



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**PROGRAMA PSICOLÓGICO PARA MODIFICAR FACTORES PSICOSOCIALES Y
ESTADO FUNCIONAL EN PACIENTES CON VALVULOPATÍA**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:**

YESENIA SHARAI ROBLEDO MARTÍNEZ

JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR: DR. CARLOS GONZALO FIGUEROA LÓPEZ

**COMITÉ: DRA. BERTHA RAMOS DEL RÍO
LIC. ENRIQUETA CECILIA RUEDA BOLAÑOS
MTRO. CARLOS RIERA KINKEL
LIC. ANA KAREN TALAVERA PEÑA**

PROYECTO PAPIIT IN 304717



MÉXICO, CIUDAD DE MÉXICO.

NOVIEMBRE 2018



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.

Agradecimientos

Finalmente terminado éste trabajo, agradezco principalmente a mis padres; *Mami*, te doy gracias por tu esfuerzo, por el amor y apoyo que siempre me has dado, también por todas las enseñanzas de vida que me han inspirado a ser mejor persona, espero estés tan orgullosa de este logro. A ti *Papi*, gracias por tu apoyo, esfuerzo, por tanto amor por cuidarme y asegurarte de mi bienestar. A los dos muchas gracias por el apoyo de este gran resultado, *los amo muchísimo*.

A mis hermanos y hermanas, *Claudia*, gracias por impulsarme por enseñarme, cuidarme y a ser mejor por escucharme; *Norma*, sin ti mi vida no sería la misma, gracias por desde pequeña enseñarme cosas nuevas por explorar. Las amo mucho. Para mi hermano *Marcos*, a pesar de que estés tan lejos, te agradezco por siempre estar pendiente de mí, de mi salud, y por siempre alentarme para hacer las cosas bien. *Néstor*, hermano, tu siempre tan incondicional y noble, este trabajo también es para ti. Mi gordito, gracias por siempre estar conmigo, ayudarme en todo, cuidarme, espero este trabajo sea una motivación para ti.

Gracias a todas las personas que siempre han estado conmigo, Luis, llegaste a mi vida a hacer un remolino a poner mi mundo de cabeza y te agradezco por eso, llegaste a darme una gran enseñanza de vida y de cómo vivirla, gracias por siempre mantenerme feliz, comprenderme.

Eli, finalmente como lo planeamos desde que salimos de la secundaria, sería licenciada en Psicología, este trabajo también es para ti, gracias por siempre estar conmigo después de tantos años, por nunca dejarme sola.

Gracias daré a la familia Pérez Vázquez, por haber sido un gran pilar y por todo su aprecio a lo largo de mis estudios, gracias a ti por motivarme a ser excelente y por todo el tiempo que nos dedicamos y que me apoyaste para enfocarme en lo que hoy tengo.

Haber llegado al programa de Psicología de la Salud, además de todos los conocimientos adquiridos y experiencia, me dio las mejores amistades. Gracias a Patito, Vane, Blanqui, Ale, Edgar, Carlitos, Majito, Gerardo. Al nuevo equipo, Eli y Liz. Gracias chicos por su apoyo y confianza, los quiero muchísimo.

Patito, me regalaste la mejor amistad en este tiempo, por ti mis días oscuros se volvieron rosas llenos de esperanza y cariño, gracias por meterte en mi vida de esta manera, me dará mucha tristeza y será muy difícil no verte todos los días y reírnos tanto hasta dolernos la panza. Eres muy muy grande y lista, yo confío en ti...

Gracias compañeros y amigos que hicieron que mi estancia en la FES fuera la mejor, Aremí, César, Chinita, Armando y Dani (fuiste mi mejor amiga por mucho tiempo y ahora te doy la gracias por tu apoyo y por los momentos agradables que pasamos, me quedaré con ese recuerdo de nosotras).

A usted licenciada *Karen*, gracias por confiar en mí, por abrirme las puertas y por enseñarme de tanto. También gracias por haberme regalado una bonita amistad y confianza, sin duda usted es un gran ejemplo para seguir. Siempre tendré presente lo bueno y malo que juntas pasamos, la quiero mucho.

Licenciada Enriqueta, gracias por su apoyo, por su confianza por su profesionalismo y por ser un gran ejemplo de persona. Gracias por creer en mí y en este trabajo. Nunca olvidaré sus palabras y consuelo aquella tarde, la quiero mucho.

Doctor Carlos Riera, son infinitos mis agradecimientos por haber recibido con la mejor disposición en su área de trabajo, por confiar en mí, por preocuparse y ser atento conmigo. Espero este sea el primer trabajo que logramos colaborando juntos.

Doctora Bertha, me sobran las palabras para agradecerle su confianza, sus enseñanzas. Admiro bastante su profesionalismo, su certeza la gran persona que es. Sin duda es un pilar en mi educación como psicóloga, confié en poder seguir colaborando con usted en más proyectos, la quiero mucho.

Doctor Carlos, gracias por esta oportunidad de colaborar junto a usted, siempre lo he dicho, estar con usted es un privilegio y un honor que mi tutor sea usted. Es una gran persona que me enseñó y formó lo que ahora soy, gracias por alentarme por confiar en mí, por creer en mí, por nunca dejarme a la deriva. Lo recordaré siempre como el mejor profesor-asesor que pude tener. Espero este trabajo sea el principio de muchos más productos de trabajo en conjunto, lo quiero mucho.

Por último, agradezco al proyecto PAPIIT IN-304717 por su apoyo para la elaboración de este trabajo.

¡GRACIAS!

Índice

| | |
|---|------------|
| RESUMEN | 6 |
| INTRODUCCIÓN | 7 |
| CAPÍTULO 1. EL CORAZÓN Y LA CARDIOPATÍA VALVULAR | 9 |
| 1.2 <i>CARDIOPATÍA VALVULAR</i> | 10 |
| 1.2.1 <i>Sintomatología</i> | 13 |
| 1.2.2 <i>Diagnóstico</i> | 14 |
| 1.2.3 <i>Tratamiento</i> | 16 |
| 1.3 <i>FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR</i> | 19 |
| 1.3.1 <i>Factores de Riesgo No Modificables</i> | 20 |
| 1.3.2 <i>Factores de Riesgo Modificables</i> | 21 |
| 1.3.3 <i>FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES</i> | 25 |
| CAPÍTULO 2. CONOCIMIENTO ACERCA DE LA ENFERMEDAD, ANSIEDAD ESTADO, AUTOEFICACIA CARDIACA Y ESTADO FUNCIONAL EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA | 28 |
| 2.1 <i>CONOCIMIENTO ACERCA DE LA ENFERMEDAD</i> | 29 |
| 2.2 <i>ANSIEDAD</i> | 32 |
| 2.3 <i>AUTOEFICACIA CARDIACA</i> | 36 |
| 2.4 <i>ESTADO FUNCIONAL</i> | 40 |
| CAPÍTULO 3. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA EL MANEJO DEL PACIENTE CON CARDIOPATÍA | 45 |
| 3.1 <i>TÉCNICAS PSICOEDUCATIVAS PARA EL MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR</i> | 48 |
| 3.1.1 <i>Psicoeducación</i> | 49 |
| 3.1.2 <i>Técnica para el Control de la Respiración</i> | 51 |
| 3.1.3 <i>Imaginería Guiada o Visualización</i> | 55 |
| 3.1.4 <i>Resolución de problemas</i> | 58 |
| JUSTIFICACIÓN | 65 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 68 |
| PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN | 70 |
| HIPÓTESIS | 70 |
| OBJETIVO GENERAL | 70 |
| MÉTODO | 74 |
| RESULTADOS | 83 |
| DISCUSIÓN | 108 |

| | |
|--------------------------|------------|
| CONCLUSIÓN | 119 |
| REFERENCIAS | 120 |
| ANEXOS..... | 128 |

Resumen

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte a nivel mundial, siendo la valvulopatía la tercera. Sin embargo, es frecuente encontrar en el paciente ambivalencia emocional ante su enfermedad y pronóstico.

Objetivo: Evaluar la efectividad de un programa psicológico para modificar el conocimiento de la enfermedad, la autoeficacia cardiaca, ansiedad estado y estado funcional en pacientes con cardiopatía valvular. **Método:** Se realizó un estudio cuasiexperimental transversal pre-postest con un grupo control en 35 pacientes con diagnóstico de cardiopatía valvular atendidos en el Servicio de Cardiocirugía del CMN, Siglo XXI-IMSS, distribuidos al grupo de tratamiento (N=14) y al grupo control (N=21). Instrumentos: Cuestionario de Conocimiento acerca de la enfermedad Valvular, Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, Escala de Autoeficacia Cardiaca y Subescala de Estado Funcional. **Resultados:** El grupo experimental mostró diferencias estadísticas para disminuir Ansiedad ($p=.015$), aumentar la Autoeficacia Cardiaca ($p=.040$) e incrementar su Estado Funcional ($p=.010$). No se encontraron diferencias estadísticas para el Conocimiento acerca de la enfermedad ($p=.359$). Se encontraron cambios clínicos en el Conocimiento de la enfermedad (45% de los pacientes), Ansiedad (89% de los pacientes), Autoeficacia Cardiaca (56% de los pacientes) y Estado Funcional (100% de los pacientes). **Conclusión:** El programa psicológico mejoró el conocimiento de los pacientes, disminuyó la ansiedad e incrementó la percepción de autoeficacia y estado funcional, lo cual indica la necesidad de implementar programas que favorezcan la educación del paciente acerca de la enfermedad, su tratamiento y rehabilitación, mejorando su estado de salud y bienestar.

Palabras clave: intervención psicoeducativa, terapia breve, ansiedad, conocimiento acerca de la enfermedad, autoeficacia, estado funcional, enfermedad valvular.

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2017), las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte a nivel mundial, a causa de ello, en el 2012 murieron cerca de 17,5 millones de personas. Dentro de las enfermedades cardiovasculares, la cardiopatía valvular es la tercera causa de morbimortalidad.

En México, en el 2015 se reportaron 166.934 defunciones por enfermedades del sistema circulatorio, en la cual, la enfermedad valvular se coloca en una de las principales causas de fallecimiento en este país (INEGI, 2017).

Actualmente, el tratamiento quirúrgico es la mejor opción para el paciente con cardiopatía valvular. Sin embargo, es frecuente encontrar en el paciente ambivalencia emocional ante este tratamiento. Esto debido al riesgo que implica una cirugía mayor, al mismo tiempo de desear recuperar la salud. Situación que puede implicar efectos negativos en la salud, el cuidado y recuperación del paciente. Por lo que ambos factores, pueden ser perjudiciales para la calidad de vida cotidiana del paciente, ya que genera limitaciones físicas y sociales (Álvarez, Gallegos, Ramírez, y Luciano, 2012; Lemos, Acosta y Aguledo, 2015).

Asimismo, se ha encontrado que la falta de conocimiento sobre la enfermedad, el tratamiento y de los cuidados tiene consecuencias psicológicas y físicas importantes en el paciente como miedo, depresión y ansiedad (León Castro & Salazar Vargas, 2007). Es así que, al presentarse estos factores psicológicos pre quirúrgicos hay aumento en la vulnerabilidad a infecciones, mayor estadía hospitalaria y una lenta recuperación (Sandrino,

Meléndrez, Mederos & Carracedo, 2016). Además de que es importante considerar, como es que este conocimiento y la información influyen en las creencias que tiene una persona sobre su capacidad y percepción de control para manejar los síntomas y desafíos impuestos por la enfermedad (Carpi, González, Zurriaga, Marzo y Buuk, 2010) y esto de qué forma también afecta su estado funcional, es decir, su capacidad para llevar a cabo tareas físicas (Peláez, et al, 2017).

Por ello, uno de los objetivos de la Cardiología Conductual, es que el psicólogo en conjunto con los cardiólogos, atiendan estas demandas psicológicas que de tal forma los pacientes reciban tratamientos eficaces y oportunos para que su recuperación cardiovascular sea en el menor tiempo posible, logre una pronta recuperación e incorporación a sus actividades normales, ya que se trata de una de las patologías de mayor importancia en la actualidad, no solo por su impacto en la morbilidad general, sino por los recursos que deben ser invertidos cada día en su prevención, manejo y rehabilitación (Figuroa, Alcocer, Ramos, Hernández y Gaona, 2010; Sánchez, Bobadilla, Dimas, Gómez y González, 2016).

Capítulo 1. El Corazón y la Cardiopatía Valvular

El sistema circulatorio está formado por el corazón y los vasos sanguíneos. El corazón es el órgano que se encarga de enviar sangre oxigenada a todos los tejidos y los demás órganos, también hace circular la sangre no oxigenada y con desechos por los pulmones para que se dé la oxigenación e intercambio gaseoso necesarios (Santos, 2006). También, está encargado de mantener la sangre en movimiento en el cuerpo de forma unidireccional.

El corazón está situado en el tórax por detrás del esternón y delante del esófago, la aorta y la columna vertebral. Está constituido por cuatro cavidades: dos en el lado derecho y dos en el lado izquierdo. Las cavidades situadas en la parte superior se denominan aurículas y las situadas en la parte inferior se denominan ventrículos (Aragoncillo, 2009).

También tiene cuatro válvulas situadas en los orificios que comunican las aurículas y los ventrículos, llamadas tricúspide y mitral, las cuales tienen una morfología diferente de las válvulas que se encuentran entre los ventrículos y las arterias pulmonares y aorta, es decir, las válvulas pulmonar y aórtica. Las cuatro válvulas tienen la misma función: se abren y dejan pasar la sangre, para después cerrarse e impedir que la sangre retroceda (Aragoncillo, 2009).



Figura 1. Fisiología del corazón (Harrison, s/f)

1.2 Cardiopatía valvular

Se reconoce como valvulopatías cardíacas a aquellas complicaciones de algunas enfermedades que distorsionan o destruyen las válvulas del corazón y su origen es la alteración de la capa interna del corazón, el endocardio. Debido a ello, se pueden ver afectadas las cuatro válvulas cardíacas, sin embargo, es más frecuente encontrar la deficiencia en las de la cámara izquierda (válvula mitral y aórtica) que en las de la derecha (válvula tricúspide y pulmonar) (Blanc, Doumeix & Viro, 1983; Echeverry, López, y López, 2007).

Las principales patologías valvulares son (González y Moreno, 2013):

Estenosis aórtica. Es la obstrucción del flujo de salida de la sangre desde el ventrículo izquierdo hacia la arteria aorta por anomalía de la válvula aórtica. Su etiología más frecuente es congénita y degenerativa, y es más prevalente en varones.

Fisiopatología. La superficie de la válvula aórtica es aproximadamente de 3,5 a 4 cm². La estenosis severa por lo general presenta una superficie entre .5 a .75 cm².

Insuficiencia aórtica. Enfermedad congénita o degenerativa, en donde se presenta precarga y postcarga de sangre aumentadas, dado por la sobrecarga de volumen y de presión, debido que la válvula no cierra bien y hay un flujo anormal de la sangre. Puede deberse a engrosamiento retracción de las cúspides, por dilatación del anillo aórtico o por prolapso valvular, su etiología más frecuente es la reumática y se presenta más en los varones.

Fisiopatología. En la Insuficiencia aórtica se produce un paso diastólico de sangre en sentido retrógrado desde la aorta hacia el ventrículo, ocasionando un descenso de la presión diastólica aórtica y un aumento del volumen diastólico del ventrículo y una carga de volumen.

Estenosis Mítral. Obstrucción del flujo de entrada del ventrículo izquierdo a nivel de la válvula mitral, que dificulta abrir sus valvas durante el llenado diastólico ventricular. Principalmente es causada por fiebre reumática, congénita y por enfermedades en el tejido conectivo. Asimismo, esta enfermedad tarda alrededor de 10 años en aparecer y otros 10 años en hacerse sintomática (Calderón, A. P., & de Bobadilla Ossorio, J. F. Las Valvulopatías., s/a; Sosa, V. (1998).

Fisiopatología. El orificio de esta válvula en los adultos es normalmente de 4 a 6 cm², sin embargo cuando existen alteraciones hemodinámicas significativas, el orificio de la válvula se reduce entre 1.5 y 2.5 cm² (estenosis mitral leve). Cuando el área es más reducida entre 1 y 1.5 cm² se considera estenosis mitral moderada y cuando es por debajo de 1 cm² se habla de una estenosis mitral severa.

Insuficiencia mitral o Regurgitación mitral. Una cantidad de sangre vuelve desde el ventrículo izquierdo hacia la aurícula izquierda durante la sístole ventricular debido a un fallo en el cierre de la válvula mitral, por a la deformidad de las valvas producida por la enfermedad reumática. La presencia de esta enfermedad aumenta con la edad y es mayor en hombres que en mujeres.

Fisiopatología. La insuficiencia mitral proporciona una vía de bajo flujo para la eyección ventricular izquierda, ocasionando que disminuya el volumen telesistólico y el estrés parental.

Valvulopatía tricúspide. Es la obstrucción parcial al paso sanguíneo de la aurícula derecha al ventrículo derecho (estenosis), o la regurgitación ventrículo-atrial sistólica (insuficiencia). Es frecuente encontrar esta enfermedad en corazones sanos, detectándose en más del 90% de las personas “normales”. Sin embargo, también puede aparecer a causa de fiebre reumática, endocarditis infecciosa, infarto el ventrículo derecho, artritis reumatoide, radioterapia, mixomatosis de válvulas auriculoventriculares (prolapso), electrodos de marcapaso, tumores extracardíacos y el “síndrome phen-fen” (Llamas y González, s/f).

1.2.1 Sintomatología.

Los síntomas de las valvulopatías se presentan de diferente forma, según sea la válvula dañada. En general se presentan los siguientes síntomas (Chávez, 1993):

- **Disnea.** Es el síntoma más común, se explica por ser el aumento en la presión de la aurícula izquierda que incrementa la presión venosa pulmonar, presentando respiración corta. Puede ser desencadenada, entre otras situaciones, con el ejercicio, o bien con un esfuerzo mínimo.
- **Hemoptisis.** Esta anomalía puede ser desde muy leve hasta muy abundante y repetida. Su origen es la extravasación sanguínea dentro de los alveolos pulmonares, aunque puede producirse durante una bronquitis o neumonía intercurrentes.
- **Tos.** Generalmente se presenta por las noches, es uno de los principales factores desencadenantes del decúbito y del esfuerzo. Se debe a diversos factores, entre ellos congestión pulmonar, las bronquitis intercurrentes, y compresión del bronquio izquierdo por el crecimiento auricular.
- **Astenia o Fatiga.** Se explica principalmente por un gasto cardiaco disminuido, con trabajo de los músculos respiratorios aumentado.
- **Palpitaciones.** Es la sensación de trabajo no habitual del corazón, y son percibidas con el cambio de frecuencia o en el ritmo cardiaca.
- **Vértigo.** Como síntoma de trastorno cardiaco, se presentan alteraciones extremas de la frecuencia cardiaca, es decir, una bradiarritmia o taquiarritmia muy rápida.
- **Síncope.** Crisis en donde hay pérdida de la conciencia, y al terminar la crisis se recupera de inmediato la conciencia. Lo cual sucede, debido a la presencia de un

funcionamiento cardiaco anormal, presentando palpitaciones antes de la crisis, pulso lento o ausente durante la crisis.

Sintomatología que en caso de la insuficiencia mitral es muy variable. El paciente puede tolerar perfectamente la lesión valvular y permanecer asintomático, o puede haber insuficiencia cardiaca izquierda cuando la regurgitación es grave. El principal determinante de la sintomatología es el grado de insuficiencia valvular y la velocidad del desarrollo de la lesión.

1.2.2 Diagnóstico.

Existen diferentes pruebas y métodos para conocer el diagnóstico, su evolución y el estado de la enfermedad valvular. Entre las pruebas más empleadas están (Selzer, 1979; Rodríguez & López s/f):

- ***Historia clínica.*** Es la parte inicial de la valoración diagnóstica y tiene siempre gran importancia para la introducción del problema. Dentro de sus puntos más importantes a explorar son; descripción de los síntomas, valoración de la incapacidad del paciente y revisión de los antecedentes del paciente. Para la enfermedad valvular, es de importancia precisar en los antecedentes patológicos (fiebre reumática, lúes, endocarditis infecciosa).
- ***Exploración física.*** Con ayuda de la historia clínica se pone atención en cuáles puntos centrar la atención de la exploración. Esta revisión se basa en tres puntos principales; el estado general del corazón y de la circulación, y la presencia o ausencia de signos indicativos de insuficiencia cardiaca.

- **Radiología.** Consiste en la obtención de radiografías del tórax, proyectando el área posterior y lateral. Su principal objetivo es observar el movimiento cardiaco e identificar las calcificaciones intracardiacas.
- **Electrocardiografía (ECG).** Es la representación gráfica de la actividad eléctrica del corazón que se transmite a través de las células. Se mide desde la superficie del cuerpo por medio de electrodos.
- **Fonografía.** Es el registro grafico de las vibraciones de los ruidos y soplos cardiacos, es aplicado para mostrar acontecimientos fisiológicos dentro del ciclo cardiaco y obtener información respecto a los fenómenos audibles y a la función cardiaca.
- **Ecocardiografía.** Se basa en la reflexión de las ondas ultrasónicas en diferentes densidades acústicas. En la cardiopatía valvular, desempeña un papel diagnostico importante ya que permite una valoración de la afección de la válvula menos aparente, además de determinar el tamaño de las cavidades cardiacas.
- **Angiocardiografía.** Método de visualización con contraste de todo el sistema circulatorio mediante inyección intravenosa. El procedimiento es introducir un catéter en la zona del sistema circulatorio que se desea visualizar. En la cardiopatía valvular es útil para separar la estenosis valvular de la subvalvular y de la supravalvular y de las otras lesiones que semejan estenosis.
- **Cateterismo.** Procedimiento en donde se toman rayos X tras inyectar una solución de contraste en una arteria con la finalidad de localizar

estrechamientos, oclusiones y otras anomalías de arterias específicas.

Además de evaluar el funcionamiento del corazón y las válvulas.

1.2.3 Tratamiento.

Para tratar la enfermedad valvular, existe el tratamiento a base de fármacos y el tratamiento quirúrgico, los cuales se explican a continuación (Selzer, 1979).

Farmacológico.

El objetivo de este tratamiento es limitar el daño establecido y evitar la aparición de otras lesiones. Asimismo, el tratamiento difiere en los pacientes asintomáticos de los sintomáticos. Por ello, en pacientes asintomáticos se recomienda aplicar profilaxis de nuevos brotes de fiebre reumática mediante penicilina parenteral, además, este tratamiento se acompaña con dieta hiposódica y evitar esfuerzos físicos (Alpert y Rippe, 1990).

Cuando el paciente es sintomático, el tratamiento es más estricto en la restricción de sal en la dieta y generalmente se indica un diurético vía oral con la finalidad de modificar los síntomas, especialmente de disnea (Chavéz, 1993).

Quirúrgico.

La cirugía cardíaca y en general, la cirugía de corazón abierto han sido reconocidas como uno de los avances más significativos e importantes en la medicina. Este procedimiento comprende tres tipos generales de operaciones (Selzer, 1979):

1. Operaciones curativas (p. ej., defecto septal auricular).
2. Operaciones correctivas (la mayoría de las operaciones sobre las válvulas).
3. Operaciones paliativas (p. ej., anastomosis de Blalock).

En la enfermedad valvular, los procedimientos de cirugía cardíaca van a depender de la gravedad y severidad de la enfermedad, por lo que a continuación se describen los procedimientos para su corrección (Alpert y Rippe, 1990):

- a) **Valvuloplastia.** En el trayecto de las valvuloplastias, las adherencias que causan el estrechamiento del orificio de las válvulas son eliminadas mecánicamente (con la mano o mediante un dilatador. Esta intervención puede realizarse sólo en pacientes con calcificaciones mínimas. Al cabo de un periodo de 7-10 años, la válvula suele volverse a estenotar y se indicaría su sustitución. Este procedimiento puede realizarse en el momento del cateterismo cardíaco por medio de un catéter de balón como se muestra en la siguiente figura.

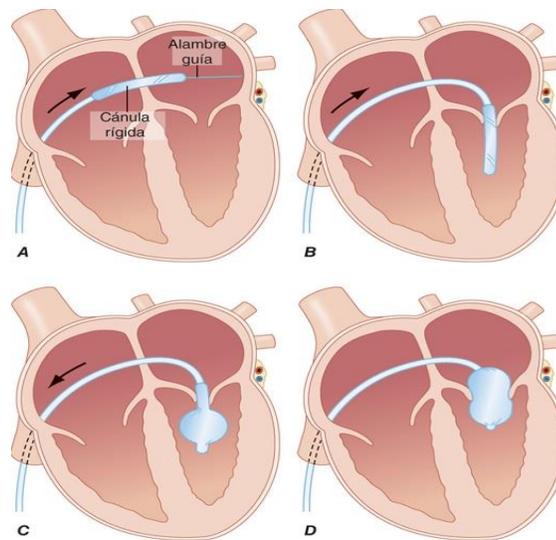


Figura 2. Procedimiento de valvuloplastia (Harrison, s/f).

b) **Sustitución de válvula.** Durante la intervención para la sustitución, la válvula estenosada, intensamente calcificada y deformada es retirada y se coloca una prótesis valvular en su sitio. El injerto que reciben los pacientes puede ser válvula de porcino o válvula mecánica, de acuerdo a las siguientes características: durabilidad, costo, uso de anticoagulante, resistencia a las infecciones e incidencia de tromboembolismo. La figura 3, muestra un ejemplo de la sustitución valvular a una válvula mecánica.

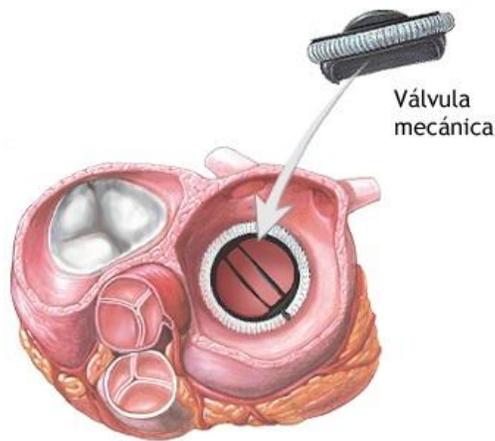


Figura 3. Procedimiento de sustitución de válvula mecánica (Harrison, s/f).

Los individuos que tienen una cardiopatía valvular y que van a ser sometidos a procedimientos invasivos como la sustitución valvular, viven un periodo de estrés psicológico y ansiedad pre y post quirúrgica a causa del desconocimiento de el origen de su enfermedad y de los factores de riesgo que interfieren en el desarrollo de ésta, pueden tener consecuencias importantes a nivel fisiológico y psicológico del paciente pre quirúrgico (Glacomonte y Mejía, 1997).

Además de complicaciones post operatorias y sentimientos de ambigüedad sobre los cuidados y cambios de factores de riesgo para un mejor pronóstico de la enfermedad (Castillero y Pérez, 2003)

Por ello es de vital importancia que el paciente identifique adecuadamente los factores de riesgo modificables, no modificables y psicosociales implicados en el desarrollo de su enfermedad valvular, y tener beneficios como controlar mejor su enfermedad, tanto en la etapa pre operatoria y post operatoria (León y Salazar, 2007)

1.3 Factores de Riesgo Cardiovascular

De acuerdo con el Framingham Heart Study (O' Donnell y Elosua, 2008) un factor de riesgo es un elemento o una característica mensurable que tiene una relación causal con un aumento de frecuencia de una enfermedad y constituye como factor predictivo independiente y significativo del riesgo de presentar la enfermedad de interés.

Entonces, el riesgo cardiovascular es la probabilidad que tiene una persona de enfermar o morir por una enfermedad vascular posterior a su determinación (Herrera, Rojas & Martínez, 2017). Estos factores pueden ser no modificables, modificables y psicológicos, algunos ejemplos se muestran en la tabla 1 (Laham, 2003, citado por Figueroa, 2007).

Tabla 1.

Factores de Riesgo Cardiovascular (Laham, 2003).

| <u>Factores de Riesgo No modificables</u> | <u>Factores de riesgo susceptibles de ser modificables</u> | <u>Factores de Riesgo psicológicos</u> |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Edad• Sexo• Historia familiar | <ul style="list-style-type: none">• Tabaquismo• Obesidad• Consumo de alcohol• Sedentarismo• Estrés | <ul style="list-style-type: none">• Ansiedad• Depresión• Hostilidad• Personalidad Tipo A, D |

1.3.1 Factores de Riesgo No Modificables

Los factores no modificables que investigaciones (O' Donnell y Elosua, 2008; Romero, 2009; Fernández, Martín y Domínguez, 2003) han reportado que tienen relación causal con el desarrollo de enfermedades cardiacas son:

Edad. Uno de los principales factores de riesgo no modificables es la edad, ya que se ha encontrado que mantiene una relación directa con el inicio de la enfermedad valvular, entre mayor es la edad, mayor es el riesgo de padecer alguna cardiopatía. Este factor comienza a ser de riesgo a partir de los 35 y con máximo riesgo en los 60 años (Proyecto de Norma Oficial Mexicana para la Prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica, 2010).

