



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**EFICACIA DE LA PSICOEDUCACIÓN PARA MODIFICAR
ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y PERCEPCIÓN DE CONTROL EN
PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

JAVIER MIGUEL PÉREZ

JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR: DR. CARLOS GONZALO FIGUEROA LÓPEZ

COMITÉ: DRA. BERTHA RAMOS DEL RÍO

DRA. FABIOLA ITZEL VILLA GEORGE

LIC. ENRIQUETA CECILIA RUEDA BOLAÑOS

DR. JOSÉ LUIS ACEVES CHIMAL

PROYECTO CONACYT SALUD-CO1-201124



MÉXICO, CDMX

AGOSTO 2016



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.

DEDICATORIAS

A mis Padres

A Dios agradezco infinitamente por tenernos a ustedes llenando de dicha y amor cada día de mi vida; es por ello que este logro en mi carrera profesional se lo dedicó principalmente a ustedes, quiero que sepan que es para ustedes y que siempre estarán en mi mente y corazón. Sinceramente, Javier.

Mamá

Gracias mamita por todo el apoyo brindado para conmigo durante todo este tiempo, quiero que sepas que sin tu apoyo hubiera sido más difícil llegar a la meta, sin embargo y pese a todo, lo hemos logrado, no tengo las palabras exactas para describir todo lo que siento por ti, pero lo único que sé es que te quiero con todo mi ser y que estoy orgulloso de ser tu hijo.

Papá

Gracias papá por todo el apoyo incondicional que me has brindado siempre, gracias por enseñarme con el ejemplo lo que a veces no se debe hacer, quiero que sepas que me siento muy orgulloso de usted, lo quiero, lo admiro y lo respeto.

A mis hermanas

Paty y Laura, también dedicó este logro con ustedes, esperando ser una inspiración de superación, cuentan con mi apoyo y cariño siempre.

A mis sobrinos

Alan, Jesús, Uriel y Alexa, espero que cuando lean esto sea una inspiración para ustedes, porque cuando se lucha por algo y se trabaja en ello se pueden lograr los sueños, los quiero mucho.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, porque el creer en ti me ha llenado de fuerza para salir adelante y dar lo mejor de mí.

Dr. Carlos Figueroa

Gracias por la confianza brindada y por permitirme estar en su gran equipo de trabajo, es para mí un honor, espero sea el primero de muchos trabajos. Mi respeto y lealtad para con usted.

Dra. Bertha Ramos

Gracias por ser la primera persona en confiar en mí y en mi trabajo, nunca lo olvidare, gracias por el apoyo brindado, será un honor seguir perteneciendo a su equipo de trabajo. Mi respeto y lealtad para con usted.

Dra. Itzel Villa

Gracias por el apoyo brindado para la realización de este trabajo, fue un honor que estuviera en mi jurado.

Lic. Enriqueta Rueda

Gracias Queta, por el todo el apoyo brindado para este trabajo, es un honor para mí que seas parte de mi jurado, eres un ejemplo a seguir para mí. Espero volver a trabajar contigo.

Dr. Aceves

Gracias por todo el apoyo para con mi tesis, pero sobre todo gracias por permitirme estar en el hospital y tener la experiencia de trabajar con cada uno de los pacientes del CMN 20 de Noviembre del área de Cardiología.

A Karen Talavera

Este agradecimiento es muy especial, gracias Tala por todo el apoyo que me has brindado para con mi tesis, nunca voy a olvidar todo lo que has trabajado junto a mí, espero en un futuro seguir trabajando juntos y aprender todo lo que tú sabes.

*A la **FES Zaragoza UNAM**, mi alma mater, estoy orgullo de ser puma y de pertenecer a la máxima casa de estudios y a cada uno de mis maestros que me formaron durante mi estancia en la facultad.*

A mis amigos

Cuah, Alesita, Mariana, Brenda, Sarah, Nayeli, Ivana, Vero, gracias porque a su lado la estancia en la FES fue más amena, pasamos momentos increíbles..

A Isquémicos Team

Emmanuel, Alan, Edy, Citla, Vane y Paty, este tiempo a su lado me ha dejado grandes aprendizajes.

A Conacyt

*Gracias al proyecto **CONACYT SALUD-CO1-201124** por el apoyo brindado para la culminación de este trabajo.*

¡GRACIAS A TODOS!

ÍNDICE

| | |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| RESUMEN | 1 |
| INTRODUCCIÓN | 2 |
| CAPÍTULO 1 | 4 |
| EL CORAZÓN Y LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA | 4 |
| 1.1 Anatomía y fisiología del corazón | 4 |
| 1.2 Cardiopatía isquémica | 7 |
| 1.2.1 Manifestaciones clínicas | 7 |
| 1.3 Diagnóstico | 8 |
| 1.4 Tratamiento | 9 |
| 1.4.1 Farmacológico | 9 |
| 1.4.2 Quirúrgico | 10 |
| CAPÍTULO 2 | 12 |
| FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LA HOSPITALIZACIÓN | 12 |
| 2.2. Ansiedad | 13 |
| 2.3 Depresión..... | 15 |
| 2.3 Ansiedad y Depresión | 17 |
| 2.4 Percepción de control | 19 |
| CAPÍTULO 3 | 24 |
| INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS | 24 |
| 3.1 Técnicas psicológicas en pacientes hospitalizados | 25 |
| 3.2 Psicoeducación | 28 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 31 |
| JUSTIFICACIÓN | 32 |
| OBJETIVO GENERAL | 33 |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 33 |
| HIPÓTESIS | 34 |
| MÉTODO | 34 |
| RESULTADOS | 41 |
| DISCUSIÓN | 47 |
| CONCLUSIONES | 50 |
| REFERENCIAS | 50 |
| ANEXOS | 59 |

RESUMEN

El objetivo general del presente estudio fue analizar la eficacia de la psicoeducación sobre la ansiedad, depresión y la percepción de control en pacientes hospitalizados con cardiopatía isquémica candidatos a revascularización coronaria. Participó una muestra no probabilística de 32 pacientes hospitalizados diagnosticados con cardiopatía isquémica candidatos a revascularización coronaria del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE, divididos en dos grupos de 16 pacientes cada uno (control y experimental). Se aplicaron la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria) y la Escala de Competencia Percibida en Salud. Se utilizó un estudio cuasiexperimental con pretest y postest. Los resultados obtenidos mostraron en el grupo experimental una tendencia a no incrementar la ansiedad y la depresión, aunque no en forma significativa. Mientras que en el grupo control se encontró un incremento estadísticamente significativo en las puntuaciones sobre la variable ansiedad ($p=.032$) y sobre la variable depresión ($p=.025$). La Rho de Spearman mostró una correlación inversa estadísticamente significativa entre la variable percepción de control con la ansiedad ($r= -.385$, $p = 0.30$) y la depresión ($r= -.436$, $p = 0.013$). Se concluye que la psicoeducación si influyó sobre la ansiedad, la depresión y la percepción del control y que existe una correlación inversa entre la percepción del control con la ansiedad y la depresión.

Palabras clave: Psicoeducación, Percepción de control, Comorbilidad emocional, Cardiopatía Isquémica.

INTRODUCCIÓN

Los países en desarrollo están experimentando un cambio dramático en las causas de enfermedad y muerte. Las enfermedades infecciosas ya no son la única amenaza a la que se enfrentan, hoy en día las enfermedades no transmisibles ocupan una mayor prevalencia en los índices de mortalidad, esto a causa de los cambios en el régimen alimenticio y estilo de vida, así como al rápido envejecimiento de la población (Juárez, 2013).

Las principales enfermedades no transmisibles son las del corazón, cáncer, diabetes y artritis; los trastornos psiquiátricos y enfermedades respiratorias crónicas también se están agregando ahora rápidamente a la carga de morbilidad mundial (INEGI, 2006).

Las enfermedades cardiovasculares (EVC) son la principal causa de muerte a nivel mundial, se estima que el 29.6 % de las muertes en el mundo fueran causadas por las EVC (Mendoza, 2016). La Organización Mundial de la Salud (OMS) calculo que en el año 2012 fallecieron por esta causa un 30 % de todas las muertes registradas en el mundo y entre ellas encontramos que 7.3 millones se debieron a Cardiopatía Coronaria (Nochols, Townsend, Scarborough y Rayner, 2013).

De acuerdo con Monroy, et al, (2007) en México las enfermedades del corazón son la primera causa de mortalidad general, por cada 100 mil habitantes hay 120 defunciones por Cardiopatía Isquémica (CI) esto debido a que afecta a una población que está expuesta a riesgos como la obesidad, tabaquismo, alcoholismo y sedentarismo, sumando a que no suelen tener el beneficio de programas preventivos. Asimismo existe una carga financiera importante en la economía de la salud con repercusiones que no solo se limitan en el aspecto de la atención médica sino que se extiende a aspectos sociales y laborales.

La Psicología de la Salud postula que en todas las enfermedades están presentes estados emocionales, comportamientos y valoraciones acerca de la condición patológica, las limitaciones que lleva aparejadas, las exigencias de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el pronóstico y el impacto para la vida futura. Se considera además que cada paciente presenta su propia “respuesta a la enfermedad”, en la que se ponen de manifiesto no sólo las características regulares de esta como hecho biológico, sino también, y sobre todo, las del sujeto como persona actuando en una situación específica (Veloso, López, Veloso & Dagoberto, 2008).

Por lo tanto las enfermedades cardiacas se han convertido en un tema de importancia para los especialistas en salud, ya que existen factores psicosociales que afectan al corazón como es estrés, ansiedad y depresión. Asimismo pueden intervenir durante la hospitalización repercutiendo en la óptima recuperación del paciente. Es por esto por lo cual surge la Cardiología Conductual que es una extensión de la Medicina Conductual encargada de estudiar estos factores que afectan el proceso Salud-Enfermedad (Figuroa, Trejo, Ramos y Alcocer, 2008)

Una persona hospitalizada a causa de su enfermedad es más propensa a presentar estados emocionales lo cuales podrían estar relacionados con la poca información que se tiene al respecto de la enfermedad que se padece y sobre los procedimientos médicos al que será sometido para mejorar su salud y la calidad de vida.

Es importante que en las instituciones de salud hospitalaria se aborde el tema de la salud desde una perspectiva amplia e integradora que incluya los aspectos bilógicos, psicológicos y sociales y que incorpore la promoción de la salud, debido a esto es necesario la implementación de tratamientos psicológicos en el manejo de las enfermedades y tratamientos (Sánchez, Velasco, Rodríguez y Baranda, 2006).

El presente trabajo tuvo como objetivo analizar la eficacia de la psicoeducación sobre la ansiedad, depresión y la percepción de control en pacientes hospitalizados con cardiopatía isquémica candidatos a revascularización cardíaca.

CAPÍTULO 1

EL CORAZÓN Y LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

1.1 Anatomía y fisiología del corazón

El corazón es uno de los órganos más importante del ser humano, es un músculo hueco y es parecido a un puño, su peso es aproximadamente entre 200-300 gramos en mujeres y 250-350 gramos en hombres y varía según la edad y proporción de la persona. Se encuentra ubicado en el interior del tórax, detrás del esternón y delante del esófago y a ambos lados se encuentran los pulmones. El corazón descansa por encima del diafragma (músculo que divide la cavidad torácica de la cavidad abdominal) (The children heart foundation, 2004; Ballesteros, 2009).

El corazón se compone por tres capas: la primera se le denomina endocardio, la cual está formada por una capa de células las cuales cubren las cavidades cardiacas internas, en un segundo plano tenemos al miocardio que es el músculo que se encarga de ejercer las contracciones cardiacas para bombear la sangre y por último el epicardio que es la capa externa que cumple con la función de mantener la ubicación anatómica de las arterias y venas coronarias (Marrupe, 2009).

Asimismo el corazón está dividido por cuatro cavidades, dos del lado derecho y dos del lado izquierdo. Las dos cavidades superiores se les llaman aurículas y a las dos inferiores se denominan ventrículos. También posee cuatro estructuras llamadas válvulas (tricúspide, mitral, aortica y pulmonar), las cuales su función es permitir el paso de la sangre entre las aurículas a los ventrículos y de los ventrículos hacia la arteria pulmonar y la aorta (The children heart foundation, 2004; Tortora y Derrickson, 2006; Texas Heart Institute, 2015).

El corazón posee dos caras, una anterior y otra posterior, de igual forma tiene dos bordes: derecho e izquierdo. En la superficie cardiaca se encuentra la grasa por donde avanzan las venas y arterias que irrigan al corazón, el decir, el sistema coronario (Ballesteros 2009; Lyer, Edelman y Lilly, 2009).

Respecto a la circulación de la sangre Santos (2006) menciona que existen dos tipos:

Circulación pulmonar: el lado derecho del corazón es el que se encarga de generarla, consiste en la recolección de la sangre pobre en oxígeno (sangre con dióxido de carbono) por medio de la vena cava superior e inferior depositándola en la aurícula derecha, esta a su vez es llevada al ventrículo derecho por medio de la válvula tricúspide y posteriormente enviada a los pulmones por medio de la válvula y arteria pulmonar y es ahí donde se realiza el intercambio de dióxido de carbono por oxígeno.

Circulación sistémica: esta se realiza del lado izquierdo del corazón, comienza con la recolección de la sangre rica en oxígeno por medio de las venas pulmonares depositándola en la aurícula izquierda, esta a su vez es enviada al ventrículo izquierdo por medio de la válvula mitral, posteriormente es enviada a la arteria más importante (aorta) a través de la válvula aórtica, llevando así los nutrientes necesarios a todos los tejidos del cuerpo y al mismo tiempo recogiendo los productos de desecho.

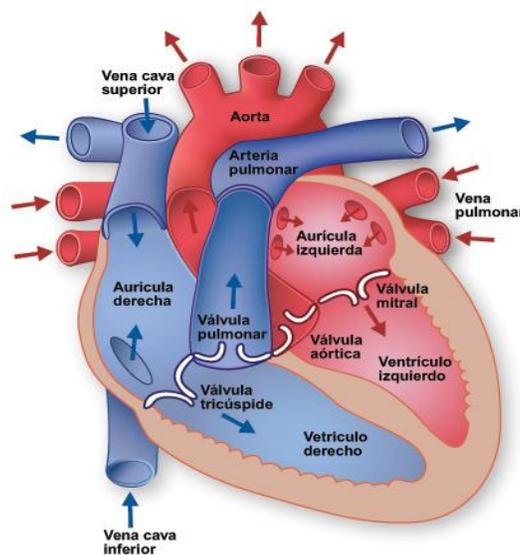


Figura 1. Esquema del corazón.

Sistema coronario

El sistema coronario es el que se encarga de irrigar sangre rica en oxígeno al músculo cardiaco, ya que de la misma forma que los demás tejidos del cuerpo el corazón necesita nutrientes y oxígeno para funcionar de manera adecuada. Esto ocurre por medio de las arterias coronarias que provienen de la aorta descendente justo por encima de las valvas de la válvula aortica las cuales rodean al corazón (Tortora y Derrickson, 2006). Existen dos arterias coronarias principalmente:

- a) La gran arteria coronaria izquierda la cual pasa entre la aurícula izquierda y el tronco pulmonar hasta llegar al surco auriculoventricular y es ahí donde esta arteria se divide en arteria descendente anterior izquierda y arteria circunfleja.
- b) La arteria coronaria derecha recorre el surco auriculoventricular y pasa por la cara posterior entre la aurícula derecha y ventrículo derecho, esto ocurre a través de las ramas marginales agudas (Lyer, Edelman y Lilly, 2009; Hall y Guyton, 2012).

