,6% y 95,8%).

La presencia de dislipidemia fue de un 40,2% en total, siendo más elevada la prevalencia en las mujeres (75,0%) que en los hombres (28,8%).

Fue más alta la prevalencia del IMA de cara anterior en los hombres (63,0%) que en las mujeres (54,2%), sin embargo en el IMA de cara inferior, la expresión fue diferente al ser mayor la prevalencia en las mujeres (45,8%) que en los hombres (37,0%).

En el universo familiar (cuidador primario) hubo un predominio de las mujeres (64,0%) respecto a los hombres (36,6%). Las personas con menos de 12º. ocuparon mayor porcentaje (73,2%). En cuanto a la edad predominaron los que tenían menos de 60 años (91,8%). El mayor por ciento de los cuidadores eran esposas/os (31,9%), seguido de los padres y los hijos, ambos parentescos representados en un 20,6% respectivamente. Los cuidadores que son hermana/o representaron el 13,4%, al igual que los que tienen otro parentesco con el paciente. Predominó la disfuncionabilidad familiar (71,0%) respecto a las familias funcionales (29,0%). (Ver tabla 2).

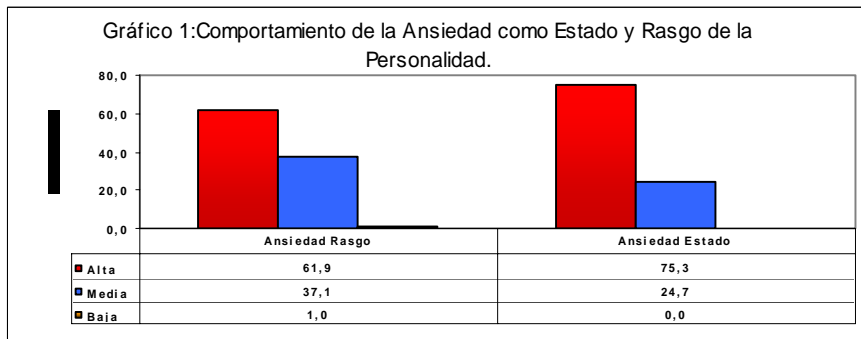
Se concentraron en el sexo femenino el mayor número de cuidadoras. Navarro y Beyebach(1995) afirman que hablar de cuidador significa hablar de la mujer porque en la

mayoría de los casos son las esposas, hijas, hermanas o nueras. El nivel de aceptación de orientaciones y preocupación hacia el enfermo se comportó de forma similar en los miembros de las familias funcionales y disfuncionales, determinado tal vez por el sentido de solidaridad que caracteriza a las familias cubanas, lo cual es un factor resiliente en momentos de crisis (Arés, 2007).

Análisis y discusión de los resultados obtenidos en la fase diagnóstica.

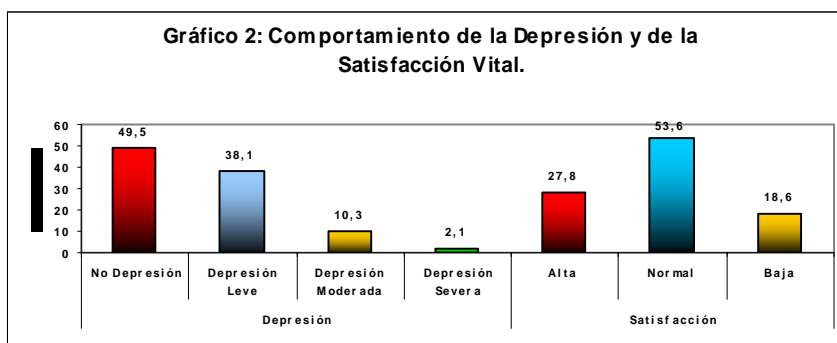
Los resultados obtenidos al aplicar las distintas técnicas psicológicas permitieron conocer características personalógicas y otros aspectos psicológicos que facilitaron la intervención durante el período de la hospitalización y que a su vez pueden favorecer la continuidad del tratamiento durante la rehabilitación cardiovascular (Ver tabla 3).

La Personalidad como rasgo y como estado fue estudiada a través del Test de Idare, obteniéndose que la ansiedad como rasgo alta estuvo presente en el 61,9% de los pacientes, como rasgo media en el 37,1%, y sólo el 1,0% de los sujetos tenían baja ansiedad rasgo, mientras que como estado al iniciar el periodo de hospitalización fue alta para el 75,3% de los sujetos, media para el 24, 7% y baja para el 0,0%.



Fuente: Tabla 3

La depresión al inicio de la hospitalización fue leve para el 38,1% de los pacientes, moderada para el 10,3% y sólo 2,1% eran portadores de depresión severa, mientras que el 49,5 % de los pacientes no estaban deprimidos (Ver gráfico 2).

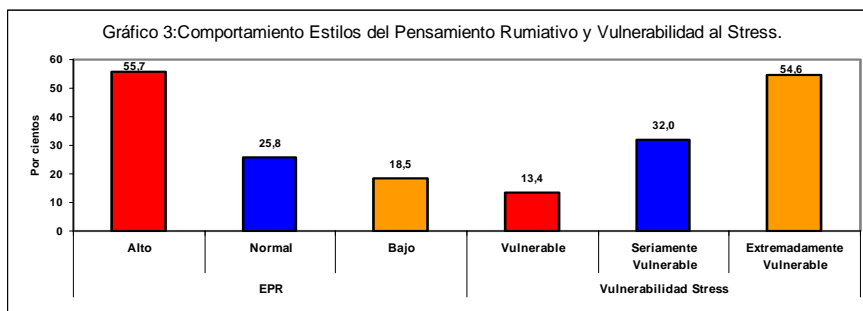


Fuente: Tabla 3

La satisfacción vital de los pacientes en los estadios iniciales del ingreso fue alta para 27,8 %, para el 53,6 % normal y baja en el 18,6%. (Ver gráfico 2).

La presencia de pensamiento rumiativo alto caracterizó al 55,7 % de los sujetos, el pensamiento rumiativo normal al 25,8% y rumiación del pensamiento baja al 18,5 % (Ver gráfico 3).

En cuanto a la vulnerabilidad al estrés como característica personalógica la mayoría de los sujetos se concentraron en la categoría Extremadamente Vulnerable (54,6%) en Seriamente Vulnerable el 32,0% y Vulnerables fueron sólo el 13,4 %. (Ver gráfico 3):

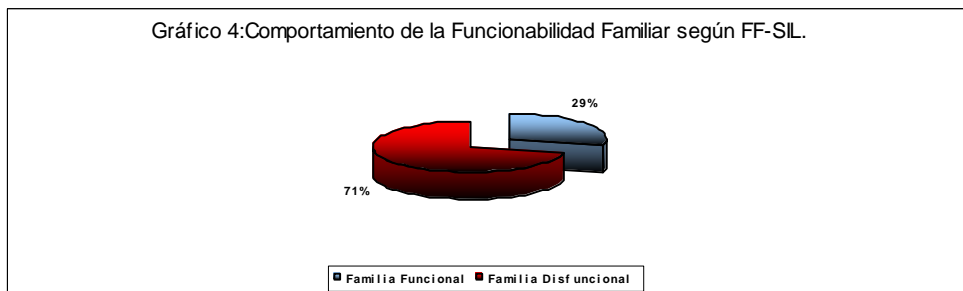


Fuente: Tabla 3.

Leyenda:

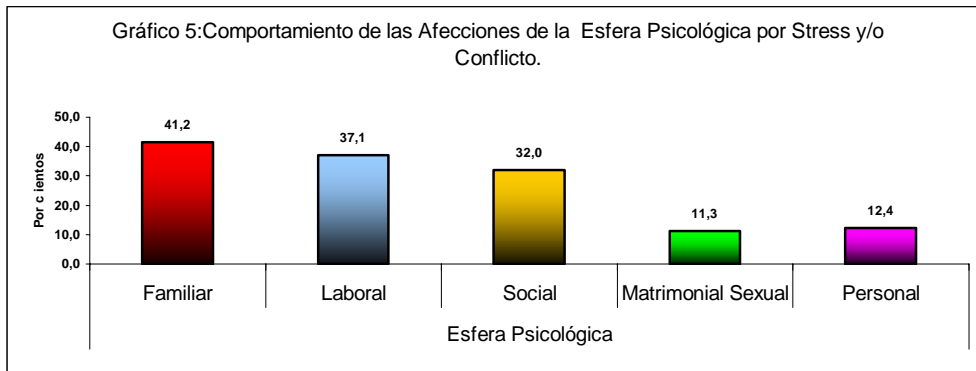
EPR: Estilo rumiativo del pensamiento

Al aplicar el FF-SIL se obtuvo que el 29,0% de las familias eran funcionales y el 71,0% disfuncionales (Ver gráfico 4).



Fuente: Tabla 3.

En la entrevista semi-estructurada se obtuvieron otros datos de interés, referido a situaciones de conflicto y estrés presente en los pacientes estudiados. Las áreas más afectadas fueron la familiar (41,2%), la esfera laboral (37,1%) y la esfera social (32,0%). Siendo característica de esta distribución que un mismo paciente podía referir dificultades en una o más esferas (Ver gráfico 5).



Fuente: Tabla 3.

Un elevado porcentaje de personalidades con rasgo ansioso se encontraron en los pacientes estudiados, coincidiendo con lo recogido en la literatura la cual plantea que la ansiedad es característica en la mayoría de los pacientes portadores de enfermedades cardiovasculares y es uno de los rasgos distintivos del PCTA (Barsky, 2005, Fernández-Abascal et al, 2003, Hernández et al 2003, 2005, Robles y Peralta, 2006). La ansiedad ha sido vinculada a la patogenia de las enfermedades cardiovasculares (Friedman et al., 2001, Kawachi et. al, 1994) y si el paciente requiere de hospitalización, esta condición provoca temor, estrés y ansiedad por ser una experiencia emocional intensa (Barsky, 2005) lo que exige su plena consideración en la atención de los pacientes coronarios porque tales emociones activan la actividad simpática, aspecto contraproducente para el paciente con IMA (Colucci y Braunwald, 2005).

La presencia de estrés y conflictos en los sujetos estudiados también ocupó cifras elevadas, varias investigaciones han corroborado que un estrés psicológico agudo y crónico a menudo puede preceder a un IMA, arritmias cardíacas y muerte súbita cardíaca (Antman y Braunwald, 2005, APA, 1994, Barsky, 2005, Landeta, 2000, Robles y Peralta, 2006). Además se ha comprobado que el estrés por vía simpática aumenta la frecuencia cardíaca, y con ello la necesidad de oxígeno del miocardio, en tanto que el incremento catecolaminico propio de la tensión emocional bloquea los procesos de oxigenación del corazón como consecuencia de las alteraciones hemodinámicas que provoca, haciendo más drástico el déficit irrigatorio (Antman y Braunwald, 2005, Hernández et al, 2003).

El 50,5% de los infartados a su ingreso venían sufriendo de depresión en sus diferentes formas de manifestación, se ha demostrado que esta afección emocional está asociada a un aumento significativo del riesgo de desarrollar enfermedad coronaria e IMA y mortalidad cardiaca (Januzzi et. al 2000, Lesperance y Frassure-Smith, 2000, O'Connor y Serebruany, 2000, Yusuf et. al, 2004, Zellweger, Osterwalder, Langewitz, Pfisterer, 2004). Según resultados obtenidos por Costa Dias et al. en el estudio de la depresión de pacientes hospitalizados por síndrome coronario el 42 % presentaban síntomas depresivos evaluados a través del BDI (Costa et al, 2004), y se ha registrado además que en la fase aguda del evento es frecuente la presencia de ansiedad, depresión, agitación y delirio (Eagle et al, 1991). Se plantea que el diagnóstico de la depresión está infradiagnosticada por los cardiólogos y sin embargo puede amplificar y prolongar los síndromes cardiacos (Barsky, 2005).

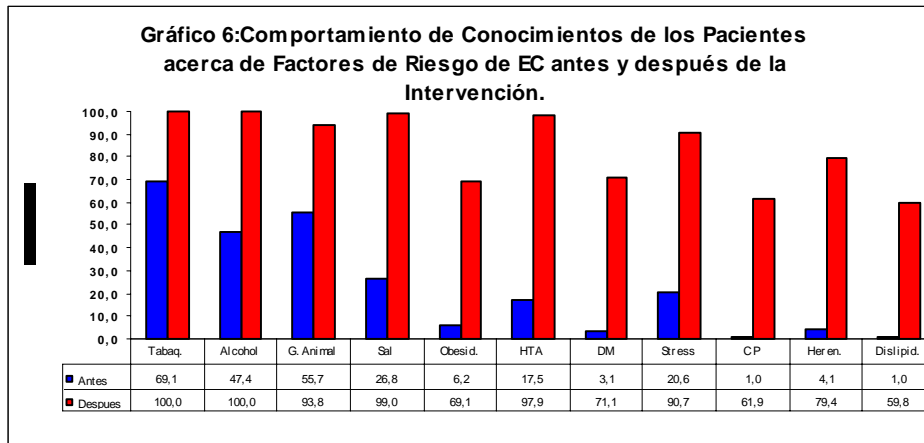
A través del cuestionario de funcionabilidad familiar se constató que en las familias de los pacientes del estudio predominó la disfuncionabilidad, coincidiendo con que esta es el área de conflicto de mayor incidencia referida por los pacientes. Se plantea que una familia disfuncional debe ser considerada como un factor de riesgo del individuo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades de sus miembros (Herrera, 1997). Nieto-Munuera et. al refieren que la familia constituye un núcleo integrador, una fuerza de medición en la reproducción de estilos de comportamiento ante condiciones preventivas, síntomas de la enfermedad y hábitos de vida saludable (Nieto-Munuera et al, 2004) elemento que amerita el estudio de la familia con relación a la enfermedad cardiovascular.

Se identificaron características personológicas de los pacientes infartados en el momento agudo de la enfermedad y características de la familia a la que pertenecen en cuanto al nivel de funcionabilidad. Se constató además que la aplicación de las técnicas psicodiagnósticas seleccionadas es factible de aplicar en esta etapa por su sencillez, no creándole molestias adicionales al paciente.

Análisis y discusión acerca de la apropiación de conocimientos en pacientes y familiares.

La tabla 4 refleja los conocimientos de los pacientes acerca de los factores de riesgo del IMA. Nótese que los por cientos un tanto más elevados registrados fueron en cuanto al

conocimiento del hábito de fumar (69,1%), el consumo excesivo de alcohol (47,4%) y el consumo de grasa animal (55,7%). El resto de los factores de riesgo son deficientemente conocidos. Después de la intervención psicológica se exhiben matices muy diferentes (Ver gráfico 6):



Fuente: Tabla 4.

Leyenda:

Tabaq: Tabaquismo.

Obesid: Obesidad.

HTA: Hipertensión arterial

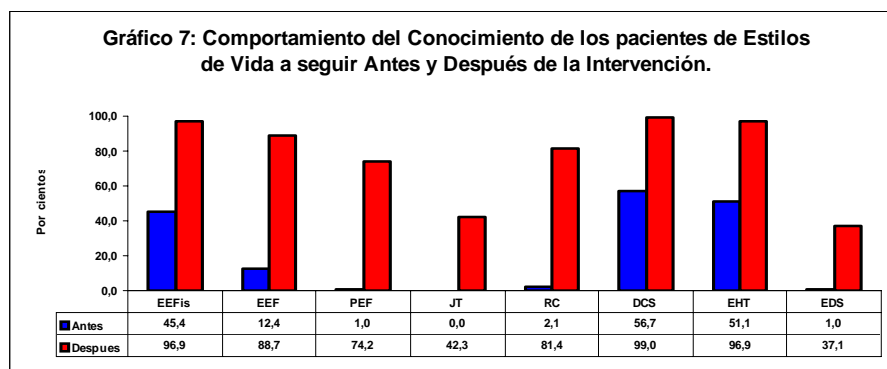
DM: Diabetes Mellitus

CP: Características de la personalidad.

Dislipid: Dislipidemias.

Después de la intervención la modificación cognoscitiva en los aspectos evaluados fue altamente significativa desde el punto de vista estadístico con valores de $p = 0,000$.

Antes de la intervención los conocimientos acerca del estilo de vida a seguir después del IMA eran inadecuados (Ver tabla 5). Los aspectos más conocidos fueron los referidos a la dieta, hábitos tóxicos y actividad física, pero aún de manera insuficiente. Posterior a la intervención los conocimientos adquiridos respecto a estos factores ocuparon categorías de muy favorable (Ver gráfico 7). La diferencia estadística entre los dos momentos investigativos fue altamente significativa ($p = 0,000$).



Fuente: Tabla 5.

Leyenda:

EEFis: Evitar esfuerzo físico.

EEF: Evitar emociones fuertes.

EHT: Evitar hábitos tóxicos.

DCS: Dieta cardiosaludable.

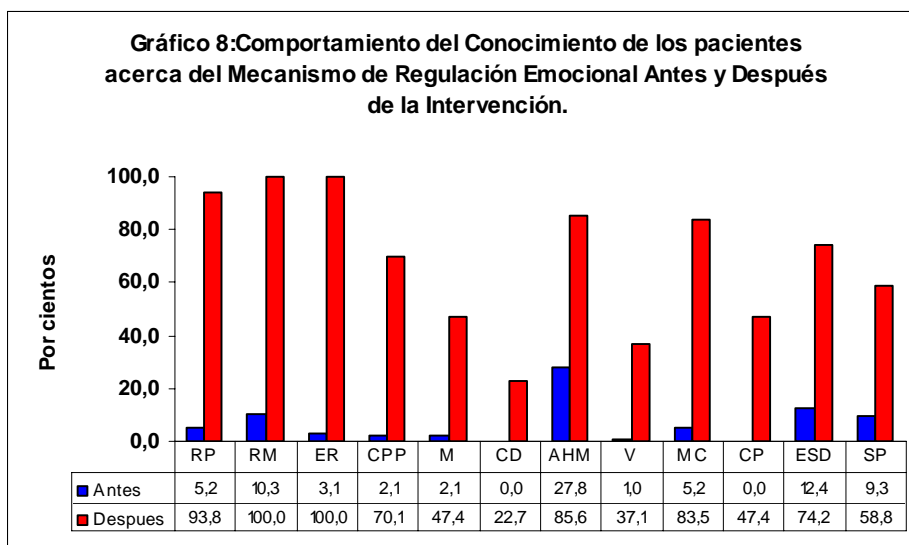
PEF: Practica de ejercicio físico.

EDS: Acudir a esp. si dificultades sexuales

JT: Jerarquizar tareas.

RC: Relaciones coitales en tiempo señalado.

Según se refleja en la tabla 6 los pacientes infartados prácticamente desconocían los mecanismos de regulación emocional antes de la intervención, lo que se modificó positivamente posterior a la misma. Se significan el conocimiento de los ejercicios de relajación y relajación con música. Además de definirse diferencias estadísticas significativas ($p = 0,000$) (Ver gráfico 8).



Fuente: Tabla 6.

Leyenda:

RP: Respiración profunda

RM: Relajar con música.

ER: ejercicios de relajación.

CP: Cambio del pensamiento.

AHM: Actividades de higiene mental.

V: Visualizaciones.

MC: Manejo de causa.

ESD: Evitar situación que provoquen descontrol.

CD: Caminar descalzo

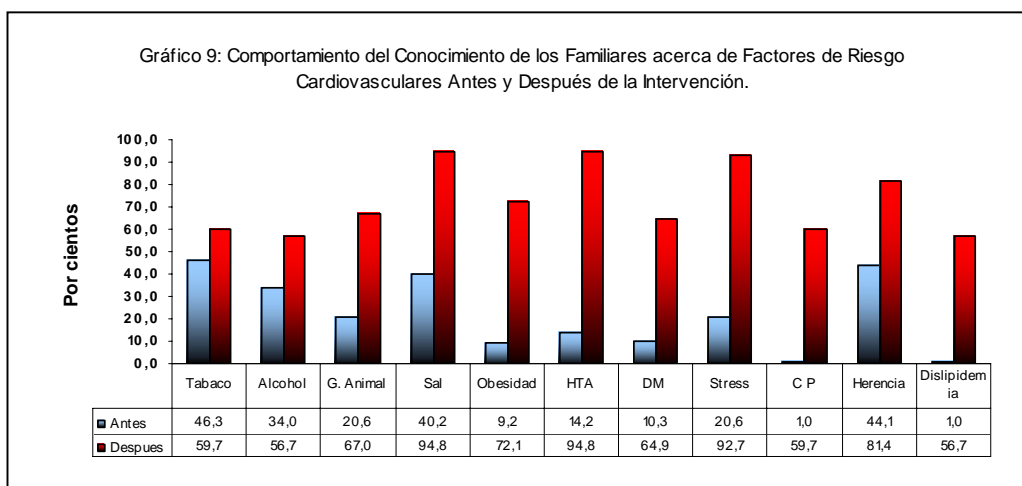
SP: Solución de problemas.

CPP: Contacto piel-piel

M: Masaje

Al explorar el nivel de conocimientos en los familiares insertados en el estudio se obtuvieron los siguientes resultados:

El conocimiento de los factores de riesgo de las EC antes de realizarse la intervención fue deficiente, exhibiendo niveles por debajo del 50% y más en todos los sujetos (Ver tabla 7). Después de la intervención el desconocimiento acerca de estos factores disminuyó, ocupando en algunos de ellos rangos superiores al 80 % (la sal, la HTA, el estrés y el papel de la herencia) (Ver gráfico 9).



Fuente: Tabla 7

Leyenda:

Tabaq.: Tabaquismo
Alcoh: Alcoholismo

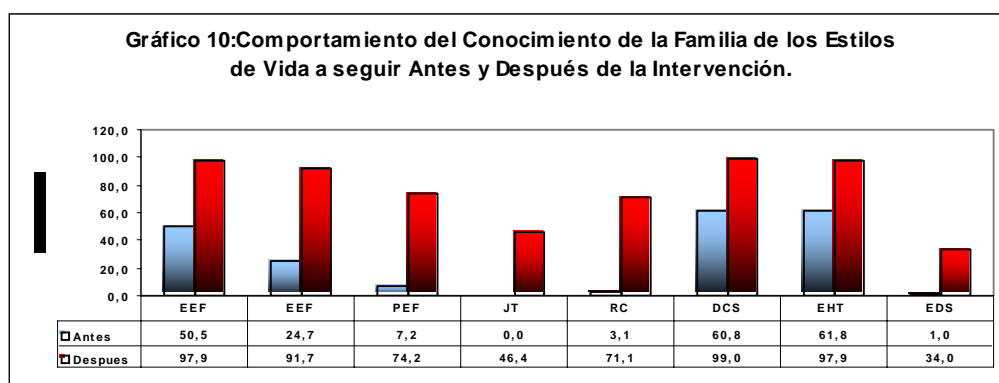
HTA: Hipertensión arterial
DM: Diabetes Mellitus

Heren.: Herencia
Dislipid: Dislipidemia

Obesd: Obesidad
CP: Características de la Personalidad

Comparados estos resultados con los iniciales la diferencia estadística que se establece entre los dos momentos fue altamente significativa ($p = 0,000$).

Antes de la intervención los conocimientos que tenían los familiares de los pacientes relativo del estilo de vida a seguir por éstos después del IMA eran insuficientes, modificándose favorablemente después, algunos de ellos llegan a alcanzar rangos del 90 % y más (Ver tabla 8). Al aplicar pruebas de significación estadística los resultados fueron altamente significativos ($p = 0,000$) en todos los aspectos evaluados. Los resultados se ilustran en el en el gráfico siguiente:



Fuente: Tabla 8.

Leyenda:

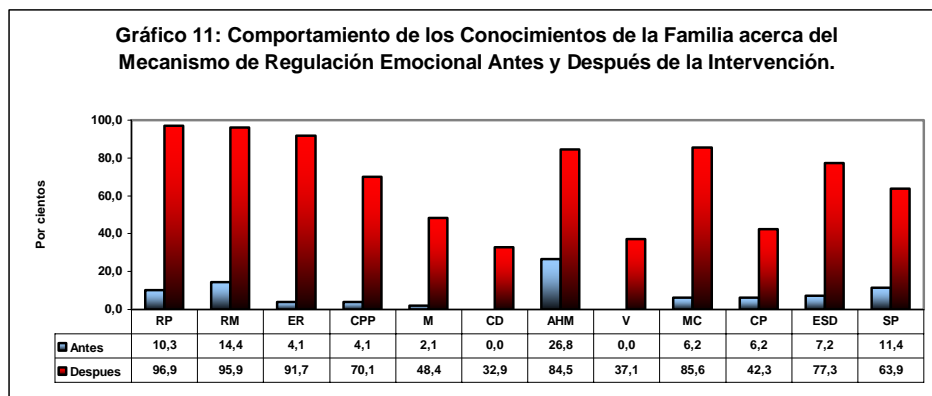
EEF: Evitar esfuerzo físico
EEF: Evitar emociones fuertes
PEF: Práctica de ejercicios físicos.

RC: Relaciones coitales en el tiempo señalado
DCS: Dieta cardiosaludable.
EHT: Eliminar hábitos tóxicos.

EDS: Acudir a espect. sí dic. sexuales
JT: Jerarquizar tareas

Los conocimientos sobre mecanismos de regulación emocional en los familiares de los pacientes infartados en el momento inicial del estudio nunca rebasaron el 27 % en

relación a respuestas positivas. Pasada la intervención los sujetos llegaron a conocer estos recursos expresándose en porcentajes elevados. La mayoría de los mecanismos enseñados fueron expresados y reconocida su utilidad por más del 70,0 % de los sujetos. Desde el punto de vista estadístico las diferencias fueron altamente significativas ($p = 0,000$) (Ver tabla 9). El gráfico 11 representa lo antes expuesto:



Fuente: Tabla 9.

Leyenda:

RP: Respiración Profunda.

RM: Relajar con música.

ER: Ejercicios de relajación.

CPP: Contacto piel con Piel

AHM: Actividades de Higiene Mental.

V: Visualizar

MC: Manejo de causa

CP: cambio o variación del pensamiento.

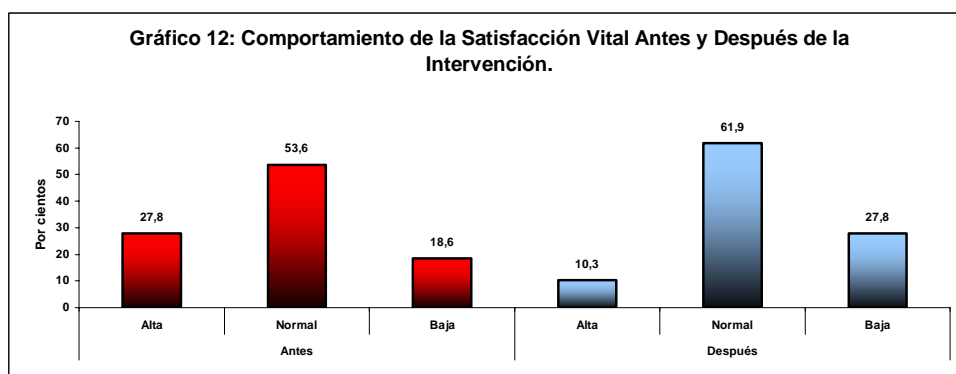
CD: Caminar descalzo

SP: Solución de problemas.

M: Masaje

ESD: Evitar situación que descontrolen

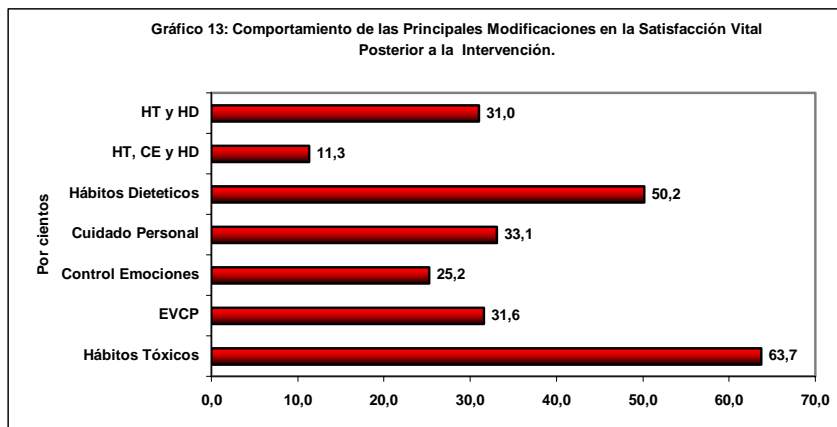
La incorporación de nuevos conocimientos acerca de estilos de vida cardiosaludables y del enfrentamiento a la vida, así como la comprensión de la responsabilidad individual del cuidado personal conllevó a que los puntajes obtenidos por los sujetos al inicio del estudio en la Escala de Satisfacción Vital sufrieran modificaciones al final del mismo. Ningún paciente pasó de satisfacción vital baja a rangos superiores (18 sujetos), sin embargo de los que se encontraban en la categoría alta (44 pacientes) descendieron a normal y baja (17 pacientes), de los que inicialmente se ubicaron en la categoría normal al inicio (44 pacientes) 8 bajaron a la categoría baja (Ver tabla 10 y gráfico 12).



Fuente: Tabla 11

Las principales razones que motivaron la modificación de la satisfacción vital están relacionadas con la incorporación de nuevos conocimientos que aparecieron como nuevos objetos que satisfacen las necesidades reconocidas como tal, convirtiéndose en motivos a considerar para mejorar la satisfacción y la calidad de vida hasta el momento no valorados, ahora con una nueva percepción de la satisfacción de su propia vida, aspectos que se convierten en indicadores de la reflexión de los sujetos. Obsérvese como en el gráfico 13 se representan las principales modificaciones a considerar por los sujetos para mejorar dicha satisfacción. Queda respaldado por lo planteado por la Dra. L. Fernández al argumentar que “cuando el sujeto a través de sus procesos cognitivos profundiza en la realidad, en su comprensión a partir del sentido emocional que esos contenidos alcanzan para él, el comportamiento adquiere sentido, significado, selectividad, dirección, intensidad” (Fernández, 2006 a, p. 223).

La diferencia estadística al aplicar la prueba no paramétrica: Prueba de Homogeneidad marginal, entre la expresión de la satisfacción vital entre el momento inicial y final de la intervención arrojó diferencias significativas ($p=0,03$) (Ver gráfico 13 y tabla 11).



Fuente: Escala de satisfacción vital.

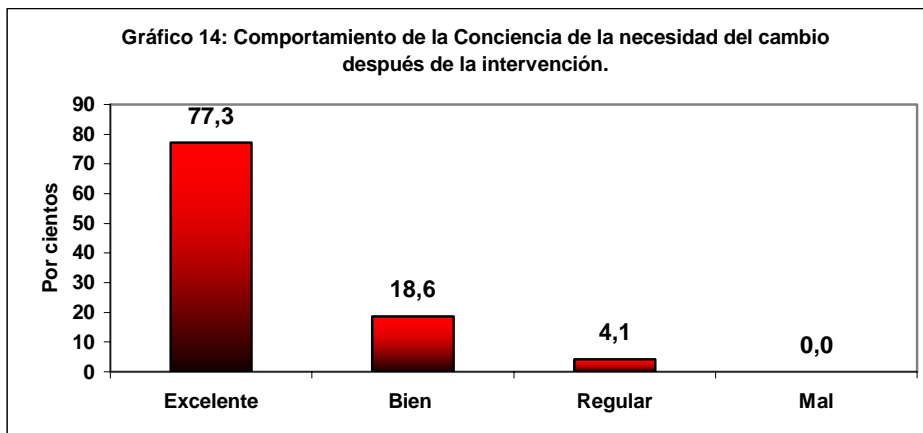
Leyenda:

HT; HD: Hábitos tóxicos-Hábitos dietéticos.

HA, CE, HD; Hábitos tóxicos-Hábitos dietéticos, Control de las emociones.

EVCP: Enfrentamiento a la vida v características de personalidad

Todo el proceso de aprendizaje y reflexión a que se sometieron los pacientes durante el período de la intervención posibilitó la incorporación de la toma de conciencia para el cambio de conducta a partir del reconocimiento de las necesidades y de los objetos que la satisfacen. Sólo el 4,1% de los sujetos no la adquirieron de forma satisfactoria (Ver tabla 12 y gráfico 14).



Fuente: Tabla 12.

En el análisis de los resultados anteriores, respecto al conocimiento de pacientes y familiares sobre aspectos relacionados con el IMA en el momento del ingreso hospitalario, se evidenció un gran desconocimiento por parte de los mismos, elemento que no favorece el proceso de modificación de actitudes y conductual, ni la adherencia terapéutica. Ha sido defendido por Di Mateo y Di Nicolás (1982), que la adherencia terapéutica además de una implicación activa requiere de colaboración voluntaria por parte del enfermo, para lo cual debe tener información necesaria para lograr un comportamiento aceptado y un resultado terapéutico deseado (Di Mateo y Di Nicolás, 1982).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), enfatiza la necesidad de fomentar en las personas, sobre todo en los que son portadoras de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), las normas de autocuidado, avalado por el conjunto de conocimientos técnicos, experiencias y destrezas acumuladas por profesionales y la población en su beneficio. También ha sido enfatizado por otros autores (Roca, 2003 b, World Health Organization, 1984, Zaldivar, 1999).

Haber logrado con la intervención psicológica en los familiares de los pacientes, la apropiación de conocimientos y recursos útiles en momento de estrés familiar, acarreado por la enfermedad, ayudó a crear vías adecuadas para amortiguarlo y contribuir a la estabilidad emocional tanto de los familiares como del paciente. La familia se convierte en estas circunstancias en un elemento importante de soporte social del enfermo (Landeta, 2000). La percepción que las personas tienen de la disponibilidad de ayuda

por parte de los que le rodean parece relacionarse de forma considerable con su bienestar físico y psicológico (Robles y Peralta, 2006).

Los resultados de la intervención familiar concuerdan con los objetivos propuestos por otros autores que incluyen medidas educativas, mediante las que se facilita información detallada al paciente y su entorno próximo, la aplicación de técnicas cognitivas y modificación de conductas, lo que favorece la efectividad del tratamiento farmacológico y/o conductual. (Foreyt y Poston, 1996, González y Chacón, 2003).

Fueron consideradas algunas de las valoraciones más relevantes ofrecidas por pacientes y familiares en la entrevista semi-estructurada, en las dinámicas de grupo y en el seguimiento de caso acerca de la incorporación de nuevos conocimientos sobre el IMA (Ver Anexo 27).

La percepción de la satisfacción ante la vida fue diferente en la mayoría de los pacientes al inicio y al final de la hospitalización porque pudieron identificar y conceptualizar a través de un proceso de reflexión, las barreras para la plena satisfacción, lo inherente al estilo de vida de cada uno de ellos hasta ese momento en que empezaron a aprender nuevos enfoques para vivir con mayor calidad. Ejemplo de ello son las siguientes reflexiones (Ver anexo 28).

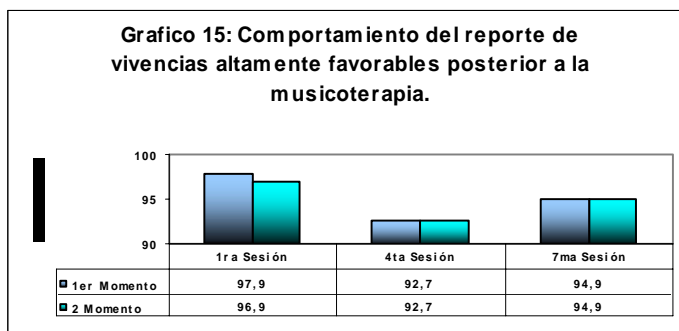
La intervención psicológica con el paciente y la familia para elevar el conocimiento sobre factores de riesgo de las EC, el estilo de vida a seguir después del IMA y mecanismos de regulación emocional, se vinculó a las restantes acciones terapéuticas que perseguían movilizar la reflexión y el otorgamiento de sentidos psicológicos a la realidad subjetivada para facilitar la elaboración de planes y metas orientadas al futuro, logró mover cognoscitivamente a los sujetos, además de incorporar como motivo concientizado la necesidad del cambio ante su nuevo status, posibilitó crear nuevos recursos para el enfrentamiento adecuado a la enfermedad y se preparó a la familia para funcionar como elemento facilitador del cambio y de soporte social, aspecto de relevancia en el proceso de rehabilitación.

Análisis y discusión de los beneficios al aplicar a los pacientes recursos psicológicos que propicien la activación del tono vigilia-sueño y el control elemental de las emociones.

Durante el periodo de hospitalización el paciente infartado, requiere de una adecuada orientación psicológica, seguimiento personalizado y tratamiento psicoterapéutico por las características de la enfermedad y la necesidad del adecuado control de las emociones y la regulación del tono-vigilia.

Al utilizar con estos pacientes diversas técnicas de desactivación fisiológica en este periodo los resultados obtenidos fueron altamente alentadores.

Al aplicar las sesiones de musicoterapia los resultados fueron muy beneficiosos. Sólo durante las primeras cuatro sesiones de tratamiento con terapia musical, un bajo por ciento de pacientes refirieron no sentirse favorecidos por el efecto de la música no rebasando el 2,1%. En los restantes cinco días ningún paciente se enmarcó en la categoría no favorable. El mayor número de respuestas siempre correspondieron a la categoría Altamente favorable moviéndose en rangos entre 84,5% y 94,9% (Ver tabla 13). El siguiente gráfico muestra el reporte de las vivencias expresadas por los sujetos después del tratamiento:



Fuente: Tabla 16.

Desde la Antigüedad empieza a definirse el efecto sedante de la música al lograr una armonización psicofisiológica del cuerpo y la mente (Amaro, 2000). El efecto tranquilizante producido por la música relajante en los pacientes del estudio se justifica por la acción que ejerce sobre la actividad del SNS. Está comprobado que existe una respuesta vegetativa, fisiológica e involuntaria de nuestra respiración, y la frecuencia cardiaca o pulso sanguíneo ante la audición de diferentes composiciones musicales (Alvin, 1984, Amaro, 2000, Fernández de Juan, 2004, Loroso, del Campo, 1987). Ante situaciones de estrés se

produce una estimulación adrenérgica aumentando los requerimientos miocárdicos de oxígeno y agravando la isquemia miocárdica (Ridker, Genet y Libbi, 2005).

Otro elemento que respalda estos resultados es que la música relajante influye sobre el tono muscular, reduce niveles de corticoesteroides y disminuye el estrés en pacientes cardiacos, puede crear una sensación de bienestar general, calmar la taquicardia y la tensión muscular, mejorar el equilibrio psicofísico y favorecer el sueño (Benenzon, 2005, Burton, 1999). Estudios realizados en el Hospital General Jefferson de Port Townsend, de Washington avalan el efecto de la música en pacientes que se sometieron a intervenciones quirúrgicas, probando su efecto sobre la reducción de la tensión arterial, los latidos del corazón y también redujo a la mitad la cantidad de sedantes necesarios para calmar el dolor. (Amaro, 2000).

Informes de otros autores (Cadigan et. al, 2001, White y Shaw, 1991, White, 1999), sobre la aplicación de la musicoterapia en pacientes infartados en fase aguda refieren haber logrado una reducción de la FC y de la FR así como demandas de Oxígeno del miocardio, también se ha dicho que la música influye sobre la variabilidad de la FC al observarse disminución de la misma bajo efectos de la música clásica y mejoramiento del confort del sujeto.

El estado de bienestar y tranquilidad producido por la musicoterapia en los pacientes del estudio puede estar respaldado además porque se reconoce que la música relajante contribuye a calmar la taquicardia, disminuir la FR y crear una sensación de bienestar y quietud (Burton, 1999). Además la música puede reducir el estrés, disminuir la depresión, establecer una armonía entre el cuerpo y la mente y se ha comprobado que existe una respuesta vegetativa, fisiológica e involuntaria de nuestra respiración, y la frecuencia cardiaca o pulso sanguíneo ante la audición de diferentes composiciones musicales. (Valdés y Flores, 2004). Según Antman, la creación de una atmósfera tranquila en el paciente infartado ayuda a aplacar el tono simpático lo que culmina en disminución de la ansiedad con repercusión en la frecuencia cardiaca, la hipertensión, la taquicardia y las arritmias (Antman, 2005).

Las vivencias referidas en el seguimiento individualizado de los pacientes, evidenció cuan beneficioso resulta para los sujetos el uso de la terapia musical. Hay expresiones de los pacientes que sintetizan estos planteamientos: (Ver Anexo 29).

La retroalimentación obtenida en el tratamiento psicológico individual y grupal, permitió reforzar que la música como tratamiento psicoterapéutico contribuyó a la estabilidad emocional de los infartados.

La tabla 14 recoge los efectos producidos por la práctica de ejercicios respiratorios, los resultados no favorables están limitados para el 1,5 % de los pacientes en el primer día de la intervención, durante las sesiones de tratamientos restantes todos los sujetos se enmarcan en las categorías Favorable y Altamente Favorable, a favor de esta última (Ver gráfico 16).

La utilización de las técnicas respiratorias por los pacientes infartados, cumple una función terapéutica: primero porque puede atenuar la ansiedad y luego porque mejora el aporte de oxígeno, elemento muy necesario para el restablecimiento del paciente cardiaco. Puede modificar los estados emocionales generales al actuar sobre la excitabilidad del SNC. Está demostrado que la respiración ejerce una considerable influencia sobre el metabolismo, el equilibrio psiconervioso y el desarrollo de otras funciones (Grenet y Martínez, 1998, Roble y Peralta, 2006).

Ante cambios emocionales hay alteraciones del ritmo respiratorio, pudiendo llegar a producir hiperventilación y déficit de oxígeno en el organismo. El control de la respiración junto a otros métodos de relajación, han sido aplicados como técnicas indirectas de control de la presión arterial, consiguiendo su efecto mediante la reducción de la reactividad al estrés (Barsky, 2005, Fernández Abascal, 2003). Propone Fernández-Abascal la generalización de estas técnicas cuando se tornan eficaces, del ámbito clínico al entorno cotidiano del paciente.

Desde el punto de vista cualitativo el valor de esta técnica se enfatizó en el seguimiento individualizado de los pacientes y con las valoraciones que hicieron en las dinámicas grupales acerca de sus beneficios, permitió corroborar su utilidad en el curso de la enfermedad. Se refleja en las expresiones siguientes: (Anexo 30).

Al valorar los resultados cuantitativos y cualitativos de los ejercicios respiratorios realizados por los pacientes durante el periodo de hospitalización, se evidenció que sus resultados contribuyeron también a mantener el equilibrio emocional de los mismos, convirtiéndose además en una nueva herramienta para enfrentar el estrés.

La relajación pasiva (grabada) proporcionó a los pacientes desde las primeras sesiones de su aplicación efectos considerados altamente favorables, moviéndose éstos en rangos que van desde el 93,8 % hasta 99,0 %. En la categoría favorable y no favorable el número de pacientes ubicados en ellas es muy bajo lo cual está reflejado en la tabla 14 e ilustrado en el gráfico 16. Puede reconocerse el gran beneficio que reporta a estos pacientes el uso sistemático de técnicas de relajación ante el enfrentamiento a la enfermedad durante el periodo de internamiento hospitalario.

Resultados de otros estudios confirman la utilidad de la aplicación de estas técnicas con pacientes infartados, por la alta implicación del Sistema Nervioso Autónomo en la regulación de parámetros fisiológicos y por las características de personalidad que generalmente poseen los enfermos cardiacos (Haynes, Feinleib y Kannel, 1980, Matthews, 1982).

También otros autores destacan los beneficios de las técnicas de relajación y particularmente del Entrenamiento Autógeno como tratamiento de elección para la hipertensión, en la prevención de la angina de pecho y en la rehabilitación post-infarto (Barsky, 2005, Friedman et al, 1986, 1994, Hernández et al, 2003).

Planteamientos categóricos de otras investigaciones aseveran que la relajación se convierte en un modo de reducir, afrontar, eliminar, sustituir el estado de activación que provoca la ansiedad (Suinn, 1993) y otros beneficios como tendencia a la normalización del ritmo respiratorio, disminución o desaparición de síntomas ansiosos, disminución del pulso, disminución de extrasístoles y taquicardia, tendencia a la normalización del ritmo cardiaco (Allison, 1970, Grenet y Martínez, 1988).

Durante el seguimiento psicológico individualizado los pacientes expresaron cuan útil les resultó el tratamiento con las técnicas psicoterapéuticas empleadas, reflejado en la entrevista de profundidad realizada de forma sistemática, donde dieron a conocer sus nuevas experiencias y valoraciones, catalogándolas incluso como una necesidad dentro del tratamiento que se les brinda. Hay expresiones muy elocuentes que ilustran estos planteamientos (Ver anexo 31).

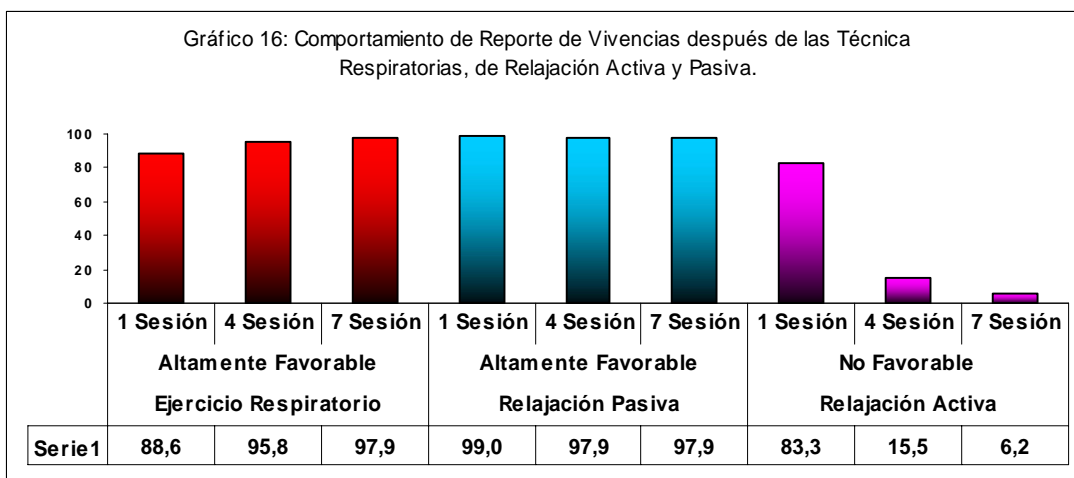
La relajación activa fue indicada sólo para cuando el paciente lo considerara necesario por su estado emocional. Los resultados fundamentales se encuentran en la tabla 14.

En las dos primeras sesiones de tratamiento predominaron los pacientes que consideraron su efecto no favorable, expresándose en porcentajes de 83,3% y 51,5% respectivamente, en la tercera sesión fue evidente el incremento de la cantidad de pacientes que comenzaron a percibir los efectos favorecedores de la relajación activa, de la misma manera se comportó en la cuarta y quinta sesión, paralelamente en esta fase fueron aumentando el número de pacientes que la consideraron no necesaria por sentirse emocionalmente estables (Ver gráfico 16).

El entrenamiento en relajación constituye un poderoso instrumento para elevar los recursos personales encaminados al logro del autocontrol. Otros tratamientos para la reducción de la ansiedad como el Entrenamiento en Manejo de Ansiedad, sugiere a los pacientes esta tarea para facilitar la generalización de las habilidades de la relajación y su utilización en entornos más activos. Han sido utilizadas tareas para el hogar en el manejo de la ira (Suinn, 1993), para el control del estrés (Robles y Peralta, 2006) y en programas de competencia y habilidades sociales (Zaldivar, 2003 c).

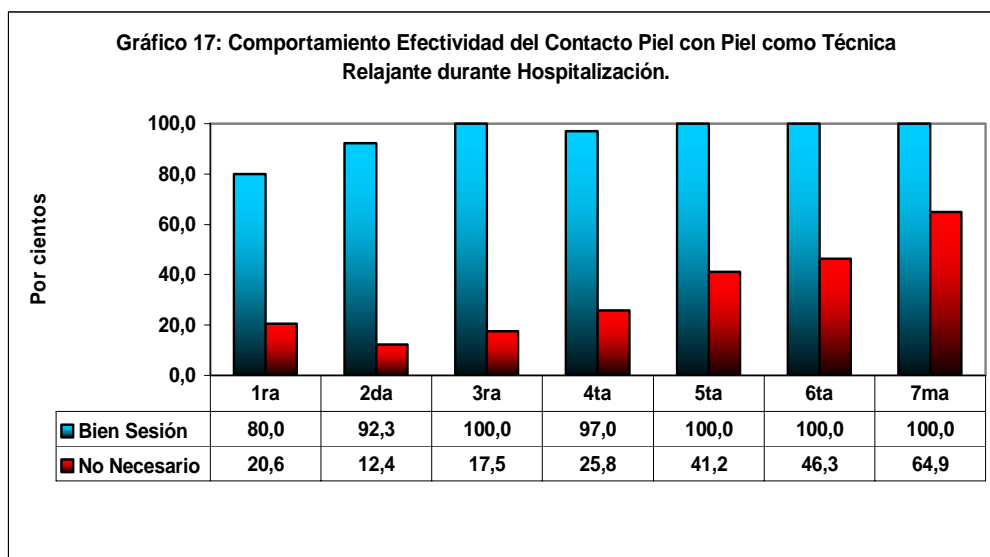
Los resultados obtenidos en el uso de la relajación activa han sido gratificantes por la adherencia de los pacientes a la misma, en tanto su uso es prácticamente desconocido por la población cubana y por características idiosincrásicas no se aviene con sus normas, creencias y costumbres. Tal vez haya sido favorecido por la necesidad sentida de mejorar, de imponerse a los síntomas, de sentirse guiado para el logro de la recuperación en circunstancias tan especiales. También el reforzamiento positivo recibido cada día puede ser uno de los factores que condicionó su práctica sistemática.

El seguimiento personalizado sistemático y la entrevista de profundidad, permitieron corroborar que la relajación activa ha sido una modalidad terapéutica favorecedora para el autocontrol elemental de las emociones en el periodo de la hospitalización, y permitió determinar que la participación activa de los pacientes en los ejercicios de desactivación fisiológica, puede iniciarse desde este momento, para crear la necesidad de su práctica, e ir fomentando el condicionamiento para la continuidad del tratamiento en fases posteriores del proceso rehabilitador. Algunas expresiones de los pacientes ilustran estas apreciaciones (Ver anexo 32).



Fuente: Tabla 14.

La relajación aplicada por el familiar posibilitó que los enfermos recibieran directamente de sus seres queridos la aplicación de recursos terapéuticos que pudieran disminuir las cargas tensionales, favorecida esta intervención por el vínculo afectivo que se establece entre paciente y familiar, resultados reflejados en la tabla 15. La técnica más utilizada fue la del contacto piel con piel, siendo efectivos sus resultados desde la primera sesión de tratamiento donde el 80,0 % de los familiares refirieron sus efectos tranquilizantes en el paciente. Su efectividad fue incrementándose hasta lograr que el 100% de los familiares que la aplicaron la evaluaran positivamente (Ver gráfico 17).



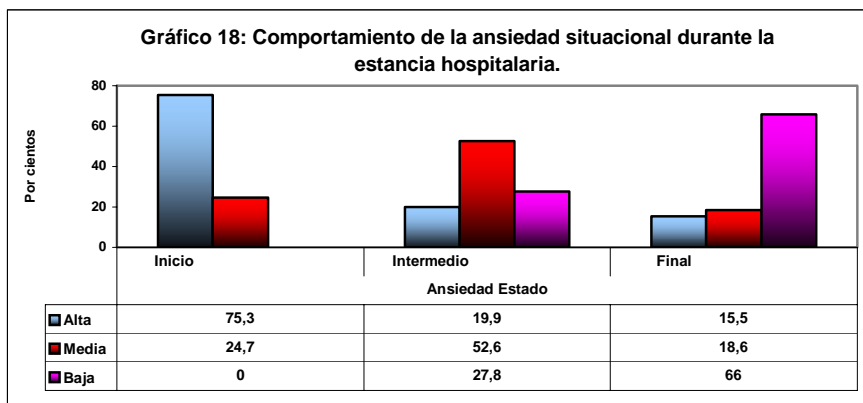
Fuente: Tabla 15.

En las primeras sesiones el número de familiares que consideraron no necesaria la aplicación de las técnicas enseñadas fue bajo, pero fue incrementándose progresivamente hacia las últimas sesiones de tratamiento la no necesidad de su aplicación, lo que va a la par del mejoramiento del estado emocional de los pacientes descritos en párrafos anteriores.