Lo anterior se debe a que la presión arterial, tanto sistólica como diastólica, se incrementa conforme avanza la edad. Cabe mencionar, que el envejecimiento no es causa directa de las Enfermedades Cardiovasculares, estas, son más comunes en personas de edad avanzada, puesto que al pasar los años los sistemas homeostáticos del organismo van

perdiendo sus funciones y se debilitan de tal forma que el organismo se vuelve más susceptible de padecer alguna cardiopatía (Georgieva, 2007).

Sexo. El sexo es otro de los factores no modificables que están asociados a las Enfermedades Cardiovalvular. Se ha reportado en los últimos años que los hombres por debajo de los 50 años tienen una incidencia más elevada de padecer algún tipo de Cardiopatía que las mujeres de la misma edad, esto puede ser a la influencia que tienen los estrógenos en los vasos sanguíneos y el sistema cardiovascular en las mujeres. Sin embargo, algunos estudios muestran que a partir de los 55 años, las mujeres sufren infartos, insuficiencia cardíaca y muerte cardiovascular con mayor frecuencia, asociándolo con la menopausia y los factores de riesgo que afrontan (Georgieva, 2007).

Antecedentes familiares. El desarrollo de la cardiopatía valvular en familiares de primer grado se relaciona con la presencia de esta. Es decir, si un familiar hombre <55 años, o mujer <65 años presentó alguna alteración en las válvulas cardíacas, existe mayor probabilidad de desarrollar una enfermedad valvular (World Hearth Federation, 2017).

1.3.2 Factores de Riesgo Modificables

Hipertensión. Investigaciones sobre la presión arterial, han demostrado una asociación continua, independiente, gradual y positiva con los parámetros de evolución cardiovascular. En las personas de 40 a 70 años, por cada 20 mmHg de incremento de la presión arterial sistólica o 10 mmHg de incremento de la presión arterial diastólica se duplica el riesgo de la enfermedad cardiovascular (Kannel, Dawber y McGee, 1980, citado por O'Donnell y Elosua, 2008).

Diabetes. Se ha encontrado que la diabetes se ha asociado en un aumento de 2-3 veces en la probabilidad de aparición de una enfermedad cardiovascular, este evento es mayor en las mujeres que en los hombres, del mismo modo se ha reportado que la intolerancia a la glucosa se asocia también a un aumento de 1,5 veces en el riesgo de aparición de la enfermedad cardiovascular. Asimismo, la diabetes se asocia a otros factores de riesgo cardiovascular como la aparición de hipertrigliceridemia, cHDL bajo, presión arterial alta y obesidad (Arrieta, et al 2015).

Obesidad. La obesidad es considerada un trastorno metabólico crónico asociado a numerosas enfermedades, como la Enfermedad Cardiovascular, además de ser un factor independiente del riesgo de mortalidad, su relación con la Enfermedad Cardiovascular fue identificada ya que produce un exceso de tejido adiposo, produciendo diversas adaptaciones de la estructura y la función cardíaca. Del mismo modo, se ha reportado que tener un IMC más alto durante la infancia se asocia a un aumento del riesgo de Enfermedad Cardiovascular en la edad adulta, lo cual está asociado a la progresión de la aterosclerosis como un proceso continuo que se inicia en una fase temprana de la vida.

Tabaquismo. Un estudio por Framing Study y Albany Cardiovascular Health Center Study, demostraron que los fumadores presentaban un aumento de riesgo de infarto de miocardio o muerte súbita, esto sucede debido a que la nicotina aumenta la agregación plaquetaria, el colesterol y los triglicéridos en la sangre, haciendo a las arterias menos flexibles aumentando la posibilidad de rotura y afecciones de los vasos sanguíneos que riegan los brazos y piernas. También se aumenta la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea (Niaura & Abrams, 2002, citado en Figueroa 2007; O'Donnell y Elosua, 2008).

Consumo de alcohol. El consumo agudo de altas dosis puede causar disfunciones cardiovasculares como crisis hipertensivas, depresión de contractibilidad miocárdica, insuficiencia cardiaca e inducción de arritmias con posibilidad de muerte súbita, esta se debe a que el alcohol daña las fibras musculares del corazón, produce un estrechamiento de las válvulas cardíacas, incluso, infección del músculo cardiaco. Del mismo modo, el etanol puede modificar las propiedades electrofisiológicas del corazón, alterando el tiempo de conducción y los periodos refractarios de excitación del miocardio (Zambrano, Jaramillo & Lino, 2016).

Para calcular el riesgo cardiovascular, tomando en cuenta los factores de riesgo anteriores, se han determinado dos formas para calcular y conocer el riesgo cardiovascular global (Herrera, Rojas, & Martínez, 2017).

Cualitativa: es la suma de los factores de riesgo cardiovascular presentes en el individuo, de acuerdo a lo obtenido, se encuentra la siguiente clasificación:

0-1 factor.....Riesgo bajo.

2-3 Factores.....Riesgo moderado.

Más de 3 factores.....Riesgo alto.

Cuantitativa: utilizando tablas establecidas que dan un valor a cada factor presente. Entre las más utilizadas están las de Framingham, Organización Mundial de la Salud y las de Gaziano sin laboratorio, en las cuales se identifican diferentes factores:

Framingham

Edad, sexo, cifra de colesterol total, cifra de colesterol HDL, presión arterial sistólica, tabaquismo, diabetes mellitus e hipertrofia ventricular izquierda.

OMS-Región Americana

Edad, sexo, cifra de colesterol total, presión arterial sistólica, tabaquismo y diabetes mellitus.

Gaziano sin laboratorio

Edad, sexo, presión arterial sistólica, índice de masa corporal, tabaquismo y diabetes mellitus.

Sin embargo, existen personas que ya deben de ser clasificadas como de riesgo alto sin necesidad de utilizar las tablas. Aquellas que:

- Tienen una cifra de colesterol sérico superior a 8mmol/l o Colesterol LDL > 6mmol/l, cifre de presión arterial superior a 180/110 mmHg, pacientes con enfermedad renal o pacientes con insuficiencia renal establecida.
- Tengan tratamiento antihipertensivo
- Menopausia prematura
- Obesidad
- Historia familiar de cardiopatía isquémica o enfermedad cerebrovascular prematura
- Valores de triglicéridos > de 2.0 mmol/l
- Niveles elevados de proteína C reactiva

- Microalbuminuria

1.3.3 Factores De Riesgo Psicosociales

A pesar de que los Factores de Riesgo Cardiovascular tradicionales, explicados anteriormente, demuestran una parte sustancial de riesgo cardiaco, se ha demostrado que también los Factores psicológicos implican un resultado adverso de la Enfermedad Valvular (Smith y Blumenthal, 2011).

Estrés. El estrés se define como lo que ocurre cuando se dan respuestas inespecíficas del organismo ante demandas hechas, es así que cualquier agente puede ser estresor, siempre y cuando desencadene una respuesta inespecífica de reajuste o estrés (Selye, 1974 citado por Belloch, Sandín & Ramos, 1995). El estrés se da debido a las relaciones de cada persona con su entorno, por ello se puede considerar como el producto de la valoración que le da la persona a los estímulos estresantes, los cuales generan una respuesta en el individuo cuando son interpretados como graves. Desde esta perspectiva, se puede decir que no son los acontecimientos en sí los que producen estrés, sino que son las interpretaciones y valoraciones que cada individuo realiza lo que genera estrés.

En relación con el campo de las cardiopatías, el estrés se ha hallado asociado como factor de riesgo intermediario en los marcadores fisiopatológicos, además de estar relacionado con el desarrollo de arteriosclerosis coronaria, incremento de la masa del ventrículo izquierdo y calcificaciones coronarias, causante de infarto isquémico del miocardio, arritmia maligna y muerte súbita (Murillo, et. al, 2008).

Ansiedad. La ansiedad desencadena una preocupación por el futuro, es decir, por peligros a amenazas futuras y por la incapacidad de controlarlas. En algunas ocasiones

suele ser adaptativa, cuando el individuo esta alerta ante peligros reales y esto le permite un mejor afrontamiento de la situación y por consiguiente, una mejor adaptación. El problema de presentar niveles altos y prologándose ansiedad es que se convierte en una emoción desadaptativa, negativa y fuente de malestar para el individuo que la sufre.

Con relación a las enfermedades cardiacas, se ha encontrado que la presencia de la ansiedad se asocia con el padecimiento o desarrollo de cardiopatías siendo más frecuente en hombres que en mujeres (Murillo, et. al, 2008).

Depresión. Este estado del amino, conlleva síntomas anímicos (tristeza, irritabilidad, nerviosismo, anhedonia), conductuales (apatía, indiferencia, retardo psicomotor, inhibición conductual), cognitivos (disminución de memoria, atención y concentración, autculpa, disminución de autoestima, presencia de esquemas negativos sobre sí mismo, el mundo y el futuro), físicos e interpersonales (fatiga, problemas de sueño, falta de apetito, deterioro de habilidades sociales por perdida de interés y rechazo de otros) (Belloch, Sandín & Ramos, 1995).

Teniendo en cuenta estos síntomas, se han realizado estudios en donde se ha encontrado que la depresión está implicada en el desarrollo de la enfermedades cardiovascular y sus secuelas, como infarto del miocardio o muerte cardiaca, además de estar implicada negativamente en la evolución de distintas cardiopatías, dado que reduce la calidad de vida del paciente y aumenta la percepción de la enfermedad (Costa Días, et al, 2005).

Hostilidad. Esta variable se refiere aun constructo con componentes emocionales, comportamentales y cognitivos. Las personas que presentan hostilidad se encuentran a la

defensiva, ya que esperan lo peor de los demás, dudan de sus intenciones y conductas, lo que conlleva a que se desencadenen sentimientos constantes de ira. Sin embargo, el que estas personas se encuentren constante en un estado hipervigilante, aumenta las probabilidades de padecer enfermedades cardiovasculares, ya que se esperaría que los mecanismos de defensa activen al organismo, pero después del evento éste vuelva a su estado basal (Murillo, et. al, 2008).

La importancia y el objetivo de conocer estos factores y de determinar el riesgo cardiovascular global a tiempo, es que en el año 2015 un tercio de los fallecidos por enfermedad cardiovascular lo hicieron en edades entre 35 y 69 años (Dueñas, Armas y Prohías, 2017). De esta, forma si se les brinda la información al individuo con enfermedad cardíaca sobre los factores implicados en la cardiopatía, va a favorecer en que el paciente se adhiera a un estilo de vida saludable, a su vez, teniendo beneficios como menores gastos y posibles desgracias. Además, la promoción y prevención de los Factores de riesgo Cardiovascular, van a contribuir a establecer políticas públicas de prevención para combatir las enfermedades de origen vascular.

Capítulo 2. Conocimiento acerca de la enfermedad, Ansiedad Estado, Autoeficacia Cardíaca y Estado funcional en pacientes con cardiopatía.

El tener una enfermedad cardiovascular puede ocasionar en el ser humano sentimientos de inseguridad, incertidumbre y ansiedad, además de estar asociadas al conocimiento o desconocimiento de su enfermedad cardíaca, teniendo diversas consecuencias médicas, dificultad a la adherencia del tratamiento y cambios en el estilo de vida recomendados. Si bien, el médico explica a los pacientes sobre la enfermedad que padece, indica el tratamiento a seguir y las posibles complicaciones de la misma, en ocasiones no basta con esta información, generando en ellos emociones como ansiedad, debido a que este estado de salud del paciente implica un riesgo de muerte inesperada o prematura, agregando la pérdida de su funcionalidad física, de su dependencia y de su forma de vida (León y Salazar, 2007; Herrera, Galindo y Lerma, 2018; Perin, 1974).

Es así que, mejorando la atención del paciente en sentido de brindar información específica sobre su enfermedad, tratamientos y procedimientos ayuda a que adquieran y fortalezcan más herramientas para un mejor control de la enfermedad, manejo de emociones, estilo de vida y comenzar a ser más activos y responsables en sus comportamientos saludables, además, de percibirse con mayor autoeficacia (Gacimartín, 2009; Medina y Lida, 2016; Hernández, López y Guzmán, 2016).

A continuación se explican detalladamente de qué manera están relacionados el conocimiento acerca de la enfermedad y los factores psicosociales con la enfermedad valvular y la implicación en pacientes con cardiopatía valvular.

2.1 Conocimiento acerca de la Enfermedad

Las valvulopatías, son enfermedades crónicas que provocan incapacidad, alteraciones emocionales, e inclusive la muerte. La incidencia y prevalencia de la enfermedad ha ido en aumento debido a que los pacientes no tienen autocuidado en su salud, esto puede deberse a la falta de conocimiento acerca de la enfermedad donde abarcan temas como los factores de riesgo relacionados con la Enfermedad Valvular, autocuidados, origen de la enfermedad, etc.

Sin embargo, esta información es importante tenerla para lograr mejores resultados del tratamiento y hacer partícipe al paciente de todo su proceso salud-enfermedad, por ejemplo, conocer sobre el diagnóstico, los fármacos (dosis y frecuencia), el correcto régimen dietético, los signos precoces de descompensación, adhesión al tratamiento, rehabilitación de la enfermedad y las conductas adoptar como iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos, realizar ejercicio o tener control de emociones (Silvera, Chamorro, Silveira, Ormaechea, & Álvarez, 2013; Barreiro, Velasco, Renilla, Torres, Martín & de la Hera, 2013; Querales, Ruiz, Rojas, & Espinoza, 2011; Gutierrez, Álvarez, Del Río, Villalta y Garoz, 2004).

Además de los beneficios de contar con información acerca de la enfermedad, antes mencionada, se han estudiado consecuencias psicológicas y físicas en el paciente, a causa del desconocimiento acerca de la enfermedad. Por ejemplo, se ha identificado el miedo, la depresión y la ansiedad como manifestaciones clínicas asociadas a la falta de conocimiento acerca de la enfermedad.

Como se mencionó, es posible que el médico cardiólogo de información al paciente sobre la enfermedad que padece, indica el tratamiento a seguir y las posibles complicaciones, sin embargo, en ocasiones lo hacen en términos técnicos o bien, actúan sin considerar aspectos psicológicos, que ayudarían al individuo a manejar mejor la situación, provocando estas emociones en los pacientes, además de que el conocimiento científico de los profesionales se encuentra distante de la información con la que cuentan de los pacientes lo cual deja a los pacientes más confundidos y con temores frente al procedimiento, lo que ocasiona que puedan presentar complicaciones en su estado emocional (León Castro & Salazar Vargas, 2007).

Por ello, la labor del psicólogo a través de la educación para la salud, es mejorar el conocimiento de los pacientes, además de brindar habilidades que influyan en las actitudes que el paciente requiere para mantener favorable a su estado de salud, mejorando así su calidad de vida, educación en su enfermedad y capacidad de autocuidado frente a la enfermedad valvular, además de cuidar el estado emocional y cognitivo del paciente, por ejemplo evitando causar ansiedad o depresión y cerciorándose de que haya un cambio en su cognición, esto debido a que se han reportado limitaciones en el manejo de esta enfermedad por ejemplo, inadecuado cumplimiento terapéutico, educación para la salud insuficiente y falta de autocuidado de los pacientes con riesgo de descompensación de su enfermedad y desajuste en su medicación (Yera, Mateos, Ferrero y Páez, 2009; Pereira, Campos, Lima, Brandao y Regina de Oliveira, 2012).

Con base a lo anterior, se han realizado estudios en donde se ha encontrado que los principales desencadenantes de estas emociones como la ansiedad en los pacientes es la falta de información acerca de la enfermedad y el procedimiento que se les va a realizar,

así como la información poco estructurada y deficiente que es proporcionada por el personal de enfermería (Achury, Achury, Estrada y Gutiérrez, 2012).

Del mismo modo Rocha, Lozano y Romero (2017) realizaron un estudio transversal que incluyó a 118 pacientes del Centro Médico Nacional siglo XXI sometidos a cateterismo cardiaco, en el cual su objetivo fue analizar el nivel de conocimientos del paciente adulto hospitalizado sobre el cateterismo cardiaco y la presencia de ansiedad y depresión; ellos encontraron que su nivel de conocimientos fue regular en 56%, bueno en 9% y malo en 35% además de haber encontrado que existe relación ($p < 0.05$) entre ansiedad y depresión con la falta de conocimiento acerca de la enfermedad, procedimiento y cuidados, asimismo, concluyen que la falta de conocimiento repercute en la falta de adherencia y en el autocuidado. Estos autores sugieren implementar orientación estandarizada al paciente y así poder evitar la presencia de complicaciones.

Dado que el conocimiento acerca de la enfermedad que tiene el paciente es un factor que influye en el control de la misma Barraza y Sarmiento (2015) llevaron a cabo un estudio en donde buscaron evaluar los conocimientos de hipertensión en 150 pacientes hipertensos, ellos encontraron que el 70% de la población encuestada sabe sobre su enfermedad, aunque el 48% sabe que no es curable y el 44% desconoce que no debe suspender la medicación para la hipertensión cuando no tiene síntomas, del mismo modo, tanto el conocimiento sobre las modificaciones recomendadas al estilo de vida, como el de las posibles complicaciones de la hipertensión fueron altos, asimismo, encontraron que el conocimiento fue menor en pacientes con baja escolaridad y de reciente diagnóstico.

Finalmente, concluyen que existen severas deficiencias en el conocimiento de hipertensión de la población encuestada, además es recomendable tomar un rol más activo en la educación del paciente para mejorar su conocimiento acerca de la enfermedad.

2.2 Ansiedad.

La ansiedad es una condición emocional transitoria, que conlleva sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo, temor y elevación de actividad del sistema nervioso autónomo, puede estar presente por ser parte de la personalidad del paciente (ansiedad-rasgo) o bien, ser causada por un evento importante como es el acto quirúrgico (ansiedad estado) (Heinze, Camacho, 2010).

La ansiedad desencadena una preocupación por el futuro, por los peligros o amenazas futuras y por la incapacidad de controlarlas. En situaciones puede ser adaptativa, cuando el individuo está alerta ante peligros reales y esta reacción le permite un mejor afrontamiento de la situación y por consiguiente una mejor adaptación. Por lo contrario, la ansiedad puede resultar un problema cuando sus niveles son altos, prolongados y cuando no existe un peligro evidente, convirtiéndose en una emoción desadaptativa, negativa y fuente de malestar para el individuo que la padece (Butcher, Mineka & Hooley, 2007 citado en Murillo, Zuluaga, García, Hoyos, Lasprilla, & Rogers, 2008).

Asimismo, Spielberger (1966) definió la **ansiedad estado** como el episodio transitorio de ansiedad y que es variable en el tiempo, es decir, que el sujeto puede percibirse a sí mismo ansioso o no ansioso en un momento o situación determinada, en el cual, tal situación es interpretada como amenazadora o peligrosa, por ejemplo el contexto quirúrgico y hospitalario (Hernández, López, & Guzmán, 2016).

Se ha estudiado cómo se manifiesta la ansiedad en los pacientes con enfermedades cardiovasculares y se ha hallado que elevados grados de ansiedad pre quirúrgica hay aumento en la vulnerabilidad de infecciones, mayor estadía hospitalaria y una recuperación lenta (Sandrino, Meléndrez, Mederos & Carracedo, 2016). En el contexto post operatorio, se ha encontrado que la ansiedad es considerada como predictor de dolor postoperatorio (Hernández, López, & Guzmán, 2016).

Debido a las implicaciones que trae la ansiedad dentro del contexto hospitalario, se han realizado diversos estudios con la finalidad de conocer la manera en que esta condición emocional se está presentando e influyendo en los pacientes cardiovasculares.

Castillero (2007) encontró que dentro de las respuestas psicológicas en el contexto quirúrgico, la ansiedad es considerada predominante y la más estudiada, por ejemplo, de 98% de los pacientes que estudió en la etapa preoperatoria, un 48% manifestó niveles altos debido a la implicación emocional que conlleva ser sometido a cirugía, la asociación con la muerte, el temor al dolor, a lo desconocido, a la reacción a la anestesia, a perder la integridad del cuerpo o la autonomía.

Asimismo, Vilchis, Secín, López y Córdova (2010) realizó un estudio en donde evaluó la frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes que acudieron a sala de urgencias en México, en donde encontró la presencia de ansiedad en un 34.8%. Del mismo modo, estudios han encontrado que un 60% y 80% de incidencia de ansiedad preoperatoria está asociada a factores como la cirugía, el grado de información y las experiencias previas (Gavito et al. 2000).

Para evaluar ansiedad en pacientes hospitalizados, han sido utilizados diferentes cuestionarios, entre estos López (2016) realizó una investigación en pacientes post operados de revascularización coronaria dentro del Servicio de Cardiocirugía Torácica del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE. Los datos se obtuvieron con la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), con el cual se encontró que el 100% de la muestra presenta algún nivel de ansiedad y posterior a la aplicación de un programa de solución de problemas los niveles de ansiedad disminuyeron al 69.2% logrando que el paciente reconociera las dificultades de su condición, como la dieta, su tratamiento médico, sensación de molestias y dolor, buscara una solución, ampliar sus opciones para ejecutarlas y así disminuir la ansiedad lo que conlleva a disminuir recaídas o reingresos hospitalarios, mayor apego al tratamiento y reincorporación a su rutina.

Dentro de este mismo estudio, algunas de sus limitaciones fueron el número de pacientes en los se aplicó la intervención, la sugerencia fue incorporar un grupo control y la inclusión de variables como autoeficacia, calidad de vida, apoyo social midiendo el impacto de la intervención en dichas variables.

Otro estudio realizado en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, analizaron el nivel de ansiedad estado de los pacientes cardiopatas previo a estudio de tomografía computada, utilizando el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo. Su muestra estuvo compuesta por 262 pacientes adultos de entre 18 a 85 años, en los cuales encontraron que el 69.5% de los casos presentan nivel medio de ansiedad estado y el 8.4% presentan nivel alto de ansiedad estado, por lo que los autores lo relacionan con la incertidumbre del pronóstico de la enfermedad o al desconocimiento del estudio (De la Merced, 2012). Una de las recomendaciones que sugiere este estudio, es tener visitas

previas con los pacientes para proporcionarles información y orientación sobre los estudios diagnósticos y terapéuticos, ya que esta información tiene un impacto positivo sobre el nivel de ansiedad, además de que se trabajen estrategias enfocadas a disminuirla. Del mismo modo, trabajar con base el grado académico y la información con la que cuentan los pacientes, también cuidar y corregir el lenguaje para que sea claro y permita expresar de manera sencilla la información que el paciente necesita y con ello lograr disminuir la ansiedad, esperando mejorar la calidad de sus estudios y procedimientos además de disminuir costos tanto del paciente como de la institución hospitalaria.

También, Cadena Estrada, Olvera Arreola, Ortiz Alfaro, Ramos, Quintero Barrios, y Cruz Ayala (2014), realizaron un estudio en donde el objetivo fue analizar el nivel de ansiedad que presentan los pacientes adultos con cardiopatía congénita, su muestra estuvo conformada por 248 pacientes con algún tipo de cardiopatía congénita con edad de entre 17 y 64 años. Para conocer el nivel de ansiedad, utilizaron el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, con el cual encontraron que el 73.4% de los pacientes presentan nivel medio de ansiedad estado, mientras que el 21% presenta nivel alto de ansiedad estado. Estos resultados los asocian con un nivel educativo bajo y a la cantidad de información sobre su enfermedad y tratamiento. Sin embargo, una de las limitaciones que encontraron en este estudio es la falta de poder establecer relaciones causales, además de estudiar y valorar otras variables como red de apoyo social, calidad de vida, clase funcional y temas que tengan que ver con la enfermedad (severidad de la cardiopatía, pronóstico, riesgo de mortalidad) que pueda estar influyendo en el desarrollo de un problema emocional.

2.3 Autoeficacia Cardiaca

Para definir la Autoeficacia cardiaca, hay que conocer el constructor de autoeficacia, el cual fue introducido por Bandura en 1977 que forma parte de la teoría social cognitiva. De acuerdo con esta teoría, la motivación humana y la conducta están regulados por el pensamiento, además de que se involucran tres tipos de expectativas: a) Las expectativas de la situación, en la que las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal; b) Las expectativas de resultado, que se refiere a la creencia que una conducta producirá determinados resultados y c) Las expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida, que se refiere a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener resultados deseados (Bandura,1995).

Con base a la definición anterior, la autoeficacia influye en como la persona siente, piensa y actúa. En lo emocional, un bajo nivel de percepción de autoeficacia está asociado con depresión, desamparo y ansiedad. Asimismo, las creencias de eficacia influyen en los pensamientos de las personas, en el grado de optimismo o pesimismo, en el desarrollo y acción para lograr las metas que se plantean para sí mismas y en un compromiso con estas metas. De esta manera, las personas con alta autoeficacia invierten más esfuerzo, son más persistentes y mantienen mayor compromiso con sus metas frente a las dificultades que aquellos que tienen menor autoeficacia (Bandura 1997).

La autoeficacia ha sido aplicada a diversas conductas relacionadas con la salud por ejemplo: uso de drogas, actividad sexual, fumar, realizar ejercicio, bajar de peso, manejo de enfermedades crónicas y en la habilidad para recuperarse de los problemas de salud o para evitar potenciales riesgos para la salud.

Dentro de las investigaciones de autoeficacia en pacientes con enfermedades cardíacas, se ha encontrado que esta variable psicológica funge como predictor para realizar conductas saludables, además de influir para el inicio y mantenimiento de la conducta, y con ello la prevención de la enfermedad cardiovascular (Carpi, González, Zurriaga, Marzo y Buuk, 2010).

En 1998, Sullivan, LaCroix, Russo y Katon diseñaron una escala midiendo el mantenimiento de las funciones y el control de síntomas de la enfermedad cardíaca llamándole “*Self-efficacy*”, traducida al español como **Autoeficacia cardíaca**, la cual se desarrollará en este trabajo.

La **Autoeficacia Cardíaca** es la creencia que tiene una persona en su capacidad para realizar actividades que se relacionan con los síntomas y desafíos impuestos por su enfermedad cardiovascular y motiva a las personas a tomar decisiones para establecer un estilo de vida saludable (O’Neil, Berk, Davis, & Stafford, 2013). Además de estar implicada en reducir factores de riesgo, en el cumplimiento de regímenes de ejercicio y recomendaciones dietéticas. En otras palabras, se refiere al conocimiento y el control de los síntomas de su enfermedad cardíaca.

Del mismo modo, aumentar el conocimiento acerca de la enfermedad valvular en los pacientes va a contribuir en su confianza para poder realizar actividades de su vida diaria, además de incrementar sus habilidades para manejar sus síntomas mientras participa en sus funciones rutinarias. A su vez, aumentando el nivel de confianza individual, puede ayudarlos a realizar actividades diarias más frecuentemente y con menores complicaciones, evitando la manifestación de síntomas de ansiedad y depresión como signos de su ineficacia física (Magfiret & Türknaz, 2004).

Como ya se mencionó, Sullivan, LaCroix, y Russo (1998) desarrollaron un instrumento especializado en evaluar pacientes con enfermedad cardíaca.

Más tarde Fors, Cliffordson, Ekman, y Brink, (2014) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la consistencia interna de la escala de Autoeficacia Cardíaca, en cual obtuvieron un coeficiente alfa de .816 de confiabilidad, además desarrollaron las dimensiones de control de síntomas, control de la enfermedad y mantenimiento funcional.

Flores (2015) realizó un estudio en 87 pacientes con Cardiopatía isquémica, en el cual utilizó la Escala de autoeficacia de los autores Fors, Cliffordson, Ekman, y Brink, (2014), encontrando que el 47.13% de la muestra percibe alta autoeficacia en la enfermedad cardíaca total. Respecto a las dimensiones del cuestionario el 64.37% tiene niveles altos de autoeficacia para el control de los síntomas; el 49.43% reportó tener alta autoeficacia para el control de la enfermedad y para el mantenimiento funcional. Una de las ventajas que aporta este estudio es que crea bases para continuar con el estudio de diversos factores protectores involucrados en la enfermedad coronaria y en pacientes mexicanos. Sin embargo, la autora sugiere para futuras investigaciones la validación de instrumentos

específicos para medir estas variables en población mexicana, así como la implementación de programas de intervención con el objetivo de fortalecer los factores positivos e identificar el impacto en la recuperación postquirúrgica.

