



UNIVERSIDAD DON VASCO A.C.

Incorporación No. 8727-25

A la Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela de Psicología

**EL REAPRENDIZAJE DE VIDA EN LAS PERSONAS
CON UNA ENFERMEDAD CRÓNICA DE TIPO CARDÍACO**

Tesis
que para obtener el título de
Licenciada en Psicología
Presenta:

Atziri Elizabeth Martínez Morelos.

Asesora:

Lic. Ruth Talavera Flores

Uruapan, Michoacán a 14 de Septiembre de 2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A todas aquellas personas que día a día, luchan contra la adversidad de padecer una enfermedad crónica, por ser verdaderos modelos de vida.

A mis padres, pilares y fuentes de amor, valores, crecimiento, dedicación, sacrificio, consejos, educación y apoyo incansable. Agradezco que siempre me motivaran a ser una mujer fuerte, con bases firmes e inculcarme el deseo por superarme profesionalmente.

A mi esposo, aliado y coautor en cada proyecto emprendido, por no soltar mi mano y caminar juntos. Por estar en constante apoyo y comprensión. Agradezco el que me brindes la mitad que me falta para estar completa, tu amor.

A mi hermana, mi compañera, amiga y consejera en cada momento de nuestras vidas.

A mi asesora, director y cada uno de mis maestros; gracias por brindarme sus conocimientos, tiempo y paciencia; enseñándome a descubrir la grandeza de esta profesión.

A dos amigos que me motivaron en esta carrera, perseverando en mis ideales y teniendo fuerza de voluntad para lograrlo, gracias Cata+ y Beto +.

ÍNDICE

Introducción

Antecedentes	1
Planteamiento del problema	6
Objetivos de la investigación	7
Pregunta de investigación	8
Justificación	9
Marco de referencia	13

Capítulo 1. Padecimientos cardíacos

1.1 Definición	17
1.2 Tipos de enfermedades cardíacas	18
1.2.1 Enfermedades agudas	18
1.2.2 Enfermedades crónicas	19
1.2.3 Crónicas y agudas	19
1.3 Clasificación de las enfermedades cardíacas.	19
1.4 Causas generales de las enfermedades cardíacas.	20
1.4.1 Cuadro comparativo para la clasificación de los síntomas generales de las enfermedades cardíacas	22
1.4.2 Cuadro comparativo para la clasificación de los signos generales de las enfermedades cardíacas	23
1.5 Descripción de las enfermedades cardíacas.	24

1.5.1 Cardiopatía reumática	24
1.5.2 Fiebre reumática	24
1.5.3 Hipertensión arterial	25
1.5.4 Insuficiencia cardíaca	26
1.5.5 Cardiopatía congénita	28
1.5.6 Cardiopatía isquémica	29
1.5.7 Angina de pecho	30
1.5.8 Aterosclerosis	31
1.5.9 Cardiopatía hipertensiva pulmonar o hipertensión pulmonar	32
1.5.10 Pericarditis	33
1.5.11 Endocarditis infecciosa	34
1.5.12 Infarto del miocardio	35
1.5.13 Enfermedad cardíaca coronaria o enfermedad de las arterias coronarias	37
1.5.14 Edema agudo pulmonar	38
1.5.15 Cardiomiopatía o miocardiopatía	38
1.6 Prevención	40
1.7 Hábitos modificables de forma directa	41
1.7.1 Padecimientos controlables	42
1.7.2 Hábitos modificables indirectos	43
1.7.3 Factores no modificables	44
1.8 Manejo de los padecimientos cardíacos	45
1.8.1 Manejo médico	45
1.8.2 Manejo psicológico	47
1.8.3 Manejo familiar	49

Capítulo 2. Reaprendizaje

2.1 Definición	52
2.2 Concepto de adaptación	53
2.3 Diferencias y semejanzas entre reaprendizaje y adaptación	55
2.4 El reaprendizaje en los diferentes ámbitos de la vida	55
2.4.1 Reaprendizaje psicológico.	56
2.4.2 Reaprendizaje social	57
2.4.3 Reaprendizaje familiar	58
2.5 Modelos de reaprendizaje	58
2.5.1 Psicoterapia	58
2.5.1.1 Estilos de psicoterapia	59
2.5.1.1.1 Psicoterapia individual	59
2.5.1.1.2 Psicoterapia de pareja	60
2.5.1.1.3 Psicoterapia sexual	60
2.5.1.1.4 Psicoterapia familiar	61
2.5.1.1.5 Psicoterapia grupal	62
2.5.1.1.6 Psicoterapia infantil	63
2.5.1.2 Modelos de psicoterapia en base a la corriente terapéutica	64
2.5.1.2.1 Psicoterapia psicoanalítica	64
2.5.1.2.2 Teoría cognitiva-conductual, modelo Ellis y Beck	65
2.5.1.2.3 Psicoterapia psicodinámica	67
2.5.1.2.4 Psicoterapia humanista	68
2.5.1.2.4.1 Terapia centrada en el paciente	68

2.5.1.2.4.2 Psicoterapia Gestalt	69
2.5.1.2.5 Psicoterapia conductual	69
2.5.1.2.6 Psicoterapia existencial	70
2.5.1.2.6.1 Logoterapia	70
2.5.1.2.7 Psicoterapia de la realidad	71
2.5.1.2.8 Análisis transaccional	72
2.5.2 Reestructuración cognitiva	72
2.5.3 Psicocardiología	74
2.5.4 Inteligencia emocional	76
2.5.4.1 El reaprendizaje emocional	76
2.5.4.2 El reaprendizaje emocional y la superación del trauma	77
2.5.4.3 La psicoterapia como reaprendizaje emocional	78
2.6 Duelo	79
2.6.1 Factores que influyen para la resolución del duelo	81

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados

3.1 Descripción metodológica	82
3.1.1 Enfoque	82
3.1.2 Diseño de investigación	83
3.1.3 Extensión del estudio	84
3.1.4 Alcance	84
3.1.5 Técnicas de recolección de datos	85
3.2 Descripción de la población	87
3.3 Descripción del proceso de la investigación	88

3.4 Análisis e interpretación de los resultados	90
CONCLUSIONES	118
BIBLIOGRAFÍA	122
HEMEROGRAFÍA	127
OTRAS FUENTES	128
ANEXOS	130

El siguiente trabajo de investigación está pensado para proporcionar el uso de una técnica efectiva “el reaprendizaje”, en las personas que sufren de una enfermedad crónica en este caso de tipo cardiaca, la cual les favorezca a una mejor adecuación en su vida habitual.

Estableciéndose bajo el enfoque mixto, por los instrumentos empleados en está: la encuesta y la observación; las cuales se aplicaron a una población mixta de pacientes que acuden a consulta externa de cardiología en el hospital general de Uruapan “Dr. Daniel Martínez”.

Se comenzó partiendo del identificar la existencia del reaprendizaje en los mismos pacientes, como lo utilizan, los obstáculos y beneficios que de este se desprenden para emplearlo en los diversos contextos y en lo que refiere al contexto psicológico como un modelo de psicoterapia, que dé paso al tratamiento emocional del paciente que sufre una enfermedad crónica, para facilitar su conducción hacia una resolución situación que experimenta en este nivel interno.

Con el único fin de ser aplicable no sólo en los padecimientos cardíacos, sino en cualquier otra enfermedad crónica como cáncer o diabetes para beneficiar y fortalecer al aspecto psicológico de la persona; que en muchas ocasiones es olvidado en estas áreas de la salud y que en la actualidad está tomando niveles muy altos de desencadenante psicológico.

INTRODUCCIÓN

El estudio que se presenta en este documento está enfocado al reaprendizaje de vida, en las personas que padecen una enfermedad crónica de tipo cardíaco. Para propósitos de contextualización, se muestran enseguida algunas investigaciones previas.

Antecedentes.

En la actualidad, el uso de las técnicas psicológicas ha resultado de gran utilidad para el manejo psicoterapéutico de pacientes que sufren de enfermedades de diversa índole, tales como cáncer, diabetes, hipertensión, insuficiencia renal, enfermedades de tipo cardíaco, entre otras. Dichas técnicas han demostrado ser efectivas para lograr que estas personas aprendan a mejorar su estilo de vida, una de estas tácticas es el reaprendizaje, que se orienta a la reestructuración cognitiva por medio de la cual, las personas aprenden a cambiar algunas maneras de pensar distorsionadas que conducen a un malestar emocional y frustración. A través de las investigaciones, se ha podido constatar un resultado favorable, durante el proceso de recuperación de tales pacientes.

Existe una investigación sobre el apoyo social en pacientes diabéticos tipo II, realizada por Castro (2006), en la Facultad de Salud Pública y Nutrición, de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en México; su objetivo fue identificar el

significado, estructura y formas de apoyo social en torno al paciente diabético; para con ello realizar programas de prevención y mejoramiento de calidad de vida. El método de investigación que fue empleado en la misma, es el cualitativo, mediante el cual se realizaron estudios de caso con un nivel de análisis descriptivo e interpretativo. Los instrumentos utilizados fueron entrevistas semiestructuradas y grabadas con audio. La muestra estuvo constituida por hombres y mujeres que padecían Diabetes Mellitus Tipo II, de diferente estrato social, tanto de zona rural como urbana. El total fue de 34 pacientes, de los cuales 17 eran hombres y 17 mujeres. A través de los resultados se abrieron tres clases analíticas: la primera se denominó formas de apoyo social, que comprenden el ámbito familiar, social, religioso e institucional; la segunda, grupos espontáneos de apoyo social y la tercera, grupos institucionalizados de apoyo social. De igual manera, se identificaron los conceptos: de acomodación del apoyo social, dentro del cual se llegó a un reacomodo de las estructuras de tipo individual, conyugal, comunitaria y social, y el de cercanía del padecimiento, que sirvió para conocer la forma de vida que se lleva con la enfermedad; éstos constituyeron un aporte susceptible de implementarse a través de programas de mejoramiento de la calidad de vida y de prevención de complicaciones.

En otra investigación, realizada por Romero (2007), de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en el departamento de Neurología Pediátrica del Instituto del Seguro Social, se buscó conocer la importancia de la orientación y acompañamiento psicológico por parte de los padres de niños y niñas con parálisis cerebral. La muestra se tomó de una población de 40 madres y padres de pacientes infantiles con

parálisis cerebral, de la ciudad capital. El objetivo manejado fue la implementación de un programa de salud mental para madres y padres, con hijos con este tipo de discapacidad, enfocado al proceso de duelo de los padres, debido a que la aceptación de éstos hacia la discapacidad de sus hijos era sumamente importante para la rehabilitación de los pequeños. La investigación utilizó un método de tipo cualitativo, no probabilístico, además de ser participativa-experimental, de campo, descriptiva y diagnóstica.

Los instrumentos que se emplearon fueron entrevistas, encuestas, consultoría a los padres y además se aplicó la autoescala de depresión de Zung. También se realizaron encuestas concretas, talleres de grupo, psicoterapia individual y grupal; todo ello con la intención de inducir al cambio de mentalidad que les permitiera ver en sus hijos un principio de progreso tanto personal como social y familiar. Con base en los resultados obtenidos se infirió que en dicha población, urge la ayuda psicológica y económica para tener un adecuado proceso de recuperación. Se requiere además trabajar con un equipo multidisciplinario para ayudar con la enfermedad, recomendando la psicoterapia sobre todo a los padres que se ven expuestos emocionalmente. Y dentro de esta medida, manejar el proceso de aprendizaje y reaprendizaje, sobre aspectos intelectuales, sexuales, físicos y emocionales; lo cual se realizaría mediante dos modalidades de trabajo: psicoterapia individual y grupal.

Otro antecedente con el que se cuenta son los procedimientos psicológicos que se han aplicado con mayor profusión a pacientes con cáncer, propuestos por

Moorey en 1994, con fundamento en programas cognitivos-conductuales. A través de este método se facilita la sensación de control sobre sus vidas, haciéndolos participar activamente en el tratamiento de su enfermedad. Las tres técnicas utilizadas fueron estrategias cognitivas de afrontamiento, registro de pensamientos automáticos y reestructuración cognitiva en 1992 por Greer y sus colaboradores y posteriormente, Moorey y cols., en un hospital de una comunidad judía ortodoxa de EU., llevaron a cabo una evaluación experimental de la eficacia de las estrategias mencionadas, en esta valoración, 134 pacientes con cáncer fueron asignados al azar a un grupo en el que se aplicaba tratamiento, o bien, a un grupo control sin tratamiento. La intervención se componía de seis sesiones aplicadas semanalmente, ampliables, si era necesario, a otras seis. Los resultados reflejaron una mejoría en los niveles de ansiedad, depresión y adopción de estrategias de afrontamiento positivas en el grupo experimental frente al control; dichos resultados se mantuvieron en el seguimiento a los dos y doce meses, con ello se concluyó que son altamente beneficiosos tanto a corto como a largo plazo.

Otra referencia con la que se cuenta, es el estudio obtenido de la fusión de la psicología con la cardiología: fue la psicóloga clínica Laham (2001), de Argentina, quien reunió cardiólogos y psicólogos en un trabajo común. Su objetivo fue la prevención primaria y la rehabilitación de las enfermedades cardíacas, con el fin de promover en la población un estilo de vida cardio-saludable que permitiera prevenir el desarrollo de cardiopatías, optimizar resultados médicos y psicológicos a partir del trabajo conjunto, así como promover y configurar redes de apoyo social. Se aplicó un método mixto, sobre todo participativo y práctico. La psicocardiología combate la

deshumanización de los sistemas médicos, con lo cual ayuda a la formación de profesionales con una visión más integral del paciente cardíaco, y permite una comunicación más fluida entre ambos, así, actúa no sólo desde la eficacia de un tratamiento médico, sino promoviendo estrategias que, en cada caso, tengan en cuenta las necesidades psicosociales del individuo afectado.

Planteamiento del problema.

El concepto reaprendizaje, se puede analizar desde una perspectiva psicológica, en la cual se concibe como la idea de reestructurar esquemas mentales; se centra en la concepción de reaprender a vivir, que se orienta al hecho de que los pacientes con enfermedades de tipo cardíaco, aprendan a retomar su nuevo estilo de vida.

En este sentido, el reaprendizaje se comprende como un proceso de adaptación a las condiciones que tiene que enfrentar el paciente, como resultante de su estado físico.

El reaprendizaje se relaciona con la memoria de la personas, debido a que la materia conocida es más fácil de memorizar una segunda vez y más cuando las personas aprenden a responder de cierta forma según las situaciones ante las cuales se enfrentan (sobre todo las adversas); también crean nuevos asientos, a través del conocimiento teórico-práctico, al ir construyendo nuevas categorías (estructuradas en la mente) o dándoles un sentido (valor), por medio del aprendizaje que se va adquiriendo y las experiencias vividas; esto con el fin de observar la realidad y resolver las propias experiencias y situaciones de la vida.

Es así como una persona que sufre un infarto, puede retomar su vida cotidiana, con la diferencia de que este antecedente le implica adquirir un nuevo conocimiento que conlleva la modificación de hábitos, lo cual requiere crear

condiciones adecuadas para un estilo de vida saludable y además, prevenir riesgos futuros e incluso prolongar su tiempo de vida.

El interés principal de abordar el tema que se presenta en este trabajo de investigación, se centra en la siguiente pregunta: ¿Aplicar técnicas de reaprendizaje de vida en pacientes con enfermedad crónica de tipo cardíaco, favorece un mejor manejo del padecimiento en su vida habitual?

Objetivos.

El curso de esta investigación estuvo orientado por las siguientes directrices:

Objetivo general.

Determinar el uso de la técnica de reaprendizaje y sus beneficios en personas que padecen una enfermedad crónica de tipo cardíaca.

Objetivos particulares.

1. Identificar la existencia de reaprendizaje en pacientes con enfermedades crónicas de tipo cardíaco.
2. Describir la utilidad del reaprendizaje en los diversos contextos del paciente cardíaco.

3. Señalar los factores que obstaculizan el reaprendizaje en las personas que padecen una enfermedad cardíaca.
4. Señalar los factores que favorecen el reaprendizaje en las personas que padecen una enfermedad cardíaca.

Pregunta de investigación.

¿Aplicar técnicas de reaprendizaje de vida en pacientes con enfermedad crónica de tipo cardíaco, favorece un mejor manejo del padecimiento en su vida habitual?

En esta investigación se busca explicar el uso de la técnica del reaprendizaje para determinar sus beneficios para que los pacientes sepan manejar su enfermedad en su vida habitual mediante la previa adaptación a su realidad. El logro de esta acción se fundamentó en cuatro meses de indagación con pacientes cardíacos, en la cual se recopilaron sus experiencias personales y proceso médico.

De primera instancia, es importante describir los padecimientos cardíacos, para conocer su etiología, causas y repercusiones a nivel psicológico, de aquí surge la importancia de la segunda variable a estudiar: el reaprendizaje, con el fin de mostrar cómo puede aplicarse éste en los diversos contextos, enfocado a nivel psicológico como un modelo de psicoterapia, que dé paso al tratamiento emocional del paciente que sufre una enfermedad crónica, para posibilitar

conducirlo a una resolución de su duelo por la pérdida que sufre ante la situación que experimenta y así, reintegrarlo a una mejor adaptación y calidad de vida.

Se pretende que la estrategia empleada pueda ser aplicable no sólo en los padecimientos cardíacos, sino en cualquier otra enfermedad crónica como cáncer o diabetes para beneficiar al aspecto psicológico de la persona.

Justificación

En la actualidad, las enfermedades crónicas se han convertido en uno de los factores de mayor importancia en todos los niveles, son un desencadenante psicológico muy fuerte, debido que las personas que las padecen, encuentran muy difícil aceptar esta nueva situación debido a que les está generando un cambio radical en su vida en general. Dentro de esta investigación, las que se tomaron para su estudio fueron las de origen cardíaco y todo lo que acarrea consigo, tanto a nivel físico como psicológico, por tal motivo, el reaprendizaje juega una papel de suma importancia en estos casos.

El propósito de esta tesis es proponer el reaprendizaje como una técnica posterior a la aparición de la enfermedad en este tipo de pacientes, los cuales están condicionados a modificar su estilo de vida, al encontrarse ante una nueva necesidad de ajustarse a este cambio. Por tanto, los esquemas mentales de acuerdo con los cuales solían accionar; ahora deben reorganizarlos, reestructurar

sus conocimientos para poder vivir en relación con su nueva situación, conforme a su entorno social y sobre todo personal.

El presente estudio servirá para dar a conocer más información sobre este tipo de casos y esta técnica, para saber cómo se aplica, funciona y repercute, no sólo con quienes tienen un problema cardíaco, sino también con quienes padecen una enfermedad crónica y así poder trabajar de modo adecuado y satisfactorio, empleando esto como una forma de adaptación paulatina a su vida habitual.

El interés principal es proporcionar a las personas con padecimiento crónico, una asistencia psicológica apropiada y orientación ante el fenómeno que les está ocurriendo física y emocionalmente y así contribuir a su bienestar interno.

Para este fin, es recomendable el apoyo de profesionales de la salud, como médicos y psicólogos, para conducir a los enfermos a un conveniente proceso de tratamiento en dicha afección, lo cual beneficiaría incluso la misma labor de dichos expertos de la salud.

Semejante es el beneficio tanto para el paciente como a quienes le rodean: la familia como medio cercano al paciente, amigos, entre otros, debido a que ayuda al entendimiento de la enfermedad, la situación familiar y la relación trascendental del enfermo con las personas cercanas a él.

Asimismo, se proporciona información que será de utilidad para ambas partes sobre cómo manejar de modo más provechoso la conexión del paciente con su enfermedad y apoyarlo en reaprender a coexistir con esto; para permitirle visualizar una mejor perspectiva de vida.

El estudio es relevante socialmente para educar, conocer y entender más sobre este tipo de padecimiento o enfermedades crónicas, un ejemplo muy claro es la discriminación que sufren los enfermos de SIDA o el hecho de no saber cómo poder auxiliar, actuar, comportarse y aportar en estos casos; igual sucede en los enfermos de cáncer, por lo cual esta investigación busca no solamente tener una contribución con los pacientes cardíacos, sino con estas otras enfermedades que están causando estragos a nivel social por la falta de trato humano y mentalidad objetiva, hacia estas personas.

Anteriormente, se ha trabajado con investigaciones similares sobre pacientes con alguna enfermedad crónica y se han creado proyectos interesantes sobre como apoyarlos en esta situación y hacer que salgan adelante, por lo cual ya tiene una proyección social importante; sin embargo, esto se viene dado en otros países y el buscar que esta proyección se genere en México es fundamental para desarrollar este mismo interés en el tratamiento de tales personas, así como la creación de grupos de apoyo y programas que favorezcan e implementen las herramientas adecuadas para su mejoría. Para este efecto, posee una utilidad práctica por que se puede aplicar tanto de forma personal como grupal.

Por otro lado, esta investigación contribuirá al llenar un espacio del conocimiento poco explorado a través del análisis de una nueva técnica y, con los resultados obtenidos, averiguar la utilidad que tiene en la personas con una enfermedad cardíaca la aplicación del reaprendizaje en su vida actual para propiciar su mejoría tanto física como mental.

Esta investigación puede sugerir ideas o recomendaciones a futuros estudios, que pretendan favorecer a las áreas sociales y de salud, en donde el principal motor es el factor humano.

Marco de referencia.

El estudio se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital General de Uruapan “Dr. Pedro Daniel Martínez”, ubicado en Tejerías # 1, Col. San Francisco Uruapan, el cual surgió en junio de 1995. Es un hospital general de segundo nivel de la Secretaría de Salud de Michoacán, que tiene el objetivo de brindar mayor atención especializada a la población de Uruapan, Michoacán y ser un hospital de calidad en sus servicios.

Su misión es estar comprometido con la sociedad para proporcionar atención médica digna, oportuna y segura, con calidad y calidez, que satisfaga ampliamente las necesidades y expectativas de los usuarios en apego a la normatividad establecida y a los derechos humanos.

Su visión, de conformidad con los principios y valores institucionales, es ser a mediano plazo uno de los cinco mejores hospitales de segundo nivel del país, reconocido por estar en manos de profesionales con calidad humana, altamente calificados y en constante innovación tecnológica.

Los valores prioritarios en la institución son:

- Honradez: permite generar una congruencia entre lo que se dice y lo que se actúa para que al final, la interacción con la gente permita generar relaciones integrales éticas y con honestidad.

- Respeto: de cada uno de los funcionarios con los demás integrantes, con los clientes, con la institución y con ellos mismos.
- Lealtad: representada por el compromiso de cada uno de los trabajadores que junto con su esfuerzo y disposición continua, permite generar un vínculo a largo plazo entre la institución, proveedores y clientes.
- Justicia: garantiza un trato semejante ante necesidades semejantes y busca permanentemente una mejor distribución de recursos y oportunidades.
- Innovación: capacidad de mejorar las cosas y actitudes introduciendo novedades.
- Espíritu de servicio: definido como la satisfacción que se experimenta al ofrecer el servicio diario al usuario, ya sea interno o externo, que acude en busca de bienestar y apoyo.
- Excelencia: superior capacidad que hace digna de singular aprecio a una persona y/o cosa.
- Pluralismo: libertad de pensamiento y expresión de ideas, en la relación médico-paciente; los usuarios de los servicios deben tener la posibilidad de ejercer su derecho a decidir quien se hará cargo de su salud y la de su familia.

Cabe resaltar una prestación que procura ofrecer esta institución: como apoyo económico para la mayoría de la población que no se encuentra afiliada a ningún seguro, esto es, las personas que no pueden cubrir los costos de atención médica como: los que tienen menores ingresos (35%) en zonas urbanas, los que

viven en zonas rurales (44%), las personas cuyo estado de salud es precario (42%); el gobierno federal implanta en México a partir del año 2002 el Seguro Popular de Salud.

Este beneficio pretende brindar a los mexicanos una protección financiera, al ofrecerles una opción de aseguramiento público voluntario, que consiste en promover el pago anticipado por servicios médicos, es decir, las personas que se encuentran dentro de la economía informal, que por su condición laboral no se encuentran con un empleo formal o son asalariados, autoempleados o simplemente aquellos cuyo trabajo no está legalizado, como los vendedores ambulantes, los boleros, taxistas entre otros. A dichos estratos se les hará un estudio sobre sus ingresos mensuales, quincenales, semanales. A través de esto, se les asignará una cuota que va desde \$50 hasta \$1000, lo cual tiene como objetivo que cuando alguno de sus familiares llegase a enfermar, se pueda hacer uso de este seguro sin tener que disponer o pedir prestado para poder cubrir costos inesperados en salud. La aplicación del seguro es para toda la familia, pero es exclusivamente para la de tipo nuclear: el papá la mamá y los hijos. El costo de las cuotas no sólo es cubierto por las personas afiliadas a dicho seguro, sino por el gobierno federal y los estatales, quienes destinarán la ampliación de cobertura de los servicios, y los subsidios de fondos públicos para completar las aportaciones de las familias.

