



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**MODIFICACIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES
EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA VALVULAR**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
DANIELA MÉNDEZ RODRÍGUEZ

JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR: DR. CARLOS GONZALO FIGUEROA LÓPEZ

COMITÉ: DRA. BERTHA RAMOS DEL RÍO

LIC. SANTIAGO RINCÓN SALAZAR

LIC. ANA KAREN TALAVERA PEÑA

MTRO. CARLOS RIERA KINKEL

PROYECTO PAPIIT IN-304717



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

PAPÁ Y MAMÁ

Les agradezco su compañía, su esfuerzo, sus sacrificios, pero sobre todo, su amor todos estos años. Es por ustedes que he llegado hasta aquí, no sólo al final de la carrera, sino también siendo la persona que soy ahora. Confiar en ustedes y seguir sus pasos ha sido mi mejor opción todas las veces, porque, tenían razón, los esfuerzos, los sacrificios y la paciencia han valido la pena. Esto también es para ustedes, porque no merecen más que mi mayor esfuerzo para lograr ser una buena hija. Ustedes siempre han sido y seguirán siendo mi refugio más cálido. Los quiero mucho.

YAYO Y FER

Gracias a ambos por el simple hecho de ser mis hermanos y compartir esto conmigo todos estos años. Nunca he podido imaginar mi vida sin ustedes dos siendo como siempre son.

JAIME

Amor, te agradezco especialmente a ti la paciencia, el cariño y la compañía que me has dado durante todo este tiempo. Porque muchas veces me ayudaste a encontrar la cordura que necesité para seguir adelante y no perder la cabeza. Tú me impulsas a seguir adelante, y otras tantas veces te agradezco por frenarme en mis ataques de impulsividad. Gracias por querer estar y por compartir este momento conmigo. Te amo siempre.

DR. CARLOS FIGUEROA

Espero alguna vez poder expresarle lo agradecida que estoy por darme la oportunidad de trabajar con usted. Desde el principio supe que participar en el proyecto era una gran oportunidad para empezar a crecer en la profesión, pero nunca imaginé que de usted iba a recibir tanto, desde mucho conocimiento hasta una bonita amistad. Lo admiro profundamente por el profesionalista que es, pero también por la calidad de ser humano que es y que tanto me inspira a ser.

DRA. BERTHA RAMOS

Especialmente a usted le agradezco por haberme tomado en cuenta y sugerirme como candidata del proyecto. Sin usted nada de esto hubiera pasado. Tuve la fortuna de conocerla desde las clases en la carrera y desde entonces no me quedó duda de que quería seguir sus pasos. Al entrar al proyecto y convivir con ustedes, me di cuenta que no sólo la aprecio por todo lo que me ha enseñado, sino que también le tengo mucho cariño por ser tan cálida y amable conmigo. Me siento muy afortunada de conocerla y hasta siempre le agradeceré lo que me permitió compartir todo este tiempo con usted.

TALA, SANTIAGO Y QUETA

A ustedes que han sido guía y fuente de conocimiento en este proceso: ¡Gracias!

DR. CARLOS RIERA KINKEL

Gracias por confiar en nuestro trabajo y abrimos las puertas de uno de los escenarios de trabajo más memorables de mi vida.

YES, PATY, MARÍA JOSÉ, GERARDO, ELI Y LIZ

Les doy las gracias primero como equipo de trabajo, porque el resultado de mi trabajo es producto también de su trabajo.. Y también, les agradezco como compañeros y amigos que fueron durante estos dos años. Por las risas, los buenos ratos, las complicidades, las discusiones, los enojos y hasta los desacuerdos que compartimos: ¡Gracias por todo!

ALE, BLANQUITA, EDGAR, LALO, BRENDA Y CARLOS

Ustedes que también fueron amigos y compañeros durante todo este tiempo: ¡Gracias!

Ale: Por fortuna pude compartir esta etapa un ratito más contigo. En ti encontré un hombrito para llorar, abrazos de ánimo y palabras que en su momento también me ayudaron a continuar, pero sobre todo encontré una amistad muy bonita y sincera. Espero que estés presente en mi vida mucho rato más.