En otro estudio realizado en México por Escudero (2016), en donde evaluó la autoeficacia percibida de 60 pacientes con Cardiopatía isquémica con edad media de 63.35 años. La autora encontró, con la aplicación de la Escala de Autoeficacia Cardíaca, un puntaje medio de 38.18 de un máximo de 48 puntos, en la dimensión de control de síntomas obtuvo un puntaje medio de 13.7 de 16 puntos máximos; en la dimensión de control de la enfermedad encontró un puntaje medio de 10.27 de 12 puntos; en la dimensión mantenimiento funcional encontró una media de 14.22 de 20 puntos posibles. Por lo tanto, de acuerdo a sus reportes que en estos pacientes existe una percepción alta de autoeficacia cardíaca total, ya que las dimensiones control de síntomas y control de la enfermedad se encuentran la mayor autoeficacia. A pesar de que los resultados fueron puntajes altos en estos pacientes, se sugiere para posteriores investigaciones, la evaluación en otros escenarios hospitalarios y la creación de programas de intervención dirigidos a este tipo de población y a sus necesidades.

Del mismo modo, Álvarez, Gallegos, Ramírez, & Carlos, (2012) realizaron un estudio con población mexicana post operados de cambio valvular, en donde encontraron que la muestra tiene poca autoeficacia, es decir, esta población no se siente lo suficientemente capaces para cuidarse por sí mismos y de sus conocimientos sobre los cuidados y su enfermedad no son suficientes ni los más adecuados, por ejemplo no tienen el conocimiento de sus signos, síntomas, medicación, dieta que tiene que llevar, actividad física permitida y las funciones que puede desempeñar. Es así que los autores proponen que

los profesionales fomenten el autocuidado para que la persona se concientice sobre su enfermedad, se haga responsable de su salud apegándose al tratamiento y modificando sus conductas de riesgo, teniendo un efecto positivo sobre el número de reingresos hospitalarios, una mejor calidad de vida y un mejor uso de los recursos humanos y financieros en las instituciones de la salud.

2.4 Estado Funcional

Las limitaciones funcionales que implica la enfermedad valvular pueden afectar diversos aspectos de la vida de los pacientes que la padecen, esto se debe a la sintomatología de la misma enfermedad (falta de aliento, dolor en el pecho, palpitaciones, fatiga, mareos, dolor abdominal, sudoración) (Peláez, et al, 2017; Heart & Vascular Institute. The George Washington University, 2017).

De acuerdo con Ramos, Figueroa, Alcocer y Rincón (2011), el **Estado Funcional** es la capacidad para llevar a cabo tareas físicas, además de que nos indica el impacto que perciben los pacientes en cuestión de su funcionamiento físico y el impacto de los síntomas en éste.

Los pacientes con enfermedad valvular severa presentan características concretas en su capacidad funcional, sobre todo cuando la persona presenta síncope ya que se incapacita para realizar actividades que puedan afectar la seguridad del paciente o de terceras personas, y aún más cuando el paciente es trabajador y realiza actividades como manejar maquinaria peligrosa, conducción de vehículos de motor, manejo de sustancias peligrosas, etc. (Sosa, 1998).

Del mismo modo, las actividades pueden clasificarse en función del tipo de intensidad del ejercicio practicado y estas a su vez se dividen en ejercicio dinámico y estático. El ejercicio dinámico implica cambios en la longitud muscular y movimientos de articulaciones con contracciones rítmicas que desarrollan una fuerza intramuscular relativamente pequeña, por lo contrario, el ejercicio estático implica el desarrollo de grandes fuerzas intramusculares con mínimos cambios en la longitud muscular y casi sin movimiento articular (López, Hurtado y Javiera, 2009).

Asimismo, dentro del sistema cardiaco, el ejercicio dinámico ocasiona un aumento importante del consumo de oxígeno, del gasto cardíaco, frecuencia cardíaca, volumen de eyección y presión arterial sistólica, con descansos de las resistencias periféricas globales, y el ejercicio estático ocasiona sólo un ligero aumento del consumo de oxígeno, gasto cardíaco y frecuencia cardíaca, sin cambios en el volumen de eyección y produce un marcado incremento de las presiones arteriales sistólica, diastólica (Boraita, et al., 2000).

Por lo tanto, el ejercicio dinámico provoca una sobrecarga de volumen en el ventrículo izquierdo, mientras que el estático provoca sobrecarga de presión sobre todo el aparato cardiovascular.

Conocer los distintos tipos de ejercicios nos es útil para visualizar el impacto de la actividad física del paciente en su sistema cardiovascular y así comprender la razón de las limitaciones que el paciente con enfermedad valvular presenta, es decir, el individuo con cardiopatía valvular severa se encuentra limitado a realizar actividades, por mencionar algunas como: futbol, tenis, caminar largas distancias, subir tramos grandes de escaleras o rampas y cargar objetos pesados (Santos y Mir, 2006; López, Hurtado y Javiera, 2009).

En este sentido, el paciente con enfermedad valvular se ve influido y limitado en su nivel de independencia, en sus relaciones sociales, así como en su relación con las áreas esenciales de su entorno, como ya se mencionó, en su área laboral y en sus actividades diarias y ello a su vez afectando también el estado psicológico del paciente (Álvarez, Formiga, de Mora, Calleja y Gómez, 2016).

De acuerdo con Sperlus, Winder, Dewhurst, Deyo y Fihn (1994) debido a las limitaciones físicas e interferencias sociales mencionadas anteriormente, que a su vez son causadas por los síntomas propios de la enfermedad valvular, ha surgido la necesidad de atender a esta variable como parte de la percepción de paciente sobre su calidad de vida relacionada con la salud, haciendo referencia a la percepción sobre el estado de salud, estado emocional, y en general su funcionamiento físico.

Dentro de esta enfermedad cardiovalvular, es una variable de gran relevancia para su estudio, ya que esta enfermedad posee características que impactan en la vida cotidiana de los pacientes, por ejemplo, afectando múltiples sistemas corporales y un amplio rango de funciones físicas y sociales que van afectando gradualmente las actividades diarias, llegando a presentar crisis por la falta de control de la enfermedad y por la aparición de complicaciones (Lemos, Acosta y Agudelo, 2015).

Es evidente que la enfermedad valvular impacta de forma negativa en la calidad física del paciente cardiópata, pues en diversos estudios se han encontrado afectaciones en las actividades físicas de los pacientes.

Vargas, Ordoñez, Montalvo y Díaz (2017) realizaron un estudio en donde evaluaron la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes post infarto de miocardio. Se

evaluaron a 66 pacientes egresados del servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario, los datos se recogieron con base en el cuestionario de salud SF-36. En este estudio, en el componente de salud física se encontró que en la función física y rol físico, los pacientes muestran tener un puntaje de 49 y 34 respectivamente, lo cual quiere decir que de un puntaje esperado de 100, ellos reportan tener un puntaje por debajo de la media.

Flores (2015) evaluó a 87 pacientes con enfermedad isquémica en el Centro Médico Nacional 20 de noviembre del ISSSTE y del Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, sus variables a medir fueron Autoeficacia Cardíaca, Percepción de la Enfermedad y Calidad de Vida Relacionada con la Salud. En el componente de Estado Funcional dentro de la variable de Calidad de vida Relacionada con la Salud, encontró una media de 67.99, lo cual refleja el impacto moderado que perciben los pacientes en cuestiones de sentirse limitados en realizar sus actividades cotidianas y el impacto de sus síntomas debido a su enfermedad cardíaca. Finalmente, la autora sugiere el diseño y la implementación de un programa de intervención con el objetivo de fortalecer los factores positivos e identificar el impacto en la recuperación posquirúrgica y en la calidad de vida relacionada con la salud del paciente.

En otro estudio con población mexicana, Escudero (2016) identificó el perfil psicológico del paciente candidato a revascularización coronaria, entre las variables psicológicas medidas, se encuentran: Calidad de Vida Relacionada con la Salud, encontrando en la dimensión de Estado Funcional un puntaje medio de 68.72 de 100 puntos esperados, lo que implica que los pacientes se sientan con limitaciones importantes para poder desempeñar sus actividades cotidianas a causa de su enfermedad y ello afecta su estado de bienestar psicológico.

En sugerencia, la autora propone evaluar las variables estudiadas en otros escenarios hospitalarios y la creación de programas de intervención psicológica dirigidos a este tipo de población y sus necesidades, con el acompañamiento de su propia valoración de efectividad sobre el conocimiento de su enfermedad.

Con base a lo que se ha encontrado en estos pacientes cardiópatas, se han propuesto programas de intervención en los cuales se tomen en cuenta la promoción de factores de riesgo de la enfermedad y su relación con el ejercicio físico, proporcionar información y conocimientos relacionados al mantenimiento de la salud cardiovascular, tratamientos específicos en rehabilitación cardíaca, esto con la finalidad de mejorar la capacidad física y psicológica, estabilizar la evaluación de la enfermedad mejorando su pronóstico, incorporando a los pacientes en la menor medida de tiempo a sus actividades habituales (Achury, Rodríguez, Agudelo, Hoyos y Acuña, 2011; Cordero, Masiá y Galve, 2014).

Capítulo 3. Técnicas de Intervención Psicológica para el manejo del Paciente con Cardiopatía

Como se ha mencionado en capítulos anteriores, los pacientes debido a la falta de información, al desconocimiento del proceso quirúrgico, proceso anestésico, a su recuperación y entre otros factores, suelen desarrollar emociones negativas y conductas no saludables que interfieren en su pronóstico de la enfermedad, en su recuperación, en su estancia hospitalaria, en la adherencia al tratamiento, a la mortalidad y a la modificación de factores de riesgo (Carpi, González, Zurriaga, Marzo y Buuk, 2009; de la Merced, 2012; León Castro & Salazar Vargas, 2007).

Es así que la terapia conductual, es un campo referido a la investigación e intervención en problemas psicofisiológicos y médicos, puede ser considerada como un área derivada de la psicología clínica y de la salud, en donde se realizan numerosas investigaciones sobre la conducta humana, enfermedad y prevención de la misma a través de cambios conductuales. De tal modo, que se identifiquen aquellas conductas que disminuyan el riesgo de que se presente la enfermedad y favorecer las que propicien el cambio de la conducta inapropiada de los individuos, a fin de que estos lleguen a modificar sus conductas con el objetivo de ser más sanos (Reynoso y Seligson, 2005).

Por tal motivo, al tener una perspectiva integradora para la atención y tratamiento conductual de los pacientes se ha propuesto abordar los aspectos psicológicos y sociales en el ámbito hospitalario particularmente de pacientes con enfermedad cardiovascular.

El trabajo del psicólogo en éste ámbito no solo se enfoca en la promoción y prevención de la salud, sino que ejecuta técnicas psicológicas para obtener una dinámica más activa con el paciente, ayudando en el bienestar psicológico y comportamental (Sánchez-Román, Velasco-Furlong, Rodríguez-Carvajal, & Baranda-Sepúlveda, 2006; Peláez-Hernández, Orea-Tejeda, Domínguez-Trejo, López, Díaz-Barreiro, Santiago, & Rubio, 2017; Miguel, 2016).

Por ello, las **técnicas cognitivo-conductuales** son las más utilizadas para los pacientes cardiovasculares ya que están enfocadas en la prevención de las enfermedades, en cambiar estilos de vida, en la atención de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas y en la rehabilitación de pacientes, a través del cambio conductual y de la cognición (Fernández, Díaz, Dolores, & Domínguez, 2003).

En este sentido, cuando se habla de cognición desde la perspectiva del modelo conductual, como mediador de la conducta, existen tres funciones implícitas generales: lenguaje, significado y memoria. Aunado a ellas, la persona desarrolla procesos de razonamiento, de solución de problemas y de toma de decisiones (Reynoso y Seligson, 2005).

Asimismo, al hablar de cognición, se habla de la existencia de tres procesos (Mahoney, 1974 citado en Reynoso y Seligson, 2005):

1. De información, en el cual la persona adquiere, utiliza y almacena la información.
2. Desarrollo de un sistema de creencias, conformado por ideas, expectativas y actitudes acerca de uno mismo y acerca de otros.

3. De afrontamiento.

Las cuales son fundamentales para la aplicación de diversas técnicas, especialmente con pacientes con enfermedades cardiovasculares.

Dentro de la terapia cognitivo conductual esta la **terapia breve**, la cual se define como una estructura terapéutica que se orienta a incrementar la conciencia de los pacientes acerca de sus comportamientos problema, así como de su capacidad y motivación para comenzar a hacer algo al respecto (Dulmus & Wodarski, 2002). Su objetivo principal es ofrecer a los pacientes herramientas para modificar actitudes básicas y manejar problemas subyacentes.

Esta terapia se sitúa exclusivamente en el presente, utiliza herramientas terapéuticas en un tiempo más corto en comparación de una terapia a largo plazo, y su fin es el cambio de un comportamiento específico en lugar de uno a gran escala, además de dar énfasis en incrementar la autoeficacia y la motivación al cambio, así como desarrollar empatía y alianza terapéutica con el paciente, empleando técnicas de escucha reflexiva que le permitan al individuo identificar cómo, cuándo y por qué podría cambiar (Kristen, 1999; Loganbaugh & Wirtz, 2001).

Las principales características de la terapia breve se describen a continuación (Hewitt y Gantiva, 2009).

1. Terapia de tiempo limitado y corta duración, con un máximo de cinco sesiones de cuarenta y cinco a sesenta minutos.
2. Se centra particularmente en el presente más que en la historia lejana de la persona.

3. Pretende incrementar la motivación y disponibilidad hacia el cambio.
4. Trabaja la cognición y la emoción para lograr el cambio.
5. Tiene como objetivo la toma de decisiones y el inicio del cambio comportamental.

La aplicación de la terapia breve se ha fundamentado tanto en psicoterapia y educación como en prevención y promoción de la salud, específicamente en el uso de las técnicas psicológicas para pacientes cardiovasculares.

3.1 Técnicas psicoeducativas para el manejo del paciente con enfermedad cardiovascular

Debido a las múltiples respuestas psicológicas en el contexto hospitalario, por ejemplo, en la etapa pre operatoria, se ha creado la necesidad de crear programas de intervención psicológica, con el objetivo de potenciar conductas que favorezcan al paciente y sino eliminarlas, por lo menos disminuir emociones negativas como la ansiedad (Castillero, 2007).

La intervención psicológica en estos pacientes busca (Roca, 2007; Alarcón y Ramírez, 2006):

- Estimular la toma de conciencia acerca de la situación que se está viviendo y las respuestas a ella.
- Disminuir las reacciones emocionales negativas. Aunque no se elimine completamente el malestar, puede llevarse a niveles manejables para el paciente y lograr un fortalecimiento emocional.
- Fomentar la expresión de emociones y normalizar las respuestas en relación con la situación a la que se enfrenta.

- Ofrecer información nueva y relevante, que permita la reestructuración de falsas creencias y de expectativas acerca de la enfermedad.
- Designar al paciente tareas concretas fuera de la sesión de trabajo que le permitan desempeñar un rol activo en función de su propio bienestar y que le estimulen la confianza en sus propios recursos y potencialidades.
- Desarrollar seguridad y expectativas de que se puede responder de manera más efectiva y activa ante la situación.
- Reducir manifestaciones comportamentales, que impactan en el funcionamiento cardiaco.
- Reducir el riesgo de enfermedad cardiaca mediante el control de factores de estrés, ansiedad y depresión.
- Estimular conductas saludables.
- Evitar las interacciones farmacológicas que producen un mayor riesgo de enfermedad cardiaca o trastornos psicológicos.

Para el logro de dichos objetivos son necesarias estrategias terapéuticas enfocadas a lo anterior y especialmente con esta población. Por ello, se exponen las técnicas psicológicas que se han empleado para estas intervenciones.

3.1.1 Psicoeducación

La psicoeducación se define como la aproximación terapéutica o modo de tratamiento, a través de ella se le proporciona a los pacientes y a sus familiares información específica sobre la enfermedad y tratamiento (Martínez, González y Álvarez, 2015).

El principal objetivo de una psicoeducación eficiente, es dotar al paciente de herramientas que le permitan ser más activo y responsable en la gestión de su salud, comprender su enfermedad y tratamiento mediante el aumento de conocimientos y habilidades. Asimismo, con la educación, se busca que el paciente mejore en sus actitudes para mantener un comportamiento adecuado en bien de su salud, mejorando así su calidad de vida, nivel educativo y capacidad de autocuidado frente a la enfermedad valvular (Yera, Mateos, Ferrero y Páez, 2008).

A pesar de la basta información en campañas informativas en la prevención de las enfermedades, estas no suelen ser lo suficiente eficaces para el objetivo de prevenir, por ello la psicoeducación debe estar relacionada con un programa de intervención multimodal que tenga objetivos terapéuticos amplios y dirigidos al cambio conductual y así, la técnica será más exitosa en la medida en que se dirige a personas con el riesgo de desarrollar la enfermedad y a su vulnerabilidad percibida (Arrivallaga, Correa y Salazar, 2007).

Por ello, de acuerdo con Arrivallaga, Correa y Salazar (2007) los objetivos que se establecen para el desarrollo de la psicoeducación son:

- Lograr la comprensión de la enfermedad, sus características, etiología, evolución y tratamiento.
- Facilitar la adopción de conductas de autocuidado.
- Evaluar los beneficios de pertenecer a un programa de intervención o adherirse a un tratamiento.
- Valorar los riesgos de mantener comportamientos negativos para la salud.
- Reestructurar los pensamientos asociados a la "ausencia de sintomatología".

- Evaluar el sentido de la autoeficacia y control de la propia salud.
- Comprender la relación entre la presencia de factores de riesgo psicosocial y la aparición de la enfermedad.
- Evaluar y analizar la percepción de riesgo y la vulnerabilidad.
- Involucrar familiares o una fuente de apoyo social significativa para el paciente, de forma que participen en el proceso de adhesión al tratamiento y reducción del riesgo psicosocial.

Al llevar a cabo esta estrategia se deben considerar puntos importantes en el proceso de comunicación entre psicólogo y paciente, como la claridad de las instrucciones, la adopción de un lenguaje comprensible y ajustado al nivel educativo de los pacientes, empatía, asertividad y búsqueda de retroalimentación sobre la información comprendida por el paciente.

Por otra parte, se deben considerar factores que pueden influir negativamente en la psicoeducación, por ejemplo, el bajo nivel educativo de los pacientes y el compromiso de los pacientes hacia el control de la enfermedad.

3.1.2 Técnica para el Control de la Respiración

Dentro de las estrategias psicoeducativas para el manejo de los pacientes esta la técnica de control de la respiración, la cual es un proceso esencial para la vida cuyo principal objetivo es proveer al organismo de oxígeno. La frecuencia de los movimientos respiratorios constituyen el ritmo respiratorio, el cual se desarrolla en cuatro fases (Vázquez, 2001):

- 1) Inspiración. Es donde el aire penetra por las fosas nasales y llega a los pulmones, aquí el diafragma (músculo que separa la cavidad torácica de la cavidad abdominal) que en situación de reposo tiene forma abombada y en esta fase se contrae adquiriendo una forma casi plana, con lo que la cavidad torácica aumenta de volumen y la presión negativa de la cavidad pleural contribuye a la entrada de aire a los pulmones. En este proceso, el oxígeno inhalado se transporta a través de los bronquios hasta llegar a los alvéolos, donde se difunde al torrente sanguíneo debido a que su presión es mayor que la que presenta en la sangre.
- 2) Después de la inspiración, se produce una pausa durante la cual los pulmones mantienen un estado de inflación.
- 3) Espiratoria. En esta fase se produce el proceso inverso: el CO₂ penetra los alvéolos como consecuencia de los cambios en el gradiente de la presión, el diafragma se relaja provocando el retroceso de las estructuras torácicas que reducen su volumen y el CO₂ es expulsado al exterior.
- 4) Después de la fase de espiración le sigue una pausa durante la cual los pulmones permanecen en reposo.

El ciclo se repite 5 veces, descansando unos minutos, y realizando después 5 ciclos de inspiración-expiración. Se practica mínimo 3 veces todos los días, además de practicarlo en situaciones cada vez más reales o situaciones menos confortables que nos producen emociones negativas (Ibáñez y Manzanera, 2011).

Todo proceso respiratorio sigue, básicamente, esta secuencia y atendiendo principalmente la inspiración, se pueden establecer tres patrones diferentes de respiración según Vázquez (2001).

a) Respiración Clavicular, es la más corta y superficial, con una escasa frecuencia de movimientos.

b) Respiración torácica, es en la que implican los músculos torácicos, la intervención del diafragma es poco relevante y sólo se utiliza la parte superior de la capacidad funcional de los pulmones. Se asocia a la actividad del sistema nervioso simpático.

c) Respiración diafragmática, es la más profunda de todas, debido a que los movimientos del diafragma permiten la mayor expansión pulmonar y niveles también mayores de oxigenación, ya que el aire se dirige a la parte más baja de los pulmones, que es la que contiene la mayor cantidad de sangre. Además, cuando el abdomen se expande, hay poca implicación de los músculos del pecho y los hombros, por lo que la respiración requiere de un mínimo esfuerzo, este patrón de respiración se asocia y puede estimular una respuesta parasimpática.

En diversas circunstancias en donde se somete el cuerpo a estrés, la respiración tiene un cambio de una respiración diafragmática a una respiración torácica. En este cambio se produce un incremento en la tensión de los músculos esqueléticos del abdomen y la parte baja de la espalda, y la tensión en estas áreas origina la implicación de los músculos torácicos para permitir la respiración y requiere un esfuerzo adicional para expandir los músculos del tórax.

A pesar de que la respiración torácica puede ser adaptativa en situaciones de estrés, si se produce con demasiada frecuencia o de forma prolongada, la cantidad de aire que llega al pulmón es insuficiente, generando una menor oxigenación de los tejidos, un mayor trabajo cardíaco y la acumulación de los productos de degradación de las células que provocan una mayor intoxicación del organismo y un aumento en la sensación de tensión general, además de presentar sensaciones corporales desagradables como palpitaciones, parestesias, jadeos, vértigo, sudoración, espasmos musculares y dolor en el pecho además de presentar sentimientos de tensión y ansiedad, es así que el llevar a cabo una respiración diafragmática adecuada tiene mayores beneficios para el organismo.

En el sentido terapéutico, esta técnica de respiración diafragmática tiene como objetivo enseñar a las personas a mejorar la capacidad funcional de los pulmones al tiempo que regulan el ritmo inspiratorio-espирatorio. Además de reducir la sobre activación simpática que se produce en situaciones de estrés. También, se ha aplicado como estrategia en el tratamiento de trastornos de ansiedad en relaciones personales, ansiedad generalizada, depresión, agresividad, obsesiones, fatiga crónica e hipertensión. Por consiguiente, las estrategias de control de respiración potencian el control de las emociones negativas (ansiedad, enfado, ira, dolor, etc.), es así que, se pueden utilizar como instrumento de afrontamiento, para controlar la emoción negativa (Garcés de los Fayos, Velandrino, Conesa y Ortega, 2002; Ibáñez y Manzanera, 2011).

3.1.3 Imaginería Guiada o Visualización

Otra de las técnicas utilizadas en la psicoeducación para el manejo de los pacientes con enfermedad valvular, es la visualización guiada, que de acuerdo con Achterberg en 1985 (en Payne, 2005), es el proceso del pensamiento que invoca a través de los sentidos, es una técnica muy útil para recrear escenas conflictivas y darles un nuevo significado, además, al formar una imagen se realiza una representación mental clara de lo que se pretende conseguir.

Del mismo modo, la visualización puede usarse para aliviar la tensión muscular, reducir o eliminar el dolor y ayudar en el proceso de perdonar, en general, el terapeuta puede encontrar muchas más utilidades, dependiendo del problema del paciente (García, 2007).

En esta actividad pueden intervenir la vista, el oído, el olfato, el gusto y modalidades del tacto, y tener lugar en ausencia de todo estímulo externo. En otras palabras, la visualización es *“pensar en fotografías a base de palabras”*.

Dentro de sus efectos terapéuticos, la visualización se lleva a cabo ante un proceso de pensamiento que invoca el uso de los sentidos y puede emplearse para mejorar lo siguiente (García, 2007):

- a. Autodesarrollo y cambio psicológico.
- b. Relajación.
- c. Diversión, con el objetivo de distraer la mente de pensamientos estresantes.
- d. Curación.

La técnica de visualización en terapia de relajación, primero el paciente debe estar en un estado de relajación, ya que es considerado importante para que la técnica sea efectiva. Después, resulta conveniente dar una breve explicación, dejar claro que la visualización consiste en elaborar imágenes en la mente, las imágenes pueden ser agradables que inducen una sensación de calma. Finalmente, una sesión de visualización debe terminar de modo gradual. Primero, se deja deliberadamente que la imagen se desvanezca, luego, el paciente vuelve a dirigir su atención lentamente hacia la habitación en la que está y, en su momento, abre los ojos. Durante los pocos minutos siguientes dar a sus extremidades un suave estiramiento, para luego regresar a su actividad normal (Payne, 2005).

Específicamente, la finalidad de la visualización guiada es la promoción de la relajación por medio de un instructor. El visualizador evoca una escena naturalista, de su propia elección, y da vueltas en su interior observando específicamente su contenido sensorial, por ejemplo, un prado, un bosque, una playa o un jardín las cuales son escenas apropiadas. Asimismo, al visualizador se le pide que note los olores, los sonidos así como la apariencia del escenario; es criterio del instructor la cantidad de información que se le dé al paciente. Para ello, se emplean algunos de los siguientes ejemplos, utilizando los sentidos, ayudando al paciente a construir una imagen mental viva (Payne, 2005):

Vista. Visualice...

- Una forma
- Un roble
- Un caracol
- Un velero

- Un lugar

Sonido. Imagine...

- El viento soplando por entre los arboles...
- El timbre de su teléfono
- Diferentes personas diciendo su nombre
- Escalas tocadas en un piano
- Agua fluyendo a la largo de una corriente o cayendo desde lo alto de una cascada

Olor. Evoque lentamente...

- Pan recién horneado
- Hierba recién cortada
- Vainilla
- Comida recién hecha

Gusto. Imagine el sabor de...

- Higos
- Plátanos
- Gelatina
- Comida favorita

Tacto. Imagine tocar...

- Un abrazo
- Un estrechón de manos

- Estar descalzo sobre la arena
- Pasar los dedos sobre telas lustrosas
- Tocar el agua

Temperatura. Imagine sensaciones de calor y frío.

- Beber un líquido caliente
- Sentir el sol en la piel
- Pasar de una habitación cálida a otra fría
- Sostener un cubo de hielo
- Sumergirse en un baño caliente

Sentido kinestésico. Imagine llevando a cabo...

- Nadar
- Correr sobre el pasto
- Serrar madera
- Lanzar una pelota
- Caminar sobre el agua

3.1.4 Resolución de problemas

Dentro de las técnicas psicoeducativas que se llevan a cabo para el manejo del paciente está la terapia de resolución de problemas. La cual es un entrenamiento en un modelo sistemático de solucionar problemas cotidianos con el objetivo de mejorar la capacidad de afrontar situaciones estresantes, asimismo, maximiza los beneficios y minimiza los costes. Dicho de otro modo, una solución es cualquier respuesta de

afrontamiento destinada a cambiar la naturaleza de la situación problemática (Froján, 1998; Nezu, Nezu y Lombardo, 2006).

De acuerdo con D' Zurilla (en Froján, 1998) las fases que definen la solución de problemas son: orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, generar alternativas, toma de decisiones y puesta en práctica de la solución, los cuales se describirán más adelante.

Dentro del procedimiento de solución de problemas se identifican dos procesos que son principales: orientación del problema y resolución racional de problemas.

La orientación del problema es el conjunto relativamente estables de esquemas cognitivo-afectivos que representa las ideas, actitudes y reacciones emocionales generales de la persona acerca de los problemas cotidianos y su capacidad de afrontarlos con éxito, si la orientación el problema lo considera negativa, por ejemplo los problemas se ven como amenazas o la capacidad para resolver problemas se considera ineficaz, lo cual generará afecto negativo y motivación para la evasión, lo que causará que la persona inhiba o interrumpa los intentos subcuentes de resolver problemas (Nezu, Nezu y Lombardo, 2006).

Como se mencionó, la orientación hacia el problema es principalmente una actividad cognitiva, mientras que la resolución racional de problemas, es el conjunto de operaciones cognitivas y conductuales específicas, las cuales son esenciales y eficaces para resolver el problema. Estas operaciones, como ya se mencionó arriba, son: a) la definición del problema, b) generación de opciones, c) toma de decisiones y d) evaluación de los resultados. De las cuales, cada una tiene su propósito (Nezu, Nezu y Lombardo, 2006):

Definición del problema. Su objetivo es delinear las razones por las cuales una situación determinada se constituye en un problema, así como especificar metas y objetivos realistas que contribuyan a guiar las medidas siguientes para alcanzar soluciones.