Los servicios de con los que la institución cuenta son: cirugía maxilofacial, odontología, ortopedia, traumatología, oftalmología y valoración preoperatoria,

neurología, medicina general (consultorios 4, 6 y 7), cirugía general, laparoscopia y cirugía (atendidos en el consultorio 3); oncología, urología y medicina interna (consultorio 5), medicina cardiovascular y clínica de obesidad (consultorio 3), hematología y banco de sangre (consultorio 8), psicología clínica y cardiología (consultorio 9), gineco-obstetricia (consultorio 10), un área de trabajo social, 5 módulos: información, dos en control y dos en consulta externa, un módulo de toma de papanicolaou, laboratorio, radiología, ultrasonido y clínica de displasias, urgencias, medicina preventiva y planificación; un archivo, cuatro quirófanos, 20 camas para hospitalización y tres privados, farmacia, almacén, tres salas de espera, un comedor, departamento de mantenimiento y estacionamiento (todas las especialidades ofrecen sus servicios en diferente horario).

La ubicación para el desarrollo de esta investigación, se efectuó en el área de consulta externa, en el consultorio # 9 de cardiología que atiende el especialista Ariel Méndez Bucio, en horario matutino de 11:30 a.m. a 1:30 p.m.

Los destinatarios integran una población mixta de 38 hombres y 62 mujeres, con una enfermedad crónica cardíaca, su rango de edades oscila entre 3 meses a 87 años (niños, adolescentes y adultos) que acuden para atención a dicha institución.

CAPÍTULO 1

PADECIMIENTOS CARDÍACOS

A través de este capítulo se describen los distintos padecimientos cardíacos, tipos, causas, signos y síntomas que se presentan, así como el manejo médico, psicológico y la calidad de vida, en las personas que presentan cualquier padecimiento de dicha índole.

1.1 Definición.

Como concepto a nivel teórico y práctico en cuestiones de salud, “los padecimientos cardíacos o enfermedades cardíacas, son anomalías de tipo orgánico funcional (de la estructura y función) del corazón; que obligan a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tienden a persistir a lo largo de su vida.” (OMS; 2008).

De acuerdo con la American Heart Association (2009), el padecimiento o enfermedad cardíaca es aquella que ocasiona una perturbación en el sistema cardiovascular, el cual está formado por el corazón y los vasos sanguíneos.

Tanto las enfermedades cardíacas como las cardiovasculares son el mismo padecimiento, lo único que diferencia los términos, son las partes del cuerpo en donde repercuten. De acuerdo con el National Women’s Health Information Center

(NWHIC; 2005), la enfermedad cardíaca se refiere exclusivamente a las enfermedades que se dan en el corazón y sus vasos sanguíneos, mientras que las cardiovasculares representan los malestares del corazón y vasos sanguíneos (arterias, capilares, venas) pero de todo el organismo, como el cerebro, las piernas y los pulmones.

Corella y Ordovás (2007), destacan que las enfermedades cardíacas afectan el sistema circulatorio, si bien tienen una etiología y localización diversa en el organismo del individuo.

1.2 Tipos de enfermedades cardíacas.

En este apartado se exponen los principales padecimientos cardíacos y su clasificación para subrayar su grado de afectación en la salud del paciente.

Se definen inicialmente los términos entre enfermedades agudas, crónicas y la existencia de ambas; posteriormente se muestra su clasificación y descripción.

1.2.1 Enfermedades agudas.

Se definen así aquellas que producen un trastorno de tipo orgánico o una modificación en la salud con un nivel sutil de persistencia, en el que dada una intervención a tiempo, se reduce la posibilidad de agravarse o reincidir (Poveda; 2008).

1.2.2 Enfermedades crónicas.

Se delimitan como trastornos orgánicos funcionales que exigen una transformación del modo de vida de la personas y pueden llegar a persistir durante un largo periodo de tiempo o incluso por el resto de sus vidas. Asimismo, al ser multicausales, dan paso a otros efectos que se desencadenan sobre otros problemas de salud, además, dejan secuelas psicofísicas, disminuyen la calidad de vida y tienen relevancia socioeconómica (Centro de apoyo de la APA; 2007).

1.2.3 Crónicas y agudas.

En éstas se puede presentar un síntoma por un periodo corto de tiempo, sin embargo, si no es tratado oportunamente, o si el organismo genera otras causas externas o internas; se puede convertir en crónica. (www.ama-assn.org; 2005)

1.3 Clasificación de las enfermedades cardíacas.

Después de una revisión de las enfermedades cardíacas más importantes, se encontraron varios autores como Guadalajara (2007), Corella y Ordovás (2007) quienes coinciden en las siguientes:

AGUDAS	CRÓNICAS	AMBAS
Edema Agudo Pulmonar	Hipertensión arterial	Cardiopatía reumática
	Cardiopatía congénita	Insuficiencia cardíaca
	Arteriosclerosis	Cardiopatía isquémica
	Cardiomiopatía	Angina de pecho
		Cardiopatía hipertensiva pulmonar
		Pericarditis
		Endocarditis
		Infarto al miocardio
		Cardíaca coronaria

1.4. Causas generales de las enfermedades cardíacas.

Las causas en general de las enfermedades cardíacas, están bien especificadas y son conocidas: existen las internas, que se originan dentro del corazón y son más de origen biológico-hereditario; por otro lado están las externas, que se presentan fuera del corazón y son de origen desencadenante: la inadecuada alimentación, alcoholismo, entre otros; así como los llamados factores de riesgo predeterminados o adquiridos, como la herencia, las infecciones, algunas sustancias químicas o el propio sistema inmunológico. (Cruz-Rojo; 2005)

Capra (1998) mencionan que las causas internas se deben por lo regular a la vulnerabilidad o alteración biológica; por ello, se pueden presentar diversas manifestaciones clínicas que desencadenan la enfermedad cardíaca: las de origen externo se deben al entorno social, económico y en todo caso al mundo global, que produce graves desequilibrios ambientales, desigualdades socioeconómicas, que dan como resultado altas tasas de morbilidad y mortalidad en estos casos.

Los factores de riesgo que afectan al progreso de las enfermedades cardíacas, se pueden clasificar en la medida que sean o no modificables o controlables, y de la forma en que contribuyen a la aparición de la enfermedad. La OMS (2008) emplea estos factores de riesgo para determinar las causas y se muestran en el siguiente cuadro.

CLASIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DE ENFERMEDADES CARDÍACAS		
ÁREA	CONTROLABLES	NO CONTROLABLES
FÍSICA	Aumento de tensión o presión sanguínea	La edad avanzada
	Sobrepeso y obesidad	Congénitos
	Aumento de lípidos en la sangre	Antecedentes médicos familiares o heredados
	Nivel alto de colesterol y triglicéridos	
	Diabetes en altos niveles de azúcar en la sangre	Consumo de anticonceptivos orales u otros fármacos
	Estrés físico o esfuerzo físico excesivo	Sexo= prevalece más en los hombres
	Aumento de frecuencia cardíaca	
	Elevados niveles de ácido úrico en la sangre	
	Desordenes metabólicos	
	Infecciones bacterianas del grupo de los estreptococos, virus u hongos	
PSICOLÓGICA	Depresión Estrés emocional Calidad y estilo de vida	
SOCIOECONÓMICA Y CULTURAL	La religión, las creencias o costumbres	La globalización
	Alcohol	Las implicaciones socioeconómicas, con el desequilibrio económico
	Fumar o respirar el humo por largos periodos de tiempo	
	Pobreza	

Fuente: National Heart, Lung and blood Institute (2003).

1.4.1 Cuadro comparativo para la clasificación de los síntomas generales de las enfermedades cardíacas.

	OMS (2008)	INWHC (2005)	GALINDO (2008)	INCPYS (2008)
SÍNTOMAS	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor o molestias en el pecho, brazos, hombro izquierdo, mandíbula o espalda, especialmente durante situaciones de estrés o actividad. • Fatiga, latidos cardíacos irregulares, dificultad para respirar, dolor torácico y desmayos. • Fiebre, dolor y tumefacción articulares, cólicos y vómitos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fatiga sin motivo, mareo desmayo, respiración entre cortada, náusea, latidos del corazón anormales (palpitaciones) sensaciones de que el corazón brinca dentro del pecho. • Falta de aire al hacer un esfuerzo físico. • Tos frecuente o accesos, con poca flema o con la sensación de "hervor" y silbido en el pecho. • Facilidad para cansarse por labores comunes. • Disnea. • Dolor en el centro del pecho, dificultad para respirar acostado, despertarse por la noche por dificultad para respirar y sensación de alivio o de poder respirar al ponerse de pie o sentarse. • Congestión, acumulación de líquidos. • Sudores fríos y palidez (más frecuente en las mujeres). 	<ul style="list-style-type: none"> • Disnea. • Palpitaciones y diferencia de pulsos. • Taquicardia, disfagia, convulsiones, apneas y hemiparesia. • Dolor precordial. • Fiebre prolongada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor del pecho por detrás del esternón, éste irradia hasta los brazos o hombros, el cuello, los dientes, mandíbula, al abdomen o la espalda (a veces sólo se siente en uno de estos lugares), dura más de 20 minutos y no se alivia con el reposo o con nitroglicerina.

1.4.2 Cuadro comparativo para la clasificación de los signos generales de las enfermedades cardíacas.

	INWHC (2005)	SUNTHARESWARAN y COLS. (2003)
SIGNOS	<ul style="list-style-type: none"> * Retardo en el crecimiento. * Sudor frío y sensación de náusea. * Tendencia de la persona a ponerse en cuclillas para aliviar la dificultad de respirar (se presenta más en los niños). * Fatiga o cansancio, sin hacer esfuerzo físico. * Hinchazón en los pies, tobillos, piernas o abdomen (edema, hidropesía). * Coloración azulosa o amoratada de los labios y la lengua (cianosis). * Ruido al respirar semejante al hervor del agua (generalmente asociado a la sensación de falta de aire). * Coloración amoratada en la cutícula de los dedos de las manos, uñas amarillosas. 	<ul style="list-style-type: none"> * Edema. * Hemoptisis, aparece una tos severa que origina un esputo espumoso teñido a veces de sangre. * Síncope.

1.5 Descripción de las enfermedades cardíacas.

Tomando como base la clasificación de enfermedades cardíacas, se da una descripción de éstas y se señalan tanto sus signos como sus síntomas y las causas por las que se presentan.

1.5.1 Cardiopatía reumática.

Se caracteriza por lesiones del miocardio y de las válvulas cardíacas (aquí es cuando se le considera como crónica) debidas a la inflamación, así como fibrosis causadas por la fiebre reumática, una enfermedad causada por bacterias denominadas estreptococos y que generalmente surge en la infancia (OMS; 2008).

Presenta los siguientes síntomas: fiebre, dificultad para respirar, fatiga, latidos cardíacos irregulares, tumefacción articular, dolor torácico y desmayos, cólicos abdominales y vómitos.

1.5.2 Fiebre reumática.

A este padecimiento hacen referencia Guadalajara y cols. (2007), como un proceso inflamatorio en individuos con una respuesta autoinmune, al entrar en contacto con el estreptococo beta hemolítico, que afecta al tejido celular subcutáneo, las articulaciones y corazón. En la fase aguda produce pancarditis, que deja secuelas

en las válvulas cardíacas; a este deterioro se le conoce como: valvulopatía reumática.

Montoya (2002), marca esta enfermedad como de origen inflamatorio agudo en las articulaciones. Señala que puede originar carditis (inflamación del corazón) y lesión de las válvulas cardíacas (endocarditis). El primer brote suele originarse a la edad de 7 a 12 ó 14 años, ciertos brotes pueden aparecer a lo largo de toda la vida adulta. Es una complicación de una infección estreptocócica, como la faringoamigdalitis estreptocócica, la escarlatina o la erisipela. A veces, las infecciones desencadenantes son tan leves que pasan desapercibidas.

Los signos y síntomas que manifiestan son los mismos que existen en la cardiopatía reumática. Y las causas que dan lugar a este padecimiento son: estreptococo beta hemolítico del grupo A, faringitis estreptocócica que aumenta durante epidemias y presenta mayor incidencia en países subdesarrollados.

1.5.3 Hipertensión arterial.

Es un padecimiento crónico de etiología variada y se caracteriza por el aumento sostenido de la presión arterial de la sangre, ya sea sistólica, diastólica o de ambas. La presión sistólica es mayor de 150 mmHg y la diastólica es menor de 90 mmHg. Las cifras normales son 130/85. Tiene un alto nivel de influencia hereditaria (Guadalajara y cols., 2007).

The National Women's Health Information Center (2005) recalca que esta enfermedad puede originar insuficiencia cardíaca en las mujeres, incluso un derrame cerebral e insuficiencia renal, entre otros problemas de salud. Se divide en dos tipos: esencial, en la cual no se encuentra causa que induzca a la hipertensión, y secundaria, cuando es síntoma de un padecimiento principal.

Laham (2009), menciona que este problema afecta en mayor grado a los adultos mayores, perturbando su bienestar, a causa del aumento de la presión tanto sistólica como diastólica, conforme avanza la edad.

En este padecimiento aparecen signos y síntomas tales como: aumento sostenido de presión arterial, hipertrofia, insuficiencia renal, derrame cerebral y en ocasiones pueden no presentarse señales o síntomas, sino que aparece súbitamente. Las causas incluyen: fuerte influencia hereditaria, la elevación de las cifras de tensión; predomina en mujeres mayores de 55 años, si bien influyen los hábitos de alimentación y la falta de ejercicio.

1.5.4 Insuficiencia cardíaca.

Representa el resultado final de cualquier enfermedad que afecte de forma global o extensa el funcionamiento del miocardio. Aquí el corazón es incapaz de realizar una contracción que le permita la expulsión de la cantidad de sangre necesaria para lograr una presión de perfusión suficiente que le permita a su vez la oxigenación tisular (INC "Dr. Ignacio Chávez"; 2007).

Consiste en un trastorno en el cual, el corazón no es capaz de mantener un bombeo adecuado en relación con el retorno venoso y las necesidades de los tejidos en cada momento. Es un deterioro de la función ventricular del corazón, se considera aguda cuando los síntomas aparecen de forma brusca por un fallo en el músculo cardiaco, es crónica cuando el deterioro ventricular se va desarrollando lentamente. (Bayés de Luna; 2002).

Por otro lado, Galindo (2008), refiere que en estos casos se presentan anomalías estructurales y funcionales en el ventrículo izquierdo, como dilatación, adelgazamiento en las paredes, obstrucción e inflamación en las arterias coronarias y arritmias ventriculares, entre otras.

En este caso, los signos y síntomas pueden manifestarse principalmente de tres formas: con una taquicardia, la cardiomegalia y el ritmo de galope; además de ello, presentarse hipertensión arterial, edemas, palidez, acumulación de líquido (pies, tobillos y piernas), dificultad para respirar y fatiga, diaforesis, oliguria, hinchazón de extremidades inferiores llamada “edema periférico”, intolerancia al ejercicio, piloerección e incapacidad para realizar actividades cotidianas.

Las causas del padecimiento son: cualquier enfermedad que afecte de forma general el funcionamiento del miocardio, enfermedades valvulares, inflamación difusa del miocardio (miocarditis), destrucción miocárdica extensa, la sustitución del miocardio por tejido colágeno (miocardiopatía dilatada), hipertensión arterial

sistémica o pulmonar, infección, infarto previo, arritmias, disfunción de las coronarias, edad avanzada y estrés emocional.

1.5.5 Cardiopatía congénita.

Son malformaciones en el corazón que se presentan desde el nacimiento. Este trastorno puede presentar cualquiera de los signos o síntomas de una enfermedad cardíaca (OMS; 2008).

Corella y Ordovás (2007) refieren que dichas anomalías aparecen sobre todo en el periodo de desarrollo fetal y afectan cualquier parte del corazón. El nivel o grado de disfunción depende del tipo de anomalía y la clase de alteración de la forma, integridad y funcionalidad del corazón.

Haciendo hincapié en dichas características, Aránega (2003), señala que estas malformaciones cardíacas corresponden a la función que cumplen ciertas moléculas en la formación del corazón durante el desarrollo del embrión. Entre los signos y síntomas que se detectan están: dolor o molestias en el pecho (dolor torácico), latidos cardíacos irregulares, color azulado en labios y dedos (uñas), palidez, dificultad al respirar, falta de aire, hinchazón en los pies, tobillos, piernas o abdomen, ruido al respirar y síncope. Y las causas que lo provocan son: genética, factores de riesgo durante el embarazo, en el desarrollo fetal y por herencia.

1.5.6 Cardiopatía isquémica.

Corella y Ordovás (2007), señalan que es una enfermedad que afecta el corazón como consecuencia de la pérdida de equilibrio entre el aporte de oxígeno al miocardio (riesgo coronario) y la demanda de este tejido (consumo de oxígeno miocárdico).

“Puede manifestarse de forma brusca o aguda como sucede en el infarto del miocardio, angina inestable o muerte súbita, o bien, por el contrario, manifestarse como un padecimiento crónico o angina de pecho estable”. (Guadalajara y cols., 2007:11).

Por su parte, Laham (2009) la marca como una de las causas de muerte más frecuentes en los adultos de 65 años, debido a los cambios fisiológicos que se presentan en el sistema cardiovascular.

Considerado un déficit de irrigación sanguínea coronaria, señala Fernández (2008) que se genera por la reducción de presión circulatoria en el músculo cardíaco, lo cual da como resultado una disminución del nivel de oxígeno. Para este caso, los signos y síntomas que se manifiestan son: dolor o sensación de opresión, disnea (falta de aire), espasmo coronario e infarto al miocardio, muerte súbita, necrosis y aterosclerosis.

Las causas de padecimiento son: estrechamiento de las arterias coronarias, arterias obstruidas, colesterol alto, interrupción de la circulación de la sangre, edad avanzada, el sexo, hipertensión y diabetes, altos niveles de lípidos, aterosclerosis, espasmo coronario e insuficiencia ventricular izquierda.

1.5.7 Angina de pecho.

Constituye una de las manifestaciones de la cardiopatía isquémica y se puede clasificar en tres grupos debido a su presentación en el organismo: angina de pecho estable, angina de Prinzmetal y angina inestable; de acuerdo con Guadalajara (1991).

The National Women's Health Information Center (2005), acentúa que este mal se genera a través de un dolor en el pecho, generado a causa de que en algún lugar del corazón no se está recibiendo suficiente sangre. Incluso rara vez provoca daños permanentes en el corazón.

Aunque implica un aporte insuficiente de sangre al miocardio, es de carácter transitorio y en muchos casos se debe a estenosis (estrechamiento) u obstrucción de las arterias coronarias (Bayés de Luna; 2002).

Los signos y síntomas que se presentan son: soplo de insuficiencia mitral, dolor o sensación de opresión retroesternal (relacionada con el esfuerzo, con duración de 3 a 5 minutos) que en algunas ocasiones ocurre en hombros, brazos,

cuello, mandíbula o espalda; alteraciones en la frecuencia cardíaca, tanto descenso como ascenso e inversión de las ondas de la frecuencia cardíaca. Es causada por esfuerzo físico, estrés emocional, frío o calor excesivo, alcohol, fumar, mala alimentación, hipertensión arterial y diabetes.

1.5.8 Aterosclerosis.

Es una enfermedad de evolución crónica, que se caracteriza por la formación de placas de tejido fibroso y elementos lipídicos con el curso de la adherencia plaquetaria en el endotelio de las arterias. Dicha placa aterosclerótica va obstruyendo paulatinamente los vasos hasta producir insuficiencia del riego sanguíneo en el plano dependiente de dichas arterias. Esta obstrucción puede ser parcial o completa; de acuerdo con lo que señala el INC “Dr. Ignacio Chávez” (2007).

Retomando lo que informa el NWHIC (2005), ésta es un tipo de arterosclerosis, que se debe a un adelgazamiento o endurecimiento de las arterias. Y conforme avanza con la edad, se genera naturalmente este endurecimiento. Debido a todo esto se producen coágulos de sangre que obstruyen el flujo, induciendo ataques cardíacos y derrames cerebrales.

En este caso aparecen signos y síntomas tales como: ataque cardíaco, insuficiencia renal, hipertensión arterial y aneurismas; cuando se presenta en las arterias de las piernas: dolor al caminar, gangrena, y amputación de los miembros inferiores. Entre sus causas se encuentran: la herencia, sexo, hipercolesterolemia,

tabaquismo e hipertensión arterial, diabetes, edad avanzada, sedentarismo, obesidad, estrés y personalidad.

1.5.9 Cardiopatía hipertensiva pulmonar o hipertensión pulmonar.

Se refiere el INC “Dr. Ignacio Chávez” (2007), a todo estado patológico pulmonar que afecta de forma secundaria la función y anatomía de las cavidades derechas del corazón (circulación pulmonar). Es aguda cuando se presenta una hipertensión o sobrecarga al ventrículo derecho, por lo regular subsecuente de una embolia pulmonar; y es crónica, cuando se presenta hipertrofia y dilatación del ventrículo derecho. Puede producir la muerte en las mujeres, si la padecen y están embarazadas, durante el momento del parto o en el post-parto.

Sus signos y síntomas son: disnea y fatiga, síncope, dolor precordial tipo anginoso, dolores torácicos y algunos individuos presentan manifestaciones de isquemia cerebral transitoria (obstrucción momentánea de la circulación de la sangre). Las causas que lo pueden generar son: embolia pulmonar, enfermedad de la circulación del pulmón y pulmonares crónicas; procesos quirúrgicos, trombosis venosa previa, flebitis de diversa etiología, neoplasias malignas, trauma de extremidades inferiores, insuficiencia cardíaca congestiva, decúbito prolongado, embarazo, anticonceptivos orales, obesidad y la edad avanzada.

1.5.10 Pericarditis.

“Es un proceso inflamatorio que afecta el pericardio produciendo como consecuencia exudación en su fase aguda que puede ser causa de engrosamiento y fibrosis de dicha membrana, dando lugar a una enfermedad a nivel crónico. La mayoría de las veces es aguda cuando se presenta en un cuadro de origen infeccioso, post-infarto, tras una cirugía cardíaca y por radioterapia y su evolución es crónica al volverse pericarditis constrictiva, más rígido e interfiere con el llenado del corazón” (Guadalajara; 1991:6).

Bayés de Luna (2002), la describe como una inflamación del pericardio, una membrana que envuelve al corazón, que además consigue ser constrictiva o aguda. Esta última como consecuencia de una infección vírica, fúngica o bacteriana, al igual que por otras enfermedades como la insuficiencia renal crónica.

La forma en que aparecen los signos y síntomas es de forma constrictiva, ante una inflamación crónica del pericardio o tuberculosis, en otros casos llega a desconocerse; también se presenta por un ataque al estado de salud en general, fiebre, mialgias e inflamación pericárdica.

Dentro de las causas que lo producen se encuentran: engrosamiento y fibrosis de dicha membrana, lo cual le da un curso crónico, radiaciones o padecimientos auto inmunes, infarto del miocardio y un proceso inmunológico (Síndrome de Dressler);

infección de los virus: Goxsakie B, Echo, influenza, adenovirus y por mononucleosis (sumados a inflamación pericárdica).

1.5.11 Endocarditis infecciosa.

Es una inflamación de la membrana que reduce la capacidad el corazón y las válvulas cardíacas, se debe a un microorganismo o proceso autoinmune y es difícil de tratar si es de origen infeccioso, según señala The National Women's Health Information Center (2005).

Refiere Guadalajara (1991), que esta enfermedad es de origen infeccioso, se aloja en el endocardio ventricular y se caracteriza por la formación de verrugosidades, las cuales están integradas por colonias de gérmenes que se albergan en las redes de fibrina y que arruinan aparatos valvulares, ocasionan abscesos en el corazón, penetran las paredes endoteliales, producen un cuadro septicémico, embolias sépticas y motivan a una respuesta inmunológica sistémica. Es muy difícil de tratar cuando se relaciona con un proceso infeccioso.

Se manifiestan los siguientes signos y síntomas: microembolias múltiples (sistema nervioso central) o macroembolias que condicionan a infartos sépticos, manifestaciones de proceso infeccioso sistémico grave, manifestaciones inmunológicas (reacción antígeno-anticuerpo), fiebre mayor de dos semanas, ataque al estado general y riñón (infartos renales).