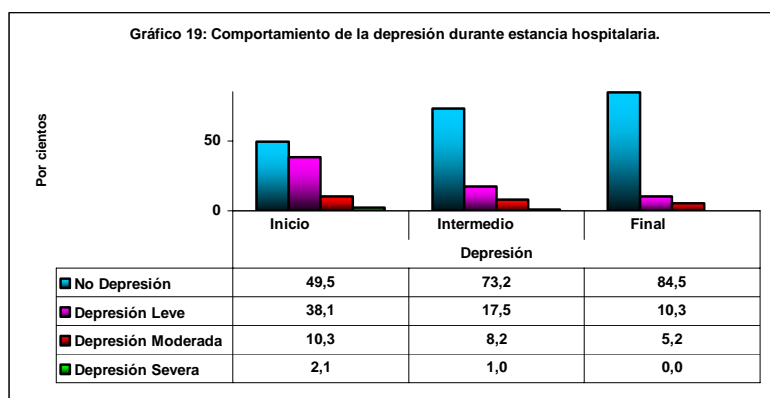
La relación afectiva que se establece entre seres queridos significativos para el sujeto donde media el contacto piel con piel puede convertirse en una forma de brindar sosiego, laxitud, distensión. La piel es el órgano del sentido del tacto y por tanto una fuente privilegiada de sensaciones. La conciencia de la piel tiene un efecto relajante y es a la vez fuente de placer (Auriol, 1992, Epstein, 1991). Como parte del apoyo social la intervención familiar directa incrementa los recursos de afrontamiento del individuo (Zaldivar, 2003 a), siendo en este caso percibido, relacionándose de forma considerable con el bienestar físico y psicológico de las personas (Robles y Peralta, 2006).

Las opiniones de los familiares obtenidas en los debates grupales acerca del uso de esta técnica y las vivencias de los pacientes en el seguimiento individualizado, respalda su efectividad y aboga porque se convierta en una práctica en los hospitales en la atención de pacientes graves y en todos aquellos que puedan sufrir desequilibrio emocional. Las expresiones de los familiares corroboran los comentarios (Ver Anexo 33).

En sentido general las técnicas de desactivación fisiológica aplicadas a los pacientes durante el periodo de hospitalización, así como las aplicadas por sus familiares, unido al resto de las técnicas de tratamiento utilizadas en este periodo contribuyeron a que el estado emocional de los pacientes evolucionara favorablemente. Al comparar los niveles de ansiedad y depresión exhibidos al inicio de la hospitalización con los obtenidos al final de la misma, muestran que en este sentido los pacientes fueron evolucionando hacia la estabilidad emocional (Ver gráfico 18 y 19), respaldado además este planteamiento por los bajos índices de indicación de psicofármacos (benzodiazepinas u otros) durante la estancia hospitalaria (sólo fue necesaria en el 5,2% de los pacientes) (Ver tabla 16). Se sugiere el uso de las benzodiazepinas en pacientes infartados durante la hospitalización porque generalmente el carácter agudo de la enfermedad, la restricción al reposo absoluto durante varios días, asociados a otros factores de orden psicológico provocan marcadas alteraciones emocionales (López et. al, 2002, Barsky, 2005).



Fuente: Tabla 16.



Fuente: Tabla 16.

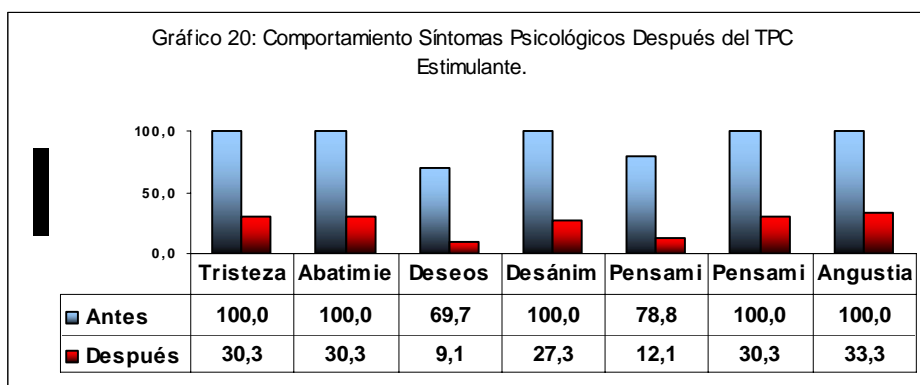
La terapéutica psicológica es una necesidad de los pacientes infartados durante el período de hospitalización, ayuda a mejorar el estado clínico del enfermo, el enfrentamiento a la enfermedad y al contexto, además de iniciarlos en el aprendizaje de técnicas útiles para contrarrestar las emociones negativas muy vinculadas a la enfermedad isquémica.

Análisis y discusión de la efectividad del Tratamiento con Técnicas de Relajación en pacientes infartados con riesgo vital.

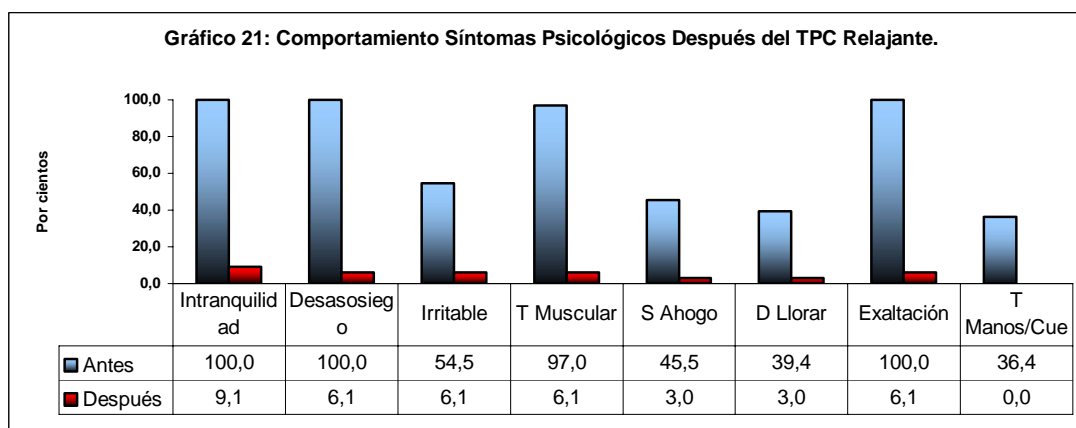
El análisis de los resultados de cada una de las modalidades de tratamiento con Técnicas Psicológicas Combinadas (TPC) tanto en parámetros psicológicos como fisiológicos se encuentran reflejados en las tablas 17, 18, 19, 20, 21 y 22.

Después de haber aplicado las tres modalidades del TPC la modificación de los síntomas psicológicos referidos fue favorable (Ver tabla 17, 18 y 19), al disminuir de manera significativa la sintomatología reveladora de desajuste emocional, así como las implicaciones de estas alteraciones en la esfera de la conducta específicamente en el

ritmo vigilia-sueño. Una vez que se sometieron los datos a análisis estadístico las diferencias entre el estado emocional antes y después de la intervención fue significativa, ($p = 0,000$), resulta necesario aclarar que sólo el 9,7% de los pacientes quedaron medianamente vigil después del tratamiento por lo que este parámetro no tuvo significación estadística ($p = 0,079$) a expensas de que muchos pacientes que estaban totalmente vigil pasaron a la categoría dormidos (58,1%) después de recibir el TPC Adormecedor dándole una connotación clínica importante a los datos obtenidos (Ver tabla 17). Estos resultados se ilustran en los siguientes gráficos:(ver gráficos 20, 21 y 22).



Fuente: Tabla 17



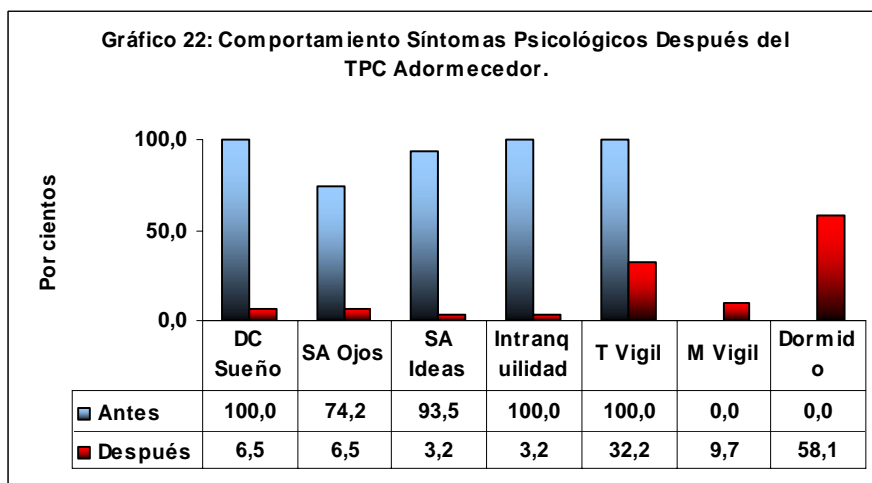
Fuente: Tabla 18.

Leyenda:

T muscular: tensión muscular

S ahogo: sensación de ahogo.

T manos/cuerpo: temblor manos/cuerpo.



Fuente: Tabla 19.

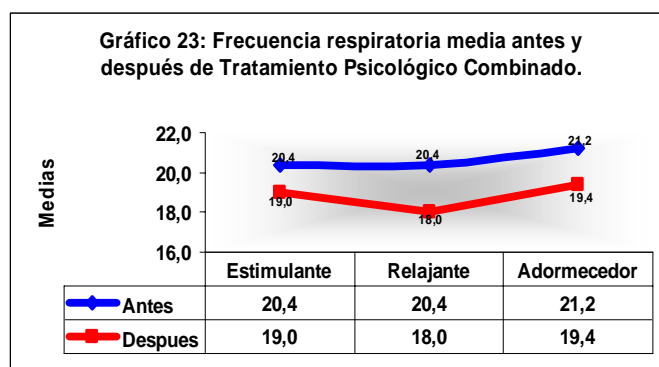
Leyenda:

DC Sueño: Dificultad para conciliar el sueño. T Vigíl: Totalmente vigíl.

SA ojos: Sensación de ardor en los ojos. M Vigíl: Medianamente vigíl.

SA: Acumulo ideas.

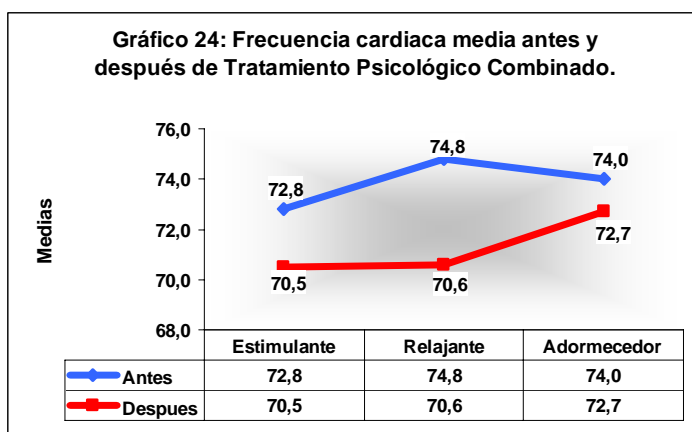
La tabla 20 recoge los datos referidos a la efectividad del TPC en sus tres modalidades sobre los parámetros fisiológicos estudiados en los pacientes, precisando en que medida se modificaron una vez recibido el tratamiento asignado según los síntomas referidos en la entrevista psicológica (TPC Estimulante aplicado a pacientes con alteraciones del estado de ánimo, TPC Relajante a pacientes con síntomas que expresan alteraciones ansiosas y TPC Adormecedor elegido para pacientes que fueran portadores del ritmo vigilia- sueño causada por alteraciones emocionales) . Cuando se aplicó el TPC Relajante los resultados respecto a las modificaciones de la Frecuencia respiratoria media (FR) fue el más relevante. Nótese que el límite superior del IC al 95 % muestra que esta modificación puede haber llegado hasta 3 c/min. Las otras dos modalidades del TPC (Estimulante y Adormecedor) favorecieron también la modificación de este parámetro, pero en menor medida que el anteriormente explicado (Ver gráfico 23 y tabla 20).



Fuente: Tabla 20.

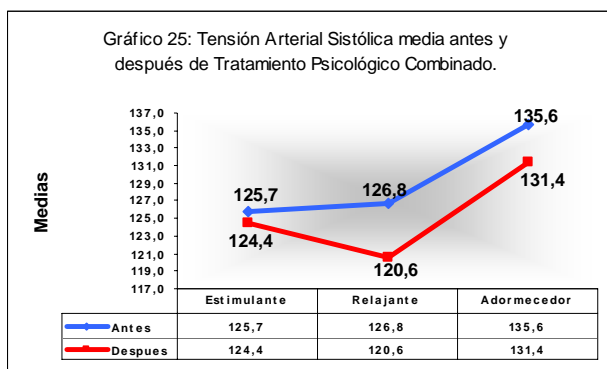
De igual modo que en el parámetro anteriormente analizado, en la Frecuencia Cardíaca media (FC), el TPC Relajante fue el de mayor efectividad, expresado en el límite superior del IC al 95% donde las modificaciones pudieran ser de hasta 7 lat/min.

Los resultados en cuanto a modificaciones de la FC al ser aplicadas las restantes modalidades de tratamiento psicológico, tuvieron un nivel de repercusión menos relevante que el anterior, aunque no despreciables porque pudieron favorecer la modificación según el límite superior del IC al 95% hasta en 4 lat/min. en el TPC Estimulante y hasta 3 lat/min. en el TPC Adormecedor (Ver gráfico 24 y tablas 23).



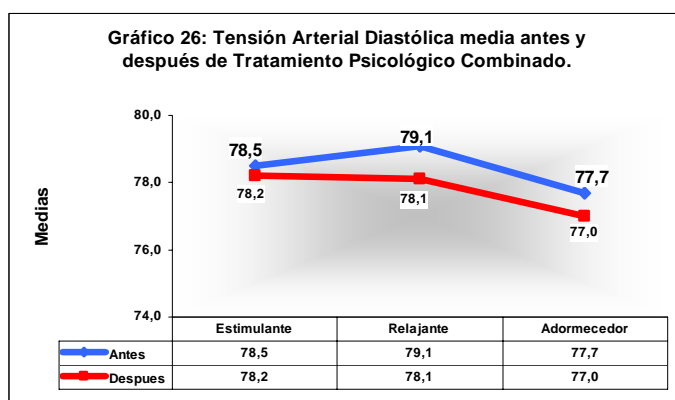
Fuente: Tabla 20.

La TAS media estuvo muy favorecida por el TPC Relajante y por el TPC Adormecedor teniendo modificaciones de hasta 12 y 8 mmHg respectivamente expresadas en el límite superior del IC al 95%. Sin embargo las reducciones que produjo el TPC Estimulante también debe ser considerada como beneficiosa al modificarse hasta aproximadamente 4 mmHg. Obsérvese en el gráfico siguiente las diferencias que para este parámetro fisiológico se produjeron con cada una de las modalidades terapéuticas aplicadas.



Fuente: Tabla 20.

La TAD fue el parámetro fisiológico de los evaluados con la aplicación del TPC que menos se favoreció. El TPC Relajante resultó ser el de mayor efectividad, pudiendo modificarse según el límite superior del IC al 95 % hasta 3 mmHg. En menos cuantía influyeron el TPC Adormecedor y el Estimulante, pueden verse los resultados ilustrados gráficamente a continuación:



Fuente: Tabla 20.

La Presión Arterial Media (PAM) también fue susceptible a cambios bajo tratamiento con TPC, destacándose tal modificación con el Relajante y el Adormecedor donde el límite superior del IC al 95% muestra que ésta pudo haber llegado hasta 4 y 3 mmHg respectivamente. El TPC Estimulante también influyó positivamente sobre la PAM.

Las modificaciones que se produjeron en dos de estos parámetros fisiológicos la FC y la TAS propiciaron la disminución del Doble Producto (DP). Antes de aplicarse el tratamiento este parámetro estaba en valores medios de 10 110 y después de aplicado el tratamiento los valores medios descendieron hasta 8 756 (Ver tabla 21).

En 16 pacientes el DP sobrepasaba el límite máximo fisiológico permitido (12 000) en el momento de la aplicación del TPC, de ellos 8 lograron ubicarse por debajo de esta cifra después del tratamiento y los otros 8 se aproximaron a ese valor.

A partir de los resultados expuestos se define que el TPC Relajante fue el más efectivo en cuanto a la modificación de los parámetros fisiológicos estudiados. Aunque no se desestima la repercusión positiva de las otras dos modalidades psicoterapéuticas.

La FR y la FC se modificaron de manera importante con el uso del TPC Relajante.

La TAS fue favorecida en primer lugar por el TPC Relajante, en segundo lugar por el TPC Adormecedor y en tercer lugar por el TPC Estimulante, mientras que la TAD fue mayormente modificada por el TPC Relajante.

En las modificaciones de la PAM el TPC más efectivo fue el Relajante, seguido del Adormecedor y por último por el TPC Estimulante.

Las modificaciones propiciadas en los parámetros fisiológicos descritos con anterioridad tuvieron una repercusión favorable desde el punto de vista clínico en los pacientes del estudio. Según criterio cardiológico la FR puede aumentar levemente después del IMA provocando déficit del suministro de Oxígeno al organismo, como consecuencia de la ansiedad y el dolor y puede normalizarse cuando se corrigen las molestias físicas y psíquicas (Antman y Braunwald, 2005). La taquicardia y la hipertensión pueden aumentar el consumo de Oxígeno por el miocárdico que en el contexto de una Insuficiencia en el aporte como ocurre en el infarto del miocardio empeora el pronóstico del paciente y provoca un mayor deterioro hemodinámico y consecuencias negativas para la favorable evolución del enfermo. La FC es uno de los determinantes del gasto cardíaco que cuando se encuentra fuera de lo normal produce detrimento hemodinámico en el paciente, con consecuencia desfavorable para órganos diana. Se considera que la descompensación emocional precipitan la descompensación cardíaca (Barsky, 2005, Givertz, Colucci, y Braunwald, 2005).

Por otra parte los resultados acerca de las modificaciones de la PAM bajo tratamiento con las técnicas psicoterapéuticas del TPC fueron importantes en el manejo clínico de estos pacientes en la fase aguda del evento coronario resultados avalados por lo señalado en el Programa nacional de evaluación, diagnóstico, tratamiento y control de la HTA en Cuba, se significa que la OMS estima que una disminución de 2 mmHg en la Presión Arterial Media de la población produce una reducción del riesgo de mortalidad global y puede reducir la incidencia de la enfermedad coronaria en 9 % y la de Ictus en 15 %. Existen evidencias de que las personas ansiosas sufren mayor aumento de la presión arterial (Barsky, 2005).

Es aconsejable no olvidar que en el momento en que se produce el IMA hay un incremento extraordinario de la actividad simpática que por demás se exagera ante la presencia de emociones negativas, de hecho se recomienda la indicación de

betabloqueadores (Givertz et. al, 2005, Colucci, y Braunwald, 2005). Resulta conocido que por la estrecha relación que guarda el Sistema Nervioso con el Sistema Cardiovascular el estrés favorece la cardiopatía isquémica al aumentar la demanda miocárdica de oxígeno y produce disminución del flujo coronario (Ridker et. al, 2005), por tanto si los esfuerzos terapéuticos logran disminuir la actividad del SNS, se está contribuyendo a mejorar el estado clínico del paciente infartado.

La disminución del Doble Producto (FC x TAS) siempre va a favorecer al paciente con enfermedad cardiovascular porque es índice del consumo de oxígeno, aspecto que se traduce en protección del músculo cardíaco (Givertz et. al., 2005, López-Sendon, Coma, 1982).

Estos resultados pudieron asociarse entre otros, a las características psicológicas manifiestas en los pacientes que recibieron tratamiento con TPC expresados en la tabla 23. Al relacionar la ansiedad y tipos de tratamiento aplicados, se observó que cuando el paciente tiene una personalidad de rasgo ansioso alta, el TPC Relajante fue el que más modificó la FR pudiendo llegar hasta 4 c/min considerando el límite superior del IC al 95%, en el resto de las variantes de tratamiento la modificación fue menor y los resultados similares.

Al analizar el efecto del TPC sobre la FC de pacientes muy ansiosos, se observaron diferencias entre las modificaciones que se produjeron en este parámetro provocadas por cada una de las variantes psicoterapéuticas, siendo el Relajante el que mayor modificación provocó en el mismo en las personalidades de rasgo ansioso alto pudiendo ser de hasta 10 lat/min según el límite superior del IC, seguido por el TPC Estimulante que pudiera lograr la disminución de hasta aproximadamente 5 lat/min la FC valorando el límite superior del IC.

De manera similar aconteció con las modificaciones de la TAS, donde los cambios pueden haber alcanzado hasta 16 mmHg según expresa el límite superior del IC, al tratarse al paciente con ansiedad como rasgo alta con el TPC Relajante. Un tanto menor fueron los cambios provocados por el TPC Estimulante y por el Adormecedor, pero no desestimables clínicamente porque resultaron ser de 7 y 10 mmHg respectivamente según los límites superiores del IC.

En total discrepancia se comportó la TAD al aplicar las tres modalidades del TPC, donde las modificaciones alcanzadas pudieron ubicarse hasta en 3 mmHg valorando el límite superior del IC, no estableciéndose diferencias importantes en los resultados obtenidos al aplicar uno u otro tratamiento.

Una vez valorados los resultados de la efectividad del TPC con relación a pacientes con ansiedad media como rasgo de la personalidad evidenciaron que la FR tuvo ligeras modificaciones que oscilan desde 2 a 3 c/min según límite superior del IC, el TPC Adormecedor resultó ser el de mayor efectividad.

La modificación de la FC con el TPC Relajante estuvo alrededor de los 8 lat/min y de 5 lat/min con el TPC Estimulante, con el TPC Adormecedor tuvo una modificación de hasta 4 lat/min según los límites superiores del IC.

El dato más relevante se registró al analizar las modificaciones de la TAS bajo el TPC Adormecedor. Al observar el IC Superior la modificación pudo ser de hasta 9 mmHg. y bajo TPC Relajante el cambio en este parámetro fue favorecido hasta cerca de 7 mmHg según límite superior del IC, en menor medida cambió con el TPC Estimulante.

En los sujetos con ansiedad media como rasgo de la personalidad al recibir tratamiento con el TPC Relajante la TAD pudo modificarse hasta cerca de 6 mmHg como muestra el límite superior del IC, seguido de la modificación de hasta cerca a 4mmhg expresado en el IC superior provocada por el TPC adormecedor.

Cuando se valoró la relación del pensamiento rumiativo alto y la implicación del TPC sobre los parámetros fisiológicos, las variaciones de la FR fue más beneficiada por el Tratamiento Relajante, modificándola hasta alrededor de 5 c/min, en menor cuantía influyeron los restantes tratamientos.

La FC se modificó fundamentalmente con el TPC Relajante, hasta 12 lat/min y hasta 5 lat/min con el TPC Estimulante expresado en el límite superior del IC.

Se destaca el TPC Relajante como el de mayor efectividad, en cuanto a la TAS donde las variaciones pudieron establecerse hasta cerca de 21 mmHg expresadas por el límite superior del IC, seguido de las modificaciones producidas por el TPC Adormecedor que se aproximó a los 12mmHg según valor del límite superior del IC. También el TPC

Estimulante propició modificaciones en este parámetro acercándose a 5 mmHg según expresa el IC superior (Ver tabla 23).

La TAD de los sujetos con estas características del pensamiento tuvo comportamientos similares en cuanto a la modificación alcanzada bajo las tres variantes de tratamiento, de 3-4 mmHg según expresa el límite superior del IC.

En los sujetos con pensamiento rumiativo normal la aplicación del TPC en sus tres variantes no ofreció diferencias importantes entre los resultados de las modificaciones de la FR. En la FC las mayores modificaciones fueron provocadas por el TPC Relajante y por el TPC Estimulante, aproximadamente de hasta 5 lat/min y el TPC Adormecedor modificó este parámetro hasta en 4 lat/min considerando el límite superior del IC al 95%.

El TPC Estimulante movió la TAS hasta 9 mmHg al límite superior del IC al 95%, el TPC Relajante pudo modificarla hasta 7 mmHg y el Adormecedor hasta cerca de 6 mmHg expresado ambas al límite superior del IC al 95%.

La TAD fue más favorecida por el TPC Relajante acercándose la modificación hasta 7 mmHg según muestra el límite superior del IC al 95%.

Cuando los pacientes tienen pensamiento rumiativo bajo la aplicación del TPC Relajante fue el que más influyó sobre los cambios en la FR, hasta cerca de 4 c/min valorando el límite superior del IC al 95%. La FC tuvo mayor cambio cuando el sujeto recibió tratamiento con la modalidad Relajante y Estimulante de hasta de 7 lat/min. El TPC Adormecedor pudo modificarla hasta cerca de 5 mmHg según el valor del límite superior del IC al 95%.

La TAS fue más beneficiada con la modalidad Adormecedora modificándola hasta 14 mmHg según quedó expresado en el límite superior del IC al 95%. El TPC Relajante la modificó hasta cerca de 10 mmHg y el TPC Estimulante aproximadamente hasta 6 mmHg al límite superior del IC al 95%.

La modificación mayor de la TAD se produjo bajo la influencia del TPC Relajante que tuvo cambios hasta cerca de 4 mmHg, al límite superior del IC al 95%. Los efectos de las otras dos modalidades exhiben cifras similares en cuanto a la variación de la TAD.

Los pacientes Vulnerables al estrés bajo tratamiento con TPC tuvieron mayores modificaciones en la FR cuando se les aplicó el TPC Relajante de hasta 7 c/min al límite superior del IC al 95%. Los cambios en las otras dos modalidades fueron parecidos. La

FC tuvo variaciones similares en las tres modalidades del TPC, de hasta 7 lat/min con el TPC Relajante y 8 lat/min. para las dos restantes modalidades, expresadas en los límites superiores del IC al 95%. La TAS fue mayormente movida por el TPC Relajante con cifras de hasta cerca de 6 mmHg, mientras que TPC Estimulante y Adormecedor lograron cambios iguales en este parámetro, cerca de 4 mmHg al límite superior del IC al 95%. En la TAD las mayores variaciones estuvieron dadas por los efectos del TPC Estimulante y del TPC Adormecedor, con iguales resultados acercándose a 6 mmHg según los valores relativos al límite superior del IC al 95%.

Los resultados al aplicar las técnicas de tratamiento psicológico (TPC) en pacientes seriamente vulnerables al estrés muestran que el comportamiento para las modificaciones que se produjeron en la FR son poco discrepantes, siendo el de mayor repercusión el TPC Relajante que pudo favorecer este parámetro hasta en 3 mmHg al límite superior del IC al 95%. La FC tuvo mayores cambios con el TPC Adormecedor y con el Estimulante - hasta 7 lat/min y hasta 6 lat/min - que cuando se aplicó el TPC Relajante datos expresados en los límites superiores del IC al 95%.

Para la TAS fue el tratamiento Relajante el más efectivo acorde al límite superior del IC Superior al 95%, la modificación pudo ser hasta de 15 mmHg. Las otras dos modalidades del TPC la modificaron hasta 5 mmHg aproximadamente acorde al IC superior.

La TAD en los pacientes seriamente vulnerables fue fundamentalmente favorecida por el TPC Relajante expresado este cambio hasta en 6 mmHg (límite superior del IC al 95%). En las otras dos modalidades el resultado de las modificaciones de este parámetro fue similar pero inferior que en el anteriormente analizado.

Cuando el paciente es extremadamente vulnerable al estrés la FR bajo tratamiento psicológico se modificó en mayor medida por el TPC Relajante, los cambios pudieron ser de hasta 4 c/min expresado en el límite superior del IC al 95%. En las otras dos modalidades el cambio resultó inferior al antes señalado. La FC fue modificada por el TPC Estimulante y por el Adormecedor de igual forma, hasta 4 lat/min, pero el TPC Relajante logró moverla hasta 12 lat/min datos registrados al límite superior del IC al 95 %.

En la TAS se destacó la influencia del TPC Relajante al lograr que se moviera hasta 14 mmHg, para las dos restantes modalidades la modificación pudiera alcanzar valores de hasta 7mmHg según valores del límite superior del IC al 95%. El cambio de la TAD tuvo

expresiones similares en las tres modalidades de tratamiento, ligeramente más elevadas al aplicar el TPC Relajante con modificación de hasta 4mmhg registrado en IC superior.

Al relacionar la modificación de parámetros fisiológicos producida por el TPC y las características personalológicas todas las modalidades fueron útiles para los pacientes por las modificaciones fisiológicas que provocaron al ser aplicadas, pero es evidente que el TPC de mayor efectividad fue el Relajante, siendo altamente favorecidas las personalidades de rasgo ansioso alto, con pensamiento rumiativo alto y los que son extremadamente vulnerables al estrés. Por las peculiaridades de estas características personalológicas pueden desempeñar una función de predisposición o hacer más vulnerables a las personas que son portadoras de ellas frente al estrés, aunque la evaluación cognitiva es el factor fundamental del que depende una respuesta ante los estímulos estresores, produciendo la subsiguiente respuesta fisiológica con toda la cascada de reacciones que aparecen en tales casos. Al ser el SNS el principal mediador de dicha respuesta, aumenta el ritmo cardiaco y la presión arterial (Álvarez, 2001, Carrobes, 1996). Los resultados expuestos adquieren mayor veracidad al remitirnos a estudios realizados acerca de los sujetos con rasgo ansioso alto de la personalidad, caracterizados por mantener una alerta fisiológica, intranquilos, respuestas rápidas y magnificada a los estresores que de manera directa repercute negativamente en la estabilidad fisiológica y psicológica de las personas (Fernández- Abascal et. al, 2003, Hernández et. al, 2003).

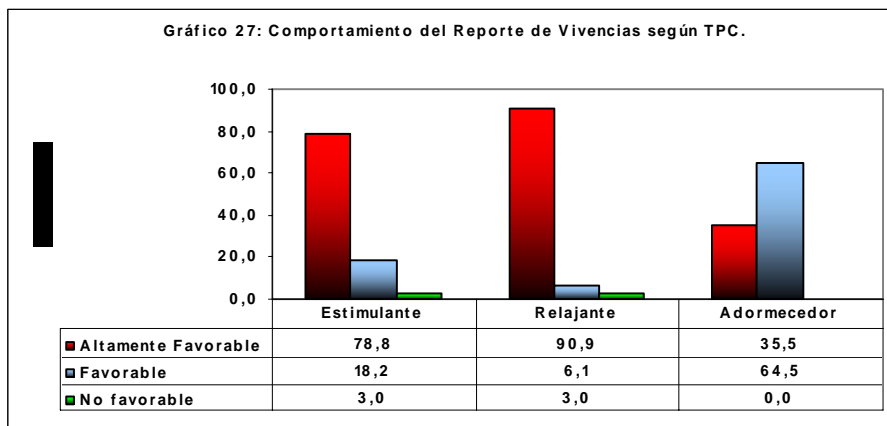
También en la literatura científica que aborda la supresión de pensamientos rumiativos se señala la importancia de esta tendencia en la etiología y mantenimiento de diferentes desajustes emocionales como la depresión, la ansiedad, el estrés y otras, enfatizan que las personas con rumiación como estilo de afrontamiento se caracterizan por estar centradas en la emoción, con alto grado de malestar que repercute de forma negativa sobre el estado de ánimo de la persona, interfiriendo en su rendimiento, reflejando dificultades que se aprecian en los procesos básicos de la Actividad Nerviosa Superior- la excitación y la inhibición-, datos que un tanto esclarecen el por qué la relajación puede influir en la modificación de los parámetros fisiológicos (Antman y Braunwald, 2005, Casanova ,Herrera, Fernández - Berrocal,2004. Guyton y Hall, 1996, Robles y Peralta, 2006).

Cualquier tratamiento capaz de reducir la ansiedad en los pacientes infartados disminuye el riesgo de actividad ectópica (Eagle et. Al., 1991), si por demás logra mejorar las alteraciones del ritmo vigilia-sueño producida por las alteraciones emocionales la importancia de las técnicas de relajación se remarca porque el sueño cumple un papel protector del músculo cardiaco (Muñoz, Fernández-Abascal y Labrador, 1989).

En esta área del saber existe una considerable evidencia, procedente de diversas investigaciones (Alexander et. al, 1996, Amigo, González y Herrera, 1997, Davidson et. al, 2000) de que la práctica de la relajación puede promover reducciones clínicamente significativas de la PA. Una revisión meta-analítica y cualitativa destaca las posibilidades del entrenamiento autógeno como tratamiento de elección para la prevención de la angina de pecho y en la rehabilitación postinfarto (Linden, 2000).

Estudios de esta línea atestiguan que la combinación de la música, representación de imágenes y respiración pueden producir un fuerte desahogo emocional (Burton, 1999).

Las vivencias referidas por los sujetos que recibieron el tratamiento con TPC complementan los resultados numéricos hasta ahora explicados (Ver anexo 33).



Fuente: Tabla 22.

El uso de técnicas de relajación (TPC) en sus diferentes modalidades evidenció que su aplicación es posible en pacientes infartados en periodo crítico y quedó probada su efectividad al mejorar estados emocionales negativos, inducir sueño en la mayoría de los pacientes que refirieron grandes dificultades para conciliarlo después del ingreso, además de favorecer el comportamiento de algunos parámetros fisiológicos. Por tales razones puede ser incluido en la terapéutica que se les brinda a estos pacientes durante su

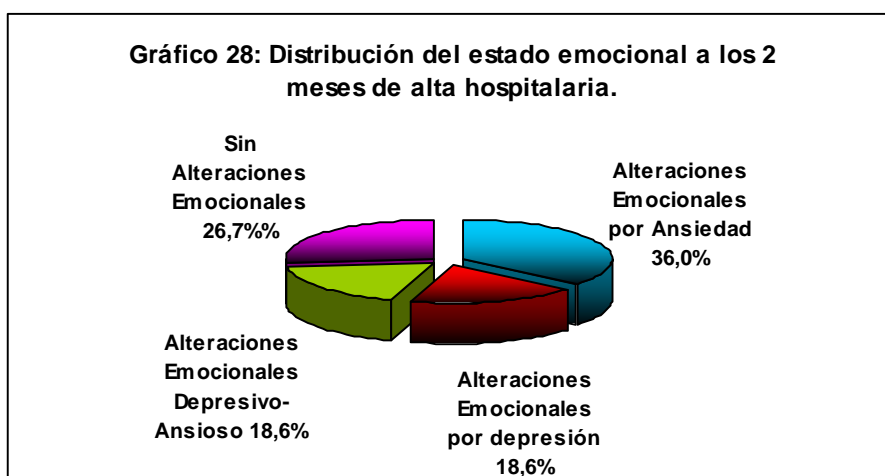
estancia en el hospital y puede sugerirse tener en cuenta rasgos psicológicos a la hora de decidir que modalidad seleccionar para el tratamiento, se recomienda además su uso para contrarrestar alteraciones emocionales en situaciones de la cotidianidad.

Análisis y discusión de la efectividad de la estrategia en la posthospitalización según modificaciones conductuales y participación de la familia en la rehabilitación cardiovascular.

El periodo que transcurre desde el alta hospitalaria después del IMA hasta el momento en que el paciente se incorpora al tratamiento concebido para la segunda fase de la rehabilitación cardiovascular es una etapa difícil para el infartado en tanto se inician los primeros reajustes a la nueva vida, con alto riesgo para la recurrencia del evento coronario si no se asume una conducta consecuente en la adopción de estilos de vida cardiosaludables. Es la razón por la que a los dos meses se exploraron algunos de los aspectos trabajados en el periodo de hospitalización.

Prevalencia del estado emocional de los pacientes a los dos meses del alta hospitalaria.

Al comparar el estado emocional de los pacientes al egreso hospitalario con el que poseían dos meses después se constató un aumento en las cifras de pacientes con alteraciones emocionales, datos que se recogen en la tabla 24. Al egreso sólo el 15,5% tenían ansiedad situacional alta y el 18,6% media. La depresión estaba presente en el 15,5% de los pacientes (tabla 16). Después hubo un aumento notorio de éstas alteraciones a expensas del aumento de pacientes portadores de estados depresivos y ansioso-depresivo (37,2%) (Ver gráfico 28).

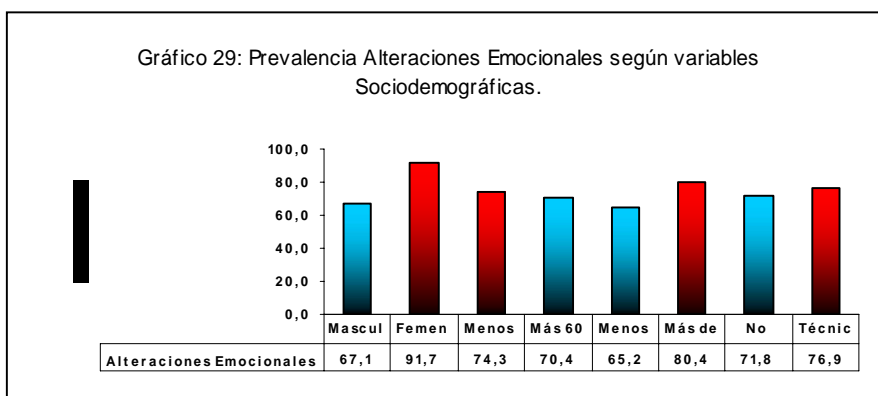


Fuente: Tabla 24.

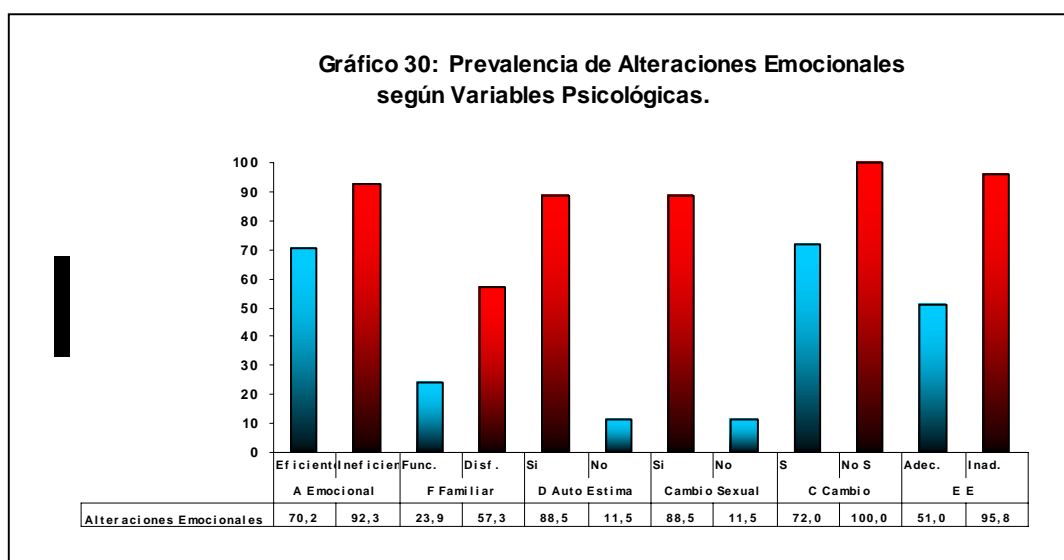
El análisis de las variables estudiadas permite tener una idea de cómo pudieran estar influyendo éstas en el estado emocional de los pacientes con IMA, el propósito expreso de este objetivo no es otro que describir y estimular estudios posteriores que permitan destacar cuales de estas variables pudieran estar contribuyendo en la aparición de dichas alteraciones, para facilitar el análisis se procedió a considerar como referencia aquellas categorías que por conocimiento previo se consideraban menos relacionadas con la aparición de desajustes emocionales (Ver tabla 25). De las sociodemográficas nótese que las mujeres tenían prevalencia de alteraciones emocionales superiores a los hombres (RP=1,36), se encontró además una prevalencia mayor de desajustes emocionales en los pacientes de mayor instrucción escolar (80,4%) (RP=1,23), los sujetos menores de 60 años tenían prevalencia de alteraciones emocionales más altas que los mayores de esta edad (RP=1,23) y referido a la ocupación no se observan diferencias que pudieran estar repercutiendo en la aparición de alteraciones emocionales (RP=1,07) (Ver gráfico 29).

En relación a las variables psicológicas y alteraciones emocionales en los pacientes, se observó que la prevalencia más alta de estas últimas estuvo presente en los que asumieron afrontamiento emocional ineficiente respecto a los que lo asumieron de forma eficiente en el post-infarto (92,3% y 70,2%) (RP = 1,31), también prevalecieron más dichas alteraciones en los pacientes con familias disfuncionales (RP = 2,31). El enfrentamiento inadecuado a la enfermedad muestra una mayor prevalencia de alteraciones emocionales, en relación a aquellos que se enfrentaron de forma adecuada (95,8 % y 51,0%), (RP=1,87) y en los que refirieron disminución de la autoestima la prevalencia de desajuste emocional superó a los que la conservaron (RP=1,47). Los cambios en el comportamiento sexual indujo prevalencia de afecciones emocionales en el 88,5% de los sujetos, superior a los que no tuvieron dificultades en la respuesta sexual (11,5%) (RP = 3,69), mientras que la prevalencia de afectación emocional fue del ciento por ciento en los pacientes que no lograron alcanzar una conciencia de la necesidad del cambio al egreso hospitalario (Ver gráfico 30).

Las variables que fundamentalmente se asociaron a la aparición de alteraciones emocionales según los resultados comentados anteriormente resultaron ser: los cambios en la respuesta sexual y la disfuncionabilidad familiar.



Fuente: Tabla 25.



Fuente: Tabla 25.

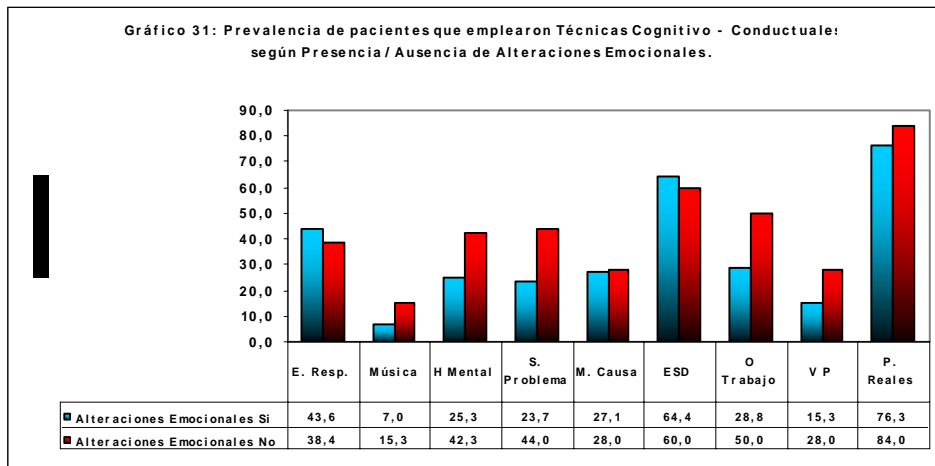
Leyenda:

A emocional: Afrontamiento emocional
 C. Sexual: Cambios respuesta sexual.
 D. autoestima: Disminución autoestima

M.Status F: Modificación del. status familiar
 F. Familiar: Funcionabilidad familiar
 E E: Enfrentamiento a la enfermedad

El análisis de la práctica de técnicas de regulación emocional permitió definir qué sujetos las incorporaron en mayor o menor medida según presencia o ausencia de alteraciones emocionales (Ver tabla 26). Las más utilizadas tanto por los que tenían alteraciones emocionales como por los que no las tenían fueron los ejercicios respiratorios y técnicas cognitivas. La prevalencia de estas prácticas siempre fue más elevada en los sujetos sin alteraciones emocionales que con alteraciones emocionales, excepto los ejercicios respiratorios al ser la prevalencia superior en los sujetos afectados emocionalmente (43,2% y 39,1%), mientras que el uso de técnicas cognitivas siempre prevaleció en los sujetos sin alteraciones emocionales: evitar situaciones que lleven al descontrol (66,0% y 63,9% respectivamente), ajustarse a posibilidades reales (83,5% y 76,2%), seguido de la

búsqueda de la solución de problemas (44,3% y 23,7%) y de la organización del trabajo (51,5% y 28,8%). Fue más alta la prevalencia de la realización de actividades de higiene mental para amortiguar el efecto negativo de las emociones en los pacientes sin alteraciones emocionales que en los portadores de ellas (42,2% y 24,7%), (Ver gráfico 31).



Fuente: Tabla 26.

Leyenda:

S. Problemas: Solución de problemas

H. Mental: Higiene mental.

M Causa: Manejo de causa.

ESD: Evitar situaciones que descontrolen.

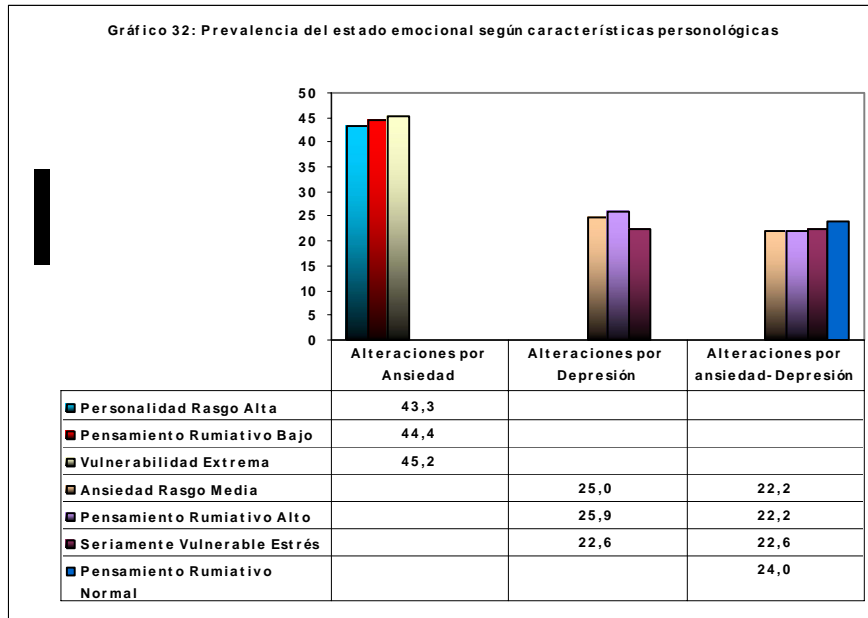
O.Trabajo: Organización trabajo.

VP: Variación del pensamiento.

P. Reales: Posibilidades reales

Referente a las características psicológicas estudiadas en los pacientes la prevalencia de alteraciones emocionales, resultados que se muestran en la tabla 27, obsérvese que las alteraciones por ansiedad tuvieron una alta prevalencia en aquellos pacientes con ansiedad alta como rasgo de la personalidad (43,3%), en los que son extremadamente vulnerables al estrés (45,2%) y en los pacientes con pensamiento rumiativo bajo (44,4%). Prevalió la presencia de alteraciones emocionales por depresión en los pacientes con pensamiento rumiativo alto (25,9%), en los que tenían ansiedad media como rasgo de la personalidad (25,0 %) y en los seriamente vulnerables al estrés (22,6%). La prevalencia más elevada de ser portadores de alteraciones emocionales ansioso-depresivo fue para los sujetos con pensamiento rumiativo normal (24%) y para los que tenían ansiedad rasgo media, pensamiento rumiativo alto y los que son extremadamente vulnerables al estrés (22,2 %, 22,2% y 22,6% respectivamente). Cuando coexistieron en un mismo sujeto la ansiedad alta como rasgo de la personalidad, el pensamiento rumiativo alto y extrema vulnerabilidad al estrés la prevalencia de estar emocionalmente afectados fue elevada,

82,7% de los sujetos refirieron sintomatología típica de desajuste emocional. Estos resultados se muestran de forma gráfica a continuación:



Fuente: Tabla 27.

La presencia de características y rasgos de la personalidad se vincularon de manera importante a la tenencia de alteraciones emocionales, estos resultados se avienen con los estudios realizados por diversos autores al describir las características personalógicas de pacientes portadores de enfermedades cardiovasculares (Hernández et al, 2003, Hernández et al, 2005, Fernández-Abascal, et al, 2003). La literatura científica sobre inteligencia emocional sugiere que la supresión de pensamientos rumiantes guarda relación con la etiología de trastornos mentales como la depresión, ansiedad generalizada y otras, sobre todo si se convierte en estilo de afrontamiento, entonces se caracteriza por estar centrado en la emoción e implica dirigir la atención hacia los sentimientos y pensamientos negativos de forma pasiva y repetitiva (Goleman, 1997).

Se incorporaron al estilo de vida de un grupo de sujetos la práctica de técnicas de regulación emocional convirtiéndose en recursos para conducir las reacciones emocionales y sustituir el programa de conducta por nuevas formas del comportamiento aprendidas (Goleman, 1997) y en un recurso protector de afrontamiento a las emociones en el proceso de rehabilitación cardiovascular (Lazarus y Lazarus, 2000).

La naturaleza de los recursos interpersonales encontrados en el apoyo social (AS) afecta a la situación del enfermo y puede reducir ó aumentar la calidad de vida tras un IAM (Barsky, 2005, Friis y Taff ,1986). En los pacientes del estudio portadores de alteraciones emocionales hubo un predominio de disfuncionabilidad familiar, fenómeno que pudo interferir en el apoyo brindado por la familia.

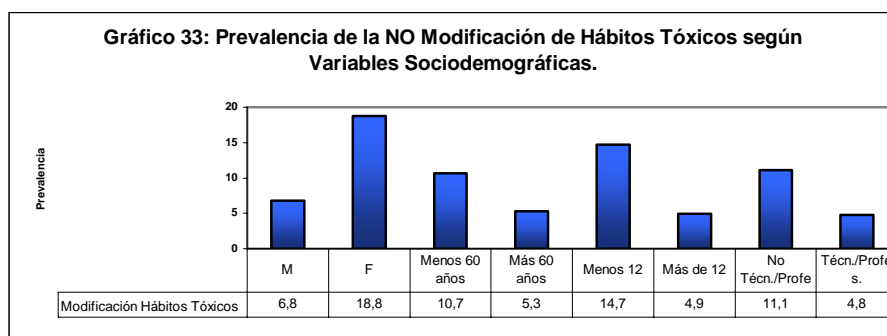
Coinciden los datos obtenidos con los resultados de otras investigaciones los que han identificado un aumento de la depresión post IMA de hasta un 40-65% (Frassure-Smith, 1993), mientras que otros reportes investigativos plantean su incremento hasta en un 20% (Horst, 1999). El estudio de NHANES I (*National Health and Nutrition Examination Survey*) (Ferketich et. al, 2000) evaluó a la depresión como factor predictivo en la morbilidad de EC, otras investigaciones respaldan este planteamiento (Carney, et al, 2001, Rosengren et. al, 2004, Yusuf, et al, 2004). Por su parte la Dra. E. Hernández (Cuba) constató que al inicio de la segunda fase de la rehabilitación cardiovascular los pacientes infartados tenían una situación emocional desfavorable que se vinculaba a las limitaciones que impone la enfermedad, sintiéndose obligados a reestructurar su sistema motivacional, esto se asocia a la actitud que asumen las personas con que se vinculan en cuanto al manejo y orientación, creando con frecuencia frustración y sentimientos de minusvalía (Hernández et al, 2003, 2005).

Informes investigativos de otros autores plantean que puede haber disminución en la Calidad de vida (CV) del paciente después del IMA haciéndose más evidente por alteraciones en el Componente Emocional. Aproximadamente 2/3 de los pacientes que han sufrido un IMA tienen una disminución significativa de la actividad sexual tras dicho episodio por distintas causas (González y Castellanos, 2006, Papadopoulus, 1978). También se ha descrito la existencia de disfunción sexual en porcentajes variables entre 38 y 78 % y es frecuente tanto en mujeres como en hombres (Ámsterdam et al, 1977, Barsky, 2005, Maroto, et al.1992.). Debido a la connotación que la sexualidad tiene en nuestra sociedad es lógico que una pérdida o disminución de facultades en este sentido genere una gran preocupación y depreciación de la autoestima siendo fuente de desajustes emocionales en este grupo poblacional (González y Castellanos, 2006).

Prevalencia de la modificación de hábitos tóxicos de los pacientes dos meses después.

Del total de los sujetos del estudio 75 tenían hábitos tóxicos al producirse el evento isquémico. A los dos meses la modificación conductual de estos hábitos se comportó de la siguiente manera: en el 52,2 % la modificación fue total, en el 38,7% la modificación fue parcial y sólo el 9,3% de los sujetos no lograron modificar los hábitos tóxicos (Ver tabla 28 y 29).

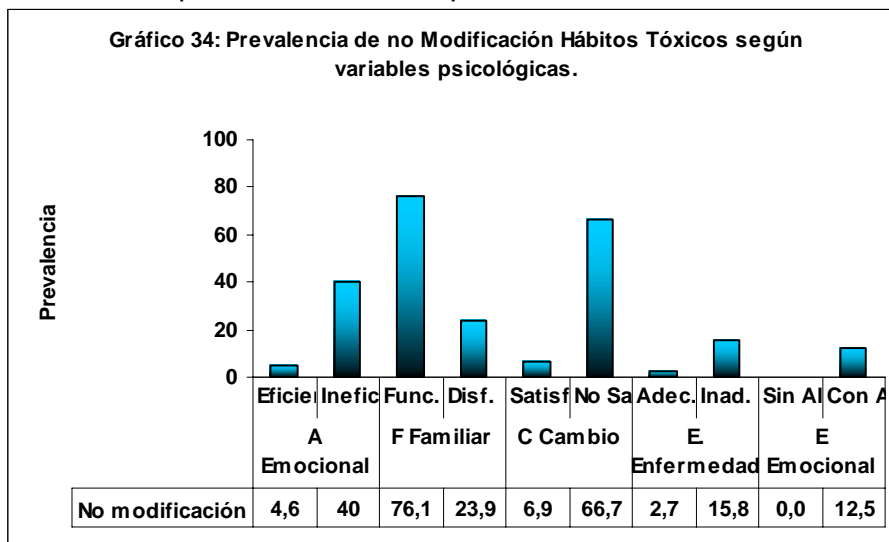
La relación entre la modificación de hábitos tóxicos y variables sociodemográficas y psicológicas quedaron plasmadas en la tabla 30. Apréciase que en la no modificación de estos hábitos la prevalencia más alta fue para los sujetos menores de 60 años (10,7%) que en los mayores de esta edad (5,3%) con $RP=2,03$, en los pacientes con menos de 12º. la prevalencia fue más alta que en los de mayor escolaridad (14,7 y 4,9%) con $RP=3.01$. En cuanto a la ocupación los no técnicos, ni profesionales fueron más dados a la no modificación que los técnicos y profesionales con prevalencia de 11,1% y 4,8% respectivamente ($RP= 2.33$) (Ver gráfico 33).