Por otra parte encontramos también a las venas coronarias que al igual que las arterias coronarias su distribución es similar, la sangre que transportan estas venas proviene del miocardio y llegan a la aurícula derecha, ya que es ahí donde llega la sangre pobre en oxígeno (Baldiviezo, 2013).

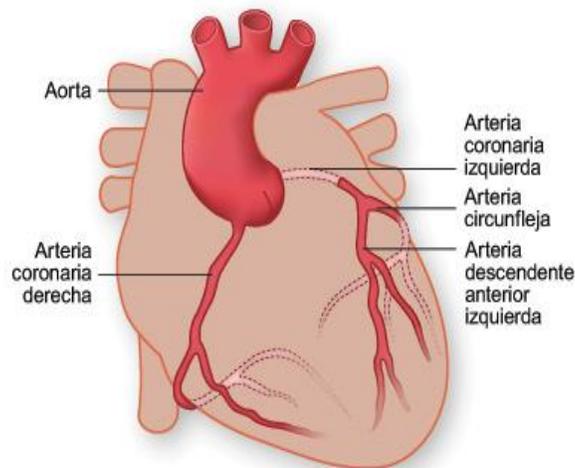


Figura 2. Sistema coronario.

1.2 Cardiopatía isquémica

De acuerdo con la OMS en el 2015 las enfermedades cardiovasculares son un grupo de afecciones del corazón y/o de sus grandes vasos, en este grupo de desórdenes cardiacos podemos encontrar a las enfermedades cerebrovasculares, las cardiopatías congénitas y la cardiopatía isquémica.

La **cardiopatía isquémica** es una patología en la cual ocurre un desequilibrio entre el suministro de sangre, oxígeno y nutrientes al músculo cardiaco (Jadroque, 1999 en Rivero, Castro, Galindo y Rodríguez, 2005). Una de las principales causas de esta cardiopatía es la aterosclerosis, la cual hace referencia a un tipo de patología inflamatoria crónica, donde la pared de la arteria se ve obstruida por placas de lípidos, permitiendo un menor flujo de sangre hacia este órgano (Young y Libby, 2009).

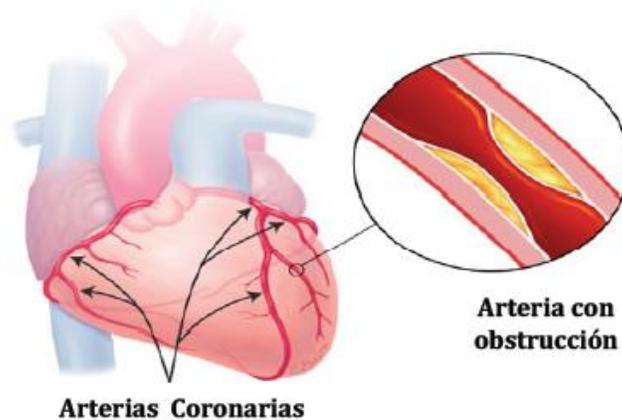


Figura 3. Cardiopatía Isquémica.

1.2.1 Manifestaciones clínicas

La presentación clínica de la cardiopatía isquémica puede ser muy variable y con ello da lugar a un conjunto de síndromes (síntomas característicos de una patología) como la angina de pecho o bien presentarse de manera asintomática

como la isquemia silente. En la tabla 1 se presentan los síndromes que se manifiestan en la cardiopatía isquémica (Macín, et al., 2009).

Tabla 1. Síndromes asociados a la Cardiopatía Isquémica.

| Síndrome | Descripción |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Angina de pecho | Es una sensación molesta en el pecho de corta duración, aparece repentinamente y desaparece en cualquier momento. |
| Angina estable | Es un tipo de angina transitoria predecible y crónica que se produce durante situaciones de esfuerzo físico y tensión emocional. |
| Angina variante | También conocida como angina de Prinzmetal, suele reproducirse en reposo ya que en este caso la isquemia es una consecuencia de la reducción transitoria del aporte de oxígeno. |
| Isquemia silente | Son episodios de isquémica cardiaca que se producen sin molestia ni dolor. Puede resultar difícil su diagnóstico, sin embargo existen pruebas completarias que permiten saber de su existencia. |
| Infarto miocardio | Se manifiesta por un dolor en el pecho muy parecido al de una angina, sin embargo este episodio es de más duración. |

1.3 Diagnóstico

Una vez que se sospecha que el paciente tiene una angina de pecho, existen varios procedimientos diagnósticos que suelen ser de gran utilidad para poder confirmar que se trata de una isquemia (Fernández, Jiménez, Bodi y Barrabes, 2012). Entre estos se encuentran los siguientes:

Electrocardiograma: es un estudio muy útil en la que se registra la actividad eléctrica del corazón, suele presentar cambios en el segmento ST y la onda T así como en las ondas Q, estos cambios varían según la manifestación clínica de la isquemia del paciente.

Prueba de esfuerzo: es un estudio que al igual que el electrocardiograma permite conocer el ritmo cardiaco del corazón. Sin embargo aquí se obtiene la actividad cardiaca por medio de ejercicio físico.

Ecocardiografía: se registra gráficamente la posición y movimiento del corazón por medio de un ultrasonido.

Gammagrafía: estudio en el cual se identifica la perfusión del tejido cardiaco por medio de fármacos intravenosos.

1.4 Tratamiento

El tratamiento para la cardiopatía isquémica puede ser de dos tipos el farmacológico y quirúrgico, y depende del cuadro clínico que presente el paciente para que se determine qué tipo de tratamiento es el óptimo para su disminuir la sintomatología de esta patología (Flores, 2015).

1.4.1 Farmacológico

Con base en la Guía Rápida para el Diagnóstico y Tratamiento de la Cardiopatía Isquémica (2010), a continuación se describen los fármacos más comunes para el tratamiento de esta patología.

Nitratos orgánicos: su función principal es la venodilatación (la tensión parietal disminuye). Se emplea para el tratamiento de episodios agudos, ya que su efecto es muy rápido. Asimismo se administra antes de que el paciente realice alguna actividad que se sabe le provoca una angina de pecho.

Beta bloqueantes: consiste en la reducción de la demanda de oxígeno del miocardio y se dirige hacia los receptores beta de los cuales hay dos tipos de receptores adrenérgicos: beta1 se limitan al miocardio y beta2 los cuales se encuentran por todos los vasos sanguíneos. Cuando se suministran fármacos que

contienen beta1 la frecuencia cardíaca y la contractilidad aumentan y como consecuencia los antagonistas adrenérgicos beta reducen la fuerza de la contracción ventricular y frecuencia cardíaca, teniendo como beneficio el alivio de la isquemia.

Antagonista de calcio: su función principal es la disminución de demanda de oxígeno al miocardio y también actúan como vaso dilatadores, además reduce la fuerza de contracción ventricular y disminuye la frecuencia cardíaca.

1.4.2 Quirúrgico

Dentro del tratamiento quirúrgico, también denominados procedimientos médico invasivos se encuentra: la intervención coronaria percutánea y la revascularización coronaria quirúrgica.

Intervención coronaria percutánea: conocida también como angioplastia, esta intervención se realiza para permitir una buena circulación de la sangre hacia el músculo cardíaco. Se realiza en la sala de hemodinamia bajo anestesia local. Consiste en la introducción de un catéter que se dirige a la zona en donde se encuentra la obstrucción y es ahí donde por medio de un “stent” comprime la placa de lípidos acumulados (Naik, Sabatine y Lilly, 2009).

Revascularización coronaria quirúrgica: también conocida como bypass, es un procedimiento a corazón abierto que se realiza bajo anestesia general, mediante una inserción en el tórax. En este tipo de intervención el cirujano cardiólogo realiza un injerto de alguna otra arteria del mismo paciente (arteria mamaria interna, arteria radial o bien de la vena safena) en la cual se crea un puente que se coloca en la aorta y termina después de la arteria coronaria dañada, permitiendo así una nueva ruta que proporcione sangre oxigenada al músculo cardíaco (Infantes y Velázquez, 2010).

En estos procesos se presentan preocupaciones que para los pacientes, pueden ser percibidas como amenazantes y si no se saben afrontar adecuadamente

puede causar la aparición de emociones negativas como el estrés y la ansiedad (Díaz, 2014).

En el siguiente capítulo se abordarán aspectos psicológicos que se manifiestan durante el proceso de la hospitalización, en específico, cuando el paciente hospitalizado con cardiopatía isquémica es sometido a la revascularización coronaria.

CAPÍTULO 2

FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LA HOSPITALIZACIÓN

En todas las enfermedades están presentes estados emocionales, comportamientos y valoraciones acerca de la condición patológica, las exigencias de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el pronóstico y el impacto para la vida futura. Se considera además que cada paciente presenta su propia “respuesta a la enfermedad”, en la que se ponen de manifiesto no sólo las características regulares de esta como hecho biológico, sino también, y sobre todo, las del sujeto como persona actuando en una situación específica (Veloso, López, Veloso y Dagoberto, 2008).

La finalidad de que una persona se encuentre hospitalizada es para recuperar su salud y mejorar su calidad de vida, sin embargo durante la hospitalización las personas manifiestan emociones que interfieren de manera positiva o negativa durante su estancia hospitalaria.

Tal es el caso de la ansiedad y la depresión los cuales son factores de riesgo que interfieran en el proceso de hospitalización y recuperación del paciente. Asimismo existen factores a los que se les llama protectores como la percepción de control que por el contrario su función es generar en el paciente una mejor perspectiva sobre la situación y así poder recuperarse más rápido.

Cabe mencionar que los factores antes mencionados no son los únicos que pueden interferir de manera negativa o positiva durante la hospitalización de los pacientes, también existen otros como la percepción de calidad de vida, apoyo social, estrés, estrategias de afrontamiento y resiliencia. Sin embargo para fines de esta investigación solo se profundizará en ansiedad, depresión y percepción de control.

2.2. Ansiedad

El Sistema Nervioso Central es el encargado de procesar información de amenaza o peligro y es enviada al Sistema Nervioso Autónomo en donde por medio del sistema simpático prepara al organismo para la acción de defensa en caso de una amenaza. Los síntomas que se llegan a presentar son taquicardia, tensión muscular, manos y pies fríos, entre otros. Una vez que la amenaza ha desaparecido el sistema parasimpático es el encargado de restaurar al cuerpo a su estado natural (Barker, Barasi y Neal, 2002).

Asimismo la ansiedad se manifiesta en cualquier persona y puede ser de forma transitoria y crónica y produce reacciones agresivas lo que resulta un incremento en el estrés experimentado por el paciente. Existen diversos tipos de trastornos referentes a la ansiedad los cuales se dividen en trastornos de ansiedad generalizada, crisis de angustias, reacciones de estrés y fobias (Valenzuela, Barrera y Orleans, 2010). Asimismo la ansiedad es una reacción emocional normal ante una situación amenazante que va acompañada de una actividad simpática (Barker y Barasi, 2002).

De acuerdo con (Butcher, Mineka, y Hooley, 2003), desde una perspectiva cognitiva la ansiedad es un estado de ánimo negativo, una preocupación respecto a los peligros o amenazas futuras, una preocupación por sí mismo y una sensación de que se es incapaz de predecir futuras amenazas, o de controlarlas en el caso de que realmente se produzcan.

En la vida cotidiana la ansiedad surge en la mayoría de las ocasiones en contextos de demandas como presiones de estrés cotidiano, actos de violencia y una enfermedad mortal y suele venir con sentimientos de inquietud, recelo, miedo y nerviosismo que usualmente se asocia a preocupaciones excesivas y se puede considerar como una experiencia negativa (Benito, Simón & Matachana, 2014).

La situación de hospitalización genera un gran estrés que puede manifestarse con un elevado índice de ansiedad. Agentes desencadenantes pueden ser la enfermedad, el hospital, y las expectativas con respecto a los

cuidados, tratamientos e intervenciones a las que tiene que ser sometido, el enfermo puede sufrir ansiedad si percibe el medio hospitalario amenazante, por estar alejado de sus familiares, si fracasa en afrontar su enfermedad o tratamiento (Hernández, Orellana, Kimelman, Núñez y Ibáñez, 2005).

Ante el hecho de ser hospitalizado y presentar altos niveles de ansiedad influye en los procedimientos médicos a los que será sometido, lo que a su vez repercute en su recuperación durante el proceso postquirúrgico, traduciéndose en una estancia hospitalaria mayor, con aumento de la medicación analgésica y esto conlleva un alto coste económico en el sector salud (Rodríguez, Gómez y Fernández, 2001).

La evaluación de la ansiedad y su tratamiento debe ser parte de la atención que se le brinde a un paciente, con la finalidad de disminuir riesgos de eventos cardiacos, ya que la ansiedad puede favorecer a aumentar las repercusiones médicas y psicológicas, aumenta las posibilidades de un evento cardiaco agudo, también interfiere en la adhesión al tratamiento e incluso generar complicaciones después de un ingreso hospitalario por un síndrome coronario agudo (Moser, 2007).

Para poder evaluar la ansiedad existen instrumentos como El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), versión en español del STAI (State-Trait Anxiety Inventory), consta de dos escalas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad. *Ansiedad-rasgo*, en la que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente y *Ansiedad-estado*, en las que los sujetos responden cómo se sienten en un momento determinado.

Otro instrumento utilizado para medir la ansiedad es la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria de la cual se hablará más adelante.

En una investigación realizada por Mora (2015), en el Hospital 20 de Noviembre, ISSSTE en México, participaron 62 pacientes hospitalizados esto con el objetivo de encontrar relación entre la ansiedad preoperatoria y estrategias de afrontamiento en pacientes con cardiopatía isquémica sometidos a revascularización coronaria. Se encontró que el 48% de la muestra manifestó tener

niveles de ansiedad preoperatoria alta, se concluye entonces que es de suma importancia implementar programas de intervención psicológica con el fin de disminuir la ansiedad y generar en el paciente habilidades para poder enfrentarse a este tipo de procedimientos.

Estudios prospectivos sobre la ansiedad indican que tiene un impacto negativo en el curso de la enfermedad (severidad, mortalidad y recurrencia) y su influencia aparece incluso independiente de la depresión, cuya variable está altamente relacionada (Zvolensky y Smits, 2008).

2.3 Depresión

Fisiológicamente la depresión implica a nivel del SNC un desequilibrio de las monoaminas neurotransmisoras, noradrenalina y serotonina, y posiblemente, también de la acetilcolina y de las endorfinas. Conductualmente, la depresión se caracteriza principalmente por la reducción generalizada en la frecuencia de las conductas, que a su vez sería la consecuencia de una pérdida de reforzadores positivos contingentes a la conducta o de una pérdida en la efectividad de tales reforzadores y desde el punto de vista cognitivo, la idea fundamental es que la depresión depende de cómo el individuo interpreta los acontecimientos que le ocurren. Existe una gran variedad de teorías que señalan distintos elementos cognitivos, entre ellas destacamos tres: la Teoría de Beck, la Teoría de la Desesperanza y la Teoría de la Indefensión Aprendida (Piqueras, Martínez, Ramos, Rivero, García y Oblitas, 2008).