Son sus causas: infección de gérmenes por el torrente circulatorio, padecimientos odontológicos (extracciones dentarias, cirugía periodontal), drenaje de abscesos o manipulación de tejidos infectados, parto o aborto séptico, así como la instrumentación pélvica en parto o aborto y catéteres de alimentación parental; amigdalectomía en presencia de amigdalitis purulenta a menor grado, histerosalpingografía, intubación endotraqueal y cateterismo cardíaco, broncoscopia y endoscopia del tubo digestivo, el uso de drogas vía intravenosa por cuya razón penetran las bacterias staphylococcus aureus y candida albicans.

1.5.12 Infarto del miocardio.

Guadalajara y cols. (2007), lo denomina como la muerte celular de las miofibrillas causada por falta de aporte sanguíneo a una zona del corazón, que será consecuencia de la oclusión aguda y total de la arteria que irriga dicho territorio (muerte del músculo cardíaco que es reemplazado por tejido de cicatriz). No se abastece bien de oxígeno al corazón. También puede ocurrir cuando existe una obstrucción significativa de una arteria coronaria por una placa de ateroma y los cambios de tono normales de la arteria pueden ocluirla completamente, con o sin ruptura de la placa. Afecta principalmente el ventrículo izquierdo. Suele darse de forma aislada o repetida en reposo o después de algún esfuerzo o disgusto, con una duración de más de diez minutos y no cede al cesar el esfuerzo o disgusto. Dos complicaciones de este cuadro son la insuficiencia cardíaca y arritmias (un cambio en el latido regular del corazón).

Bayés de Luna (2002) lo señala como un ataque cardíaco que se presenta cuando un área del músculo cardíaco muere o se lesiona permanentemente debido a un suministro inconveniente de oxígeno a esta zona.

Según menciona Fernández (2008), se refiere a una falta de oxigenación y la consecuente interrupción de las contracciones, lo cual acarrea la muerte de una parte del músculo cardíaco.

Los signos y síntomas que existen en este padecimiento son: dolor retroesternal opresivo intenso, con sensación de muerte inminente, con irradiación al cuello, hombros, maxilar inferior, brazo izquierdo o ambos brazos, con una duración de 30 minutos aunque puede prolongarse por varias horas; aparece en reposo o durante un esfuerzo; se produce una reacción adrenérgica o vagal, la persona suele estar inquieta, angustiada, aprensiva, con palidez y rasgos afilados; ligera cianosis ungular, diaforesis profusa y fría; náusea, sialorrea y broncoespasmo; presión arterial normal o baja, dificultad para respirar y entumecimiento en cara, piernas o brazos.

Este padecimiento se genera por los siguientes motivos: un coágulo que bloquea las arterias coronarias, la aterosclerosis, hipertensión arterial, consumir alimentos con alto nivel de grasa, diabetes, fumar, colesterol LDL alto, HDL bajo, sexo masculino, edad, factores hereditarios, oclusión coronaria total, embolización a una arteria coronaria por trombos (embolia) o verrugas bacterianas, estenosis grave de aorta, arritmias potencialmente letales y aneurisma ventricular.

1.5.13 Enfermedad cardíaca coronaria o enfermedad de las arterias coronarias.

Es una afección de los vasos sanguíneos, matiza The National Women's Health Information Center (2005), inclusive generado por un trastorno de tipo isquémico. Consigue producir angina de pecho, aterosclerosis y ataques cardíacos. Es la forma más frecuente de una enfermedad cardíaca; las mujeres mayores de 40 años tienen más posibilidades de padecerla.

Se define como un padecimiento de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco (miocardio); cabe destacar que ésta es muy rara en las mujeres en edad reproductiva, de acuerdo con un artículo de la OMS (2008).

Los signos y síntomas manifiestos son: ataques cardíacos, hinchazón, cardiopatía isquémica, insuficiencia, dolor en el pecho y en el brazo izquierdo; síntomas asociados a la angina de pecho y al infarto al miocardio. Asimismo, las razones que lo generan son: enfermedades del miocardio, estrés emocional, ser mujer mayor de 40 años, hipertensión sanguínea, colesterol elevado, fumar, obesidad y no ser físicamente activo.

1.5.14 Edema agudo pulmonar.

“Este constituye un factor de riesgo en enfermedades de la parte izquierda del corazón, facilitando un aumento de la presión capilar pulmonar secundaria a estenosis mitral o insuficiencia cardíaca izquierda, por lo que se le denomina también como “edema pulmonar cardiogénico” (Guadalajara; 2007:6).

Los signos y síntomas que se pueden notar en éste padecimiento son: presencia de angustia e inquietud, dificultad para hablar por la intensa disnea que se muestra, frecuencia respiratoria alta (30 o 40 respiraciones por minuto), respiración superficial, taquicardia, presión arterial elevada incluso en pacientes no hipertensos; piel fría, pegajosa y húmeda, cianosis, tos con esputo espumoso y asalmonado, fatiga, hinchazón y dolor en el pecho. Las circunstancias que lo originan son: aumento de la presión capilar pulmonar, insuficiencia cardíaca izquierda, presión arterial elevada y por la evolución de un infarto al miocardio.

1.5.15 Cardiomiopatía o miocardiopatía.

Es una anomalía del músculo cardíaco. Su origen puede ser congénito o por una respuesta del corazón hacia presiones externas o toxinas, con lo que se dilata una o varias cámaras del corazón, se induce un aumento en su tamaño o engrosamiento. Esta modificación puede ser restrictiva, al disminuir la flexibilidad de las paredes del ventrículo (NWHIC; 2005).

Según refiere la AMA (2005), afecta tanto a niños como adultos, y produce insuficiencia cardíaca.

En estos casos, refiere la OMS (2008), se debe evitar el embarazo, hay un gran riesgo de mortalidad tanto para la madre como para el feto (incluso este riesgo existe en todas las enfermedades cardíacas).

La American Heart Association (2009), la señala como grave, ya que el músculo cardíaco se inflama y no funciona como debe ser. Puede ser clasificada como primaria y secundaria; en el primer caso, no puede atribuirse a una causa específica aunque en el segundo, sí, debido a que se llega a asociar con otras enfermedades que afectan a otros órganos, aparte del corazón.

Entre sus signos y síntomas se incluye la dificultad para respirar al hacer un ejercicio ligero, dilatación anormal en el llenado del músculo cardíaco, inclusive sin que se presente un exceso de trabajo al corazón, fatiga con facilidad, hinchazón de los tobillos y abdomen abultado. Sus principales desencadenantes son: consumo excesivo de alcohol, tabaco, consumo de cocaína y exposición a toxinas como el plomo o el mercurio; hipertensión, enfermedades de los pulmones: fibrosis quística, problemas en las válvulas, infecciones virales e incluso causa desconocida.

1.6 Prevención.

Hacia el año 1400 a.C., la llamada ciencia de la vida, o *Ayurveda*, se destacó por el cuidado completo de la salud a través de la educación y promoción de la misma; este uso consiguió también gran desarrollo en la Grecia y Roma antiguas y ha persistido hasta la actualidad, pero quedó relegada durante el siglo XX debido a los grandes avances realizados en la prevención y tratamiento de la enfermedad.

En 1948, la OMS subrayó la importancia de incluir dentro de la definición de salud: el bienestar físico, mental y social y no solo referirse a enfermedades o padecimientos. Resaltó que los aspectos benéficos para la salud, están asociados a las actividades de la vida diaria, la higiene personal, la educación sanitaria, el ejercicio físico, los símbolos de conducta de cada persona y autodisciplina, las prácticas dietéticas, la sanidad ambiental y alimenticia y el tratamiento oportuno de enfermedades y dolencias menores (OMS; 2008).

En la actualidad expertos en epidemiología desarrollan métodos efectivos para la prevención de enfermedades cardíacas, ciertos tipos de cáncer, apoplejía, enfermedades crónicas obstructivas del pulmón y la cirrosis hepática, para reducir índices de mortalidad, sin embargo, estos logros sólo se pueden deber a programas de salud pública de control y la educación sanitaria de poblaciones con riesgo, es decir, el hecho de llevar una cultura de prevención contribuye a evitar, manejar y tener un control adecuado de los padecimientos. Algunas medidas de prevención

tienen que ver con una conciencia social, educativa y con la existencia de los medios necesarios para su efectivo resultado.

1.7 Hábitos modificables de forma directa.

De acuerdo con la Sociedad Española de Nutrición Básica y Aplicada (SENBA; 2008), entre las causas modificables de forma directa, las cuales intervienen de manera continua con el progreso de la enfermedad cardíaca, se destacan dos:

- a) Tipo de alimentos: éstos modifican la gravedad existente en las enfermedades cardíacas, especialmente en los niveles de lípidos sanguíneos, la tensión arterial, la resistencia insulínica y la obesidad. Es necesario evitar el consumo excesivo de alimentos en general y grasas, así como la falta de los que favorecen a la mejoría física y que son básicos para el cuerpo humano.
- b) Fumar: produce una combinación de niveles incrementados de adrenalina, ritmo cardíaco acelerado, elevación de la presión sanguínea, falta de oxigenación de las células y daños en las paredes de las arterias. Los fumadores tienen un 70% de probabilidad de padecer una enfermedad cardíaca coronaria. Incluso el riesgo puede llegar a abarcar a los fumadores pasivos, quienes están inhalando el humo del cigarrillo, que contiene monóxido de carbono, esto genera la posibilidad de que se formen placas en las arterias.

1.7.1 Padecimientos controlables.

Se encuentran también los siguientes padecimientos que pueden controlarse para mejoría del paciente (SENBA; 2008):

- a) El nivel alto de colesterol: se genera por consumir grandes cantidades de alimentos que contengan colesterol y grasas saturadas; incluso se asocia con otros factores de riesgo como la obesidad, diabetes, hipotiroidismo y antecedentes familiares con hiperlipidemia. Hacer ejercicio mantiene bajos los niveles de colesterol, si bien un grado demasiado bajo también es causa de riesgo.
- b) Hipertensión sanguínea: el aumento de ésta, obliga a que el corazón trabaje con mayor esfuerzo, si se da en un periodo largo de tiempo, puede provocar aumento del volumen del corazón y un deterioro en la función de bombeo (deficiencia cardíaca). Tanto en hombres como en mujeres el riesgo aumenta con la edad. Se relaciona a su vez con la obesidad y el consumo del cloruro de sodio (sal común). Se considera hipertensas a personas con una presión arterial superior a 159/94 mmHg.
- c) Diabetes: es una razón determinante, ya que si está mal vigilada se tienen mayores complicaciones cardíacas, sin embargo, se puede controlar si se mantienen los niveles normales de azúcar en sangre. En este caso hay mayor riesgo en las mujeres que padecen diabetes de sufrir una enfermedad cardíaca, que en los hombres.

- c) El estrés: se debe al tipo de personalidad y la capacidad que tiene cada persona para manejar las situaciones de tensión. Los efectos que produce abarcan: una cantidad excesiva de hormonas adrenales, elevación de presión sanguínea y el ritmo cardíaco y síntomas cardiovasculares como palpitaciones o dolor de pecho. Si se prolonga la situación de estrés y se une esto a otros factores de riesgo, es causa de severos daños del sistema cardiovascular.
- d) Sobrepeso y obesidad: provoca el aumento de carga del corazón y enfermedades coronarias. La grasa intraabdominal conforma depósitos grasos, lo que provoca un aumento de ácidos grasos en la sangre y el hígado, se produce así una mayor cantidad de triglicéridos y colesterol que pasan al torrente sanguíneo.

1.7.2 Hábitos modificables indirectos.

Son los que se no se relacionan en estudios clínicos con la incidencia de enfermedades cardíacas, sino a través de otros factores de riesgo inmediatos, menciona la Sociedad Española de Nutrición Básica y Aplicada (SENBA; 2008):

- a) Actividad física: el ejercicio físico mejora la salud, incluso el músculo cardíaco e inclusive aumenta la longevidad. Estabiliza la presión arterial, disminuye los triglicéridos, el colesterol, es auxiliar en la pérdida de peso, mejora la tolerancia al esfuerzo, mejora el metabolismo en la asimilación de los hidratos de carbono y tiene resultados psicológicos benéficos.

b) Consumo de anticonceptivos orales: hacen que pierdan la protección natural que les da su sistema hormonal durante su vida fértil, debido a que interrumpen la síntesis interna de estrógenos. Aquellas mujeres que fuman y usan anticonceptivos orales multiplican el riesgo de infarto agudo de miocardio hasta 10 veces más.

1.7.3 Factores no modificables.

Los llamados factores personales no modificables, ya están presentes o aparecen por una causa degenerativa (SENBA, 2008):

a) Sexo: los hombres son más propensos a sufrir ataques cardíacos conforme aumenta la edad. De hecho, los hombres que están por debajo de los 50 tienen mayor incidencia de afecciones cardíacas que las mujeres de la misma edad. Cuando en la mujer se presenta la menopausia hay menor riesgo, debido al estrógeno, éste disminuye la concentración de LDL en grados variables según su relación con la progesterona. Esta es la razón por la cual las mujeres en edad de procreación son menos propensas a enfermedades cardíacas.

b) Edad: las enfermedades cardíacas son más comunes en las personas de edad avanzada, debido al cambio progresivo, igual influye el resultado del estilo de vida y la acumulación de múltiples factores de riesgo en el trayecto de los años. Incluso en ocasiones puede presentarse lo contrario: que existan personas con más de 90 años con un corazón saludable y vigoroso, lo cual tiene relación con lo mencionado anteriormente.

c) Herencia o antecedentes familiares: se presentan en miembros de la familia con historiales de una enfermedad cardíaca, considerados con un nivel más alto de riesgo. En el caso de hombres con antecedentes familiares, antes de los 50 años son los que tienen 1.5 a 2 veces mayor riesgo, comparados con quienes no aportan el factor hereditario. Para las mujeres, en cambio, influye en menor medida la cuestión genética, sin embargo, aún se está investigando si tiene que ver más la transmisión de hábitos y estilos de vida de padres e hijos, para padecer una enfermedad cardíaca, más que los factores hereditarios. Algo importante cuando ya se detecta un caso en la familia con algún padecimiento de este tipo, es que se deben tomar las medidas adecuadas para minimizar las posibilidades de padecer alguna.

1.8 Manejo de los padecimientos cardíacos.

El adecuado manejo a estas enfermedades es de vital importancia, la apropiada prevención y control de éstas, puede reducir significativamente el padecimiento, incluso el riesgo de convertirse en totalmente crónicas, según como lo indica la American Heart Association (2009). Por lo cual, se destacaron tres formas de manejo para las personas con este tipo de enfermedades:

1.8.1 Manejo médico.

Se refiere a nivel físico, biológico y en farmacéutica. Es necesario atenderse adecuada y oportunamente, acudir con un médico especialista, en este caso con un cardiólogo. Existen además múltiples alternativas (nuevas drogas o fármacos,

avances en el intervencionismo y en la cirugía cardíaca); asimismo, una mejor comprensión de los mecanismos de la enfermedad cardíaca logra que se incremente la vida de los pacientes, lo cual les permite conseguir mejorías fundamentales en su desarrollo de vida y retrasar o reducir otras manifestaciones, como lo señala Ciancaglini (1999), quien además refiere que una prevención o manejo oportuno las reduce incluso en un rango elevado y se disminuye así la utilización de tratamientos más agresivos (como el intervencionismo o la cirugía general o vascular), lo cual prolonga el promedio de vida de los pacientes, aunque aún la mayoría de los casos deambulan con la enfermedad cardíaca sin diagnóstico alguno y en consecuencia, sin tratamiento; o son atendidos por otros especialistas o seudoespecialistas, que carecen del conocimiento de la patología y el tratamiento, lo que es completamente inadecuado para su intervención.

Clínicamente se requiere el manejo de factores de riesgo: la hipertensión arterial, la diabetes, las epidemias, el tabaquismo, la obesidad, el colesterol, los hábitos de salud y de vida, entre otros. Deben ser controlados inmediata y cuidadosamente para evitar el progreso de la enfermedad, menciona Ciancaglini (1999).

Los cardiólogos cuentan con la capacitación adecuada para encargarse de proporcionar el tratamiento adecuado a dichos padecimientos y vigilar el procedimiento que se requiere seguir en cada uno de los casos. Dichos especialistas quedan a cargo de todo el manejo clínico, el diagnóstico, el seguimiento evolutivo del tratamiento efectuado y la progresión de la enfermedad, de la cual se debe conocer

su epidemiología, etiología, significado clínico, diagnóstico y cuál es el tratamiento médico a seguir, señala Ciancaglini (1999).

Subraya The American College of Cardiology (1993), que incluso en ocasiones se debe trabajar con un equipo multidisciplinario, por medio del cual se generen modelos más especializados de atención, así como la más completa y alta calidad de cuidado médico para el paciente.

1.8.2 Manejo psicológico.

Según la American Heart Association (2009), todas las enfermedades cardíacas requieren de un manejo psicológico para producir en el paciente el adecuado estado de salud mental, que requiere ante su situación física. Dicha práctica puede incluir psicoterapia, cuidado familiar o programas de atención específicos; las más importantes formas de basarse para su tratamiento son la terapia cognitivo-conductual y el reaprendizaje, como el principal factor para su adaptación a estas enfermedades.

El National Institute for Health and Clinical Excellence (2009), del Reino Unido, resalta la importancia de tratar los problemas de salud física, como son: la diabetes, esclerosis múltiple, enfermedades cardíacas u otras enfermedades crónicas, por medio de terapias psicológicas, debido a que las personas que presentan dichas enfermedades tiene un alto riesgo de sufrir depresión.

El manejo de un tratamiento adecuado de salud mental, optimizará en el paciente su disposición para continuar con las prescripciones médicas que sigan con las instrucciones y procedimientos apropiados, orientar su autocuidado en cuestión de salud y sobre todo, llevar un estilo de vida más sano, así se reducirá notablemente la sobrecarga tanto del individuo y como la familia, así lo indica Simon (1993).

Ya que no existe una sola terapia psicológica para los problemas de salud, se busca la adecuada, según cada caso, ajustándose a la persona y a sus diferentes condiciones de salud.

Buceta y Bueno (1996), señalan que siempre es importante tomar en cuenta el proceso de pensamiento, sentimientos y comportamientos del paciente, debido a que afectan positiva o negativamente al corazón, a las arterias y a las venas en forma significativa. Se requiere también contar continuamente con la biografía de la persona, su historia clínica, es decir, su estilo de vida que resulta de diversos procesos del aprendizaje, para determinar qué tan sana o enferma está, ejemplos claros son: mala alimentación, las adicciones (fumar, tomar, las drogas), sobrepeso, inactividad física y cognitiva, mal o inadecuado manejo del estrés; todos ellos son factores determinantes dentro las enfermedades cardíacas.

Así como la necesidad de modificar y analizar tanto las creencias como las concepciones de los pacientes, Hernández y cols. (2003).

El intervenir psicológicamente en cuestiones cardíacas antes y después de cada proceso al que se somete la persona, contribuye a detener su malestar emocional.

1.8.3 Manejo familiar.

Además del tratamiento profesional cuando sea necesario (psiquiatras y psicólogos clínicos), la familia juega un rol importante en el tratamiento del padecimiento cardíaco de su paciente, dada su cercanía con él. Los familiares sirven de soporte al paciente en su enfermedad, al recordarle la medicación o acompañarlo a las consultas médicas, entre otras medidas; por otro lado, le proporciona apoyo psíquico, emocional y social para que el paciente pueda afrontar la enfermedad en las mejores condiciones posibles, de acuerdo con lo que menciona Bover (2009); además dice que es preciso que entiendan su situación especial, y le ayuden a acostumbrarse a las limitaciones físicas que pueda presentar. Para que lleven una adecuada rehabilitación cardíaca si es preciso y un ejercicio físico frecuente y continuo, para que el paciente pueda recuperar, al menos en parte (en algunos casos totalmente), la capacidad física que tenía previamente.

En los casos de los pacientes ancianos, refieren Valdés y Guerra (2008), la edad supone una desventaja importante para lograr una adecuada adaptación a las limitaciones impuestas por la enfermedad cardíaca. En estos pacientes, usualmente la capacidad de esfuerzo previa a la enfermedad es más limitada (debido a otros padecimientos previos o por pérdida de masa muscular, artrosis u otros factores), por

lo que la enfermedad cardíaca puede provocar que el paciente deje de salir a la calle o de realizar su actividad diaria habitual. Esto puede ser más frecuente después de una hospitalización, debido a que durante este proceso el paciente permanece inmobilizado durante un periodo de tiempo en ocasiones prolongado (a veces durante meses), en consecuencia, llega a perder gran parte de la movilidad e incluso la capacidad de realizar actividades básicas de la vida diaria (asearse, comer sólo, vestirse). La familia o el cuidador principal deben esforzarse en intentar una recuperación física lenta pero progresiva, de forma que se logre completamente.

Cabe señalar que para el paciente, la enfermedad cardíaca supone una nueva situación física, psíquica y social a la que debe adaptarse, por este motivo la familia o el cuidador principal pueden experimentar una sobrecarga importante debido a sus nuevas responsabilidades (Valdés y Guerra; 2008).

Otro aspecto fundamental que subrayan estos autores, es la educación tanto del paciente como de la familia, para que conozcan qué es la enfermedad, qué limitaciones produce, cuál es el tratamiento más eficaz, cómo puede colaborar el paciente en el cuidado de su propia enfermedad, entre otros.

Refiere Maidana (2008), que es esencial comunicar al paciente la verdad de su enfermedad, concientizarlo para que se cuide a sí mismo es el escalón fundamental para incorporar a la comunidad al cuidado de su propia salud.

Luego de ser diagnosticado el paciente de alguna patología cardíaca quirúrgica, él y su familia reciben información relacionada con factores de riesgo, hereditarios, recomendaciones y tratamiento de un equipo multiprofesional e interdisciplinario compuesto por enfermeras, médicos especialistas, nutricionista, psicólogos, kinesiólogos y personal de otras disciplinas, de acuerdo con la situación de cada paciente. (Latorre; 1994)

Lo anterior hace posible proporcionar las siguientes medidas: facilitar al paciente la máxima autonomía en su hábitat; ofrecerle la posibilidad de ser escuchado, respetado y comprendido en el proceso de la reintegración a su comunidad; asegurar la calidad de atención que reciba, teniendo en cuenta detalles mínimos como el aspecto físico, vestido, higiene personal y alimentación; informar e incluir a la familia, para que pueda afrontar el complicado proceso de reincorporación del paciente a la comunidad. La familia debe ser claramente informada acerca de la situación y concientizada sobre la importancia de mantener un entorno familiar dentro de las medidas adecuadas. El especialista está formado para poder asistir a la familia, dar información acerca de la importancia del desajuste psicológico y propiciar que pueda aliviarse de la carga de angustia que produce todo proceso de cambio.

CAPÍTULO 2

REAPRENDIZAJE

En el presente capítulo se expondrá el concepto de reaprendizaje, los ámbitos donde se presenta y los modelos que ayudan a darle una orientación efectiva. Como primer aspecto, se detallarán algunas definiciones sobre dicho término.

2.1 Definición.

Se refiere a poder producir un modelo diferente de respuesta emocional, en el peor momento, con base en dicho planteamiento, Bachelard (citado por Kesselman y Avillar; 1987), señala que el reaprendizaje es como aprender a aprender.

De forma similar, Blouin y cols. (1997) lo describen como la acción de aprender de nuevo, el saber o la habilidad necesaria para encontrar las capacidades o los hábitos de vida perdidos a causa de una enfermedad o un hecho traumático.

Haciendo referencia a Goleman (1996), es dar una nueva respuesta emocional ante un trauma, poder tener una asimilación gradual de cierto acontecimiento perturbador.

Este término es también conocido como reestructuración cognoscitiva, basado en un enfoque terapéutico muy difundido, para obtener el control de los estados

afectivos, según subrayan Ellis, Beck y Burns (referidos por Ruiz; 2001).Y de acuerdo con los modelos de terapia cognitiva, tomados por los anteriores autores, figuran nuevos conceptos de esta terapia destacados por Mahoney (citado por Ruiz; 2001), en los cuales, a toda estructura cognitiva se le denomina esquema; lo cual da lugar a evaluaciones y respuestas, debido a que son el resultado de predisposiciones genéticas y del aprendizaje generado a través de las experiencias vividas, propias de cada persona.

Refiere Camerini (2008), que toda terapia implicará una modificación de estas estructuras con la consecuente modificación de las evaluaciones que logran una transformación de las respuestas emotivas y conductuales. Así, sumándose a este nuevo enfoque psicoterapéutico, aporta al proceso de cambio el concepto de reaprendizaje, el cual se remite a su vez a las teorías de aprendizaje. Uno de los modelos que se puede utilizar para esto es el social cognitivo que maneja Bandura y que creó en 1986.