Fuente: Tabla 30.

Las variables psicológicas que parecen interferir más en la no modificación de los hábitos tóxicos fueron la no concientización de la necesidad del cambio, siendo más alta la prevalencia en los pacientes que no la adquirieron que en aquellos que si lograron concientizarla ($RP = 9,60$). En los pacientes que tuvieron enfrentamiento inadecuado a la enfermedad prevaleció la no modificación en el 15,8 %, mientras que en los que tuvieron enfrentamiento adecuado sólo el 2,7% no cambió, ($RP = 5,84$), el ser portador de alteraciones emocionales probablemente esté propiciando una prevalencia superior en la no modificación de conductas tóxicas que en aquellos pacientes que refirieron sentirse emocionalmente estables ($RP = 5,26$). También en los sujetos con afrontamiento ineficiente a las emociones prevaleció la no modificación respecto a aquellos que refirieron

afrontarlas de forma eficiente (RP=8,66). La funcionalidad familiar no favoreció el cambio, 76,1% de los que no modificaron pertenecían a familias funcionales (Ver gráfico 34).



Fuente: Tabla 30.

Leyenda:

Emocional: Afrontamiento emocional.

F.Familiar: Funcionabilidad familiar.

C. Cambio: Conciencia de la necesidad del cambio.

E. Enfermedad: Enfrentamiento a la enfermedad.

E. Emocional: Estado emocional.

Se destacan, según lo comentado anteriormente, como variables que pudieran estar contribuyendo a no favorecer el cambio conductual de hábitos tóxicos en los sujetos estudiados: la no concientización del cambio, ineficiente afrontamiento emocional, inadecuado enfrentamiento a la enfermedad, tener desajustes emocionales, tener menos de 12^o, ser no técnico ó profesional, y tener menos de 60 años.

Los resultados acerca de la modificación de hábitos tóxicos en los sujetos del estudio fueron positivos. Ello concuerda con reportes de otras investigaciones que plantean que la duración de la estancia hospitalaria y el consejo intensivo durante la recuperación del episodio agudo parecen importantes para conseguir tasas superiores de abandonos sostenidos (Di Tullio et al 1991), así también fue registrado por Galván et al. al implementar un programa de educación sencillo en pacientes coronarios en el momento del alta hospitalaria (Galván et al. 2004). Al parecer los resultados finales guardan relación con la interiorización por parte de los pacientes de la necesidad de modificar la conducta tóxica para su mejor evolución convirtiéndose en motivo concientizado regulador de la conducta (Fernández,2003, González,1983), también el percibir que pueden enfrentar con mayor eficiencia las emociones con los recursos psicológicos

aprendidos aspecto que puede contribuir a la regulación emocional en el periodo de abstinencia de hábitos nocivos, así la totalidad de pacientes que no tenían alteraciones emocionales modificaron su conducta ante los tóxicos contraindicados para la enfermedad.

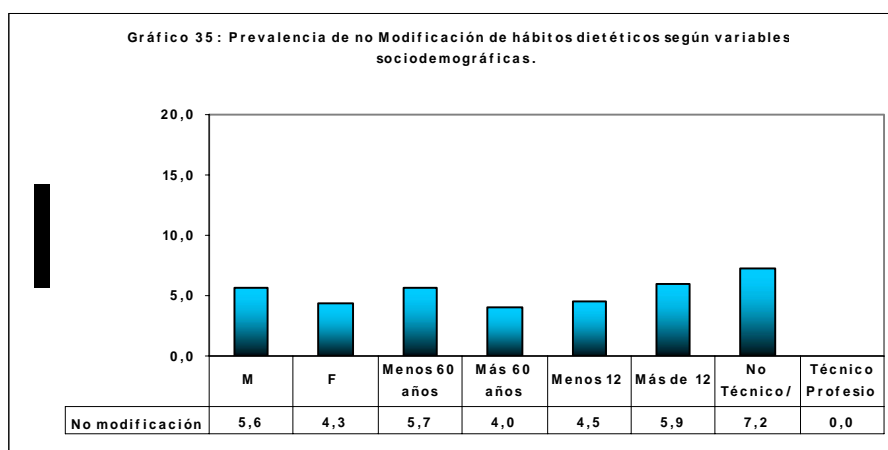
El efecto beneficioso del abandono del tabaco ha sido especialmente estudiado en la disminución de las muertes después de un infarto, se piensa que puede disminuir el riesgo de mortalidad hasta en un 46 % (Critchley, 2003, Hlatky y Marx, 2005, Rea et al, 2002, Wilson et. al, 2000).

Limitar o adecuar la ingesta de alcohol tiene una relación lineal con los valores de presión arterial al igual que evitar la ingestión excesiva de cafeína (Puddey, Beilin, Rakicc, 1997, Stamler, Caggiula, Grandits, 1997).

Prevalencia de la modificación de hábitos dietéticos de los pacientes dos meses después.

Al ingresar los pacientes infartados estudiados en la sala de cardiología 95 del total tenían hábitos dietéticos nocivos. En la fase de convalecencia la modificación favorable fue notoria al modificar totalmente los hábitos nutricionales el 42,2% de los pacientes, el 38,1% parcialmente y sólo el 17,5% no logró cambio alguno (Ver tabla 31 y 32).

En la mayoría de las variables sociodemográficas no se observaron diferencias importantes en la prevalencia en cuanto a la no modificación de hábitos dietéticos de los sujetos. Sólo la ocupación marcó diferencias, al tener los no técnicos, ni profesionales (7,2 %) prevalencia en la no modificación con respecto a los técnicos y profesionales con (RP=1,40) (Ver tabla 33). Los resultados se ilustran en el siguiente gráfico:

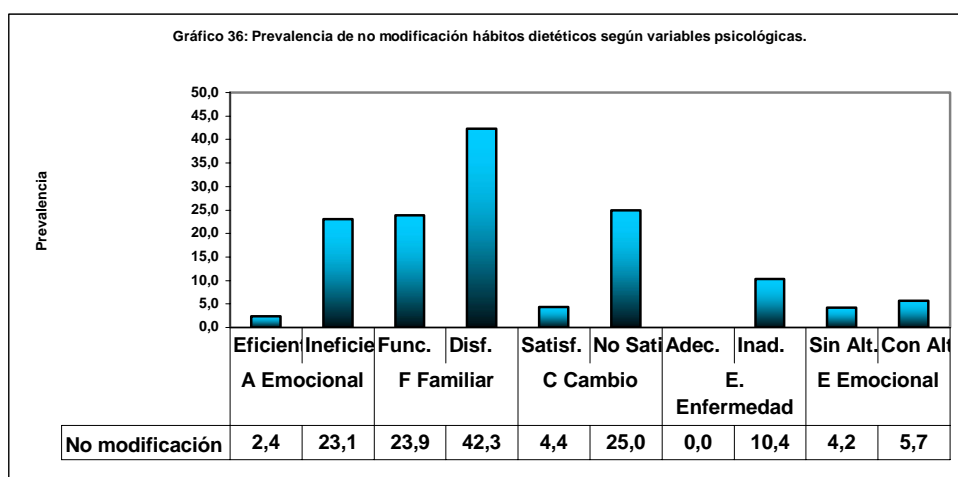


Fuente: Tabla 33.

Obsérvese en la tabla 33 el comportamiento de la relación que se estableció entre la modificación de hábitos dietéticos y variables psicológicas, en los pacientes que tuvieron un afrontamiento emocional ineficiente a las emociones la prevalencia en la no modificación de su conducta fue superior a los que tuvieron un afrontamiento eficiente (RP=9,46), en los pertenecientes a familias disfuncionales la prevalencia en la no modificación se situó por encima de los que pertenecían a familias funcionales (42,3% y 23,9%) (RP= 2,58). El enfrentamiento inadecuado a la enfermedad probablemente conduzca a que se observen prevalencias altas en la no modificación respecto a aquellos pacientes que la enfrentaron adecuadamente (RP= 2,09), mientras que el no haber adquirido una conciencia de la necesidad del cambio en la fase hospitalaria evidenció una prevalencia más alta en la no incorporación de la dieta cardiosaludable respecto a aquellos sujetos que lograron alcanzarla (RP= 6,13).

Para los pacientes que tenían alteraciones emocionales la prevalencia en la no modificación de hábitos dietéticos fue ligeramente más alta que en los que no las tenían (RP=1,35) (Ver gráfico 36).

Los aspectos que más parecen estar asociados con la no modificación de hábitos nutricionales en los sujetos del estudio (expresado en RP) fueron: ineficiente afrontamiento a las emociones, la disfuncionabilidad familiar, el enfrentamiento inadecuado a la enfermedad y la no concientización de la necesidad del cambio.



Fuente: Tabla 33.

Leyenda:

E Enfermedad: Enfrentamiento a la enfermedad

A Emocional: Afrontamiento emocional

F. Familiar: Funcionabilidad familiar

C Cambio: Conciencia de la necesidad cambio

E. Emocional: Estado emocional

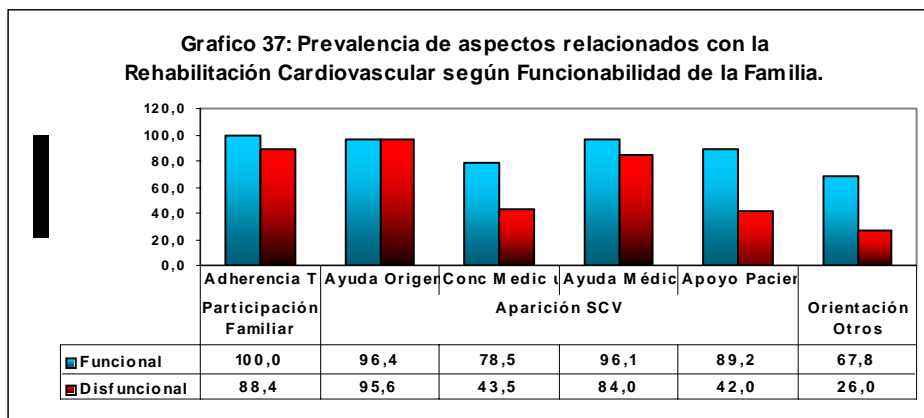
La modificación de actitudes en las personas que sufren IMA depende de varios factores entre los que se señala la posición que asume el individuo ante su situación social presente y de la visión de futuro (Fernández-Abascal et al, 2003, Nieto-Munuera et al, 2004). Se revela en los cambios conductuales asumidos por los pacientes el gran valor otorgado por Vigotsky a la unidad de lo cognitivo y lo afectivo en la regulación conciente de la personalidad (Vigotsky, 1987), también defendido y argumentado por González Rey (Fernández, 2006, González, 1983). Un elevado número de sujetos al alta hospitalaria habían incorporado la necesidad del cambio, convirtiéndose posteriormente en motivo regulador de la conducta estimulando la modificación de hábitos nutricionales. Las modificaciones dietéticas contribuyen de manera importante en la reducción de peso y en el control de la HTA, factores decisivos a controlar en la prevención secundaria del IMA y a la reducción de la mortalidad (Whelton et al.1998), argumentándose además que incorporar una dieta cardiosaludable puede reducir el riesgo de mortalidad de los pacientes infartado hasta en un 17% (Hopper, 1999). Los cambios que se consiguen introducir en la dieta, junto al ejercicio físico y en el abandono del hábito tabáquico constituyen la base de la terapia de los pacientes con enfermedad coronaria establecida (Bairey, Rozanski , Forrester ,1997).

Lograr reducciones en la mayoría de los pacientes infartados de tóxicos contraproducentes para la salud cardiovascular, la incorporación de dieta cardiosaludable y la adquisición de recursos psicológicos que contribuyan a contrarrestar las emociones negativas en este periodo de readaptación al nuevo estilo de vida conlleva a una mejora en la Calidad de Vida (CV) (Gaziano et. al, 2005) a incentivar conductas de autocuidado y a desarrollar recursos protectores de salud. Los resultados obtenidos se contraponen a lo planteado por Peck y King (1985) referente a que las prescripciones que requieren un plazo largo no son seguidas por el 50 % al inicio del tratamiento y este porcentaje se va incrementando a medida que pasa el tiempo.

Participación de la familia aspectos vinculados a la Rehabilitación Cardiovascular.

La educación de la familia para lograr su participación en la RC del paciente infartado tuvo resultados positivos en la fase de convalecencia. Obsérvese en la tabla 34 que las familias funcionales prevalecieron en la participación del cumplimiento del tratamiento

médico con respecto a las disfuncionales (100% y 88,4%) así también sucedió con el conocimiento de los medicamentos a utilizar ante la aparición de síntomas dolorosos donde el 78,5% de los miembros de familias funcionales lo conocían y sólo el 43,5% de los miembros de las disfuncionales. En el reconocimiento del origen de los síntomas se establecieron diferencias no muy marcadas entre los sujetos pertenecientes a familias funcionales y disfuncionales (96,4% y 95,6%) Al explorar lo referente a la búsqueda de ayuda médica ante la aparición de síntomas cardiovasculares, hubo una prevalencia mayor para las familias funcionales con relación a las disfuncionales (96,1% y 84,0%). Prevalció en los sujetos pertenecientes a familias con adecuada funcionabilidad la necesidad de apoyar emocionalmente al paciente ante la aparición de síntomas, con respecto a los pertenecientes a familias disfuncionales (89,2% y 42,0%), en cuanto a la transmisión a otros miembros de la familia acerca del manejo adecuado del paciente el 67,8% de los familiares miembros de familias funcionales lograron ponerlo en práctica a diferencia de los sujetos que pertenecen a familias disfuncionales (26,0%) (Ver gráfico 37)



Fuente: Tabla 34.

Leyenda:

Aparición SCV: Aparición síntomas cardiovasculares

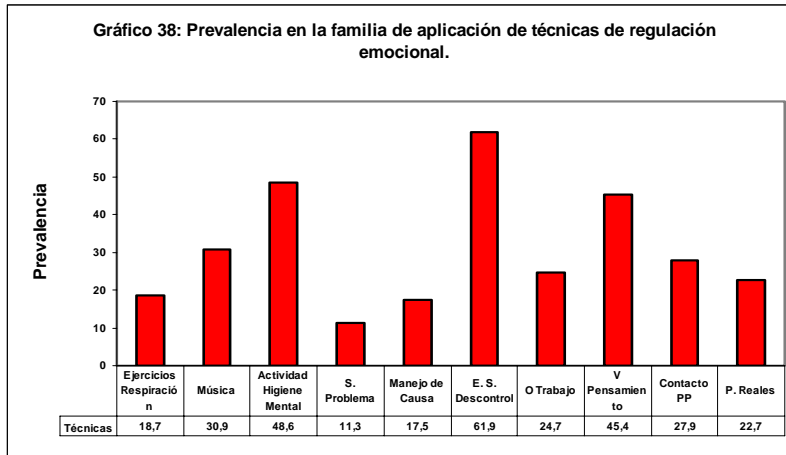
Conc medic usar: Conocimiento del medicamento a usar

Ayuda origen: Ayuda reconocer origen de los síntomas

Adherencia TM: Adherencia al tratamiento médico

En la tabla 35 se expone la participación de la familia en el proceso de afrontamiento a las emociones. Obsérvese que las técnicas de mayor aplicación fueron: orientación de estrategias de variación del pensamiento (45,4%) y de evitar situaciones que produzcan descontrol (61,9%) y de otras técnicas como la utilización de la música (30,9%) y la

orientación de actividades de higiene mental (48,6%). Otros recursos fueron menos utilizados (Ver gráfico 38).



Fuente: Tabla 35.

Leyenda:

S. Problemas: Solución de problemas

V. Pensamiento: variación del pensamiento

E.S Descontrol: Evitar situaciones que descontrolen

O. Trabajo: Organización del trabajo

P. Reales: Ajustarse a posibilidades reales

Contacto P.P: Contacto piel-piel

La participación familiar es parte del apoyo social que brinda la familia en situaciones de enfermedad (Louro, 2005, Arés, 2003). El conocimiento de las situaciones referidas al manejo de la enfermedad es de gran importancia, los resultados del estudio mostraron que su dominio es más alto en las familias funcionales que en las disfuncionales, pero con adecuado nivel de participación en estas últimas tal vez respaldado por las características idiosincrásicas de las familias cubanas donde prima el sentido de la solidaridad y de protección en momentos de crisis (Arés, 2003, 2007). Poder reconocer síntomas del padecimiento cardiovascular ayuda a contrarrestar en el paciente conductas de negación en su aceptación, situación que retrasa la atención médica provocando un gran número de muertes (Barsky, 2005). La falta de información de pacientes y familiares acerca de la enfermedad, de los objetivos perseguidos con el tratamiento y sobre que tipo de actividades son seguras y cuáles no suponen riesgo (Martín y Grau, 2005) por el contrario, cuando se establece una comunicación adecuada permite recordar las recomendaciones (Rodríguez, 1995).

La diferencia que se estableció entre las familias funcionales y disfuncionales para brindar apoyo emocional en el momento de aparición de los síntomas y la transmisión

de conocimientos acerca del manejo del paciente a otros miembros pudiera explicarse porque cuando existe disfuncionabilidad familiar generalmente están más o menos afectados componentes como la comunicación y la afectividad entre sus miembros siendo frecuentemente barreras en el proceso comunicativo, en estos casos no siempre es fuente de apoyo y amortiguadora de estrés (Álvarez, 2001, Louro et. al. 2002).

De forma general las familias de los pacientes infartados pudieron incrementar los recursos de afrontamiento para respaldar el enfrentamiento de su familiar a las nuevas contingencias y en el caso particular de la adherencia terapéutica contribuyó al aumento de la misma lo que fue posible porque comparten creencias, conocimientos del estilo de vida que corresponde con el programa de tratamiento convirtiéndose en agentes que animan el seguimiento de medidas orientadas (Zaldivar, 2003a), puede ser especialmente necesario el refuerzo de allegados y seres queridos para el cumplimiento de las medidas orientadas (Rodríguez, 1995).

Según el Grupo de Trabajo de Rehabilitación Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología, todos los hospitales que traten paciente en fase aguda, principalmente con IMA deben poner en marcha programas de rehabilitación. Estima que se cumple la rehabilitación física, pero no lo referido a rehabilitación psicológica y socio-laboral, pese a que contribuye a una mejor relación coste-beneficio en este campo, consiguiendo un incremento importante de la vuelta al trabajo (se calcula que pueden incrementarse del 30 al 60-70%) (Grupo de Trabajo de Rehabilitación Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología, 1995).

Las modificaciones que se produjeron en la mayoría de los pacientes en hábitos tóxicos y nutricionales así como la incorporación de técnicas de autocontrol emocional, permitió mejorar la adherencia terapéutica y la calidad de vida de los mismos, favorecido por la participación de la familia, que pese a establecerse diferencias en la actuación entre las funcionales y las disfuncionales se consideró adecuada para ambos grupos.

Al concluir la aplicación de la estrategia fueron tomados los criterios de expertos vinculados al trabajo asistencial con pacientes infartados en Fase I obteniéndose criterios muy favorables respecto a la importancia de la misma, elementos que realzan la importancia de la intervención psicológica en esta etapa de la Rehabilitación cardiovascular (Ver tabla 36).

En el transcurso de la intervención fue creciendo el interés médico por los efectos percibidos en pacientes y familiares: reducción en la indicación de psicofármacos, buen estado anímico de los pacientes, se hicieron observaciones acerca de la entrevista medica como “más dinámica “y sobre todo muchos médicos y enfermeras/os tomaron muy en cuenta la utilización de las técnicas de relajación, convirtiéndose en una práctica sistemática con pacientes muy ansiosos o con alteraciones del sueño, utilizándose incluso en las guardias médicas por indicación del médico o por iniciativa del personal de enfermería. Se logró avanzar en la concepción unitaria del hombre, muchas veces olvidada, provocando un acercamiento de los profesionales médicos y enfermeras/os a la Psicología Clínica, ganado con ello la calidad asistencial, las relaciones profesionales en la práctica diaria y el trabajo en equipo.

3.2. Análisis integral de los resultados:

La estrategia de intervención con pacientes infartados hospitalizados partió de las necesidades reales existentes en la provincia de Cienfuegos respecto a la rehabilitación de pacientes coronarios, expuestas por profesionales vinculados al campo de la Cardiología y acorde a los principios básicos que postula el Programa Nacional de Rehabilitación Cardiovascular.

Se corroboró a través del análisis realizado que la estrategia de atención psicológica a pacientes infartados en fase hospitalaria fue efectiva al mejorar el estado del paciente en el periodo agudo del evento isquémico y en la fase posthospitalaria, así como la calidad de la asistencia médica y psicológica brindada, al modificar favorablemente conductas de riesgo cardiovascular como son los hábitos nutricionales y hábitos tóxicos, e incorporaron técnicas de afrontamiento a emociones negativas. También fue favorecida la adherencia al tratamiento médico por parte de los pacientes, respaldado por la intervención familiar que cumplió una función orientadora, de soporte emocional y facilitadora del cambio de estilos de vida.

Según el profesor D. Zaldivar (2002), un estilo de vida saludable constituye un importante factor en la configuración del perfil de seguridad y disminuye el riesgo para enfermar.

Los resultados de las técnicas psicológicas diagnósticas aplicadas hicieron posible una atención psicológica personalizada y a su vez permitieron proporcionar datos de interés a

los profesionales responsabilizados en dar continuidad al proceso rehabilitatorio, complementando la epicrisis médica que se remite al área de atención primaria de salud al anexársele el Modelo de Referencia Psicológica que refleja aspectos de interés para la continuidad del manejo, orientación y tratamiento del enfermo en la fase de convalecencia de la rehabilitación cardiovascular.

El marco general del protocolo de la intervención se adaptó a la situación peculiar de cada paciente, se unió a ello la incorporación de la familia por el rol que desempeña cuando uno de sus miembros enferma incrementando los recursos de afrontamiento y la posibilidad de convertirse en agentes facilitadores del cambio que animan al mantenimiento y ejecución de las medidas orientadas contribuyendo a mejorar la adherencia terapéutica. Pudo establecerse la diferenciación en la actuación y cumplimiento de orientaciones psicológicas entre familias funcionales y disfuncionales.

Quedó demostrada la importancia de la intervención psicológica en el paciente cardíopata en estado de gravedad esclareciéndose su pertinencia y factibilidad para la atención integral del mismo, definiéndose además que las técnicas de relajación utilizadas pueden ser efectivas en el tratamiento de estos pacientes, al mejorar estados emocionales y favorecer parámetros fisiológicos desestabilizados por el propio proceso orgánico que atraviesan y reforzados por factores de índole psicológicos.

Se estableció y comprobó por vez primera en pacientes coronarios en la fase aguda de la enfermedad una nueva forma de intervención psicológica que por sus características se define como un tratamiento psicológico intensivo en situaciones especiales, capaz de mejorar el estado emocional del paciente durante el periodo del internamiento hospitalario y de favorecer el tratamiento médico sin crear interferencias o molestias al enfermo. Además de iniciarse en esta fase de la rehabilitación cardiovascular una labor psicoterapéutica especializada con el objetivo de dar comienzo al proceso de modificación de actitudes para la reincorporación a la vida adecuando el afrontamiento para el ajuste a los cambios que exige una adecuada prevención secundaria de la enfermedad isquémica y dotándolos de recursos personales que les permitió resolver algunas de las situaciones emociógenas generadoras de conflictos, a esto contribuyó el incremento del nivel de conocimiento sobre el Infarto agudo del Miocardio y la relación que guarda con los factores de riesgo asociados al mismo, incrementándose a su vez la percepción de riesgo para la

recurrencia de la enfermedad. Se logró diseñar y aplicar una estrategia de intervención psicológica para esta fase respondiendo a una necesidad de los programas de rehabilitación cardíaca, argumentada por la OMS y respaldada por la política de salud en Cuba.

La intervención psicológica favoreció el estado emocional del paciente en el periodo agudo de la enfermedad con lo que se disminuyó sensiblemente la indicación de psicofármacos (benzodiazepina) remarcándose la importancia del uso de técnicas no farmacológicas en pos del beneficio de estos enfermos, además de disminuir los costos económicos durante la estadía hospitalaria.

La aplicación de técnicas de desactivación fisiológica, de técnicas cognitivas, reflexivo-vivenciales e informativas favoreció el estado emocional del paciente y el nivel de conocimientos, constatándose en cada sesión de la estrategia los avances respecto al conocimiento de sí mismo, de nuevas representaciones sobre su vida emocional propiciando una reorganización interna de las mismas a partir del proceso de aprendizaje, las que de forma cotidiana fueron aplicando al enfrentamiento de situaciones estresantes tanto por la condición de enfermo como por las características del entorno hospitalario. Este proceso de comunicación e interacción de aspectos cognoscitivos y emocionales posibilitó la conformación de vivencias, la que se encuentra en la base del sentido que la información adquiere para el sujeto. Expresado en términos de la Dra. L Fernández (2006, a): vivencia y reflexión se encuentran en un proceso de nutrimento recíproco en el proceso de regulación y autorregulación del sujeto.

A partir de todo este complejo proceso psicológico se logró que la mayoría de los pacientes alcanzaran a conformar la conciencia de la necesidad del cambio y este nivel de concientización posibilitó un mejor enfrentamiento a la vida después del evento isquémico fomentándose las premisas para la percepción del cuidado personal durante el proceso de rehabilitación cardíaca.

La intervención grupal favoreció el intercambio entre personas bajo a una misma contingencia, donde la búsqueda de alternativas y el ajuste al cambio se retroalimentó por las opiniones y reflexiones de cada uno de sus miembros, creándose en cada intercambio satisfacción de sus integrantes, elemento que puede reforzar las actitudes conducentes al éxito. La familia pudo participar activamente en estos debates lográndose

un mayor nivel de sensibilización y responsabilidad ante el rol de facilitador y como agente de soporte social.

El trabajo multidisciplinario se afianzó durante el periodo de intervención, haciéndose manifiesto a través de los resultados, que si bien la atención médica es decisiva, también la atención psicológica define calidad asistencial y respalda el trabajo cardiológico. Para su puesta en marcha exige un adecuado nivel de preparación de los psicólogos que trabajen vinculados a la Cardiología para poder integrarse coherentemente al equipo de salud y definir acertadamente la intervención psicológica, pero también demanda perfilar el pensamiento del personal médico y paramédico en lo referente a la subjetividad de los enfermos que asisten.

Por los objetivos que se declaran en la estrategia puede ser flexible en su aplicación e implementarse en otras instituciones de salud del nivel secundario y primario con miras a la prevención secundaria de la enfermedad isquémica. Pero también puede ser adaptada para instituir la con grupos de personas con riesgo cardiovascular con fines de prevención primaria de dicha enfermedad.

Los resultados obtenidos y analizados permitieron aceptar la hipótesis de trabajo del estudio al confirmarse la efectividad y eficacia de la Estrategia de atención psicológica a pacientes con Infarto Agudo del Miocardio en fase hospitalaria.

Conclusiones

La estrategia de atención psicológica a pacientes con IMA en fase hospitalaria resultó efectiva al lograr cambios significativos en los infartados incluidos en el presente estudio en relación con su estado emocional, forma de enfrentamiento a la enfermedad, incorporación de conocimientos, concientización de la necesidad de la modificación de estilos de vida, capacidad de relajación y variables fisiológicas exploradas y reportó cambios actitudinales en los cuidadores primarios que respaldaron la prevención secundaria, repercutiendo de forma general en el comportamiento de la enfermedad y en la atención integral a estos enfermos.

Los resultados obtenidos en la aplicación de la estrategia de atención psicológica a pacientes con IMA en fase hospitalaria, ofrecen generalizaciones de carácter teórico sobre la efectividad del empleo de este tipo de intervención en pacientes cubanos y brinda datos de interés para la Psicología Clínica y de la Salud y la Cardiología, demostrándose la necesidad de fortalecer la labor asistencial multidisciplinaria en aras de optimizar la asistencia clínica integral de estos pacientes.

La estrategia de atención psicológica aplicada a pacientes con IMA es factible de ser implementada durante todo el proceso de hospitalización sin interferir en los procedimientos de atención médica y de enfermería, complementando el tratamiento integral a la vez que cubre una necesidad existente en los servicios cardiológicos de la atención secundaria.

Se comprobó que las técnicas psicológicas utilizadas para la fase diagnóstica son apropiadas para este tipo de paciente y aportan una importante información, útil para el diagnóstico psicológico y manejo psicoterapéutico del enfermo durante la hospitalización y en la post-hospitalización.

La estrategia diseñada puede ser aplicada por psicólogos especializados en instituciones de salud del nivel de atención secundaria y terciaria que asistan a pacientes con infarto cardiaco en el periodo agudo. Puede reconsiderarse su empleo en policlínicos de atención

comunitaria que tengan salas de Emergencia donde muchas veces también son asistidos pacientes con infarto cardiaco. Tiene la peculiaridad de ser multidimensional y de carácter individualizado, lo que permite intervenir en la problemática personalizada de cada paciente con fines correctivos.

En los pacientes con IMA hospitalizados se detectó la presencia de estados emocionales negativos destacándose la ansiedad, la depresión y el estrés los que formaron parte de la subjetividad de éstos en el momento del debut isquémico, quedó demostrado que dichas alteraciones emocionales pueden ser tratadas de forma sistemática y continuada desde el estado crítico de la enfermedad posibilitando la mejoría de las mismas, lo que coadyuvó al mejoramiento del cuadro clínico general del paciente infartado.

Se demostró la efectividad del instrumento psicológico denominado TPC, insertado en la estrategia de atención psicológica a pacientes con infarto cardiaco hospitalizados con riesgo vital, provocó la atenuación de la ansiedad, la depresión y el estrés logrando un aumento de la capacidad de relajación y modificación del enfrentamiento a situaciones estresantes y a su vez favoreció modificaciones en algunos parámetros fisiológicos. La modalidad terapéutica de este instrumento que tuvo mayor efectividad fue la Relajante.

Se comprobó la importancia del apoyo familiar y en particular del cuidador principal en los pacientes infartados, al corroborarse que estas personas ofrecieron un manejo adecuado a su familiar en el periodo agudo de la enfermedad y participaron de manera acertada en el proceso rehabilitador ayudándolos a la incorporación de estilos de vida cardiosaludables y al cumplimiento de la adherencia terapéutica. Pudo determinarse además las diferencias en la actuación entre las familias funcionales y disfuncionales.

Al evaluar a los pacientes incluidos en el estudio dos meses después de ser aplicada la estrategia de intervención se comprobó que en la mayoría de los casos se habían producido cambios conductuales favorables en la modificación de hábitos tóxicos, hábitos nutricionales y también en cuanto a la incorporación de mecanismos de regulación emocional, indicadores que hablan a favor de la perdurabilidad de las acciones realizadas, las que articulan con el programa de acciones definidas e implementadas para la 2da. Fase de la rehabilitación cardiovascular (Convalecencia).

Al disminuir la indicación de psicofármacos durante la hospitalización y el número de reingresos en el periodo de tiempo evaluado, se comprobó que la estrategia de intervención psicológica tuvo una repercusión favorable en la disminución de los costos económicos dedicados a la atención del paciente infartado.

La estrategia de atención psicológica a pacientes con IMA contribuyó al mejoramiento de la calidad asistencial al establecer un nexo de continuidad entre la fase hospitalaria y la de convalecencia, facilitó a los profesionales encargados de darle seguimiento a los pacientes infartados en la atención primaria de salud datos de interés para el manejo, orientación y tratamiento de los mismos, reflejados en la Hoja de Referencia Psicológica creada con este fin.

El consenso de expertos vinculados a la atención de pacientes infartados avaló la utilidad, pertinencia y creatividad de la estrategia aplicada a pacientes cardiopatas durante el periodo agudo de la enfermedad y reconoció la importancia de los materiales creados para ayudar a la orientación y tratamiento de los mismos y sus familiares, además de sugerir su uso en la tarea de prevención primaria y secundaria de las enfermedades cardiovasculares.

Como hallazgo importante se constató que la labor de prevención primaria del IMA en pacientes con alto riesgo cardiovascular es deficiente, lo que impone la reelaboración de estrategias encaminadas a ello y admite la multisectorialidad e interdisciplinariedad para poder alcanzar objetivos concretos en la labor preventiva de las enfermedades cardiovasculares.

Recomendaciones

Continuar la presente línea investigativa en pacientes portadores de cardiopatía isquémica y sus familiares, con la finalidad de establecer acciones de intervención en la prevención primaria y secundaria de esta enfermedad lo que presupone la creación de una vía adecuada para la disminución de la morbimortalidad por esta causa.

Profundizar en el estudio de características psicológicas y su relación con el comportamiento en el post-infarto para poder definir líneas de intervención psicoterapéutica que favorezcan la rehabilitación cardiovascular.

Valorar la aplicación del tratamiento con Técnicas Psicológicas Combinadas (TPC) empleada en el presente estudio a grupos de pacientes sometidos a la terapia intensiva y con largos periodos de hospitalización donde la relajación y atenuación de los estados de ansiedad, depresión y estrés puedan favorecer una mejor evolución del cuadro clínico del enfermo.

Se sugiere generalizar el empleo de la Guía para cardiópatas como material instructivo en la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares y en particular extenderla a personas que tengan factores de riesgo para padecer de éstas.

Proponer al Grupo Nacional de Rehabilitación Cardiovascular valorar la posible implementación y puesta en práctica de la estrategia en otras unidades de salud que presten atención a enfermos cardiovasculares donde las condiciones objetivas lo permitan.

Considerando la implicación de los factores psicológicos en la etiología y evolución de las enfermedades cardiovasculares y la necesidad de incrementar el apoyo social en los procesos de rehabilitación de las mismas, debe instrumentarse la especialización de psicólogos en Psicocardiología e incluirse en la formación de médicos, enfermeros y tecnólogos de la salud temáticas relacionadas con dichos factores con vistas a lograr un

trabajo multidisciplinario efectivo en la prevención secundaria que abarque todos los aspectos que contempla el concepto de rehabilitación cardiaca.

Considerar como una necesidad del paciente con IMA y la familia la implementación del tratamiento psicológico intensivo durante el periodo de hospitalización, en tanto acompañan a la enfermedad orgánica alteraciones emocionales que entorpecen el bienestar del enfermo y pueden exacerbar el cuadro clínico cardiaco y permite a la vez cierto nivel de preparación para el reajuste a la nueva vida y a disminuir el impacto emocional que generalmente provoca el cambio abrupto del status social y las limitaciones que impone el padecimiento cardiovascular.

Bibliografía

- Alexander, C.N., Schneider, R.H y Stagers. (1996). Trial of stress reduction for hypertension in older African Americans II: sex and risk subgroup analysis. *Hypertension*, 28, 228-237.
- Allison, J. (1970). Respiration changes during transcendental meditation. *Lancet*. 1, 833-834.
- Álvarez, M.A, (1989). *Estrés: Un enfoque psiconeuroendocrinológico*. La Habana: Científico-Técnica. pp. 9-38.
- Álvarez, M.A. (2000). Stress: un enfoque *integral*. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica. pp. 30, 35-42, 84-89.
- Álvarez, R. (2001). *Temas de Medicina General Integral*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. pp. 209-278.
- Álvarez-Gayoli, J.L. (2006). *Sexoterapia integral*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. p. 237- 38.
- Alvin, J. (1984). *Musicoterapia*. Barcelona: Editorial Paidós. pp. 213-20.
- Amaro, L. (2000). *Las propiedades terapéuticas y educativas de la música*. España: Promos Promociones Empresariales. pp. 42, 83 y 235.
- American Psychiatric Association. (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3ra. ed.). Washington, DC: APA.
- Amigo, I., González, A. & Herrera, J. (1997). Comparison of physical exercise and muscle relaxation training in the treatment of mild essential hypertension. *Stress Medicine*, 13, 59-65.
- Amigo, O, Fernández, A & González, A. (2001). Relajación muscular e hipertensión arterial: estudio controlado en pacientes medicados y no medicados. *Psicología conductual*, 9, 131-140.

- Amigo, O., Fernández, A., González, A. & Herrera, J (2002). Muscle relaxation and continuous ambulatory blood pressure in mild hypertension. *Psicothema*, 14, 47-51.
- Amsterdam, B., Amsterdam, E. A., Lee, G., Riggs, K., De María A.N., Mason, D.T. (1977). Sexual counselling and sexual activity in myocardial infarction: Patient attitude and physician
- Antman, E. & Braunwald, E.(2005). Infarto Agudo del Miocardio. En Braunwald, E., Douglas, Z. & Libby, P. *Braunwald's Cardiología. El libro de la Medicina cardiovascular*.(t. 2, pp. 1364-1493) Boston, Massachusetts.
- Arés, P. (1999). Eventos vitales y desarrollo infantil. ¿Riesgo o daño reparable?, En: P,M Arés(ed). *¿En qué tiempo puede cambiarse la mente de un niño?* La Habana: abril pp. 68-73.
- Arés, P. (2003). La intervención familiar en las actuales realidades sociales. *Rev Cub Sexología y Soc*, 9 (21).
- Arés, P.. Importancia de la familia (2007). Conferencia ofrecida en: el Evento Provincial de Psicología. Psico-Cienfuegos. 15,16 y 17 de febrero. Cienfuegos. Cuba.
- Auriol, B. (1992). *Introducción a los métodos de relajación*. California, EE.UU.:Ediciones Mándala. p.34-37.
- Bairey , C.N., Rozanski, A. & Forrester, J.S (1997). The secondary prevention of coronary artery disease. *Am J Med* , 102, 572-81.
- Balaguer, I. (2004). Control y prevención de las enfermedades cardiovasculares en el mundo. *Rev Esp Cardiol*, 57 (6), 487-494.
- Barsky, A,J. (2005). Aspectos psiquiátricos y del comportamiento en las enfermedades cardiovasculares. En Braunwald, E., Douglas, Z., Libby, P. *Braunwald's Cardiología. El libro de la medicina cardiovascular* (t. 3 pp.2764-84). Boston, Massachusetts.
- Belglaan-French Pooling Project (1984). Assessment of Type A behaviour by the Borttner scale and ischemic heart disease. *European heart journal*, 5, 440-446.
- Benenson, R (2005). *Manual de Musicoterapia*. Barcelona: Editorial Paidós.

- Beneit, PJ(1994). Los aspectos psicológicos de los trastornos cardiovasculares. En: *Psicología de la Salud*. Cap. 17. Reig Rodríguez Mira. Edt Mendoza. Buenos Aires. P. 273-288.
- Bernardi, L, Porta, c, Spicuza, L y Sleight, P, (2005). Cardiorespiratory interactions to external stimuli. *Arch Ital Biol*, 143, 215-222.
- Booth-Kewley, S. & Friedman, H. S. (1987). Psychological predictors of heart disease. A quantitative review. *Psychological Bulletin*, 101, 343-62.
- Bozchovich, L. & Blagonadizhina, L. (1978). *Estudio de la motivación en la conducta de los niños y adolescentes*. Moscú: Editorial Progreso.
- Breva, A., Palmero, F., & Fernández-Abascal, E.G. (2001). Hostilidad, Apoyo social y reactividad cardiaca en una situación de estrés. *Ansiedad y Estrés*, 123-138.
- Buchel, C., Morris, J., Dolan, R.J & Friston, K.J. (1998). Brain system mediating aversive conditioning: An event-related MRI study. *Neuron*, 20, 947-57.
- Bueno, A. & Buceta, J. (1994) Intervención psicológica en la rehabilitación de pacientes post-infarto del miocardio. *Jano*, 17, 51-62.
- Bueno, A. & Buceta. J. (1996) Tratamiento psicológico después del infarto del miocardio. En: Buceta, J. & Bueno, A. (Eds). *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades* (pp. 455-93). Madrid: Pirámide.
- Burton, G.(1999). *Medicina alternativa*. EE.UU.:Future Medicine Publishing. pp. 439- 67.
- Byrne, D.G. (1987). Invited review, personality, life events and cardiovascular disease. *Journal of Psychosomatic Research* 31, 661-71.
- Caballo, V., Buela-Casal, G. & Carboles, J.A. (1996). *Manual de psicoterapia y trastornos psiquiátricos*. Madrid, España: Editorial XXI.
- Cadigan, M.E., Caruso, N.A., Haldeman, S.M., McNamara, M.E., Noyes, D.A. & Spadafora, M.A. (2001). The effect of music on cardiac patient on bed rest. *Prog Cardiovasc Nurs* 16, 1, 289.
- Campbell, T.L. (1986). Family's impact on health: a critical review. *Fam Syst Med* , 4, 135-323.
- Cano-Vindel, A. & Miguel-Tobal, J. J.(2001).Emociones y salud. *Ansiedad y Estrés*, 2-3, 111-21.

- Cano-Vindel, A. (2003). Desarrollos actuales en el estudio del control emocional. *Ansiedad y Estrés volumen 9*, 2-3, 203-229.
- Cano-Vindel, A. (2003). *Técnicas cognitivas en el control del estrés*. Trabajo presentado en la Escuela Complutense de Verano "Psicopatología de las emociones, estrés y salud" de la Universidad Complutense de Madrid, España.
- Carrobles, J.A.(1996). Estrés y trastornos psicofisiológicos. En: Caballo, V., Buela-Casal, G., & Carrobles, J. A. *Manual de psicoterapia y trastornos psiquiátricos* (vol. 2, pp. 407-46). España: Editorial siglo veintiuno.
- Carmen, F. J., Sanz, L .J. y Marín, D. (2002). Patrón de conducta tipo A y patología coronaria. *Psiquis*, 23 (1), 22-28.
- Carney RM, Freedland KE, Eisen SA, .Rich MW, Jaffe AS.(1995) Major depression and medication adherence in elderly patients with coronary artery disease. *Health Psychol. Jan; 14(1):88-90.a*
- Carney, R.M., James, A., & et al. (2001) *Circulation*, 104, 2024-8.
- Casanova, C., Herrera, L.F. & Fernández-Berrocal, P. (2004).La estructura de la inteligencia emocional en pacientes portadores de trastornos neuróticos. Tesis de Maestría para optar por el grado científico de Master en Psicología Médica. Universidad Central" Marta Abreu". Santa Clara.
- Cecil. (1988). *Tratado de medicina interna* (20. ed.) La Habana: Editorial Ciencias Médicas. vol. 1, pp. 1, 201-2.
- Clover, R.D., Abell, T.D. & Becquer, LA. (1989) Family functioning and stress as predictors of influenza and infection. *J Fram Pract*, 28, 535-39.
- Coloucci, W. S. & Braunwald, E. (2005). Fisiopatología de la Insuficiencia cardiaca. Cap. 16. Tomo I. En Braunwald, E., Douglas, Z. & Libby, P. *Braunwald's Cardiología. El libro de la Medicina cardiovascular.*(t. 2, pp. 614-651) Boston, Massachusetts.
- Costa Días, C., Mateus, P.S., Mateus, C., Bettencourt, N., Santos, L., Adao, L, & et al. (2004). Síndrome Coronária Aguda e Depressao. *Rev. Port Cardiol* , 24,4,507-16.
- Critchley, J. & et al. (2003). Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 4, 3041.

- Cuba. Ministerio de Salud Pública. (2005) Anuario estadístico de salud. Dirección Nacional de Estadística.
- D'Zurilla, T.J. & Godfried, M.R. (1971). Problem solving and behaviour modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Davidson, R.J., Jackson, D.C. & Kalin, N.H. (2000). Emotion, plasticity, contest and regulation: Perspectives from affective neuroscience. *Psychological Bulletin*, 126, 890- 909.
- De Longins, A., Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1988). The impact of daily stress on health and mood. Psychological and social resources as mediators. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 486-95.
- De Armas, N, Lorences, J & Perdomo, JM. Caracterización y diseño de los resultados científicos como aportes de la investigación educativa. Universidad Pedagógica "Félix Varela. Santa Clara. Artículo metodológico.
- Di Matteo, M. & Di Nicolás, D. (1982). Achieving patient compliance: the psychology of the medical practitioner's role. NY: Pergamon Press.
- Di Tulio, M., Granata, D., Taioli, E., Broccolino, M., Recalcati, F., Zaini, G. & et al. (1991). Early predictors of smoking cessation after myocardial infarction. *Clin Cardiol*, 14, 809-12.
- Dótrez, C., Pérez, R., Córdova, L., Santín, M., Landrove. O. & Macías, I. (1999). Prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial. *Rev.Cubana de MGI*, 15,1,46-47.
- Eagle K, A., Haber, E., De Sacntis, R.W. & Austin, W.G. (1991). *La práctica de la Cardiología. Normas del Massachussets General Hospital* (2. ed.) Buenos Aires: Médica Panamericana. p. 1748-70.
- Epstein, G. (1991). *Visualización curativa*. España: Robinbook S.L.
- Ferketich, A.K., Schwartzbaum, J.A., Frid, D.J. & Moeschberger, M.L. (2000). Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. National Health and Nutrition Examination Survey. *Arch Intern Med*, 160, 1261-8.
- Fernández -Berrocal, P, Ramos, N. y Extremera, N. (2001). Cultura, inteligencia

- emocional percibida y ajuste emocional: Un estudio preliminar. Revista electrónica de motivación y emoción. Vol 4, 8. p. 9-17.
- Fernández -Concepción, O., Verdecie- Fera, O.I., Chávez-Rodríguez, L., Alvarez - González, M. A. y Fiallo-Sánchez, M. C. (2002). Patrón de conducta tipo A y acontecimientos vitales como riesgo para el infarto cerebral. *Neurología*, 7, 622-627.
- Fernández-Abascal, E.G. & Palmero, F. (1999). Emociones y Salud. En E.G., Fernández Abascal, E.G. (Eds.) *Emociones y salud* (pp. 5-17). Barcelona: Ariel.
- Fernández-Abascal, E.G., Martín, M.D. & Domínguez, F.J.(2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Rev. Psicothema*, 15, 4, 615-630.
- Fernández-Abascal, E.G. y Martín, M.D. (2000). Sensibilidad y estabilidad temporal de los índices de reactividad cardiovascular en el afrontamiento activo y pasivo. *Revista Española de Motivación y Emoción*, 1, 11-21.
- Fernández de Juan, T. (2004). *Acerca de Investigaciones Músico terapéuticas*. La Habana: Editorial Academia.
- Fernández, L. (2003). Personalidad y motivación. En: *Pensando en la Personalidad. Selección de Lecturas* (pp. t. 1, pp. 317-35). La Habana: Editorial Félix Varela.
- Fernández, L. (2006 a). La personalidad algunos presupuestos para su estudio. En: *Pensando en la personalidad. Selección de lecturas* (pp. 230-249). La Habana: Editorial Ciencias Médicas
- Fernández, L. (2006 b). El enfoque histórico cultural. Intentando la integración. En *Pensando en la personalidad. Selección de lecturas* (pp. 210-230). La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Fernández-Abascal, E. G (2000). Evaluación y tratamiento psicológico de la hipertensión arterial. J.M. Buceta, A.M. Bueno y B. Más (Eds). *Intervención psicológica en trastornos de la salud*. 79-120.
- Folkman, S. & Lazrus, R.S. (1988). *Manual for the ways of coping questionnaire*. Palo Alto, California, EE.UU.: Consulting Psychologists Press.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F. & Talajic, M. (1993). Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. *JAMA* 270,1819-25.

- Frasure-Smith, N., Lesperance, F. & Talajic, M. (1995). Depression and 18- month prognosis after myocardial infarction. *Circulation* , 91, 999-1005.
- Friedman, M., Ulmer, D., Brown, B., Breall, W. & Dixon, T. (1986). Alteration of Type A behaviour and its effect on cardiac recurrences in post myocardial infarction patients: Summary results of the recurrent coronary prevention project. *American Heart Journal*, 112, 653-665.
- Friedman, R., Schwartz, J.E., Schall, P.L., Pieper, C., Gerin, W. y Pickering, T. G. (2001). Psychological variables in hypertension. Relationships to casual or ambulatory blood pressure in men. *Psychosomatic Medicine*, 1, 19-31.
- Friis, R. & Taff, G. (1986). Social support and social networks and coronary heart disease and rehabilitation. *J Cardiopul Rehabil*, 6, 132-147.
- Gala, F.J., Lupiani, M. & Guillen, C. (2000). Intervención cognitivo conductual en los pacientes post infarto del miocardio. En: JM Alberca, J.M. & Cintas, Ana B. (Comps). *Cuestiones actuales en Psicología Clínica y Psiquiatría* (pp. 13-6). Málaga: Publicaciones del Centro Clínico Los Naranjos.
- Galván, E., Muñiz, J., Gómez, J.J., Cruz, J.M., Castro, A. & Santiago, M.I. (2004). Efecto de un programa sencillo de educación de los profesionales en el cumplimiento de medidas de prevención secundaria en el momento del alta hospitalaria tras un Síndrome coronario agudo: Proyecto CAM. *Rev Esp Cardiol* 57, 11, 1017-28.
- Gaziano, J.M., Manson, J.E. & Ridker, P.M. (2005). Prevención primaria y secundaria de las enfermedades coronarias. Cap. 32. tomo II. En: Braunwald, E., Douglas, Z. & Libby, P. *Braunwald's Cardiología. El libro de la Medicina cardiovascular.*(t. 2, 1276-88) Boston, Massachusetts.
- Gaziano, M.(2000). Influencia global de la enfermedad cardiovascular. En: Braunwald's. *Cardiología. Sección 1. Consideraciones generales sobre enfermedades cardiovasculares.* pag 122
- Ginarte, A. (2001). La adherencia terapéutica. *Rev. Cub Med Gen Integr*, 17, 5, 502-5.
- Giverts, M., Colucci, W. & Braunwald, E. (2005). Aspectos clínicos de la Insuficiencia cardiaca con gasto cardiaco elevado y edema. En: Braunwald, E., Douglas, Z. &

- Libby, P. *Braunwald's Cardiología. El libro de la medicina cardiovascular* (t 2 pp. 652-58). Boston, Massachussets.
- Godoy, J.F. (1999). Psicología de la salud: delimitación conceptual. En: Simón, M.A.(Ed). *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 39-76). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Godoy, J.F. (2006). *Retos de la Psicología de la Salud*. Conferencia impartida en el Primer Congreso Hispano-Cubano de Psicología de la Salud. 6 y 7 febrero. Cienfuegos, Cuba.
- Goleman, D. (1997). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Editorial Kairós.
- González, F.L. (1983). *Motivación moral en adolescentes y jóvenes*. La Habana: Editorial Científico-Técnica. pp. 6-26.
- González, F. (1997). *Epistemología cualitativa y subjetividad*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- González, A. & Amigo, I. (2000). Efectos inmediatos del entrenamiento en relajación muscular progresiva sobre índices cardiovasculares. *Psicothema*, 12, 25-32.
- González, A. & Castellanos, B. (2006). *Sexualidad y género. Alternativas para su educación ante los retos del siglo XXI*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. pp. 62-70.
- González, D.J. (1982). *La motivación. Una orientación para su estudio*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- González, I & Chacón, M. (2003). Diagnóstico e intervención psicológica en la familia del enfermo al final de la vida. En Gómez Sancho, M. (Ed). *Avances en cuidados paliativos* (t. 3, pp. 371-389). Las Palmas de Gran Canaria, España: Gafos.
- Grau, J.I. & Martín, M. (1998). *Estrés, ansiedad, personalidad. Resultado de las investigaciones cubanas efectuadas sobre la base del enfoque personal*. Conferencia impartida en el Congreso Internacional Psico' Salud 92.
- Grau, J. (1982). *Aspectos psicológicos de la ansiedad patológica*. Tesis doctoral publicada por la Editorial de la Universidad Estatal "Lomonosov" de Moscú.
- Grau, J. (1992). *La psicología en la solución de los problemas de la salud pública contemporánea* (pp. 29-34). Conferencia presidencial en la Conferencia

- Internacional Psicología de la salud-92. Sociedad y salud. Vol. 1, número 2. Sonora, México: Universidad de Sonora.
- Grau, J. (1998). La psicología de la salud y las enfermedades crónicas: un paradigma del trabajo futuro. En Rodríguez, G. & Rojas, M. (Eds). *La psicología de la salud en América Latina* (pp. 45-60). México: UNAM.
- Grau, J., Hernández, E. & Vera-Villarroel, P. (2005). Estrés, salutogénesis y vulnerabilidad (2005): En E Hernández, E. & Grau, J. (Eds). *Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones* (pp. 113-66). México: Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.
- Grau, J., Victoria, C.R. & Hernández, E. (2005). Calidad de vida y Psicología de la Salud. En Hernández, E. & Grau, J. (Eds). *Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones* (pp. 201-23). México: Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara.
- Grenet, E. & Martínez, B. (1998). *Relajación*. La Habana: Editorial Academia. p.29,61-62.
- Grupo de Trabajo de Rehabilitación Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología. (1995). Rehabilitación del paciente coronario. Prevención secundaria. *Rev Esp Cardiol*, 48, 643-649.
- Guadarrama, P. & Suárez, C. (2000). *Filosofía y Sociedad*. La Habana: Editorial Félix Varela. t. 2, pp. 723- 35.
- Guyton, A.C. & Hall, J.E. (1996). El sistema nervioso autónomo; la médula suprarrenal. En: Guyton, A.C. *Tratado de fisiología médica* (t. 3, pp. 799-802, 845). New York: Interamericana McGraw-Hill.
- Hackett, T.P. & Cassem, N.H. (1978). Psychological aspects of rehabilitation after myocardial infarction. En Wenger, N.K. & H. K Hellerstein, H.K. (Eds). *Rehabilitation of the Coronary Patient* (pp. 243-53). Chichester, Great Britain: Willey & Sons.
- Haynes, S.G., Feinleib, M. & Kannel, W.B. (1980). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham Study. III eight-year incidence of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 111, 37-58.