Generación de opciones. Su objetivo es crear por medio de lluvia de ideas, una lista suficiente de posibles soluciones para el problema con el fin de aumentar la probabilidad de identificar las ideas que se consideren las más eficaces.

Toma de decisiones. Su meta es efectuar un análisis sistemático de elección de las diversas opciones a identificar y luego considerar sus consecuencias positivas y negativas y, después, con base en esta evaluación, diseñar un plan de acción general de solución.

Evaluación de resultados. Lo que se busca en este paso, es supervisar y evaluar la eficacia de un plan de solución y corrección, si el resultado no es el esperado, dicho así, si la solución no es eficaz el solucionador del problema debe reconsiderarla por medio de los pasos anteriores de la resolución de problemas.

Se han realizado diversos estudios sobre la efectividad de los programas de intervención, por ejemplo, en el Hospital Santa María del Rosell, Cartagena, realizaron un trabajo en dónde se quería conocer si la aplicación de un programa de intervención psicológica era efectivo en pacientes con problemas cardiovasculares tipo inestable y modificar variables como actitud y control hacia la enfermedad, características de la personalidad, ansiedad, depresión y relaciones sociales. Su muestra estuvo compuesta de 26 sujetos, 13 del grupo experimental y 13 de grupo control, del hospital de edad entre 47 y 70 años a los cuales se les aplicó el programa dividido en cuatro módulos; ejercicio físico, relajación y respiración, informativo y procesos cognitivos. En sus resultados encontraron

lo siguiente, el promedio de todas las variables estudiadas en los grupos control y experimental en el momento antes y en el momento después mostraron diferencias significativas, de acuerdo con los autores el haber participado en el programa les proporcionó a los pacientes aprender una variedad de estrategias de afrontamiento, seguridad y distracción, y de esta forma no estar atentos a las mínimas sensaciones corporales. Algunas de sus propuestas para mejorar el estudio es mejorar el programa, ampliar la muestra, además, de introducir en el programa actividades físicas (Garcés de los Fayos, Velandrino, Conesa y Ortega, 2002).

Otra de las investigaciones dedicadas a la intervención psicológica de Flores, Acosta, León, Lagarda, Hernández y Sotelo (2018), en el cual participaron 13 mujeres con hipertensión arterial primaria evaluando Calidad de Vida y Salud, Ansiedad, Expresión de la Cólera y la Hostilidad, pretest, posttest y seguimiento. Realizaron 16 sesiones de intervención grupal aplicando técnicas de exposición de información, control de estímulos, reestructuración cognitiva, modelo de solución de problemas, reforzamiento positivo y modelamiento. Sus resultados arrojaron que entre las diferencias pretest-seguimiento respecto a la ansiedad, obtuvieron $p = .008$, disminuyendo los niveles de ansiedad. Respecto a la calidad de vida y enojo se identificaron disminuciones estadísticamente significativas, con probabilidades asociadas de entre $p = .001$ y $p = .027$. se calculó el cambio clínico objetivo, obteniendo disminución en los niveles de ansiedad en 8 pacientes y la mayor parte de los pacientes no mostraron cambios importantes. De acuerdo con lo anterior, una de las limitaciones de este estudio, podría ser el alcance de la intervención en los pacientes, ya que se realizó de forma grupal y lo que se buscaría es un cambio individual, por tanto,

realizar la intervención de forma individual, además de que en este estudio no se realizó comparación entre grupos, lo cual hubiese sido una gran aportación.

Otro estudio realizado por Díez, Arrospide, Mar, Alvarez, Belaustegi, Lizaur, Larrañaga y Arana (2012), en donde su objetivo fue evaluar la efectividad de una entrevista estructura pre quirúrgica para disminuir ansiedad preoperatoria de los pacientes. El procedimiento lo llevaron a cabo una hora antes de entrar al quirófano los pacientes en relación a la disminución de la. En este estudio se comparó la alternativa de utilizar una intervención informativa estructurada con la situación actual en la que no se lleva a cabo ninguna intervención. La eficacia del procedimiento se recogió mediante el cuestionario de autoevaluación STAI. Sus resultados arrojaron que el impacto de la intervención sobre las medidas de la ansiedad estado y ansiedad rasgo se mostraron como no significativas estadísticamente. Una de las limitaciones que mencionan los autores es que no se recomienda el brindar información adicional al paciente para mejorar el estado de ansiedad, sin embargo, una de las mejoras al procedimiento de brindar información sería asegurarse del cambio cognitivo que tiene el paciente, por ello la importancia del profesional en estas técnicas para lograr ver el cambio.

Peláez, Orea, Domínguez, Figueroa, Alcocer, Pablo y Martínez en 2017, llevaron a cabo un estudio con el objetivo de investigar el efecto de una intervención psicológica cognitiva-conductual en la capacidad funcional de los pacientes con insuficiencia cardiaca, mediante la prueba de caminata de seis minutos. El estudio conto con la participación de 53 pacientes con insuficiencia cardiaca. En el programa de intervención incluyeron técnicas de psicoeducación, respiración diafragmática, relajación muscular progresiva y entrenamiento en solución de problemas, distribuidas en 4 sesiones de 90 minutos. Los resultados

arrojaron que mientras el grupo experimental disminuyó el nivel de cansancio físico ($p=0.02$) y el nivel de esfuerzo reportado cuando incrementó la distancia recorrida ($p=.00$), mientras que el grupo control no mostró cambios significativos. Estos autores concluyen que la intervención propuesta tiene un efecto positivo sobre la condición de la Salud de los pacientes, asimismo recomiendan estudios que incluyan tamaños de muestra mayores, seguimientos a largo plazo, e inclusión de otras variables psicosociales y fisiológicas que puedan mediar el proceso salud-enfermedad en los pacientes con Insuficiencia Cardíaca.

Asimismo, López (2016) realizó un estudio en donde evaluó la eficacia de un programa de intervención en Solución de Problemas para reducir comorbilidad emocional en pacientes post operados de revascularización coronaria en el Servicio de Cardiocirugía Torácica del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE. Se Aplicó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria antes y después del programa de intervención que duro 4 sesiones. Éste estudio arrojó que el 100% de los pacientes presentan algún grado de ansiedad y depresión, mientras que después de la implementación del programa disminuyeron significativamente las variables ansiedad ($p=0-05$) y depresión ($p=0.03$). Finalmente, el autor sugiere incorporar un grupo control y grupo experimental para comprobar la efectividad de la técnica, además de incluir variables como la calidad de vida, apoyo social y autoeficacia midiendo el impacto de la intervención en dichas variables.

También, Miguel (2016) en población mexicana realizó un estudio en donde analizó la eficacia de la psicoeducación sobre la ansiedad, depresión y la percepción de control en pacientes hospitalizados con cardiopatía isquémica candidatos a revascularización coronaria, en el estudio se aplicó 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 mostraron en el grupo experimental una tendencia a no incrementar la comorbilidad emocional, mientras que en el grupo control se encontró un incremento estadísticamente significativo en las puntuaciones sobre la variable ansiedad ($p=.032$) y depresión ($p=.025$), es decir, la implementación de la técnica en psicoeducación si influyó sobre la ansiedad y la depresión. como sugerencia, el autor propone utilizar otras técnicas en conjunto como respiración diafragmática y relajación muscular y tomar en cuenta otras variables que pudieran estar interfiriendo en los pacientes hospitalizados.

Finalmente, considerando lo anterior se puede demostrar la importancia de implementar programas de intervención psicológica en procedimientos de prevención y promoción de enfermedades cardiovasculares, específicamente en enfermedad valvular, además de aplicarlas en situaciones como es el someterse a una cirugía mayor, ya que, como ya se ha demostrado reduce comorbilidad emocional, estrés, recurrencia de episodios de recaídas de la enfermedad, además de aumentar la modificación de factores de riesgo y conductas no saludables (Peláez et. al, 2017).

Por lo que, llevar a cabo técnicas de la terapia cognitivo conductual, aborda problemas emocionales útiles y eficaces para el manejo de ellas, así como influir de manera positiva en el tratamiento físico como pueden ser las enfermedades crónicas, específicamente en enfermedades cardiovasculares (Ibáñez y Manzanera, 2011).

JUSTIFICACIÓN

El Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez ha reportado que las enfermedades reumáticas que afectan las válvulas cardíacas son la tercera causa de morbimortalidad en México (Álvarez et al, 2012). Uno de los tratamientos para esta enfermedad es la cirugía de reemplazo valvular, siendo un procedimiento de alto riesgo que en ocasiones suele ser novedoso para los pacientes. Debido a la desinformación sobre su proceso y desarrollo de la enfermedad puede causar reacciones ambivalentes ya que por un lado está el deseo de querer recuperar la salud y por otro el riesgo de la cirugía, el proceder de su recuperación, perder la integridad del cuerpo o la autonomía de su estado físico, y con ello presentar reacciones psicológicas como la ansiedad. Lo que conlleva que el paciente llegue a presentar múltiples respuestas psicológicas y fisiológicas que pueden comprometer la salud del paciente, el seguimiento de sus prescripciones médicas, incluso la efectividad de la recuperación ya que estarían interfiriendo en poder adoptar nuevos hábitos de salud para el cuidado de su enfermedad (Castillero, 2007; Martínez Álvarez, Gonzalez Lozano, & Álvarez Mon, 2015).

Diversos estudios han reportado que la presencia de síntomas de ansiedad pre operatoria en pacientes con enfermedades cardiovasculares provoca consecuencias como alta vulnerabilidad de infecciones, mayor estadía hospitalaria y una recuperación lenta, además de que en la etapa postoperatoria está relacionada con niveles altos de dolor (Sandrino, Meléndrez, Mederos & Carracedo, 2016; Hernández, López, & Guzmán, 2016), asimismo, se ha encontrado que la presencia de síntomas de esta variable psicológica en la fase preoperatoria tiene una incidencia reportada de hasta 98% (Castillero (2007); Vilchis,

Secín, López y Córdova (2010), asociada a factores como el tema de la cirugía, el grado de información de la enfermedad y experiencias previas (Gavito et al. 2000).

También, se han realizado estudios en donde se reporta de una pobre percepción de autoeficacia (Álvarez, Gallegos, Ramírez, & Carlos, 2012; Flores, 2015; Escudero, 2016), es decir, los pacientes no se sienten lo suficientemente capaces de cuidarse por sí mismos y de sus conocimientos sobre los cuidados y de su enfermedad, lo cual provoca un desenlace negativo para el paciente, por ejemplo, no hacerse responsable de sus cuidados, enfermedad e incluso de su propio tratamiento y en ocasiones aumentan o mantienen conductas que ponen en riesgo su salud, y ello a su vez afecta la percepción del estado funcional del paciente, ya que está relacionado con las limitaciones físicas e interferencias sociales causadas por los síntomas propios de la enfermedad, es así que se han realizado investigaciones en las cuales se encontraron que esta población reporta un puntaje de 49 y 34 puntos por debajo de la media de 100 puntos esperados (Vargas, Ordoñez, Montalvo y Díaz, 2017; Escudero, 2016).

Para atender la ansiedad, la autoeficacia, el conocimiento acerca de la enfermedad y la percepción de estado funcional, se ha propuesto la creación e implementación de programas psicológicos desde el enfoque cognitivo-conductual para modificar factores psicosociales presentes en pacientes con enfermedad cardiovascular (Flores, 2015; Escudero, 2016), ya que diversas investigaciones han encontrado resultados favorables en la modificación de ansiedad, autoeficacia, estado funcional y conocimiento acerca de la enfermedad en pacientes con enfermedades cardiovasculares, empleando técnicas psicológicas como solución de problemas, relajación y psicoeducación (Jenkins, 1995 en

Castillero, 2007; Garcés de los Fayos, Velandrino, Conesa y Ortega, 2002; López, 2016; Miguel, 2016).

Del mismo modo, realizar un programa de intervención psicológica en esta población es necesaria ya que ayuda a aumentar el conocimiento acerca de la enfermedad cardiovalvular a su vez disminuir síntomas de ansiedad, potenciar el estado funcional y la autoeficacia en los pacientes, favoreciendo a nuevos comportamientos de salud como; seguir una dieta cardiosaludable, realizar ejercicio, cumplir con la medicación, controlar la enfermedad, su bienestar y tener una relación activa con su enfermedad, (Allahverdipour, AsghariJafarabadi, Heshmati, & Hashemiprarast, 2013; Rosa, Martín & Bayarre, 2007).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades cardiovasculares representan un serio problema de salud en cuanto a morbilidad y mortalidad, entre ellas la enfermedad valvular.

Se ha identificado que la ansiedad se manifiesta como respuesta asociada al conocimiento acerca de la enfermedad, además esta información tiene influencia en la calidad de vida del paciente, donde abarca la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, el mantenimiento de conductas saludables, el control de síntomas y desafíos impuestos por la misma enfermedad, las relaciones sociales y su autoeficacia (Álvarez et al, 2012; Castellero & Valdés, 2002; Castellero, 2007; León & Salazar, 2007; Carpi, González, Zurriaga, Marzo y Buuk, 2010).

Comúnmente el médico o la enfermera se encargan de explicar al paciente sobre la enfermedad que padece, además de indicarle el tratamiento a seguir y las posibles complicaciones de la misma. Sin embargo, con frecuencia lo hacen con términos técnicos que no se logra captar el objetivo de informar al paciente, haciendo de lado la sensibilidad y aspectos psicológicos a considerar, que ayudarían al paciente a manejar mejor su situación (León & Salazar, 2007; Silvera, Chamorro, Silveira, Ormaechea, & Álvarez, 2013).

Asimismo, someterse a una cirugía de reemplazo valvular tiene implicaciones psicológicas como la presencia de ansiedad, a causa de los síntomas de la enfermedad valvular alteraciones en su funcionamiento físico y autoeficacia cardiaca, teniendo así consecuencias importantes en el paciente.

Por lo tanto, éste estudio es importante debido a que las enfermedades cardiovasculares son uno de los principales problemas en el ámbito de la salud en México y en la actualidad le compete al psicólogo intervenir ya que se ven involucrados trastornos psicosociales que se asocian y que predicen el desarrollo y progresión de la enfermedad (Nitsche, Bitran, Pedrals, Echeverría y Rigotti, 2014).

Sin embargo, en México a pesar de la incidencia reportada de pacientes tributarios a cirugía valvular, no se han implementado protocolos de evaluación e intervención psicológica con estas variables para pacientes con cardiopatía valvular, por lo que constituyen una población vulnerable de presentar alteraciones psicológicas como los factores psicológicos, antes expuestos.

Pregunta de investigación

¿Es eficaz la aplicación de un programa psicológico para aumentar el conocimiento acerca de la enfermedad, la autoeficacia cardiaca, el estado funcional y disminuir la ansiedad estado en pacientes con cardiopatía valvular atendidos en el Servicio de Cardiocirugía del Centro Médico Nacional IMSS Siglo XXI?

Hipótesis

El programa psicológico aumentará en el paciente con cardiopatía valvular su conocimiento acerca de la enfermedad y su percepción de autoeficacia cardiaca, al mismo tiempo que disminuirá la ansiedad estado y mejorará su estado funcional.

Objetivo general

Evaluar la eficacia de un programa psicológico para aumentar el conocimiento acerca de la enfermedad, la autoeficacia cardiaca, estado funcional y disminuir ansiedad estado en pacientes con cardiopatía valvular atendidos en el Servicio de Cardiocirugía del Centro Médico Nacional IMSS Siglo XXI.

Objetivos específicos

En pacientes con cardiopatía valvular atendidos en el Servicio de Cardiocirugía del Centro Médico Nacional IMSS Siglo XXI:

- Evaluar el conocimiento acerca de la enfermedad, la autoeficacia cardiaca, la ansiedad estado y el estado funcional en las etapas de pre-evaluación, post-evaluación.

- Implementar un programa de preparación psicológica para procedimientos invasivos en cirugía cardíaca de alto riesgo.
- Comparar los resultados obtenidos de la fase pre-evaluación y post-evaluación entre el grupo experimental y grupo control.

Variables

Variable independiente.

Programa psicológico

Definición conceptual

Orientación hacia la prevención en población de alto riesgo, como al tratamiento y rehabilitación de los pacientes tras sufrir algún episodio de alteración cardiovascular. Además de dirigirse a modificar hábitos y estilo de vida, factores psicosociales y calidad de vida relacionada con la salud (Fernández-Abascal, E. G., Díaz, M. D. M., & Sánchez, F. J. D. (2003).

Definición operacional

Conjunto de estrategias psicológicas cognitivo-conductuales enfocadas a la disminución de la ansiedad y el estrés psicológico asociados a procedimientos médicos quirúrgicos (Rodríguez, 2000).

Variables dependientes.

Conocimiento acerca de la enfermedad valvular.

Definición conceptual

Conocimiento adecuado sobre la enfermedad cardiovascular, los factores de riesgo y las actividades preventivas de las ECV (Amariles et al., 2005).

Definición operacional

Puntuación total de la Encuesta Sobre el Conocimiento acerca de la enfermedad Valvular, realizada por Silvera, Chamorro, Silveira, Ormaechea y Álvarez, (2013).

Ansiedad estado.

Definición conceptual

Estado transitorio de ansiedad y que es variable en el tiempo, es decir, que el sujeto puede percibirse a sí mismo ansioso o no ansioso en un momento o situación determinada, en el cual, tal situación es interpretada como amenazadora o peligrosa (Spielberger, 1966).

Definición operacional

Puntuación total del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983).

Autoeficacia cardiaca.

Definición conceptual

Creencia que tiene una persona en su capacidad para realizar actividades que se relacionan con los síntomas y desafíos impuestos por su enfermedad cardiovascular y motiva a las personas a tomar decisiones para establecer un estilo de vida saludable (O'Neil, Berk, Davis, & Stafford, 2013).

Definición operacional

Puntuación total de la Escala de Autoeficacia Cardiaca en la versión validada por Fors, Cliffordson, Ekman, & Brink, (2014).

Estado funcional.

Definición conceptual

Capacidad para llevar a cabo tareas físicas (Ramos, Figueroa, Alcocer y Rincón, 2011).

Definición operacional.

Puntaje obtenido en el dominio Estado funcional del Cuestionario Calidad de Vida Relacionada con la Salud, en la versión adaptada del cuestionario KCCQ por Ramos, Figueroa, Alcocer y Rincón (2011).

Método

Diseño

Estudio de tipo cuasiexperimental transversal pre-postest con un grupo control (Kerlinger, 2002).

Participantes

Participó una muestra intencional no probabilística de 35 pacientes hospitalizados con diagnóstico de cardiopatía valvular atendidos en el Servicio de Cardiocirugía del Centro Médico Nacional Siglo XXI-IMSS. Los cuales fueron captados de junio del 2017 a Octubre del mismo año. Se asignaron al grupo experimental (G1=14) y al grupo control (G2=21) de acuerdo con los siguientes criterios:

Inclusión:

- Acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

No inclusión:

- Pacientes con algún padecimiento psiquiátrico.
- Pacientes que presentan problemas de salud crónicos en etapa avanzada.

Eliminación:

- Pacientes que decidan ya no participar en el estudio.
- Pacientes que tengan evaluaciones incompletas.

Escenario

Servicio de Cardiocirugía del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Instrumentos

- Cuestionario de Conocimiento acerca de la enfermedad valvular

Consta 29 preguntas relacionadas con la enfermedad valvular realizadas por Silvera, Chamorro, Silveira, Ormaechea y Álvarez, (2013). En donde asignaron valores a las respuestas nominales de sí (1 punto) y no (0 puntos). Dentro del cuestionario se valoran tres factores; 1) Conocimiento sobre la enfermedad, 2) Factores de Riesgo y 3) Factores de riesgo después de una intervención. Cabe mencionar que el cuestionario no cuenta con putaje de coeficiente alfa de Cronbach.

- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State.Train Anxiety Inventory, STAI)

Está compuesto de 40 ítems por Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, (1983). Dividido en dos escalas con 20 reactivos cada una: ansiedad estado y ansiedad rasgo. Cuentan con una escala Likert que va de 0 (nada) a 3 (mucho). Su puntuación mínima es 0 y la máxima de 60, es decir, a mayor puntaje, mayor es la presencia de ansiedad. Para este estudio sólo se utilizará la escala Ansiedad-Estado, la cual cuenta con un coeficiente alfa de .935 de fiabilidad.

- Escala de Autoeficacia Cardiaca

Instrumento compuesto por 13 ítems, validado por Fors Cliffordson, Ekman, & Brink, (2014). El objetivo del instrumento es buscar qué tan seguros están los pacientes de conocer y realizar las situaciones propuestas. Tiene una escala Likert de 0 (nada confiado) a 4 (completamente confiado), con un puntaje máximo de 52. Está compuesto por tres dimensiones de la autoeficacia: control de síntomas, control de la enfermedad y

mantenimiento de actividad. Cuenta con un coeficiente alfa de .816 de confiabilidad para la escala total, .851 para dimensión de Control de síntomas, .516 para Control de la enfermedad y .715 en la dimensión Mantenimiento funcional. Su rango de puntuación de 7 a 40 baja autoeficacia y de 41 a 52 alta eficacia, en donde control de los síntomas en una puntuación de 0-13 se considera baja y de 14-16 se considera alta, control de enfermedad en una puntuación de 4-13 se considera baja y de 14-16 alta y mantenimiento de actividades se considera de 0-13 baja y de 14-21 se considera alta.

- Subescala Estado Funcional

La subescala de Estado funcional, incluida en el cuestionario Calidad de Vida Relacionada con la Salud validado en población mexicana (Ramos, Figueroa, Alcocer y Rincón, 2011) basado en Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire.

La subescala de Estado funcional está compuesta por 14 reactivos relacionados con los dominios de limitaciones físicas, síntomas frecuencia y síntomas severidad. Tiene una escala likert de 1 (totalmente limitado) a 6 (limitado por ciertas razones) y cuenta con una fiabilidad de $\alpha=.86$.

Procedimiento

Se llevó a cabo en cuatro sesiones de manera individual, durante 60 minutos cada una, dentro de un consultorio del hospital después de que el paciente saliera de su consulta médica.

El procedimiento se dividió en 2 fases: Fase 1) Evaluación psicológica (con 2 sesiones de 30 minutos) la cual se aplicó tanto para el grupo control como para el grupo experimental y Fase 2) Intervención psicoeducativa, (con 2 sesiones de 1 hora cada una) la cual se llevó a cabo sólo para el grupo experimental.

Fase 1. Evaluación Psicológica

Sesión 1. Pre-evaluación Psicológica.

Los pacientes primero fueron informados sobre el procedimiento que se le realizaría por medio del Consentimiento informado (Anexo 1), después, se les aplicó los instrumentos en el siguiente orden:

1. Historia clínica (Anexo 2).
2. Cuestionario de Conocimiento acerca de la enfermedad (Anexo 3).
3. Escala de Autoeficacia Cardíaca (Anexo 4).
4. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Anexo 5).
5. Subescala de Estado Funcional (Anexo 6).

Fase 2. Intervención Psicoeducativa

Sesión 2. Técnica de respiración diafragmática y Resolución de problemas.

La técnica de respiración diafragmática se llevó a cabo en 4 fases en 30 minutos de manera individual:

Parte 1. Rapport. Se comenzó preguntándole al paciente ¿cómo estaba?, ¿cómo se sentía?, ¿qué médico había visitado ese día?, etc.

Parte 2. Explicación de qué es y los beneficios de la respiración diafragmática. Se explicó las formas que hay para respirar y cuál de ellas tiene mayores beneficios; se localizó el diafragma en el cuerpo; se les enseñó los pasos en los que consiste la técnica: 1) Inhalar por la nariz, 2) Retener 4 segundos, 3) Exhalar lentamente por la boca y 4) Descansar.

Parte 3. Modelamiento de la técnica. Se les enseñó a llevar a cabo la técnica, la psicóloga lo realizaba y el paciente sólo observaba.

Parte 4. Aplicación de la técnica. Una vez que no hubiese dudas en los pasos y en la ejecución de la técnica, el paciente lo realizaba sólo con la supervisión del psicólogo.

Finalmente, se le dejaba la tarea de realizarla 3 veces al día, un ejercicio antes de cada comida (desayuno, comida y cena).

La técnica en Solución de Problemas se llevó a cabo de manera individual en 30 minutos. Con la ayuda de un formato (anexo 7) se explicó los pasos de la técnica en el siguiente orden:

1. Orientación hacia el problema. El paciente identificó por lo menos 5 problemas que le preocupaban en el momento. Por ejemplo, no poder comer la comida baja en sal del hospital o no poder ir cubrir pagos pendientes.
2. Definición y formulación del problema. Se guió al paciente a identificar y definir el problema, se valoró las 5 opciones y se eligió un problema que tuviera relación con la situación pre-quirúrgica. Por ejemplo, no poder comer la comida del hospital.
3. Generación de alternativas. El paciente generó por lo menos 5 posibles soluciones al problema. por ejemplo, comenzar a comer comida similar a la del hospital; pensar en que se está comiendo lo más deseado; investigar los beneficios de comer comida baja en sal, etc.
4. Toma de decisiones. Con la ayuda del psicólogo, el paciente evaluó la mejor opción para resolver su problema, identificando si tenía solución el problema y esta solución dependía del propio paciente o de alguien más para poder resolverlo.
5. Puesta en práctica de la solución y verificación de resultados. Se dejó la tarea de llevar a cabo la solución al problema y en la siguiente sesión se revisaban los resultados.

Sesión 3. Psicoeducación de la enfermedad valvular y técnica de Imaginería guiada.

La Psicoeducación de la información valvular se llevó a cabo de manera individual en aproximadamente 30 minutos abarcando los siguientes temas:

- 1) Sistema circulatorio: anatomía y fisiología del corazón.
- 2) Cardiopatía valvular: funcionamiento adecuado de las válvulas, alteraciones en las válvulas y tipos de enfermedad valvular.

- 3) Factores de riesgo: factores de riesgo no modificables (herencia, edad, raza y genero), factores de riesgo modificables (tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo, alimentación, hipertensión y obesidad) y factores de riesgo psicosociales (depresión, ansiedad, estrés crónico y falta de apoyo social).
- 4) Síntomas de la enfermedad valvular.
- 5) Tratamiento de la enfermedad valvular (tratamiento farmacológico, cirugía de reemplazo valvular y procedimiento pre y post quirúrgico).
- 6) Recomendaciones postoperatorias (ej. Contactar al médico en caso de emergencia, acondicionar la casa del paciente para su regreso, etc.).
- 7) Cambios en el estilo de vida (ej. No fumar, consumir una dieta cardio-saludable, hacer ejercicio, manejar el estrés y la ansiedad, etc.).

Al finalizar la psicoeducación de la enfermedad, se recapituló la información con el paciente con el objetivo de que no se fuera con dudas y que la información le quedara clara.

La técnica de imaginación guiada, consistió en dar una serie de instrucciones al paciente para inducirlo a un estado de relajación a base de la imaginación guiada por el psicólogo. Las instrucciones eran las mismas para todos los pacientes tomando en cuenta el aislar al paciente del contexto hospitalario. Para ello, se consideraron elementos como ponerse su ropa y zapatos más cómodos, ir a su lugar favorito (ej. la playa), imaginar la comida y bebidas preferidas (ej. carne asada, pescado, copa de vino, agua de sabor), estar en compañía con las personas más queridas (ej. hijos, nietos, pareja), imaginar los olores preferidos del lugar (ej. olor a pasto recién cortado, comida recién hecha) e imaginar sonidos (ej. canto de pájaros, olas del mar).

Sesión 4. Post-evaluación Psicológica.

Después de que los pacientes salieran de Terapia postquirúrgica, se les aplicó los instrumentos en el siguiente orden:

1. Historia clínica.
2. Cuestionario de Conocimiento acerca de la enfermedad.
3. Escala de Autoeficacia Cardiaca.

4. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo.
5. Subescala de Estado Funcional.