2.2 Concepto de adaptación.

De acuerdo con Castañeda (2008), la adaptación concierne a la necesidad de incluirse en el medio, para aprovechar al máximo las necesidades educativas de cada individuo, esto lo llevará a adquirir un aprendizaje significativo.

De acuerdo con lo que menciona Piaget (1980), es un proceso en el cual se construyen esquemas en interacción con el medio, teniendo en cuenta dos términos: la asimilación y la acomodación.

También se entiende como aquel cambio que apoya a la supervivencia y la auto actualización; alterándose por las condiciones fisiológicas, psicológicas y sociales de la persona, señalan Pormealeau y Brady (1979).

Yerxa (1990) describe la adaptación como una forma personal para motivarse y ajustarse al entorno correspondiente, es decir, el acomodo que hace cada persona al medio ambiente, de modo inconsciente y en forma continua, tratando de que sea satisfactoria para ella y para los que la rodean.

La adaptación parte del comportamiento de una persona y el estilo en que maneja la situación; su principal propósito es lograr algo, a esto se denomina como enfrentamiento, éste tiene un objetivo y una motivación en específico, se produce de manera formal, puede ser controlado fácilmente, tiene la mira de cambiar el ambiente y es consciente, de acuerdo a lo que señala Allport (1961).

La adaptación y el reaprendizaje son conceptos que guardan mucha relación, si bien no son equivalentes. Dicha relación se puede apreciar en el cuadro expuesto en el siguiente apartado.

2.3 Diferencias y semejanzas entre adaptación y reaprendizaje

	ADAPTACIÓN	REAPRENDIZAJE
DIFERENCIAS	Ajuste personal o sociocultural	Respuesta emocional
	Socialización	Memoria/interna emocional
	Necesidad	Aprendizaje/conocimiento: tanto adquirido como heredado a través de las experiencias propias.
	Inconsciente	Consciente
	Forma continua, a través del tiempo se va produciendo.	En determinado momento o situación se produce.
	Propósito: lograr algo, "enfrentamiento"	Propósito: aprender o conocer de nuevo o memorizar una segunda vez una situación para manejarla mejor.
SEMEJANZAS	Acomodación de modelos o normas.	
	Asimilación de un acontecimiento.	
	Buscan solucionar una situación difícil o acontecimiento perturbador para hacerlo más funcional a su vida.	
	Modifican.	
	Se logran por el aprendizaje.	
	Cognición.	
	Significado a los fenómenos.	
Proceso de cambio.		

Fuente: Piaget (1980), Goleman(1998).

2.4 El reaprendizaje en los diferentes ámbitos de la vida.

El reaprendizaje puede aplicarse en los diferentes contextos en que el individuo se desenvuelve para fortalecerse. Bowlby (1981), menciona que la forma original no es sustituible, sino transformable; que se extiende, pero seguirá determinada por un prototipo global.

Sin embargo esto no es sencillo, por ello, trabajar en condiciones diferentes o menos favorables, permite ir poco a poco logrando mejores resultados a nivel personal y social.

2.4.1 Reaprendizaje psicológico.

La psicología va a contribuir en la prevención y tratamiento de los factores psicosociales o psicológicos que son desencadenantes en un padecimiento cardíaco.

Algunos de los aspectos importantes que resalta la psicología de la salud, son todas aquellas variables psicológicas que surgen en el desarrollo de una enfermedad y su recuperación, así como la importancia de la integración social del paciente, según señala Fernández (2008).

Un paciente cardíaco puede llegar a presentar diversos factores de riesgo psicosociales, debido a que incluso un mismo factor puede variar su nivel de importancia en las diferentes patologías; incluso las causas pueden estar asociadas a la salud psicológica del paciente tanto antes como a continuación del evento cardíaco y su impacto emocional (Simon; 1993).

Los chinos fueron los primeros en reconocer la importancia de la relación entre psiquis y cuerpo. Huang Ti, el emperador amarillo señaló que: “Cuando las mentes están cerradas y la sabiduría se traba, uno puede quedar ligado a la enfermedad” (referido por Laham; 2006:4).

Incluso Goleman (1996), lo puntualizó como reaprendizaje emocional para el tratamiento de un trauma, dicho proceso pasa por tres fases: 1º recuperar cierta seguridad, 2º recordar los detalles del trauma y 3º atravesar el duelo por lo que pueda haber perdido.

El tener una salud psicológica es fundamental no sólo para prevenir el desarrollo y expansión de la enfermedad cardíaca, sino también como parte esencial en la rehabilitación del paciente; incluso tal condición contribuye para que no reaparezcan nuevos eventos, superar el impacto emocional causado por el evento cardíaco, modificar hábitos de comportamiento nocivos, mejorar calidad de vida y reintegrarse a sus actividades sociales positivas: relaciones familiares y afectivas, laborales o escolares, incluso sexuales. (Laham, 2006)

2.4.2 Reaprendizaje social.

Éste simboliza el poder ejecutar modelos de respuesta emocional diferente, en los peores momentos y condiciones, con la particularidad de incorporar información personal y encontrar hábitos de respuesta nuevos (Vega; 2008).

Goleman (1996), llama a este concepto inteligencia social y consiste, según su perspectiva, en poseer una conciencia interpersonal que da una capacidad instantánea de experimentar el estado emocional de otra persona hasta llegar a comprender sus sentimientos y pensamientos e incluso situaciones socialmente más

complejas. Esto da como resultado una aptitud social, la cual se basa en la consciencia social que posibilita interacciones sencillas y eficaces.

2.4.3 Reaprendizaje familiar.

Al aparecer una situación determinada, los familiares forman nuevos conocimientos, al igual que experimentan el cambio de ciertos procesos ante la experiencia que se está pasando y el vínculo que se tiene con el paciente, indican Valdés y Guerra (2008).

2.5 Modelos de reaprendizaje.

Existen diferentes formas de aplicar el reaprendizaje siguiendo modelos establecidos tales como la psicoterapia, la cual puede ser analizada desde diferentes perspectivas, una con base en el tipo y a quienes va dirigida y otra con base en el tipo de orientación que dicha intervención sigue. Todo ello se examina a continuación.

2.5.1 Psicoterapia.

Se basa específicamente en el tratamiento de las enfermedades mentales por medio de diversos procedimientos establecidos en la comunicación verbal y emocional, así como otros comportamientos simbólicos.

La psicoterapia es un tipo de ayuda más formal que una persona (psicoterapeuta) presta a otra (paciente); la primera está formada y capacitada para ello y siempre se apoya en teorías científicas del origen de los trastornos mentales y el modo por el cual aliviar sus consecuencias Beutel (citado por Mundt; 2004).

2.5.1.1 Estilos de psicoterapia.

Las distintas variantes que existen dentro de la psicoterapia, aportan un apoyo o ayuda psicológica al paciente para adaptarse a la enfermedad y lograr así el reaprendizaje individual, grupal, infantil, incluso familiar o de pareja ante la enfermedad (Sarasola; 2008).

2.5.1.1.1 Psicoterapia Individual.

Es un tipo de abordaje biopsicosocial, debido a que toma en cuenta la estructura previa de la personalidad, situaciones de soporte externo, el momento del diagnóstico y la etapa de la enfermedad o padecimiento por el cual se está atravesando Arbitrio (2009).

Esta clase de psicoterapia se centra en trabajar la modificación de conductas conscientes del paciente a través de la identificación de creencias, conductas y situaciones que le causan conflicto; el análisis de los principales obstáculos para la mejoría, el movimiento y contacto con el cuerpo y los diversos contextos de relación en donde el sujeto establece un vínculo, ya sea pareja, familia, amigos, trabajo, entre

otros. El objetivo principal es alcanzar una adaptación activa a su malestar y tener fuertes cimientos para poder conducirse en su entorno afectivo.

2.5.1.1.2 Psicoterapia de pareja.

Se enfoca en mejorar las relaciones de una pareja y resolver sus conflictos bajo la dirección de un terapeuta, mediante los métodos y técnicas adecuados para ello.

Procede del amplio rango de la terapia de familia, donde se destaca la importancia que representa la comunicación en la vida de una pareja y la necesidad de expresar apropiadamente los sentimientos, para conseguir la reconstrucción de una relación gratificante Aparicio (citada por Ánime Centro de Psicoterapia; 2009).

2.5.1.1.3 Psicoterapia sexual.

Refiere Bolós (2009), que la insatisfacción en la vida sexual es un motivo de problema para cualquier persona. Cada individuo vive de forma única y diferente su sexualidad, sus preferencias no deben generar conflicto, mientras se evite atropellar el bienestar de otras personas. Las diferencias dificultan la obtención de satisfacción cuando se comparte la sexualidad con otra persona (pareja), y esto es lo que puede originar un problema sexual.

Los principales agentes que intervienen en la vida sexual son: los cambios personales del ciclo vital (el paso de la adolescencia a la edad adulta, la menopausia, la andropausia y la vejez), las experiencias sexuales que se tienen a lo largo de su vida, la evolución que se da dentro de una relación de pareja y los sucesos que ocurren en la vida y que afectan la vida sexual (como una enfermedad) que pueden llegar a afectar el estado de ánimo, el trabajo u otras actividades Bolós (citada por Ánime Centro de Psicoterapia; 2009).

2.5.1.1.4 Psicoterapia familiar.

Es un tipo especial de tratamiento grupal, cuyo objetivo es tratar problemas de comunicación familiar y desajustes emocionales dentro de la familia. Uno de los primeros pioneros de esta terapia fue Alfred Adler, el cual trabajó con familias enteras; refieren en Ánime Centro de Psicoterapia (2009).

Actualmente, los terapeutas trabajan las relaciones familiares cotidianas, las cuales se ven afectadas por los problemas psíquicos de cualquiera de sus miembros. A su vez se pretende originar interacciones sanas entre sus componentes, logrando así el bienestar de cada uno de ellos.

El objetivo específico es mejorar la estructura de comunicación y el ambiente emocional. Todos sus miembros tienen la oportunidad de presentar sus expectativas a los demás, comentar sus experiencias emocionales que son motivo de problemas y poder expresar su concepto de convivencia efectiva. El terapeuta familiar, quien es el

experto, conducirá a intentar crear un ambiente familiar abierto a la comunicación y positivo en lo que respecta a lo emocional, para dar como resultado el entendimiento y solución de los posibles problemas, subraya Berrozpe (citada por Ánime Centro de Psicoterapia; 2009).

2.5.1.1.5 Psicoterapia grupal.

Abarca diferentes procedimientos de psicoterapia, en los que el terapeuta trata determinados temas que tienen relación con los problemas en común que poseen los participantes de un grupo, constituido de entre cinco y diez personas (de acuerdo con las características y necesidades de este). Su objetivo principal radica en remediar los conflictos existentes a través de la interacción entre los miembros del grupo (Ánime Centro de Psicoterapia; 2009).

La conversación se centra como eje de la terapia, a su vez, cobran importancia otras actividades como el psicodrama o la terapia procedimental de grupos. Igualmente, se emplean con mayor frecuencia los elementos del análisis transaccional y de la terapia primaria.

La terapia de familia y la de pareja, son formas particulares del sistema de grupo. Aquí el trabajo del terapeuta reside en controlar y facilitar las interacciones que se dan en el grupo. Además de ser menos costosa, a diferencia de la individual, tiene como ventaja adicional el demostrar a sus pacientes que sus problemas no son únicos Bolós (citada por Ánime Centro de Psicoterapia; 2009).

Inclusive Pratt, uno de los pioneros en llevar una psicoterapia de grupo con pacientes tuberculosos, descubrió que era una estrategia eficaz y la consideró represiva-inspiradora, al igual que Thomas en 1943; reconociendo que los pacientes recibían apoyo emocional tanto por parte del terapeuta como de los otros compañeros del grupo que tenían los mismos síntomas o problemas similares. (Díaz; 2008)

2.5.1.1.5 Psicoterapia infantil.

Esta clase de psicoterapia se guía por las mismas pautas de referencia empleadas en la psicoterapia de los adultos, pero con la diferencia esencial de que los terapeutas infantiles deben tener presente el estadio evolutivo de sus pacientes.

Por lo tanto, las técnicas también difieren: aquí la conversación se sustituye por el juego. Este tratamiento fue empleado por primera vez por la psicoanalista Anna Freud en 1946 y posteriormente por Melanie Klein en 1949, como medio de comunicación con el niño. De acuerdo con la orientación (psicoanalítica o conductista, o considera a la familia como un sistema) que tenga el terapeuta, las técnicas manejadas añadirán nuevas actividades, como jugar con barro, plastilina, muñecas u otros juguetes (Van den Berg; 2009)

2.5.1.2 Modelos en psicoterapia con base en la corriente terapéutica.

Los diferentes tipos de psicoterapia tienen metas diferentes, desde el interés que tiene el psicoanalista por alterar la estructura básica de la personalidad al tratar problemas existenciales, hasta la concepción más instrumental de la terapia de conducta, que sólo trata de aliviar unos síntomas concretos. Por ello, los diferentes métodos de tratamiento o de psicoterapia a utilizar, deben ser evaluados y escogidos en función de los objetivos tanto del paciente como del terapeuta.

2.5.1.2.1 Psicoterapia psicoanalítica.

Se inspira en los estudios de los fenómenos histéricos de otros investigadores (médicos y neurólogos) como Charcot, Bernheim y Breuer con los cuales también trabajó Freud, quien prosiguió con su propia dirección y desarrolló sus propias teorías y modos terapéuticos a los que nombró psicoanálisis, en 1909; dicha terapia es prolongada e intensa.

Él mismo destacó el valor terapéutico de la hipnosis y recurrió a dicha técnica para recordar recuerdos olvidados y dolorosos (tener acceso al inconsciente), por medio de dicha práctica ayudó a sus pacientes y al mismo tiempo recolectó datos que le servirían para dar paso a su teoría del funcionamiento psíquico. Posteriormente abandonó esa técnica para proceder a la de asociación libre, la cual se basa en pedirles a los pacientes que verbalicen lo primero que se les viene a su mente, aunque sea de lo más absurdo (podrían ser fantasías, recuerdos o sueños)

ante un estímulo; al interpretar dichas asociaciones, Freud ayudaba a sus pacientes a profundizar en el conocimiento de su propio inconsciente como una manera para llegar al origen de sus conflictos. Inmediatamente después valoró el aprendizaje que habían adquirido sus pacientes por medio del estudio de la estructura psíquica, al cual designó como transferencia (la relación emocional que se crea entre el paciente y el terapeuta) y lo concibió como un reflejo de los primeros sentimientos que el paciente tiene hacia sus padres. Tanto la transferencia como la asociación libre son actualmente elementales en una sesión psicoanalítica (Cano; 2009).

De esta corriente se destacaron otros investigadores discípulos de Freud, entre ellos: Carl Gustav Jung, Alfred Adler, Erich Fromm, Karen Horney, Erik Erikson y su propia hija Anna Freud (Cano; 2009).

2.5.1.2.2 Teoría Cognitiva-Conductual, modelo Ellis y Beck.

Dentro de ésta una de las tareas centrales es la detención y el cambio de los pensamientos automáticos (Lazarus; 1989).

Es un tipo de psicoterapia que se basa en un modelo de los trastornos psicológicos que defiende que la organización de la experiencia de las personas en términos de significado, afecta a sus sentimientos y a su conducta; Beck 1976 (citado por Ruiz; 2001).

El autor citado indica que esta teoría se relaciona a nivel teórico con la psicología cognitiva, la cual se ocupa del estudio de los procesos y estructuras mentales. Se respalda en un modelo de terapia cimentado en la colaboración del paciente con su terapeuta, que tiene como fin la comprobación de los significados personales y subjetivos con la realidad, y el desarrollo de habilidades de resolución de problemas.

“Este modelo de terapia parte de la existencia de una estrecha relación con el ambiente, la cognición, el afecto, la conducta y la biología”. (Ruiz; 2001:1).

Se concibe como un sistema de psicoterapia apoyado en una teoría de la psicopatología, el cual sostiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta (Ruiz; 2001).

Ellis (referido por Ruiz; 2001) en 1958, crea un método de psicoterapia que contribuye a esto, llamado terapia racional emotiva, cuyo objetivo es hacer que las creencias irracionales que las personas tienen, sean conscientes; en este sentido, el terapeuta les proporciona vías alternas para su modificación.

Los seres humanos, a partir de sus experiencias evolutivas, de sus precondiciones biológicas y de aprendizaje, van a desarrollar estructuras cognitivas de significados que canalizan de su experiencia personal y con su entorno.

La influencia de procesos cognitivos en las vivencias y experiencias están basados en el hecho de una situación determinada, ante la cual aparecen estructuras de pensamiento, cogniciones o esquemas cognitivos que determinan la conducta del sujeto y su posterior experiencia (aprendizaje). Y al aceptar que son adquiridos por el individuo a través de su experiencia de aprendizaje en el medio ambiente, se debe admitir también la posibilidad de manipular (modificar) dichos procesos cognitivos, para el reaprendizaje de conductas adaptativas que sustituyan a las típicamente alteradas y desadaptativas, que le pueden causar incluso depresión al individuo (Cano; 2009).

La terapia cognitiva es un proceso de resolución de problemas basado en una experiencia de aprendizaje. El paciente, con la ayuda y la colaboración del terapeuta, aprende a descubrir y modificar las distorsiones cognitivas e ideas disfuncionales. La meta inmediata o terapia a corto plazo va a modificar las predisposiciones sistemáticas del pensamiento que producen distorsiones cognitivas, mientras que la meta final o terapia a largo plazo modifica los supuestos cognitivos subyacentes que hacen vulnerable al sujeto (Ruiz; 2001).

2.5.1.2.3 Psicoterapia psicodinámica.

Ésta se deriva del psicoanálisis, y resultó beneficiada con las mejores aportaciones de otras orientaciones (humanista, gestalt, cognitiva) señala Cano (2009); su fin es ayudar al paciente a explorar las causas emocionales de sus problemas psicológicos y conductuales, para que pueda resolverlos y tenga un

crecimiento personal. Así como también proporciona ayuda para superar momentos de crisis, lograr sus objetivos y encontrar la felicidad personal.

Parte de la característica de que la persona necesita conocerse mejor y solucionar con valor sus dificultades emocionales propias, hacia la gente que la rodea y la vida.

2.5.1.2.4 Psicoterapia humanista.

Se fundamenta en el potencial de bondad que hay en la naturaleza humana; de ella desprenden dos muy importantes: la terapia Gestalt y la centrada en el paciente.

2.5.1.2.4.1 Terapia centrada en el cliente.

Fundada por el psicólogo estadounidense Carl Rogers, se sustenta en la base de que todas las personas, y en general, los seres vivos, se dirigen por una tendencia innata a sobrevivir y reafirmarse que los conduce al desarrollo personal, madurez y al enriquecimiento vital. Cada individuo tiene capacidad para el autoconocimiento y cambio constructivo, en lo cual constituye un punto clave que la acción del terapeuta, es decir, las actitudes de éste (el cual deberá reunir una serie de cualidades personales para ayudar a descubrir) son más importantes que su preparación técnica (Cano; 2009).

Le da el término cliente en lugar de paciente para señalar que se basa en la comprensión adecuada y sensible de sus experiencias y necesidades. El terapeuta tendrá como cualidad el aceptar de forma incondicional positiva, absteniéndose de juzgar, lo que el paciente le menciona. El proceso del tratamiento se representa como la reciprocidad entre las actitudes del cliente y el terapeuta; escuchado por éste, el cliente aprende a escuchar inclusive aquellos pensamientos propios que le causan más temor, hasta conseguir un estado de autoaceptación en donde es permisible el cambio y el desarrollo.

2.5.1.2.4.2 Psicoterapia Gestalt.

Desarrollada por el psicoanalista alemán Frederick S. Perls en 1952; se enfoca al estudio de la percepción, considera al individuo como un todo, como un conjunto que responde a las experiencias establecidas de forma global y no como mera suma de partes constitutivas.

2.5.1.2.5 Psicoterapia conductual.

Procede de una derivación de la aplicación de los métodos de la psicología experimental a consecuencia de los problemas del paciente. Aquí el terapeuta se centra en la conducta externa observable, la cual se aprende de teorías o principios previamente estudiados en Rusia por Pavlov en 1849 y en Estados Unidos por Skinner en (1957) entre otros investigadores; el entorno es considerado como un

conjunto de estímulo respuesta, con la creencia de recurrir a los principios de aprendizaje para corregir las conductas anormales (Marx y Hillix; 2002).

Actualmente se ha prestado también atención a la influencia del pensamiento en la conducta, gracias a las investigaciones de Bandura en 1969 y el concepto de la desensibilización sistemática de Wolpe, creado en 1964, para eliminar la conducta desviada; la terapia consiste en ayudar al paciente a relajarse, para mostrarle de forma paulatina los objetos o las situaciones que le producen ansiedad, así como la utilización de terapias de conducta cognitivas aplicadas para cambiar ideas y hábitos intelectuales que son origen de incomodidad en el paciente.

2.5.1.2.6. Psicoterapia existencial.

Procede de la doctrina existencialista con un énfasis de tipo filosófico; muestra mayor inquietud por cuestiones espirituales y problemas de valores, contrario a otros métodos. Se enfatiza en la naturaleza del hombre, su existencia y en el sentido que tiene su propia vida. Fue concebida por Frankl en 1965.

2.5.1.2.6.1 Logoterapia.

Surge del fenómeno existencialista. Describe que el hombre vive en tres extensiones: somática, mental y espiritual (el sentido humano), debido a que actualmente las personas se preocupan más por el significado o sentido de sus propias vidas.

Refiere como su fin completar las psicoterapias existentes. Sobresalen dos técnicas específicas de dicha terapia: la primera es llamada intento paradójico, en éste se le pide al paciente que intente positivamente la actividad que le induce ansiedad y que teme efectuar (este conato se convierte en un deseo paradójico). La segunda técnica es la desreflexión o apartar la atención. Con esto se contrarresta la tendencia que tiene el neurótico por la autoobservación y la hiperreflexión destructiva, para alejar su atención de la preocupación de ciertos asuntos personales y orientarla a cuestiones más constructivas.

2.5.1.2.7 Psicoterapia de la realidad.

Otro enfoque plantea como meta el ayudar a la persona a ser responsable. “Todo el que necesita de un tratamiento psiquiátrico sufre de una inadecuación básica: no puede satisfacer sus necesidades esenciales. Al momento de esto los pacientes tiene una característica común: todos evaden la realidad del mundo que los rodea.” (Glasser, www.depression-guide.com; 2008)

Consiste en tres procedimientos: el compromiso activo del terapeuta hacia el cliente, rechazar conductas de éste que no son realistas y hacerse accesible, y mantener el compromiso; en último lugar, el terapeuta se propone enseñar al paciente formas más efectivas y realistas de satisfacer sus necesidades.

2.5.1.2.8 Análisis transaccional.

Es un método creado por el psicoanalista estadounidense Eric L. Berne en 1961, para el tratamiento de los trastornos afectivos, como surgimiento de una nueva teoría de la personalidad y de las relaciones sociales. Refiriéndose de esta, como un tipo de psicoterapia de grupo, cuyo propósito es que el sujeto consiga comprender y manejar los mecanismos de su conducta, en la interacción con los demás y consigo mismo. Inspirado en el análisis del yo, el cual se basa en que el yo de cualquier adulto se puede manifestar. (Berne; 1985)

2.5.2 Reestructuración cognitiva.

Umbert (2002), lo menciona como un método terapéutico de intervención con el propósito de procurar al paciente recursos suficientes para hacer su vida más fácil frente a los problemas o conflictos que le surgen a diario.

Es manejado también como un procedimiento técnico, según Lazarus (1989), por el cual las personas aprenden a cambiar algunas formas de pensar distorsionadas que conducen a un malestar emocional y frustración.

La clave de la reestructuración cognitiva son los pensamientos automáticos (ideas involuntarias que poseen todos los individuos), en diversas situaciones en su vida. El aprender a encontrarlos será el primer paso para poder cambiarlos, subraya (Gaja; 1999).

“Lo que piensa un individuo afecta de forma directa en su estado emocional y conducta” (Mckay y cols.; 2008:1), por lo cual es importante poder controlar lo que piensa cuando se le presentan situaciones conflictivas.

Las personas tienden a interpretar de forma diferente una situación conflictiva, estas variaciones dependen de factores individuales (las experiencias anteriores, los propios miedos, las expectativas personales) por lo que los modos diferentes de ver una situación llevan a sentir diversas emociones (miedo, seguridad, inseguridad), y a que dichas formas de comportarse ante la situación también varíen.