- Heberden, W.(1962) Commentaries on the History and Cure of Diseases. Facsimile of the London 1802 Edition, *Hafner Publishing Inc*, New York; 369.
- Herman,C., Brand Driehorst, S., Buss, U. & Roger, U. (2000). Effects to anxiety and depression on 5-year mortality in 5057 patients referred for exercise testing. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 455-462.
- Hernández, A. & Florenzano, R. (1999). *División de promoción y protección de la salud. Familia y adolescencia: Indicadores de Salud. Manual de instrumentos.* Washington, DC: Fundación Kellog.
- Hernández, E. & Grau, J. (2005). Psicología de la salud. Aspectos históricos y conceptuales. En Hernández, E. & Grau A.J. *Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones* (pp. 33-71). México: Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Hernández, E., Palomera , A. & Santos, F. (2003). *Intervención Psicológica en las enfermedades cardiovasculares.* Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud Guadalajara. pp. 21, 33 - 38, 152.
- Hernández, E., Palomera, A., De santos, F. & Zulueta, F. (2005). Psicología de la salud en la atención a enfermos cardiovasculares. En Hernández, E. & Grau A.J. *Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones.* Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. pp. 419-59.
- Hlatky, M, A, Mark.(2005) Análisis económico del tratamiento de las enfermedades cardiovasculares. En: Braunwald, E., Douglas, Z. & Libby, P.*Braunwald's Cardiología. El libro de la Medicina cardiovascular.*(t.1,25-29) Boston, Massachusetts.
- Hopper, L. (1999). GISSI'prevenzione trial. *Lancet*, 354, 1454-1459.
- Hypertension Detection and Follow-up Program Cooperative Study. (1979). Reduction in mortality in persons with high blood pressure, including mild hypertension. *JAMA*, 242, 2562-2571.
- Januzzi, J.L., Stern, T.A. & Pasternak, R.C. (2000). The influence of anxiety and depression on outcomes of patients with coronary artery disease. *Arch Intern Med*, 160, 1913-21.

- Jencks SF, Huff ED, Cuerdon T. (2003) Change in the quality of care delivered to medicare beneficiaries, 1998–1999 to 2000–2001. *JAMA.*;289:305–12.
- Jenkins, C.D. (1998). Epidemiology of cardiovascular disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 324-332.
- Kallio, V., & Cay, E. (2005). *Rehabilitation after myocardial infarction. The European experience*. Public Health in Europe 24, WHO, Copenhagen.
- Kannel, W.B., Wolf, P.A. & Garrison, R.J. (Eds) (1988). *The Framingham study: an epidemiologic investigation of cardiovascular events: thirty year follow-up*. Washington, DC: Government printing office (NIH Publication 88-2969).
- Kaplan, H. & Sadock, J. (2006). *Terapia de grupo*. (3ª edc. p. 22-24, 224-233). La Habana. Editorial Ciencias Médicas.
- Kawachi, I., Sparrow, D., Vokonas, P.S., & Weiss, S.T. (1994). Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease. The Normative Aging Study. *Circulation*, 90, 2,225-29.
- Kubzansky, L.D., Kawachi, I., Spiro, A., Weiss, S.T., Vokonas, P.S. & Sparrow, D. (1997). Is worrying bad for your heart disease in the Normative aging Study. *Circulation*, 95, 818-824.
- Landeta, O. (2000). Efecto amortiguador del apoyo social ante situaciones de estrés: revisión de los mecanismos implicados. *Revista Española de Motivación y Emoción*, 1,149-55.
- Landrove, O. (2003). *Programa Nacional de Enfermedades no Trasmisibles*. III Taller Nacional de Nacional de Hipertensión. Recuperado de: <http://apps.sld.cu/bvs/materiales/programa/hta/introduccion/pdf>.
- Lane, J. D., Pieper, C.F., Phillips-Bute, B.G., Bryant, J.E. y Kuhn, C.M. (2002). Caffeine effects cardiovascular and neuroendocrine activation at work and home. *Psychosomatic Medicine*, 4, 595- 603.
- Lazarus, R.S & Lazarus, B.N. (2000). *Pasión y Razón. La comprensión de nuestras emociones*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

- Lazarus, R.S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44,1-21.
- Lazarus, R.S. (2000). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R.S. (2001). Relational meaning and discrete emotions. En K.R. Acherer, A. Schorr y T. Johnstone (Eds.), *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research* (pp. 37-67). New York: Oxford University Press.
- Le Doux, J.E. & Phelps, E.A. (2000). Emotional networks in the brain. En: Lewis, M. & Havilland Jones, J.M. (Eds.). *Handbook of emotions* Second Edition (pp. 157-172). New York: The Guilford Press.
- Lesperance, F. & Frasure-Smith, N. (2000). Depression in patients with cardiac disease: A practical review. *J Psychosom Res* 2000, 48, 379-91.
- Lesperance, F., Frasure-Smith, N., Talajic, M. & Bourrasa, M.G. (2002). Five year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction. *Circulation*, 1049-53.
- Lewis, M.D. (2000). Emotional self-organization at three times scales. En: M.D. Lewis, M.D. & Granic, E.I. (Eds). *Emotion, development and self-organization: dynamic systems approach to emotional development* (pp.37-69). Cambridge, U.K: Cambridge University Press.
- Lewis T.(1933). *Diseases of the Heart*. New York, *Macmillan Publishing Co. Inc.*; 49.
- Levine SA. (1944) Some harmful effects of recumbency in treatment of heart disease. *JAMA* 126: 80-4.
- Linden, W (2000). Psychological treatments in cardiac rehabilitation: Review of rationales and outcomes. *Journal of Psychosomatic Research*, 48,443-54.
- Llerena, L., & De León, A.N. (1996).Revisión de 2 150 coronariografías. *Rev. Cub Cardiol Cardivasc*, 10, 2, 97.
- López de Sá E, López-Sendón JL, Rubio, R. (1999) Infarto agudo del miocardio: clínica, evolución y complicaciones. En: Delcan JL. Ed *Cardiopatía Isquémica*. Madrid. ENE ediciones:p. 559-602.

- López-Sendon, J. & Coma, I. (1982). Valoración de la función ventricular en la Unidad coronaria. Monitorización hemodinámica. En Jadraque, M. *Cardiopatía Isquémica, Angina de pecho e Infarto agudo del miocardio* (pp. 401-77). La Habana: Editorial Ciencia y Técnica.
- López, L., Aros, F., Lindon, R.M., Cequier, A. & Bueno, H. (2002). Actualización de las Guías de práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología en angina inestable/Infarto sin elevación del ST. *Rev. Esp. Cardiología*. 55, 6, 631-42.
- Loroso, A. & Del Campo, P. (1987). Biomúsica. Manual de musicoterapia. Cuaderno No. 6. *Revista Integral Maragal*, 371, 80-6.
- Louro, I. (2005). La Psicología de la salud y la salud familiar. En *Psicología de la Salud. Fundamento y aplicaciones*. México: Universidad de Guadalajara. pp. 273-290.
- Louro, I., Infante, O., De la Cuesta, D., Pérez, E., González, I., Pérez, C. & et. al. (2002). *Manual para la intervención en salud familiar. Grupo Asesor Metodológico de Salud de la familia*. La Habana. p. 18, 28-30. Recuperado en <http://bvs.sld.cu/libros/manual/indice.html>.
- Luria, A.R. (1982). Cuadro interno de la enfermedad y patologías iatrógenas. Tomado de *Patopsicología* bajo la redacción de B. Zeigarnik y V.V Nikolaeva. Universidad Estatal de Moscú
- Luria, A.R.(1997). *Las funciones corticales superiores del hombre*. La Habana: Editorial Orbe. pp. 41-85.
- Maroto, J.M., De Pablo, C., Artigao, R., Morales, M.D., Lozano, M., Caicedo, C. & et al. (1992). Rehabilitación en la cardiopatía Isquémica. Resultados a nivel de calidad de vida y sobre el pronóstico. *Arch Inst Cardiol Mex*, 62, 441-6.
- Martín, L. & Grau, J. (2005). La adherencia terapéutica como un problema de la Psicología de la Salud: En Hernández, E. & Grau, J. (Eds.). *Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones*. México: Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. pp. 567-590.
- Matthews, K.A. (1982). Psychological perspectives on the Type A behaviour pattern. *Psychological Bulletin*, 91, 293-323.

- Mayne, T.J y Ramsey. J. (2001).The structure of emotion: A nonlinear dynamic systems approach. En T.J. Mayne y G.A. Bonanno (Eds.), *Emotions: Current, Issues and future directions* (pp.1-37). New York: The Guilford Press.
- Mayne, T.J.& Bonanno, G.A. (2001). *Emotions: Current Issues and future directions*. New York: The Guilford Press.
- Mehta RH, Montoye CK, Gallogly M. (2002). For the GAP Steering Committee of the American College of Cardiology. Improving quality of care for acute myocardial infarction: The Guidelines Applied in Practice (GAP) Initiative. *JAMA*.;287:1269–76.
- Miguel- Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A. (2002). Emoción y clínica: Psicopatología de las emociones. En: F. Palmero, E.G. Fernández-Abascal, F. Martínez y E. Chóliz (Eds.), *Psicología de la Motivación y la Emoción* (pp. 571-581). Madrid: McGraw-Hill.
- Miguel- Tobal, J.J. y González, H. (2003). Emociones y salud: perspectivas actuales en el estudio de los trastornos cardiovasculares. *Ansiedad y Estrés volumen 9*, 2-3, 121-144.
- Ministerio de Salud Pública. (2006). *Proyecciones de la Salud Pública en Cuba*. La Habana.
- Mittelman, M.A., Maclure, M., Shewood, J.B., Murly, R.P., Tofler, G.H., Jacobs, S.C., & et al.(1995).Triggering of acute myocardial infarction onset by episodes o anger. Determinants of Myocardial Infarction Onset study Investigators. *Circulation*, 92, 1.720-1.725.
- Molerio, O. (2004) Programa para el autocontrol emocional de pacientes con hipertensión arterial esencial. Tesis presentada en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Psicológicas. Santa Clara. Villa Clara, Cuba.
- Muñoz, Fernández-Abascal & Labrador (1989). Patrón de Conducta Tipo A. Estado del área. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 78-106.
- Muñoz, M. y Bermejo, M. (2001). *Entrenamiento e inoculación del estrés*. Madrid: Síntesis.
- Navarro, J& Beyebach, C.(1995) Avances en terapia familiar sistémica. En: *Terapia con enfermos físicos crónicos*.Ediciones Paidós. Barcelona.

- Nieto-Munuera, J., Abad-Mateo, M.A., Esteban A.M. & Tejeira, M. (2004) *Psicología para ciencias de la salud. Estudio del comportamiento humano en la enfermedad*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. pp. 61, 315-21.
- Niedhammer, I., Goldberg, M., Leclerc, A., David, S. & Landre, M. (1998). Psychosocial work environment and cardiovascular risk factors in an occupational cohort in France. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52, 93-100.
- O'Connor, C.M., Gurbel, P.A. & Serebruan, V.L. (2000). Depression and cardiac disease. *Am Heart J*, 140, 63-9.
- Organización Mundial de la Salud. (1981). *Diseño y evaluación de programas en salud*. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *World Health Statistics Annual 2000*. Geneva, D-490.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud*. Ginebra, Suiza: autor.
- Papadopoulos, C.A. (1978). Survey of sexual activity after myocardial Infarction. *Cardiovasc Med*, 3, 821-26.
- Peck, C.L., & Kings, N.J. (1985). Patient compliance Mit. prescriptions. *Journal of the American Medical Association*, 248, 2874-77.
- Plaza, I.. Programas de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca. En: Plaza Pérez I, editor. *Libro de la Sección de Cardiología Preventiva*. Barcelona: Doyma, 2000; p. 217-29.
- Programa nacional de prevención y control del alcohol y otros fármacos dependencia. (1997). La Habana: [s.n.].
- Programa nacional de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la cardiopatía isquémica. (2001). *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2001, 14, 4, 157-9.
- Puddey, I.B., Beilin, N.J. & Rakic, V. (1997). Alcohol, hypertension and the cardiovascular system: a critical appraisal. *Addiction Biol*, 2, 159-70.
- Plaza, P. (2003) Estado actual de los programas de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca en España *Rev Esp Cardiol*; 56: 757 - 760

- Rahe, R. H. & Artur, R.J. (1978). Life change and illness' studies: past history and future directions. *Journal of Human Stress*, 4, 3-15.
- Rea, T.D., Heckbert, S.R., Kaplan, R.C., Smith, N.L., Lemaitre, R.N., Psaty, B.M. (2002). Smoking status and risk for recurrent coronary events after myocardial infarction. *Ann Intern Med*, 137, 494-500.
- Review Panel on Coronary-Prone Behavior and Coronary Heart Disease. (1981). Coronary Prone behaviour and coronary heart disease: A critical review. *Circulation*, 63, 1.199-1.215.
- Ridker P M, Genest J, y Libbi, P. Factores de riesgo de la enfermedad aterosclerótica. . En: Braunwald, E, Zipes, D, Libby, P. *Braunwald's. "El libro de la Medicina Cardiovascular*. Boston. Massachusetts. 2005. P. 1256-1265.
- Rivas, E. & Álvarez, G.A. (1995). Rehabilitación del paciente con enfermedades coronarias. *Rev Cub Cardiol, Cir Cardiovasc, ene.-dic*, 3-13.
- Rivas, E. (1988). Influencia de la rehabilitación cardiaca sobre la reincorporación laboral después del Infarto del miocardio. *Rev Cub Cardiol, Cir Cardiovasc* 2,2-3, 104-17.
- Rivas, E. (1996). Rehabilitación Cardiaca en el IMA. *Rev Cub Cardiol Cir Cardiovasc*, 2, 2, 149-50.
- Rivas, E. (1988). Rehabilitación cardiovascular integral. Conceptos, objetivos y formas de aplicación. *Rev. Cub Cardiol Cir Cardiovasc* 2,1, 29-41.
- Rivas, E. (1987). *Rehabilitación de la cardiopatía isquémica*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- Rivas, E., Ramírez de Estenoz, A., Ponce de León, P., Sin Chesa, C., Hernández, A. (1989). Aspecto psicosocial de la rehabilitación en pacientes con infarto del miocardio. *Rev Cub Cardio Cir Cardiovasc*, 3,3, 357-8.
- Robles, H, Peralta, M.I. (2006). *Programa para el control del estrés*. Edc. Pirámides. Madrid.p. 15- 51, 77-79, 100-115, 130-144.
- Roca- Cusach, A. (2001). *Seguimiento y cumplimiento en el paciente hipertenso. Calidad de vida*. Madrid: Ediciones Doyma.

- Roca- Cusach, A. (2002). Incremento matutino de la presión arterial. *Nefrología. Sup.* 3, 39- 46.
- Roca, M.A. & Pérez, M. (1999). *Apoyo social: su significación para la salud humana*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Roca, M.A (2000). *Psicología Clínica una visión General*. La Habana: Científico- Técnica.
- Roca , MA(2002). *Psicología Clínica .Una visión general*. Edit. Félix Varela. La Habana. 64-118.
- Roca, M.A. (2003a). Emociones y salud. Recuperado en: [http:// www.sld.cw/salwdvida1psicologia/temas.php?idv=6081](http://www.sld.cw/salwdvida1psicologia/temas.php?idv=6081).(18 de marzo/ 2003).
- Roca, M.A. (2003 b). *Autoeficacia percibida: un nutriente para el bienestar*. Recuperado en: <http://www.sld.cw/salwdvida/psicologia/temas.php?idv=6081> (mayo/ 2003)
- Roca, M.A. (2003 c). *Los recursos con que contamos ¡o no! Para hacer frente al estrés*. Recuperado en <http://www.sld.cw/salwdvida/psicologia/temas.php?idv=6081>(junio/ 2003).
- Rodríguez Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez, R.C., Moreta, T., Lobos, J.M. & Mediavilla, J.J. (2005). Foro de debate I. Cálculo de riesgo cardiovascular, ¿utilizamos las tablas? ¿Cuáles usamos? *Semergen*, 31 (Sppl 1), 36-7.
- Rodríguez, T., & Navarro, J.J. (2004). Sistema de Influencias psicoterapéuticas en pacientes con enfermedades cardiovasculares hospitalizados. *Revista electrónica de las Ciencias Médicas*. Abril, 1(2): 66-83. Recuperado en <http://www.gal.sld.cu> (mayo/2004).
- Roldan, C, Campo, C, Segura de la Morera, J. & Ruilope, LM. (2005). Evaluación del riesgo cardiovascular y nuevos factores de riesgo de aterosclerosis. *Hipertensión*, 22(5), 195-203.
- Romero, T.(2000). La rehabilitación cardiaca como punto de partida en la prevención secundaria de la enfermedad coronaria. *Rev Med Chile*. Vol 128. n. 8. Santiago de Chile.

- Rosengren, A., Hawken, S., Ounpuu, S. & et al. (2004). Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11,119 cases and 13,648 controls from 52 countries. *Lancet*, 364, 937-52.
- Rose G. (1972) Early mobilization and discharge after myocardial infarction. *Mod Conc Cardiovasc Dis*; 41: 59-68.
- Ruo, B., Rumsfeld, J.S., Laky, M.A., Liu, H., Browner, W.S. & Whooley, M. (2003). Depressive symptoms and health-related quality of life: the heart and Soul Study. *JAMA*, Jul 9, 290, 2, 215-21.
- Ryan JJ, Animan EM, Brooks, NH, et al : 1999 update: ACC/AHA. Guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction. Executive Summary and recommendations: A report of the American College of Cardiology American Heart Association task Force on Practice Guidelines (Committee on Management of Acute Myocardial Infarction (: *Circulation* 100: 1016-1030 1999.
- Sender, R, Valdés, M & Riesco, N (1993). El Patrón de conducta Tipo A y su modificación terapéutica. Barcelona, Martines Roca.
- Sierra, RA(2006). Modelación y Estrategia: Algunas consideraciones desde una perspectiva pedagógica. En: *Compendio de Pedagogía*. Edit Ciencias Médicas. P. 311-328.
- Simoons ML.. Cardiovascular disease in Europe. Challenges for the medical profession. *Eur Heart J* 2003;24:8-12.
- Scherer, K.R. (2000). Emotions as episodes of subsystem synchronization driven by nonlinear appraisal processes. En: Lewis E.I. & Granic, K. (Eds.) *Emotion, development and self-organization: Dynamic systems approaches to emotional development* (pp. 70-99). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Shultz, J.H. (1969). *El entrenamiento autógeno* (3ra. ed.). La Habana: Editorial Científico-Técnica. pp.7-42.
- Shye, D. (1998). *Autocuidados en salud mental*. Washington: OPS/OMS. pp. 5-20.
- Stamler, J., Caggiula, A.W. & Grandits, G.A.(1997). Relation of body mass, alcohol, nutrient fibre, and caffeine intakes to blood pressure in the special intervention and

- usual care groups in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Am J Clin Nutr* , 65, (Suppl. 8), 338-365.
- Suinn, R. (1993). *Entrenamiento en manejo de ansiedad*. Bilbao: Editorial Descleé de Brouwer. p. 77-87, 91-94, 121-127, 254-259, 295-305.
- Ter Horst, G.J. (1999). Central autonomic control of the heart, angina and pathogenic mechanisms of post myocardial infarction depression. *Eur J Morphol*, 37, 257-66.
- Trápaga, M., Álvarez, M.A, Cubero, L., & Rego, L. (2001). Fundamentos biológicos del comportamiento. Empresa gráfica de Villa Clara.(edición especial)p. 121-28,164-74, 182-86.
- Tuttle, W.S., Cook, W.L. & Fitch E.(1964). Sexual behaviour in post myocardial infarction patients. *Am J Cardiol*, 13, 140-53.
- Valdés, M. & Flores, T. (2004). Estrés y sistema inmunitario. En Valdés, M. & Flores, T. (Eds.), *Psicobiología del estrés*. Barcelona: Editorial Martínez Roca. pp. 98-123.
- Valladares, A.M. & Guerra, V.M. (2003). Particularidades de los roles, la jerarquía, los estilos educativos y la comunicación de las familias nucleares extensas con niños de 8 a 10 años. Tesis para optar por el grado científico de master en Psicología de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba.
- Varnauskas, E, Bergman, H, Houk, P& Bjorntorp, P. (1966) Haemodynamic effects of physical training on coronary patients. *Lancet*, 2: 8-14.
- Velasco de, J.A. (1998). *Cómo lograr la readaptación global del paciente con Cardiopatía Isquémica. 7ma unidad didáctica: 7/98*. Valencia: Sociedad Española de Cardiología. pp. 3, 7-14.
- Velasco de, J.A., Atienza, F. & Ridocci, F. (1995). Análisis de la calidad de vida en los pacientes rehabilitados. *Rev Esp Cardiol*, 48, (1), 90-3. 24.
- Velasco de, J.A., Cosin, J. & López Sendon, J.C. (1997). La prevención secundaria del Infarto del Miocardio en España. Estudio PREVESE. *Rev Española Cardiol*, 50, 406-15.
- Velasco de, J.A., Cosín, J., Maroto, J.M., & et. al. (2000). Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en prevención cardiovascular y rehabilitación cardiaca. Sociedad Española de Cardiología. *Rev Esp Cardiol*, 53(8).

- Velasco de, J.A, Sinibaldi, J. (2000). *Manejo del enfermo crónico y su familia. Manual Moderno*. Guatemala: Universidad Francisco Marroquín.
- Velasco de JA, Cosin J, Maroto JM, Muñiz J, Casanovas JA, Plaza I, et al (2000). Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en prevención cardiovascular y rehabilitación cardiaca. *Rev Esp Cardiol*: 53:1095-120.
- Velasco de, JA. Perspectiva actual de la Rehabilitación Cardiaca.(2007).SECPYR *Sección de Cardiología preventiva de la SEC*.
- Vigotsky, L.S. (1949). *Las funciones psíquicas superiores*. Moscú: Editorial Progreso.
- Vigotsky, L.S. (1987) *Historia de las funciones psíquicas superiores*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- Whelton, P.K., Appel, L.J. & Espeland, M.A., Applegate, W.M., Ettinger, W.H., Kostis, J. & et al.(1998).For Tone Collaborative Research Group. Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension in older persons. *JAMA*, 279, 839-846.
- White, J., & Shaw, C. (1991). Musictherapy a means of reducing anxiety in the myocardial infarction patient. *Wis Med J*, 90 (7), 434-7.
- White, J.M. (1999). Effect of relaxing music on cardiac autonomic balance and anxiety after acute myocardial infarction. *Am J Crit*, 8, (4), 220-3.
- Wielgosz, A.,T. & Nolan, R.P. (2000). Biobehavioral factors in the context of ischemic cardiovascular diseases. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 339-345.
- Wilson, K., Gibson, N., William, A. & Cook, D.(2000). Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: meta-analysis of cohort studies. *Arch Intern Med*, 160, 939-44.
- World Working Group.(1968)Program for the physical rehabilitation of patients with acute myocardial infarction. Friburgo.
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (1984). *Report of a scientific consultation on health education in self-care: possibilities and limitations*. Copenhagen.
- Yeung, A,C , Vekshtein VI, Krantz DS, et all: vasomotor response of coronary arteries to mental stress. *N Engl J med* 325: 1551-1556, 1991.

- Yusuf, F., Hawken, S., Ounpuu, S. & et al. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study). *Lancet*, 364, 953-62.
- Zaldívar, D. (1996). *Conocimiento y dominio del estrés*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- Zaldivar, D. (2002). *Estrés. Factores protectores*. Recuperado en: <http://www.sld.cu/saludvida/psicología/temas.php?idv=6081>.
- Zaldivar, D. (2003 a). *Factores psicosociales de la adherencia terapéutica*. Recuperado en <http://www.sld.cu/saludvida/psicología/temas.php?idv=6081>.(abril 2003).
- Zaldivar, D. (2003 b). *Adherencia terapéutica y modelos explicativos*. Recuperado en <http://www.sld.cu/saludvida/psicología/temas.php?idv=6081>. (abril 2003).
- Zaldivar, D. (2003 c). *Competencia y habilidades sociales*. Recuperado en: <http://www.sld.cu/saludvida/psicología/temas.php?idv=6081>. (noviembre de 2003).
- Zeigarnik, W.B. (1979). *Introducción a la Patopsicología*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- Zellweger, M., Osterwalder, R., Langewitz, W. & Pfisterer, M. (2004). Coronary artery disease and depression. *EHJ*, 25, 3-9.

ANEXO 1

Estrategia de atención psicológica a pacientes con Infarto Agudo del Miocardio en fase hospitalaria. Programa de Intervención psicológica en la primera fase (Hospitalaria) de la Rehabilitación Cardiovascular.

(Ver en Material Complementario)

ANEXO 2

Distribución del tiempo de vigilia del paciente con IMA durante la estada hospitalaria.*

| Horario | Actividad | Tiempo empleado por Paciente |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------|
| 8:00 am; 12:00 am; 4:00 pm; 6:00 pm; 8:00 pm | Cumplimiento por enfermería tratamiento indicado | Aproximadamente 3 hora |
| 8:00 am – 11:00 am | Pase de visita médico | Aproximadamente 1 hora |
| 10:00 am; 2:00am; 3:00 pm; 6.00 pm | Alimentación | Aproximadamente 1,5 hora |
| 1:30 pm – 2:30 pm | Siesta | Aproximadamente 1 hora |
| Mañana o tarde | Sueños cortos (descanso) | Aproximadamente 1 hora |
| Mañana o tarde | Necesidades fisiológicas | Aproximadamente 40 min. |
| 1:00 pm – 1:30 pm; 7:00 pm – 7:30 pm | Visita Familiares y amigos | Aproximadamente 1 hora. |
| Aproximadamente 9 horas exentas de actividades planificadas en la atención al paciente. | | |

*se toma a partir de las 8:00 am hasta las 10:00 pm = 14 horas.

Distribución del tiempo de tratamiento psicológico a pacientes con IMA hospitalizados

| Horario | Actividad psicoterapéutica | Tiempo empleado en cada actividad x día. |
|-------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------|
| 8:00 am; 10:00 am; 1:30 pm; 4:30 pm; 7:30 pm | Ejercicios respiratorios | Aproximadamente 10 – 12 min. |
| 10:30 am – 2:30 p.m | Musicoterapia | Aproximadamente 60 min. |
| 4:00 p.m | Relajación pasiva | Aproximadamente 30 min. |
| 9:30 pm | Relajación activa | Aproximadamente 20 min. |
| Tarde – noche | Relajación familiar | Aproximadamente 20 min. |
| Mañana – tarde | Psicoterapia Individual | Aproximadamente 1 – 2 horas |
| | Trabajo grupal | |
| Aproximadamente 3 ½ a 4 horas | | |

Vigilia libre
9 horas



Tratamiento psicológico
3 ½ - 4 horas diarias por
Paciente



60 % de utilización de
tiempo libre por tratamiento
psicológico

ANEXO 3

Disminución del Costo por concepto de no indicación de Benzodiazepinas y reingresos hospitalario.

| Nombre del psicofármaco | Comprimido | Código | Precio de venta 10 tabletas (pesos) | Precio/ unidad (pesos) | Prescripción de tabletas por Paciente* |
|-------------------------|------------|--------|--------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------|
| Diazepam | 10mg | 283 | 0.60 | 0.1452 | 14 a 21 |
| Clorodiazepóxido | 10mg | 87 | 0.75 | 0.0861 | 14 a 21 |
| Medazepam | 10mg | 566 | 1.20 | 0.1484 | 14 a 21 |
| Nitrazepam | 10mg | 657 | 1.00 | 0.0723 | 14 a 21 |

AHORRO está en dependencia de la dosis y fármaco indicado pudo oscilar entre **\$77,40 hasta \$231.60 por paciente.**

(Se recogen los psicofármacos de uso más común en la Unidad de Cuidados Integrales del Corazón).
*en dependencia de las necesidades del paciente.

Disminución del costo por concepto de no reingresos por estadía hospitalaria.

| No | Período de análisis | Costo estadía hospitalaria (pesos) | Cantidad de Pacientes c/ reingreso | Cantidad de días de estadía | Importe (pesos) | Diferencia entre 1 y 2 |
|---------------|-----------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-----------------|------------------------|
| 1 | Oct/03-Oct/04 No intervención | 155.39 | 24 | 6-7 dias | 22376.16 | 16782.12 |
| 2 | Oct/04- Oct/05 Intervención | 155.39 | 6 | 6-7 dias | 5594.04 | |
| AHORRO | | | | | | 16782.12 |

ANEXO 4

Diagrama de Ishikawa o Espina de Pescado.

ANEXO 5

Cuestionario a psicólogos de la salud de la atención primaria.

Colegas, quisiéramos conocer su opinión sobre aspectos relacionados con la rehabilitación del paciente con IMA, así como sugerencias que permitan mejorar la calidad asistencial durante el proceso de rehabilitación cardiovascular.

1. Considera que el conocimiento que usted tiene acerca del manejo psicológico del paciente con IMA es:

_____ Suficiente _____ Insuficiente

2. ¿Cuáles son los principales aspectos psicológicos que deben manejarse con el paciente que ha sufrido IMA.?

3. ¿Considera necesario recibir adiestramiento para llevar a cabo su labor psicoterapéutica con el paciente con IMA?

_____ Si _____ No

4. ¿Conoce el manejo de la sexualidad del paciente con IMA?

_____ Si _____ No _____ Un poco.

5. ¿Cómo es la relación de trabajo que se establece entre los psicólogos de atención primaria y secundaria, en cuanto a seguimiento del paciente con IMA?

_____ E _____ B _____ R _____ M

- a) ¿Qué sugiere?

ANEXO 6

Entrevista semi-estructurada al paciente.

Nombre y apellidos: _____

1. Estado emocional en el momento de la entrevista. (Explorar antecedentes patológicos personales).
2. Impresiones que tiene acerca de su enfermedad.
3. Conocimientos acerca de factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular.
4. Conocimiento acerca del estilo de vida a llevar después de la enfermedad cardiovascular. (especificar en detalle).
5. Conocimientos acerca de mecanismos para afrontar las emociones (especificar cuáles conoce).
6. Hábitos nocivos. Conocimientos de la implicación que tiene en el desencadenamiento de la enfermedad.
7. Situaciones personales o laborales que produzcan estados emocionales negativos. (especificar tiempo de comienzo y percepción de las mismas).
8. Percepción de cómo estas situaciones interfieren en su bienestar emocional Explorar si provocan estrés.
9. Explorar comprensión y disposición para cambiar su estilo de vida.(precisar motivaciones e interiorización de la necesidad para el cambio).
10. Explorar alteraciones en esfera sexual previas a la enfermedad.
11. Explorar autoestima antes de enfermar.

ANEXO 7

Entrevista semi-estructurada al familiar.

Nombre y apellidos: _____

Parentesco _____ Edad _____ Ocupación _____

1. Conocimientos que tiene acerca de la enfermedad de su familiar.
2. Conocimientos acerca de factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular.
3. Conocimiento acerca del estilo de vida a llevar después de la enfermedad cardiovascular. (especificar en detalle).
4. Conocimientos acerca de mecanismos para afrontar las emociones y como ayudar al enfermo a enfrentar estados tensionales (especificar cuales conoce).

(Continuación anexo 7).

Registro de los conocimientos de los pacientes y familiares acerca de los factores de riesgo, estilos de vida y mecanismos de regulación emocional.

Nombre y apellidos: _____ Edad _____ Escolaridad: _____

| Nivel de conocimientos | | Antes | | Después | |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------|----|---------|----|
| | | Si | No | Si | No |
| Factores de Riesgo | | | | | |
| 1. | Hábito de fumar | | | | |
| 2. | Alcoholismo | | | | |
| 3. | Café en exceso | | | | |
| 4. | Sal en exceso | | | | |
| 5. | Grasa animal | | | | |
| 6. | Obesidad | | | | |
| 7. | HTA | | | | |
| 8. | Diabetes Mellitus | | | | |
| 9. | Estrés | | | | |
| 10. | Características de la personalidad | | | | |
| 11. | Herencia | | | | |
| 12. | Hipercolesterolemia | | | | |
| Estilo de Vida post IMA | | | | | |
| 13. | Evitar esfuerzo físicos grandes | | | | |
| 14. | Evitar emociones fuertes y estrés | | | | |
| 15. | Práctica de ejercicios físicos | | | | |
| 16. | Jerarquizar tareas | | | | |
| 17. | No se puede tener coito antes del t señalado. | | | | |
| 18. | Dieta. | | | | |
| 19. | Eliminar hábitos tóxicos. | | | | |
| 20. | Acudir a un especialista si se presentan dificultades en las relaciones sexuales | | | | |
| Mecanismos para contrarrestar el estrés | | | | | |
| 21. | Respirar profundo | | | | |
| 22. | Relajar con música | | | | |
| 23. | Ejercicios de relajación | | | | |
| 24. | A través del contacto directo con seres queridos | | | | |
| 25. | Masaje | | | | |
| 26. | Caminar descalzo | | | | |
| 27. | Actividad higiene mental | | | | |
| 28. | Haciendo imaginaciones agradables en momentos de tensión. | | | | |
| 29. | Evitar situaciones descontrolen | | | | |
| 30. | Manejo de causa. | | | | |
| 31. | Organización del trabajo | | | | |
| 32. | Posibilidades reales | | | | |

ANEXO 8

Entrevista estructurada al paciente (a los 2 meses).

Nombre y apellidos: _____ Edad: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

1. ¿Cómo se siente ud. desde el punto de vista psicológico? (Explorar síntomas psicológicos reveladores de alteraciones emocionales y consignarlos en la hoja de entrevista en caso de que el paciente los refiera. Procesos afectados).

2. ¿Desde cuándo se siente con los síntomas referidos?.

___ Antes de la enfermedad.

___ Desde que enfermé. (iniciaron durante la hospitalización)

___ Después de la enfermedad. (después del alta hospitalaria).

___ Se han empeorado después del alta hospitalaria).

3. ¿Cumple ud. la dieta orientada para su tratamiento?.

Nunca ___ Casi nunca ___ Algunas veces ___ Casi Siempre ___ Siempre ___

4. ¿Qué tipo de alimentos consume de forma sistemática?

5. Tenía ud. hábitos tóxicos ante de enfermar?

___ Si ___ No

___ Cigarro

___ Café en exceso

___ Bebidas alcohólicas en exceso.

___ Otros.

6. ¿Cuáles ha podido eliminar?

___ Parcialmente ___ Totalmente ___ No eliminado.

7. ¿Ha sentido algún cambio en su posición familiar después de la enfermedad?. Explorar en detalles para precisar resquebrajamiento de la autoestima.

Nunca ___ Casi nunca ___ Algunas veces ___ Casi Siempre ___ Siempre ___

8. ¿Ha tenido cambios en la respuesta sexual después del IMA? (Si la respuesta es positiva especificar cuáles).

a) ¿Con qué frecuencia?

Nunca ___ Casi nunca ___ Algunas veces ___ Casi Siempre ___ Siempre ___

9. ¿Ha notado si después de la enfermedad puede controlar mejor sus emociones?

Nunca ___ Casi nunca ___ Algunas veces ___ Casi Siempre ___ Siempre ___

10. ¿Qué recursos de los aprendidos utiliza para ayudar a controlar sus emociones? (Especificar cada recurso al que se haga alusión).

11. ¿Cómo estos mecanismos le han ayudado a enfrentar la enfermedad?

12. ¿Cumple ud. el tratamiento farmacológico indicado por su médico de asistencia?

Nunca ___ Casi nunca ___ Algunas veces ___ Casi Siempre ___ Siempre ___

Fundamente la respuesta anterior.

¿Cuándo tomas los medicamentos?

___ Siempre los tomo cuando me corresponde según las indicaciones médicas.

___ Regularmente me los tomo según el plan.

___ Cuando me lo recuerdan.

___ Cuando me siento mal.

___ No los tomo nunca.

¿Cuáles son las causas por las que no cumples estrictamente el tratamiento médico?

13. ¿Qué piensa ud. acerca de su enfermedad?

14. ¿Considera que su enfermedad frena su vida y sus aspiraciones? (Explorar enfrentamiento a la misma).

15. ¿Cómo se valora después de la enfermedad?

_____ Igual que antes.

_____ Inferior que antes de enfermar.

_____ Con pocas posibilidades de ser igual que antes.

_____ Me genera tristeza y siento que no soy igual a los demás

_____ Me siento con las mismas posibilidades que los demás..

ANEXO 9

Entrevista estructurada al familiar(a los 2 meses).

Nombre y apellidos: _____ Edad: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

1. ¿Considera ud. que los conocimientos aprendidos en el periodo de la hospitalización de su familiar les han sido útiles en esta nueva etapa?

Nunca ___ Casi nunca ___ Algunas veces ___ Casi Siempre ___ Siempre ___

a) Explorar argumentos.

2. ¿Contribuye Ud. a que su familiar cumpla el tratamiento dietético indicado?

Nunca ___ Casi nunca ___ Algunas veces ___ Casi Siempre ___ Siempre ___

a) Cómo lo hace?

3. ¿Contribuye ud. a que su familiar abandone los hábitos tóxicos?

Nunca ___ Casi nunca ___ Algunas veces ___ Casi Siempre ___ Siempre ___

a) ¿Cómo lo hace?

4. ¿Participar ud en la regulación emocional de su familiar?

Nunca ___ Casi nunca ___ Algunas veces ___ Casi Siempre ___ Siempre ___

5. ¿Cómo puede lograrlo?(especificar en las técnicas o métodos que utiliza).

6. ¿Participa ud. en el cumplimiento del tratamiento farmacológico indicado a su paciente.

Nunca ___ Casi nunca ___ Algunas veces ___ Casi Siempre ___ Siempre ___

a) ¿Cómo lo logra hacerlo?

___ Le recuerdo tomar sus tabletas a la hora precisa

___ Le pongo en sus manos la s tabletas.

___ Le recuerdo todos los días temprano que no debe olvidar sus tabletas.

___ Me ocupo de comprar sus medicamentos.

___ Explico la importancia de tomar los medicamentos.

___ Le llamo la atención si olvida los medicamentos.

7. En este periodo de la enfermedad ha podido identificar síntomas referidos por su familiar, ha podido orientarse en cuánto al origen de los mismos?

Nunca ___ Casi nunca ___ Algunas veces ___ Casi Siempre ___ Siempre ___

8. ¿Conoce que medicamentos usar ante síntomas dolorosos u otro?

Nunca ___ Casi nunca ___ Algunas veces ___ Casi Siempre ___ Siempre ___

9. ¿Qué conducta Ud. asume en caso de no estar segura del origen de los síntomas o en caso de que el medicamento utilizado no sea efectivo?

10. ¿Ante la aparición de síntomas en el paciente que otras conductas Ud. utiliza para ayudarlo?

ANEXO 10

Tratamiento con Técnicas Psicológicas Combinadas. (TPC).

A continuación se describe en detalles como quedó conformada la Técnica de relajación con Técnicas Psicológicas Combinadas (TPC), compuesta por tres modalidades psicoterapéuticas:

Fue creada y posteriormente probada en estudio de pilotaje con 106 pacientes portadores de diferentes enfermedades cardiovasculares (Rodríguez y Navarro, 2004). En este instrumento psicológico interactúan de forma armónica varias técnicas psicológicas de alto valor psicoterapéutico:

- Elementos del primer ejercicio (Sensación de peso) del Entrenamiento Autógeno de Shultz porque dentro de sus múltiples beneficios se encuentran, la tendencia a la disminución del ritmo cardíaco, disminución de extrasístole y taquicardia, tendencia a la disminución del ritmo respiratorio y de la tensión arterial, disminución de la ansiedad, disminución del pulso y del tono muscular del individuo así como la adquisición de la habilidad de autocontrol en las personas que lo practican.
- Técnicas de autocontrol emocional: ejercicio de respiración profunda y la técnica del suspiro, estas formas de respirar ayudan al paciente a estimular y tonificar todo el aparato respiratorio, beneficia la incorporación de Oxígeno al organismo y ayuda a liberar tensiones produciendo a su vez una sensación de relajación.
- Técnicas de imaginación o visualización, ayudan a la concentración mental del individuo, al logro de una distensión psicológica al establecerse una relación positiva entre la movilización de los afectos y la respuesta fisiológica que se produce ante la escena o estímulo psicológico.
- Musicoterapia: de esta técnica se escogieron tres de sus modalidades, la música relajante, música antidepresiva y la música adormecedora. Cada una de estas modalidades por los instrumentos que participan, los ritmos, los tonos y por el rasgo distintivo de sus melodías tiene un efecto positivo sobre el Sistema Nervioso. Cada una de las piezas musicales fueron creadas por prestigiosos músicos de la Ciudad de Cienfuegos (Pedro y Roberto Novo) rigiéndose para ello por normas técnicas establecidas internacionalmente. Su efectividad fue probada en estudio de pilotaje.

Al combinar las técnicas antes descritas dieron lugar a tres modalidades de Tratamiento Psicológico, conformando éstas, el Tratamiento con Técnicas Psicológicas Combinadas (TPC):

- Tratamiento Estimulante (tratamiento No.1)
- Tratamiento Relajante (tratamiento No.2)
- Tratamiento Adormecedor (tratamiento No.3)

Tratamiento relajante: Interactúan la música relajante con elementos del primer ejercicio del Entrenamiento Autógeno de Shultz (Sensación de peso) con Respiración Profunda y Técnica del Suspiro. Tiene una duración de 25 minutos aproximadamente.

Tratamiento Estimulante: Interactúan la música antidepresiva, técnicas de visualización y respiración profunda. Tiene una duración de 25 minutos aproximadamente.

Tratamiento Adormecedor: Interactúan la música adormecedora, elementos de sensación de peso del Entrenamiento Autógeno de Shultz y Respiración Profunda. Tiene una duración de 23 minutos aproximadamente.

Fueron grabadas en CD en los estudios de grabación "Eusebio Delfín" de la Ciudad de Cienfuegos y posteriormente grabados en cassettes de radio grabadora para su utilización con el paciente.

ANEXO 11

Guía para el cardiópata.

ANEXO 12

Registro de las vivencias después del tratamiento con musicoterapia.

Al paciente:

Después de haber escuchado la pieza musical, lea la leyenda escrita al final y seleccione las vivencias que ha tenido, escriba el número que le corresponde en el espacio vacío.

Agradecemos su colaboración.

| Sesiones Musicoterapia | Primer Día | Segundo Día | Tercer Día | Cuarto Día | Sexto Día | Sexto Día | Séptimo Día |
|------------------------|------------|-------------|------------|------------|-----------|-----------|-------------|
| Sesión 1 | | | | | | | |
| Sesión 2 | | | | | | | |

Leyenda:

1. Mucha tranquilidad. ..
2. El cuerpo suave y relajado.
3. Sensación de agrado, armonía, paz interior, como si flotara.
4. Un poco de tranquilidad.
5. Ninguna tranquilidad.

ANEXO 13

Registro de las vivencias después del tratamiento con relajación pasiva (Grabada).

Al paciente:

Después de haber practicado el ejercicio de relajación refleje en la casilla correspondiente las vivencias que le haya producido. Cada sensación descrita aparece consignada con un número.

Agradecemos su colaboración.

| Técnica psicoterapéutica | 1er. día | 2do.día | 3er. día | 4to. día | 5to. día | 6to. día | 7mo. día |
|--------------------------|----------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Relajación pasiva. | | | | | | | |

Leyenda:

1. Estoy totalmente tranquilo y relajado.
2. El cuerpo suave, los músculos flojos, el cuerpo pesado.
3. Sensación de agrado, armonía, como si estuviera a en otro lugar.
4. Estoy un poco tranquilo y un poco relajado.
5. No pude relajarme.

ANEXO 14

Registro de las vivencias después del tratamiento con ejercicios respiratorios.

Al paciente:

Después de haber practicado el ejercicio respiratorio, refleje en la casilla correspondiente las vivencias que le haya producido.

| Día de estancia hospitalaria | 1ra. Sesión | 2da. Sesión | 3ra. Sesión | 4ta. Sesión | 5ta. Sesión |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Primer Día | | | | | |
| Segundo Día | | | | | |
| Tercer Día | | | | | |
| Cuarto Día | | | | | |
| Quinto Día | | | | | |
| Sexto Día | | | | | |
| Séptimo Día | | | | | |

Leyenda:

1. Mucha tranquilidad.
2. El cuerpo suave y relajado.
3. Sensación de respirar mejor, de alivio.
4. Un poco de tranquilidad.
5. Ninguna tranquilidad.
6. No puedo hacer el ejercicio.

ANEXO 15

Registro de las vivencias después del tratamiento con ejercicios de relajación activa.

Al paciente:

Después de haber practicado el ejercicio de relajación antes de dormir, refleje en la casilla correspondiente las vivencias que le haya producido. Cada sensación descrita aparece consignada con un número.

Agradecemos su colaboración.

| Relajación Activa | 1ra. noche | 2da. noche | 3ra. noche | 4ta. noche | 5ta. noche | 6ta. noche | 7ma. noche |
|--------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Sesión Relajación Activa | | | | | | | |

Leyenda:

1. Logré relajarme totalmente, quedarme tranquilo.
2. Pude conciliar el sueño después de hacer el ejercicio.
3. Las imágenes mentales me ayudaron a sentirme bien.
4. Logré relajarme un poco y estar un poco tranquilo.
5. No logré relajarme, estaba intranquilo, no me concentro.
6. No necesario.

ANEXO 16

Registro de la efectividad de técnicas relajantes aplicadas por el familiar.

Al familiar:

En el siguiente modelo UD. debe reflejar la técnica psicológica aplicada a su paciente, así como los efectos producidos según su apreciación.

Agradecemos su colaboración.

| Día | Técnica aplicada | Efectos |
|----------|------------------|---------|
| 1er. día | | |
| 2do. día | | |
| 3er. día | | |
| 4to. día | | |
| 5to. día | | |
| 6to. día | | |
| 7mo. día | | |

ANEXO 17

Escala de Ansiedad Rasgo y Estado. (Test de Idare).

Nombre: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque la frase que indique como se siente en estos momentos. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

| Nro. | Vivencias | No en la absoluto | Un poco | Bastante | Mucho |
|------|-----------------------------------------------------|-------------------|---------|----------|-------|
| 1 | Me siento calmado | | | | |
| 2 | Me siento seguro | | | | |
| 3 | Estoy tenso | | | | |
| 4 | Estoy contrariado | | | | |
| 5 | Me siento a gusto | | | | |
| 6 | Me siento alterado | | | | |
| 7 | Estoy preocupado actualmente por algún contratiempo | | | | |
| 8 | Me siento descansado | | | | |
| 9 | Me siento ansioso | | | | |
| 10 | Me siento cómodo. | | | | |
| 11 | Me siento con confianza en mi mismo. | | | | |
| 12 | Me siento nervioso | | | | |
| 13 | Estoy agitado | | | | |
| 14 | Me siento "a punto de explotar". | | | | |
| 15 | Me siento relajado. | | | | |
| 16 | Me siento satisfecho | | | | |
| 17 | Estoy preocupado | | | | |
| 18 | Me siento muy excitado y aturdido | | | | |
| 19 | Me siento alegre. | | | | |
| 20 | Me siento bien. | | | | |

(Continuación Test de Idare).

Nombre: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo.

Lea cada frase y marque la frase que indique como se siente generalmente, habitualmente

| No. | Vivencias | No en lo absoluto | Un Poco | Bastante | Mucho |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------|----------|-------|
| 21 | Me siento bien. | | | | |
| 22 | Me canso rápidamente | | | | |
| 23 | Siento ganas de llorar | | | | |
| 24 | Quisiera ser tan feliz. | | | | |
| 25 | Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente. | | | | |
| 26 | Me siento descansado. | | | | |
| 27 | Soy una persona tranquila, serena y sosegada | | | | |
| 28 | Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas | | | | |
| 29 | Me preocupo demasiado por cosas sin importancia | | | | |
| 30 | Soy feliz | | | | |
| 31 | Tomo cosas muy a pecho | | | | |
| 32 | Me falta confianza en mi mismo | | | | |
| 33 | Me siento seguro | | | | |
| 34 | Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades | | | | |
| 35 | Me siento melancólico. | | | | |
| 36 | Me siento satisfecho | | | | |
| 37 | Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente. | | | | |
| 38 | Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza | | | | |
| 39 | Soy una persona estable | | | | |
| 40 | Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me tenso y alterado | | | | |

ANEXO 18

Test de White-Bear Supresión Inventory (WBSI) o Estilos Rumiativos del pensamiento.

A continuación se presenta una serie de cuestiones, indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas.

- A. Nada de acuerdo
- B. Algo de acuerdo
- C. Bastante de acuerdo
- D. Muy de acuerdo
- E. Totalmente de acuerdo

| Nro. | Afirmaciones | A | B | C | D | E |
|------|----------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. | Hay cosas en las que prefiero no pensar. | | | | | |
| 2. | Algunas veces me pregunto por qué tengo los pensamientos que tengo. | | | | | |
| 3. | Tengo pensamientos que no puedo parar. | | | | | |
| 4. | Hay imágenes que vienen a mi cabeza que no puedo eliminar. | | | | | |
| 5. | Mis pensamientos vuelven normalmente sobre la misma idea. | | | | | |
| 6. | Ojalá pudiera dejar de pensar en ciertas cosas. | | | | | |
| 7. | Algunas veces mi mente va tan rápida que desearía poder detenerla. | | | | | |
| 8. | Siempre intento apartar los problemas de mi mente. | | | | | |
| 9. | Hay pensamientos que constantemente vienen a mi cabeza. | | | | | |
| 10. | Paso mucho tiempo intentando que los pensamientos no se introduzcan en mi mente. | | | | | |
| 11. | Hay cosas sobre las que intento no pensar. | | | | | |
| 12. | Algunas veces me gustaría de verdad poder dejar de pensar. | | | | | |
| 13. | A menudo hago cosas para distraerme de mis pensamientos. | | | | | |
| 14. | Tengo pensamientos que intento evitar. | | | | | |
| 15. | Tengo muchos pensamientos que no se los cuento a nadie. | | | | | |

ANEXO 19

Escala de Satisfacción Vital.

Instrucciones:

Más abajo hay cinco afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la siguiente escala de 1 a 7, indique su acuerdo con cada una poniendo el número apropiado en cada afirmación. Por favor, responda las preguntas abierta y sinceramente.