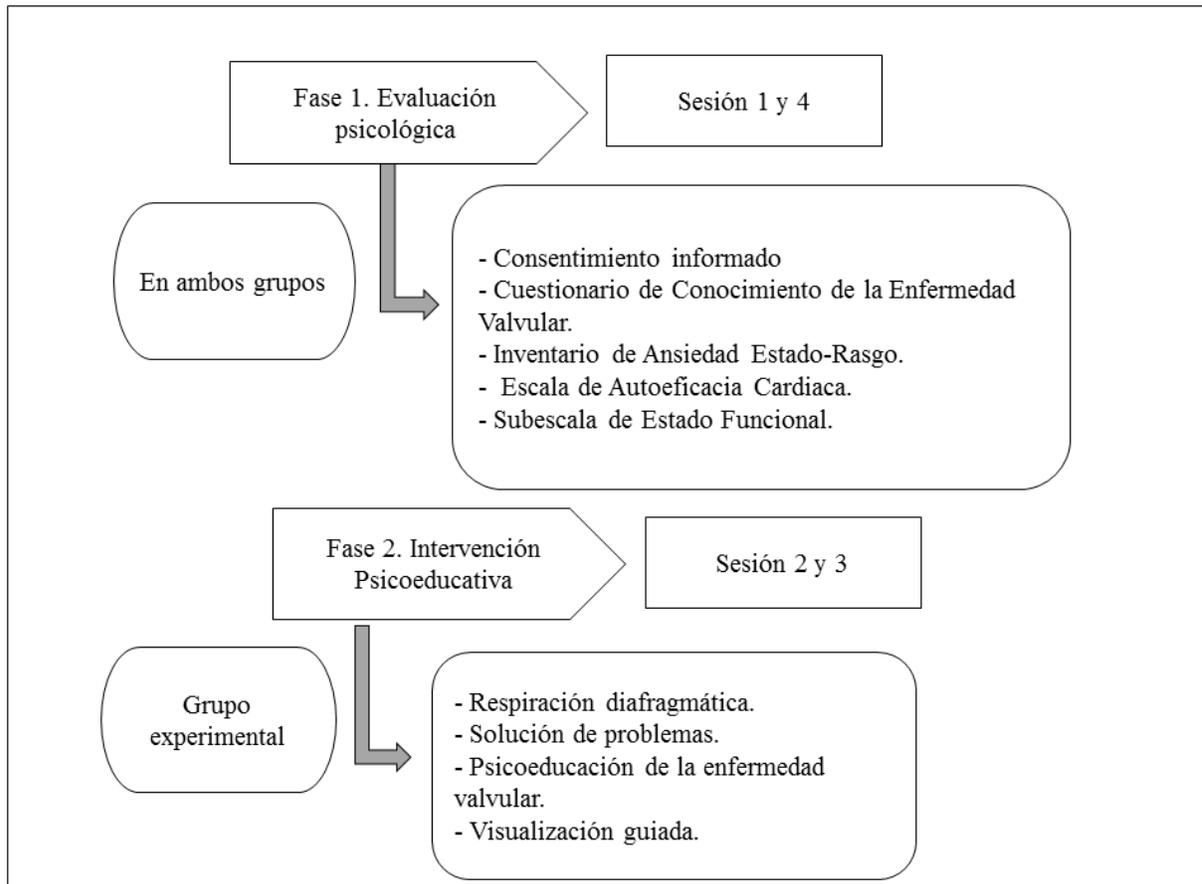


Figura 4. Algoritmo del procedimiento (elaboración propia).

Consideraciones éticas

Se tomó en consideración los aspectos éticos, en cuanto a la participación de seres humanos en proyectos de investigación basado en la Declaración del Helsinki de la Asociación Médica Mundial (2016) y bajo los 4 principios bioéticos: Beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia (Montero, & González, 2010), los cuales postulan que toda intervención deben ser mínimos los riesgos que atenten contra la integridad física o mental de los participantes.

Los principios bioéticos se refieren a (Mondragón, Castellanos y Figueroa, 2014):

- a. **Beneficencia.** Es la virtud de hacer el bien, busca hacer respetar las decisiones de las personas y asegurar el efecto positivo de una intervención o investigación. De acuerdo con esto, se deben hacer notar los beneficios, es decir, proteger los derechos y bienestar de los sujetos de investigación, superando cualquier efecto negativo que pudiera tener la investigación tanto físicos como psicológicos.
- b. **No maleficencia.** Se refiere a que no se puede obrar con intención de dañar, es decir, sólo se debe tratar con aquello que está indicado y que proporcione un beneficio científicamente probado. Trata de salvaguardar el bienestar y los derechos de aquéllos con quienes interactúan profesionalmente, al mismo de tiempo cuidar factores personales, financieros, sociales, institucionales o políticos que pudieran llevar al mal uso de su influencia.
- c. **Autonomía.** La autonomía es la capacidad de cada sujeto de respetar sus propios principios y valores en su proyecto de vida, y por ende, respetar aquellos de los demás. Una persona con plena autonomía debe contar con ciertas capacidades y requisitos de competencia. Las capacidades hacen referencia a la facultad mental o cognitiva para tomar sus propias decisiones. Asimismo, éste principio parte de dos consideraciones éticas: uno, los sujetos deben ser tratados como agentes autónomos; dos, las personas con menos autonomía tienen derecho a la protección.
- d. **Justicia.** Se refiere a la equidad e igualdad en la distribución de oportunidades de acceso a los servicios y beneficios resultantes de la investigación, pero principalmente, de la selección adecuada de los sujetos. También, el principio de

justicia señala que la intervención no debería indebidamente elegir a personas que pertenecen a grupos que probablemente no se contarían entre los beneficiarios de la investigación.

Del mismo modo, en este trabajo se utilizó el consentimiento informado aclarando a los pacientes sobre el procedimiento, obligaciones y responsabilidades de cada uno.

El consentimiento informado es un proceso, que consiste en la manifestación expresada de una persona competente cuya capacidad física, mental y moral le permite tomar una decisión de participar en una investigación, en condiciones tales que pueda conocer los riesgos, beneficios, consecuencias o problemas que se puedan presentar durante el desarrollo de la investigación en la cual participará. Para cumplir este objetivo, el investigador debe explicar cuidadosamente a priori la naturaleza de la investigación, garantizar la salvaguarda de confidencialidad y el bienestar del participante, y debe hacer sentir a los sujetos que pueden abandonar el estudio en cualquier momento (Mondragón, 2009).

Resultados

El análisis de datos, se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 21. Para las variables continuas se realizaron medidas de tendencia central y para las variables categóricas, se utilizó frecuencias y porcentajes. Asimismo, se utilizaron pruebas de diferencias de medias, para variables escalares se aplicó la prueba de T de student para muestras independientes y muestras relacionadas. También, para las variables ordinales se utilizó la prueba de U de Man Whitney y para las variables nominales se usó la prueba de Chi cuadrada. Por otro lado, se calculó el cambio clínico objetivo (CCO) por paciente, significativo positivo ($\geq + 0.20$) y cambio negativo ($\leq - 0.20$), el cual consiste de una formula en la diferencia entre postest y pretest dividida entre el pretest. Considerando si el paciente mejoró, empeoró o permaneció igual (Cardiel, 1994).

Para el caso de las variables de Conocimiento acerca de la enfermedad, Autoeficacia Cardíaca y Estado Funcional, para considerar cambio clínico objetivo se tomó de referencia el valor $\geq + 0.20$, y para la variable Ansiedad, se tomó como referencia el valor $\leq - 0.20$.

Es de señalar que para realizar el análisis T de Student para muestras relacionadas, se tomaron en cuenta 19 pacientes; 10 en el grupo control y 9 en el grupo experimental, ya que se analizaron a los pacientes que tuvieran completadas pree-valoración y post-evaluación. Esto a causa de la pérdida de pacientes después de la cirugía. Mientras que para el análisis de la prueba T de Student para muestras independientes se analizaron a los 35 pacientes (grupo control N=21 y grupo experimental N=14).

A continuación, se describen los resultados en el siguiente orden: **I. Datos sociodemográficos** con la muestra total y entre grupos; **II. Comparación entre grupos:** a.

Conocimiento acerca de la enfermedad, b. Ansiedad Estado, c. Autoeficacia Cardíaca y, d. Estado Funcional; **III. Análisis de cambio clínico objetivo:** a. Conocimiento acerca de la enfermedad, b. Ansiedad Estado, c. Autoeficacia Cardíaca y, d. Estado Funcional

I. Datos sociodemográficos

La muestra total del estudio, estuvo conformada por una N= 35, de los cuales 21 pertenecen al grupo control y 14 pertenecen al grupo experimental; el 62.9% eran mujeres con un rango de edad de entre 19 y 81 años, con un promedio de 61.11 y una desviación estándar de 14.89. La mayoría se dedica al hogar (48.6%), pertenecientes de la Ciudad de México (80%), su estado civil en la mayoría es casado (57%) y el 40% habían cursado hasta la preparatoria/carrera técnica.

En el grupo control (n=21), el 71.4% fueron mujeres y el 28.6% fueron hombres con un promedio de edad de 62.57. La mayoría procedían de la Ciudad de México (76.2%), su estado civil eran la mayoría casados (47.6%), el 28.6% habían cursado hasta la primaria al igual que la preparatoria/ carrera técnica (28.6%) y el 61.9% se dedicaba al hogar.

En el grupo experimental (n=14), el 50% fueron mujeres y el 50% fueron hombres con un promedio de edad de 58.93. La mayoría procedían de la Ciudad de México (85.7%), su estado civil eran la mayoría casados (71.4%), el 57.1% habían cursado hasta la preparatoria/ carrera técnica y el 28.6% se dedicaba al hogar igual que eran empleados (28.6%).

Para conocer que lo grupos fueran iguales con respecto a los datos sociodemográficos, se realizaron pruebas de diferencia para estas variables. Los resultados

obtenidos arrojaron que estadísticamente los grupos son diferentes, los cuales se muestran en la tabla 2.

Tabla 2.
Características Sociodemográficas del Grupo Control y Experimental

| N= 35 | | | |
|---------------------|---|---|--|
| Grupo | Control N= 21 | Experimental N= 14 | Diferencia entre grupo |
| Edad | M= 62.57 (19-79) DE= 14.30 | M= 58.93 (22-81) DE= 16.04 | T de Student para muestras independientes. p=.487 |
| Sexo | Hombres= 28.6% Mujeres= 71.4% | Hombres= 50% Mujeres= 50% | Chi cuadrada. p=.199 |
| Procedencia | Locales= 76.2% Foráneos= 23.8% | Locales= 85.7% Foráneos= 14.3% | Chi cuadrada p=.490 |
| Estado civil | Soltero= 14.3% Casado= 47.6% Viudo= 33.3% Divorciado= 4.8 | Soltero= 14.3% Casado= 71.4% Divorciado= 14.3% | Chi cuadrada. p=.094 |
| Escolaridad | Sin saber leer y escribir= 4.8% Primaria= 28.6% Secundaria= 9.5% Preparatoria/ carrera técnica= 28.6% Licenciatura= 23.8% Posgrado= 4.8% | Primaria= 21.4% Secundaria= 7.1% Preparatoria/carrera técnica= 57.1% Licenciatura= 14.3% | U de Man Whitney. p=.888 |
| Ocupación | Hogar= 61.9% Empleado= 9.5% Comerciante= 4.8% Profesionista= 4.8% Jubilado/pensionado= 14.3% Otro= 4.8% | Hogar= 28.6% Empleado= 28.6% Comerciante= 14.3% Jubilado/pensionado= 21.4% Otro= 7.1% | Chi cuadrada. p=.348 |

II. Comparación entre grupos.

a. Conocimiento acerca de la enfermedad

Se realizó un análisis de frecuencias para conocer la información y los factores de riesgo que identificaban los participantes sobre su enfermedad.

En el grupo control durante la pre evaluación, se encontró que los pacientes en la variable de conocimiento acerca de la enfermedad que el 86% de los pacientes conoce la enfermedad que padece, el 76% sabe qué es la enfermedad valvular y el 38% sabe que la enfermedad valvular es una enfermedad para toda la vida, mientras que en la post evaluación el 90% de los pacientes conoce la enfermedad que padece, el 50% conoce que la enfermedad valvular es para toda la vida, y el 50% conoce qué es la enfermedad valvular, tal como se muestra en la figura 5.

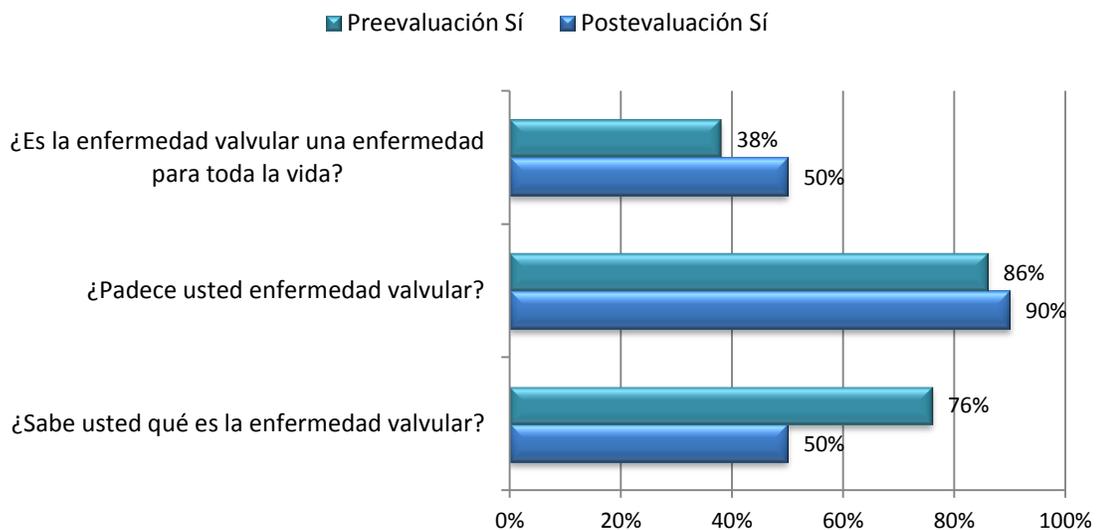


Figura 5. Porcentajes de las respuestas sobre el Conocimiento acerca de la enfermedad del grupo control

En este mismo grupo, en la pre-evaluación los factores de riesgo que más reconocieron que hayan provocado su enfermedad valvular fueron con el 38% la obesidad, 33% las grasas, 29% consumir tabaco, 29% el no realizar ejercicio, 24% el colesterol alto, 24% la presión alta, 24% comer sal, 19% beber alcohol, 14% la enfermedad coronaria, 14% la diabetes, y 5% la actividad sexual; mientras que en la post-evaluación los factores más reportados fueron con el 60% el no hacer ejercicio, 50% las grasas, 50% el colesterol alto, 40% la presión alta, 40% consumir sal, 40% consumir tabaco, 20% la osteoporosis, 20% la obesidad, 20% la diabetes tal como se muestra en la figura 6.

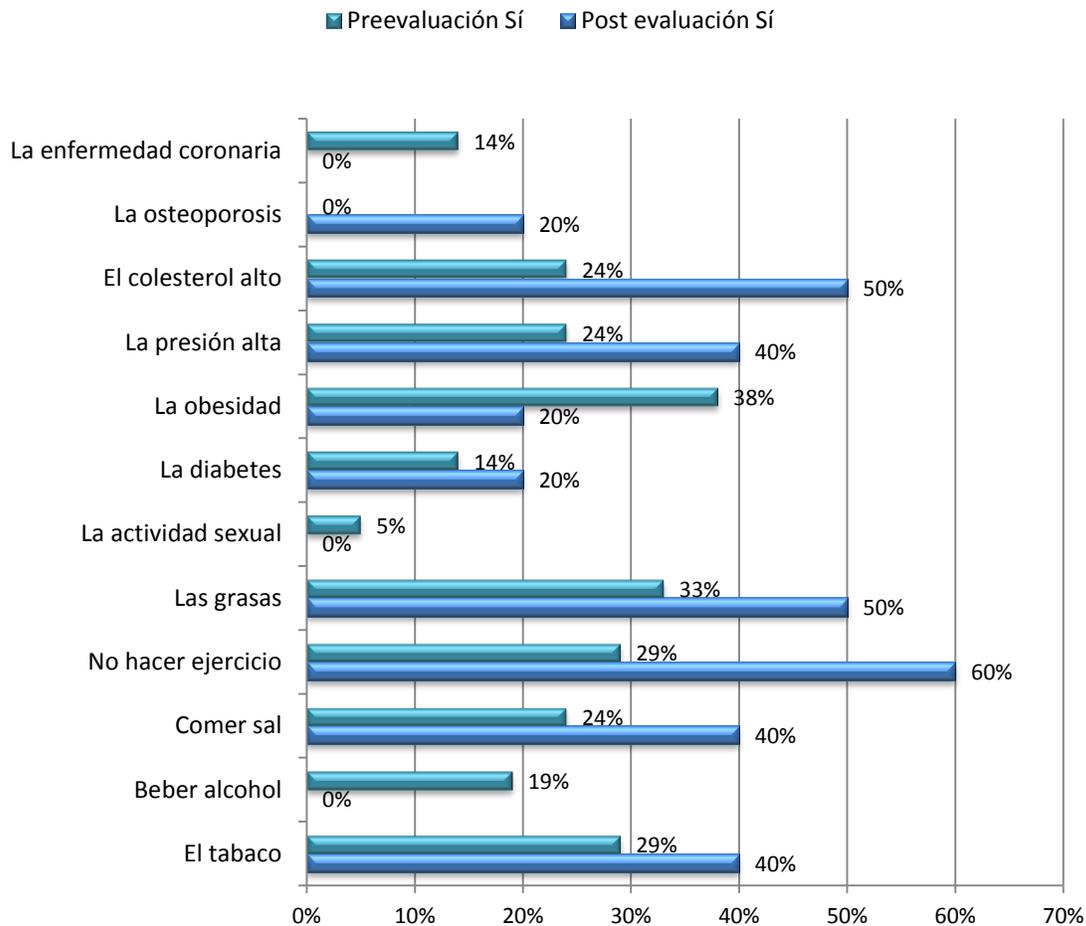


Figura 6. Porcentajes de las respuestas obtenidas del conocimiento que tienen de los Factores que provocaron la Enfermedad del grupo control.

Asimismo, en la pre evaluación, la mayoría de los pacientes de este grupo tiene un puntaje alto de conocimiento en los factores que pueden causar una hospitalización por descompensación de la enfermedad obteniendo los siguientes puntajes; 100% no tomar la medicación, 90% la presión alta, 86% un esfuerzo, 81% aumentar de peso, 81% comer salado, 81% comer con grasa; en la post evaluación los factores que más reconocieron con el 100% no tomar la medicación, 90% la presión alta, 80% comer con grasa, 80% una emoción, 80% aumentar de peso y 80% por fumar, tal como se muestra en la figura 7.

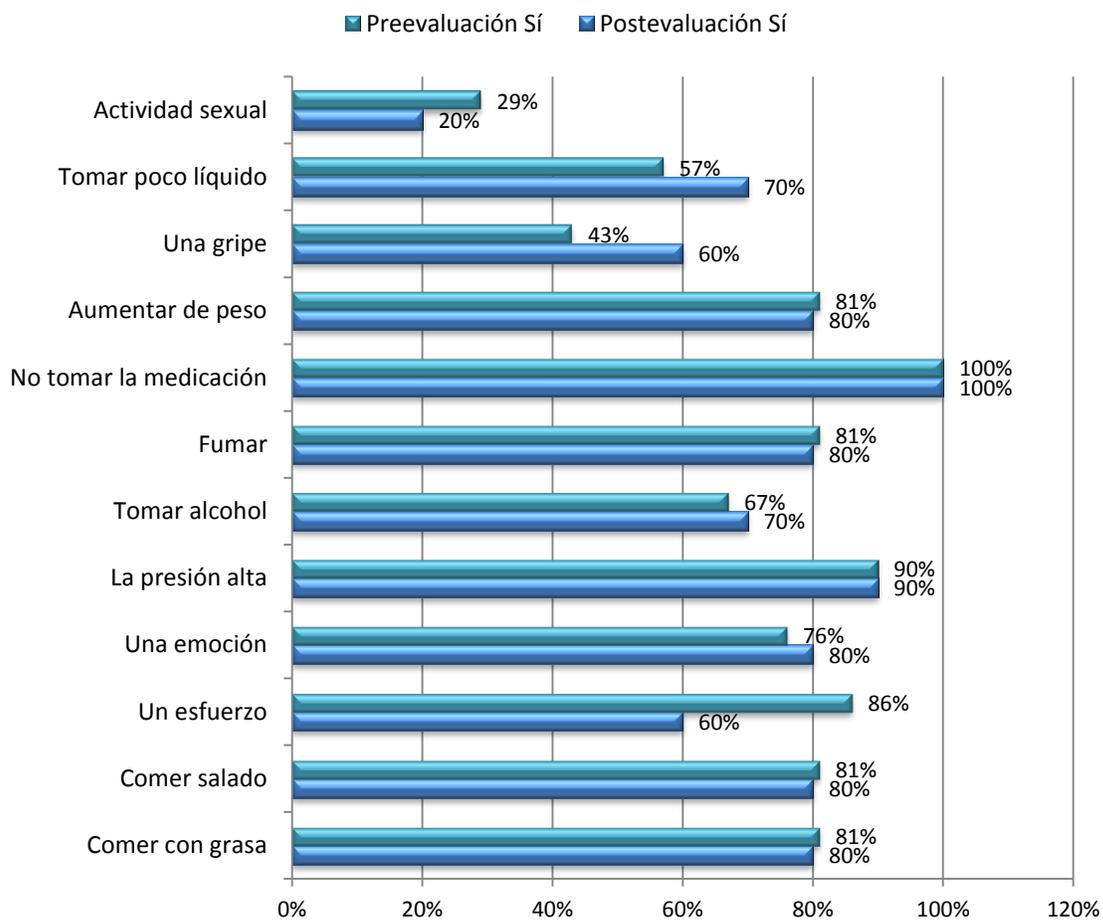


Figura 7. Porcentajes del conocimiento sobre los Factores que pueden causar una hospitalización por enfermedad valvular descompensada del grupo control.

Por último en este grupo, se encontró en la pre evaluación el 86% acepta recibir más información sobre su enfermedad y tratamiento. Sin embargo, en la post evaluación aumentó este interés con un 90% tiene el interés de recibir más información.

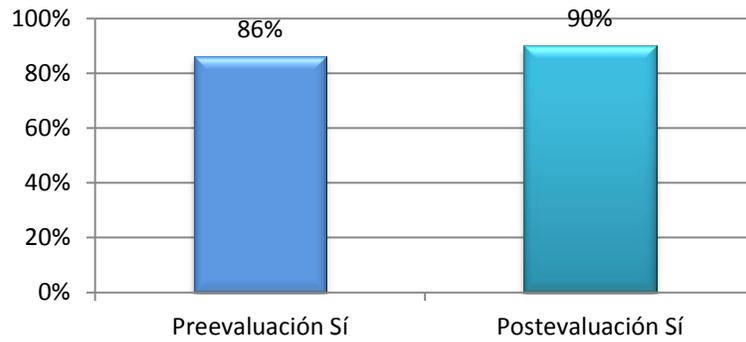


Figura 8. Porcentajes sobre el interés de recibir más información de la enfermedad del grupo control.

En la figura 9 se muestran las frecuencias de los factores que los pacientes asocian como condición previa a su enfermedad valvular, obteniendo así que en la pre evaluación los factores biológicos (por ejemplo fiebre reumática, infecciones en la garganta, etc.) son los más reportados; mientras que en la post evaluación los pacientes consideran que los factores como el cansancio o ninguna condición previa están relacionadas como condición previa a su enfermedad valvular.

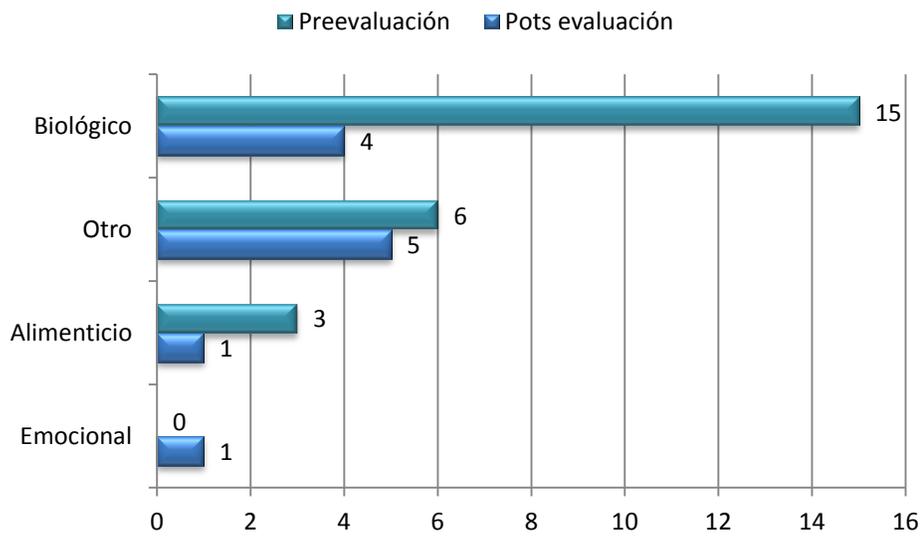


Figura 9. Frecuencias de los factores relacionados con el desarrollo de su enfermedad valvular en el grupo control.

Por otra parte, en el grupo experimental, también reportan tener un puntaje bueno de información sobre su enfermedad, obteniendo en la pre evaluación que el 86% de los pacientes conocen que padecen de enfermedad valvular, 71% sabe qué es la enfermedad valvular y 50% de ellos conoce que la enfermedad valvular es para toda la vida. Mientras que en la post evaluación estos puntajes aumentaron, obteniendo que el 89% de los pacientes conocen que padecen de enfermedad valvular, el 67% sabe qué es la enfermedad valvular y 56% conoce que la enfermedad valvular es para toda la vida, tal como lo muestra la figura 10.

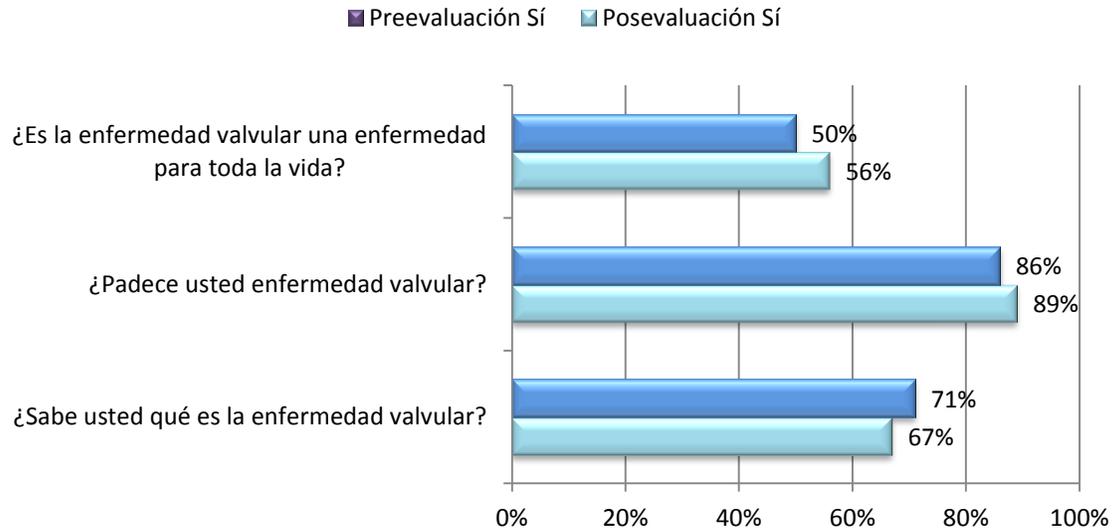


Figura 10. Porcentajes de las respuestas sobre el Conocimiento acerca de la enfermedad del grupo experimental.

En este mismo grupo, los factores que los pacientes más asocian con que hayan provocado su enfermedad valvular, están con el 50% la enfermedad coronaria, 43% la presión alta, 36% consumo de grasas, 29% comer sal, 21% la diabetes, 21% colesterol alto, 21% no realizar ejercicio, 14% osteoporosis, 14% obesidad y 7 % a beber alcohol y al tabaco. Sin embargo, en la post evaluación los pacientes aumentaron su conocimiento sobre los factores que pudieron estar implicados en el desarrollo de su enfermedad obteniendo los siguientes datos; enfermedad coronaria con un 44%, colesterol alto con 44%, obesidad con 44%, 44% grasas, 33% presión alta, 33% no hacer ejercicio, 33% consumo de sal, 22% a la osteoporosis y 11% a la diabetes, beber alcohol y al consumo de tabaco, tal como se muestra en la figura 11.