La depresión es definida como la incapacidad de experimentar placer, va acompañada de una desmoralización y sufrimiento prolongado, reacción a la pérdida (dolor), pérdida de la autoestima y una actitud pesimista (Snaith, 2003).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2005), indica que 8.8% de la población mexicana ha presentado por lo menos un cuadro de depresión alguna vez en su vida y 4.8% lo presentó en el año previo a la

realización de esta encuesta. Se calcula que la mitad de estos casos son severos. La depresión es 1.5 veces más frecuente en las mujeres que en los hombres. Lozano (2009) identificó una prevalencia de depresión de 46.9 % en pacientes con cardiopatía isquémica del Hospital General de México siendo más frecuente en mujeres.

La American Heart Association (2007) considera que la depresión es uno de los seis campos de mayor impacto generado por la enfermedad cardiovascular y existe una alta posibilidad (1 de 3) que se presente en depresión mayor en pacientes con enfermedad coronaria comparando con la población en general.

Las condiciones médicas crónicas y la depresión están asociadas con limitaciones en el funcionamiento físico y el bienestar del paciente y cuando ocurren de manera concurrente, tienen un efecto perjudicial adicional. Los pacientes con depresión no tratada tienen un riesgo mayor de morbilidad, mortalidad y hospitalización prolongada, plantean mayores demandas a los servicios de asistencia y es menos probable que obedezcan al tratamiento para su condición médica. Asimismo la depresión parece amplificar los síntomas de la enfermedad médica, sumándose así a la discapacidad funcional y al deterioro social funcional de los pacientes dificulta la adhesión al tratamiento, hace más lenta la recuperación del paciente, altera el pronóstico y curso de la enfermedad (Gil, 1999; Gonzáles, Prado y Crespo, 2013).

Al igual que la ansiedad para medir depresión se necesitan de instrumentos validados que permitan conocer los niveles de depresión de una población. El inventario de depresión de Beck, es quizás uno de los más utilizados, ya que permite conocer si una persona presenta síntomas depresivos leves hasta una depresión mayor. Sin embargo en personas hospitalizadas se utiliza el HADS ya que permite conocer sintomatología depresiva de los pacientes en un contexto en particular.

En una investigación realizada por Bendezú en el 2015, en donde se evaluaron 80 pacientes hospitalizados con diagnóstico de cardiopatía isquémica en el servicio de cardiología del Hospital Regional Edgardo Rebagliati Martins en Lima-Perú, con el objetivo de identificar los factores asociados a la prevalencia de la

depresión reportando así que la edad del paciente influye en padecer síntomas depresivos. Por lo que se concluye que la depresión presenta porcentajes altos en enfermedades crónicas como la cardiopatía isquémica y en mayor medida si los pacientes se encuentran hospitalizados.

En otro estudio realizado por Gonzáles, Sánchez, Burgos y Castro (2008) el objetivo fue conocer la prevalencia de síntomas depresivos en un grupo de pacientes con cardiopatía isquémica, participaron 56 pacientes hospitalizados del servicio de medicina interna de hospital número 12 “Lic. Benito Juárez García” del Instituto Mexicano de Seguro Social encontrando una prevalencia de síntomas depresivos elevados del 24.7 %. En el cual se concluye que es necesaria la intervención de la sintomatología depresiva con el fin de mejorar el pronóstico de la cardiopatía isquémica.

2.3 Ansiedad y Depresión

La ansiedad y la depresión son unas de las emociones que más se relacionan durante el proceso de la hospitalización, esto debido a las preocupaciones relacionadas con la enfermedad al estar lejos de casa y sus familiares, a la pérdida de la independencia, el miedo a una cirugía y a las complicaciones que conlleva (Baeza, Balaguer, Beler, Coronas y Gullamon, 2008).

Para medir ansiedad y depresión se encuentra la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión HADS (por sus siglas en inglés) de Zigmond y Snaith (1983), permite detectar trastornos de ansiedad y depresión en un medio hospitalario no psiquiátrico o en medios de atención primaria. El contenido de la HADS está referido a los aspectos psicológicos de la ansiedad y depresión. La exclusión de síntomas somáticos (insomnio, fatiga, pérdida de apetito, etc.) evita equívocos de atribución cuando se aplica a individuos con algún tipo de enfermedad. Esta escala ha sido validada en México con pacientes hospitalizados (Orozco, Pérez, Barrientos, Robles y Sierra, 2013).

Grau, Suñer, Abulí y Comas en el 2003 realizaron una investigación en donde el objetivo fue conocer la prevalencia de ansiedad y depresión en los pacientes que ingresaban a una sala de medicina interna, su relación con variables sociodemográficas y con la gravedad de la enfermedad así como conocer la percepción de los enfermos de la gravedad y reversibilidad de su enfermedad y su asociación con la ansiedad y la depresión. La muestra estuvo conformada por 260 pacientes del servicio de medicina interna del Hospital de Figueres en Madrid. Los resultados muestran una prevalencia de ansiedad de 39.8 % en mujeres y 21.5 % en hombres. Respecto a la depresión se encontró una prevalencia de 31.8 % en mujeres y 16.3 % en varones. Los pacientes con ansiedad tenían poca información respecto a su enfermedad y los pacientes deprimidos mayor edad y deterioro físico. Se concluye que la ansiedad y la depresión en pacientes hospitalizados eran alta.

En México y en específico con población cardiópata se ha realizado diversas investigaciones en donde se ha evaluado la ansiedad y depresión, así como otras variables psicológicas relacionadas con los pacientes cardiopatas.

Esquivel y colaboradores (2009) realizaron una investigación con el objetivo de identificar la prevalencia de ansiedad y depresión en sujetos hospitalizados por síndrome coronario agudo del departamento de Cardiología de la Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital Estatal número 71 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Torreón Coahuila. La muestra estuvo conformada por 139 pacientes encontrando una prevalencia de ansiedad del 38.8 % y de depresión de 31.2 %. Se concluye que la ansiedad y la depresión en pacientes hospitalizados con diagnóstico de cardiopatía isquémica son altos.

Sarmiento (2011) en un estudio cuyo objetivo fue determinar si existían diferencias significativas en la presencia de ansiedad, depresión y calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca y pacientes con arritmia cardiaca. La muestra estuvo conformada por 140 pacientes (70 con IC y 70 con AC) hospitalizados. Se encontró una diferencia significativa de ($p=.000$) en ansiedad y en depresión fue de ($p=.002$) respecto a ambos trastornos cardiacos, referente a la prevalencia de ansiedad en pacientes con IC fue de 13.6 % a lo que se le considera

ansiedad severa y en pacientes con AC fue de 7.9 %, en el caso de la depresión la prevalencia fue de 12.1% para pacientes con IC y 7.1% para pacientes con AC. Se concluye que en ambas poblaciones la ansiedad y depresión si se manifiestan, siendo en los pacientes con IC un poco más alto.

Hernández (2012) realizó una investigación con el objetivo de identificar los estilos de afrontamiento y su relación con la ansiedad y la depresión en pacientes con diagnóstico de arritmia cardíaca candidatos a implante de marcapaso del Hospital General de México. Se encontraron niveles altos de ansiedad (83%) y depresión (75%). Se concluye que la evidencia de variables psicológicas hace necesaria la presencia de un psicólogo de la salud para enseñar a los pacientes a disminuir los altos índices de ansiedad y depresión.

2.4 Percepción de control

Entre los pacientes con enfermedad cardíaca, la percepción de control se ha encontrado para predecir la adaptación. La aplicabilidad de los conceptos de percepción de control se extiende a pacientes con enfermedad cardíaca que han sufrido algún síndrome coronario agudo o tienen insuficiencia cardíaca. Tener percepciones fuertes del control está relacionado con la adaptación de acontecimientos estresantes. Un alto nivel de percepción de control se asocia con una mejor salud de la calidad de vida y menos síntomas de ansiedad y depresión (Arestedt, Agren, Flemme, Moser y Strömberg, 2015).

El control percibido es un concepto ampliamente utilizado entre las ciencias de la salud, la sociología y la psicología. Este concepto se utiliza a menudo como una variable de investigación y es un concepto importante dentro de teorías psicológicas de salud tales como la autoeficacia y la teoría de la conducta planeada (Jaselon, 2007).

El control percibido se puede definir ya sea como algo global o algo específico. Una definición global de uso general para la percepción el control es el

grado en que un individuo cree que tiene sobre el control de sus procesos internos. Mientras que una definición específica indica que la percepción de control es la percepción del individuo de la medida en que el rendimiento de un comportamiento es fácil o difícil (Ajzen, 2002).

El constructo de control percibido constituye una de las dimensiones utilizadas para interpretar las circunstancias de vida de las personas, así como un determinante importante sobre nuestra capacidad para manejar el estrés de manera efectiva (Salas-Auvert, 2008).

Se podría decir que la sensación de control se asocia a saber lo que se quiere, ser capaz de identificar los modos para conseguirlo, cambiar los objetivos si con el avance de lo que se quiere no resultan factibles, ser capaz de reconocer las propias habilidades, saber incrementarlas si son necesarias y decidir cuándo merece la pena ejercer el control y cuando no. Cualquier alteración en las posibilidades anteriores reduce la sensación de control (Thompson y Collins, 1995).

La investigación sobre el concepto “control” en Psicología, así como sus principales características y consecuencias sobre el comportamiento constituyen un campo muy amplio en el que existe una gran variedad de enfoques y definiciones. Se puede decir que se produce “sensación de control” cuando el individuo juzga que, ante una determinada situación, existe un agente que, a través de unos medios, puede conseguir unos resultados (Baréz et al., 2003).

Uno de los principales problemas que se encuentra al momento de intentar generalizar resultados y llegar a conclusiones útiles en el estudio del Control, se debe al gran número de conceptos y términos generados, gracias a las propuestas de diversos autores y trabajos donde se denomina a lo mismo en diferentes términos, o al contrario, conceptos distintos que son denominados con palabras idénticas. Constructos con la palabra “control” tenemos: control personal, percepción de control, locus de control, control cognitivo, control vicario, ilusión de control, control primario y secundario, etc. Y otros constructos que no incluyen la palabra control pero que se refieren al mismo tema son: indefensión aprendida,

autoeficacia, competencia, contingencia, atribución causal, expectativas de resultados, etc. (Bárez, 2002).

Entre toda esa cantidad de constructos, que intentan definir “Control” como variable psicológica, hemos elegido uno que se considera de los más importantes, denominado «control percibido», el cual hace referencia a la creencia de que uno puede tener control sobre un fenómeno frecuentemente. Este “control percibido” está vinculado a tres definiciones principales (Salas-Auvert, 2008):

Autoeficacia: se define como la creencia de disponer de las habilidades instrumentales necesarias para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para alcanzar los logros deseados. Este tipo de control percibido puede aplicarse a los diferentes sistemas de comportamiento: control cognitivo, fisiológico y conductual (Velásquez-Fernández, 2012).

Comprensión y Atribución Causa: es la capacidad percibida de comprender o predecir una transacción ambiental. En la medida que una persona formule explicaciones y atribuciones sobre un evento se sentirá con diferentes grados de control. Si puede comprender y predecir se está en control, y viceversa (Visdómine-Lozano y Luciano, 2006).

Optimismo: también denominado expectativa de resultados favorables, donde la capacidad de predecir una transacción ambiental deseada hace que la persona se sienta en control.

Pastor et al., (2009) proponen un modelo con el constructo de Competencia Percibida o Competencia Personal (CP) pues encontraron que el locus de control es una condición necesaria pero no suficiente para predecir la ejecución de una conducta de salud. Incorporaron el valor asignado a la salud (que puede concebirse como un moderador de la relación entre las creencias de locus de control interno y la ejecución de la conducta de salud; y además tiende a concebirse elevado, cuando en realidad eso no se conoce hasta que se evalúa) y las creencias de autoeficacia.

La definieron como la expectativa que una persona tiene sobre la posibilidad de actuar positivamente ante los acontecimientos. Y emparentado con el concepto

de autoeficacia, se distingue de éste en cuanto a su especificidad, pues mientras la autoeficacia hace referencia a cursos de acción relacionados con una meta concreta, la Competencia Percibida hace referencia a una creencia general, siendo un buen predictor del resultado obtenido por el sujeto en situaciones desconocidas, ambiguas o inciertas.

Para realizar una conducta de salud, los individuos han de valorar su salud como importante, considerar que es producto del comportamiento relacionado con su salud, y de manera concurrente, creer que son capaces de realizar la conducta en cuestión (Ortiz-Viveros y Ortega-Herrera, 2011)

Se han realizado algunos estudios donde se aborda la importancia de factores psicosociales relacionados con "control" como el de Competencia Percibida en la adaptación de pacientes con diversas enfermedades.

En una investigación con pacientes con fibromialgia se buscó explicar las relaciones entre cogniciones, afrontamiento centrado en la enfermedad y emociones, además de investigar el papel mediador del afrontamiento y las emociones entre las creencias de control y los resultados de salud, encontrando que las creencias de control que contienen el elemento de competencia (autoeficacia y competencia percibida en salud) tienen un efecto directo sobre todas las áreas del estado de salud evaluadas en este estudio (como dolor, ansiedad y depresión), por lo que los esfuerzos terapéuticos deberían incrementar las creencias de competencia para mejorar significativamente los resultados de salud y distrés emocional en el síndrome fibromiálgico (Lledó-Boyer, Pastor-Mira, Pons-Calatayud, López-Roig, Rodríguez-Marin y Bruehl, 2010).

Otro estudio realizado con el objetivo de describir los cambios y la influencia a lo largo del tiempo de las creencias de control sobre el estado emocional y la adaptación psicosocial en pacientes con cáncer de mama en remisión, se encontró que no hubo diferencias significativas a lo largo del tiempo, ni en las creencias de control ni en los resultados de salud, salvo que las pacientes puntuaron alto en las creencias de control, mostrando aumentos de su sentido de competencia y confianza ante los eventos negativos de su vida. Los investigadores observaron en

estas pacientes una combinación de alto nivel de locus de control externo (pues atribuían al médico u otras personas sus resultados de salud) con moderado a bajo nivel locus de control interno (ellas hacían algo por su salud), por lo que se concluye que es muy pertinente el concepto de competencia percibida como predictor más potente de la adaptación emocional y áreas de adaptación psicosocial, pues combina la expectativa de comportamiento con expectativas de. Las mujeres podrían haber creído que su salud se vio afectada por su propio comportamiento, pero eso no quiere decir que se sentían capaces de adoptar el comportamiento correcto con el fin de controlar su salud. Es allí donde la competencia percibida tiene su lugar (Neipp, López-Roig, Terol y Pastor, 2009).