1. Completamente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Más bien en desacuerdo
4. Ni en acuerdo ni en desacuerdo
5. Más bien de acuerdo
6. De acuerdo
7. Completamente de acuerdo

| No. | Afirmaciones | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal. | | | | | | | |
| 2. | Las condiciones de mi vida son excelentes. | | | | | | | |
| 3. | Estoy satisfecho con mi vida. | | | | | | | |
| 4. | Hasta ahora he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida. | | | | | | | |
| 5. | Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida. | | | | | | | |

ANEXO 20

Registro de indicadores psicológicos y fisiológicos antes y después de aplicar el TPC Estimulante.

| Síntomas o Signos | Antes | | Después | | Pasadas 1 hora | |
|-------------------------|-------|----|---------|----|----------------|----|
| | Si | No | Si | No | Si | No |
| Tristeza | | | | | | |
| Abatimiento | | | | | | |
| Deseos de llorar | | | | | | |
| Desánimo | | | | | | |
| Pienso todo negativo | | | | | | |
| Pienso cosas tristes | | | | | | |
| Angustiado | | | | | | |
| Frecuencia respiratoria | | | | | | |
| Frecuencia cardiaca | | | | | | |
| Tensión arterial | | | | | | |

| | | | |
|------------------------------------|-------|--------------|--|
| Nombre: | | | |
| Sexo: | Edad: | Escolaridad: | |
| APP(motivo de ingreso): | | | |
| Fármacos con efectos estimulantes: | | | |
| Observaciones: | | | |

ANEXO 21

Registro de indicadores psicológicos y fisiológicos antes y después de aplicar el TPC Relajante.

| Síntomas o Signos | Antes | | Después | | Pasadas 1 hora | |
|-----------------------------|-------|----|---------|----|----------------|----|
| | Si | No | Si | No | Si | No |
| Intranquilidad | | | | | | |
| Desasosiego | | | | | | |
| Irritabilidad | | | | | | |
| Tensión Muscular | | | | | | |
| Sensación de ahogo | | | | | | |
| Deseos de llorar | | | | | | |
| Exaltación | | | | | | |
| Temblor en manos y/o cuerpo | | | | | | |
| Frecuencia respiratoria | | | | | | |
| Frecuencia cardiaca | | | | | | |

| | | | |
|--------------------------------|-------|--------------|--|
| Nombre: | | | |
| Sexo: | Edad: | Escolaridad: | |
| APP(motivo de ingreso): | | | |
| Fármacos con efectos sedantes: | | | |
| Observaciones: | | | |

ANEXO 22

Registro de indicadores psicológicos y fisiológicos antes y después de aplicar el TPC Adormecedor.

| Síntomas o Signos | Antes | | Después | | Pasadas 1 hora | |
|--------------------------------------------|-------|----|---------|----|----------------|----|
| | Si | No | Si | No | Si | No |
| Dificultades para conciliar el sueño | | | | | | |
| Sensación de ardor en los ojos | | | | | | |
| Sensación de acumulo de ideas en la cabeza | | | | | | |
| Intranquilo | | | | | | |
| Totalmente vigil | | | | | | |
| Medianamente vigil | | | | | | |
| Dormido | | | | | | |
| Frecuencia respiratoria | | | | | | |
| Frecuencia cardiaca | | | | | | |
| Tensión arterial | | | | | | |

| | | | |
|---------------------------------|-------|--------------|--|
| Nombre: | | | |
| Sexo: | Edad: | Escolaridad: | |
| APP(motivo de ingreso): | | | |
| Fármacos con efectos hipnótico: | | | |
| Observaciones: | | | |

ANEXO 23

Inventario de depresión de Beck.

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones:

Marque con una x la frase correspondiente para que exprese sus verdaderos sentimientos, ideas y estados de ánimo.

Debe marcarse una sola del grupo correspondiente a cada letra.

A

- No estoy triste.
- Siento desgano de vivir, o bien estoy triste.
- Siento siempre desgano de vivir, o bien estoy siempre triste y no lo puedo remediar.
- Estoy triste y me siento tan desgraciado que sufro mucho.
- Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que no lo puedo soportar más.

B

- No estoy demasiado pesimista, ni me siento muy desanimado con respecto a mi futuro.
- Creo que no debo esperar ya nada.
- Creo que jamás me liberaré de mis penas y sufrimientos.
- Tengo la impresión de que mi futuro es desesperado y que no mejoraré mi situación.

C

- No tengo la sensación de haber fracasado.
- Tengo la sensación de haber fracasado más que otras personas.
- Creo haber hecho en la vida pocas cosas que valgan la pena.
- Si pienso en mi vida veo que no tengo nada más que fracasos.
- Creo que he fracasado por completo.

D

- No estoy particularmente descontento.
- Casi siempre me siento aburrido.
- No hay nada que me alegre como me alegraba antes.
- No hay nada en lo absoluto que me proporcione una satisfacción.
- Estoy descontento del todo.

E

- No me siento particularmente culpable.

- Siento muchas veces que hago las cosas mal o que no valgo nada.
- Me siento culpable.
- Ahora tengo constantemente la sensación de que hago las cosas mal o de que no valgo nada.
- Considero que soy malo, que hago todo muy mal y que no valgo nada. Absolutamente.

F

- No tengo la impresión de merecer un castigo.
- Creo que podría pasar algo malo.
- Tengo la impresión de que ahora o muy pronto voy a ser castigado.
- Quiero ser castigado.

G

- No estoy descontento de mi mismo.
- Estoy descontento de mi mismo.
- No me gusto a mi mismo.
- No me puedo soportar a mi mismo.
- Me odio.

H

- No tengo la impresión de ser peor que los demás.
- Tengo muy en cuenta mis propias faltas y mis propios defectos.
- Me hago reproches por todo lo que no sale bien.
- Tengo la impresión de que mis defectos son muchos y muy grandes.

I

- No pienso ni se me ocurre quitarme la vida
- A veces se me ocurre que podré a quitarme la vida pero no lo haré.
- Pienso que sería preferible que me muriese.
- He planeado como podría suicidarme.
- Creo que sería mejor para mi familia que yo muriese.
- Si pudiera me suicidaría.
- No lloro más de lo corriente
- Lloro con mucha frecuencia, más de lo corriente.
- Me paso todo el tiempo llorando y no puedo dejar de hacerlo.
- Ahora ya no puedo llorar, aunque quisiera, como lo hacía antes.

K

- No me siento más irritado que de costumbre.

- Me enfado o me irrito con más facilidad que antes.
- Estoy constantemente irritado.
- Ahora ya no me irritan ya siquiera las cosas con las que antes me enfadaba

L

- No he perdido el interés por los demás.
- Me intereso por los demás menos que antes.
- He perdido casi por completo el interés hacia los demás y siento poca simpatía por otras personas.
- Los demás no me interesan nada y todo el mundo me está totalmente indiferente

M

- Tengo la misma facilidad que antes para tomar decisiones.
- Ahora me siento seguro de mi mismo y procuro evitar tomar decisiones
- Ya no puedo tomar decisiones sin que me ayude alguien a hacerlo.
- Ahora me siento completamente incapaz de tomar alguna decisión que la que sean.

N

- No tengo la impresión de presentar peor aspecto que de costumbre.
- Temo que mi aspecto cause mala impresión o de parecer avejentado.
- Tengo la impresión de cada vez presentar peor aspecto.
- Tengo la impresión de que mi aspecto es feo, desagradable y repulsivo.

O

- Trabajo con la misma facilidad de siempre.
- Ahora me cuesta más esfuerzo que antes ponerme a trabajar
- Ya no trabajo tan bien como antes.
- Tengo que hacer un gran esfuerzo para realizar cualquier cosa.
- Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea.

P

- Duermo tan bien como de costumbre.
- Por la mañana me levanto más cansado que de costumbre.
- Me despierto una o dos veces más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir.
- Me despierto demasiado temprano por la mañana y no puedo dormir más de 5 horas.

Q

- No me canso antes que de costumbre.

- ___ Me canso más pronto que antes.
- ___ Cualquier cosa que haga me cansa.
- ___ Me siento tan cansado que soy incapaz de hacer nada, por poco esfuerzo que cueste.

R

- ___ Mi apetito no es peor que de costumbre.
- ___ No tengo apetito como antes.
- ___ Tengo mucho menos apetito que antes.
- ___ No tengo en absoluto ningún apetito.

S

- ___ No he perdido peso y si lo he perdido es desde hace poco tiempo.
- ___ He perdido más de 2 kg de peso.
- ___ He perdido más de 4 kg de peso.
- ___ He perdido más de 7 kg de peso.

T

- ___ Mi salud no me preocupa más de lo de costumbre.
- ___ Me preocupo constantemente por mis molestias físicas y por mis malestares.
- ___ Mis molestias físicas me preocupan tanto que resulta difícil pensar en cualquier otra cosa
- ___ No hago nada más en absoluto que pensar en mis molestias físicas.

U

- ___ No he notado que desde hace poco haya cambiado mi interés por las cosas sexuales.
- ___ Me intereso menos que antes por cosas relativas al sexo.
- ___ Me intereso ahora mucho menos que antes por lo que se refiere al sexo.
- ___ He perdido todo el interés por las cosas del sexo.

ANEXO 24

Cuestionario de Vulnerabilidad al Estrés.

Escala de Vulnerabilidad al Estrés.

(Adaptación al Modelo de Auto análisis de Le.H.Miller y Smith).

Instrucciones:

En este modelo encontrara usted 16 temas en relación con hábitos y dificultades por los que suelen pasar la mayoría de las personas en uno u otro momento usted responde con franqueza y sinceridad nos ayudara a comprenderlo mejor.

Califique cada inciso con puntuaciones entre 1 y 5 según la frecuencia con que usted realice cada una de las siguientes afirmaciones, o el grado que se corresponda con su situación de acuerdo con la escala siguiente:

- ___ Por lo menos cuatro noches a la semana duermo de siete a ocho horas.
- ___ En 50 kilómetros a la redonda poseo por lo menos una familia en que pueda confiar.
- ___ Por lo menos 2 veces por semana hago ejercicio hasta sudar.
- ___ Fumo menos de media cajetilla de cigarros al día.
- ___ Tomo menos de cinco tragos (de bebidas alcohólicas) a la semana.
- ___ Tengo el peso apropiado para mi estatura.
- ___ Mis ingresos satisfacen mis gastos fundamentales.
- ___ Asisto regularmente a actividades sociales.
- ___ Tengo una red (grupo) de amigos conocidos.
- ___ Tengo uno o mas amigos a quienes puedo confiarle mis problemas personales.
- ___ Tengo buena salud (es decir, mi vista, oído, dentadura, están en buenas condiciones.
- ___ Converso regularmente sobre problemas domésticos (es decir, sobre tareas del hogar, dinero, problemas de la vida cotidiana) con las personas que conviven conmigo.
- ___ Por lo menos una vez a la semana hago algo para divertirme.
- ___ Soy capaz de organizar racionalmente mí tiempo.
- ___ Tomo al menos tres tazas de café, te o refresco al día.
- ___ Durante el día me dedico a mi mismo un rato de tranquilidad.

ANEXO 25

Cuestionario de Funcionabilidad Familiar (FF-SIL).

Instrucciones:

A continuación se presentan un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Ud. debe marcar con una X su respuesta según la frecuencia con que la situación se presenta.

| No. | Vivencias | Casi nunca | Poca veces | A veces | Muchas veces | Casi siempre |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|---------|--------------|--------------|
| 1 | Se toman decisiones para cosas importantes en la familia. | | | | | |
| 2 | En mi casa predomina la armonía | | | | | |
| 3 | En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades. | | | | | |
| 4 | Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana. | | | | | |
| 5 | Nos expresamos sin insinuaciones de forma clara directa. | | | | | |
| 6 | Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos. | | | | | |
| 7 | Tomamos en consideración las experiencias de las demás familias ante situaciones difíciles. | | | | | |
| 8 | Cuando alguien de la familia tiene algún problema los demás lo ayudan. | | | | | |
| 9 | Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado. | | | | | |
| 10 | Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones | | | | | |
| 11 | Podemos conversar diversos temas sin temor. | | | | | |
| 12 | Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas. | | | | | |
| 13 | Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar. | | | | | |
| 14 | Nos demostramos el cariño que nos tenemos | | | | | |

ANEXO 26

Hoja de Referencia Psicológica del paciente con IMA.

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Diagnostico médico: _____

Fecha de egreso: _____

Diagnóstico Psicológico:

- Antecedentes nerviosos:

Si _____ Con tratamiento _____ Sin tratamiento _____
No _____

- Tiempo de evolución del padecimiento nervioso.

- Factores de riesgo:

Hábitos tóxicos: Tabaquismo _____ Café _____ Alcohol _____ Otros _____
HTA _____ DM _____ Obesidad _____ Sedentarismo _____ Estrés _____ Depresión _____
Malos hábitos de nutrición _____ Hipercolesterolemia _____

- Dinámica Familiar: Adecuada _____ Inadecuada _____ Vive solo _____

- Conflictos o disfunciones:

Esfera laboral _____ Esfera social _____
Esfera familiar _____ Esfera personal _____
Esfera Psicosexual _____

- Percepción de la calidad de vida:

Adecuada _____ Inadecuada _____

- Mecanismos de Autocontrol Emocional:

_____ Conoce
_____ Necesita reforzamiento en su aprendizaje
_____ No conoce

- Enfrentamiento a la enfermedad:
 ___ Adecuado ___ Inadecuado
- Apoyo familiar:
 E___ B___ R___ M___
- Situación socio-económica:
 E___ B___ R___ M___
- Disposición para asumir el cambio:
 E___ B___ R___ M___

- Resultados de la evaluación Psicológica:

 Test de Idare:

 Test Beck:

 Escala de Satisfacción Vital:

 Test de Estilo Rumiativo:

 Vulnerabilidad al estrés.

 FF-SIL:

- Recomendaciones:

Psicóloga. Sala de Cuidados Integrales del Corazón
 Hospital Univ. Gustavo Aldereguía Lima.
 Cienfuegos

ANEXO 27

Reporte de vivencias acerca de la adquisición de conocimientos sobre el IMA.

Paciente J.B.S expresó: "si yo hubiera sabido todo lo que Ud. me ha enseñado, me hubiera cuidado un poco más, mi vida ahora sería distinta a veces uno escucha por radio y televisión, pero eso no entra a la mente".

Paciente J LG: "Hace más de 20 años que soy hipertenso, nunca le di mucha importancia, ni llevaba bien el tratamiento, pero era porque yo no sabía que era tan riesgoso"

Paciente LRC: "Vivo recondenándome con todo..... ¡ que me voy a imaginar que eso tiene que ver con presión alta! Ahora voy a coger calma.

Familiar OZV: Nunca supe como cuidar bien a mi hijo, nunca le pude explicar como cuidarse."Ahora puedo ayudarlo para que no se me muera rápido.

Familiar. C.D.G expresó: yo estaba preocupada porque no sabía que le había provocado el infarto a mi esposo. Ahora ya se puedo ayudarlo y enseñar a otras personas"

Paciente A.D.H. (56 años): "yo sabía que estaba grave, de muerte, pero cada palabra alentándome sobre como debía cuidarme, la música suave, me daban la seguridad de que sobreviviría e iba pensando que no cometería los mismos errores".

Familiar J. C A (39 años):"Todo lo que hemos aprendido es una medicina más, saber sólo como dar un medicamento no es todo para ayudar al enfermo".



ANEXO 28

Reflexiones de los pacientes acerca de la satisfacción en la vida después de la intervención.

Paciente L.O.R : "estoy aprendiendo mucho, leo todos los días el manual, escucho cada consejo porque hasta ahora creía que estaba satisfecho con todo lo que he hecho.....y no es así."

Paciente J. T G: "a esta edad he aprendido que debí cambiar varias cosas para estar totalmente satisfecho con la vida.....tal vez no me hubiera infartado"

Paciente R E C: " pensaba que la mayoría de las cosas que he hecho me habían dado una vida buena....que va He bebido demasiado, del cigarro ni hablar y he comido como los animales. Mire ahora donde estoy".

Paciente C C C: "Estoy viejo, pero nunca es tarde para empezar, ahora voy a vivir con más calidad porque ya se lo que no es bueno para mi".



ANEXO 29

Reporte de vivencias de los pacientes después del tratamiento con musicoterapia.

Paciente D.S.V. en estado crítico expresó: "me produce algo no descriptible,...es como si se me curara esta cosa que tengo por dentro,.. Siento alivio, calma. ¡Por favor póngamela a cada rato"

Paciente .E.L.P.: "esa música es divina.... ¿por qué logra aliviarme?"

Paciente T.M.H: " Cuando falleció el paciente de al lado le pedí a la enfermera que me pusiera la música....eso me ayudó a calmarme porque estaba muy nerviosa.

Paciente H.P.C " yo siempre estoy tensa en mi trabajo.... voy a poner de ahora en lo adelante música para relajarme".si aquí que estoy tan mal me ayuda a tranquilizarme, allá será mejor".

Paciente S M G: "Psicóloga, ¿Ud. puede poner música todo el día? Eso calma a todos los que estamos aquí, da una gran paz....."



ANEXO 30

Reporte de Vivencias de los pacientes después del tratamiento con ejercicios respiratorios.

Paciente A.B.I: "Siento un gran alivio cuando respiro como me enseñó....el pecho se afloja y eso me va dando más tranquilidad".

Paciente R.M.E: "cuando comienzo a tener dolor en el pecho empiezo a respirar profundo...y el dolor suaviza. También la hago cuando tengo dificultades para dormir".

Paciente G.P.P "Para mi es una medicina....soy un poco nervioso. Gracias a eso puedo estar tranquilo y otra cosa, no he tenido que tomar pastillas."

Paciente F R E. "Al principio no podía hacerla bien, ya puedo y siento que me calma cuando los hago".



ANEXO 31

Reporte de Vivencias de los pacientes después del tratamiento con ejercicios de relajación pasiva.

E.D S paciente de 46 años:" no quería eso... parecía cosa de bobos, usted me convenció y ahora se lo agradezco... soy otra... ¡que tranquilidad!"(Unió su expresión a un cálido apretón de las manos del terapeuta.)

Paciente M.V.A (muy ansiosa y con cefalea intensa)! "Qué bueno Dra., hasta el dolor de cabeza se me quitó, ya estoy tranquilita y tengo sueño... ahorita me lo pone otra vez"?. Puede grabármelo para llevarlo a mi casa?"

Paciente DCR: "Cuando comencé a escuchar eso creía me puse intranquila, después me fue venciendo y sentí en mi cuerpo todo lo que dice la voz.... me djó tremenda calma!"

Paciente E B A:"es cosa de Dios lo que entra por los oídos, ¡que belleza!... gracias por tanta ayuda porque se que estoy muy mal".

Paciente L B Z:... ¿qué pasó?.... mi corazón late más tranquilo y hasta me dormí. Dice el médico que revertí después del tratamiento ¿qué quiere decir? Porque yo me siento hasta con sueño.



ANEXO 32

Reporte de Vivencias de los pacientes después del tratamiento con ejercicios de relajación activa.

Paciente A.M.D :”anoche no podía dormirme....entonces me acordé del ejercicio.. cerré los ojos y fui hasta la orilla del río, sentí el aire, el ruido del agua y empecé a pensar cosas bonitas...no se en que momento me dormí.”

Paciente C.M.S:”la noche fue muy difícil, se murió el Sr. de al lado y yo creía que también me moría... empecé a respirar y hacer el ejercicio de concentración,pensé en mis flores....las estaba regando..... y poco a poco me fui tranquilizando hasta dormirme.”

Paciente D DP: ...”cuesta trabajo concentrarse, pero si uno pone empeño porque es para bien,, puede tranquilizarse con el ejercicio”.

Paciente G A T: ”me imaginé cosas agradables, me tapé la cara, pensé y pensé muchas veces lo mismo y eso me ayudó a dormirme’.



ANEXO 33

Reporte de vivencias de los pacientes después del tratamiento con TPC.

Paciente S.V.A: "Al fin puede dormir!...Que alivio, hace casi 24 horas que no podía pegar los ojos".

Paciente M. S. D : "Soy de poco hablar; pero me siento otro. ¡Tengo un descanso! ... quiero dormir ahora".

Paciente EAT: "Te pido disculpas porque no quería hacer el tratamiento y mira.... que bien mi arritmia se quitó inmediata a esto. Hasta el médico está asombrado. Lo haré todos los días."

Paciente E M Z: "Hasta ahorita todo lo que pensaba era triste, tenía mucho miedo, pero ahora esa musiquita y ese paseo me han dado otro ánimo".

Paciente L M A: "Sigo con sueño y estoy tranquilita después que escuché la grabadora. Voy a seguir durmiendo. Es lindo".....



ANEXO 34

Registro de la entrevista de Profundidad.

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Tipo de IMA : _____

Fecha de egreso: _____

1ra. Sesión:

2da. Sesión:

3ra. Sesión:

4ta. Sesión:

5ta. Sesión:

6ta. Sesión:

7ma. Sesión:

ANEXO 35

Modelo de consentimiento informado.

**Hospital Universitario Clínico
Quirúrgico "Dr. Gustavo Aldereguía Lima
Cienfuegos.**

Estimado(a) paciente a través de la presente estamos solicitándole su consentimiento para participar en la investigación que realizaremos en este servicio de Cardiología, que tiene como objetivo el mejoramiento de la calidad de la asistencia médica y poder proporcionarle ayuda que le será útil durante la hospitalización y para su restablecimiento una vez en el hogar. Los resultados serán puramente confidenciales y utilizados con fines científicos.

Desde este momento agradecemos su colaboración.

Fecha:

Firma del paciente

Firma del familiar

Firma de la Psicóloga

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR.GUSTAVO ALDEREGUIA LIMA"
SERVICIO DE CARDIOLOGIA
CIENFUEGOS

GUIA PARA EL CARDIOPATA

AUTORES: LIC. TERESA RODRIGUEZ RODRIGUEZ
DR. JUAN J. NAVARRO LOPEZ

-2004-

¿Qué significa ser Cardiópata?

Significa padecer de forma crónica una enfermedad del corazón; por ejemplo:

- Haber sufrido Infarto Agudo del Miocardio (IMA)
- Angina de pecho
- Insuficiencia cardiaca
- Cardiomegalia
- Cardiopatía congénita
- Cirugía del corazón
- Valvulopatía
- Miocardiopatía

¿Estas enfermedades se heredan o se adquieren?

Algunas enfermedades del corazón pueden tener como causa un defecto congénito (se nace con ellos) y otros se adquieren después, en el curso de la vida, el individuo puede tener una predisposición familiar (herencia familiar) y los factores externos contribuyen a desencadenarla, a esto le llaman **factores de riesgo (F R)**.

¿Factores de riesgo? ¿Qué son?

Son factores que elevan la posibilidad de padecer de alguna enfermedad coronaria.

¿Cuáles son los factores riesgos?

Existen dos grupos:

1. Los no modificables:

- Historia familiar; es decir existen personas en la familia que han padecido del corazón .Varones menores de 56 años o mujeres menores de 65 años enfermos o muertos por enfermedades cerebrovasculares.
- Sexo masculino: Los hombres enferman más del corazón que las mujeres.

Edad: Hombres mayores de 45 años

Mujeres mayores de 55 años

Estos factores no pueden modificarse, pero si los asociamos a los que si podemos cambiar, la posibilidad de enfermar es mayor.

2.- Factores de riesgo modificables: Son los que podemos cambiar por voluntad personal.

Factores de riesgo propiamente dichos:

- Colesterol elevado
- Colesterol LDL elevado
- Colesterol HDL reducido
- Hipertensión Arterial (HTA)
- Diabetes mellitus (DM)
- Hiperglicemia
- Triglicéridos elevados

- Obesidad
- Síndrome X

¿Cómo controlar el colesterol?

- **Con tratamiento farmacológico:** Debe indicarlo su médico, teniendo en cuenta los resultados de estudios realizados
- **Sin medicamentos:** a través de la dieta, ejercicios físicos, consumo de aceite de pescado. Si el colesterol es alto, la persona tiene 3 veces más posibilidades de enfermar de Cardiopatía Isquémica

Existen 2 tipos de colesterol, el LDL o colesterol malo y el HDL o colesterol bueno.

Lo adecuado es tener las cifras de colesterol inferior a 5.17 mmol/l.

HTA: Es una de las enfermedades crónicas de alta incidencia, si la persona tiene elevada TA incrementa la posibilidad de enfermedad isquémica del corazón, de arteriosclerosis y de mortalidad total.

- La HTA se controla con medicamentos (antihipertensivos) indicados por su médico.
- Tratamiento no farmacológico que incluye: dieta, control del peso, ejercicios físicos, relajación.

Las cifras tensionales deben mantenerse siempre dentro de parámetros normales (máxima - 140mmhg, mínima 90 mmhg-), si no es así acuda a su médico y valore seriamente la posibilidad de mantener estas cifras en este rango.

Diabetes mellitus (D M.)

Se le conoce como padecer o tener azúcar en la sangre, es una enfermedad hereditaria.

Quienes la padecen tienen mayor riesgo de padecer de cardiopatía isquémica y también es peor el pronóstico de esta enfermedad.

Si el paciente diabético tiene el colesterol fuera de los límites normales tiene mayor riesgo para contraer enfermedades isquémicas.

Si se ejerce un buen control sobre la glicemia y el colesterol en el diabético, se logra disminuir el riesgo y la reducción de complicaciones propias de la enfermedad.

¿Cómo se controla la DM?

-Con dieta:

-Hipoglicemiantes (medicamentos indicados por su médico), su adecuado control metabólico se considera prioritario en el manejo de la enfermedad.

Obesos: ¿Quiénes son?

Son aquellas personas con exceso de masa corporal resultante de un desequilibrio entre la ingesta calórica y el gasto de energía.

La obesidad troncular abdominal o androide se presenta tanto en hombres como en mujeres y constituye un factor para la cardiopatía isquémica. Se considera según el valor del índice cintura/ cadera, que en la mujer es normal hasta 0.9 y en el hombre hasta 1.

Síndrome x polimetabólico. ¿Qué significa?

Se le llama cuando se asocian varios factores, posiblemente dependiente a incremento periférico de la resistencia a la insulina, se acompaña de:

- Obesidad
- HTA
- Hiperglicemia (cifras de azúcar en sangre anormal)
- Hipertrigliceridemia (aumento de los triglicéridos)
- Niveles bajos de colesterol HDL.

¿Qué hacer para controlar el peso corporal?

-Higiene dietética: Incluye dieta, establecer horarios de comida, tipos de comida.

-Evitar el sedentarismo: Practicar sistemáticamente ejercicios físicos, siempre con una orientación autorizada de un especialista, teniendo en cuenta, su edad y sus enfermedades de base.

El ejercicio mal dosificado puede traerle consecuencias para su salud.

Hacer dieta no es dejar de comer, sino comer haciendo un balance adecuado de los alimentos: proteína, carbohidratos, vitaminas y grasas.

Fumar no es necesario.

Es un factor de riesgo bien establecido, para las enfermedades coronarias tanto en hombres como en mujeres.

el tabaquismo es una adicción a consumir derivados del tabaco en cualquiera de sus manifestaciones, la persona se hace adicta a la nicotina y cuando no la suministra a su organismo experimenta malestar, ansiedad, desconcentración, irritabilidad, etc.

No es necesario fumar, es un factor de riesgo para muchas enfermedades, afecta la estética del individuo y también la economía de cada hogar.

Si UD es fumador y deja de fumar tiene un efecto reversible y no acumulativo sobre el aparato cardiovascular.

- Reduce la mortalidad de un IMA
- Puede elevar la calidad de vida.

¿Como dejar de fumar?

Puede lograrlo UD mismo, si no lo consigue busque ayuda profesional en su área de salud.

Estrategia para dejar de fumar:

- Escoja una fecha para hacerlo.
- Disminuya cada día la cantidad de cigarrillos que consume o suspenda su consumo totalmente.
- Analice en que momento del día Ud. consume mayor cantidad de cigarrillos y controle su conducta.

- Trate de disminuir el consumo de café u otra sustancia que acostumbre a asociar al cigarrillo.
- Ingiera mucho líquido en el periodo de abstinencia (periodo en que se mantiene sin fumar) y fundamentalmente los que contenga VIT C, ayuda a desintoxicar de la nicotina.
- Mantenga ocupada la boca para sustituir la necesidad del cigarrillo con chicle, caramelos, maní, etc.
- Haga ejercicios respiratorios y ejercicios de relajación para controlar la ansiedad que se genera por la falta de nicotina en el organismo).
- Refuerce su conducta con los aspectos positivos que va descubriendo al no fumar, mejora su olfato, su paladar y más a largo plazo su salud.

Debe tener en cuenta que a las 2 o 3 semanas de haber dejado de fumar es frecuente que se produzca una recaída (vuelve a retomar el hábito) entonces será necesario tener una alta cuota de motivación y voluntad para enfrentarse a la “recaída”, le sugerimos que use el siguiente recurso:

(OJO DIBUJAR UNA BALANZA)

Observe esta balanza, en uno de sus lados ponga todos los aspectos negativos que le proporciona el consumo de cigarrillos o tabaco (salud, económicos, estéticos) y en el otro sitúe los positivos , entonces observe donde esta la parte favorable, la que objetivamente la beneficia y ayuda y use su razonamiento lógico y piense todo el daño que le proporciona el placer de una bocanada de humo que dura segundos pero trasciende en el tiempo y en su bienestar por sus dañinas consecuencias.

Ejercicios Físicos. ¿Son útiles?¿ Por Qué?

Su práctica sistemática tiene sus efectos sobre el organismo: Favorece modificaciones de los factores de riesgo como son:

- Ayuda al control del colesterol y los triglicéridos.
- Reduce la glicemia
- Disminuye el sobrepeso y la obesidad
- Aumenta el colesterol HDL(colesterol bueno)

¿Cuáles ejercicios recomendamos?

Los médicos o cardiólogos de asistencia después de exploraciones pertinentes que debe incluir una ergometria, para determinar la capacidad funcional y la frecuencia cardiaca hasta la cual debe llegar con la carga de ejercicios.

Los ejercicios a recomendar son:

- Aeróbicos

- Que intervengan grandes grupos musculares
- La intensidad se incrementa progresivamente desde la marcha, primero son 200m diarios en una semana, incrementar 200m semanales hasta alcanzar 1km después de ser examinado por su medico, si no descubre contraindicaciones le permitirá continuar con este régimen hasta alcanzar 5 Km. diarios.
- El ciclismo estático o al aire libre
- Al décimo día del IMA sin complicaciones, el paciente puede subir 10 escalones que irá incrementando cada 4 o 5 días hasta llegar a 60 escalones.
- Se puede practicar la natación cuidadosamente prescrita y supervisada. la velocidad es de 20 a 30m/min.
- No se recomiendan ejercicios de fuerza
- La frecuencia no debe ser menor de 3 veces por semana
- La duración no menor de 30min ni mayor de 45 min. diarios
- Se debe enseñar al paciente como controlar sus pulsaciones o frecuencia cardiaca (FC)
- Se le da a conocer cual es la FC a la cual debe llegar, determinada por la prueba ergométrica.(se le llama pulso de entrenamiento y se calcula individualmente según la prueba ergométrica.)
- se recomienda el baile porque la demanda de oxígeno no es muy elevadas.

Sobre la dieta debe conocer:

- Las calorías que aportan los alimentos y de ellas cuales son provenientes de las grasas.
- Para considerar un producto bajo de grasa no debe contener mas de 3 gramos de grasa en cada porción.
- % de Valor diario: Se refiere a la relación entre la cantidad de grasa de una porción del producto y la cantidad total de grasa que se puede ingerir prudencialmente.
- Busque alimentos que tengan un 5% o menos de valor de grasa total.
- Debemos eliminar las grasas saturadas de la dieta en la mayor cantidad posible.

Toda esta información la podemos recibir de la etiqueta de los productos que recibimos .No le pedimos que deje de comer sino que modifique la forma de comer:

¿Qué aconsejamos para una dieta saludable?

- No comer mas de 3 yemas de huevo a la semana, la clara libremente. El huevo de codorniz es rico en colesterol bueno HDL por lo que no, esta limitado su consumo.
- Sustituir el consumo de carne res, cordero y de puerco, por el pescado y el de aves quitándole a ésta siempre la piel.
- Cambiar el hábito de freír los alimentos, por el hervir, asar en cazuela, al horno o a la parrilla.

- Consumir poca cantidad de embutidos y carnes en conserva (salchichas, jamón, mortadella).
- No usar leche pura y sus derivados, es mejor consumir leche descremadas.
- Consuma diariamente frutas frescas y sin faltar los cítricos.
- No se limite en el consumo de la mayoría de los vegetales
- Limitar el consumo de alcohol y café.
- Consumir condimentos naturales: Cebollas, ajos, ajíes , etc.
- No agregar sal crudas a los alimentos y a la hora de cocinarlos utilice la sal a discreción.

No agregar a los jugos de frutas naturales el azúcar. A continuación le ofrecemos algunas variantes poco conocidas por nuestra población de jugos naturales , pero de extraordinario valor nutritivo y de probada eficacia en pacientes portadores de algunas enfermedades, entre las que se encuentran las cardiovasculares:

Jugo #1: Para un vaso de 8 onzas

Se mezcla ½ zanahoria pequeña = 25g

¼ taza picada de apio = 25g

1 cucharada de perejil = 6g

¼ taza espinaca = 15g

agua hervida para completar el vaso

Jugo #2

Se mezcla un ¼ taza de remolacha = 50g

½ zanahoria pequeña = 25g

agua hervida para completar el vaso

Jugo #3

Se mezcla ¼ taza de espinaca = 15g

½ tomate pequeño = 50g

1 diente de ajo = 2g

agua hervida para completar

Jugo # 4

Se mezcla 1 remolacha mediana = 100g

agua hervida para completar el vaso

Jugo # 5

Se mezcla 1 taza de lechuga = 25g

¼ taza de col = 25g

¼ taza de espinaca = 15g

agua hervida para completar

Jugo # 6

Se mezcla ½ zanahoria pequeña = 25g

½ remolacha mediana = 50g

3 ruedas grandes de pepino = 25g

Agua hervida para completar

Jugo # 7

Se mezcla ½ tomate = 50g

¼ taza de espinaca = 15g

Agua hervida para completar .

Después de prepararlo ,póngalo a enfriar para que lo consuma bien frío, No es aconsejable añadir azúcar.

No debes consumir:

- Carnes: De cerdo, tocino, salchichas, aves grasientas, patos, ganso, vísceras (riñón, hígado mollejas), mariscos(langostas, camarones, cangrejos)
- Vegetales: Aceitunas, habichuelas(se restringe el consumo de habichuelas a las personas que tengan insuficiencia cardiaca, puede comerla pero en pequeñas cantidades).
- Dulces: Evitar panecillos, buñuelos, pasteles.
- Grasas: mantequillas, mantecas, margarina.
- Leche: Productos de leche entera, queso, yogurt, helados.

¿Sabes las medidas dietéticas para la hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia?

Estas son:

Hipercolesterolemia:

- Limitar el consumo de grasa animal
- El aporte alimentario no debe ser mayor de 300mg por día
- Los alimentos con alto contenido de fibra vegetal tienen influencias positivas sobre los lípidos sanguíneos.
- Es recomendable el consumo regular de pescado.

Hipertrigliceridemia:

- Reducir el peso corporal
- Evitar las grasas saturadas
- Disminuir los alimentos ricos en carbohidratos
- No consumir alimentos ricos en azúcar y frutas muy dulces
- Evitar el consumo de alcohol.

Estrés: ¿Como enfrentarlo?

La vida moderna es fuente de tensiones y de estrés.

Las tensiones son parte de la vida, es la respuesta que damos ante las demandas cotidianas, pero una vez resuelta la necesidad que nos moviliza, los mecanismos neurohormonales que se activan vuelven a un estado de equilibrio.

El estrés es la tensión mantenida en el tiempo, el organismo tiene que apelar a mecanismos neurohormonales de reserva para dar respuesta a las demandas, produciéndose un desequilibrio, convirtiéndose con frecuencia en causa de enfermedades y de mal funcionamiento de distintos sistemas funcionales, en los que se incluye el sistema cardiovascular.

Si una persona esta estresada, puede tener asociado a ello tensión arterial, frecuencia respiratoria y frecuencia cardiaca fuera de límites normales, además puede aparecer dolor en el pecho y hasta alteraciones en el electrocardiograma (EKG), que se llama taquicardia sinusal.

Es necesario:

- Reconocer la causa o las causas del estrés y actuar sobre las mismas, recurriendo a mecanismos adecuados.

¿Cuáles son estos mecanismos?

- Hacer una adecuada jerarquización de motivos (saber determinar cuáles son las tareas que debo priorizar y cuáles dejar para después o delegarla en otras personas).
- Hágase tres preguntas siempre que se sienta tenso:
 - ¿Qué? (qué me pasa).
 - ¿Por qué? (Por qué me siento así?
 - ¿Cómo? (Cómo resuelvo el problema)

Hay situaciones que no tienen solución o no está en nuestras manos, entonces busque alternativas para enfrentarlas.

- Dedique 5 minutos, dos veces al día para practicar ejercicios de relajación. Concéntrese, trate de aflojar los músculos de todo el cuerpo, repita frases que propicien sosiego y tranquilidad como estoy tranquilo, tranquilo, tranquilo "el brazo derecho esta pesado, pesado, pesado"y progresivamente extienda esa

orden al resto del cuerpo. Práctiquelo sistemáticamente. Al comienzo será un poco difícil lograrlo, después podrá lograr el objetivo con facilidad.

Respire, es un buen antídoto para el estrés y para eliminar tensiones. Recomendamos ocupar una posición cómoda, tomar el aire por la nariz profundamente y expulsarlo lentamente por la boca. Repita esa respiración de 10- 12 veces seguidas y no menos de 4-5 veces al día, aun cuando no se sienta tenso. Haga de este ejercicio una práctica de vida, propicia la descarga emocional y ayuda a incorporar oxígeno en cantidades adecuadas al organismo.

- Practique ejercicios físicos, es una buena técnica para relajarse, hágalo concentrado en el ejercicio, para que exista una armonía cuerpo- mente y logre una verdadera eficacia al realizarlo.
- Camine descalzo, preferiblemente sobre la tierra o sobre la arena, permite descargar energías negativas y estimula las zonas reflejas de la planta de los pies, activando la circulación sanguínea.
- Establezca una relación de contacto físico, piel con piel con sus seres queridos, los que en momentos difíciles le ayudan, deje que lo acaricien , lo abracen. La piel es capaz de captar el mensaje que otras personas le quieren transmitir.
- El masaje corporal ayuda a relajar la musculatura. Siempre que pueda acuda a él.
- Tome baños de agua bien tibia, baños de sol.
- Practique su hobby preferido cuando se sienta tenso.
- Contemple un paisaje escuche música, vea una película, la T.V, de un paseo, comparta con sus amigos, baile, ría, lea.
- Los psicofármacos (sedantes) pueden ser útiles, pero no haga dependencia de ellos, aprenda a conocerse y a controlar sus emociones.
- Evite ser agresivo a la hora de comunicarse, la asertividad es más beneficiosa.
- Acaricie a su mascota, contemple la sosegada vida de los peces, cuide sus plantas.
- No permita que lo provoquen cuando discuta, trate de mantener la ecuanimidad.
- Valórese adecuadamente, le evitará frustraciones y tropiezos). La autoestima adecuada nos ayuda a triunfar.
- Evite situaciones que generen estrés siempre que pueda.
- Haga una correcta organización de su trabajo.
- Cuando tenga pensamientos negativos inmediatamente dirija su atención hacia otras ideas positivas, cambie de actividad, cante, lea, cuente de tres en tres hacia atrás, etc)
- Usa tu lenguaje interno para ayudarte en situaciones adversas o cuando necesites autocontrol emocional: "Todo irá bien", "Tranquilo", "Date tiempo", etc.

Si se percata que solo no puede vencer las alteraciones emocionales que le aquejan, acuda a un especialista que pueda orientarlo.

En todos los municipios existen Centros de Salud Mental con especialistas capacitados que están en plena disposición para ayudarlo.

Sexo y sexualidad en el Cardiópata.

Generalmente cuando hablamos de sexualidad la expresión es identificada como sexo físico, y éste es solo una parte del comportamiento del ser humano.

Sexualidad es lo que somos no lo que hacemos

Engloba desde el sexo biológico, el género, conducta correspondiente al género, hasta la conducta sexual motivada por el deseo de placer (relación coital)

Por eso cuando una persona sufre de alteraciones o disfunciones sexuales, no pierde su sexualidad, pero no piensa así la mayoría de la población.

Casi siempre cuando se habla de IMA, por creencias populares, las personas piensan y fundamentalmente los hombres que la función sexual ha cesado.

Por tabúes, casi nunca los pacientes o sus familiares hablan de este aspecto al médico. Es conocido que la falta de información por parte del médico al paciente acerca de su vida sexual incide negativamente en la reanulación de la conducta sexual, después de la recuperación. Muchos pacientes se mantienen en abstinencia durante muchos meses, aun cuando no es necesario.

Si ud. ha sufrido de IMA, debe :

- Respetar las orientaciones de su médico (Cardiólogo) de asistencia en cuanto al reinicio de la actividad sexual. El reposo sexual debe prolongarse entre 5- 16 semanas después del infarto, (se considera que el gasto energético durante el coito es similar a subir una escalera de 2 pisos, tanto en el hombre como en la mujer.)
- Después de la prueba ergométrica su médico conoce la capacidad funcional de su organismo y por tanto las cargas que debe tolerar.
- Si aparece dolor durante el coito se recomienda utilizar nitroglicerina sublingual.
- La práctica de ejercicios físicos mejora la capacidad funcional del infartado y por tanto facilitará la de la actividad sexual, posibilita menor disnea y mayor capacidad articular.
- Somos seres sociales, la relación de pareja no solo se basa en la relación coital sino que se adorna con toda la espiritualidad del ser humano, que surge de los sentimientos amorosos y del respeto hacia otra persona.
- Si presentara cualquier dificultad en su sexualidad consulte a su médico o psicólogo de asistencia.
- No use Viagra para mejorar la respuesta sexual, sólo es recomendable si es valorado por su médico de asistencia.

Es bueno tener en cuenta que:

- Un pene erecto no es lo único que hace placentera una relación, como tampoco lo hace una vagina húmeda.
- La incapacidad de realizar la actividad sexual (si existe) no significa una incapacidad para disfrutarla.
- El acto sexual va más allá de una sólida erección, se enriquece con las fantasías, con el encanto de la entrega y con la aplicación de otras variantes en el intercambio sexual de la pareja.

Autocuidado.

Etimológicamente significa cuidarse a sí mismo.

¿Se cuida Usted?

Si su respuesta es sí, hágase las siguientes preguntas para comprobar si está en lo cierto.

- Sigo las orientaciones médicas.
- Tomo disciplinadamente los medicamentos.
- Controlo la TA, la diabetes, el sobrepeso.
- Hago ejercicios físicos.
- Controlo la dieta, no tengo hábitos tóxicos.
- Organizo las tareas para contrarrestar la sobrecarga física y psicológica.
- Me doy un descanso cuando mi organismo dice "Ya no puedo más".
- Hago alguna actividad de higiene mental.
- Pienso en mí, en lo que soy, en la necesidad de cuidarme para poder cuidar a mis semejantes.
- Me hago un regalo y disfruto de mi hobby preferido
- Me recompenso cuando siento la satisfacción del deber cumplido.

Cuando responda estas preguntas le será más fácil determinar si realmente UD. sabe cuidarse, si su respuesta es no, en la mayoría de los planteamientos empiece a intentar el cambio y siga nuestras sugerencias.

Cuando haya leído este folleto, trate de interiorizar cada una de nuestras orientaciones, trate que no se quede solo a nivel del conocimiento y esfuércese en ponerlas en práctica. Lo ayudará a

- Sentirse mejor física y psicológicamente.
- Contribuir al mejoramiento de su enfermedad.
- Reducir el número de ingresos hospitalarios.
- No sentirse con sentimientos de minusvalía por el hecho de ser cardiópata.
- Mejorar la calidad de su vida.
- Mantener más estable la dinámica de su hogar.
- Contribuir al desarrollo social.

-Prolongar su vida y la calidad de la misma.

Cuando haya terminado de leer estas orientaciones, reflexione sobre su conducta, valore todos aquellos aspectos que puede modificar; piense en su salud, en la calidad de su vida, piense en los suyos, piense en lo útil que puede ser si pone todo su empeño en el cambio.

Créanos, hemos puesto en la elaboración de este folleto nuestros conocimientos, junto a nuestro corazón, para que el suyo, se restablezca y para que se sienta feliz, viviendo más saludable.

Gracias por acogernos,

Los autores.

•

Tabla 1: Caracterización general de los pacientes.

| .Variables | | Masculino | | Femenino | | Total | |
|-----------------------------|--------------------------|-----------|------|----------|------|--------|------|
| | | n | % | n | % | n | % |
| Edad (años) | menos de 60 | 56 | 76,7 | 14 | 58,3 | 70 | 72,2 |
| | más de 60 | 17 | 23,3 | 10 | 41,7 | 27 | 27,8 |
| Escolaridad | menos de 12 ^o | 44 | 60,3 | 17 | 70,8 | 61 | 62,9 |
| | más de 12 ^o | 29 | 39,7 | 7 | 29,2 | 36 | 37,1 |
| Ocupación | No Téc. y Profesionales | 51 | 69,9 | 20 | 83,3 | 71 | 73,2 |
| | Téc. y Profesionales | 22 | 30,1 | 4 | 16,7 | 26 | 26,8 |
| Factores Riesgo | | n = 73 | | n = 24 | | n = 97 | |
| HTA | | 65 | 89,0 | 22 | 91,7 | 87 | 89,7 |
| Diabetes mellitus | | 13 | 17,8 | 8 | 33,3 | 21 | 21,6 |
| Obesidad / Sobrepeso | | 17 | 23,3 | 7 | 29,2 | 24 | 24,7 |
| Dislipidemias | | 21 | 28,8 | 18 | 75,0 | 39 | 40,2 |
| Sedentarismo | | 16 | 21,9 | 10 | 41,7 | 26 | 26,8 |
| Estrés | | 65 | 89,0 | 20 | 83,3 | 85 | 87,6 |
| Tabaquismo | | 47 | 64,4 | 12 | 50,0 | 59 | 60,8 |
| Alcohol excesivo | | 33 | 45,2 | 2 | 8,3 | 35 | 36,1 |
| Hábitos dietéticos nocivos | | 72 | 98,6 | 23 | 95,8 | 95 | 97,9 |
| Localización del IMA | | | | | | | |
| Anterior | | 46 | 63,0 | 13 | 54,2 | 73 | 75,3 |
| Inferior | | 13 | 37,0 | 11 | 45,8 | 24 | 24,7 |

n= 97.

Fuente: Test Psicológicos.

Entrevista semi-estructurada

Tabla 2: Caracterización general de los cuidadores primarios.

| Variables | | n | % |
|----------------------|--------------------------|----|------|
| Sexo | Masculino | 35 | 36,0 |
| | Femenino | 62 | 64,0 |
| Escolaridad | menos de 12 ^o | 26 | 73,2 |
| | más de 12 ^o | 71 | 26,8 |
| Edad | menos de 60 | 8 | 91,8 |
| | más de 60 | 89 | 8,2 |
| Parentesco | Cónyuge | 31 | 31,9 |
| | Hijo/a | 20 | 20,6 |
| | Hermana/o | 13 | 13,4 |
| | Padre/madre | 20 | 20,6 |
| | Otros | 13 | 13,4 |
| Miembros de familias | Funcionales | 28 | 29,0 |
| | Disfuncionales | 69 | 71,0 |

n= 97.

Fuente: Test Psicológicos.
Entrevista semi-estructurada.

Tabla 3: Comportamiento de parámetros psicológicos de los pacientes en la fase diagnóstica.

| Variables Psicológicas n= 97 | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------|-----------------------------|------|-----------------------|------|--------------------------------|------|-------------------------|------|-----------------|------|
| Funcionabilidad familiar | Familias Funcionales | | | | Familias Disfuncionales | | | | | |
| | n | | % | | n | | % | | | |
| | 28 | 29,0 | 69 | 71,0 | | | | | | |
| Vulnerabilidad al estrés | Vulnerable | | Seriamente | | Extremadt. | | | | | |
| | n | | % | | n | | % | | n | |
| | 13 | 13,4 | 31 | 32,0 | 53 | 54,6 | | | | |
| Satisfacción vital | Alta | | Normal | | Baja | | | | | |
| | n | | % | | n | | % | | n | |
| | 27 | 27,8 | 52 | 53,6 | 18 | 18,6 | | | | |
| Ansiedad Rasgo | Alta | | Media | | Baja | | | | | |
| | n | | % | | n | | % | | n | |
| | 60 | 61,9 | 36 | 37,1 | 1 | 1,0 | | | | |
| Ansiedad Estado | Alta | | Media | | Baja | | | | | |
| | n | | % | | n | | % | | n | |
| | 73 | 75,3 | 24 | 24,7 | 0 | 0,0 | | | | |
| Pensamiento rumiativo | Alta | | Normal | | Baja | | | | | |
| | n | | % | | n | | % | | n | |
| | 54 | 55,7 | 25 | 25,8 | 18 | 18,5 | | | | |
| Depresión | No Depresión | | Depresión Leve | | Depresión Moderada | | Depresión Severa | | | |
| | n | | % | | n | | % | | n | |
| | 48 | 49,5 | 37 | 38,1 | 10 | 10,3 | 2 | 2,1 | | |
| Estrés / Conflictos por esferas | Familiar | | Laboral | | Social | | Matrim. Sexual | | Personal | |
| | n | | % | | n | | % | | n | |
| | 40 | 41,2 | 36 | 37,1 | 32 | 31,9 | 11 | 11,3 | 12 | 12,4 |

n=97.

Fuente: Test Psicológicos.

Entrevista semi-estructurada.

Tabla 4: Conocimiento de los pacientes acerca de los factores de riesgo cardiovasculares antes y después de la intervención.

| Factores de Riesgo | Antes | | Después | | p |
|----------------------|--------|--------|---------|--------|-------|
| | Si (%) | No (%) | Si (%) | No (%) | |
| Hábito de fumar | 69,1 | 30,9 | 100,0 | 0,0 | 0,000 |
| Alcohol excesivo | 47,4 | 52,6 | 100,0 | 0,0 | 0,000 |
| Grasa animal | 55,7 | 44,3 | 93,8 | 6,2 | 0,000 |
| Sal excesiva | 26,8 | 73,2 | 99,0 | 1,0 | 0,000 |
| Obesidad / Sobrepeso | 6,2 | 93,8 | 69,1 | 30,9 | 0,000 |
| HTA | 17,5 | 82,5 | 97,9 | 2,1 | 0,000 |
| Diabetes mellitus | 3,1 | 96,9 | 71,1 | 28,9 | 0,000 |
| Estrés | 20,6 | 79,4 | 90,7 | 9,3 | 0,000 |
| Caract, personalidad | 1,0 | 99,0 | 61,9 | 38,1 | 0,000 |
| Herencia | 4,1 | 95,9 | 79,4 | 20,6 | 0,000 |
| Hipercolesterolemia | 1,0 | 99,0 | 59,8 | 40,2 | 0,000 |

n=97.

Fuente: Entrevista Psicológica semi-estructurada.

Tabla 5: Conocimiento de los pacientes acerca de estilos de vida a seguir post IMA, antes y después de la intervención.

| Estilo de Vida | Antes | | Después | | p |
|---------------------------------------|--------|--------|---------|--------|-------|
| | Si (%) | No (%) | Si (%) | No (%) | |
| Evitar esfuerzos físicos | 45,4 | 54,6 | 96,9 | 3,1 | 0,000 |
| Evitar emociones fuertes | 12,4 | 87,6 | 88,7 | 11,3 | 0,000 |
| Práctica ejercicios físicos | 1,0 | 99,0 | 74,2 | 25,8 | 0,000 |
| Jerarquizar tareas | 0,0 | 100,0 | 42,3 | 57,7 | 0,000 |
| Relaciones coitales | 2,1 | 97,9 | 81,4 | 18,6 | 0,000 |
| Dieta cardiosaludable | 56,7 | 43,3 | 99,0 | 1,0 | 0,000 |
| Eliminar hábitos tóxicos | 51,1 | 48,5 | 96,9 | 2,1 | 0,000 |
| Especialista sí dificultades sexuales | 1,0 | 99,0 | 37,1 | 62,9 | 0,000 |

n=97.

Fuente: Entrevista Psicológica semi-estructurada.

Tabla 6: Conocimiento de los pacientes sobre mecanismo de regulación emocional, antes y después de la intervención.

| Mecanismos Regulación Emocional | Antes | | Después | | p |
|-------------------------------------|--------|--------|---------|--------|-------|
| | Si (%) | No (%) | Si (%) | No (%) | |
| Respirar profundo | 5,2 | 94,8 | 93,8 | 6,2 | 0,000 |
| Relajación con música | 10,3 | 89,7 | 100,0 | 0,0 | 0,000 |
| Ejercicios de relajación | 3,1 | 96,9 | 100,0 | 0,0 | 0,000 |
| Contacto piel-piel | 2,1 | 97,9 | 70,1 | 29,9 | 0,000 |
| Masaje | 2,1 | 97,9 | 47,4 | 52,6 | 0,000 |
| Caminar descalzo | 0,0 | 100 | 22,7 | 77,3 | 0,000 |
| Actividades higiene mental | 27,8 | 72,2 | 85,6 | 14,4 | 0,000 |
| Visualizaciones | 1,0 | 99,0 | 37,1 | 62,9 | 0,000 |
| Manejo causa | 5,2 | 94,8 | 83,5 | 16,5 | 0,000 |
| Cambio pensamiento | 0,0 | 100,0 | 47,4 | 52,6 | 0,000 |
| Solución problemas | 9,3 | 90,7 | 58,8 | 41,2 | 0,000 |
| Evitar situaciones que descontrolen | 12,4 | 87,6 | 74,2 | 25,8 | 0,000 |

n=97.

Fuente: Entrevista Psicológica semi-estructurada.

Tabla 7: Conocimiento del familiar acerca de los factores de riesgo cardiovasculares antes y después de la intervención.

| Factores de Riesgo | Antes | | Después | | p |
|------------------------------|--------|--------|---------|--------|-------|
| | Si (%) | No (%) | Si (%) | No (%) | |
| Hábito de fumar | 46,3 | 53,6 | 59,7 | 40,2 | 0,000 |
| Alcohol excesivo | 34,0 | 65,9 | 56,7 | 43,2 | 0,000 |
| Grasa animal | 20,6 | 79,3 | 67,0 | 43,1 | 0,000 |
| Sal excesiva | 40,2 | 59,7 | 94,8 | 5,1 | 0,000 |
| Obesidad / Sobrepeso | 9,2 | 90,7 | 72,1 | 27,8 | 0,000 |
| HTA | 14,2 | 85,5 | 94,8 | 5,1 | 0,000 |
| Diabetes mellitus | 10,3 | 89,6 | 64,9 | 35,0 | 0,000 |
| Estrés | 20,6 | 79,3 | 92,7 | 7,2 | 0,000 |
| Características personalidad | 1,0 | 98,6 | 59,7 | 40,2 | 0,000 |
| Herencia | 4,1 | 95,8 | 81,4 | 17,5 | 0,000 |
| Hipercolesterolemia | 1,0 | 98,6 | 56,7 | 43,2 | 0,000 |

n= 97.