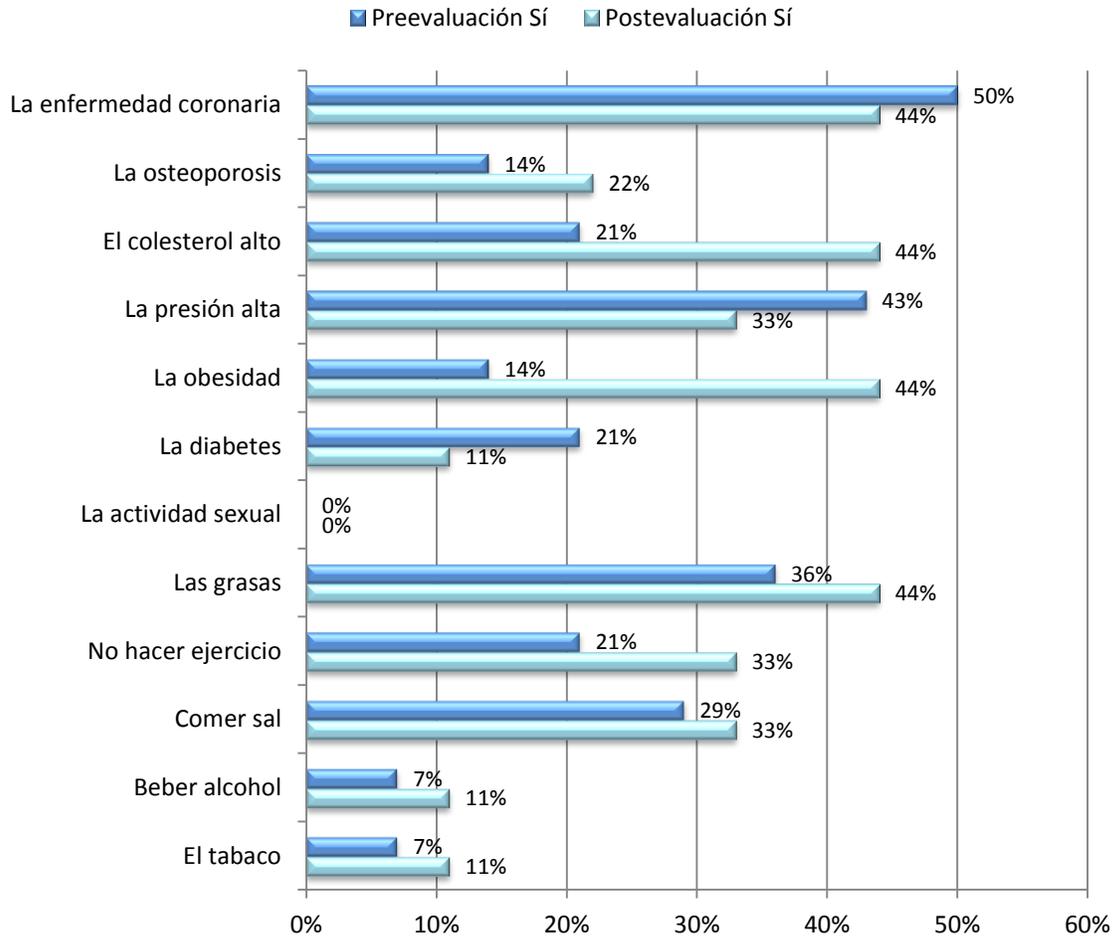


Figura 11. Porcentajes de las respuestas obtenidas del conocimiento que tienen de los Factores que provocaron la Enfermedad del grupo experimental.

En los factores que pueden causar una hospitalización por enfermedad descompensada los pacientes en la pre evaluación cuentan con buena información sobre el tema, puntuando el 100% aumento de peso, no tomar la medicación, 93% la presión alta, 86% comer salado y comer con grasas, 79% por fumar y el 71% por realizar algún esfuerzo; mientras tanto, en la post aumentaron el conocimiento de estos factores e incluso señalando a otros factores antes no mencionados, obteniendo los siguiente; 100% el

aumentar de peso, no tomar la medicación, la presión alta, fumar y realizar un esfuerzo, también con el 89% comer salado y comer con grasa, como se muestra en la figura 12.

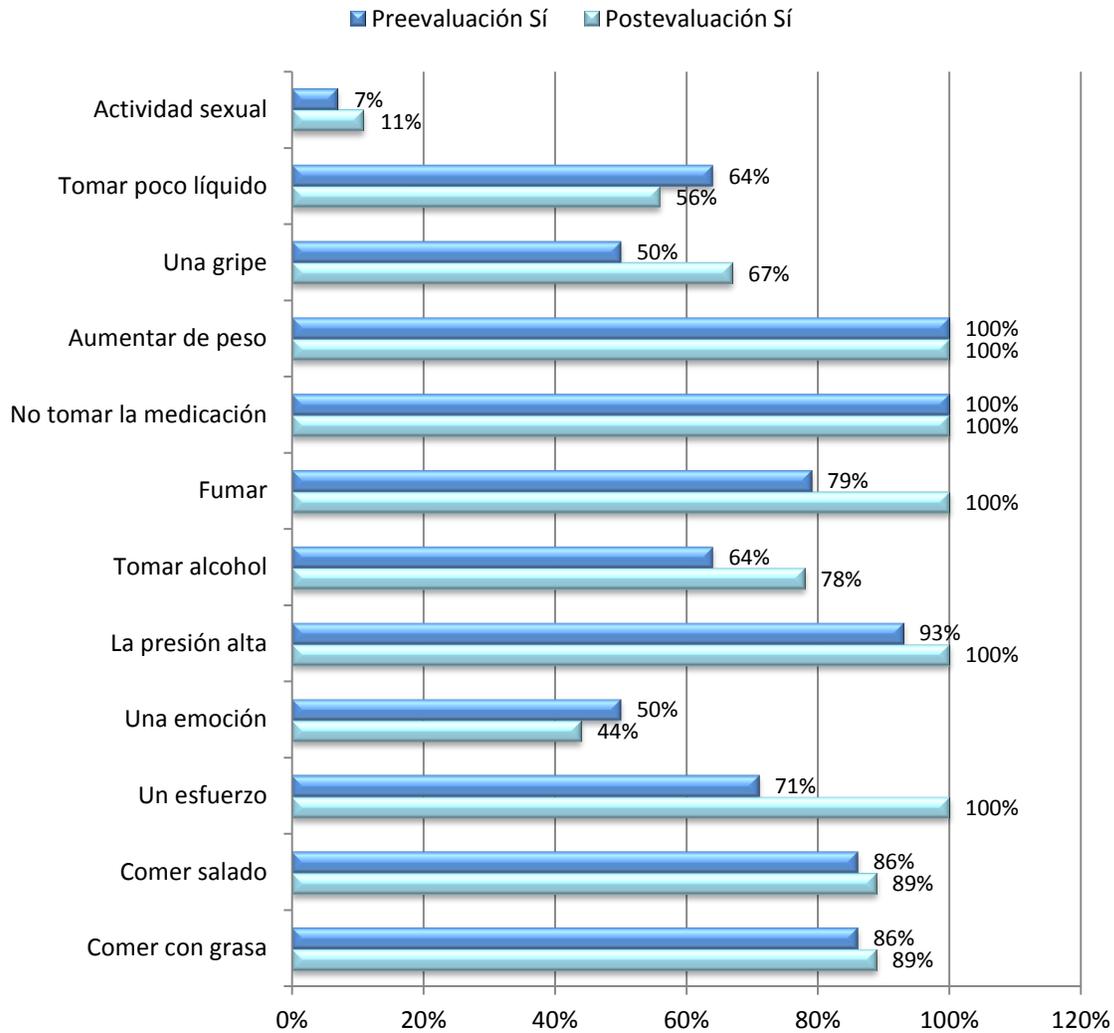


Figura 12. Porcentajes del conocimiento sobre los Factores que pueden causar una hospitalización por enfermedad valvular descompensada del grupo experimental.

Por último, el 100% de los pacientes tanto en la pre evaluación como en la post evaluación, se interesaron en recibir más información sobre su enfermedad, como se muestra en la figura 13.

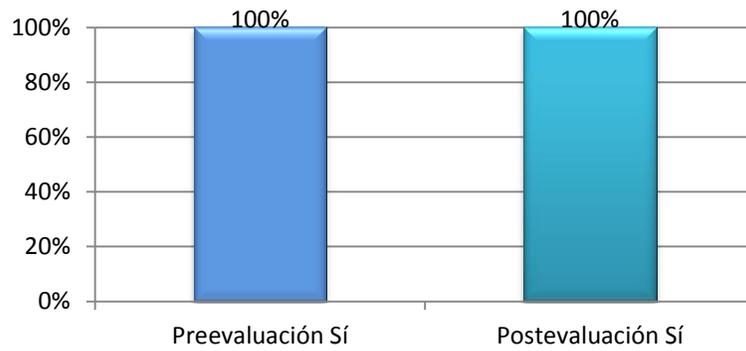


Figura 13. Porcentajes sobre el interés de recibir más información de la enfermedad del grupo experimental.

Por otra parte, en el grupo experimental los factores que con mayor frecuencia reportan que estén relacionados con desarrollo de su enfermedad valvular en la pre evaluación, fueron los factores biológicos, por ejemplo soplo en el corazón, fiebre reumática, y en la post evaluación los factores que más reportaron que tuvieran relación con el desarrollo de su enfermedad valvular fueron los biológicos, sin embargo al haber recibido la intervención los pacientes de este grupo logran identificar más factores que pueden estar relacionados, así como se muestra en la figura 14.

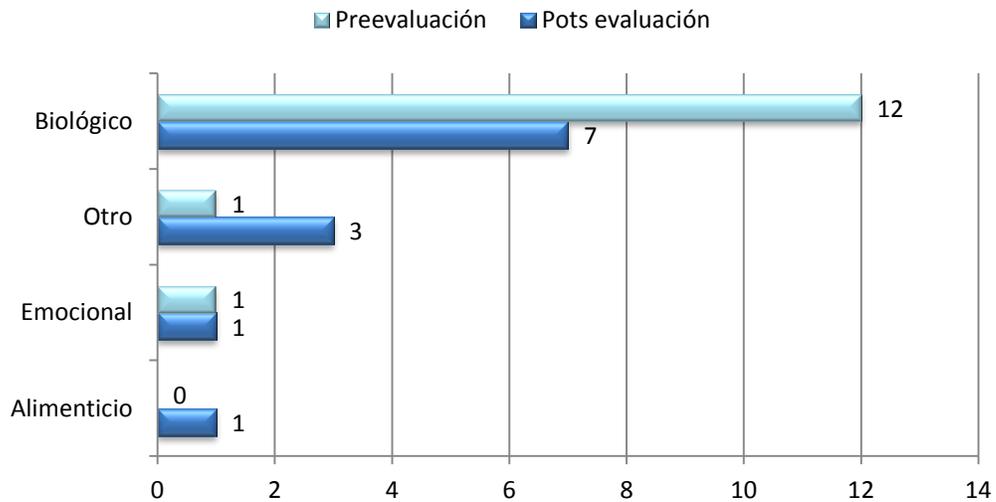


Figura 14. Frecuencias de factores que relacionados con el desarrollo de su enfermedad valvular en el grupo experimental.

Para conocer el cambio que hubo con la variable de Conocimiento acerca de la enfermedad con respecto a la pre evaluación y la pos tevaluación se realizó una prueba T de Student para muestras relacionadas con una N= 19; 10 pacientes en el grupo control y 9 pacientes en el grupo experimental.

En el grupo control, los pacientes en la pre evaluación puntuaron una media de 15.20 de 27 puntos esperados y una desviación estándar de 5.39 y en la post evaluación, obtuvieron una media de 14.80 y una desviación estándar de 4.84 sin tener cambios estadísticamente significativos ($p=.719$).

En el grupo experimental, tuvieron una puntaje medio en la pre evaluación de 14.22 de 27 puntos esperados y una desviación estándar de 2.72. Mientras que en la post evaluación aumentaron su conocimiento sobre la enfermedad puntuando una media de 15.78 y una desviación estándar de 3.99. Estos resultados muestran que hubo un cambio

descriptivo de aumento de conocimiento sobre la enfermedad, sus causas, y del procedimiento al que fueron sometidos, aunque no estadísticamente significativo.

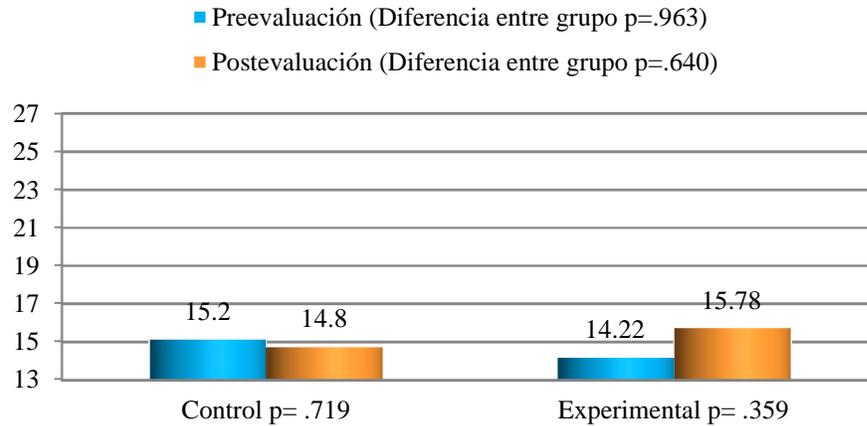


Figura 15. Comparación de medias de la puntuación de Conocimiento acerca de la enfermedad entre grupo control y grupo experimental pre y post test.

Por otro lado, en la prueba T de Student para muestras independientes, se encontró en la fase de pre evaluación en el grupo control una media de 14.14 y $DE= 4.61$ en su conocimiento acerca de la enfermedad, mientras que en el grupo experimental se encontró una media de 14.21 y $DE= 4.61$, por tanto en la fase de pre evaluación estos grupos no muestran diferencias estadísticas con una $p= .963$.

En la fase de post evaluación se encontró en el grupo control una media de 14.80 y $DE= 4.84$ y el grupo experimental puntuó una media de 15.78 y $DE= 3.99$. A pesar de que descriptivamente hubo mayor puntuación en el grupo experimental, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=.640$).

Sin embargo, el hecho de haber implementado la intervención psicológica en donde se les brindó información sobre su enfermedades a los pacientes pertenecientes al grupo experimental, se obtuvo un cambio en el aumento de puntaje en la post evaluación en este grupo, en comparación del grupo control en el cual se encontró que disminuyó su información.

b. Ansiedad Estado

La tabla 16 muestra las diferencias de medias entre pre y post evaluación por grupo; control y experimental, encontrando lo siguiente.

El grupo control obtuvo un puntaje medio de 16 de 60 puntos esperados y una desviación estándar de 11.11 en la pre evaluación, mientras que en la post evaluación obtuvieron una media de 12 y una desviación estándar de 11.90. Sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=.458$).

El grupo experimental obtuvo en la pre evaluación una media de 29 de un puntaje esperado de 60 y una desviación estándar de 17.39, mientras que en la post evaluación disminuyeron sus niveles de ansiedad, obteniendo una media de 9.67 y una desviación estándar de 9.01, siendo esta diferencia estadísticamente significativa una $p=.015^*$. Lo que quiere decir que el programa de intervención psicoeducativa influyó en disminuir los síntomas de ansiedad en estos pacientes.

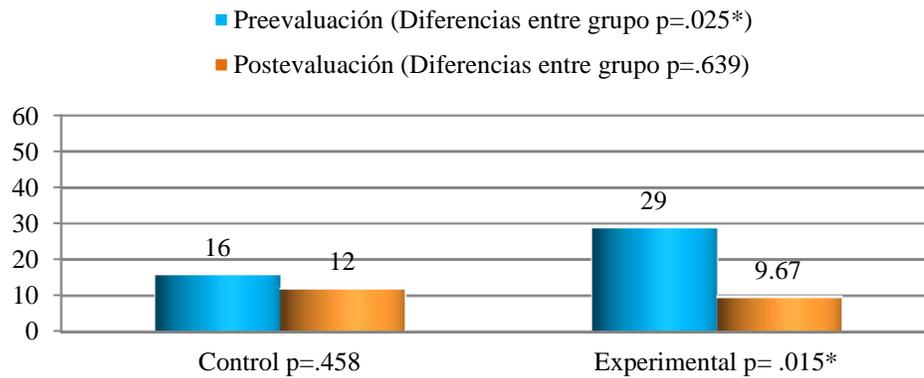


Figura 16. Comparación de medias de la Escala de Ansiedad Estado entre grupo control y grupo experimental pre y post test.

Se realizó una prueba T de Student para muestras independientes para conocer las diferencias entre el grupo control y el grupo experimental pre y post test, en donde se obtuvo que en la fase de pre evaluación el grupo control puntuó una media de 17.38 y una $DE= 10.78$ y el grupo experimental obtuvo una media de 28.71 y una $DE= 17.74$, siendo estas diferencias estadísticamente significativas de $p=.025^*$, es decir, los grupos en la pre evaluación resultaron ser estadísticamente diferentes, teniendo así que los pacientes del grupo experimental se encontraban con mayor nivel de ansiedad que los pacientes pertenecientes al grupo control, lo cual resulta ser un dato importante a comprar en la post evaluación.

En la post evaluación el grupo control puntuó una $M=12$ y una $DE= 11.90$, mientras que el grupo experimental obtuvo una $M=9.67$ y una $DE=9.01$, sin tener diferencias estadísticas entre estos grupos ($p=.639$), es decir aunque haya menos puntaje de síntomas de ansiedad en el grupo experimental, estadísticamente estos grupos son iguales.

c. Autoeficacia cardiaca

En la tabla 17 se presentan las diferencias de medias obtenidas entre pre y post evaluación por grupo; control y experimental, encontrando lo siguiente.

En el grupo control, los pacientes obtuvieron en la pre evaluación una media de 30.8 puntos de 52 puntos esperados y una DE= 9.23, mientras que en la post evaluación obtuvieron una media de 31.40 puntos de 52 puntos esperados y una DE= 11.15, sin tener cambios estadísticos ($p=.832$).

En el grupo experimental, en la pre evaluación puntuaron una media de 33.33 puntos de 52 puntos esperados y una DE= 8.03. En la post evaluación, aumentaron su nivel de autoeficacia puntuando una media de 41.56 puntos con una DE=9.02, mostrando diferencias estadísticas de $p=.040^*$, es decir, el programa de intervención fue eficaz para aumentar la percepción de sentirse más capaces que controlar su enfermedad.

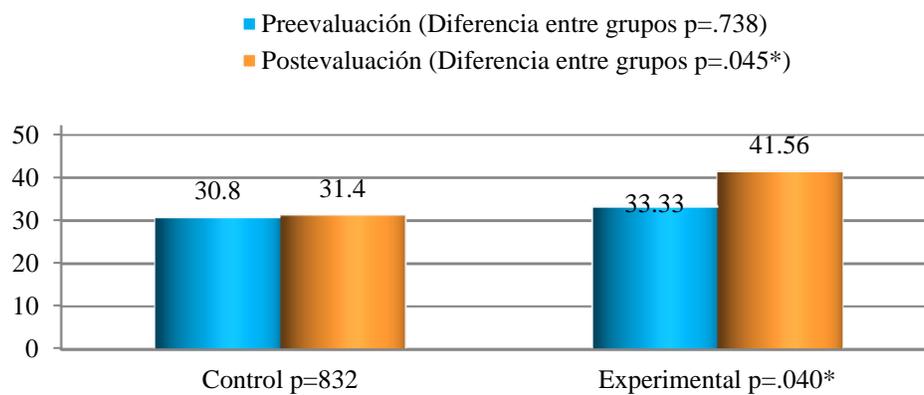


Figura 17. Comparación de medias de la Escala de Autoeficacia Cardiaca entre grupos pre y post test.

Se realizó una prueba T de Student para comparar las medias obtenidas entre grupo control y grupo experimental pre y post test, teniendo el siguiente resultado.

Durante la fase de pre evaluación, los pacientes del grupo control puntuaron una $M=33.57$ con una $DE=9.23$ y los pacientes pertenecientes al grupo experimental puntuaron una $M=32.43$ y una $DE=10.66$ y esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=.738$), es decir ambos grupos son iguales con respecto a su puntaje medio.

En la fase de post evaluación, los pacientes del grupo control puntuaron una $M=31.40$ y una $DE=11.15$, mientras que los pacientes del grupo experimental obtuvieron un puntaje de $M=41.56$ y una $DE=9.02$, siendo estas diferencias estadísticamente significativas con un puntaje de $p=.045^*$. Lo que quiere decir, que como se esperaba, los pacientes del grupo experimental aumentaron su percepción de autoeficacia cardiaca en comparación de los pacientes pertenecientes al grupo control.

d. Estado funcional

En la tabla 18 se presentan las diferencias de medias obtenidas entre pre y post evaluación por grupo; control y experimental, encontrando lo siguiente.

En el grupo control, los pacientes puntuaron en la pre evaluación una media de 78.96 de 100 puntos esperados y una $DE=10.71$, mientras que en la post evaluación aumentaron su percepción en el Estado Funcional obteniendo una media de 95.33 de 100 puntos esperados y una $DE=6.29$. Siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p=.000^*$)

En el grupo experimental, los pacientes puntuaron en la pre evaluación, una media de 69.15 de 100 puntos esperados y una DE= 18.04, mientras que en la post evaluación aumentó su percepción en el Estado Funcional, puntuando una media de 90.80 y una DE=10.45. Por lo tanto, estas diferencias de medias resultaron ser estadísticamente significativas con un puntaje de $p=.010^*$.

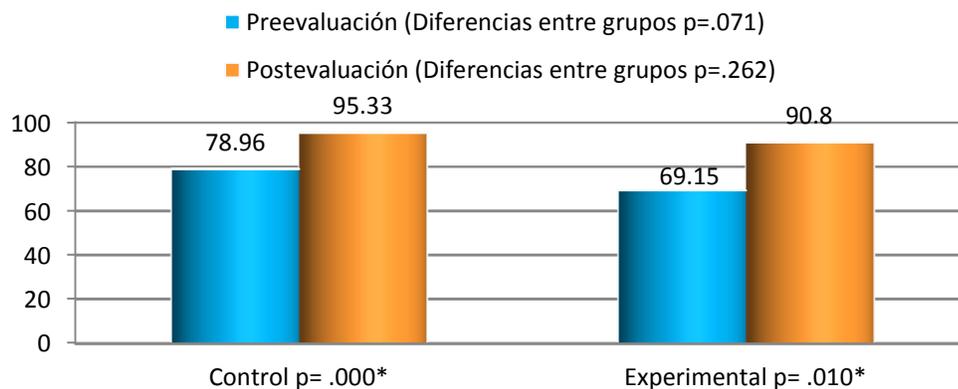


Figura 18. Comparación de medias de la subescala de Estado Funcional entre grupos pre y post test.

Se realizó una prueba T de Student para conocer la diferencia de medias entre el grupo control y el grupo experimental pre y post test.

En la fase de pre evaluación los pacientes pertenecientes al grupo control puntuaron una $M=74.13$ con una $DE=16.51$, mientras que los pacientes del grupo experimental obtuvieron una $M=61.44$ y una $DE=23.86$, sin tener diferencias estadísticas ($p=.071$), es decir que durante esta fase los grupos se mantuvieron iguales con respecto a la percepción de su Estado Funcional.

Por otro lado, en la fase de post evaluación los pacientes del grupo control obtuvieron un puntaje $M=95.33$ y una $DE=6.29$ y los pacientes pertenecientes al grupo experimental puntuaron una $M=90.80$ y una $DE=10.45$. Sin embargo, estas diferencias no fueron significativas ($p=.262$), es decir, los pacientes de ambos grupos estadísticamente son iguales.

III. Análisis de Cambio Clínico Objetivo

Para conocer, a nivel individual, el impacto del Programa de intervención en los pacientes con enfermedad valvular, se calculó la significancia clínica por grupo y por cada uno de los pacientes que contaban con pre evaluación y post evaluación, en total fueron 19 pacientes, de los cuales 10 son del grupo control y 9 pacientes pertenecen al grupo experimental.

Como se muestra en las siguientes tablas, los pacientes con significancia mayor o igual a $.20$ ó $-.20$ muestran un cambio clínico objetivo los cuales se muestran en color rojo, mientras que los pacientes con significancia menor o igual a $.19$ (Cardiel, 1994) muestran una ausencia de cambio, indicados en color azul mientras que los pacientes con una, por último, los pacientes que tienen una significancia de 0, no reportan ningún cambio entre la pre evaluación y la post evaluación.

a. Conocimiento acerca de la enfermedad

En el grupo control, 7 (70%) de los 10 pacientes evaluados, reportaron ausencia de cambio en su conocimiento acerca de la enfermedad, mientras que 2 (20%) de ellos tuvieron un cambio clínico en su conocimiento y sólo un paciente reportó el mismo puntaje en sus evaluaciones, como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3.
Cambio Clínico Objetivo de los Pacientes del Grupo Control con Respecto a la Variable Conocimiento Acerca de la Enfermedad.

| | <u>Pre evaluación</u> | <u>Post evaluación</u> | <u>Diferencia Clínica</u> |
|--------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|
| Px 1 | 16 | 18 | 0.12 |
| Px 2 | 21 | 19 | -0.09 |
| Px 3 | 24 | 20 | -0.16 |
| Px 4 | 16 | 20 | 0.25 |
| Px 5 | 15 | 17 | 0.13 |
| Px 6 | 18 | 12 | -0.33 |
| Px7 | 16 | 13 | -0.18 |
| Px 8 | 11 | 11 | 0 |
| Px9 | 6 | 5 | -0.16 |
| Px 10 | 9 | 13 | 0.44 |
| | 15.2 | 14.8 | -0.02 |

Como se muestra en la tabla 4, en el grupo experimental, 4 (45%) pacientes de 9 evaluados mostraron cambio clínico en su conocimiento acerca de la enfermedad; 3 (33%) de ellos reportaron ausencia de cambio en su conocimiento después de la intervención, finalmente un paciente reportó no tener cambio en el puntaje pre y post. En éste grupo se puede observar, que en la mayoría de los pacientes que recibieron la intervención se logró que aumentaran la información acerca de su enfermedad y cuidados.

Tabla 4.
Cambio Clínico Objetivo de los Pacientes del Grupo Experimental con Respecto a la Variable Conocimiento Acerca de la Enfermedad.

| | <u>Pre evaluación</u> | <u>Post evaluación</u> | <u>Diferencia Clínica</u> |
|-------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|
| Px 1 | 16 | 16 | 0 |
| Px 2 | 11 | 17 | 0.54 |
| Px 3 | 18 | 24 | 0.33 |
| Px 4 | 13 | 16 | 0.23 |
| Px 5 | 14 | 12 | -0.14 |
| Px 6 | 17 | 11 | -0.35 |
| Px7 | 10 | 19 | 0.9 |
| Px 8 | 13 | 13 | 0 |
| Px9 | 16 | 14 | -0.12 |
| | 14.22 | 15.77 | 0.10 |

Del mismo modo, se calculó la significancia clínica por grupo control y grupo experimental, en donde se reporta que en el grupo control hay ausencia de cambio con un puntaje de -0.02 y en el grupo experimental también muestran ausencia de cambio con un puntaje total de 0.10.

b. Ansiedad

La tabla 5 reporta que en el grupo control, 5 (50%) pacientes mostraron cambio clínico, y el resto mostró ausencia de cambio (50%), lo que quiere decir que estos pacientes lograron disminuir su nivel de ansiedad por ellos mismos.

Tabla 5.
Cambio Clínico Objetivo de los Pacientes del Grupo Control con Respecto a la Variable Ansiedad.

| | <u>Pre evaluación</u> | <u>Post evaluación</u> | <u>Diferencia Clínica</u> |
|--------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|
| Px 1 | 8 | 2 | -0.75 |
| Px 2 | 17 | 27 | 0.58 |
| Px 3 | 6 | 7 | 0.16 |
| Px 4 | 12 | 10 | -0.16 |
| Px 5 | 16 | 2 | -0.87 |
| Px 6 | 9 | 8 | -0.11 |
| Px7 | 1 | 30 | 29 |
| Px 8 | 26 | 5 | -0.80 |
| Px9 | 30 | 0 | -1 |
| Px 10 | 35 | 29 | -0.17 |
| | 16 | 12 | -0.25 |

Como se muestra en la tabla 6, en el grupo experimental, 8 (89%) de 9 pacientes evaluados, disminuyeron clínicamente sus niveles de ansiedad, lo que quiere decir que estos pacientes que recibieron el programa de intervención lograron un cambio clínico en sus niveles de Ansiedad, mientras que solo un paciente no mostró diferencia en su puntaje entre sus evaluaciones.

Tabla 6.