Esta técnica consiste en reflexionar sobre la incidencia que tienen los pensamientos o interpretaciones sobre las emociones y conductas. Ser conscientes de que los pensamientos se deben demostrar. Identificar esos pensamientos y analizarlos para comprobar hasta qué punto se ajustan a la realidad objetiva. Identificar los errores que se comenten y que se repiten sin darse cuenta y buscar otros pensamientos o interpretaciones alternativas, más ajustadas a la realidad (www.narbona.com; 2007).

El terapeuta va a recurrir a diferentes métodos para cambiar esos pensamientos negativos, haciendo que el paciente se dé cuenta del tipo de cogniciones o lenguaje usados, para así, tras la percepción consciente, poder modificarlos. Se le enseña al afectado la manera de identificar esas creencias irracionales, para que finalmente sea capaz de hacerlo por sí mismo y mejorar así su calidad de vida. La finalidad es dar al sujeto las herramientas necesarias para que se defienda ante las inclemencias de la vida de forma saludable.

2.5.3 Psicocardiología.

“Es la rama de la psicología de la salud que detecta los factores de riesgo psicosociales que inciden en el desarrollo y desencadenamiento de las enfermedades cardíacas y las secuelas psicológicas de los eventos cardíacos”.
(Laham; 2009:1)

Señala esta autora que a través de dicha técnica, se investigan y tratan los factores psicológicos que favorecen a la aparición y el desarrollo de la enfermedad cardíaca. En un principio se encauzó especialmente a la cardiopatía coronaria; posteriormente se aplicó a nivel general. Su campo es la prevención primaria, secundaria y la rehabilitación de pacientes cardíacos.

Se constituye por la fusión de dos especialidades, la cardiología y la psicología, las cuales trabajan en forma simultánea, con el fin de que se informe y promueva a la población en general un estilo de vida más saludable que ayude a prevenir el desarrollo de enfermedades cardíacas, así como optimizar los resultados médicos y psicológicos en pacientes cardíacos y estimular la disposición de puntos de apoyo social para los pacientes (Laham; 2009).

La psicología de la salud manifestó la importancia de las variables psicológicas en el desarrollo de las enfermedades y su recuperación, dándole un lugar a la integración social de los pacientes. Un paciente cardíaco presenta diferentes factores de riesgo psicosociales que los afectados con otras

enfermedades; dichos factores están asociados con la salud psicológica del individuo, tanto premórbida como posterior al evento cardíaco y su impacto emocional, refiere Fisher (1998).

La salud psicológica es relevante en la rehabilitación del paciente y ahuyenta la reaparición de nuevos sucesos. Es indispensable la intervención cardiológica, así como una adecuada ayuda psicológica que le permita superar el impacto emocional inducido por el evento cardíaco, la modificación de hábitos conductuales dañinos y la reintegración sus actividades sociales positivas: relaciones familiares, afectivas, laborales, educativas y de sexualidad (Fisher; 1998).

Menciona Adilardi (citado por Laham; 2009) que un paciente cardíaco incurre en algunos patrones de comportamiento comunes como son: superioridad, negación, depresión, fatalismo, entre otros; muy ocasionalmente se le ocurrirá que debe asumir la responsabilidad de una vida nueva que de él depende, la cual debe ser diferente a la anterior y que no sólo se considere un simple sobreviviente a la espera del próximo suceso, escrito por un destino que no puede ya cambiar.

La psicocardiología, al reunir cardiólogos y psicólogos en una labor en común, combate la deshumanización de los sistemas médicos, así contribuyen a la formación de nuevos profesionales con una visión más integral del paciente cardíaco, lo cual da lugar no sólo a la eficacia de un tratamiento médico, sino a estrategias en las que se tomen en cuenta las necesidades psicosociales del paciente (Laham; 2009).

La psicocardiología abarca desde manejar la información básica necesaria, ahuyentar miedos falsos, acompañar a los pacientes después de sufrir un suceso cardíaco o una cirugía, en el proceso de rehabilitación, para motivarlos a continuar con un efectivo tratamiento, hasta el cambio de hábitos nocivos para la salud que afecten al corazón y a la persona. En un trabajo interdisciplinario, médicos (cardiólogos), psicólogos y psiquiatras ayudan a modificar el estilo de vida del paciente para transformar un proceso de enfermedad en uno de salud (reaprendizaje), según menciona Laham (2009).

2.5.4 Inteligencia emocional.

Señala Goleman (1998), como inteligencia emocional, al hecho de que las personas emocionalmente maduras han desarrollado adecuadamente tales habilidades, es decir, que gobiernan adecuadamente sus sentimientos y saben interpretar y relacionarse efectivamente con los sentimientos de los demás y disfrutan de una situación ventajosa en todos los dominios de la vida. Esta capacidad no tiene que ver con el coeficiente intelectual.

2.5.4.1 El reaprendizaje emocional.

Los “recuerdos de tipo traumático constituyen fijaciones del funcionamiento cerebral que interfieren con el aprendizaje posterior, específicamente, con el reaprendizaje de una respuesta normal ante los acontecimientos traumáticos” (Goleman; 1998:128)

En un acontecimiento normal, el miedo condicionado suele desaparecer con el paso del tiempo, este suceso puede deberse al reaprendizaje natural del individuo y se da cuando éste vuelve a enfrentarse al objeto temido en condiciones de completa seguridad, sin embargo, en el caso de un trastorno de estrés postraumático, este tipo de reaprendizaje natural no funciona, aunque los intensos recuerdos emocionales y las pautas de pensamiento y de reacción que éstos suscitan sí pueden llegar a modificarse con el tiempo.

2.5.4.2 El reaprendizaje emocional y la superación del trauma.

Lewis (1992) descubrió un método innovador para el tratamiento de las personas afectadas por un trauma, el cual pasa por tres fases diferentes: en primer lugar, el paciente debe recuperar cierta sensación de seguridad; en segundo término debe recordar los detalles del trauma y por último, deberá atravesar el duelo por lo que pudo haber perdido, sólo entonces podrá restablecer su vida normal. Este orden muestra la forma en que el cerebro emocional reaprende que no conviene considerar la vida como una situación de alarma constante (Goleman; 1998).

Más detalladamente, la primera instancia para recuperar la sensación de seguridad se basa en la disminución del nivel de sobreexcitación emocional, el cual es el principal impedimento para el reaprendizaje, esto permite que se generen las condiciones para que el individuo pueda tranquilizarse. En este primer punto, el paciente recobrará cierta sensación de control referente a lo que le está aconteciendo, esto es una especie de desaprendizaje del significado de impotencia

que supuso el trauma. La inseguridad que presenta un paciente con un trastorno de estrés postraumático, se deriva de algo más profundo, tiene que ver con la sensación de que le falta todo tipo de control ante lo que le está ocurriendo, tanto corporal como emocionalmente.

2.5.4.3 La psicoterapia como reaprendizaje emocional.

Las primordiales contribuciones de la inteligencia emocional radican en aprender a relacionarse de forma más inteligente con el obstáculo emocional que cada individuo tiene.

Ledoux (mencionado por Goleman; 1996), menciona que una vez que el sistema emocional aprende algo, parece que jamás podrá olvidarlo, sin embargo, por medio de la psicoterapia se obtiene la ayuda necesaria para revertir dicha situación, debido a que el neocórtex puede aprender a inhibir el funcionamiento de la amígdala (ésta se protagoniza por ser la desencadenante de los arrebatos emocionales); con esto, el sujeto puede superar la propensión a reaccionar de forma automática, aunque las emociones básicas causadas por la situación sigan persistiendo de manera subyacente.

Aunque posterior a un proceso de reaprendizaje emocional o inclusive después de una psicoterapia eficaz, siempre queda la huella de la reacción, del temor o de la susceptibilidad original, se puede ejercer cierto control sobre el tiempo

que dura éste. Cuando se logra la recuperación de dicho equilibrio de este tipo de explosiones o arrebatos, es sinónimo de una madurez emocional (Goleman; 1998).

2.6 Duelo.

Tizón (1998), se refiere a éste como el conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que se ponen en marcha ante cualquier tipo de pérdida como: la de un ser querido, los fracasos escolares, los divorcios, la separación, rechazo de los padres, problemas familiares, cambios de domicilio, problemas económicos, pérdida del empleo, el diagnóstico de una enfermedad grave o invalidante; esta condición genera reacciones desadaptativas con manifestaciones de índole depresiva y emocional como: tristeza, llanto, desesperanza, impotencia, rabia y culpa. Además de causar una disfunción a nivel social y laboral.

Lindemann (citado por Bowlby 1981), menciona cuatro fases inmediatas al presentarse el duelo:

- *Problemas somáticos y preocupaciones*: comenzar a interiorizar la pérdida de forma nerviosa, afectando el bienestar físico y emocional de la persona.
- *Culpa*: aparece como fenómeno de castigo y recriminación hacia sí mismo.
- *Reacciones hostiles*: acciones de oposición.
- *Pérdida de patrones de conducta*: se disipan normas de carácter específico que sirven de guía para orientar la acción ante circunstancias específicas.

De acuerdo con Kübler-Ross (1969), quien refiere se deben pasar por ciertas etapas o fases, antes de que el duelo sea finalmente resuelto:

- *Negación*: es rechazar la realidad, incluso las personas que rodean al paciente, reducen el impacto.
- *Ira*: existe resentimiento, rabia, indignación en contra de sí mismo y los demás.
- *Negociación*: los sujetos en cuestión ponen una tentativa a concertar, que compense la situación; se negocia el tiempo. Incluso las personas pueden rezarle a Dios para establecer un convenio. Estos pactos representan el conocimiento de que el tiempo es limitado y la vida es finita.
- *Depresión*: aquí las personas necesitan llorar, afligirse por la pérdida de su propia vida. Al expresar la profundidad de su angustia, pueden sobrellevar la depresión más rápidamente que si se sintieran presionadas a esconder su dolor.
- *Aceptación*: las personas pueden reconocer su situación. No es necesariamente una época feliz, pero la gente que ha trabajado a través de su ansiedad y su cólera con la muerte y ha resuelto sus asuntos incompletos, fallece con un sentimiento de paz consigo misma y con el mundo.

2.6.1 Factores que influyen para la resolución del duelo.

Existen algunos aspectos que intervienen en el modo de resolver una pérdida, entre los que se destacan: psicológicos, como el grado de dependencia o independencia, el estilo de reacción emocional, edad, sexo o el rol social que desempeña la persona; otro factor son los recursos personales como sus comportamientos, personalidad, el nivel de madurez, la confianza en sí mismo y el poder expresar el duelo; como último factor están los apoyos externos, los cuales influyen en la recuperación, dan fortaleza y entereza a la persona, tanto el contexto social como las relaciones sociales, ejemplo de ello es la familia, la cual es básica para ayudar o no a la elaboración del duelo, debido a que dentro de este núcleo se involucran comportamientos, tradiciones, valores sociales y expectativas que sirven como soporte a el individuo. A su vez los amigos, la iglesia, los grupos de ayuda mutua que han pasado por experiencias similares servirán también como fuentes de apoyo y consuelo; Kübler-Ross (1969).

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Ahora se presenta el proceso metodológico seguido en el presente trabajo, con la descripción de los aspectos establecidos en la investigación científica, para llegar al cumplimiento de los objetivos y de esta manera, dar respuesta a la pregunta de investigación.

3.1 Descripción metodológica.

La investigación posee un paradigma naturalista, debido a que parte de la idea de que el ser humano está en constante cambio, pueden presentarse observaciones de tipo particular o no; analiza e interpreta, no hay hipótesis, ni realidad comprobada y parte de un axioma de tipo empirista, fundamentando el conocimiento en la experiencia directa. (Hernández y cols.; 2006).

3.1.1 Enfoque.

Esta investigación se basa en el enfoque de tipo o modelo mixto:

- Constituye mejor nivel de integración entre los enfoques cualitativo y cuantitativo, en donde ambos se combinan durante todo el proceso de investigación.

- Mezcla los esquemas del pensamiento deductivo e inductivo; debido a que delimita la información teniendo como objeto que las creencias del investigador se acerquen a la realidad del ambiente, (en este caso la encuesta aplicada basada en un cuestionario estructurado) y a su vez expande los datos para generalizar los resultados de la investigación, preocupándose por capturar experiencias en el lenguaje de los propios individuos y estudia ambientes naturales (la observación realizada).
- Logra una perspectiva más precisa del fenómeno.
(Hernández y cols.; 2006).

3.1.2 Diseño de investigación.

El presente estudio maneja un diseño no experimental, debido a que se realiza sin manipular intencionadamente variables independientes. En esta se observan los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos (Hernández y cols.; 2006).

Kerlinger (1983) subraya que la investigación no experimental no se puede manipular ni asignar aleatoriamente a los sujetos o a las condiciones de estudio; éstos son observados en su ambiente natural, en su realidad.

No se construye ninguna situación, sino se observan situaciones ya existentes, el investigador no las provoca; aquí las variables independientes ya han ocurrido y no se tiene un control directo sobre ellas (Hernández y cols.; 2006).

3.1.3 Extensión del estudio.

Por el tiempo en el cual se recolectan los datos, es de categoría transversal o transeccional, debido a que se recoge la información en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, en dicho proceso se abarcan varios grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores (Hernández y cols.; 2006).

3.1.4 Alcance.

El alcance que tiene esta investigación es de tipo descriptivo- exploratorio ya que posee elementos de ambos, debido a que se interesa por describir.

Es descriptiva, porque busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Requiere considerable conocimiento del área que se investiga para formular las preguntas específicas que busca responder (Dankhe; 1986).

Mide de manera más bien independiente los conceptos o variables con los que tienen que ver. Puede ofrecer la posibilidad de predicciones aunque sean rudimentarias; en este alcance se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga (Hernández y cols.; 2006).

Es exploratoria debido a que el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, o que no ha sido abordado antes y en pocas ocasiones constituye un fin en sí mismo (Hernández y cols.; 2006).

De acuerdo con Dankhe (1986), el estudio exploratorio sirve para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa sobre un contexto particular de la vida real, investigar problemas del comportamiento humano; resulta común en situaciones donde hay poca información.

3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Una de las técnicas utilizadas fue la encuesta, por medio de la cual se obtuvieron datos relevantes para las dos variables a estudiar, se formuló por medio de un instrumento: el cuestionario, constituido por 20 preguntas tanto abiertas como cerradas, para que fuera directamente el paciente quien diera y valorara sus respuestas y así determinar de forma más concreta y directa la información necesaria a recabar.

Con el fin de detectar el tipo de padecimiento cardíaco, entre otras cosas, así como también el tiempo de padecerlo, el apego al tratamiento, los cambios físicos, emocionales, familiares y económicos sufridos a raíz de éste, dicha encuesta se aplicó a todos los pacientes cardíacos que acudieron a consulta externa del servicio

de cardiología, en el Hospital General de Uruapan “Dr. Pedro Daniel Martínez”, durante el periodo comprendido entre los meses de agosto a noviembre de 2009.

De acuerdo con lo que menciona Garza (1988), la encuesta se caracteriza por la recopilación de testimonios, orales o escritos, provocados y encaminados con el propósito de averiguar hechos, opiniones y actitudes.

Baker (1997), refiere que la encuesta es un método de colección de datos, en los cuales se definen específicamente grupos de individuos que dan respuesta a un número de preguntas específicas.

En resumen, recalca Ávila (2006), la encuesta se utiliza para estudiar poblaciones mediante el análisis de muestras representativas a fin de explicar las variables de estudio y su frecuencia.

Otra técnica para la recolección de datos que se utilizó, fue la observación directa durante la consulta médica; como instrumento se empleó un diario de campo, con el fin de registrar mayor información sobre el fenómeno de estudio, el paciente fue el punto de referencia.

Refiere Hernández (citando a Haynes; 1978), que es un recurso muy utilizado por quienes están orientados conductualmente. Puede servir para determinar la aceptación de un grupo respecto a su profesor, analizar conflictos familiares, acontecimientos grandes (como el impacto que causa en la gente un evento mundial

de fútbol), el rechazo que sufren las personas que siguen determinado estilo de vida, la aceptación de un producto nuevo en el mercado, el comportamiento de los niños que tienen un nivel deficiente en su rendimiento académico, entre otros.

3.2 Descripción de la población.

Hernández y cols. (2006) definen a la población como el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones.

Muchas ocasiones se asume que la muestra constituye automáticamente a la población, sin embargo, emerge de la delimitación de las características de ésta, lo cual quiere decir que es tomar una parte de la población, según indican Hernández y cols. (2006).

El muestreo fue de tipo no probabilístico, debido a que depende de causas relacionadas con las características de la investigación (Hernández y cols.; 2006). En este caso, que fueran personas que padecieran una enfermedad cardíaca y acudieran a consulta.

La muestra también se puede definir como accidental debido que es por conveniencia.

La población de estudio estuvo conformada por personas con una enfermedad cardíaca crónica; fueron consideradas 100 personas de género indistinto que se

dividieron en 62 mujeres y 38 hombres de edades diversas, con un rango de 3 meses a 87 años, con una actividad indistinta y que acudieran a consulta externa con el cardiólogo del Hospital General “Dr. Pedro Daniel Martínez”, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

3.3 Descripción del proceso de investigación.

Para realizar la presente investigación, se solicitó permiso al Jefe de enseñanza del Hospital General de Uruapan “Dr. Pedro Daniel Martínez”, el cual accedió sin problemas. El comienzo de la recolección de datos se dio en el área de hospitalización, en la sección de camas, bajo el cargo del jefe de medicina interna; se indagó sobre el empleo del reaprendizaje, con los pacientes que se encontraban internados y que poseían un problema de origen cardíaco, a quienes se les realizó una entrevista.

Posteriormente se pasó, al área de Cardiología en consulta externa con el médico a cargo, el cual accedió que dentro de su horario de consulta se continuara con dicho estudio; se aplicó la encuesta, antes de la atención médica, a los pacientes que se encontraban en la sala de espera y que acudirían con por un padecimiento cardíaco; posteriormente dentro de la consulta se realizó la observación y se destacaron anotaciones relevantes. Todo esto se llevó a cabo en los meses de agosto a noviembre de 2009.

Se contó desde el primer día con una buena disposición por parte de todos los elementos implicados en esta investigación. Los pacientes aportaban sus

experiencias y respondían a la encuesta de manera satisfactoria, al igual que sus familiares, quienes forman un vínculo esencial en el proceso de su padecimiento. El cardiólogo tuvo siempre una favorable actitud, debido a que situó a la investigadora a su costado, le otorgó participación dentro de la consulta con los pacientes y al terminar ésta, se lograron intercambiar datos y captar actitudes, palabras, emociones y gestos de los pacientes, sus familiares, su padecimiento cardíaco y la importancia de éste.

3.4 Análisis e interpretación de resultados.

A continuación se expondrán los resultados obtenidos en la investigación, mediante el análisis de cada uno de ellos, relacionándolos con las bases teóricas expuestas a lo largo de la misma.

3.4.1 Padecimientos cardíacos.

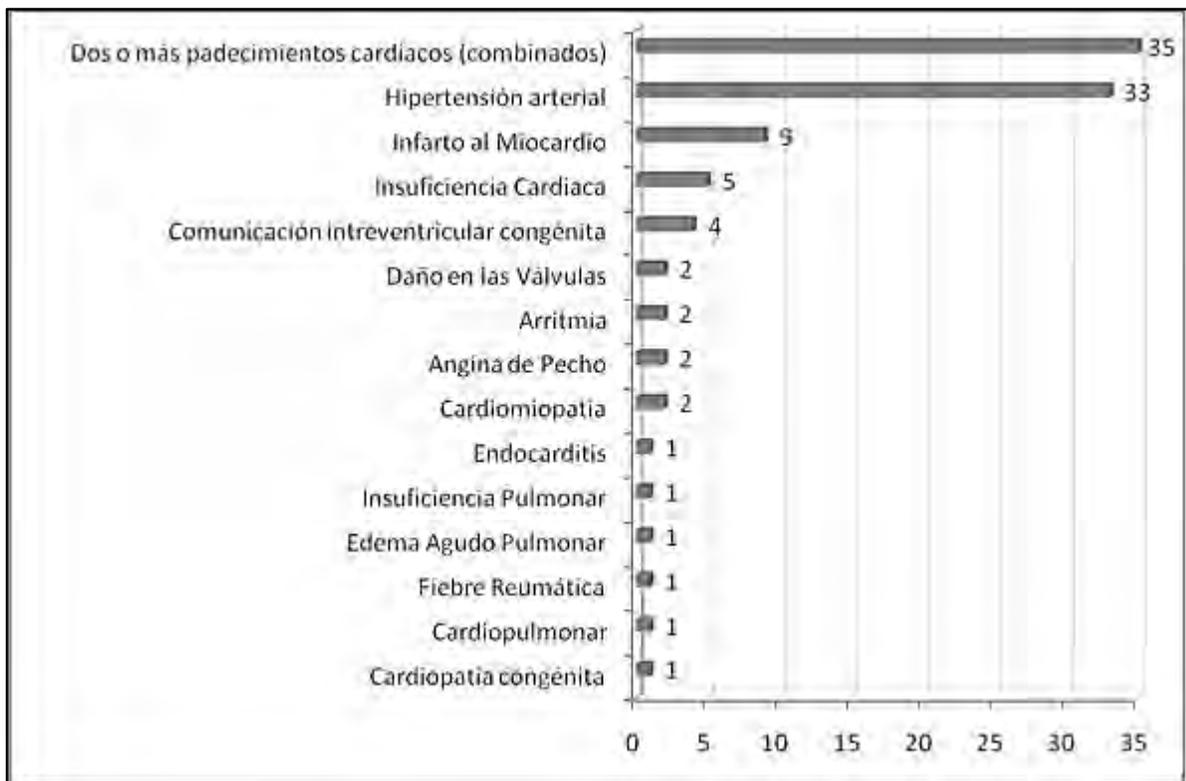
Respecto a la primera variable de la investigación, la OMS (2008), la define como: “los padecimientos cardíacos o enfermedades cardíacas, a aquellas anomalías de tipo orgánico funcional (de la estructura y función) del corazón; que obligan a una persona a la modificación de su estilo de vida y que tienden a persistir a lo largo de su existencia”. Se clasificaron por su grado de afectación en la salud del paciente, como agudas, crónicas y ambas.

De acuerdo con Poveda (2008), las enfermedades agudas son aquellas que producen un trastorno de tipo orgánico o una modificación en la salud con un nivel sutil de persistencia, que dada una intervención a tiempo, reduce la posibilidad de agravarse y de reincidir.

Las enfermedades crónicas son un trastorno orgánico funcional, que exige una transformación del modo de vida de la personas y puede llegar a persistir, durante un largo periodo de tiempo o incluso por el resto de sus vidas. Por ser diversas causas, desencadenan distintos efectos sobre otros problemas de salud,

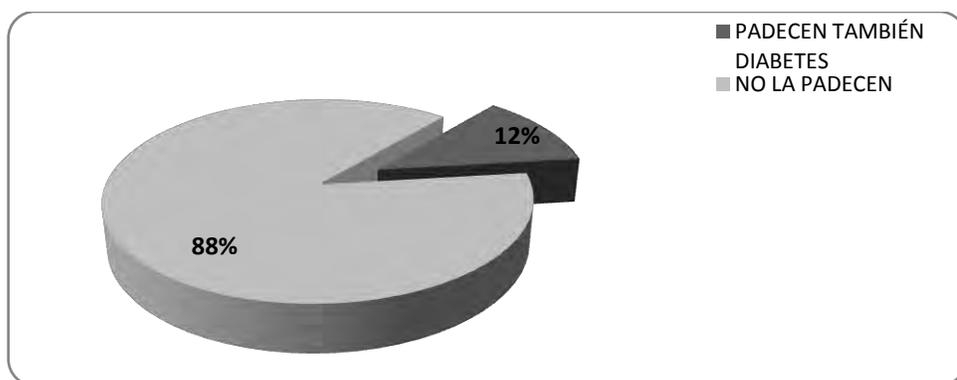
que dejan secuelas psicofísicas, además de disminuir la calidad de vida y afectar en el aspecto socioeconómico, así lo señala el Centro de Apoyo de la Asociación Americana de Psicología (2007).