Fuente: Entrevista semi-estructurada al familiar.

Tabla 8: Conocimiento del familiar antes y después sobre el estilo de vida del paciente post IMA.

| Estilo de Vida | Antes | | Después | | p |
|---------------------------------------|--------|--------|---------|--------|-------|
| | Si (%) | No (%) | Si (%) | No (%) | |
| Evitar esfuerzos físicos | 50,5 | 49,5 | 97,9 | 2,1 | 0,000 |
| Evitar emociones fuertes | 24,7 | 75,3 | 91,7 | 8,3 | 0,000 |
| Practica ejercicios físicos | 7,2 | 92,8 | 74,2 | 25,8 | 0,000 |
| Jerarquizar tareas | 0,0 | 100,0 | 46,4 | 53,6 | 0,000 |
| Relaciones coitales | 3,1 | 96,9 | 71,1 | 28,9 | 0,000 |
| Dieta cardiosaludable | 60,8 | 39,2 | 99,0 | 1,0 | 0,000 |
| Eliminar hábitos tóxicos | 61,8 | 35,2 | 97,9 | 2,1 | 0,000 |
| Especialista sí dificultades sexuales | 1,0 | 99,0 | 34,0 | 66,0 | 0,000 |

n=97.

Fuente: Entrevista semi - estructurada.

Tabla 9: Conocimientos del familiar sobre mecanismo de regulación emocional antes y después de la intervención.

| Mecanismo Regulación Emocional | Antes | | Después | | p |
|--------------------------------|--------|--------|---------|--------|-------|
| | Si (%) | No (%) | Si (%) | No (%) | |
| Respirar profundo | 10,3 | 89,7 | 96,9 | 3,1 | 0,000 |
| Relajación música | 14,4 | 85,6 | 95,9 | 4,1 | 0,000 |
| Ejercicio relajación | 4,1 | 95,9 | 91,7 | 5,3 | 0,000 |
| Contacto piel-piel | 4,1 | 95,9 | 70,1 | 29,9 | 0,000 |
| Masaje | 2,1 | 97,9 | 48,4 | 51,6 | 0,000 |
| Caminar descalzo | 0,0 | 100,0 | 32,9 | 67,1 | 0,000 |
| Activar higiene mental | 26,8 | 73,2 | 84,5 | 15,5 | 0,000 |
| Visualizaciones | 0,0 | 100 | 37,1 | 62,9 | 0,000 |
| Manejo causa | 6,2 | 93,8 | 85,6 | 14,4 | 0,000 |
| Cambio pensamiento | 6,2 | 93,8 | 42,3 | 57,7 | 0,000 |
| Evitar situaciones estresantes | 7,2 | 92,8 | 77,3 | 22,7 | 0,000 |
| Solución problemas | 11,4 | 88,6 | 63,9 | 36,1 | 0,000 |

n=97.

Fuente: Entrevista psicológica semi-estructurada.

Tabla 10: Comportamiento de la satisfacción vital de los pacientes antes y después del tratamiento psicológico hospitalario.

| Satisfacción vital antes | Satisfacción vital después | | | | | | | | P |
|--------------------------|----------------------------|------|--------|------|------|------|-------|-------|-------|
| | Alta | | Normal | | Baja | | Total | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Alta | 10 | 10.3 | 16 | 16.5 | 1 | 1.0 | 27 | 27.8 | 0.003 |
| Normal | 0 | 0.0 | 44 | 45.4 | 8 | 8.2 | 52 | 53.6 | |
| Baja | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 18 | 18.0 | 18 | 18.6 | |
| Total | 10 | 10.3 | 60 | 61.8 | 27 | 27.8 | 97 | 100.0 | |

n= 97.

Fuente: Escala de satisfacción vital.

Tabla 11: Comportamiento de modificaciones expresadas por los pacientes en la Satisfacción Vital después de la intervención.

| Modificaciones | ESV (después) | |
|------------------------------------------------------------|---------------|------|
| | n | % |
| Hábitos tóxicos | 62 | 63,7 |
| Enfrentamiento a la vida y características de personalidad | 31 | 31,6 |
| Control de las emociones | 24 | 25,2 |
| Cuidado personal | 32 | 33,1 |
| Hábitos dietéticos | 49 | 50,2 |
| Hábitos tóxicos, control emociones y hábitos dietéticos | 11 | 11,3 |
| Hábitos tóxicos y hábitos dietéticos | 30 | 31,0 |

n=97.

Fuente: Escala de Satisfacción Vital.

Tabla 12: Comportamiento de la conciencia cognoscitiva de la necesidad del cambio incorporada por los pacientes después de la intervención.

| Conciencia cognoscitiva de la necesidad del cambio | | | |
|----------------------------------------------------|--------|---------|-------|
| Excelente | Bien | Regular | Mal |
| 77,3 % | 18,6 % | 4,1% | 0,0 % |

n= 97.

Fuente: Entrevista psicológica semi-estructurada.

Tabla 13 : Prevalencia de la efectividad de la musicoterapia en los pacientes durante la hospitalización.

| No. de sesión | Musicoterapia | | | | | | | | | | | |
|---------------|---------------|------|----|------|----|-----|-------------|------|----|------|----|-----|
| | 1er Momento | | | | | | 2do Momento | | | | | |
| | AF | | F | | NF | | AF | | F | | NF | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 1ra sesión | 95 | 97,9 | 0 | 0,0 | 2 | 2,1 | 94 | 96,9 | 0 | 0,0 | 3 | 3,1 |
| 2da sesión | 76 | 78,4 | 19 | 19,5 | 2 | 2,1 | 79 | 81,4 | 17 | 17,5 | 1 | 1,0 |
| 3ra sesión | 82 | 84,5 | 15 | 15,5 | 0 | 0,0 | 84 | 86,6 | 13 | 13,4 | 0 | 0,0 |
| 4ta sesión | 88 | 90,7 | 9 | 9,3 | 0 | 0,0 | 88 | 90,7 | 9 | 9,3 | 0 | 0,0 |
| 5ta sesión | 88 | 90,7 | 9 | 9,3 | 0 | 0,0 | 91 | 93,8 | 6 | 6,2 | 0 | 0,0 |
| 6ta sesión | 91 | 93,8 | 6 | 6,2 | 0 | 0,0 | 91 | 93,8 | 6 | 6,2 | 0 | 0,0 |
| 7ma sesión | 92 | 94,9 | 5 | 5,1 | 0 | 0,0 | 92 | 94,9 | 5 | 5,1 | 0 | 0,0 |

n=97.

Fuente: Reporte de vivencias.

AF: Altamente favorable.

F: Favorable.

NF: No favorable.

Tabla 14: Prevalencia de efectividad de los ejercicios respiratorios durante la hospitalización.

| Número de sesión | | Ejercicios Respiratorios | | Relajación Pasiva | | Relajación Activa | |
|------------------|----|--------------------------|------|-------------------|------|-------------------|------|
| | | n | % | n | % | n | % |
| 1ra sesión | AF | 86 | 88,6 | 96 | 99,0 | 10 | 10,3 |
| | F | 10 | 10,3 | 0 | 0,0 | 5 | 5,1 |
| | NF | 1 | 1,0 | 1 | 1,0 | 81 | 83,5 |
| | NN | | | | | 1 | 1,0 |
| 2da sesión | AF | 87 | 89,6 | 90 | 93,8 | 12 | 12,4 |
| | F | 10 | 10,3 | 7 | 6,2 | 26 | 26,8 |
| | NF | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 50 | 51,5 |
| | NN | | | | | 9 | 9,3 |
| 3ra sesión | AF | 93 | 95,8 | 94 | 96,9 | 16 | 16,5 |
| | F | 4 | 4,1 | 3 | 3,1 | 32 | 33,0 |
| | NF | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 40 | 41,2 |
| | NN | | | | | 9 | 9,3 |
| 4ta sesión | AF | 93 | 95,8 | 95 | 97,9 | 30 | 30,9 |
| | F | 4 | 4,1 | 2 | 2,1 | 40 | 41,2 |
| | NF | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 15 | 15,5 |
| | NN | | | | | 12 | 12,4 |
| 5ta sesión | AF | 94 | 97,0 | 95 | 97,9 | 50 | 51,6 |
| | F | 3 | 3,0 | 1 | 1,0 | 35 | 36,1 |
| | NF | 0 | 0,0 | 1 | 1,0 | 1 | 1,0 |
| | NN | | | | | 11 | 11,3 |
| 6ta sesión | AF | 94 | 97,0 | 96 | 98,9 | 49 | 50,6 |
| | F | 3 | 3,0 | 0 | 0,0 | 21 | 21,6 |
| | NF | 0 | 0,0 | 1 | 1,0 | 5 | 5,2 |
| | NN | | | | | 22 | 22,6 |
| 7ma sesión | AF | 95 | 97,9 | 95 | 97,9 | 34 | 35,0 |
| | F | 2 | 2,0 | 0 | 0,0 | 8 | 8,2 |
| | NF | 0 | 0,0 | 2 | 2,0 | 6 | 6,2 |
| | NN | | | | | 49 | 50,5 |

n=97.

Fuente: Registros de indicadores psicológicos.

Leyenda:

AF: Altamente favorable.

F: Favorable.

NF: No favorable.

NN: No necesaria.

Tabla 15: Prevalencia de la efectividad de la aplicación por la familia de técnicas relajantes durante el periodo de hospitalización.

| Número de sesión | Contacto piel con piel | | | | Masaje | | | | Reflexoterapia pie | | | | No necesaria | |
|------------------|------------------------|-------|------|-----|--------|-------|------|-----|--------------------|-------|------|-----|--------------|------|
| | n | % | | | n | % | | | n | % | | | n | % |
| | | B | R | M | | B | R | M | | B | R | M | | |
| 1ra sesión | 60 | 80,0 | 16,6 | 3,3 | 10 | 70,0 | 30,0 | 0,0 | 7 | 28,5 | 71,4 | 0,0 | 20 | 20,6 |
| 2da sesión | 78 | 92,3 | 7,6 | 0,0 | 5 | 80,0 | 20,0 | 0,0 | 2 | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 12 | 12,4 |
| 3ra sesión | 73 | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 3 | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 4 | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 17 | 17,5 |
| 4ta sesión | 67 | 97,0 | 3,0 | 0,0 | 2 | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 3 | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 25 | 25,8 |
| 5ta sesión | 52 | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 1 | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 4 | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 40 | 41,2 |
| 6ta sesión | 46 | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 6 | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 45 | 46,3 |
| 7ma sesión | 31 | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 3 | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 63 | 64,9 |

n=97.

Fuente: Registro de indicadores psicológicos.

Leyenda:

B: Bien.

R: Regular.

M: Mal.

Tabla 16: Comportamiento del estado emocional de los pacientes desde el ingreso hasta el egreso hospitalario según resultados de test psicológicos.

| Momento Hospitalización | Ansiedad estado | | | Depresión | | | | Indicación psicofármaco |
|-------------------------|-----------------|-------|------|-----------|------|------|-----|-------------------------|
| | Alta | Media | Baja | ND | DL | DM | DS | |
| Momento inicial | 75,3 | 24,7 | 0,0 | 49,5 | 38,1 | 10,3 | 2,1 | 5,2 % |
| Momento intermedio | 19,9 | 52,6 | 27,8 | 73,2 | 17,5 | 8,2 | 1,0 | |
| Momento final | 15,5 | 18,6 | 66,0 | 84,5 | 10,3 | 5,2 | 0,0 | |

n= 97.

Fuente: Test Idare estado.

Test de Beck.

Leyenda:

ND: No depresión.

DL: Depresión leve.

DM: Depresión moderada.

DS: Depresión severa.

Tabla 17: Comportamiento de los síntomas psicológicos antes y después de aplicar el TPC Estimulante.

| Síntomas | Antes | | Después | | p |
|----------------------|--------|--------|---------|--------|-------|
| | Si (%) | No (%) | Si (%) | No (%) | |
| Tristeza | 100,0 | 0,0 | 30,3 | 69,7 | 0,000 |
| Abatimiento | 100,0 | 0,0 | 30,3 | 69,7 | 0,000 |
| Deseos de llorar | 69,7 | 30,3 | 9,1 | 90,9 | 0,000 |
| Desánimo | 100,0 | 0,0 | 27,3 | 72,7 | 0,000 |
| Pienso todo negativo | 78,8 | 21,2 | 12,1 | 87,9 | 0,000 |
| Pienso cosas tristes | 100,0 | 0,0 | 30,3 | 69,7 | 0,000 |
| Angustiado | 100,0 | 0,0 | 33,3 | 66,7 | 0,000 |

n=33.

Fuente: Reporte de vivencias después del TPC Estimulante.

Tabla 18: Comportamiento de los síntomas psicológicos antes y después de aplicar el TPC Relajante.

| Síntomas | Antes | | 1 hora Después | | p |
|----------------------|--------|--------|----------------|--------|-------|
| | Si (%) | No (%) | Si (%) | No (%) | |
| Intranquilidad | 100,0 | 0,0 | 9,1 | 90,9 | 0,000 |
| Desasosiego | 100,0 | 0,0 | 6,1 | 93,9 | 0,000 |
| Irritabilidad | 54,5 | 45,5 | 6,1 | 93,9 | 0,000 |
| Tensión muscular | 97,0 | 3,0 | 6,1 | 93,9 | 0,000 |
| Sensación de ahogo | 45,5 | 54,5 | 3,0 | 97,0 | 0,000 |
| Deseos de llorar | 39,4 | 60,6 | 3,0 | 97,0 | 0,000 |
| Exaltación | 100,0 | 0,0 | 6,1 | 93,9 | 0,000 |
| Temblor manos/cuerpo | 36,4 | 63,6 | 0,0 | 100,0 | 0,000 |

n=33.

Fuente: Reporte de vivencias después del TPC Relajante.

Tabla 19: Comportamiento de los síntomas psicológicos y del ritmo vigilia-sueño antes y después de aplicar el TPC Adormecedor.

| Síntomas | Antes | | 1 hora Después | | p |
|-------------------------------|--------|--------|----------------|--------|-------|
| | Si (%) | No (%) | Si (%) | No (%) | |
| Dificultad conciliar el sueño | 100,0 | 0,0 | 6,5 | 93,5 | 0,000 |
| Sensación ardor/ojos | 74,2 | 25,8 | 6,5 | 93,5 | 0,000 |
| Sensación acumulo ideas | 93,5 | 6,5 | 3,2 | 96,8 | 0,000 |
| Intranquilidad | 100,0 | 0,0 | 3,2 | 96,8 | 0,000 |
| Totalmente vigil | 100,0 | 0,0 | 32,2 | 67,8 | 0,000 |
| Medianamente vigil | 0,0 | 100,0 | 9,7 | 90,3 | 0,079 |
| Dormido | 0,0 | 100,0 | 58,1 | 41,9 | 0,000 |

n=31.

Fuente: Reporte de vivencias después del TPC Adormecedor.

Tabla 20: Comportamiento de los parámetros fisiológicos antes y después de aplicar el TPC.

| Tratamiento (TPC) | Variable | Antes | Después | IC* 95 % | |
|--------------------|----------|-------|---------|-----------------|-----------------|
| | | | | Limite inferior | Limite superior |
| Estimulante (n=33) | FR | 20,4 | 19,0 | 0,79 | 1,98 |
| | FC | 72,8 | 70,5 | 0,57 | 3,97 |
| | TAS | 125,7 | 124,4 | -1,72 | 4,33 |
| | TAD | 78,5 | 78,1 | -1,25 | 1,98 |
| | PAM | 94,2 | 93,6 | -1,25 | 2,60 |
| Relajante (n=33) | FR | 20,3 | 17,9 | 1,42 | 3,41 |
| | FC | 74,7 | 70,6 | 0,37 | 7,32 |
| | TAS | 128,8 | 120,6 | 0,34 | 12,0 |
| | TAD | 79,1 | 78,1 | -1,33 | 3,32 |
| | PAM | 95,0 | 92,3 | 1,30 | 4,11 |
| Adormecedor (n=31) | FR | 21,1 | 19,4 | 1,25 | 2,21 |
| | FC | 74,0 | 72,7 | -0,18 | 2,76 |
| | TAS | 135,6 | 131,4 | 0,10 | 8,22 |
| | TAD | 77,7 | 76,9 | -0,85 | 2,45 |
| | PAM | 97,0 | 95,1 | -0,14 | 3,99 |

*Intervalo de confianza.

Fuente: Parámetros fisiológicos registrados antes y después del TPC.

Tabla 21: Comportamiento del Doble Producto antes y después del TPC.

| | Antes | | Después | |
|-------------------------------------|---------------------|------|--------------------|-----|
| | \bar{X} | | \bar{X} | |
| Doble Producto (FC X TAS) | $\bar{X} = 10\ 110$ | | $\bar{X} = 8\ 756$ | |
| | n | % | n | % |
| Valores del DP por encima de 12 000 | 16 | 16,4 | 8 | 8,2 |

n= 97.

Fuente: Parámetros fisiológicos registrados antes y después del TPC.

Tabla 22: Comportamiento de las vivencias de los pacientes después de recibir el TPC.

| TPC | Altamente Favorable | Favorable | No Favorable |
|--------------------|---------------------|-----------|--------------|
| | % | % | % |
| Estimulante (n=33) | 78,8 | 18,2 | 3,0 |
| Relajante (n=33) | 90,9 | 6,1 | 3,0 |
| Adormecedor (n=31) | 35,5 | 64,5 | 0,0 |

Fuente: Reporte de vivencias del paciente.

Tabla 23: Comportamiento de los parámetros fisiológicos Antes y Después de aplicado el TPC según características personalógicas.

| Variables Psicológicas | Variables Fisiológicas | TPC Estimulante(n=33) | | | | TPC Relajante(n=33) | | | | TPC Adormecedor (n=31) | | | |
|----------------------------------------|------------------------|------------------------|-----|----------|----------|---------------------|-----|----------|----------|-------------------------|-----|----------|----------|
| | | A* | D** | IC* | | A* | D** | IC* | | A* | D** | IC* | |
| | | | | Inferior | Superior | | | Inferior | Superior | | | Inferior | Superior |
| Ansiedad Rasgo Alta (n=60) | FR (cic/min) | 20 | 18 | 0,36 | 2,41 | 20 | 17 | 1,11 | 3,92 | 20 | 18 | 0,96 | 2,06 |
| | FC (lat/min) | 71 | 69 | 0,42 | 4,66 | 72 | 67 | 0,46 | 9,85 | 72 | 71 | -0,88 | 3,29 |
| | TAS(mmHg) | 122 | 120 | 3,47 | 6,80 | 127 | 119 | 2,24 | 16,80 | 134 | 131 | -3,04 | 9,88 |
| | TAD(mmHg) | 75 | 75 | -2,94 | 2,72 | 78 | 78 | -3,13 | 3,30 | 76 | 75 | -192 | 2,66 |
| Ansiedad Rasgo Media (n=36) | FR (cic/min) | 20 | 19 | 0,77 | 2,02 | 20 | 18 | 0,99 | 2,78 | 22 | 20 | 1,12 | 3,03 |
| | FC (lat/min) | 74 | 72 | -1,18 | 5,21 | 79 | 77 | -3,18 | 8,52 | 75 | 74 | -0,90 | 3,73 |
| | TAS(mmHg) | 129 | 129 | -2,43 | 4,22 | 122 | 122 | -7,01 | 7,01 | 137 | 131 | 1,45 | 9,21 |
| | TAD(mmHg) | 82 | 81 | -0,59 | 2,46 | 79 | 76 | 0,22 | 6,21 | 80 | 79 | -1,17 | 4,17 |
| Pensamiento Rumiativo Alto (n=54) | FR (cic/min) | 20 | 19 | 0,40 | 2,33 | 20 | 17 | 1,10 | 4,67 | 20 | 18 | 1,15 | 2,72 |
| | FC (lat/min) | 77 | 74 | 0,50 | 5,28 | 72 | 67 | -0,99 | 12,54 | 75 | 74 | -1,14 | 3,49 |
| | TAS(mmHg) | 123 | 122 | -3,97 | 5,23 | 127 | 116 | 0,66 | 20,66 | 137 | 133 | -2,56 | 11,61 |
| | TAD(mmHg) | 74 | 74 | -2,33 | 2,87 | 80 | 81 | -4,8 | 3,13 | 79 | 78 | -1,92 | 3,56 |
| Pensamiento Rumiativo Normal (n=25) | FR (cic/min) | 19 | 18 | 0,38 | 2,06 | 20 | 18 | 0,89 | 2,43 | 22 | 20 | 1,21 | 2,49 |
| | FC (lat/min) | 66 | 63 | -0,24 | 5,36 | 72 | 71 | -3,82 | 5,60 | 72 | 70 | 0,53 | 4,03 |
| | TAS(mmHg) | 126 | 124 | -4,46 | 9,13 | 120 | 119 | -5,68 | 7,24 | 120 | 120 | 4,22 | 5,65 |
| | TAD(mmHg) | 81 | 80 | -3,27 | 3,49 | 75 | 70 | 0,94 | 7,50 | 73 | 73 | -4,43 | 4,43 |
| Pensamiento Rumiativo Bajo, (n=18) | FR (cic/min) | 20 | 18 | 0,18 | 3,41 | 19 | 17 | 0,36 | 3,97 | 21 | 20 | 0,15 | 2,13 |
| | FC (lat/min) | 68 | 68 | -7,81 | 6,61 | 84 | 80 | 1,39 | 6,93 | 71 | 71 | -3,62 | 4,77 |
| | TAS(mmHg) | 132 | 130 | -2,30 | 6,30 | 135 | 134 | -8,77 | 10,43 | 145 | 138 | -0,20 | 13,62 |
| | TAD(mmHg) | 87 | 86 | -0,24 | 2,24 | 81 | 79 | -0,67 | 3,67 | 78 | 77 | 0,39 | 2,74 |
| Vulnerabilid al Estrés (n=13) | FR (cic/min) | 21 | 19 | 0,58 | 2,41 | 20 | 17 | -0,46 | 7,12 | 21 | 19 | 0,58 | 2,41 |
| | FC (lat/min) | 89 | 71 | -11,92 | 8,42 | 87 | 84 | -0,46 | 7,12 | 71 | 69 | -11,92 | 8,42 |
| | TAS(mmHg) | 124 | 123 | -5,50 | 4,0 | 121 | 118 | 1,30 | 6,2 | 124 | 123 | -5,50 | 4,00 |
| | TAD(mmHg) | 78 | 77 | -5,46 | 5,96 | 81 | 81 | -1,10 | 1,76 | 78 | 77 | -5,46 | 5,96 |
| Seriamente Vulnerable al Estrés (n=31) | FR (cic/min) | 20 | 18 | 0,70 | 2,45 | 20 | 18 | 0,90 | 3,27 | 20 | 18 | 0,70 | 2,46 |
| | FC (lat/min) | 77 | 73 | 0,74 | 7,25 | 72 | 71 | -3,24 | 5,79 | 77 | 73 | 0,74 | 7,25 |
| | TAS(mmHg) | 129 | 127 | -0,72 | 4,72 | 127 | 117 | 5,21 | 14,78 | 129 | 127 | -0,72 | 4,72 |
| | TAD(mmHg) | 78 | 78 | -0,40 | 2,06 | 78 | 75 | -1,34 | 6,07 | 78 | 79 | -0,40 | 2,06 |
| Extremadam Vulnerable al estrés (n=53) | FR (cic/min) | 20 | 19 | 0,18 | 2,28 | 20 | 18 | 0,81 | 4,13 | 20 | 19 | 0,18 | 2,28 |
| | FC (lat/min) | 70 | 68 | 0,84 | 3,91 | 73 | 68 | -0,29 | 12,18 | 70 | 68 | 0,08 | 3,91 |
| | TAS(mmHg) | 123 | 122 | -4,57 | 7,16 | 127 | 122 | -5,34 | 14,49 | 123 | 122 | -4,57 | 7,16 |
| | TAD(mmHg) | 78 | 78 | -3,04 | 3,16 | 79 | 78 | -3,45 | 3,97 | 78 | 78 | -3,04 | 3,16 |

Fuente: Parámetros fisiológicos registrados después de aplicado el TPC.
 Test psicológicos aplicados.
 A*: Antes D**: Después.

Tabla 24: Comportamiento del estado emocional de los pacientes a los dos meses del egreso hospitalario.

| Estado Emocional | n | % |
|---------------------------------------------------|----------|----------|
| Alteraciones emocionales por ansiedad | 35 | 36,0 |
| Alteraciones emocionales por depresión | 18 | 18,6 |
| Alteraciones emocionales por ansiedad y depresión | 18 | 18,6 |
| Sin alteraciones emocionales | 26 | 26,8 |

n=97.

Fuente: Entrevista estructurada.

Tabla 25: Prevalencia del estado emocional de los pacientes a los dos meses del egreso hospitalario según variables psicológicas y sociodemográficas.

| Variables psicológicas y sociodemográficas | Estado Emocional | | | | Razón de Prevalencia |
|----------------------------------------------|--------------------------------------|-------|--------------------------------------|------|----------------------|
| | Con alteraciones emocionales n=71 | | Sin alteraciones emocionales n=26 | | |
| | n | % | n | % | |
| Sexo | | | | | |
| Femenino | 22 | 91,7 | 2 | 8,3 | 1,365 646 |
| Masculino | 49 | 67,1 | 24 | 32,9 | |
| Edad | | | | | |
| Menos de 60 años | 52 | 74,3 | 18 | 25,7 | 1,055 639 |
| Más de 60 años | 19 | 70,4 | 8 | 29,6 | |
| Escolaridad | | | | | |
| Más de 12 ^o | 41 | 80,4 | 10 | 19,6 | 1,232 680 |
| Menos de 12 ^o | 30 | 65,2 | 16 | 34,8 | |
| Ocupación | | | | | |
| Técnico y profesional | 20 | 76,9 | 6 | 23,1 | 1,070 890 |
| No técnico o profesional | 51 | 71,8 | 20 | 28,2 | |
| Afrontamiento emocional | | | | | |
| Ineficiente | 12 | 92,3 | 1 | 7,7 | 1,314 211 |
| Eficiente | 59 | 70,2 | 25 | 29,8 | |
| Funcionabilidad familiar | | | | | |
| Disfuncional | 40 | 57,7 | 29 | 42,3 | 2,318 841 |
| Funcional | 7 | 23,9 | 21 | 76,1 | |
| Enfrentamiento a la enfermedad | | | | | |
| Inadecuado | 46 | 95,8 | 2 | 4,2 | 1,878 333 |
| Adecuado | 25 | 51,0 | 24 | 49,0 | |
| Disminución autoestima | | | | | |
| Si | 63 | 88,5 | 3 | 11,5 | 1,479 545 |
| No | 20 | 57,7 | 11 | 42,3 | |
| Cambios respuesta sexual | | | | | |
| Si | 63 | 88,5 | 3 | 11,5 | 3,698 864 |
| No | 8 | 11,5 | 23 | 88,5 | |
| Conciencia de la necesidad del cambio | | | | | |
| No satisfactoria | 4 | 100,0 | 0 | 0,0 | 1,388 060 |
| Satisfactoria | 67 | 72,0 | 26 | 28,8 | |

n=97. Fuente:Entrevista estructurada.

Tabla 26: Prevalencia de las prácticas de técnicas cognitivo-conductuales utilizadas por los pacientes según presencia o ausencia de alteraciones emocionales.

| Técnicas utilizadas | Con alteraciones emocionales (n=71) | | Sin alteraciones emocionales (n=26) | |
|-------------------------------|-------------------------------------|------|-------------------------------------|------|
| | n | % | n | % |
| Ejercicio respiración | 42 | 43,2 | 38 | 39,1 |
| Música | 7 | 7,2 | 15 | 15,4 |
| Actividades, higiene mental | 24 | 24,7 | 41 | 42,2 |
| Solución problemas | 23 | 23,7 | 43 | 44,3 |
| Manejo causa | 26 | 27,1 | 47 | 48,4 |
| Evitar situaciones descontrol | 62 | 63,9 | 64 | 66,0 |
| Organización trabajo | 28 | 28,8 | 50 | 51,5 |
| Variación pensamiento, | 15 | 15,4 | 37 | 38,1 |
| Posibilidades reales | 74 | 76,2 | 81 | 83,5 |

n=97.

Fuente:Entrevista estructurada.

Tabla 27: Prevalencia del estado emocional de los pacientes posterior al egreso hospitalario según características personalógicas.

| Características personalógicas | n | Alteraciones por Ansiedad | Alteraciones por Depresión | Alteraciones por Ansiedad y Depresión | Sin Alteraciones Emocionales |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------|----------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Ansiedad Rasgo Alta | 60 | 43,3 | 15,0 | 16,7 | 25,0 |
| Ansiedad Rasgo Media | 36 | 25,0 | 25,0 | 22,2 | 27,8 |
| Pensamiento Rumiativo Alto | 54 | 33,3 | 25,9 | 22,2 | 18,5 |
| Pensamiento Rumiativo Normal | 25 | 36,0 | 4,0 | 24,0 | 36,0 |
| Pensamiento Rumiativo Bajo | 18 | 44,4 | 16,7 | 0,0 | 38,9 |
| Vulnerabilidad al Estrés | 13 | 30,8 | 15,3 | 7,7 | 46,2 |
| Seriamente Vulnerable al Estrés | 31 | 22,6 | 22,6 | 22,6 | 32,2 |
| Extremadamente Vulnerable al estrés | 53 | 45,2 | 17,0 | 18,9 | 18,9 |
| Ansiedad Rasgo Alta + Pensamiento Rumiativo Alto + Extremadamente Vulnerable al Estrés | | | | 82,7% con Alteraciones Emocionales | 17,3% Sin Alteraciones Emocionales |

Fuente: Tests psicológicos.

Tabla 28: Comportamiento de a tenencia de hábitos tóxicos de los pacientes en el momento del ingreso hospitalario.

| Hábitos tóxicos al ingreso | n | % |
|----------------------------|----|------|
| Tabaquismo | 59 | 60,8 |
| Alcohol exceso | 35 | 36,1 |
| Café exceso | 44 | 45,3 |
| No tenían hábitos tóxicos | 22 | 22,6 |

n=97.

Fuente:Entrevista semi-estructurada.

Tabla 29: Comportamiento de la modificación de hábitos tóxicos a los dos meses del egreso hospitalario.

| Tipo de modificación | n | % |
|-------------------------|----|------|
| Totalmente eliminados | 39 | 52,0 |
| Parcialmente eliminados | 29 | 38,7 |
| No eliminado | 7 | 9,3 |

n=75.

Fuente:Entrevista estructurada.

Tabla 30: Prevalencia de la modificación de hábitos tóxicos de los pacientes a los dos meses del egreso hospitalario según variables psicológicas y sociodemográficas.

| Variables psicológicas y sociodemográficas | Hábitos tóxicos | | | | Razón de Prevalencia |
|----------------------------------------------|-------------------|-------|---------------------|------|----------------------|
| | Modificación n=68 | | No Modificación n=7 | | |
| | n | % | n | % | |
| Sexo | | | | | |
| Masculino | 55 | 93,2 | 4 | 6,8 | 0,871 591 |
| Femenino | 13 | 81,3 | 3 | 18,8 | |
| Edad | | | | | |
| Mas de 60 años | 18 | 94,7 | 1 | 5,3 | 2,035 714 |
| Menos de 60 años | 50 | 89,3 | 6 | 10,7 | |
| Escolaridad | | | | | |
| Menos de 12 ^o | 29 | 85,3 | 5 | 14,7 | 3,014 706 |
| Mas de 12 ^o | 39 | 95,1 | 2 | 4,9 | |
| Ocupación | | | | | |
| No técnico ó profesionales | 48 | 88,9 | 6 | 11,1 | 2,333 333 |
| Técnico y profesionales | 20 | 95,2 | 1 | 4,8 | |
| Afrontamiento emocional | | | | | |
| Ineficiente | 6 | 60,0 | 4 | 40,0 | 8,666 667 |
| Eficiente | 62 | 95,4 | 3 | 4,6 | |
| Funcionabilidad familiar | | | | | |
| Disfuncional | 13 | 76,1 | 10 | 23,9 | 1,614 907 |
| Funcional | 38 | 23,9 | 14 | 76,1 | |
| Enfrentamiento a la enfermedad | | | | | |
| Inadecuado | 32 | 84,2 | 6 | 15,8 | 5,842 105 |
| Adecuado | 36 | 97,3 | 1 | 2,7 | |
| Conciencia de la necesidad del cambio | | | | | |
| No satisfactoria | 1 | 33,3 | 2 | 66,7 | 9,600 000 |
| Satisfactoria | 67 | 93,1 | 5 | 6,9 | |
| Estado Emocional | | | | | |
| Con alteraciones | 49 | 87,5 | 7 | 12,5 | 5,263 158 |
| Sin alteraciones | 19 | 100,0 | 0 | 0,0 | |

n= 75. Fuente:Entrevista estructurada.

Tabla 31: Comportamiento de los hábitos dietéticos al ingreso hospitalario.

| Hábitos dietéticos nocivos al ingreso | n | % |
|---------------------------------------|----|------|
| Tenían | 95 | 97,9 |
| No tenían | 2 | 2,1 |

n= 97.

Fuente:Entrevista semi-estructurada.

Tabla 32: Comportamiento de la modificación de hábitos dietéticos a los dos meses del egreso hospitalario.

| Hábitos dietéticos nocivos | n | % |
|----------------------------|----|------|
| Totalmente modificados | 41 | 42,2 |
| Parcialmente modificados | 37 | 38,1 |
| No modificados | 17 | 17,5 |

n= 95

Fuente: Entrevista estructurada.

Tabla 33: Comportamiento de la modificación de hábitos dietéticos de los pacientes a lo dos meses del egreso hospitalario según variables psicológicas y sociodemográficas.

| Variables psicológicas y sociodemográficas | Hábitos dietéticos | | | | Razón de Prevalencia |
|----------------------------------------------|--------------------|-------|---------------------|------|----------------------|
| | Modificación n=68 | | No Modificación n=7 | | |
| | n | % | n | % | |
| Sexo | | | | | |
| Femenino | 22 | 95,7 | 1 | 4,3 | 0,782 609 |
| Masculino | 68 | 94,4 | 4 | 5,6 | |
| Edad | | | | | |
| Más de 60 años | 24 | 96,0 | 1 | 4,0 | 0,700 000 |
| Menos de 60 años | 66 | 94,3 | 4 | 5,7 | |
| Escolaridad | | | | | |
| Menos de 12 ^o | 42 | 95,5 | 2 | 4,5 | 0,772 727 |
| Más de 12 ^o | 48 | 94,1 | 3 | 5,9 | |
| Ocupación | | | | | |
| No técnico ó profesional | 64 | 92,8 | 5 | 7,2 | 1,350 000 |
| Técnico y profesional | 26 | 100,0 | 0 | 0,0 | |
| Afrontamiento emocional | | | | | |
| Ineficiente | 10 | 76,6 | 3 | 23,1 | 9,461 538 |
| Eficiente | 80 | 97,7 | 2 | 2,4 | |
| Funcionabilidad familiar | | | | | |
| Disfuncional | 29 | 57,7 | 39 | 42,3 | 2,250 000 |
| Funcional | 21 | 76,1 | 6 | 23,9 | |
| Enfrentamiento a la enfermedad | | | | | |
| Inadecuado | 43 | 89,6 | 5 | 10,4 | 1,350 000 |
| Adecuado | 47 | 100,0 | 0 | 0,0 | |
| Conciencia de la necesidad del cambio | | | | | |
| No satisfactoria | 3 | 75,0 | 1 | 25,0 | 6,133 333 |
| Satisfactoria | 87 | 95,6 | 4 | 4,4 | |
| Estado emocional | | | | | |
| Con alteraciones | 67 | 94,3 | 4 | 5,7 | 1,352 113 |
| Sin alteraciones | 23 | 95,8 | 1 | 4,2 | |

n= 95.

Fuente: Entrevista estructurada.

Tabla 34: Prevalencia de la participación de la familia en aspectos vinculados a la rehabilitación cardiovascular.

| Participación familiar aspectos de la rehabilitación cardiovascular | Familias funcionales (n=28) | | Familias disfuncionales (n=69) | |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------|--------------------------------|------|
| | Participación Adecuada | % | Participación Adecuada | % |
| Participación en la adherencia al tratamiento médico | 28 | 100,0 | 61 | 88,4 |
| Conducta ante la aparición de síntomas cardiovasculares | | | | |
| Ayuda a reconocer su origen | 27 | 96,4 | 66 | 95,6 |
| Conoce medicamentos a usar | 22 | 78,5 | 30 | 43,5 |
| Busca ayuda médica | 25 | 96,1 | 58 | 84,0 |
| Apoyo emocional al paciente | 25 | 89,2 | 29 | 42,0 |
| Orientación manejo adecuado a otros miembros de la familia | | | | |
| | 19 | 67,8 | 18 | 26,0 |

n=97.

Fuente: Entrevista estructurada.

Tabla 35: Comportamiento de las principales técnicas cognitivo-conductuales utilizadas por los familiares para ayudar al paciente posterior al egreso hospitalario.

| Técnicas utilizadas | n | % |
|-----------------------------|----|------|
| Ejercicios respiración | 18 | 18,7 |
| Música | 30 | 30,9 |
| Actividad higiene mental | 47 | 48,4 |
| Solución problemas | 11 | 11,3 |
| Manejo causa | 17 | 17,5 |
| Evitar situación descontrol | 60 | 61,9 |
| Organización trabajo | 24 | 24,7 |
| Variación pensamientos | 44 | 45,4 |
| Posibilidades reales | 22 | 22,7 |
| Contacto piel-piel | 27 | 7,9 |

n=97.

Fuente: Entrevista estructurada.

Tabla 36: Criterio de expertos vinculados a la cardiología acerca de la estrategia de atención psicológica a pacientes con IMA.

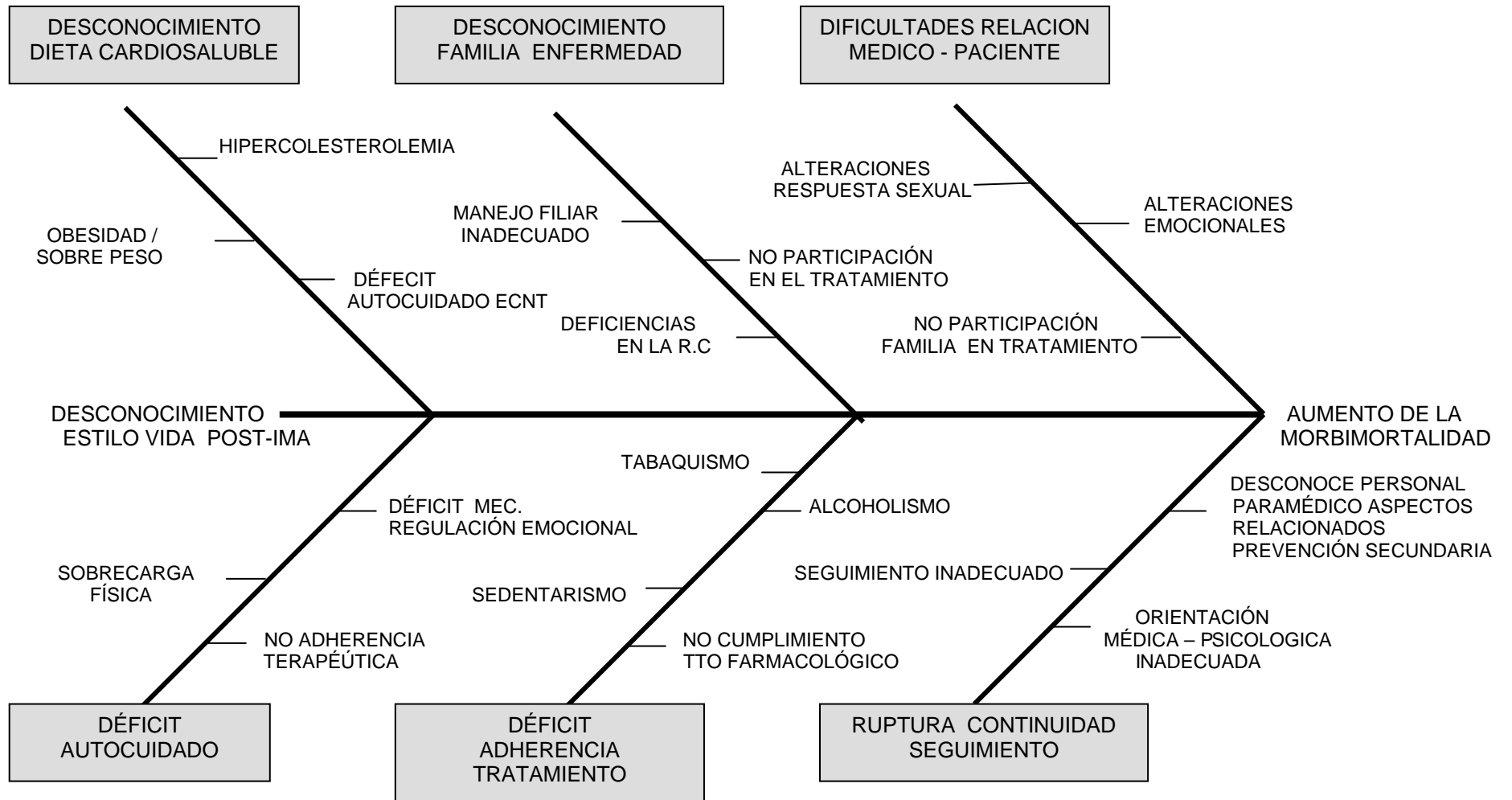
| Criterio de expertos | n | % |
|-------------------------------------------------|----------|----------|
| Creativa | 10 | 100,0 |
| Novedosa | 10 | 100,0 |
| Necesaria en la 1ra fase de la R.C | 10 | 100,0 |
| Eleva calidad asistencia médica | 10 | 100,0 |
| Prepara al paciente y familia | 10 | 100,0 |
| Complementa terapéutica del tratamiento médico | 10 | 100,0 |
| Ajustada a normas de la RC | 10 | 100,0 |
| Eleva satisfacción del paciente y familia | 10 | 100,0 |
| Aplicable otras instituciones de salud | 10 | 100,0 |
| Establece nexo de continuidad en el tratamiento | 10 | 100,0 |

n= 10.

Fuente: Encuesta a expertos.

ANEXO 4

Diagrama de Ishikawa ó Espina de Pescado



ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO EN LA PRIMERA FASE DE LA REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR (HOSPITALARIA).

Justificación.

La medicina se ha desarrollado sobremanera en los últimos 50 años. Los adelantos de los últimos cinco decenios han tenido lugar en los niveles fundamentales de la ciencia y han reflejado la explosión general en el conocimiento científico en todo el mundo. Este modelo para alcanzar conocimiento científico que da comienzo en un individuo enfermo y se desliza en un proceso reduccionista hasta las moléculas individuales y los procesos bioquímicos fundamentales, no debe ser motivo para subestimar las contribuciones de otros campos a la condición humana, esos avances no tienen porque apartarnos de atender a los múltiples aspectos de la psicología humana, la antropología, la sociología, que influyen en el mundo en que vivimos y que juegan un papel importante en la morbilidad y en la mortalidad final, porque los factores relacionados con la conducta del individuo absorben más de la mitad del gasto destinado a la atención de la salud de los países desarrollados.

Investigaciones actuales sobre la salud poblacional han confirmado que el mejoramiento de ésta depende en un 50% del estilo de vida, un 20% de la genética de las poblaciones, un 20% del estado del medio ambiente y un 10% de la salud pública tradicional. Se ha enfatizado la influencia formativa de los aspectos sociales sobre lo biológico humano. Debe ser resuelto y planteado el problema de la correlación de lo biológico y lo social en el hombre, para no caer en posiciones divorciadas de las condiciones reales de la existencia humana, de su solución depende el enfoque salud- enfermedad y su enfrentamiento (Aguirre del Busto ,2000.).

La integración de todas las esferas que competen al desarrollo científico técnico alcanzado por la humanidad a través de toda su historia, se convierte cada día en una necesidad más fuerte en el manejo de todos los fenómenos que implican al hombre y muy especialmente en el abordaje del proceso salud enfermedad, remarcándose aquellas afecciones de mayor incidencia en la población, tales como las enfermedades cardiovasculares y en especial en el Infarto Agudo del Miocardio por ser la primera causa

de muerte en varios países del mundo. El comportamiento humano, tanto en la prevención como en los procesos patológicos y terapéuticos de esta enfermedad, no puede ser comprendido sin acudir a las dimensiones psicológicas del individuo.

La Rehabilitación Cardiovascular tiene dentro de sus objetivos básicos la integración armónica de los factores físicos, psicológicos y sociales para lograr que este proceso responda a las necesidades de cada paciente y les permita integrarse de la manera más útil posible a la sociedad. Comienza en la fase hospitalaria, continúa en la fase de convalecencia y trasciende a la última y tercera fase de este proceso- la fase de mantenimiento- siendo indispensable en cada una de ellas la participación del psicólogo con todo el arsenal terapéutico que permite influenciar sobre la modificación de actitudes y la reestructuración de estilos de vida (Rivas, 1985, 1995, 1996, Velasco, 1998).

En la modificación de actitudes intervienen tres aspectos fundamentales: el cognoscitivo, el afectivo y el conativo, elementos que deben interactuar de forma armónica para que finalmente se produzca el cambio.(De la Serna. 2003).

El hombre para elaborar objetivos efectivos futuros, que le permitan autorregular su conducta, tiene que disponer de un amplio conocimiento basado en las necesidades que orientan sus objetivos mediatos, pues sólo ese potencial de conocimientos le posibilitará rebasar mediante la reflexión los estímulos inmediatos que conspiran contra sus objetivos mediatos (González, 1983).

El conocimiento y la necesidad forman una unidad indisoluble en la regulación motivacional humana. La integración del motivo en la esfera consciente de la personalidad es lo que determina que se produzca o no la modificación de las actitudes, al integrarse procesos cognoscitivos y afectivos.

Cuando el conocimiento es capaz de movilizar al sujeto a la fundamentación personal de lo conocido, a la crítica, a la elaboración creativa de sus contenidos, trascendiendo la simple actualización y reproducción , se puede asegurar que comienza a expresar tendencias activas de la personalidad, sustentadas por un sistema de necesidades y motivos (González, 1983).

Todo lo anterior justifica que los programas de intervención psicológica que se desarrollen con pacientes aquejados de IMA, se inicien con marcada fuerza desde la fase hospitalaria: primero para ayudar al enfermo a enfrentar tan difícil vivencia, dotándolo de recursos

psicológicos encaminados al control elemental de las emociones que a su vez puede redundar en beneficios en la evolución de la enfermedad, si tenemos en cuenta la repercusión de las emociones sobre parámetros fisiológicos. Segundo, porque es necesario dotar de recursos y conocimientos a los pacientes y sus familiares para movilizar la conciencia de la necesidad del cambio, proceso complejo y difícil que requiere del conocimiento y de la existencia de un motivo movilizador que lo permita. Al integrarse el motivo en la esfera consciente de la personalidad se logra alcanzar un desarrollo elevado de la motivación humana, que sólo es alcanzable por una adecuada educación o ante condiciones muy específicas que lo propicien (González, 1983).

Desde el alta hospitalaria hasta la reinserción del infartado a la vida socialmente útil transcurrirá un periodo de tiempo donde el paciente tiene que enfrentar contingencias difíciles que su nuevo status le impone, cargadas generalmente de contradicciones, conflictos, disquisiciones internas, limitaciones objetivas, etc. que finalmente redundan en alteraciones emocionales y muchas veces en enfrentamientos inadecuados al proceso de rehabilitación. Se requiere entonces de un periodo de internalización de las nuevas normas y patrones comportamentales a asumir, no debiendo esperarse a que transcurra el periodo de hospitalización para comenzar la labor encaminada al cambio y a la asunción de nuevos roles que entraña el respeto de esas normas, su asimilación y por tanto una regulación consciente de las mismas, siendo éste uno de los pilares que garantiza la puesta en marcha del autocuidado, aspecto que promueve en los últimos años la Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre todo en los procesos correctivos de las enfermedades crónicas no transmisibles (Shye, 1998).

La familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de alteración de la salud sino en su proceso de rehabilitación. Esto depende del grado de funcionalidad familiar (Louro, 2005, Campbell, 1986). La familia puede ser un agente facilitador del cambio, para lo cual debe contar con herramientas y recursos que respalden el periodo de transición psicológica por el que transita el proceso de modificación de los pacientes coronarios.

Se propone una Estrategia de Intervención psicológica para los pacientes infartados en fase hospitalaria que incluye a la familia, se basa en los elementos básicos postulados por el Programa Nacional de Cardiopatía Isquémica, del Programa Nacional de Rehabilitación

Cardiovascular el cual encamina sus objetivos fundamentales a la prevención secundaria. También son tomados en cuenta los principios psicológicos básicos que complementan el proceso salud enfermedad regido por el paradigma médico social.

Objetivos.

General:

- Favorecer el enfrentamiento adecuado del paciente infartado y su familia durante el periodo agudo del evento coronario y facilitar los recursos necesarios para el enfrentamiento al nuevo estilo de vida que se impone después de instaurada la enfermedad (extrahospitalaria).

Específicos:

- Realizar un diagnóstico psicológico del paciente con IMA que facilite la intervención psicológica durante el periodo de hospitalización y que favorezca la continuidad del tratamiento integral durante toda la rehabilitación cardiovascular.
- Reducir el impacto emocional provocado por el Infarto Agudo del Miocardio.
- Estimular en el paciente el aprendizaje de técnicas de desactivación fisiológica y recursos cognitivos para que sean utilizadas durante la hospitalización y posterior a la misma, desarrollando habilidades en el manejo adecuado de las diferentes respuestas emocionales mediante el afrontamiento emocional y la respuesta emocional adecuada.
- Propiciar en pacientes con IMA y sus familiares la apropiación de conocimientos acerca de los factores de riesgo (FR) del IMA, estilos de vida cardiosaludables y mecanismos de regulación emocional, como elemento inicial en el tratamiento de la modificación de actitudes y estilos de vida.
- Estimular al paciente a manejar adecuadamente su situación de vida después de padecer la enfermedad cardiovascular, siendo capaz de realizar los cambios conductuales necesarios para alcanzar un nivel de funcionamiento apropiado en las distintas esferas de la vida cotidiana, así como que favorezca el estilo de vida cardiosaludable, tan activa y productivamente como sea posible, haciéndolos responsables de su autocuidado.

- Estimular a la familia para que tomen conciencia del rol que les corresponde como facilitadores del cambio del paciente, dotándolos de conocimientos y recursos que les permitan ayudar a que se produzcan cambios comportamentales habituales que constituyen factores de riesgo coronario, así como del mantenimiento a largo plazo de las conductas saludables.

Beneficiarios.

Directos:

- Pacientes con IMA en fase de hospitalización, en edades comprendidas entre los 30 - 65 años, sin déficit intelectual, ni trastornos psíquicos mayores.

Indirectos:

- El equipo de salud encargado de la atención de los pacientes infartados, los pacientes y la familia.

Limites.

De espacio:

- La estrategia está concebida para ser aplicada en todas las salas de Cardiología que brinden atención a este tipo de pacientes, con un mínimo de condiciones estructurales que hagan factible la aplicación de las técnicas psicológicas tanto individuales como grupales. También puede implementarse en las salas de Terapia Intensiva de los Policlínicos, siempre que reúnan las características esenciales para poder poner en marcha el programa (recursos materiales y humanos).

De tiempo:

- Puede ser implementado a partir del ingreso del paciente con IMA, una vez que rebase los síntomas dolorosos, los síntomas post-trombolisis y el efecto hipnótico de algunos fármacos que pueden utilizarse en los momentos iniciales del evento agudo. Su duración se ajusta al periodo de hospitalización, determinado por las Guías de Buenas Prácticas Clínicas en el Tratamiento del IMA, en la que se define como mínimo de permanencia en la institución hospitalaria de seis a siete días.

Tratamiento.

Al Paciente:

- Duración máxima: 1 semana con 5-6 sesiones de tratamiento cada día, que incluye la aplicación de técnicas psicoterapéuticas individuales fundamentalmente y técnicas grupales(al final de la hospitalización), con tiempo máximo de duración de 30-35 minutos las intervenciones individuales, mientras que las grupales pueden extenderse hasta 60 minutos más ó menos.

Al familiar:

- Técnicas de orientación psicológica para el adecuado manejo del paciente y para lograr la apropiación de los conocimientos necesarios en cuanto a factores de riesgo cardiovascular y estilos de vida cardiosaludables. Durante 1 semana y con una frecuencia diaria; puede ajustarse el tiempo según requerimientos del familiar teniendo en cuenta las características de cada caso.