Cambio Clínico Objetivo de los Pacientes del Grupo Experimental con Respecto a la variable Ansiedad.

| | <u>Pre evaluación</u> | <u>Post evaluación</u> | <u>Diferencia Clínica</u> |
|-------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|
| Px 1 | 15 | 5 | -0.66 |
| Px 2 | 54 | 0 | -1 |
| Px 3 | 5 | 4 | -0.2 |
| Px 4 | 28 | 10 | -0.64 |
| Px 5 | 9 | 6 | -0.33 |
| Px 6 | 45 | 5 | -0.88 |
| Px7 | 30 | 30 | 0 |
| Px 8 | 48 | 17 | -0.64 |
| Px9 | 27 | 10 | -0.62 |
| | 29 | 9.66 | -0.66 |

Asimismo, en la significancia clínica entre los grupos, se encontró que en ambos hay cambios clínicos.

c. Autoeficacia Cardíaca

La tabla 7 muestra en el grupo control, que 4 (40%) pacientes lograron aumentar el puntaje en su autoeficacia cardíaca después de la post evaluación, 4 (40% de ellos) reportaron ausencia de cambio clínico y 2 (20%) de ellos no reportaron cambios en sus puntajes entre las evaluaciones

Tabla 7.

Cambio Clínico Objetivo de los Pacientes del Grupo Control con Respecto a la Variable Autoeficacia Cardíaca.

| | <u>Pre evaluación</u> | <u>Post evaluación</u> | <u>Diferencia Clínica</u> |
|--------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|
| Px 1 | 27 | 17 | -0.37 |
| Px 2 | 34 | 23 | -0.32 |
| Px 3 | 24 | 34 | 0.41 |
| Px4 | 24 | 17 | -0.29 |
| Px 5 | 28 | 28 | 0 |
| Px 6 | 32 | 44 | 0.37 |
| Px 7 | 28 | 36 | 0.28 |
| Px 8 | 52 | 52 | 0 |
| Px 9 | 39 | 34 | -0.12 |
| Px 10 | 20 | 29 | 0.45 |
| | 30.8 | 31.4 | 0.01 |

En la tabla 8, se observa que el en grupo experimental, 5 (56%) pacientes de 9 evaluados lograron aumentar sus niveles de Autoeficacia y 4 (44%) pacientes reportaron ausencia de cambio clínico en su percepción de Autoeficacia, lo que indica que la intervención en estos pacientes ayudó a aumentar su confianza con respecto a su enfermedad.

Tabla 8.
Cambio Clínico Objetivo de los Pacientes del Grupo Experimental con Respecto a la Variable Autoeficacia Cardíaca.

| | <u>Pre evaluación</u> | <u>Post evaluación</u> | <u>Diferencia Clínica</u> |
|-------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|
| Px 1 | 29 | 48 | 0.65 |
| Px 2 | 35 | 27 | -0.22 |
| Px 3 | 35 | 40 | 0.14 |
| Px4 | 24 | 50 | 1.08 |
| Px 5 | 28 | 36 | 0.28 |
| Px 6 | 22 | 31 | 0.40 |
| Px 7 | 41 | 50 | 0.21 |
| Px 8 | 44 | 52 | 0.18 |
| Px 9 | 42 | 40 | -0.04 |
| | 33.33 | 41.55 | 0.24 |

En el cálculo de la significancia clínica entre grupos, se obtuvo que en el grupo experimental en el cual se les aplicó el programa de intervención, si muestran un cambio clínico con un puntaje de 0.24, es decir, los pacientes logran aumentar sus niveles de autoeficacia cardíaca.

d. Estado Funcional

Como se muestra en la tabla 9, los pacientes pertenecientes al grupo control, el 100% de ellos reportaron tener cambios clínicos en sus puntajes pre y post, es decir, estos pacientes aumentaron su percepción acerca de su Estado Funcional.

Tabla 9.
Cambio Clínico Objetivo de los Pacientes del Grupo Control con Respecto a la Variable Estado Funcional.

| | <u>Pre evaluación</u> | <u>Post evaluación</u> | <u>Diferencia Clínica</u> |
|--------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|
| Px 1 | 60 | 100 | 0.66 |
| Px 2 | 63.33 | 100 | 0.57 |
| Px 3 | 80 | 100 | 0.25 |
| Px4 | 73.33 | 100 | 0.36 |
| Px 5 | 83.33 | 100 | 0.20 |
| Px 6 | 80 | 100 | 0.25 |
| Px 7 | 63.33 | 100 | 0.57 |
| Px 8 | 80 | 100 | 0.25 |
| Px 9 | 80 | 100 | 0.25 |
| Px 10 | 46.66 | 100 | 1.14 |
| | 70.99 | 100 | 0.40 |

De igual forma, en el grupo experimental, el 100% de los pacientes mostraron cambios clínicos en la percepción de sus limitaciones físicas, tal como se observa en la tabla 10.

Tabla 10.
Cambio Clínico Objetivo de los Pacientes del Grupo Experimental con Respecto a la Variable Estado Funcional.

| | <u>Pre evaluación</u> | <u>Post evaluación</u> | <u>Diferencia Clínica</u> |
|-------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|
| Px 1 | 76.66 | 100 | 0.30 |
| Px 2 | 26.66 | 100 | 2.75 |
| Px 3 | 76.66 | 100 | 0.30 |
| Px4 | 63.33 | 100 | 0.57 |
| Px 5 | 60 | 100 | 0.66 |
| Px 6 | 60 | 100 | 0.66 |
| Px 7 | 80 | 100 | 0.25 |
| Px 8 | 80 | 100 | 0.25 |
| Px 9 | 36.66 | 100 | 1.72 |
| | 62.21 | 100 | 0.60 |

Discusión

El objetivo del presente estudio fue evaluar la efectividad de un programa psicológico para modificar el conocimiento acerca de la enfermedad, la autoeficacia cardiaca, ansiedad estado y estado funcional en pacientes con cardiopatía.

Con respecto a la variable de **Conocimiento acerca de la enfermedad valvular**, en el análisis clínico, se encontró que el haber implementado la intervención psicoeducativa, aumentó la cantidad de pacientes que reconocen información sobre su enfermedad, lo cual implica que el paciente se sienta identificado con su enfermedad valvular y con ello tenga más herramientas en su cuidado y compromiso con su tratamiento, además ahora identifican más factores que hayan provocado su enfermedad (p. ej. colesterol alto, obesidad, grasas, no realizar ejercicio, comer sal, presión alta), aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Con esta nueva información, el paciente cuenta e identifica con información precisa sobre factores que le pudieron causar su enfermedad cardiaca y que además sepan qué cambios realizar para cuidarse y prevenir recaídas de su enfermedad valvular, y evitando atribuyan el desarrollo de su enfermedad a factores en donde no pueden tener el control de ella, teniendo resultados favorables para el paciente.

Otro dato importante que se encontró, es que el conocimiento acerca de la enfermedad disminuyó en los pacientes pertenecientes al grupo control, lo cual, de acuerdo con Yera, Mateos, Ferrero y Páez (2009), provoca implicaciones como mayor incertidumbre acerca del origen, cuidados y factores de riesgo de la enfermedad valvular, y a su vez, trae complicaciones en los cuidados y seguimiento de su enfermedad, incluso

afectando la adherencia al tratamiento. Por lo tanto, estos resultados reflejan la necesidad de desarrollar e implementar intervenciones psicológicas para aumentar el conocimiento acerca de su enfermedad.

De acuerdo a lo anterior, aunque no se encontraron cambios estadísticamente significativos en su conocimiento de la enfermedad, clínicamente se encontró que la mayoría de los pacientes del grupo experimental lograron tener cambios clínicos objetivos, en comparación de los pacientes del grupo control. Siendo estos resultados favorables en el pronóstico del paciente post operado ya que de esta manera se evitaran recaídas e incluso disminuirá la probabilidad de presentar síntomas de ansiedad a causa del desconocimiento de su enfermedad.

Estos datos coinciden con el estudio de Gutiérrez, Álvarez, Del Río, Villalta y Garoz (2004) en donde realizaron una intervención en Educación Sanitaria en pacientes que fueran a ser sometidos a cateterismo cardiaco, estos autores no encontraron diferencias significativas, sin embargo, los autores reportan que se considera que la información suministrada es adecuada, además de que la mayoría de ellos fueron capaces de decir el nombre del procedimiento al que fueron sometidos, sus medicamentos y posibles complicaciones que podrían aparecer, lo cual es información importante de tener para mejores resultados de salud y una mejor calidad de vida.

Asimismo, la intervención permitió capacitar, motivar y hacer partícipe al paciente en el manejo adecuado de su tratamiento farmacológico, cuidados e información sobre su enfermedad valvular y los factores de riesgo que están implicados en el desarrollo y evaluación de esta, además de mantener un comportamiento adecuado en bien de su salud y

reducir emociones como la ansiedad, ya que el desconocimiento acerca de la enfermedad se ha relacionado como uno de los desencadenantes de síntomas ansiosos y de esta forma mejorar su calidad de vida (Pereira, Campos, Lima, Brandao y Regina de Oliveira, 2012; Achury, Achury, Estrada y Gutiérrez, 2012)

Estos resultados concuerdan con el estudio de Yera, Mateos, Ferrero y Páez (2009) en el cual su objetivo fue determinar el impacto de la intervención educativa en pacientes con insuficiencia cardíaca, ellos encontraron que su intervención mostró ser efectiva al evaluar el nivel de conocimiento adquirido por paciente con respecto a su enfermedad, mejorando la información sobre su enfermedad, la capacidad de adaptación, autonomía, adhesión al tratamiento y consiguiendo una mejor calidad de vida bajo el régimen de hacer partícipe al paciente en su enfermedad.

En cuanto a la variable de **Ansiedad Estado**, el haber aplicado la intervención psicoeducativa, influyó en disminuir los síntomas de ansiedad de manera estadísticamente significativa, a pesar de que los pacientes del grupo experimental, en la fase de pre evaluación hayan puntuado con mayores síntomas de ansiedad en comparación de los pacientes pertenecientes al grupo control. Además, en el análisis clínico, el 89% lograron tener cambios clínicos objetivos, es decir, ahora los pacientes cuentan con habilidades para controlar eventos que les cause pensamientos preocupantes como el ser hospitalizados y someterse a la cirugía.

Asimismo, el tener estos resultados, favorecen en la recuperación del paciente y disminuye la probabilidad de tener recaídas o reingresos hospitalarios, aumenta la adherencia al tratamiento y propicia una pronta reincorporación a su rutina.

De acuerdo a lo anterior, los pacientes que recibieron la intervención psicoeducativa adquirieron más conocimientos sobre la enfermedad, el procedimiento quirúrgico, cuidados de su enfermedad valvular, el tener control de su respiración y haber resuelto sus pendientes antes de la cirugía ayudó a disminuir los puntajes de síntomas de Ansiedad Estado después de la cirugía, obteniendo resultados positivos en los pacientes, por ejemplo en ya no sentirse preocupados, intranquilos, tensos, angustiados al pensar en su cirugía, en comparación de los pacientes que pertenecen al grupo control, quienes después de su cirugía reportan tener signos de ansiedad al pensar en su cirugía e implicaciones.

Estos resultados concuerdan con el trabajo de Carapia, Mejía, Nacif y Hernández (2011) los cuales realizaron un estudio en donde su población era similar al de esta investigación, ellos aplicaron una intervención cognitivo-conductual. Con respecto a los niveles de ansiedad, encontraron que en los pacientes antes de la cirugía tuvieron el 49% ansiedad leve, 27% ansiedad moderada y el 23.5% ansiedad severa, sin embargo, después de la cirugía todos los pacientes reportaron haber disminuido sus síntomas a leve, ellos encontraron que al presentar estos niveles de ansiedad provoca en el paciente una mejor recuperación, además de enfatizar en que la operación actúa como fuente principal de ansiedad, junto con factores como el miedo al dolor y la incertidumbre al desconocer sobre el tipo de anestesia.

Finalmente, concluyen que existe una disminución en los niveles de ansiedad después de haber aplicado las técnicas psicológicas, obteniendo una visión más realista en los pacientes de la experiencia quirúrgica y de su enfermedad, tal como sucede en los pacientes de este trabajo, ya que los pacientes de ésta investigación no quedan inmunes de

presentar preocupaciones o angustias por su enfermedad, sin embargo sí cuentan con nuevas habilidad para hacerles frente a estos eventos que les genere ansiedad.

Con respecto a la variable de **Autoeficacia Cardíaca**, el haber llevado a cabo esta intervención psicoeducativa, aumentó la percepción de esta variable de manera estadísticamente significativa, tanto intra grupal como entre grupos. Lo cual quiere decir que ésta intervención aumentó el conocimiento y la confianza para poder manejar sus síntomas de la enfermedad valvular y sus actividades cotidianas evitando de la manifestación de síntomas de ansiedad como signo de su ineficacia física a través del control de sus síntomas, por medio de la aplicación de la respiración diafragmática y sistematizando sus problemas relacionados con su enfermedad valvular, y con ello a su vez lograr aumentar la capacidad para cuidarse por sí mismo y desarrollando nuevas conductas saludables.

Con lo anterior se puede explicar que por medio la intervención psicoeducativa, los pacientes del grupo experimental desarrollaron nuevas habilidades y alternativas sobre cómo controlar sus síntomas, su enfermedad y sus emociones, incrementar sus conductas en salud para cuidar y prevenir riesgos, además de aumentar su capacidad cardíaca e integrarse antes a su vida normal. Del mismo modo, el haber aumentado la autoeficacia en estos pacientes, habrá una disminución de los síntomas físicos y psicológicos como los que se han mencionado con anterioridad, al contrario de los pacientes pertenecientes al grupo control, en los cuales se desconoce la fuente de información que contribuyó a percibirse más autoeficaces en su enfermedad cardíaca en la comparación intra grupal.

En este sentido, Boroumond y Moeini (2016) realizaron un estudio en donde aplicaron una intervención educativa para aumentar la autoeficacia cardiaca en pacientes cardiacos, ellos encontraron que antes de la intervención no había diferencias significativas entre las puntuaciones medias de autoeficacia cardiaca entre los grupos de comparación. Sin embargo, a los 3 y 4 meses después del comienzo de la intervención, el puntaje medio de autoeficacia cardiaca en el grupo experimental fue significativamente mayor que en el grupo control ($p < 0,001$). Estos resultados no concuerdan con los de este estudio, ya que en esta investigación se encontraron diferencias significativas en un lapso menor de 20 días, lo cual es un resultado favorable para este estudio.

Sin embargo, esta podría ser un área de oportunidad para realizar un seguimiento en la evaluación de autoeficacia cardiaca, ya que los resultados que se obtuvieron pudieran variar o estar influenciados por diversas condiciones en las que se encuentran los pacientes egresados del hospital, entonces es de importancia conocer la consistencia de los cambios que se produjeron a través de la intervención psicológica que se aplicó.

Finalmente en la variable **Estado Funcional**, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas tanto para el grupo control como para el grupo experimental. Además, en el análisis clínico todos los pacientes tuvieron cambios clínicamente objetivos en ambos grupos

Sin embargo, para los pacientes del grupo que recibieron el tratamiento ahora perciben que pueden realizar las actividades que normalmente llevan a cabo, lo cual se considera benéfico para su recuperación, debido a que sus limitaciones físicas y sociales las

consideran como un factor que pueden controlar con base a las nuevas herramientas y habilidades desarrolladas por intervención psicoeducativa.

Por otro lado, a pesar de que pacientes post operados se encuentran en condiciones limitadas, ellos tienen el conocimiento de la razón del porqué de sus limitaciones físicas, lo cual evita que emerjan síntomas de ansiedad a causa de sus pocas posibilidades de movimiento e independencia.

En este mismo sentido, dadas las circunstancias físicas en las que se encuentran los pacientes recién operados, la evaluación de estado funcional en la fase de post evaluación en estos pacientes no se considera viable de evaluar como se evaluó en este estudio, ya que sus actividades en los primeros 7 días de post operación son totalmente limitadas, aquí el paciente recibe cuidados y ayuda de actividades y tareas que solían hacer solos, por ejemplo, comer por ellos mismos, vestirse, bañarse e incluso ir al baño, de esta manera en un estudio realizado por Barrantes y Zevallos (2016) estos pacientes reportan ser totalmente dependientes de alguien (familiar o servicio de enfermería).

Sin embargo, el haber aplicado el programa de intervención psicológica ayudó a que los pacientes, que lo recibieron, clarificaran sus dudas e incertidumbre sobre su enfermedad y sus autocuidados y cuidados especiales después de su cirugía, además de tener nuevas habilidades de control en sus emociones, ya que el hecho de estar en estas condiciones puede causar malestares físicos y psicológicos como ansiedad.

Además, el tener más conocimientos sobre el procedimiento post quirúrgico fomentó en el control emocional por no poder incorporarse precozmente en sus actividades habituales en comparación de los pacientes que no recibieron la intervención psicológica,

los cuales se podrían considerar en peligro de recaídas o reingresos hospitalarios a causa de malos cuidados.

Los resultados obtenidos son parecidos al de Peláez, Orea, Domínguez, Figueroa, Alcocer, Pablo y Martínez (2017) en donde realizaron una intervención psicológica para incrementar el estado funcional en pacientes con Insuficiencia Cardíaca, esta investigación al igual que en este trabajo, encontraron un incremento su estado funcional, ya que estos pacientes aumentaron su distancia recorrida durante la prueba de caminata de seis minutos en la fase de post evaluación, además, después de la intervención psicológicas ningún paciente del grupo experimental reportó dificultades para realizar la caminata.

También, estas nuevas habilidades e información especializada, ayudó a los pacientes a mejorar su capacidad funcional, en su nivel de esfuerzo, a tener mejor control emocional y mejorar su adherencia al tratamiento.

Debido a la alta prevalencia de las enfermedades cardiovasculares en México y que este hecho conlleve a realizar procedimientos quirúrgicos invasivos y de alto riesgo, puede generar en el paciente síntomas de ansiedad, depresión e incluso estrés, y que a su vez esto provoque mala calidad de vida relacionada con la salud.

Por ello es importante considerar a estos pacientes derechohabientes al Seguro Social IMSS, ya que, a pesar de la atención que se les brindan por parte de enfermería, médicos y trabajo social, es labor del psicólogo atender demandas relacionadas con factores psicosociales relacionados con su enfermedad cardiovascular como es la ansiedad. Además desarrollar en los pacientes conductas saludables, por ejemplo, realizar ejercicio, adoptar una dieta saludable, controlar y saber expresarse emocionalmente, incrementar conductas

de salud preventivas o buscar tratamientos tempranos que ayuden a tener un mejor autocuidado sobre su enfermedad, disminuir recaídas postoperatorias y a reducir costos y aumentar beneficios tanto para los pacientes como para las instituciones de salud.

El haber realizado esta investigación, contribuyó en reportar datos concisos en la eficacia de modificar síntomas de ansiedad elevados, escasa información sobre su enfermedad y una pobre percepción de autoeficacia y estado funcional a través de aplicar una intervención psicoeducativa en pacientes con cardiopatía valvular tributarios a cirugía valvular.

Asimismo, enriquece los datos estadísticos con el análisis clínico objetivo, ya que se evaluó la mejoría clínica individual de los pacientes con la finalidad de medir la efectividad del tratamiento psicológico en pacientes con enfermedad valvular.

También, este trabajo, colabora en investigaciones de la psicología de la salud para intervenir en poblaciones con estas características, ya que en la actualidad son necesarias investigaciones que incluyan estas variables de estudio y sobre todo, investigaciones en donde se reporten programas de intervención eficaces para abordar esta problemática.

Dentro de las limitaciones que se encontraron de la investigación están el número de sesiones para poder aplicar el programa de intervención psicológica, ya que así fuese se abarcaría más tiempo para poner en práctica las técnicas empleadas (Hewitt y Gantiva, 2009) y así tener mejores resultados en los pacientes, en éste sentido, el orden de aplicación de las técnicas pudo influir en los resultados finales de la variable de Conocimiento acerca de la enfermedad, ya que a causa de la presencia de sintomatología de ansiedad, los pacientes no se concentraban lo suficiente para procesar la información y esto podría ser un

agente que interviene en el aprendizaje del individuo, además de que en una sola sesión los pacientes recibieron toda la información sobre su enfermedad y estos factores pueden estar interfiriendo en el proceso de aprendizaje del paciente.

Otra limitante, fue la evaluación de la variable de Estado Funcional en la fase post operatoria. Además de acuerdo a los resultados obtenidos se podría interpretar que la mejoría en el Estado funcional de los pacientes fue a causa de la cirugía y no de la intervención psicológica, ya que en ambos grupos reportaron tener mejorías estadísticamente significativas.

Algunas de las sugerencias que se proponen para futuras replicas, es planear más sesiones para la aplicación del programa, para que de esta forma se lleven a cabo las técnicas utilizadas, además de modificar el orden de aplicación de las técnicas psicológicas, por ejemplo, intercalar las técnicas y de esta forma no en una sola sesión dar psicoeducación de la enfermedad, esto con la finalidad de ir disminuir los síntomas de ansiedad en el paciente y tener mejores resultados en la comprensión de la información sobre la enfermedad.

Con respecto a la variable Estado Funcional, se sugiere evaluarla con instrumentos especializados para pacientes post operados y que además se encuentren hospitalizados. Asimismo, se sugiere realizar la post evaluación psicológica antes de la cirugía para tener mejor control de la eficacia del programa de intervención psicológica y no interpretar los datos de mejoría como producto de cirugía.

Otra propuesta es realizar un estudio de seguimiento sobre la efectividad y consistencia del programa psicológico, evaluando nuevamente estas variables en un periodo de un mes o hasta tres meses para conocer los cambios que han tenido los pacientes y obtener más información acerca de la evolución de los pacientes con respecto a las variables estudiadas, específicamente en las variables de autoeficacia cardiaca y estado funcional.

Y tener, además, un seguimiento de la intervención psicoeducativa empleando los mismos métodos por vía telefónica o por email, incluyendo incluso observaciones de los pacientes como evolución con el tratamiento tomando en cuenta recaídas y si hubo que ha hecho para manejarlas, si ha buscado nueva ayuda o incluso si ha consumido fármacos para tratar sus emociones, inclusive desarrollar material digital para mantener conductas favorables en la salud de los pacientes (por ejemplo Folletos o plataformas digitales).

Conclusión

El impacto psicológico que genera el ser sometido a cirugía valvular conlleva a consecuencias negativas en la salud cardiovascular, recuperación y pronóstico del paciente. Por ello, la implementación de una intervención psicoeducativa influyó clínicamente en mejorar el conocimiento de los pacientes, disminuir estadística y clínicamente la ansiedad estado y aumentar tanto de forma estadística como clínica la percepción de autoeficacia y estado funcional.

Estos resultados indican la importancia de la presencia del Psicólogo de la salud en la aplicación de programas de intervención que favorezcan la educación del paciente acerca de la enfermedad, su tratamiento y rehabilitación. Educación que mejorará su estado de salud y bienestar, favoreciendo su pronóstico de la enfermedad reincorporándose en su vida de manera favorable.

Del mismo modo, este estudio contribuyó al trabajo multidisciplinario, con el fin de una mejor atención al paciente e intercambio de información para el progreso de cada especialidad.

Referencias

- Achury, D. M., Achury, L. F., Estrada, P. A. y Gutiérrez, a. S. (2012). Cuidado de enfermería al paciente con ansiedad que va a ser sometido a cateterismo cardíaco. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 20(3), 112-116.
- Achury, D., Rodríguez, S. M., Agudelo, L. A., Hoyos, J. R. y Acuña, J. A. (2011). Calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asiste al programa de rehabilitación cardiaca. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 13(2), 49-74.
- Acuña, J., Rodas, M., Macías, E., Posadas, R., Juárez, J., Medina, A., Cardoso, G., Jorge, E., Torres, M., Vargas, G. y Posadas, C. (2017). Prevalencia y asociación de la calcificación valvular aortica con factores de riesgo y aterosclerosis coronaria en población mexicana. *Archivos de Cardiología de México*, 87(2), 108-115.
- Alarcón, R., & Ramírez Vallejo, E. (2006). Medicina psicosomática en enfermedad cardiovascular II. Consideraciones sobre el tratamiento. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(3).
- Allahverdiipour, H., AsghariJafarabadi, M., Heshmati, R. & Hashemiparast, M. (2013). Functional Status, Anxiety, Cardiac Self-Efficacy, and Health Beliefs of Patients with Coronary Heart Disease. *Health Promotion Perspectives*, 3(2), 217-229. doi: <https://dx.doi.org/10.5681%2Fhpp.2013.025>
- Alpert, J. y Rippe, J. (1990). *Manual de diagnóstico y terapéutica cardiovascular*. España: Series manuales espiral.
- Álvarez, F., Formiga, F., de Mora, M. C, F y Gómez, R. (2016). Aspectos no cadiológicos de la estenosis aórtica en mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*.
- Álvarez Gómez, M., Gallegos González, M. M., Ramírez Sánchez, F. M., & Carlos, L. (2012). Calidad de vida de las personas con cambio valvular o fibrilación auricular tratados con anticoagulación oral. *Rev. mex. enferm. cardiol*, 99-105.
- Amariles, P., Baena, M. I., Faus, M. J., Machuca, M., Tudela, J., Barris, D., Sevilla, J., Román, J., Machuca, M. y Cansino, J. (2005). Conocimiento y riesgo cardiovascular en pacientes en tratamiento con medicamentos cardiovasculares. *Ars Pharmaceutica*, 46(3), 279-300.
- Aragoncillo, P. (2009). Anatomía Cardíaca. López A, Macaya M: *Salud Cardiovascular del Hospital San Carlos y de Fundación BBVA. 1ra ed. Bilbao: Editorial Nerea S. A*, 37-38.
- Arrieta, F., Iglesias, P., Pedro-Botet, J., Tébar, F. J., Ortega, E., Nubiola, A., ... & Petrecca, R. (2015). Diabetes mellitus y riesgo cardiovascular: recomendaciones del Grupo de Trabajo Diabetes y Enfermedad Cardiovascular de la Sociedad Española de Diabetes (SED, 2015). *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 27(4), 181-192.
- Arrivillaga, M., Correa, D. y Salazar, I. C. (2007). *Psicología de la Salud: abordaje integral de la enfermedad crónica*. México: Manual Moderno.
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changin societies*. New York: Cambriedge University Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

- Barreiro, M., Velasco, E., Renilla, A., Torres, F., Martín, M., & de la Hera, J. M. (2013). Grado de conocimiento sobre su enfermedad cardiaca entre los pacientes hospitalizados. *Revista Española de Cardiología*, 66(03), 229-230.
- Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología. Volumen 2*. España: McGraw-Hill/ Interamericana de España.
- Blanc, P. Doumeix, J. & Virot, P. (1983). *Cardiología y Patología vascular*. España: Ediciones Norma.
- Barrantes, C. X. y Zevallos, M. A. (2016). Perspectiva del cuidado enfermero en post operados de valvulopatía mitral según modelo de dorothy jonhson 2015. *ACC CIETNA*, 4(2), 53-63.
- Barraza, L. F. y Sarmiento, C. A. (2015). Conocimiento acerca de la enfermedad en una población hipertensa colombiana. *Revista de la Facultad de Medicina*, 62(3), 399-405.
- Boraita, A., Baño, A., Berrazueta, J., Lamiel, R., Luengo, E., Manonelles, P. y Pons, C. (2000). Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología sobre la actividad física en el cardiopata. *Revista Española de Cardiología*, 53, 684-726.
- Boroumand, S. & Moeini, M. (2016). The effect of a text message and telephone follow-up programo n cardiac self-efficacy of patients with coronary artery disease: A randomized controlled trial. *Iran Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21(2), 171-176.
- Cadena Estrada, J. C., Olvera Arreola, S. S., Ortiz Alfaro, A. E., Ramos, R., Quintero Barrios, M. M., & Cruz Ayala, G. (2014). Análisis del nivel de ansiedad en el paciente adulto con cardiopatía congénita en una institución de alta especialidad. *Rev. mex. enferm. cardiol*, 22(2), 46-52.
- Carapia, A., Mejía, G., Nacif, L. y Hernández, N. (2011). Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Revista Mexicana de anestesiología*, 34(4), 260-263.
- Carpi, A., González, P., Zurriaga, R., Marzo, J. & Buuk, A. (2010). Autoeficacia y percepción de control en la prevención de la enfermedad cardiovascular. *Universitas Psychologica*, 9(2),423-432.
- Castillero, Y. (2007). Intervención psicológica en cirugía Cardíaca. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 52-63. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v25n1/v25n1a6.pdf>
- Castillero, A. y Pérez, L. (2003). Preparación Psicológica para la cirugía mayor. *Revista electrónica de motivación y emoción (REME)*, 6.
- Cardiel, R. (1994). ¿Cómo se evalúa la calidad de vida? En Flores, R., Acosta, C., León, Y., Lagarda, B., García, C. y Sotelo, T. (2018). Efectos de una intervención multidisciplinaria en pacientes con hipertensión arterial primaria. *Psicología y Salud* 28(1), 95-105.
- Calderon, A. y De Bobadilla, J. (s/a). Las Valvulopatías. *Capítulo 5*.
- Chávez, R. (1993). *Cardiología I*. México: Editorial Panamericana.
- Costa Días, C., Mateus, P. S., Mateus, C., Bettencour, N., Santos, L., Adao, L., Sampiro, F., Fonseca, C., Simoes, L., Coelho, R. y Ribeiro, V. G. (2005). Síndrome Coronario Agudo y depresión. *Revista Portuguesa de Cardiología*, 24 (4), 507-516.