De acuerdo con los resultados obtenidos de la encuesta, aplicada entre la población estudiada, en donde, algunos casos como niños pequeños o adultos mayores se administró la encuesta a sus familiares, se detectaron los siguientes padecimientos cardíacos:



Como se puede notar, existió un mayor índice de población en donde los padecimientos se presentan acompañados de otros, en un 35%, ejemplos de los más frecuentes son: paciente de 76 años, mujer con infarto agudo al miocardio, angina de pecho post-infarto, síndrome metabólico, diabetes, obesidad e hipertensión arterial; paciente de 23 años con insuficiencia cardíaca y ataque de fiebre reumática; paciente de 47 años con síndrome de hipertensión rotuliana lateral derecha y cardiopatía congénita. Muy pocos son los que se manifiestan como etiología única; algo que cabe enfatizar es el aumento gradual que está teniendo la hipertensión cardíaca (33%), la cual está generando grandes desajustes en la población, como menciona Guadalajara (2007), éste es un padecimiento crónico de etiología variada y se caracteriza por el aumento sostenido de la presión arterial de la sangre, ya sea sistólica, diastólica o de ambas. Tiene un alto nivel de influencia hereditaria.

Aunado a esto ya se están presentando junto con la diabetes o son causa de esto.

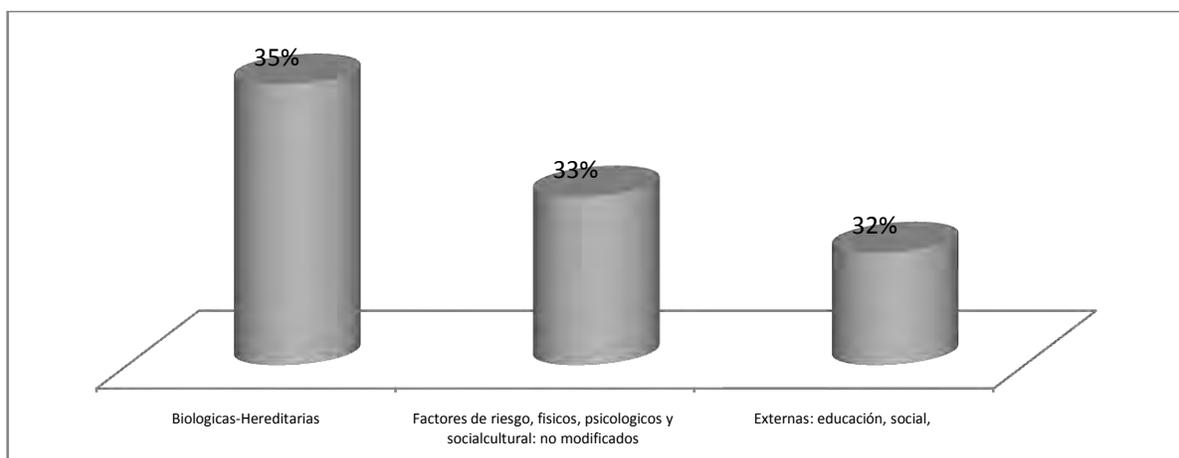


El 12% de los pacientes experimenta este otro padecimiento crónico, que llega a empeorar su problemática, sin embargo, el 88% tiene la posibilidad de prevenir

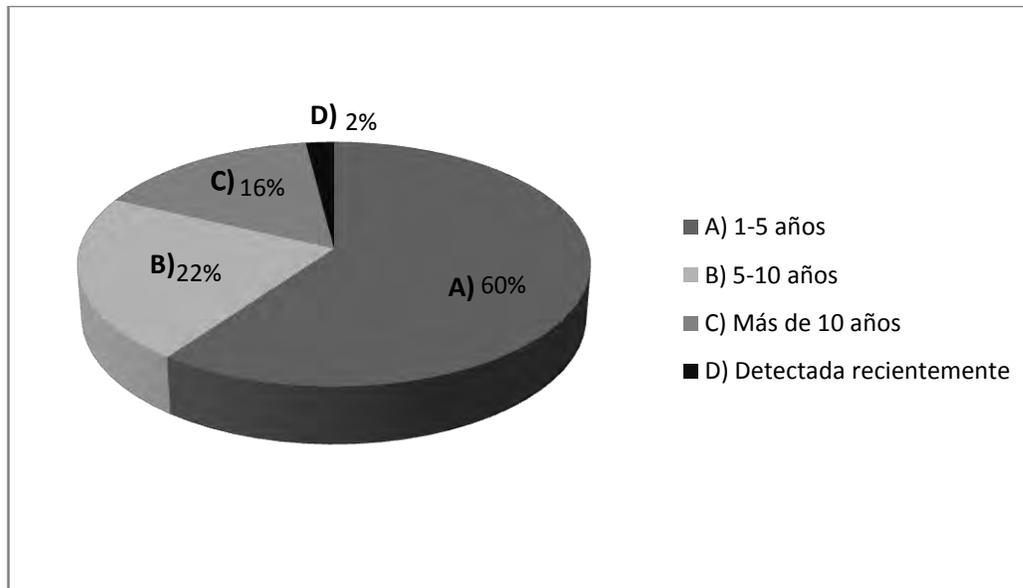
esta afección en caso de que se presentara o le fuera heredada, si se sigue los cuidados e indicaciones médicas.

Como menciona Cruz-Rojo (2005), las causas en general de las enfermedades cardíacas, están bien especificadas y son conocidas, existen las internas, aquellas que se originan dentro del corazón y son más de origen biológico-hereditario y por otro lado, las externas, que se presentan fuera del corazón y son de origen desencadenante: la inadecuada alimentación, alcoholismo, entre otros; así como los llamados factores de riesgo: aquellos predeterminados o adquiridos, la herencia, las infecciones, algunas sustancias químicas o el sistema inmunológico.

Dentro de las causas que se encontraron de padecimientos cardíacos en la presente investigación, resultaron ser las biológicas en un 35%, lo cual da como base que estos padecimientos son fundamentalmente originados por el músculo cardíaco (corazón), sin embargo, no hay una gran distancia porcentual respecto a las causas externas, que registran un 32% y los factores de riesgo, con un 33%, los cuales están colocándose como fuertes desencadenantes de un padecimiento cardíaco.



Cuando se interrogó acerca del tiempo de padecer la enfermedad cardíaca, se pudo identificar que en su mayoría (60%) la padecen desde hace poco, esto es aproximadamente entre 1 y 5 años; con 5 a 10 años de afección la tiene el 22%, el 16% la presenta desde hace más de 10 años y sólo con el 2% fueron de reciente detección.

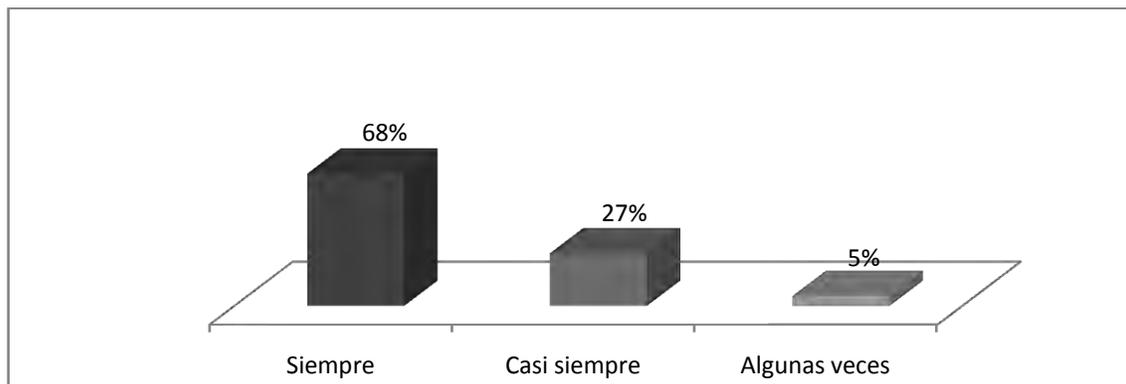


De acuerdo con la American Heart Association (2009), el adecuado manejo a estas enfermedades es de vital importancia, la apropiada prevención y control de estas puede reducir significativamente el padecimiento, incluso el riesgo de convertirse en totalmente crónicas.

Es necesario atenderse adecuada y oportunamente, acudir a un médico especialista, en este caso con un cardiólogo. Existen además, múltiples acciones terapéuticas (nuevas drogas o fármacos, avances en el intervencionismo y en la cirugía cardíaca); asimismo, una mejor comprensión de los mecanismos de la

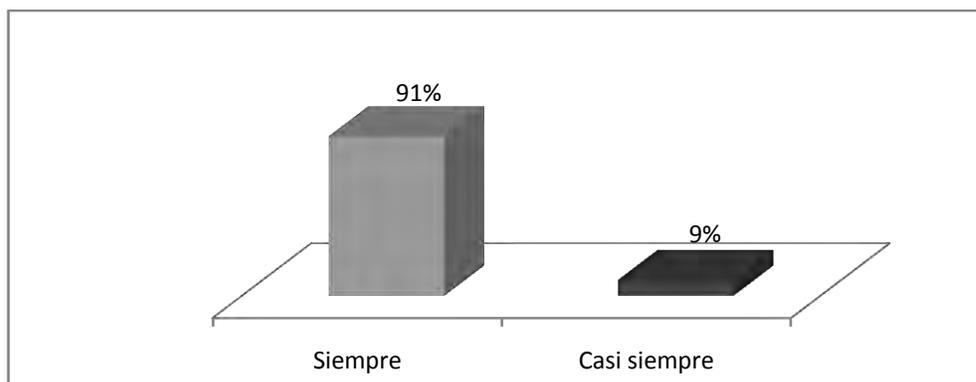
enfermedad cardíaca, logra que se incremente la vida de los pacientes, esto les permite conseguir mejorías fundamentales en su desarrollo de vida y retrasa o reduce otras manifestaciones de estas patologías, tal como lo señala Ciancaglini (1999).

Los resultados logrados de quienes siguen las indicaciones del médico se grafican a continuación:



El 68% sigue aparentemente como debe las indicaciones médicas, el porcentaje restante suele tener cierta discrepancia.

En lo relativo al consumo del medicamento indicado por el médico los resultados son los siguientes:



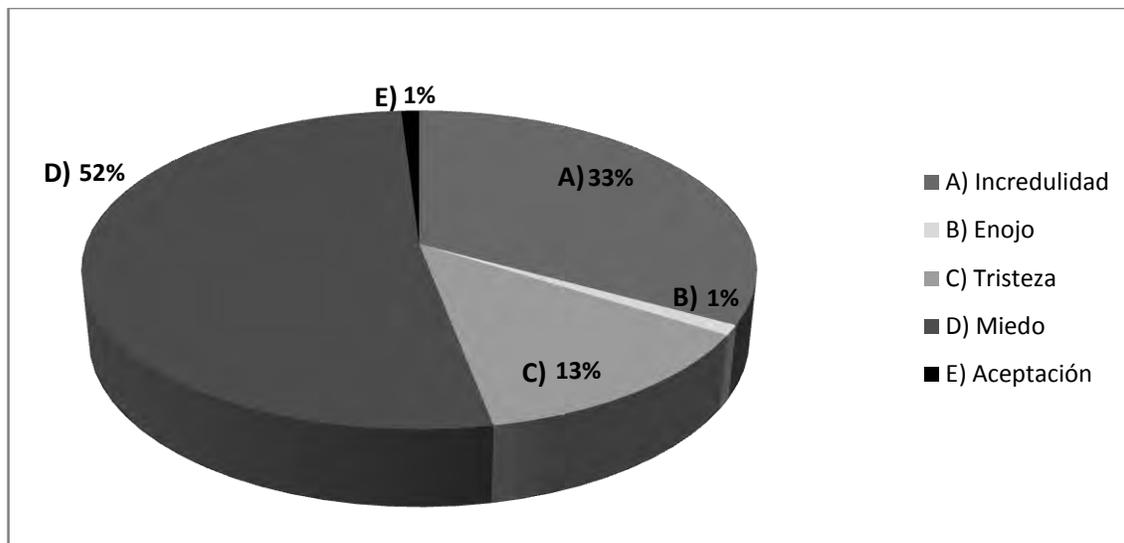
Como se resalta en la gráfica anterior, un porcentaje mínimo de la población (9%) no toma sus medicamentos; mientras que el resto, es decir el 91%, sí los toma con orden y continuidad. Con base en las observaciones realizadas, se pudo conocer la manera en que los pacientes se apegan más o menos al tratamiento; en mayor grado, son autosuficientes, mientras que otros, tienden a ser dependientes de sus familiares por diversas razones.

Una paciente de 80 años, señala “yo soy como una niña, no sé leer, sólo saben los que me traen al doctor y son los que me dicen de indicaciones”. (Observación; 21/10/09)

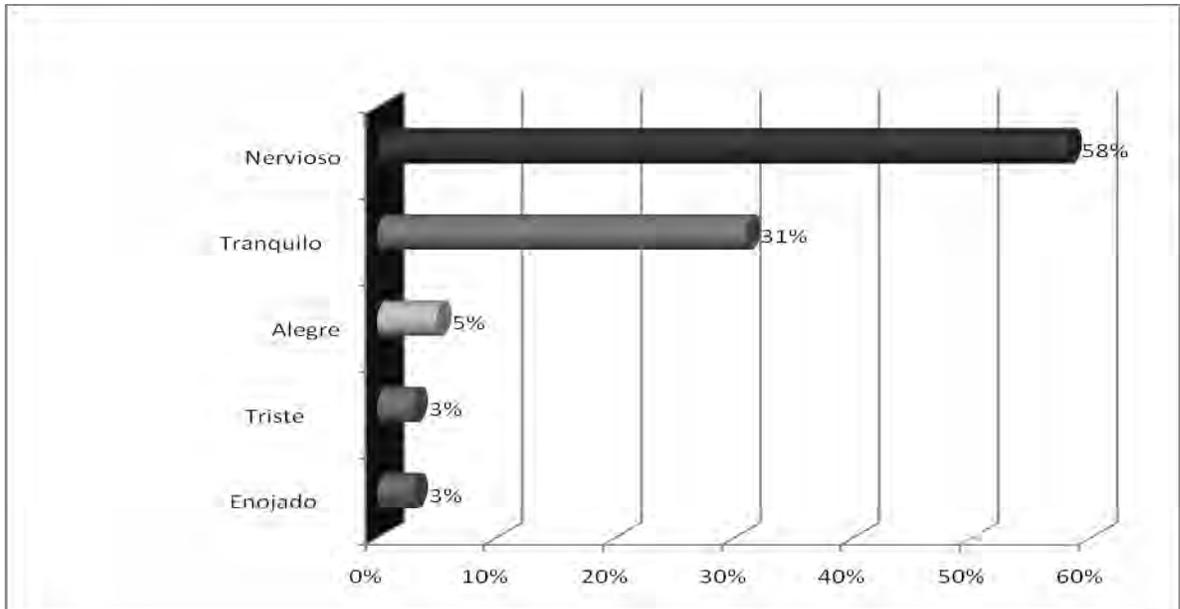
Un paciente de 74 años, expresa sentirse bien, “tengo confianza en usted doctor y en sentirme mejor, quiero durar más años, doctor”. (Observación; 4/09/09).

En el aspecto psicológico, como menciona la American Heart Association (2009), todas las enfermedades cardíacas requieren de un manejo, para producir en el paciente un buen estado de salud mental, que requiere ante su situación física, para ello existen estrategias como psicoterapia, atención familiar, programas de atención específicos. Entre las más importantes formas de basarse para su tratamiento, la terapia cognitivo-conductual y el reaprendizaje constituyen el principal factor para su adaptación a estas enfermedades.

Dentro de la encuesta que se aplicó a los pacientes, existen dos ítems que indagan aspectos psicológicos: el primero, sobre las reacciones del paciente al saber sobre su padecimiento y el segundo, el estado de ánimo actual; todo esto con el fin de resaltar la necesidad de que tengan un manejo psicológico.



Se encontró que el miedo es el que tiene mayor índice (52%) en los pacientes, al conocer su enfermedad, el 33% incredulidad, el 13% tristeza, el 1% los que aceptaron y también 1% los que reaccionaron con enojo ante dicha situación. En el segundo ítem anteriormente mencionado, se destaca el estado de ánimo actual.



El 58% de los pacientes están nerviosos ante todo este proceso, el resto se distribuye de tal modo que el 31% se encuentra en un estado aparentemente tranquilo, el 5% alegre y con el 3%, tanto el ánimo de triste como el de enojado.

En cuanto a los pacientes que acudían a un tratamiento de índole psicológica, los resultados obtenidos son los siguientes:



Se puede observar que un 97% de los pacientes no reciben atención psicológica que les fortalezca a nivel emocional, sólo el 3% acude a dicho apoyo.

Las siguientes observaciones refirieron la necesidad o falta de una atención psicológica, por las preocupaciones o emociones que manifiestan los propios pacientes.

Un paciente de 65 años, menciona: “cuando era joven y tenía 15 años, mi vida sexual era más activa”, incluso era infiel cuando sus hijos eran pequeños; dice “aún soy galán”. Preocupado por el aspecto sexual después de su infarto, insiste si ya su corazón está bien, para reanudar su actividad sexual. (Observación; 12/11/09).

Otro paciente, de 47 años, expresa: “sufro de estrés” (Observación; 22/10/09).

Otra persona, de 59 años, comenta: “tengo miedo” y pregunta “¿todo va salir bien?”, “me siento nerviosa, pero ya me siento bien” (Observación; 27/08/09).

Otra enferma, de 71 años, señala: “me siento nerviosa, pero mejor con la medicina y por otro lado estoy contenta porque me cuidan” (Observación; 23/11/09).

La esposa de un paciente de 66 años, señala: “es muy nervioso, se estresa mucho” (Observación; 16/11/09).

La hermana de paciente de 62 años, refiere que “padece de nervios, ansiedad y depresión, toma Tafil desde 15 días antes a esta cita” (con el cardiólogo) (Observación; 3/09/09).

A otra paciente de 53 años, le dio miedo escuchar nuevas indicaciones médicas y comenzó a llorar (Observación; 18/11/09).

Un paciente de 35 años, refiere: “Quiero irme a E.U. a trabajar, para evitar el estrés” (Observación; 19/10/09).

La madre de un paciente de 10 años, comenta: “siento angustia por si le pasa algo” (Observación; 5/10/09).

Otra paciente, de 52 años, indica: “me pongo nerviosa cuando vengo al doctor, pienso „no me vaya salir algo más’ ” (Observación; 15/09/09).

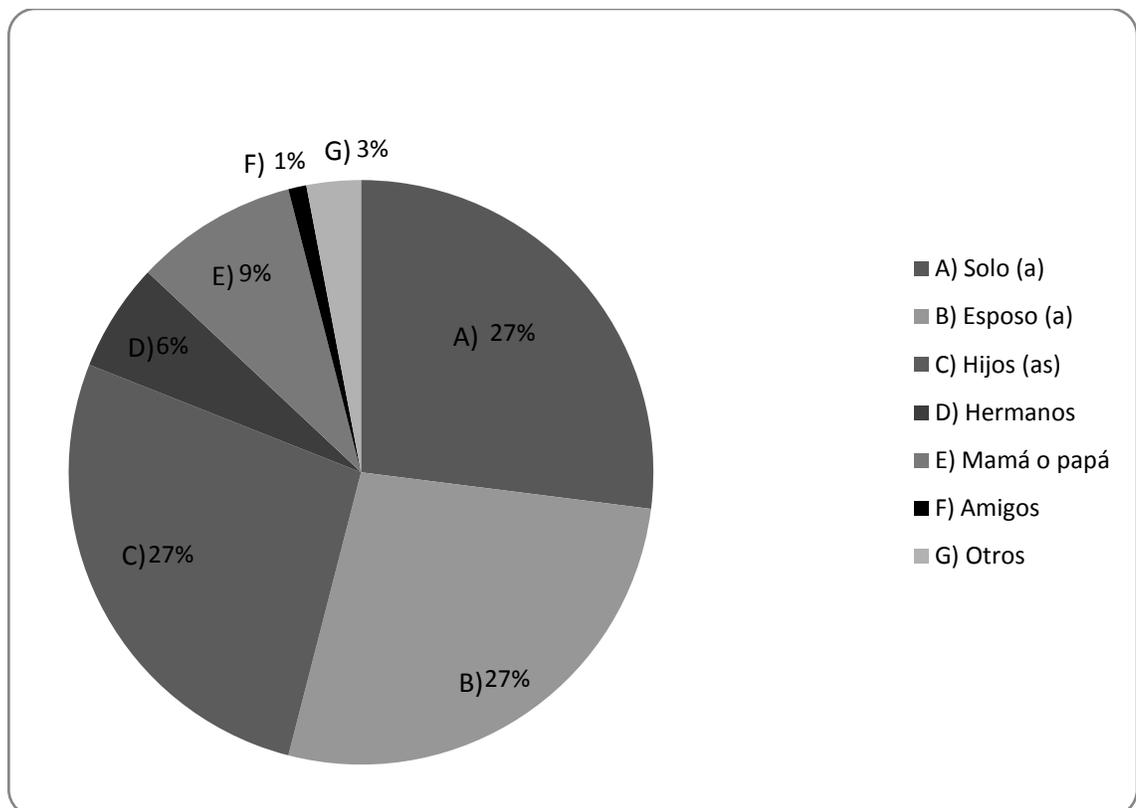
Una paciente de 64 años, dice ya no trabajar, “me deprimó por la enfermedad, extraño a mi hermana que está en el D.F., vivo con mi mamá que tiene 101 años, la cuido, pero en ocasiones me peleo con ella; me siento enferma y sola”. (Observación; 5/10/09).

Otra paciente de 36 años, comenta: “dejé de trabajar, pero me reincorporé hace 5 meses; padezco de ansiedad, estoy en tratamiento psicológico y me dan medicamento para el insomnio” (Observación; 2/10/09).

Otra persona de 61 años, comenta que al estar tomando el medicamento se ha sentido mejor, con más ánimos; señala también: “sentir nervios por los resultados de mi estudio del corazón” (Observación; 28/10/09).

Menciona Bover (2009), que la familia juega un rol importante en el tratamiento del padecimiento cardíaco de su paciente, dada su cercanía con éste. Sirve de soporte al paciente en su enfermedad porque le recuerda la medicación, y lo acompaña a las consultas médicas; por otro lado, le proporciona apoyo psíquico, emocional y social para que el paciente pueda afrontar la enfermedad en las mejores condiciones posibles.

Entre las preguntas de la encuesta se abordan cinco ítems, donde se destaca la importancia del apoyo familiar hacia el paciente.



Con base en quiénes son las personas que están más al pendiente del paciente, se encontró igualdad de porcentajes (27%), en aquellos que acuden al médico solos(as), con su esposo(a) o con sus hijos (as); el 3% va con otros familiares, como nueras, yernos, primos, tíos y sólo el 1% con amigos.

Un paciente 50 años, refiere: “mi esposa siempre me anda cuidando del azúcar” (Observación; 28/08/09).

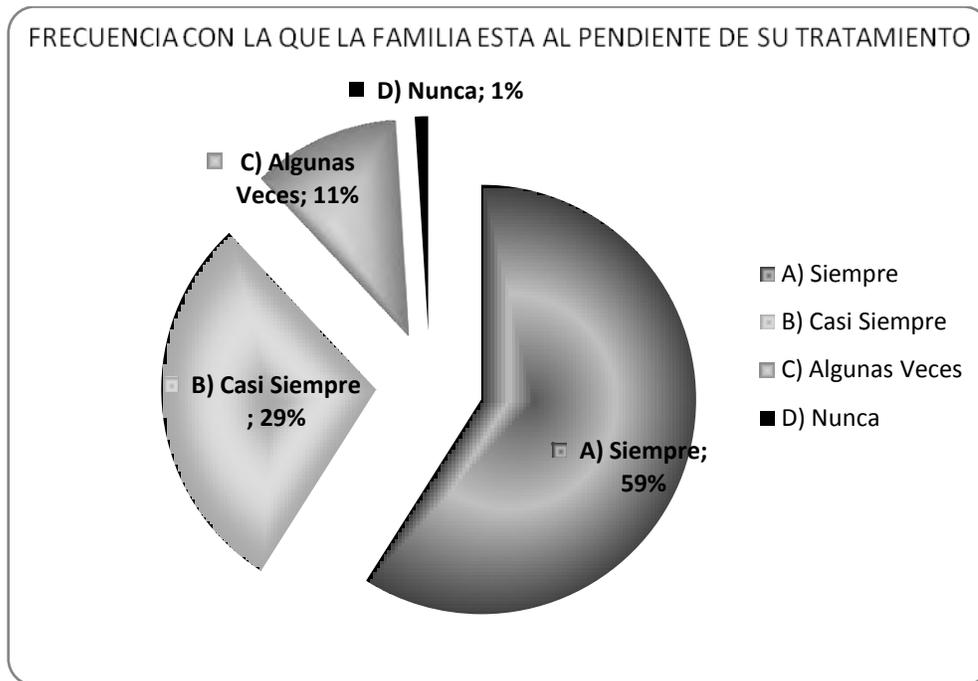
Un enfermo de 46 años, menciona: “tengo un hija ya grande, la cual está al pendiente de mí” (Observación; 5/10/09).