En una investigación que se propuso examinar la relación entre la percepción de control de la diabetes y los componentes de salud física y mental de la calidad de vida en adultos indigentes, fueron evaluados 188 pacientes de bajos ingresos que asistían a recibir atención en un centro médico académico. Después de un periodo de 12 meses, los sujetos participantes contestaron una encuesta que evaluaba el control percibido de la diabetes y la salud relacionada con la calidad de vida. Los autores concluyen que el aumento de la percepción de control, probablemente debido a una combinación de educación y desarrollo de habilidades (o autoeficacia) se traducirá en una mayor calidad de vida percibida entre las poblaciones desfavorecidas con diabetes (Hernández-Tejeda, Lynch, Strom y Egede, 2012).

En el siguiente capítulo tiene por objetivo se abordar algunas intervenciones psicológicas empleadas en pacientes hospitalizados.

CAPÍTULO 3

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Como se mencionó en el capítulo anterior los pacientes hospitalizados diagnosticados con cardiopatía isquémica y que son sometidos a un procedimiento quirúrgico presentan niveles importantes de ansiedad y depresión así como una baja percepción de control. Es por eso la importancia de una intervención psicológica utilizando técnicas de intervención específicas para poder así ayudarlos a comprender acerca de su enfermedad, tratamiento y así intervenir sobre la morbilidad emocional para poder tener un mejor control sobre la situación que están viviendo.

La función del psicólogo en un ambiente hospitalario y un poco más específico en pacientes con alguna enfermedad cardiovascular se justifica debido a la estrecha relación que se tiene entre los factores comportamentales y la salud. Es importante destacar que la función de un psicólogo en el ambiente hospitalario no solo se enfoca en promoción y prevención de la salud, sino que también actúa cuando un paciente ya presenta una enfermedad y así poder poner en práctica técnicas psicológicas para ayudar en el bienestar psicológico del paciente, ya que este puede repercutir en su recuperación y en la adhesión de su tratamiento (Morales, 2007).

Los psicólogos que se encargan de realizar las intervenciones psicológicas en pacientes con alguna enfermedad cardíaca son llamados psicólogos de la salud, ellos se encargan de realizar una evaluación psicológica previa para así conocer las necesidades de los pacientes y generar intervenciones específicas para disminuir, o controlar variables psicológicas como la ansiedad, depresión y la percepción de control (Alexander, Cruz, Sierra, Talayero y Meave, 2006).

Diferentes investigaciones sobre intervenciones psicológicas para población cardiopata se han realizado en México, por ejemplo, en una investigación realizada por Hernández (2009) con el propósito de conocer el impacto de una intervención cognitivo conductual sobre la modificación de variables psicosociales como la

ansiedad, depresión y la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con insuficiencia cardíaca. Los resultados arrojados por esta investigación reportan que no hubo una diferencia estadísticamente significativa en la pos evaluación de los pacientes en las variables psicosociales. Sin embargo reporta que es importante la presencia del psicólogo en este tipo de población ya que es poco intervenida desde el aspecto psicológico y es importante atender sus necesidades con el fin de mejorar su calidad de vida.

León (2012) realizó un estudio con el objetivo de implementar un programa de preparación psicológica para procedimientos invasivos en pacientes tributarios a marcapaso definitivo para modificar la comorbilidad emocional. Los resultados de esta investigación es que existe diferencia estadísticamente significativa en la disminución de los niveles de ansiedad y depresión así como un mejoramiento de la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes.

3.1 Técnicas psicológicas en pacientes hospitalizados

Entrenamiento en habilidades sociales

Cuando hablamos de habilidad, se está haciendo referencia a la posesión o no de una persona hacia ciertas capacidades, competencias o aptitudes necesarias para cierto tipo de actividades y/o relaciones sociales. Se podría decir que el entrenamiento de habilidades sociales tiene como objetivo, enseñar a una persona o grupo de personas, de forma sistemática, destrezas y habilidades socialmente efectivas con el fin de mejorar la competencia interpersonal en situaciones sociales específicas (Rodríguez, Macia, Rosa y Olivares-Olivares, 2013).

Entrenamiento en asertividad

Es un método psicoterapéutico, que se utiliza para ayudar a personal con déficits y dificultades en su conducta interpersonal, especialmente pacientes con fobia social. Se eliminan los obstáculos cognitivos para verbalizar de manera segura en favor de sus sentimientos y formas de expresarse. (Flores y Díaz-Loving, 2002).

Entrenamiento en habilidades de comunicación

Para mejorar la comunicación es importante el aprendizaje de ciertas habilidades conversacionales relacionadas con elementos básicos de la conversación como son: escuchar, realizar preguntas, dar información adicional. Saber escuchar no supone recibir información solamente, sino que implicar saber el cómo demostrar que se está entendiendo o no dicha información. Los objetivos de esta técnica es aprender elementos básicos de la comunicación para que exista una mejor interacción interpersonal (Rodríguez, Macia, Rosa y Olivares-Olivares, 2013).

Técnicas de relajación

Las técnicas de relajación son procedimientos que permiten entrenar al paciente para que aprenda él mismo a controlar la intensidad de su actividad corporal. Este tipo de técnicas son muy eficaces para prevenir, reducir o eliminar la activación excesiva de nuestro organismo (Rodríguez, Macia, Rosa y Olivares-Olivares, 2013).

Respiración diafragmática

Los objetivos de las técnicas de respiración son facilitar el control voluntario para así poder aplicarlo en momentos en donde se genera estrés y ansiedad. Existen tres formas de respiración las cuales están clasificadas con base en la zona del cuerpo implicada; clavicular, torácica y diafragmática (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

La respiración diagramática es llamada así debido a que el diafragma es el principal músculo involucrado, realizando el 75 % de todo el esfuerzo. Con este tipo de respiración, debido a que es profunda y más completa, ayuda a incrementar un estado de relajación general, ya que se reduce el nivel de estrés por medio de la activación del sistema nervioso parasimpático (Vázquez, 2001).

Esta técnica se realiza en cuatro momentos:

1. **Inhalar:** se realiza por medio de la nariz, llevando el aire hasta el abdomen permitiendo así la movilización del diafragma hacia abajo y crear un espacio más amplio para los pulmones.
2. **Pausa inspiratoria:** en este segundo momento se realiza una pausa de aproximadamente 3 segundos, esta pausa facilitara el intercambio gaseoso (oxigenación de la sangre).
3. **Exhalación:** en este momento de la técnica el dióxido de carbono es expulsado del cuerpo por medio de la boca y al mismo tiempo el diafragma regresa a su lugar. La exhalación debe ser más larga que la inhalación.
4. **Pausa espiratoria:** después de la exhalación se realiza una pequeña pausa para permanecer en reposo.

Visualización guiada

La visualización guiada puede usarse con diferentes propósitos que van desde la relajación hasta la psicoterapia. La finalidad de esta técnica es la promoción de la relajación. Esto se lleva a cabo por medio de imágenes mentales consecutivas (Payne, 2005).

Con este tipo de técnica se busca lograr una distracción cognitiva del paciente tratando de que cambie su atención del estímulo doloroso o preocupación por uno diferente y agradable. En la visualización implica la reproducción de una serie de imágenes mentales de un estímulo externo provocando en el paciente una reacción agradable como lo fuera en la propia realidad. La visualización debe ser positiva y se tiene que hacer alusión de todos los sentidos (Arrivillaga, 2007)).

Entrenamiento autógeno

Este tipo de técnica se fundamenta en la hipnosis y en la sugestión. Es un procedimiento para autogenerarse sugestiones mediante ejercicios de concentración mental esto con el fin de alcanzar un estado profundo de relajación fisiológica (Payne, 2005).

Consiste principalmente en una serie de frases elaboradas con el fin de inducir estados de relajación a través de sugerencias sobre sensaciones de calor, peso, frescor y otras, logradas mediante ejercicios racionales y la concentración de la respiración (Rodríguez, Macia, Rosa y Olivares-Olivares, 2013).

Técnicas basadas en información

Este tipo de estrategias son dirigidas bajo el conocimiento que la persona tiene sobre un determinado problema, comportamiento o situación. Muchas veces el disponer de información sobre algo que nos preocupa es suficiente para poder modificar nuestro comportamiento. Con una mayor comprensión sobre el problema o situación puede hacer que la preocupación que se tiene en determinado momento disminuya y sea más fácil aplicar los recursos que estén disponibles para afrontarlo.

Rojas (2001) menciona que en el contexto hospitalario o enfermedad, es necesaria la herramienta de la información para así poder salir adelante de una mejor manera y así se evitaban angustias y problemas innecesarios.

3.2 Psicoeducación

La función de la psicoeducación es dotar al paciente de herramientas que le permitan ser más proactivo en la comprensión y tratamiento de su trastorno o enfermedad, con la finalidad de reducir el número y duración de recaídas, y evitar reingresos. Una psicoeducación eficaz va mucho más allá de la información y aspira a modificar actitudes o conductas del paciente que le permitan una mejor adaptación a la enfermedad, mediante cambios en su estilo de vida, en sus cogniciones acerca de la enfermedad, en la adhesión al tratamiento, en el manejo de los desencadenantes o en la detección precoz de recaídas (Colom, 2011).

El concepto de psicoeducación se define como la aproximación terapéutica o modalidad de tratamiento en la cual se les proporcione a los pacientes y a sus

familiares información específica acerca de la enfermedad y tratamiento con la finalidad de contribuir a la eliminación de barreras que dificulten la comprensión de esta (Albarrán y Macías, 2007; Lukens y McFarlane 2004). Se recomienda presentar la información de la manera más clara posible en sesiones cortas, especificando los términos médicos y los tratamientos disponibles de una forma clara y sencilla (López, 2011).

Para poder desarrollar mejor una psicoeducación es necesario referirse al modelo biopsicosocial ya que plantea que los factores biológicos, psicológicos y sociales, juegan un papel importante en el funcionamiento humano en el contexto de la enfermedad y de la percepción de la misma. Implica que hay determinantes generales que influyen en la salud y en el desarrollo humano, incluidos sus determinantes sociales.

En la figura 1 se muestra un esquema del modelo biopsicosocial donde se explica la función de cada una de las variables.

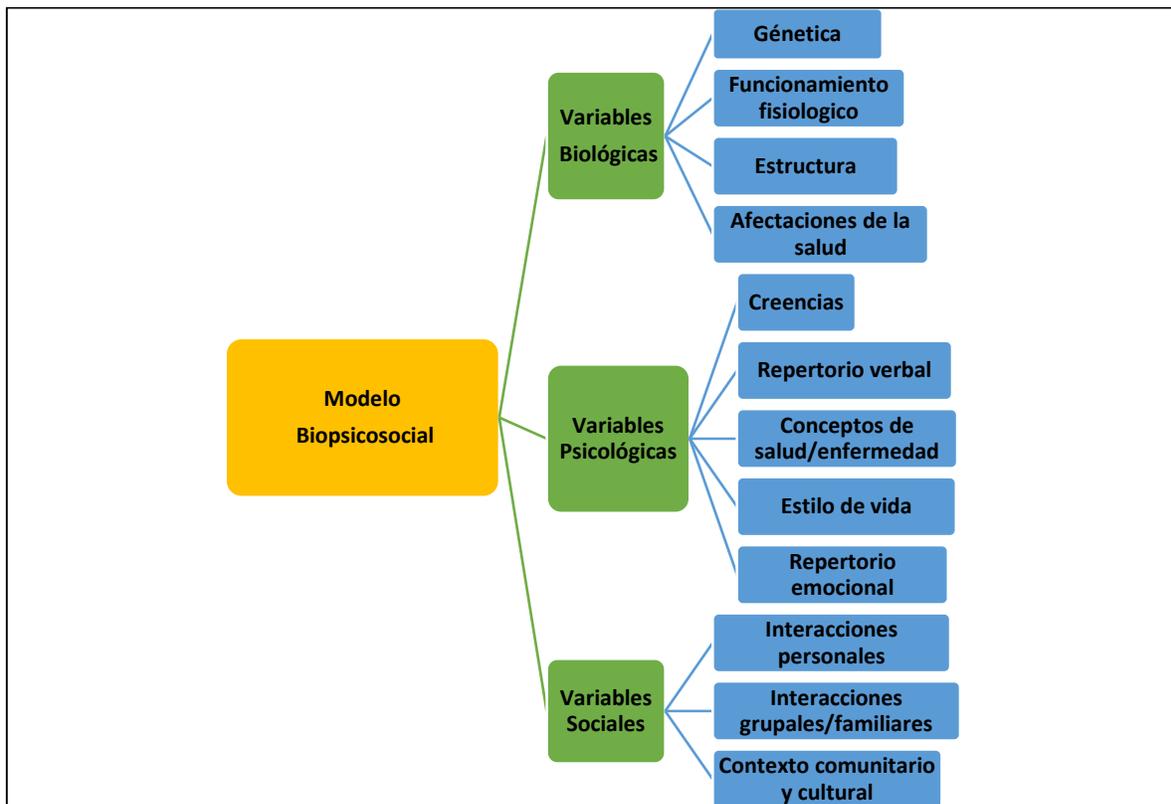


Figura 3. Modelo biopsicosocial

Dentro de los beneficios de proporcionar información también se encuentra el de fortalecer la relación médico-paciente basándose en la comunicación, la empatía y la confianza (De Linares y López, 2009).

La psicoeducación es uno de las técnicas más eficaces de las prácticas basadas en la evidencia que han surgido. Debido a la flexibilidad del modelo, ya que incorpora tanto la información como herramientas de la enfermedad específica y sus circunstancias relacionadas, es por eso que la psicoeducación tiene un amplio potencial para muchas formas de enfermedades (Lukens y McFarlane, 2004).

Los profesionales no debemos caer en la trampa de considerar como “obvia” que los pacientes saben toda la información relativa al conocimiento de las causas y síntomas de la enfermedad, ya que la mayor parte de nuestros pacientes ignoran el carácter biológico, crónico y recurrente de su trastorno.

De acuerdo con Gálvez (2005), existe una serie de pautas a seguir en el proceso de transmitir información:

- Usar un espacio tranquilo sin la presencia de muchos distractores.
- Preguntar al paciente qué información sabe al respecto de su hospitalización.
- Permitir al paciente que tenga control sobre el nivel de información que necesita en cada momento.
- Usar un lenguaje, con explicaciones cortas e incluso apoyarse con materia didáctico.
- Repetir la información importante en varias ocasiones
- Dar el tiempo suficiente para que el paciente asimile la información
- Corroborar la correcta comprensión de la información proporcionada

La información que se le brinde al paciente puede ser de forma verbal, en persona o por medio de videos, material escrito, etc. Sin embargo también se pueden combinar estas formas para que así sea más clara la información y que el paciente la pueda comprender de una más fácil (Ortigosa, 2009).

Con base en lo anterior es importante demostrar el impacto que tienen las técnicas psicológicas como la psicoeducación en los pacientes que están hospitalizados y son candidatos a un procedimiento médico invasivo como lo es la revascularización coronaria. Ya que como se mencionó con anterioridad la psicoeducación brinda a los pacientes información (biológica, psicológica y social) sobre lo que está sucediendo o sucederá en el periodo de hospitalización.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) la cardiopatía isquémica ocupa el primer lugar dentro de las principales causas de defunción en el mundo teniendo un aumento significativo en el 2012 de 7.4% a 13.2%.