Carlitos: Gracias por esa amistad tan sincera que me diste; por tu apoyo y por todas las cosas que me permitiste aprender de ti, especialmente el compromiso y la determinación.

PAOLA

Una de las cosas que más agradezco de este proyecto, es haberte conocido. Gracias por ser tan Paola y enseñarme a soltar y sonreírle hasta a los peores momentos.

ADRIÁN

Nunca imaginé que la vida me iba a regalar un mejor amigo tan sincero y leal como tú. Gracias por todo tu apoyo, por siempre intentar hacerme reír, por no dejarme sola cuando necesité un amigo, por compartir tantos años de muchas cosas; por simplemente estar todo este tiempo y ser el mejor.

GISE

A ti que has sido mi amiga a pesar del tiempo y la distancia, te agradezco por quedarte en mi vida y ser esa persona que me inspira confianza y me apoya en cada paso; por tus palabras, tus consejos y siempre tenerme presente. Te quiero mucho, amiga.

FRANK

Si hay algo que agradezco de mi estancia en FESZ, es haberte conocido. Por tu sinceridad que más de una vez me hizo levantarme y seguir adelante, por tu apoyo y tu confianza en mí: ¡Gracias!

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO 1. SISTEMA CARDIOVASCULAR Y CARDIOPATÍA VALVULAR	10
1.1. VALVULOPATÍAS.	12
1.2. CARDIOPATÍA REUMÁTICA EN FASE CRÓNICA DE VALVULOPATÍA.	14
1.2.1. ESTENOSIS VALVULAR MITRAL.	16
1.2.2. INSUFICIENCIA MITRAL.	17
1.2.3. ESTENOSIS VALVULAR AÓRTICA.	18
1.2.4. INSUFICIENCIA VALVULAR AÓRTICA.	19
1.2.5. ESTENOSIS TRICUSPÍDEA.....	20
1.2.6. INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA.	20
1.3. LESIONES VALVULARES FRECUENTES EN MEDICINA GERIÁTRICA.....	21
1.3.1. ESTENOSIS AÓRTICA DEGENERATIVA.....	21
1.3.2. INSUFICIENCIA MITRAL.	22
1.3.3. OTRAS LESIONES VALVULARES.....	24
1.4. PREVALENCIA DE LAS VALVULOPATÍAS.....	25
CAPÍTULO 2. FACTORES PSICOSOCIALES IMPLICADOS EN EL DESARROLLO DE LA CARDIOPATÍA VALVULAR	30
2.1. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA VALVULAR.....	32
2.2. PERCEPCIÓN DE RIESGO DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA VALVULAR.....	39
2.3. CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA VALVULAR.....	48
CAPÍTULO 3. PROGRAMA DE PREPARACIÓN PSICOLÓGICA.....	53
3.1. TÉCNICAS DE RELAJACIÓN.....	58
3.1.1. RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA (RD).....	59
3.1.2. IMAGINERÍA GUIADA.	64
3.2 TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS (SP).	66
3.3 PSICOEDUCACIÓN.....	70
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	74
JUSTIFICACIÓN	75
HIPÓTESIS.....	76
OBJETIVOS.	76
DEFINICIÓN DE VARIABLES.	78
MÉTODO.....	81
DISEÑO.	81
ESCENARIO.....	81
PARTICIPANTES.....	81
MATERIALES E INSTRUMENTOS.	82

PROCEDIMIENTO.....	82
ANÁLISIS DE DATOS.	85
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	85
RESULTADOS.....	86
DISCUSIÓN	127
CONCLUSIONES.....	136
REFERENCIAS	139
ANEXOS	149
ANEXO 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL IMSS.	149
ANEXO 2. FICHA DE DATOS GENERALES.	150
ANEXO 3. CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS)..	151
ANEXO 4. CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DE RIESGO DE LA ENFERMEDAD (IPQ-R).....	152
ANEXO 5. CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE "SU ENFERMEDAD" (CE).	153
ANEXO 6. TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS (SP).	154
ANEXO 7. TÉCNICA DE IMAGINERÍA GUIADA.....	155

RESUMEN

Modificación de factores psicosociales en pacientes con cardiopatía valvular. La cardiopatía valvular encabeza la lista de causas de mortalidad, ocupando el segundo lugar de frecuencia entre las patologías cardiovasculares. Las representaciones cognitivas y emocionales de la enfermedad, determinan el comportamiento del individuo para hacerle frente a su enfermedad. Las intervenciones de terapia breve bajo un enfoque cognitivo-conductuales han resultado ser muy efectivas para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud y reducir la frecuencia de los subsiguientes acontecimientos cardiopáticos.