Sobre una persona de 84 años, su hijo señala: “no sé si toma los medicamentos o si se los dan, como alguien más la cuida; mis hermanas no la cuidan, a veces la cuida mi esposa” (Observación; 21/10/09).

A una paciente de 78 años, su esposo siempre la acompaña y está al pendiente, él es quien sabe de sus medicamentos y cuáles se toma, la cuida mucho (Observación; 21/10/09).

Un sujeto de 42 años expone que en su casa no hay cambios alimentarios, no hay educación para seguir con un apoyo alimenticio...“porque es lo que mi esposa hace de comer para todos, yo llego y ya está la comida, como lo que hay, ¿entonces quién me cuida?” (Observación; 19/10/09).

Un paciente de 76 años, refiere: “mi esposa siempre anda tras de mí, siempre me cuida, en todo momento”; a lo cual su esposa comenta: “macho mexicano” (Observación; 12/11/09).



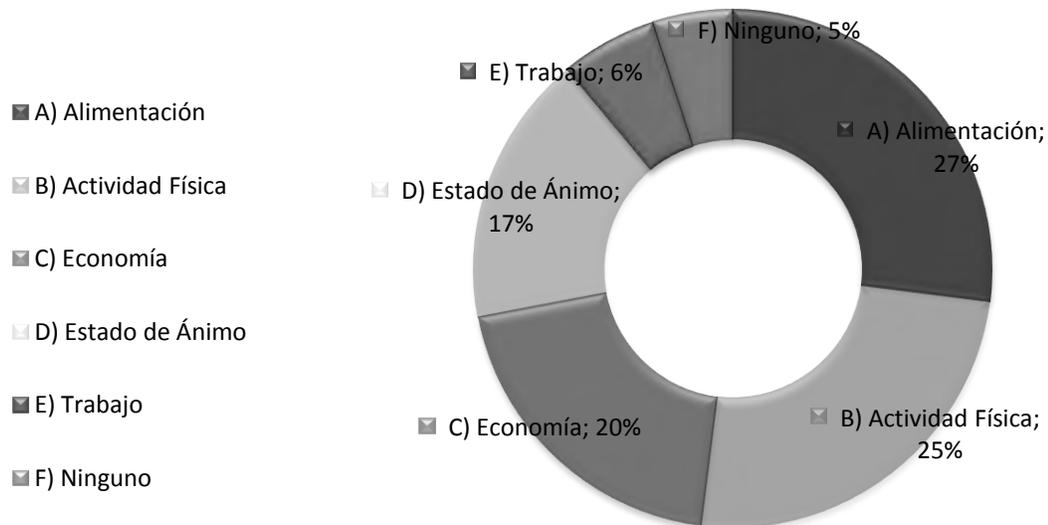
El 59% de los familiares del paciente siempre están al pendiente de éste, el 29% casi siempre, 11% algunas veces y únicamente con el 1% nunca lo están.

3.4.2 Reaprendizaje.

Haciendo referencia a Goleman (1996), el reaprendizaje significa dar una nueva respuesta emocional ante un trauma, el poder tener una asimilación gradual a cierto acontecimiento perturbador.

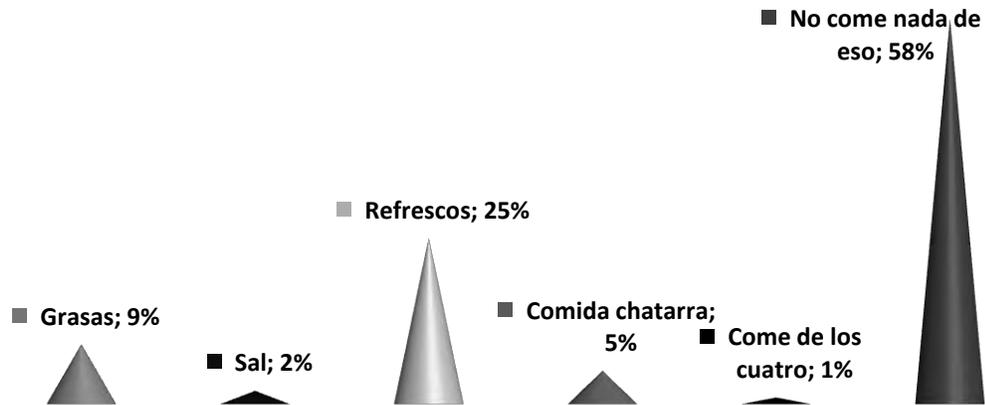
Lo describen de forma similar Blouin y cols. (1997), como la acción de aprender de nuevo, el saber o la habilidad necesaria para encontrar las capacidades o los hábitos de vida perdidos a causa de una enfermedad o a un hecho traumático.

Dentro de la encuesta se indaga sobre el reaprendizaje de estos pacientes, como resultado de los cambios generados a partir de su padecimiento, respecto a lo cual se pudo constatar que al presentarse la enfermedad, las personas tuvieron cambios significativos en su vida; el más importante, con un 27% fue el cambio de alimentación que a partir de esto tenía que ser completamente diferente, por ejemplo: disminución en el consumo de grasas, sal, irritantes, carnes, alcohol, tabaco, entre otros; con un 25% la actividad física, que implica la disminución de tareas pesadas o que provocaran un esfuerzo mayor al que se les permite realizar y el incluir en su rutina diaria una serie de ejercicios físicos acordes a sus posibilidades; en cuanto al 20% se dieron cambios en su economía durante el proceso de su enfermedad por los gastos ocasionados (medicinas, estudios y todo lo que implicara su atención médica); el 17% respecto al estado de ánimo, acepta abiertamente haber tenido alteraciones emocionales, el 6% sufrió cambios en cuestión laboral, se debe que se tuvieron alteraciones o pérdidas en su trabajo y aquellos que no presentaron ningún cambio se colocaron con el 5%.



Dentro de la encuesta se presentó un ítem, que da a conocer si actualmente consume alguno de los siguientes alimentos: grasas, sal, refrescos y comida chatarra, lo cual sirve como base para identificar cuántas personas ya han modificado hábitos.

El resultado conseguido fue favorable, ya que el 58% no come alimentos que le sean perjudiciales para su salud, la otra mitad aun en mínimos porcentajes, sigue con alimentos no recomendados; cabe subrayar la importancia que tiene el consumo de refresco: más del 25% toma este líquido en lugar de agua.



Se identificaron las conductas de reaprendizaje a través de las siguientes observaciones:

Un afectado de 51 años se comenzó a cuidar después del infarto, antes no tenía los hábitos de salud, ahora acude al psicólogo, se le ve más optimista y tranquilo en cuanto a su salud (Observación; 12/11/09).

Un paciente de 35 años -Se cuida, acude a sus citas, toma medicamentos, realiza ejercicio y procura evitar situaciones de estrés. (Observación; 19/10/09)

Una mujer de 69 años se nota tranquila, sus familiares la apoyan y están conscientes de su enfermedad, la cuidan para que mejore su salud. Durante la revisión médica, el doctor encontró muchas mejorías, ella refirió que presentaba cambios en la alimentación, toma de medicamentos y cuidados, que le han favorecido para salir adelante (Observación; 1/10/09).

Una paciente femenina de 36 años menciona: “me siento mejor, más sana”; cambió su alimentación (Observación; 27/08/09).

Un paciente masculino de 75 años refiere: “me cuido mucho”, tiene una alimentación adecuada; a pesar de la edad, se nota tranquilo y fuerte. “Un paciente muy obediente”, señala el doctor (Observación; 15/10/09).

Un enfermo de 87 años puntualiza: “si no como a mis horas, me atraso” (Observación; 4/09/09).

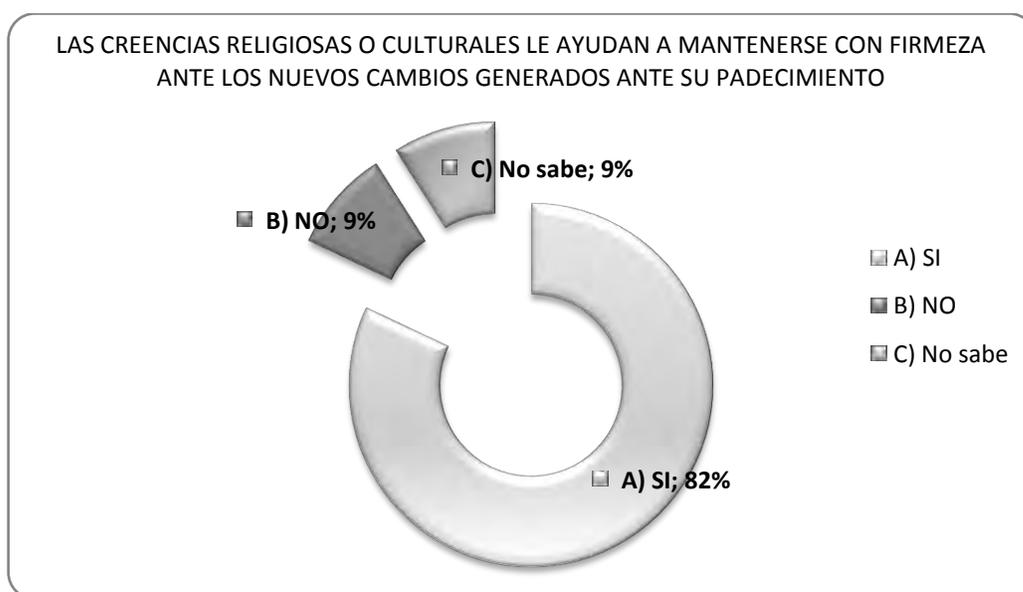
Un paciente de 39 años menciona: “tengo una alimentación muy adecuada” (Observación; 14/10/09).

De acuerdo con Bowlby (1981), el reaprendizaje puede aplicarse en los diferentes contextos en que el individuo se desenvuelve para fortalecerse. Por lo tanto, se dan reaprendizajes sociales, psicológicos y familiares.

El reaprendizaje social, como lo define Goleman (1996), es la inteligencia social y consiste en poseer una conciencia interpersonal, que da una capacidad instantánea de experimentar el estado emocional de otra persona, hasta llegar a comprender sus sentimientos y pensamientos e incluso situaciones socialmente más complejas.

Una de las preguntas aplicadas para indagar este aspecto, estuvo dirigida a conocer si las creencias religiosas o culturales ayudan al paciente a mantenerse con firmeza frente a los nuevos cambios generados ante su padecimiento.

Como se puede notar en la gráfica siguiente, la contención que genera tanto la religión como la cultura, favoreció una actitud de reaprendizaje social en el 82% de las personas, quienes suelen apegarse a su fe o creencias para salir adelante ante situaciones adversas.



Una observación hecha por una paciente de 67 años, destaca lo anterior: “tengo fe que seguiré bien” (Observación; 30/09/09).

Por otro lado, existen algunas conductas adictivas, como fumar y tomar bebidas alcohólicas; que afectan no sólo de manera individual sino a nivel social, e incluso contribuyen a generar otras enfermedades crónicas.

En cuanto al reaprendizaje psicológico, señala Fernández (2008) que algunos de los aspectos importantes que resalta la psicología de la salud, son todas aquellas variables psicológicas que surgen en el desarrollo de una enfermedad y su recuperación, así como también cabe señalar la importancia de la integración social del paciente.

Los datos obtenidos a través de las observaciones realizadas son los siguientes:

Un paciente de 74 años manifiesta buen humor y expresa: “sentirse bien”, tiene confianza hacia el doctor y en sí mismo(Observación; 04/09/09).

Un enfermo de 20 años menciona: “quiero curarme para estar bien y continuar con mis estudios” (Observación; 16/11/09).

Un individuo de 33 años señala: “me siento muy bien”; se muestra optimista, ante lo cual el doctor lo felicitó (Observación; 19/11/09).

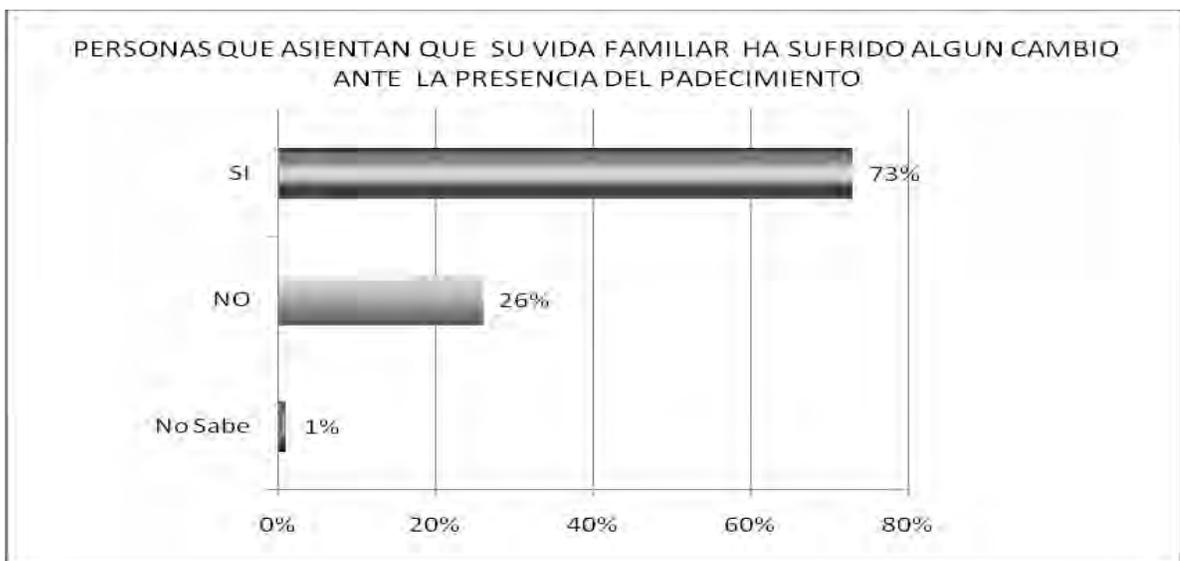
Un paciente de 34 años subraya: “creo que ya voy a estar bien y que no me puede volver a dar un infarto” (Observación; 23/09/09).

Un paciente de 55 años indicó: “Uno nunca hace caso, hasta que ve uno las consecuencias” (Observación; 26/10/09).

Un paciente de 63 años pregunta: “¿ya puedo volver a tener actividad sexual?” (Observación; 21/10/09). Otra, de 29 años expresa: “en ocasiones me siento deprimida, pero trato de no ponerme así” (Observación; 9/09/09).

En cuanto al reaprendizaje familiar en una situación determinada, los familiares forman nuevos conocimientos, al igual que el cambio de ciertos procesos ante la experiencia que se está pasando y el vínculo que se tiene con el paciente, así lo indican Valdés y Guerra (2008).

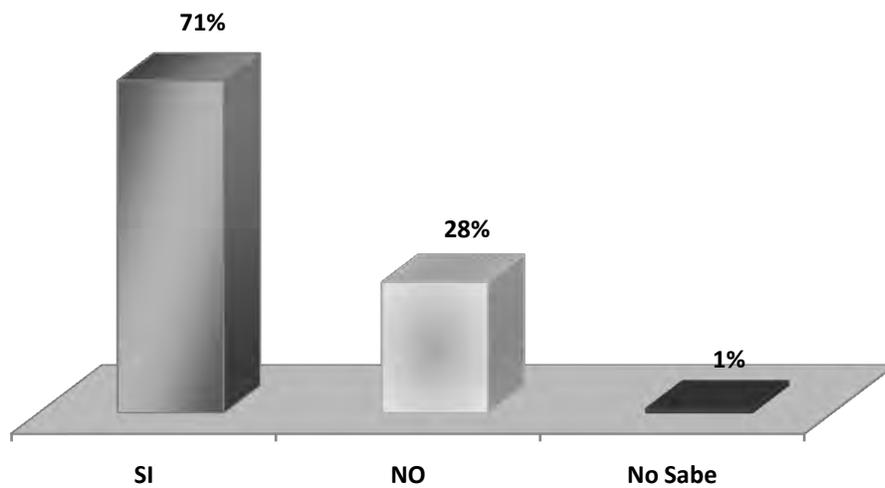
Para esto se formularon dos preguntas: la primera inquiría si la vida familiar del enfermo ha sufrido algún cambio ante su padecimiento.



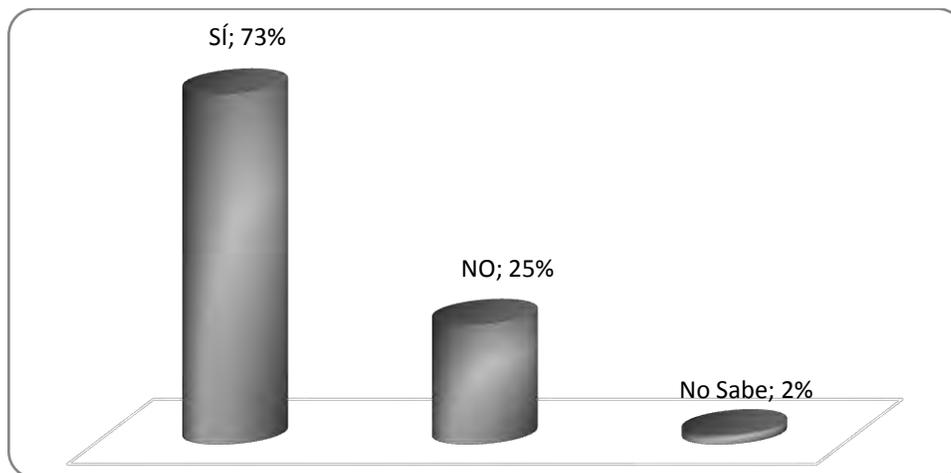
Lo obtenido aquí establece que el 73% de las personas dentro de su vínculo familiar, sufrieron cambios al presentarse su padecimiento y no únicamente la persona afectada.

La segunda pregunta, cuestiona si la familia ha realizado algún cambio para apoyar al paciente en el manejo de su padecimiento.

El porcentaje de personas, en donde la familia ha realizado cambios junto con el enfermo, y a la vez han generado un reaprendizaje familiar, fue del 71%, lo que contribuyó no sólo a la mejoría del paciente, sino también a proporcionar un apoyo emocional.

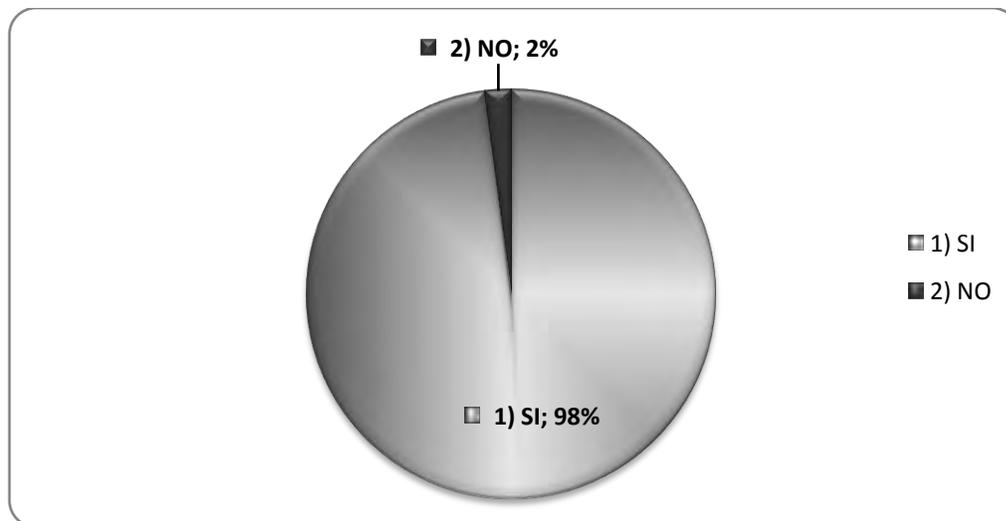


Otra pregunta fue si los cambios realizados por el paciente ante su padecimiento le han beneficiado, la cual estaba dirigida a investigar qué factores favorecen el reaprendizaje.



Los resultados obtenidos en esta gráfica muestran que el 73% de las personas se han visto beneficiadas al realizar cambios y que han aceptado realizarlos para su propio bien, sólo el 25% no está en ese caso.

La cuestión monetaria, resultó ser uno de los factores que dificulta el que se realicen cambios necesarios; la gráfica siguiente, muestra que el 98% de las personas, encontraron dificultad económica para comprar los medicamentos, acudir al médico, realizarse un estudio y comprar alimentos adecuados.



Entre las observaciones realizadas varios pacientes, hicieron referencia al aspecto económico.

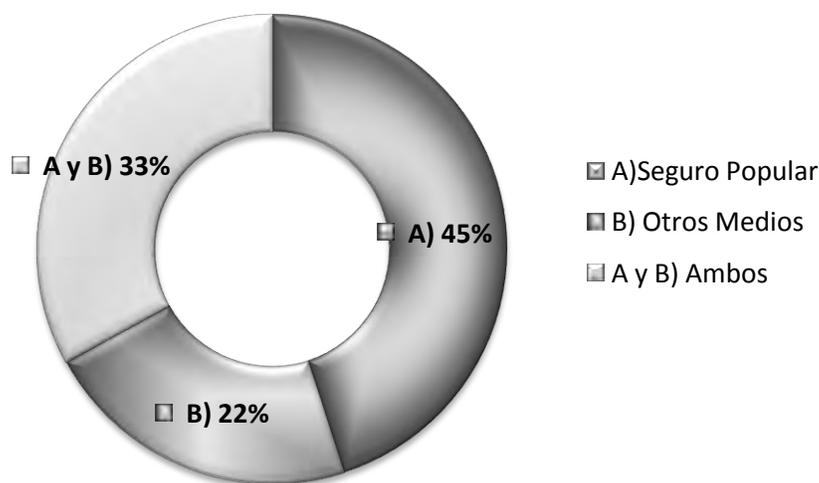
Un paciente de 69 años se queja por la compra de medicinas (Observación; 16/11/09).

Un afectado de 80 años indica: “están caros los medicamentos, ¿los puedo suprimir?” (Observación; 30/09/09).

Un enfermo de 55 años señala: “la crisis está difícil, no puedo comprar los alimentos de la dieta, apenas puedo comprar mi medicamento” (Observación; 26/10/09).

Un paciente de 52 años expresa: “me preocupo porque a veces no tengo para comprar las medicinas” (Observación; 15/09/09).

Dentro de la encuesta, también se preguntó acerca de la forma como se cubren los gastos económicos durante el proceso de tratamiento de los pacientes con una enfermedad crónica de tipo cardíaco y se detectó que el 45% de los pacientes es apoyado por el Seguro Popular en gastos médicos y el 33% es apoyado tanto por dicho programa como por sus familiares.



Algo que también puede resultar un obstáculo son los mecanismos de defensa que las personas generan alrededor del padecimiento.

Un paciente de 25 años señala no sentir nada, “ya no tengo nada” con un tono de voz nervioso y de miedo; presenta negación de la enfermedad (Observación; 1/10/09).

Otro enfermo de 81 años comenta: “no quiero, porque no sé lo que me pasará” (Observación; 5/10/09).

Una paciente 56 años señala: “estoy tranquila, eh”, hace énfasis al respecto (Observación; 11/11/09).

Otra paciente de 74 años menciona: “ya para qué, ya estoy grande” (Observación; 1/10/09).