Los pacientes con cardiopatía isquémica hospitalizados y que son candidatos a un procedimiento médico invasivo como lo es la revascularización coronaria, pueden llegar a presentar ansiedad y depresión. Esto se debe a que muchas de las veces los pacientes desconocen información sobre su enfermedad y sobre el procedimiento médico al que serán sometidos, asimismo los efectos que producen la ansiedad y la depresión como estar tenso o nervioso, tener pensamientos preocupantes, sentirse intranquilo y no verse en un futuro disfrutando de las cosas, pueden repercutir en la recuperación del paciente ya que pueden presentar una alza o disminución en la presión arterial, mayor dolor de la herida provocando una estancia hospitalaria larga el cual implicaría un desgaste físico y emocional para el cuidador primario y un costo mayor para la institución de salud.

Considerando lo anterior es necesaria la implementación de técnicas psicológicas como la psicoeducación por parte de los psicólogos de la salud para poder intervenir en las necesidades que tienen los pacientes hospitalizados con cardiopatía isquémica candidatos a revascularización cardiaca por lo cual se plantea la siguiente pregunta de investigación.

¿Cómo influye la psicoeducación sobre la ansiedad, depresión y la percepción de control en pacientes hospitalizados con cardiopatía isquémica candidatos a revascularización cardíaca?

JUSTIFICACIÓN

Durante el año 2006 en México la cardiopatía isquémica tuvo una tasa de defunciones 51.3 muertes por cada 100 habitantes, lo cual representa un mayor número de ingresos hospitalarios afectando la calidad de vida de los pacientes que la padecen (Secretaría de Salud, 2008).

Dentro los factores de riesgo para el desarrollo y la progresión de la cardiopatía isquémica diversas investigaciones empiezan a tomar en cuenta los aspectos psicosociales tales como la ansiedad y la depresión, los cuales pueden estar interviniendo en la percepción de control que el propio paciente tiene sobre su salud.

La percepción de control que los pacientes tienen sobre su salud puede llegar a influir en su óptima recuperación, pues es importante que el paciente conozca y tome en cuenta que tiene herramientas necesarias para poder tener un mejor estilo de vida y así una mejora en la calidad de vida, teniendo como resultado una disminución en ansiedad y depresión.

Para ello es necesario la utilización de técnicas psicológicas como la psicoeducación en los pacientes hospitalizados con cardiopatía isquémica candidatos a revascularización cardíaca, dónde se les explique todo lo relacionado con la estancia hospitalaria como es conocer en qué es y en qué consiste su enfermedad y los tratamientos médicos al que será sometido. Asimismo es necesario que se explique lo que ellos tienen que hacer para poder controlar su enfermedad, como el tener un estilo saludable y el controlar sus estados emocionales. Esto ayudará al paciente a afrontar mejor su hospitalización y conocer lo que se debe hacer para poder controlar la enfermedad y tener una vida más

saludable, también la psicoeducación permitirá generar una mejor comunicación entre el médico y el paciente.

OBJETIVO GENERAL

Analizar la eficacia de la psicoeducación sobre la ansiedad, depresión y la percepción de control en pacientes hospitalizados con cardiopatía isquémica candidatos a revascularización coronaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

En pacientes con cardiopatía isquémica hospitalizados candidatos a revascularización coronaria:

1. Evaluar el nivel de ansiedad antes y después de la psicoeducación.
2. Evaluar el nivel de depresión antes y después de la psicoeducación.
3. Evaluar el nivel de percepción de control antes y después de la psicoeducación.
4. Brindar la psicoeducación para modificar el índice de ansiedad, depresión y percepción de control antes de la revascularización coronaria.
5. Comparar los resultados obtenidos de ansiedad, depresión y percepción de control antes y después de la psicoeducación.
6. Conocer la relación entre la ansiedad y la depresión con la percepción de control.

HIPÓTESIS

Ho: No existe diferencia entre las puntuaciones obtenidas antes y después de la psicoeducación en las variables ansiedad, depresión y percepción de control en los pacientes con cardiopatía isquémica hospitalizados candidatos a revascularización coronaria.

H: Sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas antes y después de la psicoeducación en las variables ansiedad, depresión y percepción de control en los pacientes con cardiopatía isquémica hospitalizados candidatos a revascularización coronaria.

MÉTODO

Diseño

Se realizó un estudio cuasiexperimental pretest y posttest con grupo control.

Participantes

En el estudio participó una muestra no probabilística, 32 pacientes hospitalizados diagnosticados con cardiopatía isquémica candidatos a revascularización coronaria del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE. Divididos en dos grupos de 16 pacientes cada uno (control y experimental).

Crterios de inclusión

Pacientes con cardiopatía isquémica hospitalizados candidatos a revascularización coronaria que:

- Acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.
- Sean alfabetizados.
- Puntuaran ansiedad y/o depresión.

Criterios de no inclusión

- Pacientes con algún padecimiento psiquiátrico
- Pacientes de consulta externa.

Eliminación

- Pacientes que decidan ya no participar en el estudio.
- Pacientes que no tengan segunda evaluación psicológica

Escenario

Unidad de Cardiocirugía Torácica del Centro Médico Nacional 20 de noviembre ISSSTE.

Variables

Variable independiente:

Psicoeducación

Definición conceptual

Modalidad de tratamiento que involucra a pacientes con algún trastorno psicológico o padecimientos médicos y a sus familiares. Se ofrece a través de una información detallada de las causas y efectos de la enfermedad para un mejor

entendimiento y puede afectar al paciente de manera positiva y así tomar mejores decisiones para mejorar las posibilidades de éxito y prevenir recaídas (Lukens y McFarlane, 2004) .

Variables Dependientes

Ansiedad

Definición conceptual

Es una reacción emocional en la cual implica en los procesos de adaptación ante eventos adversos o peligros reales o imaginarios, que prepara al organismo para reaccionar ante esa situación de peligro o amenaza dirigida contra su cuerpo o modo de vida (Crandall, Halterman y Mackner, 2007).

Definición operacional

Puntuación obtenida de la subescala de ansiedad de la Escala de Ansiedad y Depresión (HADS), consta de 7 reactivos y se clasifica en nula, leve o moderada y severa.

Depresión

Definición conceptual

Incapacidad de experimentar placer y esta va acompañada de una desmoralización por un sufrimiento prolongado, reacción a la pérdida (dolor), pérdida de la autoestima y una actitud pesimista (Snaith, 2003).

Definición operacional

Puntuación obtenida de la subescala de ansiedad de la Escala de Ansiedad y Depresión (HADS), consta de 7 reactivos y se clasifica en nula, leve o moderada y severa.

Percepción de control

Definición conceptual

Expectativa que una persona tiene sobre la posibilidad de actuar positivamente ante los acontecimientos asimismo hace referencia a una creencia general, siendo un buen predictor del resultado obtenido por el sujeto en situaciones desconocidas, ambiguas o inciertas (Pastor, et al, 2009).

Definición operacional

Puntuaciones obtenidas de la Escala de Competencia Percibida en Salud, es un instrumento unidimensional que incluye 8 reactivos.

Instrumentos

Carta de consentimiento informado.

Se expresa de forma ética las consideraciones de la investigación, se plasmó de manera clara, que la participación era libre y voluntaria respecto a la permanencia en la investigación y sobre la confidencialidad de la información obtenida. (Anexo 1).

Ficha de identificación

Son una serie de preguntas que recaban datos personales del paciente como nombre, edad, sexo, religión, ocupación, estado civil, entre otros. (Anexo 2).

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) de Zigmond y Snaith, 1983.

Se utilizó la versión validada para población mexicana de (Orozco, Pérez, Barrientos, Robles y Sierra, 2013). Consta de 14 reactivos divididos en dos subescalas de 7 reactivos cada una para cada trastorno, donde los reactivos impares corresponden al indicador Ansiedad y los pares a la Depresión. La HADS

posee una escala de tipo Likert que va de 0 a 3, en donde los pacientes tienen que describir los sentimientos que han experimentado durante la última semana. Se realizó un análisis para determinar la confiabilidad del instrumento y se obtuvo un coeficiente de alpha de cronbach de 0.74, el cual se considera aceptable para este estudio. (Anexo 3).

Escala de Competencia Percibida en Salud de Smith, Wallson y Smith, 1995.

Se utilizó la versión de Pastor, et al, (2009), es un instrumento unidimensional y consta de 8 reactivos que evalúa las creencias sobre las propias competencias para afrontar los problemas de salud. Es una escala de tipo Likert que va de 1 a 5. Se realizó un análisis para determinar la confiabilidad del instrumento y se obtuvo un coeficiente de alpha de cronbach de 0.68, el cual se considera aceptable para este estudio. (Anexo 4).

Procedimiento

Se llevó a cabo en 3 sesiones de manera individual durante la hospitalización.

Sesión 1. Evaluación Psicológica.

La evaluación se llevó a cabo de manera individual en un tiempo aproximado de 25 minutos en el área de hospitalización. Previo a la aplicación de los instrumentos los pacientes eran informados sobre el servicio de Psicología y el objetivo de la evaluación, posteriormente los pacientes firmaron el consentimiento informado y se continuó con la aplicación de los instrumentos de la siguiente manera.

1. Ficha de identificación
2. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria.
3. Escala de Competencia Percibida en Salud.

Sesión 2. Implementación de la psicoeducación.

Se llevó a cabo de manera individual en un tiempo aproximado de 45 minutos en el área de hospitalización.

Fase 1. Rapport: se comienza preguntándole al paciente cómo se sentía ese día, qué le habían informado sus médicos, si ya había desayudado, etc.

Fase 2. Qué información sabe: en esta fase se le pregunta al paciente qué sabe acerca de su enfermedad y el procedimiento médico al cual va ser sometido, con el propósito de sondear y así saber en qué información hay que hacer más énfasis.

Fase 3. Psicoeducación: en esta parte se comienza con la implementación de la psicoeducación por medio de una presentación en power point en un ipad, la cual está dividida en:

Sistema Circulatorio: se explica qué es, en que consiste, las partes de sistema circulatorio (corazón, venas, arterias y sangre) y cómo funciona.

Anatomía y fisiología del corazón: se menciona en dónde está ubicado, el tamaño y peso, las cavidades que tiene internamente (aurículas, ventrículos y las válvulas).

Sistema coronario: aquí se explica sobre las arterias que nutren sangre oxigenada al corazón y se le hace saber al paciente que es en este sistema donde se encuentra su problema médico.

Cardiopatía isquémica: en esta parte se explica qué es esa enfermedad, en qué consiste, cómo se desarrolla y cuáles son los factores de riesgo que influyen a que se padezca esta enfermedad.

Tratamiento: se hace énfasis solo en la revascularización coronaria y se le hace saber al paciente lo que sucede antes, durante y después de la cirugía.

Estilo de vida: en esta parte se le menciona a los pacientes que después de su cirugía y ya recuperados de la misma tienen que generar cambios en sus estilos de

vida para poder llevar una vida saludable, por ejemplo: ejercicio, dieta y control de emociones como la ansiedad y la depresión.

Fase 4. Aclaración de dudas: en esta fase se le pregunta al paciente si tiene alguna duda y si es así se aclara en ese momento. Asimismo si menciona el paciente no tener dudas se corrobora que haya comprendido la información brindada.

Sesión 3. Post evaluación psicológica.

La post evaluación se llevó a cabo de manera individual en un tiempo aproximado de 25 minutos en el área de hospitalización.

Consideraciones éticas

Se toma en consideración los aspectos éticos de la investigación con seres humanos de las normas establecidas por la declaración de Helsinki (2008), se elaboró un consentimiento informado, entendiéndose como: el acuerdo por escrito, mediante el cual el paciente o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna, para lo cual el paciente o, en su caso su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa sobre los siguientes aspectos:

1. Justificación y objetivos de la investigación.
2. Libertad de participación y retiro.
3. Privacidad y confidencialidad
4. Nombre y firma del paciente (o su representante legal).
5. Respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar de los participantes.

Asimismo se toma en cuenta los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia (Siurana, 2010).

- *Principio de beneficencia:* se refiere a la obligación de prevenir o aliviar el daño, hacer el bien u otorgar beneficios, ayudar al prójimo por encima de los intereses particulares, entre otras palabras, obrar en función del mayor beneficio posible para el paciente y se debe procurar el bienestar de la persona.
- *Principio de no maleficencia:* se trata de respetar la integridad física y psicológica de la vida humana.
- *Principio de autonomía:* nos remite a la obligación de aplicar el conocimiento informado ante la toma de decisiones en el campo de la salud. El paciente debe ser informado sobre su situación y las posibles alternativas de tratamiento, respetando la decisión del paciente después de ser informado.
- *Principio de justicia:* se asegura que todos los pacientes reciban y tengan acceso a servicios médicos dignos, adecuados y básicos, asimismo no se antepondrán juicios de valor ni hacer distinción por origen racial, sociocultural, económico, creencias religiosas, etc. Enfocándose en brindar ayuda al paciente.

RESULTADOS

Datos sociodemográficos

En el **grupo control**, el 87.5 % fueron hombres con un promedio de edad de 64.7 años y una desviación estándar de 7.4. La mayoría de ellos fueron casados o vivían en unión libre (87.5%). Respecto a escolaridad la mayor proporción mostró un nivel de licenciatura (31.3 %). El 62.5 % fueron jubilados o pensionados. Asimismo el 81.3 % fueron católicos.

En el **grupo experimental**, el 75 % fueron hombres con un promedio de edad de 63.1 años y una desviación estándar de 7.4. La mayoría de ellos fueron casados o vivían en unión libre (81.3 %). Respecto a la escolaridad en su mayoría tenían el nivel de secundaria (31.3 %). El 56.3 % fueron jubilados o pensionados y el 81.3 % fueron católicos.

Tabla 2. Datos sociodemográficos

| N= 32 | | |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Grupo control n= 16 | Grupo experimental n=16 |
| Edad | M= 64.7 (44 - 75) DE= 7.4 | M= 63.1 (47 – 73) DE= 7.4 |
| Sexo | Hombres= 87.5 % Mujeres= 12.5 % | Hombres= 75 % Mujeres= 25 % |
| Estado civil | Casado/Unión libre= 87.5 % Viudo= 12.5 % | Casado/Unión libre= 81.3 % Soltero= 12.5 % Viudo= 6.3 % |
| Escolaridad | Primaria= 31.3 % Secundaria= 12.5 % Licenciatura= 31.3 % Posgrado= 25 % | Sabe leer y escribir= 6.3 % Primaria= 12.5 % Secundaria= 31.3 % Preparatoria= 25 % Licenciatura= 18.8 % Posgrado= 6.3 % |
| Ocupación | Hogar= 6.3 % Trabajador= 31.3 % Jubilado/pensionado= 62.5 % | Hogar= 12.5 % Trabajador= 25.1% Jubilado/pensionado= 56.3 % Otro= 6.3% |
| Religión | Católica= 81.3 % Ninguna= 18.8 % | Católica= 81.3 % Cristiana= 6.3 % Ninguna= 12.5 % |

Prueba *t* de Wilcoxon

Se utilizó la prueba estadística no paramétrica *t* de Wilcoxon para evaluar si existían diferencias significativas en los puntajes obtenidos en cada una de las variables (ansiedad, depresión y percepción de control) antes y después de la psicoeducación. Esta prueba es útil cuando se requiere evaluar los efectos de un procedimiento experimental o de alguna variable antes y después.