- Cordero, A., Masiá, M. D., Galve, E. (2014). Ejercicio físico y salud. *Revista Española de Cardiología*, 67(8), 748-753.
- De la Merced, S. H. (2012). Nivel de ansiedad estado del paciente cardiópata previo a estudio de tomografía computada. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 20(3), 94-98.
- Díez, E., Arrospide, A., Mar, J., Alvarez, U., Belaustegi, A., Lizaur, B., Lañaga, A. y Arana, J. (2012). Efectividad de una intervención preoperatoria de enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. *Enfermería clínica* 22(1), 18-26.
- Dueñas, A. F., Armas, N. B. y Prohias, J. (2017). Determinación del Riesgo Cardiovascular Global. Importancia de su implementación sistemática en el Sistema Nacional de Salud. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular* 23(2).
- Dulmus, C. & Wodarski, J. (2002). Six Critical Questions for Brief Therapeutic Interventions. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2(4), 279-285.
- Echeverry, López y López. (2007). Reconocimiento de valvulopatías cardíacas en señales de fonocardiografía empleando la transformada Gabor. *Scientia Et Technica*, 13(34), 139-144.
- Escudero, B. (2016). *Perfil Psicológico del paciente hospitalizado candidato a cirugía de Revascularización coronaria* (Tesis de Licenciatura). Recuperada de base de datos UNAM.
- Fernández-Abascal, E. G., Díaz, M. D. M., & Sánchez, F. J. D. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*, 15(4), 615-630.
- Figueroa, C. (2007). *Estilo de vida, manejo de estrés y su relación con la salud cardiovascular*. Tesis doctoral. UNAM.
- Figueroa, C., Alcocer, L., Ramos, B., Hernández, T. y Gaona, B. (2010). Factores de riesgo psicosociales asociados a la insuficiencia cardíaca. *Revista Mexicana de Cardiología*, 21(2), 70-74.
- Flores, A. (2015). *Autoeficacia, percepción de enfermedad y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cardiopatía isquémica* (Tesis de Licenciatura). Recuperada de la base de datos UNAM.
- Flores, R., Acosta, C., León, Y., Lagarda, B., García, C. y Sotelo, T. (2018). Efectos de una intervención multidisciplinaria en pacientes con hipertensión arterial primaria. *Psicología y Salud* 28(1), 95-105.
- Fors, A., Ulin, K., Cliffordson, C., Ekman, I. & Brink, E. (2014). The cardiac Self-Efficacy Scale, a used tool with potencial to evaluate person-centred care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8. doi: 10.1177/1474515114548622
- Froján, M. X. (1998). *Consultoría Conductual: Terapia psicológica breve*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Gacimartín, R. M. (2009). *El cuidado del paciente cardiovascular*. España: Editorial Neresá.

- Garcés de los Fayos, E., Velandrino, A., Conesa, P. y Ortega, J. (2002). Un programa de intervención psicológica en pacientes con problemas cardiovasculares tipo inestable. *Cuadernos de Psicología del Deporte* 2(1), 67-89.
- García, M. (2007). *Estrategias de Evaluación e intervención en psicología*. México: Porrúa. Pp. 257-261.
- Gavito, M., Corona, M., Villagrán, M., Morales, J., Téllez, J. y Ortega, H. (2000). La información anestésica quirúrgica: su efecto sobre la ansiedad y el dolor de los pacientes toracotomizados. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex*, 13(3), 153-156. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2000/in003f.pdf>
- Georgieva, R. (2007). *Factores de riesgo cardiovascular y tratamiento hipolipemiente en la enfermedad cerebrovascular, cardíaca y periférica*. Tesis de Doctorado. Granada: Universidad de Granada.
- Glacomonte, E. y Mejía, A. (1997). *Estrés postoperatorio y Riesgo quirúrgico (El impacto emocional de la cirugía)*. Buenos aires: Paidós. pp 35-43.
- González, L. y Moreno, R. (2013). Estenosis valvulares y anestesia. *Rev. Chil Anest.* 42, 55-66.
- Gutiérrez, A., Álvarez, J., Del Río, O., Villalta, M., Garoz, M. (2004). Educación Sanitaria a pacientes jóvenes sometidos a un cateterismo cardíaco.
- Harrison. (s/f). *Principios de Medicina Interna*. MacGraw-Hill, México.
- Heart & Vascular Institute (2017).
- Heinze, G., & Camacho, P. (2010). Guía clínica para el manejo de la ansiedad. *México: Instituto Nacional de Psiquiatría*, 43.
- Hernández, A. I., López, A. J., & Guzmán, J. A. (2016). Nivel de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía. Un estudio transversal descriptivo. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 14(1), 6.
- Herrera, A. F. D., Rojas, N. B. A., & Martínez, J. P. (2017). Determinación del Riesgo Cardiovascular Global. Importancia de su implementación sistemática en el Sistema Nacional de Salud. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, 23(2).
- Herrera, B., Galindo, O. Y Lerma, A. (2018). Inventario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y Escala de Retiro de Patron de Conducta tipo A en pacientes con enfermedades cardiovasculares: propiedades psicométricas. *Psicología y Salud*, 28(1), 121-130.
- Hewitt, N. y Gantiva, C. A. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en psicología latinoamericana*, 27(1), 165-176.
- Ibáñez, C. y Manzanera, R. (2011). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria. *SEMERGEN*, 38(6), 377-387.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. (2017). Recuperado el 2 de noviembre de 2018, de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/muertos2017_Nal.pdf
- Kerlinger, F. N. L., Howard, B., Pineda, L. E., & Mora Magaña, I. (2002). *Investigación del comportamiento*.

- Kristen, B. (1999). *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse*. Centre for Substance Abuse Treatment. Rockville: US Department of Health and Human Services.
- Laham, M. (2003). *Psicocardiología*. Paidós, Argentina.
- Lamas, A. y González, S. (s/f). Otras enfermedades valvulares, *Enfermedad Valvular Cardiaca*, 583-589.
- Lemos, M., Acosta, D. y Agudelo, D. M. (2015). Calidad de vida en pacientes con cardiopatía isquémica. *Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 5(3), 28-57.
- León Castro, A., & Salazar Vargas, C. (2007). Valoración psicológica perioperatoria en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular. *Revista Costarricense de cardiología*, 9(3), 11-15.
- Longabaugh, R. & Wirtz, P. W. (Edits.) (2001). Project MATCH hypothesis: Results and causal chain analyses. *NIAAA Project MATCH monograph series*, 8.
- López, A., Hurtado, B. y Javiera, F. (2009). Ejercicio físico y cardiopatía, pp. 3-15.
- López, J. (2016). *Intervención solución de problemas para disminuir comorbilidad emocional en pacientes post-operados de Revascularización coronaria* (Tesis de Licenciatura). Recuperada de base de datos UNAM.
- Magfiret, K. & Türkinaz, A. (2004). Effect of education on self-efficacy of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Patient Education and Counseling*, 55, 114- 120.
- Martínez Álvarez, A., Gonzalez Lozano, L., & Álvarez Mon, N. (2015). Programa de educación en autocuidados en Cardiopatía Isquémica. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*, 3(2), 7-13.
- Medina, M. Y Lida, Y. (2016). La autoeficacia en el post infarto. *Revista de la facultad de Medicina*, 65(2), 261-266.
- Miguel, P. J. (2016). Eficacia de la psicoeducación para modificar ansiedad, depresión y percepción de control en pacientes hospitalizados con cardiopatía isquémica. Tesis de licenciatura. UNAM.
- Montero, A., & González, E. (2010). Principales consideraciones bioéticas en la atención en salud sexual y reproductiva en adolescentes. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 75(4), 272-277.
- Mondragón, L. (2009). Consentimiento informado: una praxis diabólica para la investigación. *Revista de Investigación Clínica*, 61(1), 73-82.
- Mondragón, L., Castellanos, A. & Figueroa, A. (2014). Capítulo 6. Consideraciones éticas en la investigación. En: F. Juárez & V. Salinas (Eds.). *Apuntes para la investigación en salud* (pp. 331-350). México, D.F: PUIS y DGPFE, UNAM.
- Murillo, V. C., Zuluaga, A. E., García, E. V. L., Hoyos, M. L., Lasprilla, J. C. A., & Rogers, H. (2008). Los factores psicosociales implicados en la cardiopatía isquémica. *CES Psicología*, 1(2), 19-40.

- Nezu, A. M., Nezu, C. M. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno, pp. 283-294.
- Nitsche, M. P., Bitran, M., Pedrals, N., Echeverría, G., & Rigotti, A. (2014). Recursos psicosociales positivos y salud cardiovascular. *Revista médica de Chile*, 142(10), 1316-1323.
- O'Donnell, C. J., & Elosua, R. (2008). Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. *Revista española de Cardiología*, 61(3), 299-310.
- O'Neil, A., Berk, M., Davis, J. & Stafford, L. (2013). Cardiac-self efficacy predicts adverse outcomes in coronary artery disease (CAD) patients. 5. doi: 10.4236/health.2013.57A3002
- Organización Mundial de la Salud* (2017).
- Payne, R. A. (2005). Técnicas de relajación. Guía práctica. Barcelona: Paidotribo. (pp. 225-278).
- Peláez-Hernández, V., Orea-Tejeda, A., Domínguez-Trejo, B., López, C. G. F., Díaz-Barreiro, L. A., Santiago, R. P., & Rubio, C. I. M. (2017). Intervención psicológica como parte del tratamiento integral de pacientes con insuficiencia cardíaca: Efecto sobre la capacidad funcional. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 9(1), 53-61.
- Pereira, D. A., Campos, N. M., Lima, A. L., Brandao, P. C. y Regina de Oliveira, C. (2012). Efectos de intervención educativa sobre el conocimiento acerca de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus. *Revista Latino Americana*, 20(3), 1-8.
- Perin, R. (1974). *Enfermería en Rehabilitación*. México: Nueva Editorial Interamericana.
- Proyecto de Norma Oficial Mexicana Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. (2010). Diario Oficial de la Federación. Secretaría de Salud.
- Querales, M., Ruiz, N., Rojas, S., & Espinoza, M. (2011). Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular en una comunidad de Naguanagua, Venezuela. *Revista de Salud Pública*, 13(5).
- Ramos, B., Figueroa, C., Alcocer, L., & Ricón, S. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con insuficiencia cardíaca. *En-claves del pensamiento*, 5(10), 173-189.
- Reynoso, E, L. y Seligson, N, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. Mexico: Manual Moderno.
- Robles, M. J., Saborit, Y. R., Valiño, M., Machado, L. y Milán, V. (2014). Aspectos clínicos y psicosociales de la rehabilitación cardiovascular. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 6(2), 173-186.
- Roca, M. A. (2007). *Psicología clínica. Una visión general*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Rocha, R. E., Lozano, O. y Romero, G. M. (2017). Nivel de conocimientos del paciente sobre el cateterismo cardíaco y presencia de ansiedad y depresión. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 25(4), 257-264.

- Rodríguez, D. M. A. M., & López, D. S. M. (s/f). ELECTROCARDIOGRAFÍA CLÍNICA BÁSICA. Departamento de integración de ciencias Médicas de la Facultad de Medicina, UNAM
- Rodríguez, G. (2000). Programa de pacientes para procedimientos médicos invasivos y quirúrgicos. Aspectos cognitivos y conductuales. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Romero, T. (2009). Factores modificables de riesgo cardiovascular: ¿Cuáles estamos realmente modificando? *Revista Médica de Chile*, 137, 1498-1501.
- Rosa Matos La, Y., Martín Alfonso, L., & Bayarre Veja, H. (2007). Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. *Revista cubana de medicina general integral*, 23(1), 0-0.
- Spielberger, C. (1966). Theory and Research on Anxiety. En Spielberger, C. *Anxiety and Behavior*(pp.3-19).
- Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P. & Jacobs, G. (1983). Manual para el inventario de Ansiedad Estado-Rasgo. California: Asesoría Psicólogos Press.
- Sánchez-Arias, A. G., Bobadilla-Serrano, M. E., Dimas-Altamirano, B., Gómez-Ortega, M., & González-González, G. (2016). Enfermedad cardiovascular: primera causa de morbilidad en un hospital de tercer nivel. *Rev Mex Cardio*, 27(s3), 98-102.
- Sánchez-Román, S., Velasco-Furlong, L., Rodríguez-Carvajal, R., & Baranda-Sepúlveda, J. (2006). Eficacia de un programa cognitivo-conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes médicamente enfermos. *Revista de investigación clínica*, 58(6), 540-46.
- Sandrino, V. L., Meléndrez, E. H., Mederos, D. H., & Carracedo, I. C. (2016). Características sociodemográficas y estados emocionales negativos en pacientes con enfermedad cardiovascular con indicación quirúrgica. *CorSalud*, 8(3), 164-172.
- Santos, M. M., y Mir, M. U. (2006). Valoración de la capacidad funcional y la calidad de vida en los pacientes cardiopatas:¿ qué test y qué cuestionarios debemos utilizar?. *Rehabilitación*, 40(6), 309-317.
- Selzer, A. (1979). *Principios de Cardiología Clínica: Enfoque analítico*. España: Salvat Editores.
- Silvera, G., Chamorro, C., Silveira, A., Ormaechea, G., & Álvarez, P. (2013). Nivel de conocimiento acerca de la enfermedad en una cohorte de pacientes con insuficiencia cardíaca. *Archivos de Medicina Interna*, 35(3), 71-75.
- Smith, P. y Blumenthal, J. (2011). Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular: epidemiología, mecanismos y tratamiento. *Revista Española de Cardiología*, 64(10), 924-933.
- Sosa, V. (1998). Estudio de la incapacidad laboral por enfermedades cardiocirculatorias. *Madrid: Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo*.
- Spertus, J. A., Winder, J. A., Dewhurst, T. A., Deyo, R. A., & Fihn, S. D. (1994). Monitoring the quality of life in patients with coronary artery disease. *American Journal of Cardiology*, 74(12), 1240-1244.

- Sullivan, M., LaCroix, a., ruso, J. y Katon, W. (1998). Self-efficacy and Self-Reported Fuctional Status in Coronary Heart Diasease: A Six-Month Prospective Study. *Psychosomatic Medicine*, 473-478.
- Vargas, R. E., Ordoñez, E., Montalvo, O. E. y Díaz, V. L. (2017). Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes postinfarto de miocardio. *Revista Ciencia y Cuidado*, 5(1), 40-50.
- Vázquez, M.I. (2001). *Técnicas de relajación y respiración*. Madrid: Síntesis. (pp.109-130).
- Vilchis, A., Secín, R., López, A. y Córdova, V. (2010). Frecuencia de la ansiedad y depresión en pacientes adultos en la sala de urgencias de un hospital general no gubernamental e identificación por el médico de urgencias. *Medicina Interna de México*, 26(1), 5-10.
- World Hearth Federation* (2017).
- Yera, A. M., Mateos, S., Ferrero, J. y Páez, T. D. (2009). Evaluación de la intervención educativa al paciente anciano con insuficiencia cardíaca, realizada por enfermería a través de un plan de cuidados estandarizado. *Enfermería Clínica*, 19(4), 191-198.
- Zambrano, J. E. C., Jaramillo, P. A. V., & Lino, V. E. R. (2016). Riesgo cardiovascular relacionado con el consumo de alcohol. *Dominio de las Ciencias*, 2(4), 17-27.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado.

| | |
|--|--|
|  | INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS) |
| CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN | |
| Nombre del estudio: | |
| Patrocinador externo (si aplica): | |
| Lugar y fecha: | |
| Número de registro: | |
| Justificación y objetivo del estudio: | |
| Procedimientos: | |
| Posibles riesgos y molestias: | |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: | |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: | |
| Participación o retiro: | |
| Privacidad y confidencialidad: | |
| En caso de colección de material biológico (si aplica): | |
| <input type="checkbox"/> | No autoriza que se tome la muestra. |
| <input type="checkbox"/> | Si autoriza que se tome la muestra solo para este estudio. |
| <input type="checkbox"/> | Si autoriza que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros. |
| Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): | |
| Beneficios al término del estudio: | |
| En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: | |
| Investigador Responsable: | |
| Colaboradores: | |
| En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx | |
| Nombre y firma del sujeto | Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento |
| Testigo 1 | Testigo 2 |
| Nombre, dirección, relación y firma | Nombre, dirección, relación y firma |

Anexo 2. Ficha de identificación.

DATOS GENERALES

Nombre completo: _____ Edad: _____

Lugar de procedencia: _____ Teléfono: _____

Dirección actual: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: 1.Hombre () 2.Mujer ()

Estado civil: 1. Soltero(a) () 2. Casado(a)/unión libre () 3. Viudo(a) () 4. Divorciado(a) ()

Diagnostico _____

1. ESCOLARIDAD

() 1. Sin saber leer y escribir

() 2. Sabe leer y escribir

() 3. Primaria

() 4. Secundaria

() 5. Preparatoria/ Carrera Técnica

() 6. Licenciatura

() 7. Posgrado

2. OCUPACIÓN

() 1. Hogar

() 2. Empleado

() 3. Comerciante

() 4. Profesionista

() 5. Jubilado/ Pensionado

() 6. Otro

Anexo 3. Cuestionario de Conocimiento acerca de la enfermedad.

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

El siguiente cuestionario hace referencia al conocimiento de su enfermedad cardiaca. Por favor, responda las siguientes preguntas:

1. Información sobre enfermedad valvular

| | 1.Sí | 0.No |
|---|------|------|
| 1. ¿Sabe usted qué es la Enfermedad Valvular? | | |
| 2. ¿Padece usted Enfermedad Valvular? | | |
| 3. ¿Es la Enfermedad Valvular una enfermedad para toda la vida? | | |

2. Conocimiento sobre el riesgo de enfermar

| ¿Cuál(es) de estos factores provocaron su enfermedad cardiaca? | 1. Sí | 0. No | ¿Cuál(es) de estos factores pueden causar una hospitalización por enfermedad valvular descompensada? | 1. Sí | 0. No |
|--|-------|-------|--|-------|-------|
| 1. El tabaco | | | 1. Comer con grasa | | |
| 2. Beber alcohol | | | 2. Comer salado | | |
| 3. Comer sal | | | 3. Un esfuerzo | | |
| 4. No hacer ejercicio | | | 4. Una emoción | | |
| 5. Las grasas | | | 5. La presión alta | | |
| 6. La actividad sexual | | | 6. Tomar alcohol | | |
| 7. La diabetes | | | 7. Fumar | | |
| 8. La obesidad | | | 8. No tomar la medicación | | |
| 9. La presión alta | | | 9. Aumentar de peso | | |
| 10. El colesterol alto | | | 10. Una gripe | | |
| 11. La osteoporosis | | | 11. Tomar poco líquido | | |
| 12. La enfermedad coronaria | | | 12. Actividad sexual | | |

3. ¿Qué enfermedades o condiciones previas le han causado su enfermedad valvular?

| | | |
|---|----------|----------|
| 4. ¿Le interesa recibir más información sobre su enfermedad y su cuidado? | 1.Sí () | 2.No () |
|---|----------|----------|

Puntaje
Total

Anexo 4. Escala de Autoeficacia Cardiaca.

ESCALA DE AUTOEFICACIA CARDIACA

Considerando su enfermedad, conteste las siguientes preguntas evaluando qué tan seguro está de saber o poder realizar lo que se menciona.

| ¿Qué tan seguro se siente de saber o poder... | 0. Nada seguro | 1. Algo seguro | 2. Moderadamente seguro | 3. Muy seguro | 4. Totalmente seguro | No aplica |
|--|----------------------|----------------------|-------------------------------|---------------------|----------------------------|--------------|
| 1. Controlar el dolor en su pecho al cambiar sus niveles de actividad? | | | | | | |
| 2. Controlar la falta de aire al cambiar sus niveles de actividad? | | | | | | |
| 3. Controlar el dolor en su pecho al tomar sus medicamentos? | | | | | | |
| 4. Controlar la falta de aire al tomar sus medicamentos? | | | | | | |
| 5. En qué momento llamar o visitar al doctor con relación a su enfermedad? | | | | | | |
| 6. Hacerle entender a su médico las preocupaciones que usted tiene acerca de su enfermedad cardiaca? | | | | | | |
| 7. Cómo tomar sus medicamentos para el corazón? | | | | | | |
| 8. Cuánta actividad física es buena para usted/ puede realizar? | | | | | | |
| 9. Mantener sus actividades sociales habituales? | | | | | | |
| 10. Mantener sus actividades habituales en casa con su familia? | | | | | | |
| 11. Mantener sus actividades habituales con su pareja? | | | | | | |
| 12. Mantener sus actividades sexuales habituales con su pareja? | | | | | | |
| 13. Hacer ejercicio aeróbico? | | | | | | |

| | |
|-------------------|-------------|
| Total puntaje | |
| Baja autoeficacia | 7 a 40 () |
| Alta autoeficacia | 41 a 52 () |

Anexo 5. Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI-E).

INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAI-E)

Instrucciones: Identifique cómo se siente en este momento al pensar en su Cirugía.

| | 0. Nada | 1. Poco | 2. Bastante | 3. Totalmente |
|---|------------|------------|----------------|------------------|
| 1. <i>Me siento calmado</i> | | | | |
| 2. <i>Me siento seguro</i> | | | | |
| 3. Estoy tenso | | | | |
| 4. Estoy contrariado (disgustado) | | | | |
| 5. <i>Me siento cómodo (estoy a gusto)</i> | | | | |
| 6. Me siento alterado | | | | |
| 7. Estoy preocupado por posibles desgracias futuras | | | | |
| 8. <i>Me siento descansado</i> | | | | |
| 9. Me siento angustiado | | | | |
| 10. <i>Me siento comfortable</i> | | | | |
| 11. <i>Tengo confianza en mí mismo</i> | | | | |
| 12. Me siento nervioso | | | | |
| 13. Estoy desasosegado (intranquilo, perturbado) | | | | |
| 14. Me siento muy atado (oprimido) | | | | |
| 15. <i>Estoy relajado</i> | | | | |
| 16. <i>Me siento satisfecho</i> | | | | |
| 17. Estoy preocupado | | | | |
| 18. Me siento aturdido | | | | |
| 19. <i>Me siento alegre</i> | | | | |
| 20. <i>En este momento me siento bien</i> | | | | |

*Nota: Los ítems en cursiva tienen puntuación inversa

| Ansiedad Estado | Naturales (3,4,6,7,9,12,13,14,17,18) | Puntaje |
|-----------------|--------------------------------------|---------|
| | Inversos (1,2,5,8,10,11,15,16,19,20) | |

Anexo 6. Subescala Estado Funcional.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS)

Las siguientes preguntas hacen referencia a su enfermedad cardíaca y a cómo podría afectar aspectos de su vida. Por favor complete las siguientes oraciones indicando la respuesta que mejor se aplique a usted.

1. Indique con una **X** cuánto le ha limitado su enfermedad cardíaca (dificultad para respirar, dolor de pecho, desmayos, sudoración, mareo, etc.) en su habilidad para hacer las siguientes actividades en las **ÚLTIMAS DOS SEMANAS**.

| | 1. Totalmente limitado | 2. Muy limitado | 3. Moderadamente limitado | 4. Ligeramente limitado | 5. Nada limitado | 6. Limitado por ciertas razones o no hago esa actividad |
|--|---------------------------|--------------------|------------------------------|----------------------------|---------------------|--|
| a) Vestirse usted mismo | | | | | | |
| b) Bañarse | | | | | | |
| c) Caminar una cuadra | | | | | | |
| d) Realizar quehaceres domésticos/ cargar su mandado | | | | | | |
| e) Subir varios escalones sin detenerse | | | | | | |
| f) Caminar rápido (como para alcanzar el camión) | | | | | | |

| 2. Comparado con hace dos semanas, ¿han cambiado los síntomas de su enfermedad cardíaca (dificultad para respirar, dolor en el pecho, náuseas, sudoración, fatiga, etc.)? | | 3. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido dificultad para respirar, dolor en el pecho, náuseas, sudoración, fatiga, etc.? | |
|---|--------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Han empeorado mucho | <input type="checkbox"/> | 1. Todos los días |
| <input type="checkbox"/> | 2. Han empeorado ligeramente | <input type="checkbox"/> | 2. Tres o más veces por semana |
| <input type="checkbox"/> | 3. No han empeorado | <input type="checkbox"/> | 3. Una o dos veces por semana |
| <input type="checkbox"/> | 4. Han mejorado ligeramente | <input type="checkbox"/> | 4. Nunca en las últimas dos semanas |
| <input type="checkbox"/> | 5. Han mejorado mucho | | |
| <input type="checkbox"/> | 6. No he tenido ningún síntoma | | |

Programa Psicológico Para Modificar Factores Psicosociales Y Estado Funcional En Pacientes Con Valvulopatía

| | |
|---|---|
| 4. En las últimas dos semanas, ¿cuánto le ha molestado la sensación de mareos y/o náuseas? | 5. En las últimas dos semanas, ¿cuántas veces ha presentado dificultad para respirar, dolor en el pecho, náuseas, sudoración, fatiga y este hecho lo ha limitado para hacer lo que usted quiere? |
| () 1. Totalmente | () 1. Todo el tiempo |
| () 2. Mucho | () 2. Varias veces al día |
| () 3. Moderadamente | () 3. Por lo menos una vez al día |
| () 4. No he tenido ningún síntoma | () 4. Tres o más veces por semana (pero no todos los días) |
| | () 5. Una o dos veces por semana |
| | () 6. Nunca en las últimas dos semanas |
| 6. En las últimas dos semanas, ¿cuánto le ha molestado la dificultad para respirar (disnea)? | 7. En las últimas dos semanas, en promedio, ¿cuántas veces se ha sentido limitado en su forma de hacer lo que usted quería a causa de los desmayos (síncope)? |
| () 1. Todo el tiempo | () 1. Todo el tiempo |
| () 2. Muchas veces | () 2. Varias veces al día |
| () 3. Moderadamente | () 3. Por lo menos una vez al día |
| () 4. Ligeramente | () 4. Tres o más veces por semana (pero no todos los días) |
| () 5. No he tenido ningún síntoma | () 5. Una o dos veces por semana |
| | () 6. Nunca en las últimas dos semanas |
| 8. En las últimas dos semanas, ¿cuánto le ha molestado el dolor en el pecho? | 9. En las últimas dos semanas, en promedio, ¿cuántas veces se ha visto forzado a modificar su estilo de vida debido a los síntomas de su enfermedad? |
| () 1. Todo el tiempo | () 1. Todos los días |
| () 2. Muchas veces | () 2. Tres o más veces por semana |
| () 3. Moderadamente | () 3. Una o dos veces por semana |
| () 4. Ligeramente | () 4. Nunca en las últimas dos semanas |
| () 5. No he tenido ningún síntoma | |

| Dominios | Puntajes Min. | Rango | Puntaje crudo | PECV |
|---|---------------|-------|---------------|------|
| a) Limitaciones físicas | 6, 36 | 30 | | |
| b) Síntomas (2,3,4,5,6,7,8,9) | 8,41 | 33 | | |
| I. Síntomas Frecuencia (3,5,7,9) | 4,20 | 16 | | |
| II. Síntomas Severidad (4,6,8) | 3,15 | 12 | | |
| III. Síntomas Cambios a través del tiempo (2) | 1,6 | 5 | | |
| Puntajes globales | | | | |
| Estado Funcional (a+I+II) | 13, 71 | 58 | | |

Anexo 7. Formato de solución de Problemas.

Resolución de Problemas

| 1. Orientación hacia el problema | 2. Definición y formulación del problema | 3. Generación de alternativas | 4. Toma de decisiones | 5. Puesta en práctica de la solución y verificación de resultados |
|----------------------------------|--|-------------------------------|---|---|
| | <p>¿Cuál es el problema a resolver?</p> <p>¿Lo puedo resolver o depende de otros?</p> <p>¿Qué meta deseo alcanzar?</p> | | <ul style="list-style-type: none">• ¿Se puede llevar a término?• ¿Me beneficia o afecta?• ¿Es alcanzable? | |