Recursos:

Materiales:

- Su selección se ha realizado tomando en consideración un costo mínimo de recursos materiales atendiendo a la disponibilidad de condiciones indispensables para llevar a cabo las sesiones de trabajo:
 1. Protocolos de las técnicas psicológicas concebidas para la evaluación y el diagnóstico.
 2. Cubículos de sala donde predomine el silencio y la tranquilidad
 3. Grabadora con audífono y cassette de Relajación: Tratamiento Psicológico Combinado (TPC) Relajante, TPC Estimulante, TPC Adormecedor. Musicoterapia.
 4. Papel y lápiz.

Recursos Humanos.

Humano principal:

- En este caso un terapeuta con dominio en la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales, así como de otras técnicas psicoterapéuticas y con formación básica en el manejo de las enfermedades cardiovasculares.

Humanos de apoyo:

- La presencia del médico es necesaria para la realización de las sesiones donde se aborden aspectos de carácter orgánico. También enfermeras(os) entrenados en la aplicación de algunas técnicas psicológicas que deben ser aplicadas en horarios en que no se encuentra el terapeuta.

DISEÑO METODOLÓGICO DE LA ESTRATEGIA.

Para dar cumplimiento a los objetivos planteados se asume una estrategia de intervención psicológica basada básicamente en el trabajo psicológico individual dada las condiciones reales de salud en que se encuentra el paciente. La aplicación de técnicas grupales se realizará al final de la hospitalización, cuando el paciente ya puede deambular por decisión médica, sirviendo el grupo como apoyo por las posibilidades que el mismo brinda como agente de cambio.

Con la familia el trabajo de orientación psicológica se realizará de forma individual y grupal, aprovechando las sesiones de la tarde, horario en que está autorizada por la institución la permanencia del familiar en sala como acompañante.

Los temas que tienen interés común para todos los familiares se manejarán de forma grupal, los que requieran orientación más personalizada se abordarán de manera individual.

Debe tenerse en cuenta que en este tipo de paciente pueden surgir dos tipos de problemas en cuanto a enfrentamiento a la enfermedad:

- Sensibilización y sobrevaloración de la enfermedad, lo que genera deterioro emocional.
- Mecanismo de defensa perceptual: negación, lo que genera subvaloración de la enfermedad y por tanto déficit en el cuidado de la misma y dificultades en el enfrentamiento adecuado al periodo de hospitalización y ulterior enfrentamiento a la vida.

ESQUEMA GENERAL DE ACTUACIÓN.

Una vez que el paciente ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos del Corazón con diagnóstico de IMA y rebasados los síntomas dolorosos que acompañan al evento cardiaco, así como el efecto de algunos fármacos que pueden producir somnolencia u

otros síntomas, el terapeuta procederá a iniciar la intervención psicológica, siempre y cuando el paciente lo apruebe.

Se procede a realizar la entrevista psicológica abordando los aspectos de interés para iniciar acertadamente el trabajo psicoterapéutico y de modificación de actitudes. Se orientará al paciente en cuanto a la permanencia en sala, con el objetivo de adecuar el enfrentamiento al periodo de hospitalización y fundamentalmente a las primeras 72 horas después del ingreso, porque requieren de reposo absoluto y de una cooperación estricta del enfermo y de la familia.

En este primer momento se indican las técnicas de respiración, se explica su importancia y se enfatiza la necesidad de practicarlas de forma sistemática, según indicaciones psicológicas. Se solicita además el consentimiento del paciente para acompañarlo en este proceso de hospitalización y brindarle tratamiento psicológico utilizando las técnicas psicológicas previstas.

Determinar en cada paciente los síntomas psíquicos predominantes, áreas problemáticas, los factores de riesgo cardiovascular que tiene cada uno de ellos, los conocimientos acerca de los mismos, el conocimiento del estilo de vida a seguir después del evento coronario. Se manejará cuidadosamente porque la mayoría de los enfermos desconocen inicialmente que sufrieron un IMA, por tanto se aborda de manera genérica sin entrar en detalles referentes a la enfermedad. La información exacta del evento cardiaco se informará después, teniendo en cuenta las características individuales del paciente, las características del cuadro clínico en cuestión y el criterio médico y psicológico acerca del momento idóneo para introducir la noticia acerca de la enfermedad.

A partir de este momento el terapeuta podrá consignar de forma individual las áreas prioritarias de intervención, lo que permite que ésta se ajuste a las necesidades personalizadas y no sólo a aspectos generales.

A los familiares de los pacientes se le dará información pormenorizada acerca de la enfermedad, del estado de salud en que se encuentra su familiar, de la necesidad de la cooperación y el apoyo que deben brindarles durante la hospitalización por la importancia que tiene para ayudar al tratamiento médico y psicológico. Debe definirse en este contacto inicial quien es el cuidador primario, en caso de que no esté se define que miembro de la

familia asumirá esa función, comenzándose la intervención con la familia desde el primer día de la estancia del paciente en el hospital.

En un primer momento se le aplicará una entrevista de forma individual que tiene como objetivos: precisar que conocimientos tienen los familiares acerca de los factores de riesgo cardiovascular, acerca de mecanismos de autorregulación emocional y estilos de vida cardiosaludables, así como del manejo de la enfermedad. También se aplica el Cuestionario de Funcionabilidad Familiar (FF-SIL).

Se definen para la intervención tres etapas de trabajo:

I Etapa: Fase Diagnóstica: Se inicia el primer día del ingreso (tómese como día las primeras 24 horas), una vez que el paciente esté en condiciones de cooperar (no deben crearse más molestias al paciente) se le realiza la entrevista, la aplicación del test de Idare (estado), el test de Beck, y la Escala de Satisfacción Vital.

II Etapa: Comienza inmediatamente después de haberse realizado la primera evaluación psicológica y termina en el momento en que el paciente es trasladado a la Unidad de Cuidados Intermedios del Corazón.

Se comienza en esta etapa a aplicar las técnicas de desactivación fisiológica y se inicia el trabajo de corrección de los estilos de vida y concientización del cambio. Se sugiere al enfermo que puede comentar con su familiar algunos aspectos tratados en la Guía para Cardiópatas con el fin de mejorar sus conocimientos acerca de la enfermedad y de su responsabilidad en el cuidado personal. Esta intervención debe estar caracterizada por una alta sensibilidad humana y respeto a los principios éticos en tanto los sujetos se encuentran en situaciones especiales de su vida, atravesando vivencias de alta connotación negativa tanto por su estado de salud como por el entorno en que se encuentran.

A la familia se le debe explicar la situación concreta de salud de su paciente, el pronóstico de la enfermedad y la importancia del apoyo que le deben brindar. En ese primer encuentro se identifica quien es el cuidador primario y/o sustituto y se realiza la entrevista antes descrita, después se dan las primeras informaciones para cumplimentar los objetivos propuestos, se les enseña algunas técnicas psicológicas para que puedan aplicárselas a su paciente con el fin de minimizar síntomas reveladores de tensión.

También se les entrega la Guía para Cardiópatas para que sea estudiada y luego comentada con el paciente. Se le aplicará el Test de Funcionabilidad Familiar (FF-SIL)

III Etapa: Se inicia en el momento mismo en que el paciente se traslada a la Unidad de Cuidados Intermedios del Corazón y termina cuando el paciente es trasladado al cubículo donde el paciente permanecerá hasta el momento del alta hospitalaria. Se aplicarán nuevamente el Test de Idare (estado), el test de Beck con el objetivo de comparar como se va comportando la expresión de emociones negativas como son la ansiedad y la depresión. Por vez primera se aplicará el test de Vulnerabilidad al Estrés y de Estilo Rumiativo del Pensamiento. Se aplica en esta etapa porque los parámetros que miden éstos, no son susceptible de modificaciones en un periodo de intervención tan breve. Se evita además sobrecargar al paciente de tareas cuando su estado de salud es grave.

Se continuarán aplicando las técnicas de desactivación fisiológica de forma individual, la aplicación de técnicas psicoterapéuticas encaminadas a la modificación de actitudes, al enfrentamiento adecuado a la problemática individual y a la orientación y manejo familiar.

Se reforzarán los conocimientos adquiridos y se enfatizará en la concientización de la necesidad del cambio apelando a elementos afectivos que puedan respaldar la movilización de la conducta.

Con la familia se seguirá manejando lo referente a factores de riesgo, la responsabilidad que asume en el proceso de acompañamiento y de cambio del paciente, así como en las técnicas que pueden ser aplicadas por ellos para contribuir a mejorar el estado emocional del enfermo.

IV Etapa: Se inicia cuando el paciente es trasladado al cubículo de prealta donde ya puede deambular, moverse. En esta fase se comienza el trabajo en grupo y se continúa el trabajo psicológico individual. Es importante reforzar todos los conocimientos adquiridos y enfatizar la necesidad de su aplicación después del egreso y de por vida, remarcando la cronicidad del padecimiento cardiovascular y la necesidad de ser responsable en el cuidado personal. Enfatizar también la importancia que tiene el cumplimiento de estilos de vida saludables para garantizar la buena evolución a partir de ese momento.

La familia se incluye en el trabajo de grupo para reforzar los objetivos propuestos.

Finalmente se repiten los test psicológicos que permitirán comparar la evolución del paciente desde el punto de vista emocional (Idare y Beck) y también se aplicará la Escala de Satisfacción Vital con el objetivo de conocer si se han producido modificaciones cognitivas acerca de la satisfacción de vida.

Se hará una entrevista final al paciente para precisar los conocimientos adquiridos, su satisfacción acerca del tratamiento y su disposición para el cambio.

Se entrevistará al familiar que ha recibido el entrenamiento para constatar si los objetivos definidos en la intervención familiar han sido cumplimentados. Se tomarán las opiniones acerca del tratamiento recibido.

El último día de permanencia en el hospital se emitirá la hoja de Referencia Psicológica para que será entregada al psicólogo(a) del área de salud encargado de continuar la rehabilitación cardiovascular, lo que ayudará a la continuidad del tratamiento psicológico en la fase de convalecencia.

Se le orientará consultar la Guía para Cardiópatas una vez en el hogar en caso de dudas y también apoyarse en el cardiólogo de asistencia.

Cada día de estancia hospitalaria constituye una sesión de trabajo psicológico conformada por varias subsesiones que se aplicarán en distintos horarios del día y con objetivos específicos. Por tanto la Estrategia de Intervención Psicológica a pacientes con IMA quedará constituida de la siguiente forma:

Paciente: recibirá 6-7 sesiones de tratamiento y cada sesión está compuesta por diferentes modalidades psicoterapéuticas:

- Dos sesiones de musicoterapia de 30 minutos cada una (1 hora).
- Una sesión de relajación guiada (25 minutos).
- Cinco bloques de ejercicios respiratorios de 2 minutos aproximadamente cada uno (10 minutos).
- Una sesión de relajación activa de 20-25 minutos aproximadamente.
- Una sesión de relajación aplicada por el familiar (20 minutos aproximadamente).
- Psicoterapia individual (1.30 hora aproximadamente).
- Dinámicas de grupo (2 en los siete días que abarca un tiempo de 2- 2.30 horas aproximadamente).

Por tanto durante la fase hospitalaria de la Rehabilitación Cardiovascular el paciente infartado se encuentra sometido a **tratamiento psicológico intensivo**. De manera particular, se enfatizará el papel de las emociones en las enfermedades cardiovasculares y la necesidad de aprender a regularlas lo que se enseñará a partir de técnicas cognitivo-conductuales con una doble finalidad: amortiguar los efectos de la situación especial a que se encuentra sometido y prepararlo para el enfrentamiento a la nueva vida.

También de manera relevante se trabajará en la modificación de actitudes para contrarrestar los factores de riesgo modificables tradicionales. Al adecuar su percepción de riesgo se promueve la adherencia terapéutica, expresada no sólo en el cumplimiento del tratamiento farmacológico, sino también, en la adopción de modificaciones saludables en el estilo de vida.

En la estimulación de la modificación de actitudes hacia estilos de vida saludables se emplearán dinámicas grupales, técnicas cognitivas y reflexivo – vivenciales, técnicas de autocontrol., técnicas de desactivación fisiológica, técnicas de terapia de conductas Inicialmente se hace necesario fomentar en los pacientes la autoconciencia emocional como un proceso de construcción y/o reelaboración consciente de los significados personales que posibilita la comprensión de las emociones propias y ajenas.

De igual manera, se potencian los diferentes componentes en la autorregulación emocional enfatizando en la importancia del afrontamiento emocional como aspecto esencia en el enfrentamiento a las emociones. Se orientarán habilidades en la solución de problemas estimulando un proceso reflexivo en la selección de las estrategias de afrontamiento que tome en consideración las demandas de la situación así como los recursos con que cuenta el individuo para afrontarlas.

Al potenciarse los componentes autorregulativos del proceso emocional, las nuevas representaciones que los pacientes construyen sobre su vida emocional propician una reorganización interna de las mismas, a partir del proceso de aprendizaje que se genera y permiten descubrir las contradicciones que están en la base de estados emocionales como el estrés, la ansiedad, la depresión y la ira. Lo anterior condiciona una atenuación y/o remisión de los estados emocionales negativos y la estimulación del bienestar emocional de los pacientes. Al mismo tiempo, la disminución de la activación

psicofisiológica favorece la atenuación del tono simpático con repercusiones favorables en el orden fisiológico.

Las vivencias que los pacientes van experimentando en la medida que las sesiones avanzan se convierten en elementos mediatizadores que sirven de reforzadores de los cambios, además de complementar el tratamiento médico necesario para estos casos, va contribuyendo a mantener una conducta favorable en el enfrentamiento a la situación estresante que vive, amortiguando los síntomas psicológicos y contribuyendo a que otros síntomas corporales no se exacerben por la influencia de estados emocionales lo que permite elevar la calidad de la asistencia médica.

También se incorporan en estas sesiones estrategias para propiciar el cambio de conductas nocivas, apoyadas finalmente por el grupo como fuerza mediadora en la reproducción de estilos de comportamiento ante condiciones preventivas, síntomas de la enfermedad y hábitos de vida saludables.

Metodológicamente las técnicas seleccionadas para la implementación de la estrategia se complementan y logran los objetivos propuestos en el Programa de Rehabilitación Cardiovascular y se ajustan al paradigma médico social que postula el ejercicio de la medicina en Cuba.

Principales técnicas de tratamiento del estrés instruidas al paciente.

1. Situación de estrés (antes de producirse la respuesta): Tiene como objetivo que el sujeto identifique las situaciones que le producen esta emoción y pueda actuar en consecuencia. Se proponen las siguientes estrategias:

- Reducir o eliminar situaciones
- Resolver los problemas planteados
- Distribución del tiempo y de las tareas
- Evitar la situación.

2. Estrategias reflexivo-vivenciales: Constituyen un elemento básico de la estrategia, pues para lograr la autorregulación conductual es imprescindible estimular la reflexión conciente del paciente desde lo experiencial y/o vivencial. Se emplean técnicas de reflexión individual durante las primeras 5 sesiones de trabajo psicoterapéutico y después

a nivel grupal las cuales estimulan la participación reflexiva del paciente a la vez que se generan experiencias de aprendizaje desde los resultados que se obtienen en la práctica. Pueden tomarse como referentes vivencias emocionales recientes que hayan provocado dificultades en el equilibrio físico y psicológico del paciente. En muchos pacientes puede suceder que el factor desencadenante en el evento cardiaco haya sido una emoción.

- Discusiones grupales.
- Socialización de vivencias.
- Autoanálisis de experiencias positivas que se producen ante la reducción del estrés por la aplicación de técnicas que persiguen este objetivo.

3. Estrategias informativas: El nivel de información que un paciente tiene con relación a su enfermedad influye notoriamente en las estrategias de afrontamiento a la misma. Partimos de que el conocimiento y la necesidad están indisolublemente vinculadas en la regulación motivacional humana, la necesidad impulsa al hombre a conocer, a fundamentar sus diferentes conductas, y el conocimiento se convierte a su vez en una fuente inagotable de las necesidades, pues el proceso de asimilación del conocimiento y la reflexión no siempre son expresiones cognitivas de la personalidad, ya que provocan vivencias que son de vital importancia tanto para la formación de nuevas necesidades, como para el reforzamiento de las existentes. Sabiendo que cuando el conocimiento es capaz de movilizar la conducta a la fundamentación personal de lo conocido, a la crítica, a la elaboración creativa de sus contenidos, trascendiendo la simple actualización y reproducción de lo conocido, podemos asegurar que comienza a expresar tendencias activas de la personalidad, sustentadas por su sistema de necesidades y motivos. Se emplean recursos como:

- Materiales de autoayuda.
- Información cara a cara.
- Discusiones grupales.

4. Estrategias cognitivas: Las técnicas cognitivas buscan modificar la respuesta emocional del sujeto mediante variables de tipo cognitivo que mediarían la activación y la respuesta emocional. Los pensamientos, ideas, creencias y expectativas que tiene el

sujeto representan un papel importante en los problemas emocionales y por tanto en el comportamiento humano (Ellis 1962, Beck 1979).

Se inicia al paciente en el conocimiento de estas técnicas, las que se van indicando, primero para análisis, después para aplicarlas teóricamente a situaciones vividas o a situaciones imaginarias. El terapeuta tratará de analizar situaciones concretas de la vida del paciente según sus reportes y las relacionará con los disturbios emocionales que han podido causar, tratando que el paciente participe en el análisis en una relación de participación mutua. Se orienta como pueden ser aplicadas estas técnicas en las situaciones estresantes que la vida nos impone en la cotidianidad e incluso ante contingencias vitales.

- Técnica de solución de problemas de D' Zurrilla y Goldfried
- Establecimiento adecuado de metas.
- Identificación y refutación de pensamientos irracionales (Terapia Racional Emotiva).

5. Estrategias de desactivación fisiológica: Se parte del supuesto de que las emociones y de manera particular las emociones negativas implican un nivel de activación fisiológica que puede llegar a desencadenar disfunciones orgánicas. Por ello, persiguen como objetivo reducir el nivel de activación psicofisiológica del paciente y consecuentemente estimular su bienestar emocional. Se concibe como un aprendizaje complejo en el que el individuo toma parte activa en el diseño de su entrenamiento en relajación, personalizándolo, aunque manteniendo los aspectos básicos definitorios de dichas técnicas. En este caso se ha empleado una combinación de estrategias de inducción de relajación, ellas son:

- **Ejercicios de respiración:** Hacen especial hincapié en el control de la respiración diafragmática como estrategia de desactivación fisiológica (Respiración profunda).
- **Técnicas de visualización:** Experimentos realizados han demostrado que las escenas de imaginación llevan a la activación del afecto que resulta en manifestaciones fisiológicas. Constituyen un procedimiento de imaginación mental en el que a través de metáforas se provoca una desactivación psicofisiológica, es

una experiencia sensorial total que reproduce las sensaciones visuales, táctiles, propioceptivas, emocionales, autónomas y auditivas (Suinn, 1984, Robles y Peralta, 2006).

- **Musicoterapia:** La música es un elemento esencial en el desarrollo y evolución del ser humano, que actúa como estímulo entre la mente y el cuerpo logrando una armonización psicofisiológica. Han sido creadas diferentes modalidades musicales capaces de influenciar positivamente sobre los estados psíquicos y físicos del organismo: música adormecedora, relajante, estimulante, integradora, expresiva, psicodramatizante, revitalizante, catártica y otras.
- **Entrenamiento en Relajación con Elementos del Entrenamiento Autógeno de Shultz:** Logra modificaciones del estado fisiológico del organismo ejerciendo además una influencia beneficiosa en el estado de ánimo los sentimientos y las emociones y viceversa, los estados emocionales influyen en el estado físico del hombre.

6. Habilidades de conducta de afrontamiento: Encaminada a mejorar la comunicación entre las personas, así como el afrontamiento a contingencias a los que puede estar sometido el sujeto en periodos de la vida.

- Solución de problemas y conflictos

7. Ayudas paliativas y moderadoras del estrés:

- Actividades de higiene mental.
- Hobbies y aficiones.
- Ocio y tiempo libre.

8. Estrategias de mantenimiento y generalización: Supone la tarea de probar un proceso de autoenfrentamiento/pensamiento, se anima a los pacientes a utilizar situaciones del contexto hospitalario para practicar, aunque algunas situaciones le resulten difíciles. Se llevan a cabo desde el inicio de la implementación del programa con el objetivo de garantizar la estabilidad de los logros alcanzados. Meichembaun (1987) ha señalado la importancia de que el cliente conozca los cambios que ha experimentado y por lo tanto, se debe promover el procesamiento activo. Para ello se usan recursos como:

- Promover atribuciones internas del cambio.

- Transferir la directividad desde el terapeuta al paciente.
- Orientar tareas para después (en ausencia del terapeuta).
- Discutir la aplicación de habilidades a situaciones vivenciadas durante la estancia hospitalaria.

7. Técnicas de Terapias de Conducta: Persigue la modificación de aspectos conductuales.

- Contratos de conducta: reforzamiento recíproco entre personas implicadas en un mismo problema para iniciar la modificación de actitudes.
- Reforzamiento.

Las técnicas descritas para ser abordadas en la Estrategia de atención psicológica para pacientes con IMA en fase hospitalaria se adecuan a la problemática particular de cada uno de ellos teniendo en cuenta que el modelo de intervención es básicamente a través de tratamiento individual, lo que se justifica por razones objetivas que se asocian al estado de salud, a las características de la enfermedad y del tratamiento médico que reciben.

VARIABLES CONTEXTUALES PARA LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA PSICOLÓGICA

Para la aplicación de la estrategia de manera efectiva se requieren una serie de condiciones mínimas, entre las que destacamos:

- Los locales de intervención psicológica son los mismos de la actuación médica al encontrarse el paciente en reposo absoluto durante el mayor tiempo de la estancia en el hospital. Se necesita silencio y disciplina para no interferir en los resultados de las técnicas psicológicas aplicadas.
- Para la intervención con la familia en trabajo grupal es necesario la existencia de un local con sillas, privacidad y cercano a los cubículos donde se encuentran los pacientes para no obstaculizar mucho tiempo en el objetivo de la presencia del acompañante.
- El método de trabajo grupal exige, estimular la autenticidad y la creación de un clima sociopsicológico favorable, respetando los criterios de sus integrantes para no imponer los del terapeuta y lograr la asimilación de los contenidos que se debaten.

- El trabajo en equipo es importante, no debe excluirse la problemática de salud de cada paciente, las particularidades del cuadro clínico, las características individuales haciéndose muy necesario trabajar en vínculo estrecho con el personal médico, de enfermería y técnicos.
- Disponer de un local adecuado, con asientos cómodos para las sesiones grupales de pacientes y familiares en conjunto.
- El método de trabajo individual presupone la fomentación de relaciones de empatía, de un clima de confianza y seguridad para que el paciente tenga la posibilidad de expresar todas sus preocupaciones e inquietudes y no exista temor a la censura o al enjuiciamiento de su problemática. Además para lograr una adecuada aceptación por parte de los mismos de los procedimientos psicológicos que se aplican en el tratamiento.

ROL DEL TERAPEUTA

Se requiere que el psicólogo que integre el equipo de Rehabilitación Cardiovascular tenga un entrenamiento básico en el manejo de las enfermedades cardiovasculares y muy particularmente del IMA para poder articular de manera coherente y con argumentos sólidos la terapéutica dispuesta en la Estrategia de intervención propuesta, así mismo estará en condiciones de dar respuesta a preguntas que puedan surgir en las intervenciones individuales y discusiones grupales con los pacientes y/o familiares.

Debe mantener siempre una posición consecuente, orientadora, humanista, ser portador de un alto grado de sensibilidad por cuanto se enfrenta cada día a situaciones de extraordinaria carga afectiva las cuales debe manejar y orientar adecuadamente en el momento preciso.

Los principios éticos del ejercicio de la profesión deben acompañar cada actuación.

Partiendo del diagnóstico psicológico inicial el terapeuta debe trazar la conducta a seguir desde el punto de vista psicológico, ajustándose a los objetivos generales de la intervención, pero sin perder la visión personalizada de cada uno de los pacientes.

SISTEMA DE EVALUACION DE LA ESTRATEGIA:

La evaluación se concibe de manera permanente, es parte del proceso mismo de aprendizaje y síntesis de lo logrado en cada etapa o momento. De tal manera en la evaluación se constata:

Evaluación del progreso: Es importante la evaluación del terapeuta de la evolución de cada paciente en cuanto a la adquisición de nuevos conocimientos que garanticen la puesta en práctica de un estilo de vida cardiosaludable y de la toma de conciencia de la necesidad del cambio. Puede evaluarse a través de las respuestas dadas a las exigencias propuestas en cada sesión de trabajo, como dato objetivo se tendrá en cuenta la evolución desde el punto de vista clínico y los datos plasmados en los modelos y registros destinados a ello, así como los datos registrados en la entrevista de profundidad.

De igual forma se irán constatando los avances que van teniendo los familiares que participan en la intervención.

- **Evaluación del proceso:** Al concluir cada una de las subsesiones se evalúa el cumplimiento de los objetivos de la misma para cada paciente y a nivel de grupo. Al finalizar la sesión del día el terapeuta hará un análisis reflexivo con el paciente y el familiar acerca de las nuevas vivencias, de los nuevos conocimientos adquiridos e incentivará a ponerlos en práctica de manera voluntaria en la siguiente fase de la Rehabilitación Cardiovascular, haciendo explícita la responsabilidad de cada persona con su salud.
- **Evaluación de resultados:** Se realiza en la etapa final de la hospitalización mediante la comparación de los resultados antes y después de la intervención en cuanto a niveles de conocimientos sobre factores de riesgo, estilos de vida y mecanismos de autorregulación emocional. También se evaluará al analizarse si cognitivamente se han producido modificaciones en los sujetos tratados, así como por la toma de conciencia de la necesidad del cambio.

El resultado de la evaluación psicológica en cuanto a parámetros emocionales del paciente será otro punto de referencia para evaluar los resultados.

La indicación de psicofármacos es un dato objetivo que puede reflejar como se ha comportado el estado emocional del paciente que ha sufrido IMA. Casen y Hackett demostraron que los pacientes internados en la unidad coronaria tienen reacciones

emocionales distintivas, incluyendo ansiedad, depresión y negación que se relaciona con el internamiento y la enfermedad. También en un estudio de Massachussets Hospital se demostró que la ansiedad fue el motivo con más frecuencia de interconsulta porque en los dos primeros días de la internación el tratamiento farmacológico se centra en aliviar la ansiedad, mejorar los patrones del sueño, disminuir el nivel de catecolamina en sangre, disminuir la reactividad emocional. Se indica el uso de la benzodiazepinas (Eagle, et. al 1991, Animan y Braunwald, 2005).

- **Evaluación de impacto:** Se realiza durante los encuentros que se debe tener a los dos meses del egreso hospitalario con pacientes y familiares, con el objetivo de evaluar si se han producido a nivel conductual los cambios propuestos durante la intervención hospitalaria. Se evalúa en que medida la familia ha podido poner en práctica las orientaciones recibidas y los conocimientos adquiridos.

En la segunda fase (convalecencia) debe continuar el manejo psicológico y la orientación médica, lo que generalmente sucede es que el paciente asiste a las consultas con el cardiólogo, donde fundamentalmente se supervisa el tratamiento medicamentoso y el estado clínico. Los programas de intervención psicológica se implantan en esta etapa un poco más tardíamente y no siempre se cumple, generando que no haya reforzamiento ni seguimiento de las conductas cardiosaludables orientadas.

Este segundo momento no es más que la continuidad de un proceso rehabilitatorio que comenzó con el evento cardíaco agudo y que continuará con una labor de mantenimiento de por vida.

SISTEMA DE ACTIVIDADES POR SESIONES.

Primera sesión

Objetivos:

- Establecer una relación empática con el paciente y sus familiares, a la vez que se trasmite seguridad y apoyo en la situación de enfermedad.
- Adecuar estilo de afrontamiento a la enfermedad.

- Crear un clima favorable para que el paciente y sus familiares asuman como necesario el tratamiento psicológico.
- Iniciar el proceso de interiorización de la necesidad de asumir conductas de autocuidados durante el periodo de internamiento.
- Aplicación de los test psicológicos y de la entrevista al paciente y al familiar.
- Iniciar la aplicación de técnicas de desactivación fisiológica.
- Iniciar manejo psicoterapéutico encaminado a adecuar enfrentamiento a la enfermedad.

Materiales:

- Papel y lápiz.
- Grabadora, audífono, casete grabado con musicoterapia relajante y técnica de relajación.
- Material de autoayuda: Guía para Cardiópatas.
- Modelos de registro.
- Test psicológico. (Idare estado, Beck y ESV, FF-SIL).

Actividades:

- Comunicación cara a cara con el paciente y su familiar.
- Explorar si el paciente conoce el motivo de ingreso o al menos que tipo de enfermedad está padeciendo.
- Aplicación de la entrevista y de test psicológicos al paciente (test de Idare estado, test de Beck, ESV).
- Aplicación y orientación de técnicas de desactivación fisiológica.
- Orientación al familiar para la aplicación de técnicas a su paciente que disminuya las tensiones provocadas por el impacto del ingreso y de las vivencia recientes del evento coronario.(Contacto piel con piel, reflexoterapia de pie, masaje).
- Aplicación de la entrevista al familiar acerca de conocimiento sobre factores de riesgo, estilo de vida post-infarto y mecanismos de regulación emocional y del cuestionario de Funcionabilidad Familiar (FF-SIL).
- Entrega del material de autoayuda Guía para Cardiópatas al familiar indicándose su lectura y análisis.

- Información de la implicación de los factores de riesgo en el desencadenamiento de la enfermedad.
- Orientación de la tarea para después.

Procedimiento:

Una vez terminadas las acciones médicas y los procedimientos de enfermería, que hayan aliviado los síntomas dolorosos del paciente, el efecto de la trombolisis así como la somnolencia y sedación que puede provocar la administración de algunos fármacos, el terapeuta se colocará al lado de la cama, manteniendo un contacto ocular directo y con voz suave se interesará por el estado en que se encuentra en ese momento. Luego explicará que está en una sala de Cardiología porque tuvo un evento cardiovascular, por lo que se hace necesario vigilar a través del monitor la actividad del corazón, explicará también la necesidad de mantenerse restringido a la cama de forma absoluta hasta que el médico lo autorice a sentarse y a caminar.

Se le informa que durante la estancia en la sala recibirá algunas orientaciones y tratamientos que le serán muy beneficiosos para el restablecimiento de la salud, se solicita su disposición para participar activamente en su recuperación.

Al familiar, en sesión aparte se le explica el estado real del paciente, su pronóstico y se enfatiza en la importancia que tiene como cuidador tanto desde el punto de vista físico como psicológico. Se solicita su consentimiento para participar activamente en la estrategia de intervención a partir de ese momento se le explica la importancia que tiene la estabilidad emocional del paciente para su favorable evolución y se le enseñan a través de demostración práctica las técnicas que deben emplear para ayudarlo, en qué momento son útiles y los resultados que pueden provocar si son correctamente aplicadas, si es el cuidador primario el que está presente se le aplica el FF-SIL, de lo contrario se solicita la presencia de dicho familiar o sustituto y se procede a la aplicación de la prueba.

Pasadas una hora aproximadamente el terapeuta vuelve junto al paciente se interesa por su estado y le propone hacerle la entrevista si no le causa molestias, también se aplican los test psicológicos seleccionados, deben ser escritas las respuestas por el investigador. Entre la aplicación de un test y otro debe hacerse una pausa tan prolongada como sea necesaria para que el paciente no se fatigue, ni se moleste.

Se aprovecha la doble función de la entrevista (diagnóstica y terapéutica) para dar orientaciones en cuanto a conductas cardiosaludables que debe asumir de inmediato el paciente (no practica de hábitos tóxicos, dieta cardiosaludable) y también a largo plazo. - Se indica la práctica de los ejercicios respiratorios, enfatizando los beneficios que producen y se insiste en la necesidad de repetirlos varias veces al día. Se le enseña al familiar para que ayude al paciente en su práctica. En esta primera ocasión terapeuta paciente y familiar realizan el ejercicio conjuntamente, después se les pide que comuniquen las vivencias que ha producido en cada uno de ellos y se plasman en el modelo de registro.

Pasada un tiempo prudencial el terapeuta propone al paciente iniciar tratamiento con técnicas de relajación, debe explicar su beneficio psicológico y fisiológico. Al final se le solicita que exprese las vivencias producidas. El terapeuta debe estar presente durante la aplicación, atento al monitor y al registro de los parámetros fisiológicos, así como de las expresiones gestuales y corporales que puede provocar la relajación. Si se produce alguna situación contraproducente debe ser retirada de inmediato (expresión de rechazo, inquietud o exacerbación de parámetros fisiológicos). Debe registrar las modificaciones psicológicas y fisiológicas después de aplicado el tratamiento.

En otros horarios del día se le aplicará tratamiento con musicoterapia (dos sesiones). Al finalizar cada sesión se recogen las vivencias y repercusión en el estado psicológico.

Se le solicita al paciente que antes de dormir trate de repetir la vivencia de relajación de forma independiente. Se instruye para que logre el objetivo. Al día siguiente el terapeuta registra las vivencias expresadas por el paciente sobre la técnica realizada.

Se le enseña al familiar técnicas atenuadoras del estrés o tensión y se le orienta aplicarlas cuando sea necesario dado el estado emocional del paciente, durante su estancia al lado del enfermo. Debe consignar los resultados en el registro creado para ello.

Se entrega al familiar la Guía para Cardiópatas. Se orienta estudiarla.

Técnica de Cierre:

Se resumen los objetivos básicos del tratamiento médico y psicológico a recibir en esta etapa, se realiza un análisis conjunto familiar-paciente-terapeuta de todas las vivencias experimentadas a partir del tratamiento psicológico durante el día.

Se refuerzan conductas cardiosaludables y se introduce la comprensión de la necesidad de cambiar el estilo de vida.

Se orienta la relajación activa. Se explica minuciosamente como realizarla, enfatizando que debe apoyarse en las vivencias de la relajación realizada en el día.

Se orienta al familiar el estudio y análisis de la Guía para Cardiopatas. Se orienta su estudio.

Segunda sesión

Objetivos:

- Continuar enseñando cuáles son los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, delimitando los modificables y los no modificables.
- Enfatizar la importancia de las modificaciones en el estilo de vida como un recurso para el control de la enfermedad cardiovascular y para potenciar la salud.
- Fomentar una adecuada percepción de riesgo mediante la identificación por cada paciente de los factores de riesgo que poseen.
- Estimular la práctica de conductas cardiosaludables y de Autocuidado de salud.
- Continuar la aplicación de técnicas de desactivación fisiológica. Enfatizar la necesidad de su aprendizaje y práctica.
- Abordar algunas de las problemáticas individuales y se comienzan a manejar utilizando técnicas psicoterapéuticas (según necesidad del paciente).
- Continuar orientando al familiar en cuanto a su participación en el tratamiento.
- Estimular el aprendizaje de los familiares acerca del manejo y cuidado del paciente infartado, a través de técnicas grupales y/o individuales según disposición del familiar.

Materiales:

- Cassettes grabados.(musicoterapia y relajación).
- Material de autoayuda: " Guía para Cardiopatas".

Actividades:

- Análisis de la tarea indicada en la sesión anterior (Relajación Activa).Evaluar sus resultados y vivencias. Llevar a la hoja de registro.

- Chequear la práctica de las de Técnicas de Respiración (indicadas en hoja de indicaciones médicas y chequeada por la enfermera(o). Reforzar la utilidad de su práctica al paciente. Estimular la continuidad de su realización durante el día.
- Sesión de relajación en la tarde, después de la de visita a través del cristal.
- Sesiones de musicoterapia, una en la mañana y otra durante la tarde. Análisis de los resultados con el paciente. Consignar en hoja de registro.
- Continuar la orientación a familiares. Comprobación de lo aprendido. Verificar si han consultado la Guía para Cardiópatas. Orientarle que vayan comentando algunos aspectos aprendidos con su paciente.
- Abordaje psicoterapéutico de las problemáticas fundamentales del paciente, implementación de técnicas específicas que se ajustan a dicha problemática (técnicas cognitivas). ¿Puedo evitar situaciones que me provoquen estrés?
- Dinámica grupal con los familiares: ¿Cuáles son los factores de riesgo cardiovasculares? ¿Cómo ayudar a modificarlos?
- Orientación y demostración de técnicas amortiguadoras del estrés: masaje, reflexoterapia del pie, contacto piel con piel. Enfatizar la importancia de su aplicación.

Procedimiento:

Al inicio de la mañana cuando ya el paciente está totalmente vigil el terapeuta se interesa por su estado de salud, pregunta si ha realizado las técnicas de respiración , cuáles han sido sus efectos y si pudo realizar la relajación activa en la noche anterior. Juntos hacen una reflexión de los beneficios de las técnicas orientadas, se refuerza la conducta para estimular al paciente.

Se evalúa el estado emocional del paciente y se continúa una conversación profunda acerca de los factores de riesgo que posee enfatizando la necesidad de su modificación y la implicación personal en el proceso de rehabilitación cardiovascular. En caso de pacientes que sean cumplidores del tratamiento farmacológico se le hace reflexionar que esto es parte del tratamiento, pero no suficiente para poder complimentarlo cabalmente.

Se propone al paciente hacer un razonamiento de situaciones que generen estrés en su vida, mecanismos que conoce para contrarrestarlas, y que elabore mentalmente una de

estas situaciones. El terapeuta la escribe en una hoja, luego propone su análisis. Una a una se va anotando todas las posibles soluciones para quedarse con la variante de "Evitar situaciones que generen estrés". Se instruye en las formas de lograrlo:

1. Análisis de la situación generadora de estrés.
2. Implicaciones personales.
3. ¿Es necesario enfrentarla ó puedo evitarla?
4. ¿Qué beneficios tiene enfrentarla o evitarla?
5. ¿Cómo puedo amortiguar sus efectos?

El terapeuta recomienda al paciente que puede combinarla con la práctica de ejercicios respiratorios o con la relajación para contrarrestar los síntomas. Finalmente se le entrega la hoja escrita al paciente y se le propone que la analice y que trate de aplicarlo a situaciones de la vida cotidiana y a situaciones que se presenten en el entorno hospitalario.

Después se procede a aplicar la musicoterapia, ya con la vivencia del día anterior reforzamos su efecto. Al final de la sesión de musicoterapia se valoran las nuevas vivencias, se orienta su uso para la etapa extrahospitalaria. El reporte vivencial se lleva a la hoja de registro.

Se recuerda nuevamente al paciente la práctica de los ejercicios respiratorios.

En la tarde se realiza la técnica de relajación. Siempre se le pide al paciente su máxima colaboración, la necesidad de su aprendizaje para aplicarlo en situaciones que lo requieran en cualquier momento de la vida, al finalizar se hace el análisis vivencial de la técnica.

Al finalizar la tarde nuevamente se somete al paciente a tratamiento con musicoterapia. Al igual que en sesiones anteriores se refuerzan sus efectos, se hace el análisis vivencial y se plasman los datos en la hoja de registro.

Se realiza una Dinámica de grupo con los familiares: Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares.

Antes de comenzar a debatir los contenidos se vuelve a reforzar el papel de facilitador que tienen en el proceso de cambio y en la modificación de factores de riesgo.

Antes de finalizar la sesión se chequea la práctica de los ejercicios respiratorios, se recuerda al enfermero(a) que esté de guardia orientar y chequear su práctica y consignar sus resultados en la hoja de registro.

Técnica de cierre:

- Orientación de la tarea para después al paciente (relajación activa).
- Enfatizar con el familiar la aplicación de técnicas que contrarresten el estrés.
- Orientación al enfermero(a) para que oriente y chequee la práctica de ejercicios respiratorios.
- Valoración conjunta terapeuta-paciente- familiar acerca de lo aprendido durante el día y las vivencias que ha tenido.
- Solicitar al paciente que reflexione sobre las modificaciones que puede hacer en su estilo de vida para analizarlas al siguiente día. Y que ideas tiene acerca de cómo será el desenvolvimiento cotidiano después del egreso hospitalario.

Tercera sesión

Objetivos:

- Continuar enseñando cuáles son los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, delimitando los modificables y los no modificables.
- Enfatizar la importancia de las modificaciones en el estilo de vida como un recurso para el control de la enfermedad cardiovascular y para potenciar la salud.
- Fomentar una adecuada percepción de riesgo mediante la identificación en cada paciente de los factores de riesgo que poseen.
- Orientación de algunas estrategias para dejar de fumar (para pacientes fumadores) y para modificar hábitos alimentarios. Reseñar que después puede leerla en la "Guía para Cardiopatas".
- Estimular la práctica de conductas cardiosaludables y de Autocuidado de salud vinculándolo al análisis orientado acerca de factores de riesgo a modificar.
- Continuar la aplicación de técnicas de desactivación fisiológica. Enfatizar la necesidad de su aprendizaje y práctica.
- Abordar algunas de las problemáticas individuales y se comienzan a manejar utilizando técnicas psicológicas específicas de enfrentamiento (según necesidad del

paciente): ¿Cómo puedo resolver este problema? Se estimula la reflexión en la búsqueda de soluciones a situaciones emocionales negativas.

- Continuar orientando al familiar en cuanto a su participación en el tratamiento.
- Estimular el aprendizaje de los familiares acerca del manejo y cuidado del paciente infartado, a través de técnicas grupales y/o individuales.

Materiales:

- Cassettes grabados.(musicoterapia y relajación).
- Material de autoayuda: " Guía para Cardiópatas."
- Juego didáctico: ¿Cómo soluciono este problema?.

Actividades:

- Análisis de la tarea indicada en la sesión anterior (Relajación Activa).Evaluar sus resultados y vivencias. Llevar a la hoja de registro.
- Chequear la práctica de las de Técnicas de Respiración (indicadas en hoja de indicaciones médicas y chequeada por la enfermera(o). Reforzar la utilidad de la respiración diafragmática como estrategia de manipulación de la activación fisiológica. Estimular la continuidad de su realización durante el día y llevar a la reflexión las vivencias que produce, argumentando su efecto psicológico y fisiológico según el nivel de comprensión del paciente.
- Constatar el estado emocional del paciente a través de la entrevista de profundidad.
- Análisis reflexivo de las valoraciones que hizo el paciente sobre su nuevo estilo de vida y posibles modificaciones contempladas. A través de la entrevista de profundidad constatar la presencia de ideas irracionales acerca de las personas que padecen enfermedades cardiovasculares.
- Sesión de relajación en la tarde, después de la de visita a través del cristal. Reflexión acerca de las vivencias producidas y se registran en el modelo creado para ello.
- Sesiones de musicoterapia, una en la mañana y otra durante la tarde. Análisis de los resultados con el paciente. Consignar en hoja de registro.

- Continuar la orientación a familiares. Comprobación de lo aprendido. Verificar si han consultado la Guía para Cardiopatas. Orientarle que vayan comentando algunos aspectos aprendidos con su familiar.
- Abordaje psicoterapéutico de las problemáticas fundamentales del paciente, recomendaciones del uso de técnicas específicas que se ajustan a dicha problemática (técnicas cognitivas). Se orienta el juego didáctico ¿Cómo soluciono este problema?
- Dinámica grupal con los familiares: **Las emociones y las enfermedades cardiovasculares.** Se hacen recomendaciones para que sean capaces de ayudar al paciente a enfrentar dichas emociones. Se les explican técnicas tales como el manejo de causa, evitar situaciones estresantes, organización y jerarquización de las tareas, ayudar a desestructurar ideas irracionales y también la práctica de técnicas de desactivación fisiológica que son las que ellos ven que se le realizan al paciente por parte del psicólogo.

Se hace finalmente un resumen de los aspectos tratados.

Se valoran las vivencias que han tenido al aplicar las técnicas de amortiguación del estrés. Se refuerza la necesidad de continuar aplicándolas por el efecto psicológico favorable que producen.

Procedimiento:

Cuando se inicia la sesión de trabajo de la mañana el terapeuta debe explorar el estado del paciente, sus vivencias durante la noche anterior, explora el estado emocional y el enfrentamiento que va asumiendo ante la enfermedad. Esto se hará a través de una entrevista de profundidad, la cual permitirá conocer además sus reflexiones, su valoración de la enfermedad y la disposición para el cambio.

Se analiza la realización de las tareas orientadas el día anterior y los resultados de su aplicación. Se refuerza la conducta y en los casos de no realización se incentiva su práctica basándose en sus beneficios. Se anota en el registro los resultados expresados en la relajación activa.

Se le propone al paciente la realización de un juego didáctico que le ayudará a entrenarse en la búsqueda de solución de problemas, teniendo en cuenta que muchas veces son

generadoras de estrés y no siempre se asumen los mecanismos adecuados para su enfrentamiento. Posteriormente se le entrega un juego de tarjetas donde se aborda el problema, se le pide que lo analice, que busque las alternativas que considere correctas y las posibles consecuencias. Se da la oportunidad de reflexionar y dar soluciones propias consignándolas en las tarjetas entregadas. Finalmente el terapeuta y el paciente analizan las vías de solución del problema buscando las formas adecuadas para ello.

Durante el día- en la mañana y en la tarde se aplican las sesiones de musicoterapia- siempre al finalizar se analizan las vivencias que produce esta técnica en el paciente y se registran en el modelo creado para ello.

Al aplicar la relajación en horarios de la tarde se explora que beneficios le produjo al paciente y las vivencias que generó, anotándose en el modelo de registro. También se insistirá en la práctica de los ejercicios respiratorios y en cada repetición se recogerán los resultados de los mismos, llevándolas a la hoja de registro.

Durante la tarde se llevará a cabo la Dinámica de grupo con los familiares donde se explicará la repercusión de las emociones en la salud cardiovascular.

Orientar al paciente que en caso de que se generen situaciones estresantes en la sala traten de aplicar las técnicas conocidas.

Se enfatizará la necesidad del apoyo familiar en este aspecto y se explicará algunas técnicas como: evitar situaciones que causen estrés, manejo de causas, el efecto relajante de la música, de los hobbies, etc.

Técnica de cierre:

- Orientación de la tarea para después al paciente.(relajación activa)
- Enfatizar con el familiar la aplicación de técnicas reductoras de estrés.
- Orientación al enfermero(a) para que oriente y cheque la práctica de ejercicios respiratorios.
- Proponer al paciente que seleccione las ideas que tiene acerca de la enfermedad que tengan connotación negativa para su vida.
- Reflexionar conjuntamente familiar-paciente-terapeuta acerca de lo aprendido y de las vivencias experimentadas durante el día.
- Orientar al paciente a lectura de la Guía para Cardiópatas.

Cuarta Sesión

Objetivos:

- Comparar estado emocional del paciente en esta etapa respecto a la primera a través de los test psicológicos seleccionados (Idare, Beck). Incluir en este segundo momento evaluativo el test Idare rasgo, Test de Estilo Rumiativo del Pensamiento y Test de Vulnerabilidad al estrés.
- Continuar enseñando cuáles son los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, delimitando los modificables y los no modificables apoyándose ahora en la lectura de la guía para Cardiópatas.
- Enfatizar en la importancia de las modificaciones en el estilo de vida como un recurso para el control de la enfermedad cardiovascular y para potenciar la salud.
- Insistir en el papel que juegan las emociones en las enfermedades cardiovasculares, reflexionar acerca de la importancia que reviste aprender a regularlas, para lo cual es necesario, primero poder identificarlas, para después asumir conductas adecuadas en su enfrentamiento.
- Fomentar una adecuada percepción de riesgo mediante la identificación en cada paciente de los factores de riesgo que poseen. Valorar con el paciente el diagnóstico preciso de su enfermedad (IMA) colegiado con el equipo médico.
- Reforzar algunas estrategias para dejar de fumar (para pacientes fumadores) y para evitar el consumo excesivo de café y alcohol. Orientar nuevamente su lectura en la Guía para el Cardiópata.
- Introducir las limitaciones en cuanto a esfuerzo físico después del IMA. Relacionarlo con la actividad laboral que el paciente desempeña y con las actividades de la cotidianidad.
- Iniciar el proceso de desestructuración de falsas creencias populares respecto al IMA que puedan generar emociones negativas.
- Estimular la práctica de conductas cardiosaludables y de Autocuidado de salud.
- Continuar la aplicación de técnicas de desactivación fisiológica. Enfatizar la necesidad de su aprendizaje y práctica.

- Abordar algunas de las problemáticas individuales y se continua manejando técnicas psicológicas específicas de enfrentamiento (según necesidad del paciente).
- Continuar orientando al familiar en cuanto a su participación en el tratamiento.
- Estimular el aprendizaje de los familiares acerca del manejo y cuidado del paciente infartado, a través de técnicas grupales.

Materiales:

- Guía para Cardiópatas.
- Grabadora, cassette grabado (musicoterapia y relajación) y audífono.
- Lápiz, papel, test psicológicos (Idare, Beck Test de Estilo Rumiativo del Pensamiento y Test de Vulnerabilidad al estrés).
- Cartel de ideas irracionales.

Actividades:

- Análisis de la tarea indicada en la sesión anterior (Relajación Activa).Evaluar sus resultados y vivencias. Llevar a la hoja de registro.
- Chequear la práctica de las Técnicas de Respiración (indicadas en hoja de indicaciones médicas y chequeada por la enfermera(o). Reforzar la utilidad de su práctica al paciente el control de la respiración diafragmática como estrategia de manipulación de la activación fisiológica. Estimular la continuidad de su realización durante el día y llevar a la reflexión las vivencias que produce, argumentando su efecto psicológico y fisiológico según el nivel de comprensión del paciente.
- Reforzar la modificación de conductas de hábitos contraproducentes para la enfermedad isquémica.
- Aplicación de Test psicológicos.
- Sesión de relajación en la tarde, después de la de visita a través del cristal. Reflexión acerca de las vivencias producidas y se registran en el modelo creado para ello.
- Sesiones de musicoterapia, una en la mañana y otra durante la tarde. Análisis de los resultados con el paciente. Consignar en hoja de registro.

- Continuar la orientación a familiares. Comprobación de lo aprendido. Verificar si han consultado la Guía para Cardiópatas. Comprobar a través de preguntas los conocimientos adquiridos. Orientarle que lean junto a su paciente, la comenten y se les haga énfasis en los factores de riesgo que deben modificar. Se le comunica al familiar que el paciente ya es conocedor de su diagnóstico y como tal pueden manejarlo. Se aclara la forma en que debe enfocarse la conversación para no hacer daño.
- Se le pide al paciente que comparta con el terapeuta el análisis de la tarea orientada el día anterior, que exprese aquellas ideas o conocimientos que tiene acerca de cómo se desarrolla la vida de una persona después de un IMA, se identifican creencias negativas, pensamientos automáticos negativos.
- Se continúa el abordaje psicoterapéutico de las problemáticas fundamentales del paciente, recomendaciones del uso de técnicas específicas que se ajustan a dicha problemática (técnicas cognitivas). Desestructuración de ideas irracionales: **¿Qué me desagrada de este cartel?**
- Dinámica grupal con los familiares: **Técnicas de enfrentamiento al estrés**, se hace un resumen de las principales emociones abordadas en la dinámica anterior. Se remarca la importancia que tienen para las enfermedades cardiovasculares, tanto las positivas como las negativas.
- Se abordan técnicas específicas de enfrentar el estrés. Se explica la importancia de las cogniciones como generadoras de estrés y también de otras técnicas de desactivación fisiológica, de habilidades de conductas de afrontamiento, etc. Se ponen ejemplos para poder ilustrar la aplicación de algunas técnicas.

Procedimiento:

Al iniciarse la sesión de la mañana el terapeuta se interesará por el estado general del paciente. Explorará mediante la entrevista de profundidad el estado emocional y reforzará las conductas positivas que haya incorporado durante la estancia hospitalaria. Continuará abordando en el intercambio la necesidad de reajustar la vida a los nuevos cambios como elemento fundamental en la terapéutica indicada. Se retoman las experiencias anteriores acerca del enfrentamiento al estrés y se refuerza los efectos nocivos de los hábitos tóxicos

y de una dieta no cardiosaludable. Posteriormente chequeará la realización de las técnicas orientadas para la noche anterior y reflejará los resultados expresados en la hoja de registro, así como el resultado de la realización de los ejercicios de respiración.

Al finalizar el pase de visita médico se le aplicará al paciente los test psicológicos (Test de Beck y Test de Idare, Estilos Rumiativo del pensamiento y Vulnerabilidad al estrés).

Hacia el final de la mañana se aplicará el tratamiento con musicoterapia. Se analizan al final las vivencias que la música produce en el paciente y se registran en el modelo.

En la tarde se realiza el tratamiento con técnicas de relajación, se exploran las vivencias y se registran en el modelo confeccionado para ello.

Más tarde se le pide al paciente reflexionar juntos acerca de las ideas valoradas acerca del estilo de vida después del IMA, se refuerzan las positivas y se le propone seleccionar de un cartel que se le entrega otras que no haya mencionado, pero que considere reales y contraproducentes para su bienestar. Una vez señaladas comienza el terapeuta a desestructurarlas una a una, buscando argumentos convincentes y reales, ejemplos de otras personas que están en situaciones similares. Se le pide al paciente que tache en el mismo cartel aquellas ideas que ha comprendido y sobre la cual tenía creencias erróneas. Se le deja el cartel y se le orienta hacer una reflexión final cuando culmine la hospitalización.