En el **grupo experimental** no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la disminución de los puntajes obtenidos en la segunda evaluación respecto a la primera evaluación en las variables de ansiedad y depresión, asimismo en la variable percepción de control no se encontró un aumento en el puntaje estadísticamente significativo. Lo cual quiere decir que la psicoeducación en estos pacientes influyó a que el puntaje de la ansiedad disminuyera aunque no en forma significativa, el puntaje de la depresión no se incrementara y el puntaje de percepción de control no se modificara significativamente. (Tabla 3).

Respecto **grupo control** se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el incremento de las puntuaciones sobre la variable ansiedad ($p=.032$) y sobre la variable depresión ($p=.025$). Lo cual quiere decir que los pacientes que no recibieron la psicoeducación se mostraron más ansiosos y presentaron más síntomas depresivos en la segunda evaluación durante la estancia hospitalaria. (Tabla 3).

Tabla 3. Diferencias de puntajes de las evaluaciones.

| N=32 | Grupo Control n=16 | | | Grupo Experimental n=16 | | |
|--------------------------|-----------------------|--------------------|--------------|----------------------------|--------------------|------|
| | Pre evaluación | Post evaluación | Sig. | Pre evaluación | Post evaluación | Sig. |
| Ansiedad | 2.7 | 5.6 | .032* | 5.3 | 4.2 | .378 |
| Depresión | 2.7 | 4.8 | .020* | 4.2 | 4.2 | .938 |
| Percepción de control | 33.4 | 32 | .453 | 31.3 | 33.4 | .248 |

El nivel de significancia fue de .05

Ansiedad

En el **grupo control** se encontró que la ansiedad mostró un puntaje medio de 2.7 puntos en pre evaluación y 5.6 puntos en post evaluación, lo cual indica que hubo un incremento del puntaje estadísticamente significativo y a su vez en el nivel de ansiedad, ya que en la pre evaluación los pacientes presentaron ansiedad nula y en la post evaluación presentaron ansiedad leve/moderada. Mientras que en el **grupo experimental** la ansiedad mostró un puntaje medio de 5.3 puntos en pre evaluación y 4.2 puntos en post evaluación, lo cual indica que hubo una disminución en el puntaje pero no fue estadísticamente significativa ya que en la primera y segunda evaluación los pacientes se encontraron en un nivel de ansiedad de leve/moderada. (Figura 4).

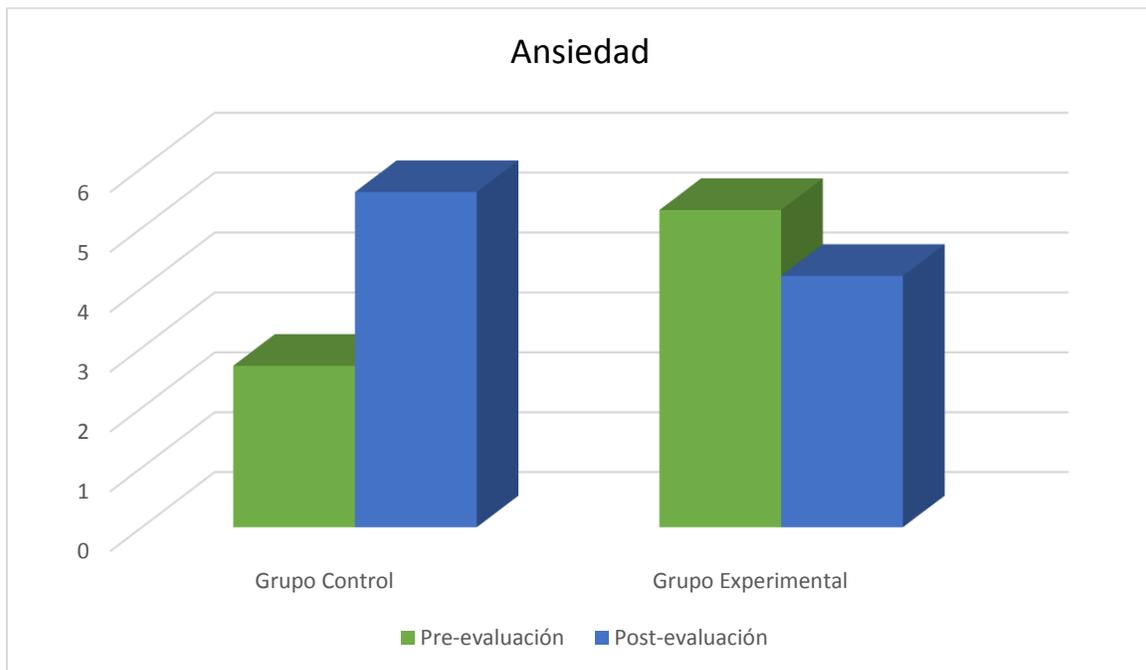


Figura 4. Puntajes de Ansiedad

Depresión

El **grupo control** se encontró que la depresión mostró un puntaje de medio de 2.7 puntos en pre evaluación y 4.8 puntos en post evaluación, lo cual indica que hubo un incremento en el puntaje estadísticamente significativo. Mientras que en el **grupo experimental** la depresión mostró un puntaje medio de 4.2 puntos en pre evaluación y 4.2 puntos en post evaluación, lo cual indica que hubo un ligero aumento en el puntaje de depresión pero no estadísticamente significativo. En ambos grupos los pacientes presentaron un nivel leve/moderada de síntomas depresivos en la primera y segunda evaluación. (Figura 5)

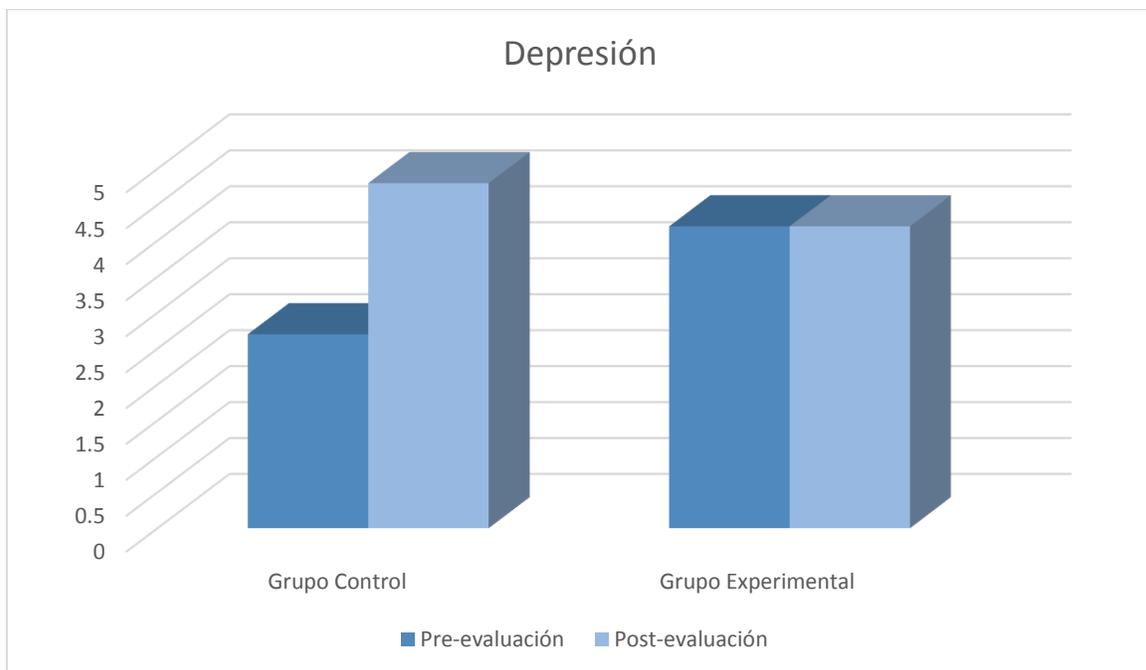


Figura 5. Puntajes de depresión

Percepción de control

Se encontró que la percepción de control en el **grupo control** mostró un puntaje de medio de 33.4 puntos en pre evaluación y 32 puntos en post evaluación, lo cual indica que hubo una disminución no significativa en el puntaje de percepción de control. Mientras que en el **grupo experimental** mostró un puntaje medio de 31.3 puntos en pre evaluación y 33.4 puntos en post evaluación, lo cual indica que hubo un aumento no significativo en el puntaje de percepción de control (Figura 6).

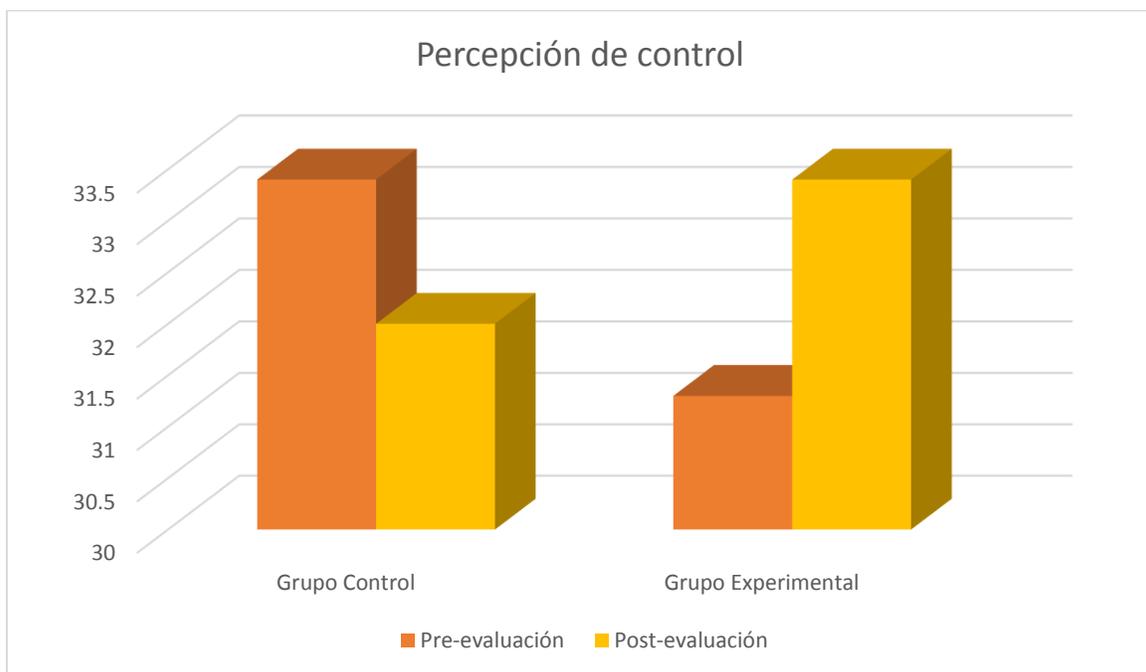


Figura 6. Puntajes de Percepción de control

Prueba Rho de Spearman

Posteriormente se realizó un análisis de correlación en el cual se utilizó la prueba estadística no paramétrica de correlación Rho de Spearman para encontrar si existía alguna relación entre la variable percepción de control con las variables ansiedad y depresión. Ya que permite explicar la relación negativa o positiva de una relación.

Se encontró una correlación inversa estadísticamente significativa entre la variable percepción de control y la variable ansiedad ($r = -0.385$, $p = 0.03$). También se encontró una correlación inversa estadísticamente significativa inversamente proporcional entre la variable percepción de control y la variable depresión ($r = -0.436$, $p = 0.013$). Lo cual quiere decir que a mayor percepción de control menor síntomas de ansiedad y depresión. (Tabla 4).

Tabla 4. Correlación de Percepción de Control con Ansiedad y Depresión.

| N=32 | r | p |
|-----------|--------|-------|
| Ansiedad | -0.385 | 0.03 |
| Depresión | -0.436 | 0.013 |

*Correlación significativa a 0.5

DISCUSIÓN

El objetivo general de la presente investigación fue analizar la eficacia de la psicoeducación sobre el índice de ansiedad, depresión y la percepción de control en pacientes hospitalizados con cardiopatía isquémica candidatos a revascularización coronaria. Los resultados del estudio muestran en el grupo experimental que la psicoeducación influye al no incrementarse los niveles de ansiedad y depresión.

Los resultados anteriores coinciden con una investigación realizada por Hernández (2009) en donde se implementó una intervención para la modificación de variables psicosociales como la ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardiaca en donde no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la post evaluación sobre las variables psicosociales. De igual forma coincide con una investigación realizada por Gaona (2009) en donde implemento una intervención para reducir la depresión y aumentar

la calidad de vida en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardiaca en donde tampoco se encontró una diferencia estadísticamente significativa.

Por otra parte los resultados obtenidos en este grupo se contradicen con lo encontrado en una investigación realizada por León (2012) en donde se implementó una intervención para modificar la morbilidad emocional (ansiedad y depresión) en pacientes tributarios a marcapaso definitivo, observando diferencias estadísticamente significativas en la reducción de los índices de la ansiedad y depresión. Asimismo en una investigación realizada por Blas (2015) en donde analizó la eficacia de una intervención sobre la sintomatología ansiosa y la percepción de control en pacientes con Leucemia Aguda en donde encontró una reducción en los puntaje de ansiedad y un aumento en la percepción de control. Esta contradicción con los resultados de este estudio, posiblemente radique en el tipo de procedimiento quirúrgico al que se someterán los pacientes, puesto que representa incluso riesgo de pérdida de la vida.

Aunque en esta investigación no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la disminución de los índices de ansiedad y depresión y en el aumento de la percepción de control en los pacientes hospitalizados a los cuales se les implementó la psicoeducación, fue evidente el efecto benéfico de esta técnica psicológica, puesto que los niveles de ansiedad y depresión no se incrementaron y la percepción del control mejoró.

Por el contrario, los resultados entre el grupo control indican una tendencia hacia un incremento significativo en la ansiedad y la depresión y una reducción de la percepción del control, indicando la necesidad de aportar apoyo psicológico en los pacientes hospitalizados que serán sometidos a procedimientos que propician elevado estrés psicológico, como el tener que ausentarse de su trabajo, miedo a que su enfermedad empeore y el estar lejos de sus familiares y de su hogar.

Respecto al objetivo específico de conocer la relación entre la ansiedad y la depresión con la percepción de control, se observa con base a los resultados obtenidos que existe una correlación inversa estadísticamente significativa entre la variable percepción de control con la variable ansiedad y la variable depresión, lo

cual quiere decir que a mayor percepción de control menor ansiedad y depresión, sugiriendo esto, que las intervenciones psicológicas deben reforzar el aspecto psicológico de percepción del control.

Estos datos se corroboran con lo dicho por Arestedt, Agren, Flemme, Moser y Strömberg (2015) que el presentar un alto nivel de percepción de control se alcanza una adaptación en los acontecimientos estresantes y una mejor percepción de salud, con lo cual se tiene como resultado menos síntomas de ansiedad y depresión. Ya que la percepción de control tiene que ver con las expectativas que una persona tiene sobre la posibilidad de actuar positivamente ante los acontecimientos estresantes, al valor de su salud y al creer que son capaces de hacer conductas apropiadas en cuestión de su salud.