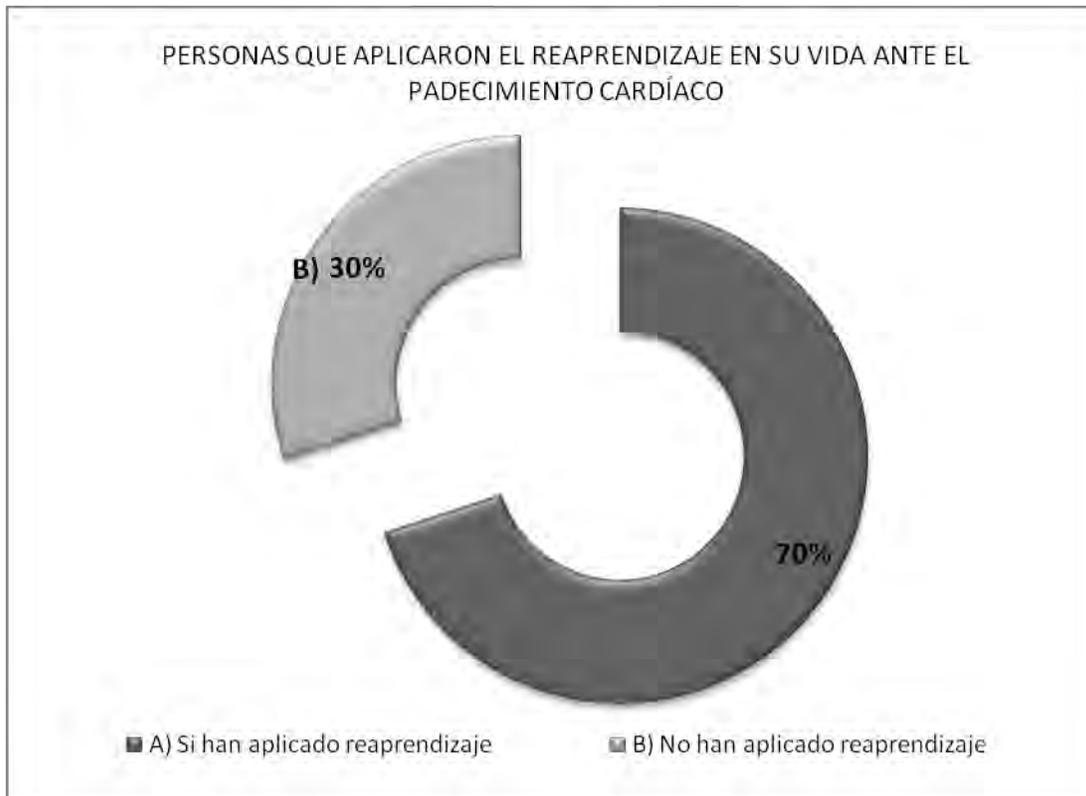
Una enferma de 50 años aclara: “me da miedo la cirugía del corazón, además los medicamentos son amargos” (Observación; 22/10/09).

Otro sujeto, de 80 años reniega: “ya me siento bien, quiero disminuir los medicamentos o suprimirlos” (Observación; 30/09/09).

El proceso de reaprendizaje se puede medir a través de la adaptación, que es aquel cambio que apoya a la supervivencia y el auto-actualización; alterándose por las condiciones fisiológicas, psicológicas y sociales de la persona, señala la AOTA (1979).

Tomando en cuenta dicha definición, en la encuesta se recabaron datos relacionados con las modificaciones que tuvieron que realizar ante el padecimiento, con ello se pudo constatar cuántos aplicaron un proceso de reaprendizaje; se obtuvo que de las 100 personas con enfermedad crónica cardíaca, más de la mitad, es

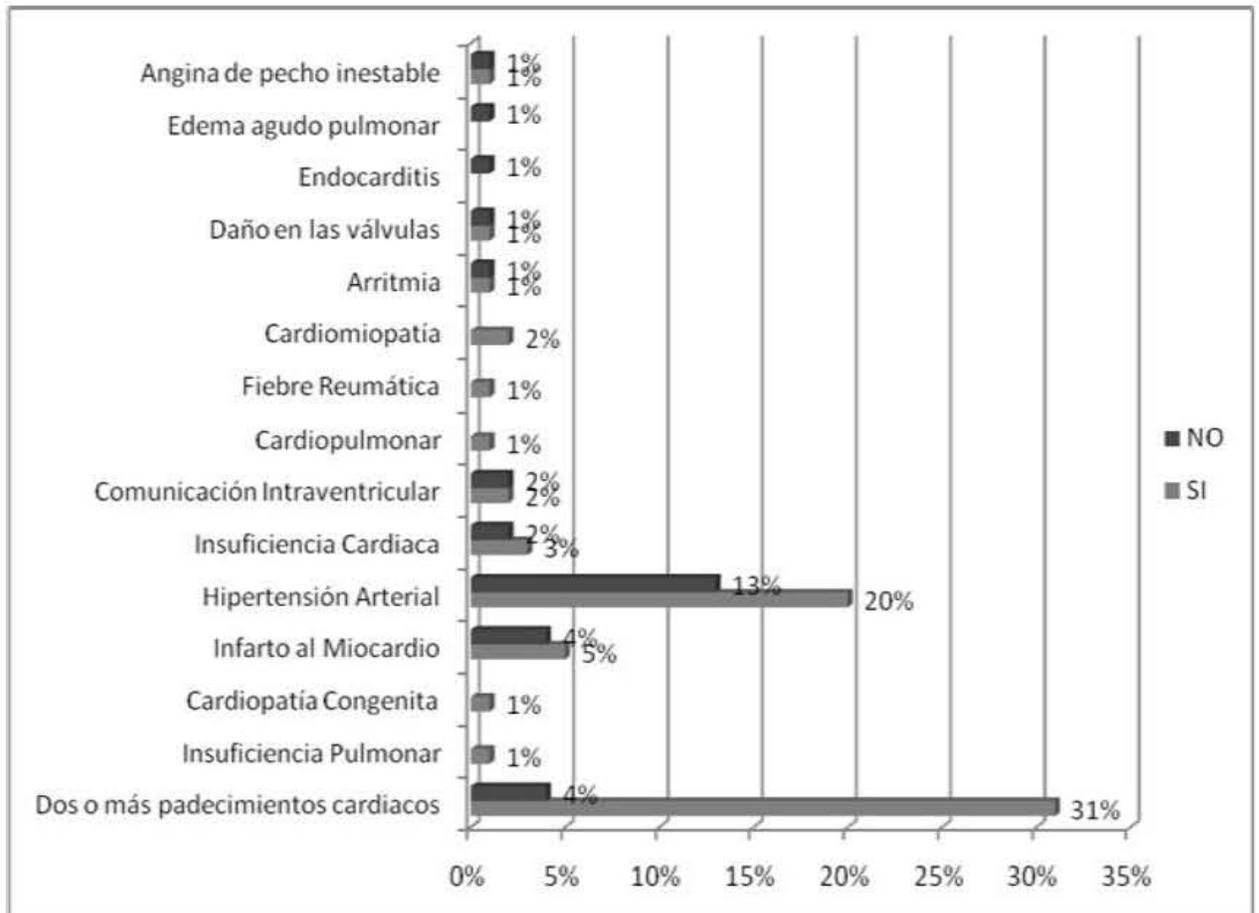
decir el 70%, está utilizando dicho proceso como técnica para lograr adaptarse y aprender a vivir con el padecimiento; sin embargo, el 30% no lo ha realizado.



Con esto, se puede afirmar que sí existe un reaprendizaje, y éste se presentó en el 70% de los casos investigados de personas con una enfermedad crónica de tipo cardíaco.

Se obtuvo así la siguiente gráfica de en cuáles padecimientos cardíacos se aplicó más el reaprendizaje y en cuáles no. Como resultante, el 31% de las personas que padecen dos o más enfermedades cardíacas son los que más aplican el reaprendizaje, con un 20% los que tienen hipertensión arterial, 5% infarto al

miocardio, 3% insuficiencia cardíaca, con un 2% comunicación intraventricular y cardiomiopatía y con el 1% los demás padecimientos.



CONCLUSIONES

Una vez obtenida la información, resultados y análisis elaborado se concluye que el objetivo general fue alcanzado, debido a que se logró determinar el uso de la técnica de reaprendizaje y sus beneficios, en personas que padecen una enfermedad crónica de tipo cardíaco, existe el uso de este para beneficio del paciente, ante la contingencia de la enfermedad, dado que con los instrumentos de medición utilizados como la encuesta aplicada y las observaciones realizadas, arrojan que el 70% de los pacientes reaprendieron y sólo el 30% no. Esto fue determinado a través de los cambios realizados, tanto médicos como personales, inclinados hacia el reaprendizaje.

De acuerdo con el primer objetivo particular, que plantea identificar la existencia de reaprendizaje en pacientes con enfermedades crónicas de tipo cardíaco, se puede señalar la presencia de este proceso a través de los cambios en hábitos y actitudes generados al presentar un padecimiento cardíaco, se destaca así que el 27% de los pacientes hicieron cambios en su alimentación, el 58% dejó de consumir alimentos que puedan ser perjudiciales para su salud, el 38% se cuida evitando realizar actividades físicas o esfuerzos que puedan dañar su salud o su estado físico, mientras que el 11% realiza actividades deportivas para mantenerse más sano.

El segundo objetivo sobre describir la utilidad del reaprendizaje, en los diversos contextos del paciente cardíaco, se cumple al exponerse dicha utilidad en el entorno social, psicológico y familiar del paciente cardíaco.

En cuanto al aspecto social, el 82% de los pacientes se apegan a sus creencias religiosas o culturales para salir adelante, su fe los hace sentirse con más fuerza para tratar su enfermedad y dejar hábitos socialmente promovidos como el cigarro o las bebidas alcohólicas o simplemente no consumirlas.

En cuanto a los aspectos psicológico y personal, los sujetos modifican su estado de ánimo, tienen actitudes positivas ante su enfermedad, se promueve en ellos la prevención y tratamiento de los desencadenantes psicológicos o reacciones emocionales como: la depresión, el enojo, ansiedad, tristeza, rechazo, entre otros; un ejemplo muy claro encontrado fue que más de la mitad, el 58% de los pacientes presentaba ansiedad y el 52% presentaba miedo. Uno de los resultados encontrados resaltó la importancia de la atención psicológica en estos casos; dentro de lo cual solo el 3% de las pacientes cardíacos si reciben este apoyo y el 97% no, con lo cual queda claro que ésta es un área que debe atenderse dentro de la psicología de la salud y clínica.

En el contexto familiar, el 71% de los miembros, ha realizado cambios junto con el paciente, 59% se mantiene al pendiente de al familiar que padece la enfermedad cardíaca; mientras que el 27% suele acompañarle a sus citas médicas.

Para el tercer objetivo, que fue el señalar los factores que obstaculizan el reaprendizaje, en las personas que padecen una enfermedad cardíaca, se encontró la falta de prevención y de educación, el no tratarse adecuada y oportunamente, no acudir a sus citas, no realizarse estudios, no seguir indicaciones médicas o tomar medicamentos, el desconocer la problemática y no formar una conciencia social; también, la falta de modificación de hábitos, no realizar ejercicio, no cuidar físicamente ni alimentarse bien en cantidad y calidad. Asimismo, también representan impedimentos los mecanismos de defensa personales, el ponerse barreras y no llevar un duelo efectivo ante esta pérdida de la salud, para continuar con un adecuado proceso de recuperación física, por lo cual la importancia de un atención psicológica adecuada. En cuanto a la economía: el 98% de las personas se vio afectada, lo cual, produce un serio perjuicio respecto a solventar gastos como la compra de medicamentos y el pago de estudios: laboratorio, radiografías, ecocardiogramas, entre otros.

En el cuarto y último objetivo particular el cual marca señalar los factores que favorecen el reaprendizaje en las personas que padecen una enfermedad cardíaca. Esto arrojó un nivel favorable de factores que benefician el reaprendizaje, dado que el 73% de los pacientes se vio beneficiado por los cambios realizados y aceptaron realizarlos en todos los aspectos: sociales, modificación de hábitos, médicos, reducción de riesgos como sobrepeso, estrés, colesterol alto; prevención, educación, familiares y sobre cambios de actitud; que los llevan a una adaptación más sana para su beneficio personal y de salud; sólo el 25% no los realiza.

Finalmente se respondió la pregunta de investigación: ¿Aplicar técnicas de reaprendizaje de vida en pacientes con enfermedad crónica de tipo cardíaco, favorece un mejor manejo del padecimiento en su vida habitual? Se pudo determinar el uso de la técnica de reaprendizaje y sus beneficios, en personas que padecen una enfermedad crónica de tipo cardíaca, lo cual los llevó a una mejor conducción tanto personal como en sus diversos contextos.

BIBLIOGRAFÍA

- Allport, Gordon W. (1965)
La personalidad en modelo y crecimiento
OBS College Publishing
- Ávila, H.L. (1999)
Determinación de la productividad total del sector de servicio de impresión en
Cd. Cuauhtémoc, Chih. Tesis M.C.
Instituto Tecnológico de Cd. Juárez. Cd. Juárez, Chih.
- Baker, Therese L. (1997)
Investigación de servicio social>Doing Social Research<
Ed. McGraw-Hill. EUA
- Bayés de Luna, Antoni. (2002)
Cardiología, Clínica.
Elsevier. España
- Berne, E. (1985)
Análisis transaccional en psicoterapia.
Ed. Psique. Buenos Aires
- Buceta, J. M.; Bueno, A. M. (1996)
Tratamiento Psicológico de hábitos y enfermedades.
Ediciones Pirámide. Madrid.
- Blouin, Maurice, Bergeron Caroline (1997)
Definición del termino reaprendizaje
Les publications du Québec. Québec
- Bowlby, J. (1981)
Sadness and depression, attachment loss.
Tristeza y depresión, objeto de pérdida.
Penguin. Estados Unidos.
- Camerini, J. (2008)
La terapia cognitiva
CATREC. Buenos Aires, Argentina
- Capra F. (1998)
La trama de la vida.
Anagrama. Barcelona.

- Castro Sánchez, Ana Bisa. (2005)
El apoyo social en la enfermedad crónica:
el caso del paciente diabético, tipo 2.
Universidad autónoma de Nuevo León. México.
- Centro de Apoyo de la APA. (2007)
Enfermedades Crónicas.
Asociación Americana de Psicología. Nueva Jersey
- Cruz-Rojo, Concepción. (2005)
Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares.
Universidad de Sevilla. España.
- Dankhe, G.L. (1976)
Investigación y comunicación; en C. Fernández Collado y G.L. Dankhe
(comps.) "La comunicación humana: ciencia social"
McGraw Hill. México
- Díaz Portillo, Isabel. (2008)
Bases de la terapia de grupo.
Editorial Pax.
- Fisher, J. (1998)
"Is there a Need for Cardiac Psychology? The view of practicing cardiologist",
Allan y Scheidt.
Edit. American Psychological Association. Washington
- Gaja Jaumeandreu, Raimon (1999)
Bienestar, autoestima y felicidad
Ed. Plaza y janés.
- Galindo Uribe, Jaime. (2008)
Resumen de Cardiología.
Universidad la Salle. México
- Garza, A. (1988)
Manual de técnicas de investigación para estudiantes de ciencias sociales
Ed. Harla. México.
- Goleman, Daniel. (1996)
Inteligencia Emocional.
Edit. Kairos. Barcelona, España.
- Goleman, Daniel. (1998)
La Práctica de la Inteligencia Emocional.
Edit. Kairos. Barcelona, España.

Guadalajara, José F., Fernández B. Carlos, V. Alberto, González R. Sergio, G. Perucho Ernesto, Huerta H. David y Varela S. Jorge (2007)
PAC (Programa de Actualización continua para Cardiología),
MG-1 Parte-A libro 1.
Edit. Intersistemas, S.A. de C.V. México

Guadalajara, José F. (1991)
Cardiología.
Edit. Méndez Cervantes. México

Hernández Meléndez E., Palmera Chávez A., Santos Ávila F. (2003)
Intervención Psicológica en las enfermedades cardiovasculares.
Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Guadalajara.

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar (2006)
Metodología de la Investigación.
Edit. McGraw-Hill. México.

Instituto Nacional de Cardiología (INC) "Ignacio Chávez" (1969)
Archivos del Instituto de Cardiología de México.
Editorial interamericana. México

Kerlinger, E.N.(1983)
Investigación del comportamiento: técnicas y metodología.
Nueva Editorial Interamericana. México

Kesselman Hernán y Avillar Juan Carlos (1987)
Grupo Análisis Operativo: foulkes-Pichón Riviére, un dialogo pendiente, un dialogo para el cambio.
Parte: El método C.D.R. en el análisis del trípede conceptual de Foulkes y Pichón-Riviére.
Ediciones Cinco. Buenos Aires.

Kübler-Ross (1969)
Sobre la muerte y los moribundos
Grijalvo. Barcelona

Laham, Mirta. (2006)
Escuchar al corazón.
Edit. Lumiere. Buenos Aires, Argentina

Laham, Mirta. (2001)
Abordaje psicológico al paciente cardiaco.
Edit. Lumiere. Buenos Aires, Argentina

Latorre, J.M., Et-al. (1994)
Psicología de la Salud: aportaciones para los profesionales de la salud.
Edit. Lumen. Argentina

Lazarus, A. (1989)
Terapia conductista.
Edit. Paídos. México.

Lewis Herman Judith (1992)
Vías para la recuperación del trauma
Basic Books. Nueva York

Maidana, María del Carmen (2008)
Enfermería en la atención domiciliaria del paciente cardíaco
CETIFAC. Bioingeniería. UNER. Argentina

Marx, H. Melvin; Hillix A. William (2002)
Sistemas y teorías psicológicos contemporáneos
Ed. Paidós. México

Mckay, M. Davis y Fanning, P. (2008)
Reestructuración cognitiva
Centro de terapias cognitivo-conductual y ciencias del comportamiento.
CETECIC. EUA

Montoya Torno, Mario. (2002)
Cardiología.
Publicado por: Corporación para Investigaciones Biológicas. México

Moorey, A. C., Lutwick, L. I., Schantz, P.M., Pilcher, J.B., ET-AL(1994)
Prevalencia de cisticercosis en un una comunidad ortodoxa judía.
Am. J. Trop. Med. Hyg

Mundt, Christoph (2004)
La psicoterapia y los paradigmas biológicos últimos ¿Cómo se relacionan?
Universidad de Heidelberg, Alemania.
Pormeleau, O. F. y Brady, J. P. (1979)
Behavioral medicine: theory and practice.
El comportamiento de la medicina: teoría y práctica.
MA: Williams and Wilkins. Baltimore

PovedaSalvá, Rosa. (2008)
Generalidades sobre el paciente crónico.
Universidad de Alicante. Galicia España.

Piaget, Jean. (1980)
La psicología de la inteligencia.
Edit. Grijalbo. Barcelona

Romero Illescas, Ana Lucrecia. (2007)
Padres de niños y niñas con parálisis cerebral.
Universidad de San Carlos. Guatemala

Ruiz Sánchez, Juan José. (2001)
La interpretación cognitiva de Ellis y Beck
Ubeda. España

Sarasola, María Jesús. (2008)
Tres de cada diez pacientes cardiacos sufren depresión en su convalecencia.
Diario Vasco. San Sebastian. España.

Simon, M. A. (1993)
Psicología de la Salud: Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención.
Edit. Piramide. España

Sociedad Española de Nutrición Básica y Aplicada (SENBA). (2008)
Factores de riesgos de las ECV.
UNED. España

Sunthareswaran, Romeshan; FaganToby. (2003)
Lo esencial en sistema cardiovascular.
Publicado por Elsevier. España.

Tizón García, J. (1998)
El duelo y las experiencias de pérdida.
Edit. Grupo Aula Médica, S.A. Madrid

Van den Berg, Belinda. (2009)
Psicología Infantil.
Ánimo Centro de Psicoterapia. España

Valdés Jaime, Lourdes María; Guerra Pérez, Luis Enrique. (2008)
Manejo socio psicológico del paciente y su familia
en la atención primaria de Salud.
Instituto Superior de Ciencias Médicas. Santa Clara.

HEMEROGRAFÍA

American College of Cardiology Foundation. (1993)
Recommendations of training in vascular medicine.
Journal of the American College of Cardiology Foundation, 22: 626-628.

Ciancaglini, Carlos. (1999)
La medicina vascular una especialidad emergente
IMC Informa. Argentina. No. 33: 299-307

Corella dolores y M. Ordovás José. (2007)
Genes, dieta y enfermedades cardiovasculares.
Revista: Investigación y ciencia. España, No. 374, págs. 74-83

Torpy, M.Janet. (2007)
El estrés emocional agudo y el corazón.
The Journal of the American Medical Association. 18 de Julio, Vol. 298, Núm.3

Yerxa, Elizabeth (1990)
Adaptación
Revista chilena de terapia ocupacional. No.6; Noviembre.
Escuela de terapia ocupacional/ Facultad de Medicina-Universidad de Chile

OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN

American Medical Association. (2005)
<http://www.ama-assn.org>

Ánime Centro de Psicoterapia. España
<http://www.adala.org>

Aránega, Amelia. (2003)
Investigando el origen de las enfermedades cardiacas.
<http://www.universia.es/html>

Arbitrio, Mónica (2009)
Terapia Familiar
<http://www.arbitrio.com.ar/index.htm>

Asociación Americana del Corazón (AHA). (2009)
Las enfermedades cardiacas.
<http://www.uchospitals.edu/online-library/content=SO3347>

Bover Freire, Ramón. (2009)
El papel de la familia en el cuidado del paciente con insuficiencia cardiaca.
<http://www.Dr.Bover.es>.

Cano Gil, José Luis. (2009)
Psicoterapia Psicodinámica. Barcelona, España
[http:// www.psicodinamica.jlc.com/articulos](http://www.psicodinamica.jlc.com/articulos)

Castañeda de la Cruz Sergio A. (2008)
Adaptación al medio
<http://www.psicopedagogia.com/definicion/adaptacion%20al%20medio>

De la Vega, Cristina (2008)
www.acyf.com.ar
www.eduacuarell.com.ar

Fernández, Castro Angélica. (2008)
[www.saptel.org.mx/articulos/la enfermedad cardiovascular y la salud mental.pdf](http://www.saptel.org.mx/articulos/la%20enfermedad%20cardiovascular%20y%20la%20salud%20mental.pdf)

Glasser (2008)
Psicoterapia de la realidad
<http://www.depression-guide.com/lang/es/reality-therapy.htm>

Laham, Mirta. (2009)
¿Qué es la Psicocardiología?
<http://www.psicocardiología.com>

Marsellach, Umbert, Gloria. (2002)
Reestructuración cognitiva.
http://www.psicologoenlared.org/articulos/re_cognitiva.htm

National Heart, Lung and Blood Institute (INCPYS).(2008)
Instituto Nacional de Corazón, los Pulmones y la Sangre.
Enfermedades del corazón.
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/heartdiseases.html>
http://www.nhlb.nih.gov/health/pubs/pub_gen.html

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008)
<http://www.who.int/es>

Reestructuración Cognitiva (2007)
<http://www.narbona.com/psicontrol/juego/reestruc.htm>

The National Institute for Health and Clinical Excellence (2009)
Manejo relacionado con la Salud física y mental. Reino unido
http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2013

The National Women's Health Information Central (NWHIC).(2005)
Enfermedades cardiacas.
<http://www.4woman.gov/>

ANEXO 1

Encuesta

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: F M

Fecha: _____ Padecimiento: _____

1. ¿Hace cuánto tiempo que presenta la enfermedad?
1-5 años 5-10 años Más de 10 años
2. Su reacción al saberlo fue:
Incredulidad Enojo Tristeza Miedo Aceptación
3. A raíz de este padecimiento ha cambiado su:
Alimentación Actividad Física Economía Edo. Ánimo Trabajo
4. ¿Su vida familiar ha sufrido algún cambio ante su padecimiento?
Sí _____ NO _____ ¿Cuál? _____
5. ¿Actualmente consume alguno de los siguientes alimentos?
Grasas Sal Refrescos Comida chatarra
6. ¿Sigue las indicaciones que el médico le da para su manejo?
Siempre Casi Siempre Algunas Veces Rara Vez Nunca
7. Toma los medicamento que le recetan:
Siempre Casi Siempre Algunas Veces Rara Vez Nunca
8. ¿Se cuida físicamente?
Sí _____ NO _____ ¿Cómo? _____
9. ¿Realiza ejercicio?
Sí _____ NO _____ ¿Cuál? _____
10. ¿Actualmente fuma?
Sí _____ NO _____ Cantidad cigarrillos _____
11. ¿Actualmente ingiere bebidas que contienen alcohol?
Sí _____ NO _____
Cantidad _____ Frecuencia _____
12. ¿Consume alguna sustancia o droga?
Sí _____ NO _____ Frecuencia _____
13. Su estado de ánimo actual es:
Tranquilo Alegre Triste Enojado Nervioso

14. ¿Quién le acompaña a sus citas con el médico?

15. ¿Su familia está pendiente de su tratamiento?

Siempre Casi Siempre Algunas Veces Rara Vez Nunca

16. ¿Su familia ha realizado algún cambio para apoyarle en el manejo de su padecimiento?

SÍ _____ NO _____ ¿Cuál? _____

17. En caso de que hayan cambios, ¿éstos le han beneficiado?

SÍ _____ NO _____ ¿Cómo? _____

18. ¿Este padecimiento ha afectado a su economía?

SÍ _____ NO _____ ¿Cómo? _____

19. ¿De qué manera paga los medicamentos y la atención?

20. ¿Sus creencias religiosas o culturales le ayudan a mantenerse con firmeza ante los nuevos cambios que se generan en torno a su padecimiento?

SÍ _____ NO _____ ¿Por qué? _____