Con la familia se desarrollará la Dinámica **Técnicas de afrontamiento al estrés**. Se insistirá en aquellas que puedan orientar a sus pacientes. Reiterar las ya conocidas e insistir en las que conciernen a la relajación natural y actividades de higiene mental.

Técnica de cierre:

- Orientación de la tarea para después al paciente (relajación activa).
- Enfatizar con el familiar la aplicación de técnicas reductoras de estrés.
- Orientación al enfermero(a) para que oriente y chequee la práctica de ejercicios respiratorios.
- Análisis reflexivo vivencial terapeuta-paciente familiar acerca de las experiencias del día.

- Se orienta al paciente continuar estudiando la Guía para el Cardiópata junto a su familiar.
- Se le propone al paciente analizar una situación donde haya una multiplicidad de tareas para buscar un enfrentamiento adecuado. Se le propone hacer un análisis conjunto al día siguiente.

Quinta Sesión

Objetivos:

- Valorar con el paciente algunas características de Personalidad que son contraproducentes para la enfermedad.
- Identificar el uso de técnicas psicológicas para que sean aplicadas con el objetivo de contrarrestar dichas características de Personalidad.
- Continuar la aplicación de técnicas de desactivación fisiológica.
- Continuar enseñando cuáles son los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, delimitando los modificables y los no modificables apoyándose ahora en la lectura de la guía para Cardiópatas.
- Enfatizar en la importancia de las modificaciones en el estilo de vida como un recurso para el control de la enfermedad cardiovascular y para potenciar la salud.
- Fomentar una adecuada percepción de riesgo mediante la identificación en cada paciente de los factores de riesgo que poseen.
- Analizar de manera particular los factores que incidieron para que se desencadenara el IMA (modificables y no modificables), recalcar la importancia de interiorizarlo y poner en práctica conductas cardiosaludables a partir de ese momento.
- Análisis de la tarea anterior relacionada con la organización del trabajo como una de las vías para contrarrestar el estrés.
- Explicar la importancia que tiene para la buena evolución de la enfermedad mantener de por vida normas de autocuidado personal, para lo cual es necesario cumplir el tratamiento farmacológico y el no farmacológico.

- Reforzar algunas estrategias para dejar de fumar (para pacientes fumadores) para modificar hábitos alimentarios y para contrarrestar la ingestión excesiva de café y alcohol. Orientar nuevamente su lectura en la Guía para el Cardiópata.
- Reflexionar nuevamente sobre las limitaciones en cuanto a esfuerzo físico después del IMA. Relacionarlo con la actividad laboral que el paciente desempeña y con las actividades de la cotidianidad.
- Continuar desestructurando falsas creencias populares respecto al IMA. Abordar las referentes al funcionamiento sexual.
- Enseñar a identificar las causas que generan estrés.

Materiales:

- Guía para Cardiópatas.
- Grabadora, cassette grabado (musicoterapia y relajación) y audífono.

Actividades:

- Análisis de la tarea indicada en la sesión anterior (Relajación Activa). Evaluar sus resultados y vivencias. Llevar a la hoja de registro.
- Chequear la práctica de las Técnicas de Respiración (indicadas en hoja de indicaciones médicas y chequeada por la enfermera(o). Reforzar la utilidad de su práctica al paciente el control de la respiración diafragmática como estrategia de manipulación de la activación fisiológica. Estimular la continuidad de su realización durante el día y llevar a la reflexión las vivencias que produce, argumentando su efecto psicológico y fisiológico según el nivel de comprensión del paciente.
- Sesión de relajación en la tarde, después de la de visita a través del cristal. Reflexión acerca de las vivencias producidas y se registran en el modelo creado para ello.
- Sesiones de musicoterapia, una en la mañana y otra durante la tarde. Análisis de los resultados con el paciente. Consignar en la hoja de registro.
- Continuar la orientación a familiares. Comprobación de lo aprendido. Aclarar dudas que puedan tener acerca de los contenidos expresados en la Guía para Cardiópatas. Orientarle que lean junto a su paciente, la comenten y se les haga énfasis en los factores de riesgo que deben modificar.

- Informar al paciente algunos de los resultados de los test psicológicos. Analizar como algunas de esas características pueden interferir en la salud.
- Se continúa el abordaje psicoterapéutico de las problemáticas fundamentales del paciente, recomendaciones del uso de técnicas específicas que se ajustan a dicha problemática (técnicas cognitivas). Se analiza con el paciente que alternativas pudo aplicar a la tarea dejada en la sesión anterior acerca de la organización del trabajo cuando existe multiplicidad de responsabilidades.
- Actividad para orientar como enfrentar la multiplicidad de tareas encaminada a contrarrestar el estrés: **No puedo con tantas cosas.....**
- Se aborda el comportamiento sexual después del IMA, la indicación de reposo sexual en el periodo inicial y la conducta a seguir posteriormente.
- Dinámica grupal con los familiares: **Características de la Personalidad del paciente con IMA y enfrentamiento a la enfermedad:** se hace un resumen de los aspectos abordados en la dinámica anterior. Se vincula el estrés a las características de personalidad del paciente cardiovascular, se abordan otras características del patrón de comportamiento, los principales mecanismos de defensa que ostentan así como las formas de enfrentamiento a la enfermedad. Se enfatiza el papel de la familia en el manejo y orientación del paciente.

Procedimiento:

En la sesión de la mañana se chequeará el estado general del paciente y su estado emocional. Mediante la entrevista de profundidad se identificarán las modificaciones que se han incorporado a través de las reflexiones y vivencias durante la estancia en sala. Se indagará acerca de aquellos aspectos que no hayan sido tomados en cuenta y que sean importantes para la rehabilitación cardiovascular para dirigir el trabajo psicoterapéutico hacia éstos.

Después se valora el cumplimiento y los efectos de las técnicas indicadas-la respiración y la relajación activa -se plasman los datos en la hoja de registro. Se le darán al paciente los resultados de algunas de las pruebas psicológicas realizadas explicándole las implicaciones de algunas de estas características o estados emocionales para la salud cardiovascular(ansiedad, vulnerabilidad al estrés, estrés, depresión) y se les explica que

mecanismos de regulación emocional usar para contrarrestar las emociones negativas o situaciones generadoras de tensiones, se hace énfasis en las técnicas de desactivación fisiológica aprendidas y se explican técnicas cognitivas.(Solución de problemas , evitar situaciones que generen estrés, manejo de causa, jerarquización de tareas) ajustándose a la problemática de cada paciente. Puede tomarse un ejemplo real de la vida del paciente.

En la mañana se realizará la primera sesión de musicoterapia y en la tarde la segunda. En ambas ocasiones se valoraran las vivencias del paciente y serán reflejadas en el modelo de registro.

Se continúan enriqueciendo los conocimientos acerca de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, especial atención se le concede en esta ocasión a la HTA como factor de riesgo relevante. Se abunda sobre el tema enfatizando la importancia de su control lo cual se logra mediante el cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico. Se les explica por qué las emociones tienden a elevar las cifras tensionales para que comprendan la necesidad del autocontrol emocional. También se hace referencia al tipo de ejercicios físicos que se debe realizar una vez en el hogar, siempre distinguiendo que se debe evitar la sobrecarga.

Se orienta al paciente las vías para lograr la deshabitación de hábitos tóxicos.

La relajación se hará en el horario de la tarde, se registrará sus resultados en la hoja de registro, después se realiza la orientación acerca del comportamiento sexual posterior al IMA, si el paciente tiene pareja se procura realizarla con la participación de ambos. Se sugiere leer las recomendaciones que sobre este aspecto aparecen en la guía para cardiópata, se debe dinamizar el intercambio activo para facilitar la desestructuración de ideas irracionales que abundan en la población acerca de los infartados.

Se realiza la actividad de orientación cognitiva **¡ No puedo con tantas cosas!**. Se le pide al paciente que elija uno de los días cotidianos de su vida en que confluyan varias tareas, se le sugiere que las escriba en una hoja de papel. Después se le solicita que diga cómo las afronta y qué reacciones emocionales experimenta en esos casos. Y cómo logra resolverlas. Después de escucharlo el terapeuta explica la necesidad de saber jerarquizar las tareas por orden de prioridades. Se inscribe en la hoja un esquema que represente dicha jerarquía y finalmente se le solicita al paciente que trate de ordenarlas según sus

intereses. Se subraya las consecuencias de la sobrecarga en el sistema nervioso y sobre la estabilidad emocional, insistiéndose en la necesidad de aprender a delegar responsabilidades, discernir qué es impostergable, qué se debe hacer primero y que después acorde a necesidades reales. Se enfatiza que debe ser una práctica del estilo de vida individual para lo cual hay que entrenarlo de forma sistemática.

A la familia se les orienta en dinámica de grupo o de forma individual las principales características de la personalidad de estos enfermos, asociarlo a la adherencia terapéutica y se refuerza como pueden establecerse mecanismos de defensa que interfieran con la búsqueda de ayuda médica o uso correcto de los fármacos, se les enseña a distinguir las características del dolor anginoso y por infarto, recomendándose que debe hacerse en tales casos para preservar la salud del infartado.

Técnica de cierre:

- Orientación de la tarea para después al paciente (relajación activa acompañada de visualización).
- Enfatizar con el familiar la aplicación de técnicas atenuadoras del estrés.
- Orientación al enfermero(a) para que chequee la práctica de ejercicios respiratorios.
- Se orienta al paciente continuar estudiando la Guía para el Cardiópata junto a su familiar.
- Análisis reflexivo vivencial terapeuta-paciente familiar acerca de las experiencias del día.
- Se orienta la lectura de la parábola “El vuelo del Halcón”. Hacer reflexiones individuales acerca de su enseñanza.

Sesión Sexta

Objetivos:

- Conocer resultados de la evaluación psicológica al final de la hospitalización para poder compararla con la inicial.
- Reconocer las características de la Personalidad que son contraproducentes para la enfermedad.

- Enfatizar en el uso de técnicas psicológicas para que sean aplicadas con el objetivo de contrarrestar dichas características de Personalidad.
- Continuar la aplicación de técnicas de desactivación fisiológica.
- Continuar reforzando el conocimiento acerca de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, delimitando los modificables y los no modificables apoyándose en la lectura de la “Guía para Cardiópatas” y en las orientaciones recibidas.
- Enfatizar la importancia de las modificaciones en el estilo de vida como un recurso para el control de la enfermedad cardiovascular y para potenciar la salud.
- Fomentar una adecuada percepción de riesgo mediante la identificación en cada paciente los factores de riesgo que poseen.
- Incentivar la conducta activa en el proceso de modificación de actitudes, insistiendo en la necesidad de incorporarlo como normas de conducta y no como algo impuesto externamente.
- Explicar la importancia que tiene para la buena evolución de la enfermedad mantener de por vida normas de autocuidado personal, para lo cual es necesario cumplir el tratamiento farmacológico y el no farmacológico.
- Reflexionar nuevamente sobre las limitaciones en cuanto a esfuerzo físico después del IMA. Relacionarlo con la actividad laboral que el paciente desempeña y con las actividades de la cotidianidad.
- Reiterar estrategias para modificar hábitos tóxicos y hábitos dietéticos nocivos.
- Reiterar características del comportamiento sexual del infartado.

Materiales:

- Guía para Cardiópatas.
- Grabadora, cassette grabado (musicoterapia y relajación) y audífono.
- Papel y lápiz. Test Psicológicos Test Idare estado, Test de Beck, ESV.

Actividades:

- Técnicas de desactivación fisiológica.
- Realización de la evaluación psicológica y de la entrevista clínico psicológica final.

- Análisis de la tarea indicada en la sesión anterior (Relajación Activa con visualización). Evaluar sus resultados y vivencias. Llevar a la hoja de registro.
- Chequear la práctica de las de Técnicas de Respiración (indicadas en hoja de indicaciones médicas y chequeada por la enfermera(o).
- Reforzar la utilidad de su práctica al paciente, el control de la respiración diafragmática como estrategia de manipulación de la activación fisiológica.
- Sesiones de musicoterapia, una en la mañana y otra durante la tarde. Análisis de los resultados con el paciente. Consignar en hoja de registro (el segundo momento de musicoterapia se realizará en las horas finales de la tarde).
- Concretar con el paciente cuáles son sus factores de riesgo modificables. Dar estrategias a seguir para procurar modificaciones.
- Continuar deestructurando ideas irracionales acerca del IMA y sus consecuencias.
- Después se realiza la sesión de musicoterapia la cual puede ser grupal en esta etapa, al final se recogen las vivencias del paciente. Debate grupal acerca de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares donde participan pacientes, familiares, cardiólogos, enfermeros y el terapeuta que es el conductor de la dinámica. Reforzar la necesidad de modificar conductas y posibilidades reales para lograrlo. Debate sobre las enseñanzas obtenidas después de leer la parábola “El Vuelo del Halcón”.
- Consolidar conocimientos acerca del comportamiento sexual del infartado en el periodo posthospitalario.

Procedimiento:

Al iniciar la sesión de tratamiento en la mañana debe explorarse el estado emocional del paciente, su estado general y se valora con el paciente la realización de las tareas dejadas desde el día anterior, así como sus resultados los cuales se plasman en la hoja de registro.

Mediante la entrevista de profundidad se valoran los cambios que a nivel cognoscitivo se han producido, se particulariza en aspectos medulares relacionadas con la autoeficacia del paciente durante el tratamiento rehabilitador.

Se le pide al paciente que defina con tres palabras como se siente después del IMA. El terapeuta debe observar con precisión el lenguaje extraverbal para poder descifrar el contenido del mensaje y en correspondencia dar una orientación adecuada al sujeto.

Se orienta continuar realizando los ejercicios de relajación, se solicita que haga una valoración de esta técnica y de su utilidad durante la estancia en la sala.

Estimular la participación activa de todos los participantes, incentivar a pacientes y familiares para que expresen los conocimientos adquiridos y las vivencias después de la práctica de técnicas de desactivación fisiológica.

Hacia el final de la mañana se realiza la evaluación psicológica última que incluye a la entrevista semi-estructurada, el Test de Idare , el Test de Beck y la Escala de Satisfacción Vital., con el objetivo de comparar los resultados con los iniciales. Al concluir ésta se invita a los pacientes a realizar la audición de la música terapéutica y finalmente se le pide a cada sujeto que expresen las vivencias que les causó, consignándose en la hoja de registro.

En la tarde se realiza la dinámica grupal: ¿Puedo modificar mis factores de riesgo?. Deben participar los familiares, el médico, el fisioterapeuta, la enfermera y el terapeuta. Se inician con la evaluación del conocimiento acerca de los factores de riesgo y se invita a los pacientes y a la familia a que socialicen sus experiencias durante todo este proceso de aprendizaje, se estimulan para que hagan sus reflexiones sobre la posibilidad de modificar las conductas de riesgo, pueden apoyarse en las enseñanzas obtenidas en la parábola “El vuelo del Halcón”. Se debe propiciar la participación del familiar y a su vez responsabilizarlo también con el tratamiento rehabilitador.

La sesión termina con la realización del ejercicio de relajación combinándolo con musicoterapia, pueden incluirse todos los participantes en el grupo y cada uno se les pide que socialicen sus vivencias acerca del beneficio reportado por las técnicas psicológicas empleadas.

Debe reforzarse la conducta sexual a seguir. Se le pide al paciente que busque el cartel donde en días anteriores se habían consignado ideas irracionales sobre las personas infartadas y que señale con un X las que persisten y constituyen una preocupación. Sobre el resultado de las respuestas el terapeuta define la conducta adecuada para ayudar al paciente.

En la tarde se realiza la entrevista al familiar para evaluar los conocimientos adquiridos acerca de la enfermedad y su participación en el proceso de rehabilitación cardiovascular.

Técnica de cierre:

- Orientación de la tarea para después al paciente (relajación activa con visualización).
- Enfatizar con el familiar la aplicación de técnicas reductoras de estrés.
- Análisis reflexivo vivencial terapeuta-paciente familiar acerca de las experiencias del día.
- Orientación al enfermero(a) para que oriente y chequee la práctica de ejercicios respiratorios.
- Se orienta al paciente continuar estudiando la Guía para el Cardiópata junto a su familiar.
- Se le propone al paciente analizar como se siente después del IMA.

Séptima Sesión

Objetivos:

- Consolidar la regulación emocional a través de la aplicación de técnicas de desactivación fisiológica.
- Valorar si el paciente siente que se ha resquebrajado su autoestima después del IMA.
- Reforzar la disposición para asumir el cambio a los que la expresaron en la entrevista el día anterior.
- Estimular la práctica de técnicas de afrontamiento ante diferentes emociones.
- Enfatizar en la importancia de las modificaciones en el estilo de vida como un recurso para el control de la enfermedad cardiovascular y para potenciar la salud.
- Consolidar el conocimiento de cada paciente y familiares sobre los factores de riesgo que tienen y acerca de la responsabilidad personal y familiar en su modificación.
- Enfatizar la importancia que tiene para la buena evolución de la enfermedad mantener de por vida normas de autocuidado personal, para lo cual es necesario cumplir el tratamiento farmacológico y el no farmacológico.
- Consolidar conocimientos acerca del comportamiento sexual del infartado.

- Entrega de la Hoja de Referencia Psicológica para que la entregue en su área de salud al iniciar tratamiento en I a Fase II de la rehabilitación cardiovascular.

Materiales:

- Guía para Cardiópatas.
- Grabadora, casete grabado (musicoterapia y relajación) y audífono.

Actividades:

- Análisis de la tarea indicada en la sesión anterior (Relajación Activa con visualización). Evaluar sus resultados y vivencias. Llevar a la hoja de registro.
- Chequear la práctica de las de Técnicas de Respiración (indicadas en hoja de indicaciones médicas y chequeada por la enfermera(o)).
- Valorar con el paciente a partir de sus reflexiones como se comportan sus valoraciones acerca de los cambios que debe asumir, valorar si han modificado su percepción acerca de su estima personal estableciendo un franco intercambio de opiniones a partir de las valoraciones del paciente.
- Al final de la mañana realizar la sesión de musicoterapia, la cual puede ser grupal. Socializar vivencias y después registrarla en el modelo creado para ello.
- Chequear la práctica de los ejercicios respiratorios y consignar sus beneficios en el modelo de registro.
- Debate grupal acerca de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares: ¿Puedo enfrentar la vida más calmado? Participan pacientes, familiares, cardiólogos, enfermeros y el terapeuta que es quien conduce la dinámica.
- Al finalizar la tarde se le aplica a los pacientes la musicoterapia. Se le pide que expliquen como los ha ayudado y los efectos que produjo en esta ocasión. Se consignan los resultados en el modelo de registro.

Procedimiento:

En las primeras horas de la sesión de la mañana el terapeuta se interesará por el estado del paciente. Mediante la entrevista de profundidad valora su estado emocional y nuevamente refuerza la necesidad de la modificación de conductas.

Se chequea la práctica del ejercicio de relajación activa y de los ejercicios respiratorios realizados. Se refuerza la utilidad de su práctica al paciente como estrategia de manipulación de la activación fisiológica. Estimular la continuidad de su realización durante el día y llevar a la reflexión las vivencias que produce, argumentando su efecto psicológico y fisiológico según el nivel de comprensión del paciente.

A través de la entrevista de profundidad evaluar el estado emocional del paciente, sus consideraciones acerca de la enfermedad y enfatizar su responsabilidad individual ante la misma. Se reitera la importancia que tiene para el mantenimiento de la salud.

Se realiza la musicoterapia de forma grupal y al final se socializan las vivencias.

En la tarde se realiza la Dinámica grupal: **¿Puedo enfrentar la vida más calmado?**, con la participación del equipo multidisciplinario de trabajo. Se le pide a los pacientes y a los familiares valorar la utilidad de las técnicas utilizadas para contrarrestar el estrés, que lleven al resto del grupo sus vivencias y la impresión que tienen acerca de la regulación emocional. Se dirigirá el debate fundamentalmente a los factores de riesgo emocionales y a la necesidad de aprender a regular las emociones a partir de las vivencias y conocimientos que han tenido en la sala. También se debatirá acerca del estilo de vida cardiosaludable sugerido, debe puntualizarse el comportamiento sexual y la actividad física a realizar. Informar que después se incorporaran a nuevos grupos de tratamiento que les ayudará a lograr los objetivos propuestos. Se termina la sesión grupal con la elección de un papelito de un buzón, donde está escrita una emoción positiva o negativa. Se pedirá a cada integrante del grupo que la definan con una sola palabra.

El terapeuta establece con el infartado el compromiso para practicar normas de autocuidado que será evaluado dos meses después del egreso hospitalario.

Técnica de cierre:

- Entregar la Hoja de Referencia Psicológica para que sea entregada en la consulta de Psicología del área de salud.
- Se orienta llevar consigo hacia el hogar la Guía para Cardiopatas como material de consulta.
- Enfatizar con el familiar el rol de facilitador para la modificación de actitudes y de apoyo en el periodo de transición psicológica del cambio.

- Se refuerza la responsabilidad del paciente en su autocuidado y en cumplimiento del tratamiento médico.
- Se orienta al paciente y a la familia la continuidad del tratamiento en los centros asistenciales de salud correspondientes.

ANEXOS.

EL VUELO DEL HALCON

Un rey recibió como obsequio dos pequeños halcones y los entregó al maestro de cetrería para que los entrenara.

Unos meses después, el maestro le informó al rey que uno de los halcones estaba perfectamente pero que al otro no sabía que le sucedía pues no se había movido de la rama donde lo dejó desde el día en que llegó.

El rey mandó llamar a curanderos y senadores para que vieran al halcón, pero nadie pudo hacer volar al ave.

Encargó entonces la misión a miembros de la corte, pero nada sucedió. Al día siguiente, por la ventana, el monarca pudo observar que el ave aún continuaba inmóvil. Entonces decidió comunicar a su pueblo que ofrecería una recompensa a la persona que hiciera volar al halcón.

A la mañana siguiente, vio al ave volando ágilmente por los jardines. El rey, sorprendido, pidió a su corte que le trajeran el autor de ese milagro. De esa manera, trajeron frente al monarca a un humilde campesino.

El rey le preguntó:

¿Tú hiciste volar al halcón? ¿Cómo lo hiciste? ¿Eres mago?

Intimidado, el campesino le dijo al rey-fue fácil mi rey, solo corte la rama y el halcón voló, se dio cuenta que tenía alas y se largó a volar-.

¿Sabes qué tienes alas? ¿Sabes qué puedes volar? ¿A qué te estás agarrando? ¿De qué no te puedes soltar? ¿Qué estás esperando para volar? No puedes descubrir nuevos mares...A menos que tengas el coraje para volar.

Vivimos dentro de una zona de comodidad donde nos movemos, y creemos que eso es lo único que existe.

Dentro de esa zona está todo lo que sabemos, y todo lo que creemos. Viven nuestros valores, nuestros miedos y nuestras limitaciones. En esa zona reina nuestro pasado y nuestra historia. Todo lo conocido, cotidiano y fácil. Es nuestra zona de confort, y por lo general, creemos que es nuestro único lugar y modo de vivir. Tenemos sueños, queremos resultados. Buscamos oportunidades, pero no siempre estamos dispuestos a correr riesgos. No siempre estamos dispuestos a transitar caminos difíciles. Nos conformamos

con lo que tenemos; creemos que es lo único posible, y aprendemos a vivir desde la resignación. El liderazgo es la habilidad que podemos adquirir cuando aprendemos a ampliar nuestra zona de comodidad, cuando estamos dispuestos a correr riesgos, cuando aprendemos a caminar en la cuerda floja, cuando estamos dispuestos a levantar la vara que mide nuestro potencial.

Un verdadero líder tiene seguridad en sí mismo para permanecer solo; coraje, para tomar decisiones difíciles; audacia para, para transitar hacia lo nuevo con pasión, y ternura suficiente, para escuchar las necesidades de los demás.

El hombre no busca ser un líder. Se convierte en líder por la calidad de sus acciones y la integridad de sus intentos. Los líderes son como las águilas: no vuelan en bandadas... Los encuentras cada tanto y volando solos. Nadie vendrá a rescatarte; nadie cortará tu rama. Tú eres el mago. Tu futuro, está en tus manos. Sólo necesitas comenzar...

Entonces... ¿qué es tener éxito? Es comenzar por tener un sueño. Es comprometerte con tus sueños. Es tener confianza en tí. Es algo que no aparece por casualidad. Es aceptar lo que no se puede cambiar. Es saber cambiar a tiempo. Es saber que lo único permanente es el cambio. Es saber y poder delegar en los demás, parte de tu tarea. Es volver a empezar. Es reconocerte en tus logros. Es reconocer que te equivocaste y pedir perdón. Es reconocer que detrás de cada acierto, puede haber varios fracasos. Es enamorarte de lo que haces. Es no postergar y hacer algo ahora. Es darte cuenta de que estás eligiendo a cada momento. Es reconocer tus propias debilidades y fortalezas.

Es no parar jamás, hasta conseguir tus sueños. Es saber con qué fin hacemos las cosas. Es no mirar hacia atrás. Es actuar con entusiasmo. Es transitar por caminos desconocidos. Es probar hacer algo que nunca hiciste. Es saber que no estamos solos. Es no rendirse jamás. Es rendirse ante lo que no se puede cambiar. Es disfrutar de cada momento. Es tener tiempo libre y disfrutarlo. Es tener metas claras. Es tener perseverancia para alcanzar tus sueños. Es estar preparado para ver la oportunidad. Es tener una actitud positiva. Es desarrollar la creatividad. Es utilizar la imaginación. Es volver a empezar, sin darse por vencido. Es hacer las cosas lo mejor posible, pero hacerlas. Es actuar como si ya hubieras logrado tus metas. Es tener claridad en el propósito. Es no hacerse problemas por las cosas pequeñas. Es dejar una huella para que otros puedan seguir. Es arriesgarse. ¿Te atreves?

IDEAS IRRACIONALES O PENSAMIENTOS NEGATIVOS.

¿QUÉ ME DESAGRADA DE ESTE CARTEL?

De las siguientes expresiones marque con una X las que considere verdaderas.

- Las personas que padecen del corazón se convierten en personas inútiles.
- Las personas que padecen del corazón casi no pueden trabajar.
- Las personas infartadas no pueden tener relaciones sexuales.
- Los hombres que padecen de infarto quedan con impotencia sexual.
- La muerte está segura y aunque uno se cuide se muere el día que le toque.
- Me siento mal. La vida no tiene sentido.
- No voy a poder disfrutar la vida.
- Soy un desgraciado. ¿Por qué me tocó sufrir un infarto agudo del miocardio?
- Soy nervioso y para eso no hay remedio. Así soy.
- Esto no es vida. Para vivir así mejor me muero.



SOLUCION DE PROBLEMAS

¿COMO RESUELVO ESTE PROBLEMA?

Alberto es dirigente está muy nervioso porque tiene mucho trabajo. Debe entregar un informe muy complejo dentro de dos días. Tiene que asistir a varias reuniones para las cuales fue citado con poco tiempo de antelación. Su esposa está enferma y tiene que asumir las responsabilidades del hogar, recoger a los niños en la escuela y asumir las obligaciones domésticas. Ha decidido no dormir para poder terminar el informe y cumplir con el resto de las tareas.

¿Qué Ud. haría?



| | |
|--|-----------------------------|
| | |
| | Identificación del problema |

| | |
|--|--------------------------|
| | |
| | Análisis de la respuesta |

| | |
|--|-------------------------------|
| | |
| | Consideración de alternativas |

| | |
|--|-----------------------------|
| | |
| | Valoración de consecuencias |

| | |
|--|--------------------------|
| | |
| | Evaluación de resultados |

Bibliografía

- Allison, J. (1970). Respiration changes during transcendental meditation. *Lancet*. 1, 833-834.
- Álvarez, M.A. (2000). Stress: un enfoque *integral*. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica. pp. 30, 35-42, 84-89.
- Álvarez, R. (2001). *Temas de Medicina General Integral*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. pp. 209-278.
- Álvarez-Gayoli, J.L. (2006). *Sexoterapia integral*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. pp. 237- 38.
- Alvin, J. (1984). *Musicoterapia*. Barcelona: Editorial Paidós. pp. 213-20.
- Amaro, L. (2000). *Las propiedades terapéuticas y educativas de la música*. España: Promos Promociones Empresariales. pp. 42, 83 y 235.
- Amigo, I. (1988). *Aplicación de una técnica cognitivo- comportamental al problema de la hipertensión esencial*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Santiago de Compostela.
- Amigo, I. (1991). Estudio sobre la eficacia de las técnicas psicológicas para el manejo del estrés en el tratamiento de la HTA esencial. *Cardiología e Hipertensión*, 3, 105-114.
- Amigo, O, Fernández, A & González, A. (2001). Relajación muscular e hipertensión arterial: estudio controlado en pacientes medicados y no medicados. *Psicología conductual*, 9, 131-140.
- Antman, E. & Braunwald, E.(2005). Infarto Agudo del Miocardio. En Braunwald, E., Douglas, Z. & Libby, P. *Braunwald's Cardiología. El libro de la Medicina cardiovascular*.(t. 2, pp. 1364-1493) Boston, Massachusetts.
- Arés, P. (2003). La intervención familiar en las actuales realidades sociales. *Rev Cub Sexología y Soc*, 9 (21).
- Arés, P. Importancia de la familia. Conferencia ofrecida en: el Evento Provincial de Psicología. Psico-Cienfuegos. 15,16 y 17 de febrero, 2007. Cienfuegos. Cuba.
- Auriol, B. (1992). *Introducción a los métodos de relajación*. California0.EE.UU.:Ediciones Mándala. p.34-37.

- Barsky, A.J. (2005). Aspectos psiquiátricos y del comportamiento en las enfermedades cardiovasculares. En Braunwald, E., Douglas, Z., Libby, P. *Braunwald's Cardiología. El libro de la medicina cardiovascular* (t. 3 pp.2764-84). Boston, Massachusetts.
- Benenson, R (2005). *Manual de Musicoterapia*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Bermúdez, J. (1984). Investigación en personalidad: Naturaleza e implicaciones del Patrón de Conducta Tipo- A. *L'Arrel*, 5, 141-162.
- Bravo Matarazzo, E. (1987). *Filosofía y medicina*. Ciudad de La Habana: Edit de Ciencias Sociales. pp. 114 - 309.
- Breva, A., Palmero, F., & Fernández-Abascal, E.G. (2001). Hostilidad, Apoyo social y reactividad cardiaca en una situación de estrés. *Ansiedad y Estrés*, 123-138.
- Bueno, A. & Bueta, J. (1990). Programas de intervención para la rehabilitación de pacientes post infarto de miocardio. En: Bueno, A. & Buceta, A. (Eds). *Modificación de Conducta y Salud: perspectivas actuales en la aplicación de tratamiento psicológico* (pp.368-92). Madrid: Eudema.
- Bueno, A. & Buceta. J. (1996) Tratamiento psicológico después del infarto del miocardio. En: Buceta, J. & Bueno, A. (Eds). *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades* (pp. 455-93). Madrid: Pirámide.
- Burton, G.(1999). *Medicina alternativa*. EE.UU.:Future Medicine Publishing. pp. 439- 67.
- Cadigan, M.E., Caruso, N.A., Haldeman, S.M., McNamara, M.E., Noyes, D.A. & Spadafora, M.A. (2001). The effect of music on cardiac patient on bed rest. *Prog Cardiovasc Nurs* 16, 1, 289.
- Campbell, T.L. (1986). Family's impact on health: a critical review. *Fam Syst Med* , 4, 135-323.
- Cano Vindel, A. (1989). *Cognición, emoción y personalidad. Un estudio centrado en la ansiedad*. Madrid: Editora de la Universidad Complutense.
- Cano Vindel, A. (2003). *Técnicas cognitivas en el control del estrés*. Trabajo presentado en la Escuela Complutense de Verano "Psicopatología de las emociones, estrés y salud" de la Universidad Complutense de Madrid, España.
- Cecil. (1988). *Tratado de medicina interna* (20. ed.) La Habana: Editorial Ciencias Médicas. vol. 1, pp. 1, 201-2.

- De Longins, A., Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1988). The impact of daily stress on health and mood. Psychological and social resources as mediators. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 486-95.
- Del Pino, A. (1996). El patrón de conducta tipo A. En: Caballo, V., Buéla-Casal, G., Carrobbles, J.A. *Manual de psicoterapia y trastornos psiquiátricos*. España: Editorial siglo veintiuno. vol. 2, pp. 451-467.
- Dótrez, C., Pérez, R., Córdova, L., Santín, M., Landrove. O. & Macías, I. (1999). Prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial. *Rev. Cubana de MGI*, 15,1,46-47.
- Eagle K, A., Haber, E., De Sacntis, R.W. & Austin, W.G. (1991). *La práctica de la Cardiología. Normas del Massachussets General Hospital* (2. ed.) Buenos Aires: Médica Panamericana.p. 1748-70.
- Epstein, G. (1991). *Visualización curativa*. España: Robinbook S.L.
- Epstein, R. (2001). *El gran libro de los juegos para aliviar el estrés*. Barcelona: Oniro.
- Ferketich, A.K., Schwartzbaum, J.A., Frid, D.J. & Moeschberger, M.L. (2000). Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. National Health and Nutrition Examination Survey. *Arch Intern Med*, 160, 1261-8.
- Ferketich, A.K., Scwarzbaum, J.A., Frid, D.J., Moeschberger, M.L. (1998). Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. National Health and Nutrition. Examination Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 55, 558-92.
- Fernández -Abascal, E.G. & Palmero, F. (1999). Emociones y Salud. En E.G., Fernández Abascal, E.G. (Eds.) *Emociones y salud* (pp. 5-17). Barcelona: Ariel.
- Fernández Abascal, E.G., Martín, M.D. & Domínguez, F.J.(2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Rev. Psicothema*, 15, 4, 615-630.
- Fernández de Juan, T. (2004). *Acerca de Investigaciones Músico terapéuticas*. La Habana: Editorial Academia.
- Fernández, L. (2006 a). El enfoque histórico cultural. Intentando la integración. En *Pensando en la personalidad. Selección de lecturas* (pp. 210-230). La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

- Fernández, L. (2006 b). La personalidad algunos presupuestos para su estudio En Pensando en la personalidad. Selección de lecturas (pp. 230-249). La Habana: Fernández-Abascal, E.G. & Palmero, F. (1995). Activación. En E.G., Fernández- Abascal, E.G. (Coor.) *Manual de motivación y emoción* (pp.56-111). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Frasure-Smith, N. & Price, R. (1985). The Ischemic Heart Disease life Stress Monitoring program: Impact on mortality. *Psychosomatic Medicine*, 47, 431-45.
- Frasure-Smith, N., & Prince, R. (1989). Long-term follow-up of the ischemic Heart Disease Life Stress Monitoring Program. *Psychosomatic Medicine*, 51, 485-513.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F. & Talajic, M. (1995). Depression and 18- month prognosis after myocardial infarction. *Circulation* , 91, 999-1005.
- Friedman, R., Schauart, J.E., Schanall, P.L., Landsbergis, P.A., Pieper, C., Gerin, W. & Pickenng, T.J.(2001).Psychological variables in hypertension relationship to causal or ambulatory blood pressure in men. *Pshychosom Med* (63), 19-31.
- Gala, F.J., Lupiani, M. & Guillen, C. (2000). Intervención cognitivo conductual en los pacientes post infarto del miocardio. En: JM Alberca, J.M. & Cintas, Ana B. (Comps). *Cuestiones actuales en Psicología Clínica y Psiquiatría* (pp. 13-6). Málaga: Publicaciones del Centro Clínico Los Naranjos.
- Gaziano, J.M., Manson, J.E. & Ridker, P.M. (2005). Prevención primaria y secundaria de las enfermedades coronarias. Cap. 32. tomo II. En Braunwald, E., Douglas, Z. & Libby, P. *Braunwald's Cardiología. El libro de la Medicina cardiovascular.*(t. 2, 1276-88) Boston, Massachusetts.
- Germing, A. (1998) Cardiovascular Risk Factor. *Clín Cardiovascular*, 21, 1-38.
- Ginarte, A. (2001). La adherencia terapéutica. *Rev. Cub Med Gen Integr*, 17, 5, 502-5.
- Godoy, J.F. (2006). *Retos de la Psicología de la Salud*. Conferencia impartida en el Primer Congreso Hispano-Cubano de Psicología de la Salud. 6 y 7 febrero. Cienfuegos, Cuba.
- González, F.L. (1983). *Motivación moral en adolescentes y jóvenes*. La Habana: Editorial Científico-Técnica. pp. 6-26.
- González, A. & Amigo, I. (2000). Efectos inmediatos del entrenamiento en relajación muscular progresiva sobre índices cardiovasculares. *Psicothema*, 12, 25-32.

- González, A. & Castellanos, B. (2006). *Sexualidad y género.. Alternativas para su educación ante los retos del siglo XXI*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. pp. 62-70.
- González, I & Chacón, M. (2003). Diagnóstico e intervención psicológica en la familia del enfermo al final de la vida. En Gómez Sancho, M. (Ed). *Avances en cuidados paliativos* (t. 3, pp. 371-389). Las Palmas de Gran Canaria, España: Gafos.
- Grau, J., Hernández, E. & Vera, P. (2005). Estrés, salutogénesis y vulnerabilidad (2005): En E Hernández, E. & Grau, J. (Eds). *Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones* (pp. 113-66). México: Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.
- Grau, J., Victoria, C.R. & Hernández, E. (2005). Calidad de vida y Psicología de la Salud. En Hernández, E. & Grau, J. (Eds). *Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones* (pp. 201-23). México: Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara.
- Grenet, E. & Martínez, B. (1998). *Relajación*. La Habana: Editorial Academia. pp. 29, 61-62.
- Hackett, T.P. & Cassem, N.H. (1978). Psychological aspects of rehabilitation after myocardial infarction. En Wenger, N.K. & H. K Hellerstein, H.K. (Eds). *Rehabilitation of the Coronary Patient* (pp. 243-53). Chichester, Great Britain: Willey & Sons.
- Haynes, S.G, Feinleib, M. & Kannel, W.B. (1980). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham Study. III eight-year incidence of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 111, 37-58.
- Herman, C., Brand Driehorst, S., Buss, U. & Roger, U. (2000). Effects to anxiety and depression on 5-year mortality in 5057 patients referred for exercise testing.
- Hernández, E., Palomera Chávez, A. & Santos Ávila, F. (2003). *Intervención Psicológica en las enfermedades cardiovasculares*. Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud Guadalajara. pp. 21, 33 - 38, 152.
- Hernández, E., Palomera, A., De santos, F. & Zulueta, F. (2005). Psicología de la salud en la atención a enfermos cardiovasculares. En Hernández, E. & Grau A.J.

- Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones.* Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. pp. 419-59.
- Hubb, K. (2006). Terapia de grupo en enfermos físicos. En Kaplan, H. & Sadock, J. *Terapia de grupo* (503-13). 3. Ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Hypertension Detection and Follow-up Program Cooperative Study. (1979). Reduction in mortality in persons with high blood pressure, including mild hypertension. *JAMA*, 242, 2562-2571.
- Jiménez, M., Gómez, C., De la Calzada, C., Del Campo, S., Lacasa, J.S. & Pombo, M. (1999). Calidad de vida y apoyo social en pacientes con infarto agudo del miocardio no complicado. *Cardiopatía isquémica*, 52, 7, 467-74.
- Johansson, S., Bergstrand, R., Pennert, K., Ulvenstam, G., Vedin, A., Wedel, H. & et al. (1985). Cessation of smoking after myocardial infarction in women. Effects on mortality and reinfarctions. *Am J Epidemiol*, 121, 823-31.
- Kaplan, H. & Sadock, J. (2006). *Terapia de grupo*. (3ª ed. p. 22-24, 224-233). La Habana. Editorial Ciencias Médicas.
- Knowles, J.H. (1977). The responsibility of the individual. En: Knowles, J.H. (Ed). *Doing better and feeling worse*. New York: Norton.
- Krumholz, HM, Cohen, BJ, Tsevat J, et al: Cost-effectiveness of a smoking cessation program after myocardial infarction. *J Am Coll. Cardiol* 22: 1697-1702. 1993.
- Kubzansky, L.D., Kawachi, I., Spiro, A., Weiss, S.T., Vokonas, P.S. & Sparrow, D. (1997). Is worrying bad for your heart disease in the Normative aging Study. *Circulation*, 95, 818-824.
- Labrador, F.J. (1995). *El estrés: Nuevas técnicas para su control*. Madrid: Temas de Hoy.
- Landeta, O. (2000). Efecto amortiguador del apoyo social ante situaciones de estrés: revisión de los mecanismos implicados. *Revista Española de Motivación y Emoción*, 1, 149-55.
- Landrove, O. (2003). *Programa Nacional de Enfermedades no Trasmisibles*. III Taller. Nacional de Hipertensión. Recuperado de; <http://apps.sld.cu/bvs/materiales/programa/hta/introduccion/pdf>.
- Lazarus, R.S & Lazarus, B.N. (2000). *Pasión y Razón. La comprensión de nuestras emociones*. Barcelona: Editorial Paidós.

- Lazarus, R.S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44,1-21.
- Lazarus, R.S. (2001). Relational meaning and discrete emotions. En K.R. Acherer, A. Le Doux, J.E. & Phelps, E.A. (2000). Emotional networks in the brain. En: Lewis, M. & Havilland Jones, J.M. (Eds.). *Handbook of emotions* Second Edition (pp. 157-172). New York: The Guilford Press.
- Lesperance, F., Frasure- Smith, N., Talajic, M. & Bourrasa, M.G. (2002). Five year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction. *Circulation*, 1049-53.
- López Fernández, R. (1996). La relajación como una de las estrategias psicológicas de intervención más utilizadas en la práctica clínica actual. *Revista Cub. Med. General Integral*, 12, 4, 370-74.
- López, L., Aros, F., Lindon, R.M., Cequier, A. & Bueno, H. (2002). Actualización de las Guías de práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología en angina inestable/Infarto sin elevación del ST. *Rev. Esp. Cardiología*. 55, 6, 631-42.
- Loroso, A. & Del Campo, P. (1987). Biomúsica. Manual de musicoterapia. Cuaderno No. 6. *Revista Integral Maragal*, 371, 80-6.
- Louro, I. (2005). La Psicología de la salud y la salud familiar. En *Psicología de la Salud. Fundamento y aplicaciones*. México: Universidad de Guadalajara. pp. 273-290.
- Louro, I., Infante, O., De la Cuesta, D., Pérez, E., González, I., Pérez, C. & et. al. (2002). *Manual para la intervención en salud familiar. Grupo Asesor Metodológico de Salud de la familia*. La Habana. p. 18, 28-30. Recuperado en
- Maroto, J.M., De Pablo, C., Artigao, R., Morales, M.D., Lozano, M., Caicedo, C. & et al. (1992). Rehabilitación en la cardiopatía Isquémica. Resultados a nivel de calidad de vida y sobre el pronóstico. *Arch Inst Cardiol Mex*, 62, 441-6.
- Mayne, T.J. & Bonanno, G.A. (2001). *Emotions: Current Issues and future directions*. New York: The Guilford Press.
- Miguel- Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A. (2002). Emoción y clínica: Psicopatología de las emociones. En F. palmero, E.G. Fernández Abascal, F. Martínez y E. Chóliz (Edis.), *Psicología de la Motivación y la Emoción* (pp. 571-581). Madrid: McGraw – Hill.

- Ministerio de Salud Pública. (2006). *Proyecciones de la Salud Pública en Cuba*. La Habana.
- Molerio, O. (2004) Programa para el autocontrol emocional de pacientes con hipertensión arterial esencial. Tesis presentada en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Psicológicas. Santa Clara. Villa Clara, Cuba.
- Mulcahy, R., Hickey, N., Graham, I.M. & MacAirt, J. (1977). Factors affecting the 5 year survival rate of men following acute coronary heart disease. *Am Heart J*, 93, 556-9.
- Muris, P. & De Jong, P. (1993). Monitoring and perception of threat. *Personality and Individual Differences*, 15, 467-70.
- Nieto-Munuera, J., Abad-Mateo, M.A., Esteban A.M. & Tejeira, M. (2004) *Psicología para ciencias de la salud. Estudio del comportamiento humano en la enfermedad*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. pp. 61, 315-21.
- O'Connor, C.M., Gurbel, P.A. & Serebruany, V.L. (2000). Depression and cardiac disease. *Am Heart J*, 140, 63-9.
- Ojeda, B., Ramal, J., Calvo, F. y Vallespin, R. (2001). Estrategias de afrontamiento al estrés y apoyo social. *Psiquis*, 3, 49-67.
- Organización Mundial de la Salud. (1981). *Diseño y evaluación de programas en salud*. Ginebra, Suiza: Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud*. Ginebra, Suiza: autor.
- Ornish, D., Scherwitz, L.S., Doody, R.S., Kerten, D., McLanahan, S.M., Brown, S.E. & et al. (1993). Effects of stress management training and dietary changes in treating ischemic heart disease. *Journal of the American Medical Association*, 249, 54-60.
- Papadopoulos, C.A. (1978). Survey of sexual activity after myocardial Infarction. *Cardiovasc Med*, 3, 821-26.
- Peraza, E. y Zaldívar, D. (2003). La musicoterapia. Un nuevo enfrentamiento al estrés y la Hipertensión Arterial. *Rev Cub de Psicología*, 20, 1, 10-22.
- Programa nacional de prevención y control del alcohol y otros fármacos dependencia. (1997). La Habana: [s.n.].

- Programa nacional de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la cardiopatía isquémica. (2001). *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2001, 14, 4, 157-9.
- Rea, T.D., Heckbert, S.R., Kaplan, R.C., Smith, N.L., Lemaitre, R.N., Psaty, B.M. (2002). Smoking status and risk for recurrent coronary events after myocardial infarction. *Ann Intern Med*, 137, 494-500.
- Review Panel on Coronary-Prone Behavior and Coronary Heart Disease. (1981). Coronary Prone behaviour and coronary heart disease: A critical review. *Circulation*, 63, 1.199-1.215.
- Rivas, E. (1988). Influencia de la rehabilitación cardiaca sobre la reincorporación laboral después del Infarto del miocardio. *Rev Cub Cardiol, Cir Cardiovasc* 2,2-3, 104-17.
- Rivas, E. (1996). Rehabilitación Cardiaca en el IMA. *Rev Cub Cardiol Cir Cardiovasc*, 2, 2, 149-50.
- Rivas, E. (1988). Rehabilitación cardiovascular integral. Conceptos, objetivos y formas de aplicación. *Rev. Cub Cardiol Cir Cardiovasc* 2,1, 29-41.
- Rivas, E. (1987). *Rehabilitación de la cardiopatía isquémica*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- Rivas, E., Ramírez de Estenoz, A., Ponce de León, P., Sin Chesa, C., Hernández, A. (1989). Aspecto psicosocial de la rehabilitación en pacientes con infarto del miocardio. *Rev Cub Cardio Cir Cardiovasc*, 3,3, 357-8.
- Robles, G.R., Jenkins, R.E. & Cerruti, F.M. (1996). *El enfermo crónico y su familia. Propuestas terapéuticas*. México: Ediciones Nuevomar.
- Robles, H, Peralta, M.I. (2006). *Programa para el control del estrés*. Edc. Pirámides. Madrid.p. 15- 51, 77-79, 100-115, 130-144.
- Roca, M.A. & Pérez, M. (1999). *Apoyo social: su significación para la salud humana*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Roca, M.A. (2000). *Psicología Clínica una visión General*. La Habana: Científico- Técnica.
- Roca, M.A. (2003 a). Emociones y salud. Recuperado en <http://www.sld.cw/salwdvida1psicologia/temas.php?idv=6081>. (18 de marzo/ 2003).

- Roca, M.A. (2003 b). *Autoeficacia percibida: un nutriente para el bienestar*. Recuperado en: <http://www.sld.cw/salwdvida/psicologia/temas.php?idv=6081> (mayo/ 2003).
- Roca, M.A. (2003 c). *Los recursos con que contamos ¡o no! Para hacer frente al estrés*. Recuperado en <http://www.sld.cw/salwdvida/psicologia/temas.php?idv=6081> (junio/ 2003).
- Rodríguez, T., & Navarro, J.J. (2004). Sistema de Influencias psicoterapéuticas en pacientes con enfermedades cardiovasculares hospitalizados. *Revista electrónica de las Ciencias Médicas*. Abril, 1(2): 66-83. Recuperado en <http://www.gal.sld.cu> (mayo/2004).
- Shaper, A.G., Pocock, S.J., Walter, M. & et al. (1985). Risk factors for ischemic heart disease: the prospective phase of British Regional Heart Study. *J Epidemiol Community Health*, 39, 197-209.
- Shultz, J.H. (1969). *El entrenamiento autógeno* (3ra. ed.). La Habana: Editorial Científico-Técnica. pp.7-42.
- Shye, D. (1998). *Autocuidados en salud mental*. Washington: OPS/OMS. pp. 5-20.
- Sito, J.O. Y Rodríguez, M. (2000). *Abordaje del stress. Desde el entrenamiento autógeno hacia lo transpersonal. Apuntes de un Taller presentado en la III Conferencia Internacional de Psicología de la Salud*. La Habana.
- Suarez, E., & Williams, R.J. (1990). The relationships between dimensions of hostility and cardiovascular reactivity as a function of task characteristics. *Psychosomatic Medicine*, 52, 558-570.
- Suinn, R. (1993). *Entrenamiento en manejo de ansiedad*. Bilbao: Editorial Descleé de Brouwer. p. 77-87, 91-94, 121-127, 254-259, 295-305.
- Trápaga, M., Álvarez, M.A, Cubero, L., & Rego, L. (2001). Fundamentos biológicos del comportamiento. Empresa gráfica de Villa Clara.(edición especial) pp. 121-8,164-74, 182-86.
- Valdés, M. & Flores, T. (2004). Estrés y sistema inmunitario. En Valdés, M. & Flores, T. (Eds.), *Psicobiología del estrés*. Barcelona: Editorial Martínez Roca. pp. 98-123.
- Valladares, A.M. & Guerra, V.M. (2003). Particularidades de los roles, la jerarquía, los estilos educativos y la comunicación de las familias nucleares extensas con niños

- de 8 a 10 años. Tesis para optar por el grado científico de master en Psicología de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba.
- Velasco, J.A. (1998). *Cómo lograr la readaptación global del paciente con Cardiopatía Isquémica. 7ma unidad didáctica: 7/98*. Valencia: Sociedad Española de Cardiología. pp. 3, 7-14.
- Velasco, J.A., Atienza, F. & Ridocci, F. (1995). Análisis de la calidad de vida en los pacientes rehabilitados. *Rev Esp Cardiol*, 48, (1), 90-3. 24.
- Velasco, J.A., Cosin, J. & López Sendon, J.C. (1997). La prevención secundaria del Infarto del Miocardio en España. Estudio PREVESE. *Rev Española Cardiol*, 50, 406-15.
- Velasco, J.A., Cosín, J., Maroto, J.M., & et. al. (2000). Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en prevención cardiovascular y rehabilitación cardiaca. Sociedad Española de Cardiología. *Rev Esp Cardiol*, 53(8).
- Velasco, M.I., Sinibaldi, J. (2000). *Manejo del enfermo crónico y su familia. Manual Moderno*. Guatemala: Universidad Francisco Marroquín.
- Vigotsky, L.S. (1987) *Historia de las funciones psíquicas superiores*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- White, J., & Shaw, C. (1991). Musictherapy a means of reducing anxiety in the myocardial infarction patient. *Wis Med J*, 90 (7), 434-7.
- White, J.M. (1999). Effect of relaxing music on cardiac autonomic balance and anxiety after acute myocardial infarction. *Am J Crit*, 8, (4), 220-3.
- Wilson, K., Gibson, N., Willan, A. & Cook, D. (2000). Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: meta-analysis of cohort studies. *Arch Intern Med*, 160, 939-44.
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (1984). *Report of a scientific consultation on health education in self-care: possibilities and limitations*. Copenhagen.
- Yusuf, F., Hawken, S., Ounpuu, S. & et al. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study). *Lancet*, 364, 953-62.

- Zaldívar, D. (1996). *Conocimiento y dominio del estrés*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- Zaldivar, D (2002). Estrés. Factores protectores. Recuperado en [http:// www.sld.cu/saludvida / psicología/temas. php? Idv = 6081](http://www.sld.cu/saludvida/psicología/temas.php?Idv=6081).
- Zaldivar, D. (2003 a). *Factores psicosociales de la adherencia terapéutica*. Recuperado en <http://www.sld.cu/saludvida/psicología/temas.php?idv=6081>.(abril 2003).
- Zaldivar, D. (2003 b). *Adherencia terapéutica y modelos explicativos*. Recuperado en <http://www.sld.cu/saludvida/psicología/temas.php?idv=6081>. (abril 2003).
- Zaldivar, D. (2003 c). *Competencia y habilidades sociales*. Recuperado en <http://www.sld.cu/saludvida/psicología/temas.php?idv=6081>. (noviembre de 2003).
- Zeigarnik, W.B. (1979). Introducción a la Patopsicología. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- Zellweger, M., Osterwalder, R., Langewitz, W. & Pfisterer, M. (2004). Coronary artery disease and depression. *EHJ*, 25, 3-9.