Con base a los resultados de esta investigación se corrobora con investigaciones previas realizadas en población cardiópata mexicana que la mayoría fueron hombres (80 %) que oscilan en una edad promedio de 63 ± 7.4 años, lo cual coincide con estudios previos (Flores, 2015; Mora, 2015).

Asimismo se reporta que en esta población estudiada se sigue presentando sintomatología ansiosa y depresiva, lo cual se corrobora con estudios previos (Esquivel, et al, 2009; Sarmiento, 2011; Hernández, 2012) debido a que la ansiedad y la depresión son unas de las emociones que más se relacionan durante el proceso de la hospitalización, esto debido a las preocupaciones relacionadas con la enfermedad al estar lejos de casa y sus familiares, a la pérdida de la independencia, el miedo a una cirugía y a las complicaciones que conlleva (Baeza, Balaguer, Beler, Coronas y Gullamon, 2008), por lo cual es importante seguir evaluando a esta población.

Esta investigación es importante porque permitió conocer que en los pacientes con cardiopatía isquémica que no se les brinda una intervención multidisciplinaria (médico, enfermera, psicólogo) presentan un incremento en la ansiedad y de depresión durante la estancia hospitalaria. Así como el conocer que tener una percepción de control alta influye a disminuir la ansiedad y la depresión.

Dentro de las limitaciones de la investigación se encuentra el tamaño de la muestra ya que la psicoeducación solo se le aplicó a 16 pacientes y la utilización de instrumentos no validados en México y en específico en población cardiaca.

Por lo que se sugiere para futuras investigaciones en esta misma población, incrementar el tamaño de la muestra, evaluar la claridad, comprensión y utilización de la psicoeducación en los pacientes. Utilizar otras técnicas de intervención psicológica como respiración diafragmática y relajación muscular en conjunto con la psicoeducación. La validación de los instrumentos para medir las variables de esta investigación y tomar en cuenta otras variables que pudieran estar interfiriendo en los pacientes hospitalizados como es el estrés, apoyo social, calidad de vida relacionada con la salud y resiliencia.

Por otra parte también se sugiere realizar intervenciones psicológicas por parte de los psicólogos de la salud para los cuidadores de los pacientes con cardiopatía isquémica hospitalizados ya que también ellos se ven afectados emocionalmente por la hospitalización de su familiar.

CONCLUSIONES

La Psicoeducación influye al no incrementar la ansiedad y la depresión, así como en un aumento de la percepción de control en pacientes con cardiopatía isquémica candidatos a revascularización coronaria

La percepción de control tiene una correlación inversa con la ansiedad y la depresión, por lo cual se interpreta como a mayor percepción de control hay menores síntomas ansiosos y depresivos.

Con base lo anterior se resalta la necesidad de seguir evaluando a este tipo de pacientes y seguir realizando intervenciones en donde se incluya el fortalecimiento de aspectos positivos que influyan en el proceso de hospitalización

REFERENCIAS

- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *J Appl Soc Psychol.* 32: 665-683.
- Arestedt, K., Agren, S., Flemme, I., Moser, D. y Strömberg, A. (2015). A psychometric evaluation of the four-item version of the Control Attitudes Scale for patients with cardiac disease and their partners. *European Journal of Cardiovascular Nursing.* 14 (4), 317-325.
- Arrivillaga, M., Correa, D. y Salazar, I. (2007). Psicología de la Salud. Abordaje de la enfermedad crónica. Colombia: Manual Moderno.
- Baeza, J., Balaguer, G., Beler, I., Coronas, M., & Gullamón, N. (2008). Higiene y prevención de la ansiedad. España: Díaz de Santos.
- Ballesteros, P. (2009). Anatomía del corazón. En A. L. Farré y C.M. Miguel. (Eds.), *Libro de la salud cardiovascular del hospital clínico San Carlos y fundación BBVA* (35-40). Bilbao: Fundación BBVA.
- Bandezú, C. (2015). Factores asociados a la prevalencia de la depresión en pacientes con cardiopatía isquémica. Tesis de especialidad. Lima-Perú: Veritas.
- Bárez, M. (2002). *Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama.* Tesis de doctorado. España
- Baréz, M., Blasco, T., y Fernández-Castro, J. (2003). La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. *Anales de Psicología,* 19(2), 235-246.
- Barker, R. y Barasi, S. (2002). Neurociencia en esquemas. Trastornos neuroquímicos: Ansiedad. Barcelona: Ars Medica.

- Blas, E. (2015). Intervención cognitivo conductual para el abordaje de la ansiedad y la percepción de control en pacientes hospitalizados con diagnóstico de leucemia aguda. Tesis de maestría. México: UNAM.
- Butcher, J. N., Mineka, S., & Hooley, J. M. (2007). Estrés y trastornos de adaptación. *Psicología Clínica*. (12 ed., pp. 135-169). Madrid: Pearson Educación.
- Benito, P., Simón, J., y Matachana, M. (2014). Estrés y ansiedad. Cuidados auxiliares en enfermería. *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. (pp. 51-68). España: McGraw-Hill Interamericana S. L.
- Declaración de Helsinki: principios éticos para las investigaciones médicas para seres humanos (2008).
- De Linares, S. y López, P. (2008). Manual de apoyo psicológico al paciente hematológico. España: Novartis Hospital Universitario Virgen de la Nieves. Recuperado de:
http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/hematologia/ficheros/guia_autoayuda_pdf.pdf
- Díaz, H. (2014). Manual de procedimientos invasivos en Medicina Intensiva y Emergencias. Argentina: IntraMed.
- Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. (2005). Programa Nacional de Salud. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Recuperado de:
<http://inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf>
- Esquivel, C., et al. (2009). Ansiedad y depresión en síndrome coronario agudo. *Medicrit. Revista de medicina interna y crítica*. 6 (1). 18-23.
- Fernández, A., Jiménez, J., Bodi, V. y Barrabes, J. (2012). Actualización en cardiopatía isquémica. *Revista Española de Cardiología*. (65), 42-49.
- Figuroa, C., Trejo, B., Ramos, B. y Alcocer, L. (2008). Emergencia de la Cardiología Conductual. *Psicología y Salud*. 19 (1), 151-155.

- Flores, A. (2015). Autoeficacia, percepción de enfermedad y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cardiopatía isquémica. Tesis que para obtener el título de licenciada en psicología. México: UNAM-FES Zaragoza.
- Flores, G. y Díaz-Loving, R. (2002). Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de la relaciones personales. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Gálvez, A., Méndez, J. y Martínez, C. (2005). Preparación psicológica basada en la información. Manejo de la ansiedad en pediatría oncológica. *Acta Pediátrica de México*. 26 (1), 35-43.
- González, M., Prado, V. y Crespo, J. (2013). Ansiedad y depresión de pacientes hospitalizados en el complejo de Ferrol. *Revista Iberoamericana de Psicología*. 107. 16-22.
- González, M., Sánchez, M., Burgos, M. y Castro, C. (2008). Síntomas depresivos en cardiopatía coronaria. *Med Int Mex*. 24 (3). 204-209.
- Grau, A., Suñer, R., Abulí, P. y Comas, P. (2003). Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad. *Med Clic*. 10. 370-375.
- Hall, J. y Guyton, A. (2012). *Tratado de fisiología médica*. 12ª edición. España: Elsevier Saunders.
- Hernández, G., Orellana, G., Kimelman, M., Núñez, C. y Ibáñez, C. (2005). Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en medicina interna. *Revista médica Chile*. 132 (8). 895-902.
- Hernández, M. (2012). Relación entre ansiedad y depresión con estilos de afrontamiento en paciente candidato a dispositivo electrónico Implantable. Tesis que para obtener el título de licenciada en psicología. México: UNAM-FES Zaragoza.

- Hernández, T. (2009). Efecto de una intervención cognitivo conductual sobre factores psicosociales en pacientes con insuficiencia cardíaca. Tesis que para obtener el título de licenciada en psicología. México: UNAM-FES Zaragoza.
- Hernández-Tejeda, M., Lynch, Ch., Strom, J. y Egede, L. (2012) Effect of Perceived Control on Quality of Life in Indigent Adults with Type 2 Diabetes. *The Diabetes Educator*, 38(2), 256-262.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía: INEGI (2006). Estadísticas vitales: Defunciones 2006. Datos nacionales. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/>
- Infantes, C. y Velázquez, C. (2010). ¿Cómo debe ser la revascularización en pacientes con cardiopatía isquémica en la actualidad? *Cardiocre*. 45 (1), 15-17.
- Jaselon, C. (2007). Theoretical perspectives of perceived control in older adults: A selective review of the literature. *J Adv Nurs*. 59: 1-10.
- Juárez, N. (2013). Las cinco enfermedades más comunes de los mexicanos. CNN Expansión. Recuperado de <http://mexico.cnn.com/salud/2013/04/17/las-cinco-enfermedades-mas-comunes-de-los-mexicanos>
- Lozano, E. (2009). Frecuencia de la depresión en pacientes con cardiopatía isquémica ingresados al servicio de cardiología del Hospital General de México. Tesis de Postgrado. UNAM
- León, N. (2012). Programa de intervención psicológica para modificar la comorbilidad emocional preoperatoria del paciente tributario a marcapaso en el Hospital General de México. Tesis de Licenciatura. México: UNAM-FES Zaragoza.
- López, I. (2011). Alteraciones emocionales en la hospitalización. Análisis psicoevolutivo. Tesis doctoral. España: Universidad de Granada.

- Lledó-Boyer, A., Pastor-Mira, M., Pons-Calatauyd, N., López-Roig, S., Rodríguez-Marin, J. y Bruehl, S. (2010). Control beliefs, coping and emotions: exploring relationships to explain fibromyalgia health outcomes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 459-476.
- Lyer, V., Edelman, E. y Lilly, L. (2009). Función y anatomías cardíacas básicas. En L.S. Lilly. (Ed.), *Fisiopatología de las cardiopatías. Un proyecto conjunto de estudiantes y profesores de medicina*. (1-34). USA: Wolters Kluwer.
- Lukens, E. P., & McFarlane, W. R. (2004). Psychoeducation as Evidence-Based Practice: Considerations for Practice, Research, and Policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(3), 205-225.
- Macín, S., Bono, J., Ramos, H., Rengel, E., Suasnabar, R., Zapata, G., et al. (2009). Guías de manejo de la cardiopatía isquémica crónica: angina crónica estable. Federación Argentina de cardiología.
- Marrupe, L. (2009). Enfermedad de las arterias coronarias. La coronariografía. En A. L. Farré y C.M. Miguel. (Eds.), *Libro de la salud cardiovascular del hospital clínico San Carlos y fundación BBVA* (299-306). Bilbao: Fundación BBVA.
- Mendoza, V. (2016). Prevalencia de la reincorporación laboral en pacientes con cardiopatía isquémica del servicio de rehabilitación cardíaca de la Unidad Médica Física y Rehabilitación Norte. Tesis de Especialidad: México: UNAM.
- Monroy, O., Aldatz, F., Rubio, A., Verdejo, J., Méndez, M., Abel, R., et al. (2007). Morbilidad y Mortalidad de la enfermedad isquémica del corazón y cerebrovascular en México. *Arch Cardiol Mex*. 77 (1), 31-39.
- Mora, R. (2015). Ansiedad preoperatoria y su relación con las estrategias de afrontamiento en pacientes sometidos a revascularización cardíaca. Tesis que para obtener el título de licenciada en psicología. México: UNAM-FES Zaragoza.
- Moser, D. (2007). The rufs of life. Impact of Anxiety on cardiac patients. *American Journal of critical care*.16, 361-369.

- Naik, H., Sabatine, M. y Lilly, L. (200). Cardiopatía isquémica. En L.S. Lilly. (Ed.), *Fisiopatología de las cardiopatías. Un proyecto conjunto de estudiantes y profesores de medicina.* (169-204). USA: Wolters Kluwer.
- Neipp, M. C., López-Roig, S., Terol, M. y Pastor, M. (2009). Changes in control beliefs, emotional status and psychosocial adaptation among women with breast cancer. *Anales de Psicología*, 25(1), 36-43.
- Nochols, M., Townsend, N., Scarborough, P. y Rayner, M. (2013). Cardiovascular Disease In Europe: Epidemiological update. *Eur Heart J.* 34 (39), 3028-3034.
- Organización mundial de la Salud (2014). Datos y estadísticas. Recuperado de: <http://www.who.int/research/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
- Orozco, M., Pérez, B., Barrientos, V., Robles, R. y Sierra, J. (2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana.* 21 (2), 29-37.
- Ortigosa, J., Méndez, F. y Riquelme, A. (2009). Afrontamiento psicológico de los procedimientos médicos invasivos y dolorosos aplicados para el tratamiento del cáncer infantil y adolescente: la perspectiva cognitivo-conductual. *Psicooncología.* 6 (2-3), 413-428.
- Ortiz-Viveros, G., y Ortega-Herrera, É. (2011). Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos socio-cognitivos de creencias en salud. *Psicología y Salud*, 21(1), 79-90.
- Pastor, M., Martín-Aragón, M., López-Roig, S., Terol, M., Pons, N., Lledó, A., Sánchez, S. (2009). La Escala de Competencia Percibida en Salud: Propiedades psicométricas en una muestra española. *Ansiedad y Estrés*, 15(1), 85-96.

- Piqueras, J., Martínez, A., Ramos, V., Rivero, R., García, L. y Oblitas, L. (2008). Ansiedad, Depresión y Salud. *Suma Psicológica*. 15 (1), 43-73.
- Payne, R. (2005). Técnicas de relajación. Guía práctica. Barcelona: Paidotribo.
- Rivero, F., Castro, N., Galindo, E. y Rodríguez, J. (2005). Cardiopatía isquémica y sus factores de riesgo. *Archivo Médico de camagüey*. 9 (1).
- Rodríguez, J., Gómez, E. y Fernández, J. (2001). El impacto emocional de información médica en pacientes quirúrgicos. *Cuadernos de biótica*. 12, 367-378.
- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2009). Manual de técnicas de intervención cognitivos conductuales. España: Desclée de Brouwer.
- Salas-Auvert, J. A. (2008). Control, salud y bienestar. *Suma Psicológica*, 15 (1), 15-42.
- Sánchez, S., Velasco, L., Rodríguez, R. y Baranda, J. (2006). Eficacia de un programa cognitivo-conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes médicamente enfermos. *Revista de Investigación Clínica*. 58 (6), 540-556.
- Santos, S.J. (Ed.). (2006). Manual para padres de niños con cardiopatía congénita. España: IMAGRAF
- Sarmiento, J. (2011). Calidad de vida, ansiedad y depresión: comparación entre pacientes con enfermedad cardíaca y pacientes con arritmia cardíaca potencialmente letal. Tesis que para obtener el título de licenciada en psicología. México: UNAM-FES Zaragoza.
- Secretaria de Salud (2008). Programa de acción específico 2007-2012 Riesgo Cardiovascular. México: Secretaria de Salud.
- Siurana, J. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*. 22. 121-157.

- Snaith, P. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale. Health and Quality of life outcome, 1-4.
- The children heart foundation. (2004). *It's my heart*. Recuperado de http://www.childrensheartfoundation.org/sites/default/files/filemanager/its_my_heart/Espanol/chapter1.pdf
- Thompson, S., y Collins, M. (1995). Applications of perceived control to cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 13(1-2), 11-26.
- Texas Heart Institute. (2015). Anatomía del corazón. Recuperado de http://www.texasheart.org/HIC/Anatomy_Esp/anato_sp.cfm
- Tortora, G. y Derrickson, B. (2006). Principios de Anatomía y Fisiología. Madrid: Médica Panamericana.
- Valenzuela, J., Barrera, J. y Orleans, J (2010). Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. *Mediagraphic*. 151-156.
- Vázquez, M. (2001). Técnicas de relajación y respiración. Madrid: Síntesis.
- Veloso, E., López, Y., Veloso, A. y Dagoberto, A. (2008). Depresión en pacientes con cardiopatía isquémica. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*. 5 (2). 107-110.
- Visdómine-Lozano, J. C., & Luciano, C. (2006). Locus de control y autorregulación conductual: Revisiones conceptual y experimental. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (3), 729-751.
- Young, J. y Libby, P. (2009). Aterosclerosis. En L.S. Lilly. (Ed.), *Fisiopatología de las cardiopatías. Un proyecto conjunto de estudiantes y profesores de medicina*. (139-168). USA: Wolters Kluwer.
- Zvolensky, M. y Smits, J. (2008). Anxiety in health behaviors and physical illness. USA: Springer

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Carta de consentimiento informado

Yo _____ otorgo mi consentimiento para participar como voluntario (a) en una investigación para identificar las emociones y los pensamientos que se presentan al ser programado a una intervención quirúrgica cardíaca.

Como parte de esta investigación, contestaré algunos cuestionarios relacionados con el objetivo del mismo.

Mi nombre y alguna otra información que puede identificarme tendrán un carácter confidencial y estarán legalmente asegurados.

Estoy de acuerdo que los terapeutas que realicen este protocolo en el hospital, se pongan en contacto conmigo, cada vez que tenga cita para revisión médica.

Asimismo tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento sin que cambie mi relación con los investigadores y/o la institución.

Firma del paciente: _____

Familiar/cuidador

Nombre y firma: _____

Parentesco: _____

Teléfono: _____

Fecha: _____

ANEXO 2

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Datos Generales

Nombre completo: _____ **Edad:** _____

Lugar de procedencia: _____ **Teléfono:** _____

Fecha de nacimiento: _____ **Sexo:** 1.Hombre ___ 2.Mujer ___

Estado civil:

1. Soltero
2. Casado/Unión libre
3. Viudo
4. Divorciado

Escolaridad:

1. Sabe leer y escribir
2. Primaria
3. Secundaria
4. Preparatoria
5. Licenciatura
6. Posgrado

Ocupación:

1. Hogar
2. Empleado
3. Comerciante
4. Profesionista
5. Jubilado/pensionado
6. Otro

Religión:

1. Católica
2. Cristiana
3. Testigo de Jehová
4. Ninguna
5. Otra

ANEXO 3

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA

Lea cada oración y elija la respuesta que más describa cómo se sintió la **SEMANA PASADA**. No demore en contestar las oraciones.

| ANSIEDAD | DEPRESIÓN |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. Me siento tenso (a) nervioso (a).</p> <p>0. Nunca 1. Ocasionalmente/algunas veces 2. Frecuentemente 3. Siempre</p> | <p>2. Aún disfruto de las cosas que solía disfrutar.</p> <p>0. Definitivamente sí 1. No tanto 2. Sólo un poco 3. Difícilmente</p> |
| <p>3. Tengo la sensación de temor como si algo horrible fuera a pasar.</p> <p>0. Definitivamente sí 1. Frecuentemente 2. A veces/ocasionalmente 3. Nunca</p> | <p>4. Me puedo reír y ver el lado positivo de las cosas.</p> <p>0. Como siempre lo he hecho 1. No mucho últimamente 2. Ocasionalmente/algunas veces 3. Nunca</p> |
| <p>5. Tengo muchos pensamientos preocupantes.</p> <p>0. Todo el tiempo 1. Frecuentemente 2. A veces, pero no muy seguido 3. Nunca</p> | <p>6. Me siento alegre.</p> <p>0. No, nunca 1. Algunas veces 2. Frecuentemente 3. Todo el tiempo</p> |
| <p>7. Fácilmente me puedo sentar y sentirme relajado.</p> <p>0. Siempre 1. Frecuentemente 2. Algunas veces 3. Nunca</p> | <p>8. Me siento lento.</p> <p>0. Siempre 1. Frecuentemente 2. Algunas veces 3. Nunca</p> |
| <p>9. Llego a sentirme asustado y como si tuviera mariposas en el estómago.</p> <p>0. No, nunca 1. Ocasionalmente 2. Frecuentemente 3. Siempre</p> | <p>10. He perdido el interés en mi apariencia.</p> <p>0. Definitivamente sí 1. No me importante tanto como antes 2. Probablemente, no le tomo mucha importancia 3. Le doy la misma y/o más importancia</p> |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>11. Me siento intranquilo, como si tuviera que estar en movimiento constantemente.</p> <p>0. Siempre 1. Frecuentemente 2. No mucho 3. Nunca</p> | <p>12. Veo el futuro disfrutando de las cosas.</p> <p>0. Más que nunca 1. Un poco menos de que acostumbro 2. Definitivamente menos de lo que acostumbro 3. No lo hago</p> |
| <p>13. Tengo repentinos sentimientos de pánico</p> <p>0. Siempre 1. Frecuentemente 2. Un muy seguido 3. Nunca</p> | <p>14. Puedo disfrutar de una buena revista o programa de televisión.</p> <p>0. Siempre 1. Frecuentemente 2. Algunas veces 3. Nunca</p> |

Puntaje total

| | | |
|------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|
| ANSIEDAD | | <p>0. Nula (0-2) 1. Leve/Moderado (3-8) 2. Severa (>9)</p> |
| DEPRESIÓN | | <p>0. Nula (0-1) 1. Leve/Moderado (2-6) 2. Severa (>7)</p> |

ANEXO 4

ESCALA DE COMPETENCIA PERCIBIDA EN SALUD

En relación con su salud le pedimos que ponga una cruz en la casilla que refleje su **grado de acuerdo o de desacuerdo** con las siguientes frases que va a leer. No hay respuestas buenas ni malas, solo sirven para expresar su opinión.

1. Me manejo muy bien con relación a mi salud.

| | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|---|---------------------|---|--------------------------------|---|------------------------|---|-----------------------------|
| 5 | Completamente de acuerdo | 4 | Bastante de acuerdo | 3 | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | 2 | Bastante en desacuerdo | 1 | Completamente en desacuerdo |
|---|--------------------------|---|---------------------|---|--------------------------------|---|------------------------|---|-----------------------------|

2. Por mucho que lo intento, mi salud no va tan bien como yo quisiera.

| | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|---|---------------------|---|--------------------------------|---|------------------------|---|-----------------------------|
| 1 | Completamente de acuerdo | 2 | Bastante de acuerdo | 3 | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | 4 | Bastante en desacuerdo | 5 | Completamente en desacuerdo |
|---|--------------------------|---|---------------------|---|--------------------------------|---|------------------------|---|-----------------------------|

3. Me resulta difícil encontrar soluciones adecuadas a los problemas de salud que voy teniendo.

| | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|---|---------------------|---|--------------------------------|---|------------------------|---|-----------------------------|
| 1 | Completamente de acuerdo | 2 | Bastante de acuerdo | 3 | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | 4 | Bastante en desacuerdo | 5 | Completamente en desacuerdo |
|---|--------------------------|---|---------------------|---|--------------------------------|---|------------------------|---|-----------------------------|

4. Tengo éxito en los proyectos que pongo en práctica para mejorar mi salud.

| | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|---|---------------------|---|--------------------------------|---|------------------------|---|-----------------------------|
| 5 | Completamente de acuerdo | 4 | Bastante de acuerdo | 3 | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | 2 | Bastante en desacuerdo | 1 | Completamente en desacuerdo |
|---|--------------------------|---|---------------------|---|--------------------------------|---|------------------------|---|-----------------------------|

5. En general, soy capaz de alcázar los objetivos que me planteo con respecto a mi salud.

| | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|---|---------------------|---|--------------------------------|---|------------------------|---|-----------------------------|
| 5 | Completamente de acuerdo | 4 | Bastante de acuerdo | 3 | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | 2 | Bastante en desacuerdo | 1 | Completamente en desacuerdo |
|---|--------------------------|---|---------------------|---|--------------------------------|---|------------------------|---|-----------------------------|

6. Me parece que mis esfuerzos para cambiar las cosas que no me gustan con relación a mi salud son ineficaces.

| | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|---|---------------------|---|--------------------------------|---|------------------------|---|-----------------------------|
| 1 | Completamente de acuerdo | 2 | Bastante de acuerdo | 3 | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | 4 | Bastante en desacuerdo | 5 | Completamente en desacuerdo |
|---|--------------------------|---|---------------------|---|--------------------------------|---|------------------------|---|-----------------------------|

7. Los planes que me trazo con respecto a mi salud no suelen salir bien.

| | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|---|---------------------|---|--------------------------------|---|------------------------|---|-----------------------------|
| 1 | Completamente de acuerdo | 2 | Bastante de acuerdo | 3 | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | 4 | Bastante en desacuerdo | 5 | Completamente en desacuerdo |
|---|--------------------------|---|---------------------|---|--------------------------------|---|------------------------|---|-----------------------------|

8. Soy tan capaz de hacer cosas por mi salud como el resto de la gente.

| | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|---|---------------------|---|--------------------------------|---|------------------------|---|-----------------------------|
| 5 | Completamente de acuerdo | 4 | Bastante de acuerdo | 3 | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | 2 | Bastante en desacuerdo | 1 | Completamente en desacuerdo |
|---|--------------------------|---|---------------------|---|--------------------------------|---|------------------------|---|-----------------------------|

Puntaje total ECPS: _____

ANEXO 5

PSICOEDUCACIÓN



PSICOEDUCACIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Contacto:
cardiologiaconductual.mexico@gmail.com
56230603



SISTEMA CIRCULATORIO



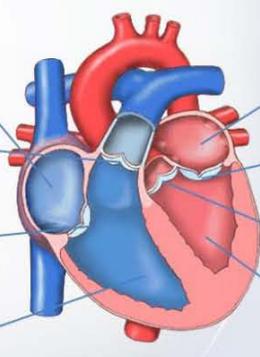
Venas

Arterias

Corazón

Sangre

¿CÓMO FUNCIONA EL CORAZÓN?



Aurícula Derecha

Válvula pulmonar

Válvula tricúspide

Ventrículo Derecho

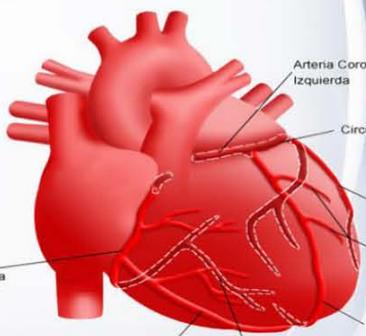
Aurícula Izquierda

Válvula mitral

Válvula aórtica

Ventrículo Izquierdo

ARTERIAS CORONARIAS



Arteria Coronaria Izquierda

Circunfleja

Arteria Marginal (obtusa) Izquierda

Diagonales

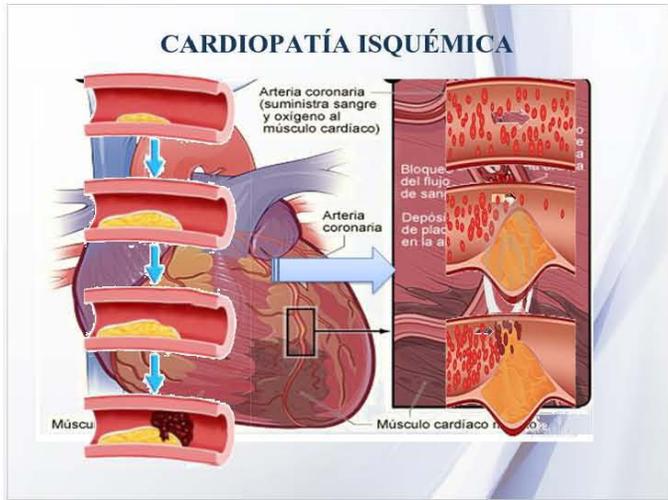
Descendente Anterior Izquierda

Arteria Marginal (aguda) Derecha

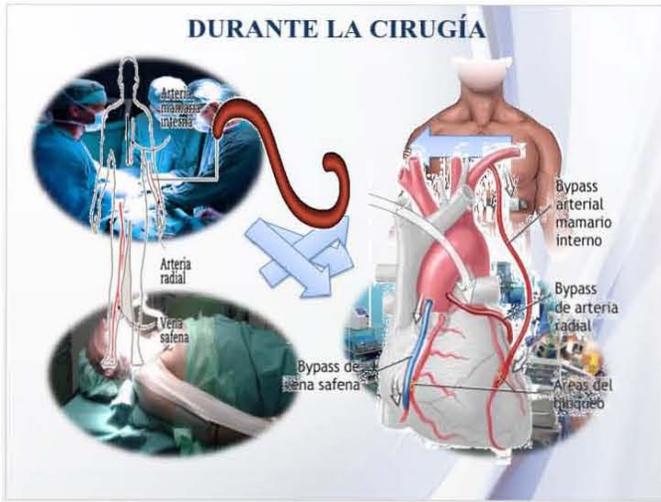
Descendente Posterior

Arteria Coronaria Derecha

"Eficacia de la Psicoeducación para modificar Ansiedad, Depresión y Percepción de Control en Pacientes hospitalizados con Cardiopatía Isquémica"



"Eficacia de la Psicoeducación para modificar Ansiedad, Depresión y Percepción de Control en Pacientes hospitalizados con Cardiopatía Isquémica"



DESPUÉS DE LA CIRUGÍA

Efectos de forma
Aplica un efecto visual a la foto seleccionada, como una sombra iluminada, un reflejo o una rotación

- > Terapia postquirúrgica (TPQ) de 3 a 7 días
- > Sondas para drenar líquidos del corazón
- > Rehabilitación cardíaca
- > Empezará a sentirse mejor de 4 a 6 semanas

<http://stmichaelshospital.tamesonline.com/Spanish/3.5.03031>

RECOMENDACIONES

<http://www.laprensa.es/valencia/valencia/1021914>

- ✓ Contactar a su médico en caso de emergencia o algún síntoma o signo anormal
- ✓ Acondicionar la casa del paciente para su regreso del hospital
- ✓ Rehabilitación cardíaca
- ✓ Perder el exceso de peso
- ✓ Contar con un cuidador 24 horas

¿QUÉ CAMBIOS EN MI ESTILO DE VIDA DEBO HACER ?

- ✓ No fumar
- ✓ Consumir una dieta cardio-saludable
- ✓ Hacer ejercicio de manera regular
- ✓ Tratar la hipertensión arterial
- ✓ Controlar la diabetes y el colesterol alto
- ✓ Manejo del estrés y la ansiedad

<http://www.ind.dj/regiones/cataluna/Pages/default.aspx>