Objetivo: Determinar la efectividad de un Programa de Preparación Psicológica para Procedimientos Invasivos en Cirugía Cardíaca (PPPPICC), para producir cambios en el conocimiento de la enfermedad, la percepción de riesgo y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud ocho meses después de la cirugía en pacientes con valvulopatía cardíaca. **Método:** estudio de tipo transversal de medidas repetidas cuasi-experimental pre-postest con grupo control. **Muestra:** intencional no probabilística de 19 pacientes con valvulopatía candidatos a cirugía cardíaca. **Instrumentos:** Cuestionario de Conocimiento sobre “su enfermedad”; Cuestionario de Percepción de la Enfermedad (IPQ-R); Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud. **Procedimiento:** la investigación constó de dos fases: I. Evaluación psicológica: 3 sesiones de 30 minutos: la sesión 1 se realizó al primer contacto con el paciente antes de la cirugía, la sesión 2 se realizó una semana después de la cirugía en el área de hospitalización, y la sesión 3 se realizó 8 meses después de la cirugía; II. Aplicación del PPPPICC: se llevó a cabo en 2 sesiones de 1 hora cada una. **Resultados:** Se realizó un análisis de cambio clínico objetivo en donde se encontraron mejorías clínicas en todos los pacientes de ambos grupos, siendo mayores y más perdurables en el grupo experimental. No se reportaron cambios estadísticamente significativos en los análisis inter e intra grupal. **Conclusión:** Esta investigación proporciona datos importantes que sugieren la implementación de intervenciones psicológicas que se enfoquen a modificar la percepción y el conocimiento de la enfermedad y mejorar la CVRS de este tipo de población clínica.

Palabras clave: cardiopatía valvular, factores psicosociales, calidad de vida relacionada con la salud, programa de preparación psicológica.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Más del 80% de estas muertes se producen en países con ingresos bajos y medios (OMS, 2017). Dentro de las ECV se encuentran la cardiopatía isquémica, las enfermedades cerebro vasculares, las arteriopatías periféricas, la cardiopatía reumática o valvular, las cardiopatías congénitas y las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares.

En México, durante el 2015 se registraron más de 128 mil muertes por causa de una enfermedad cardiovascular (INEGI, 2015). De las enfermedades del corazón, la cardiopatía valvular encabeza la lista de causas de mortalidad con 9,011 defunciones, lo que equivale al 7% de todos los fallecimientos de las muertes del corazón, ocupando el segundo lugar de frecuencia entre las patologías cardiovasculares (Bustamante, Posada, Escobar, Crispín, Restrepo y Giraldo, 2008).

De acuerdo con la OMS (2017), la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no únicamente la ausencia de la enfermedad; valorando más allá de los factores biológicos y tomando en cuenta los estados objetivos y subjetivos de la salud. Por esto mismo y por la alta incidencia de las enfermedades cardiovasculares en la población mexicana se cree necesario abordar el tema desde una perspectiva psicosocial, tomando en cuenta los factores de riesgo no modificables, modificables y psicosociales que llevan a los individuos a enfermarse del corazón, previniendo la aparición de estos y potenciando los factores protectores que a su vez les permitan tener una adherencia al tratamiento de su enfermedad, dotándolos de conocimiento y asegurando el entendimiento adecuado de la complejidad del tratamiento, evitando el deterioro cognitivo, así como la depresión, o la comunicación poco efectiva o inadecuada a las

características del paciente (Silvera, Muñiz, Chamorro, Icasuriaga, 2011; Van der Wal, Jaarsma, Moser, Veeger, Van Gilst, Van Veldhuisen, 2006).

La Medicina Conductual es el campo interdisciplinario interesado en la integración de las ciencias biomédicas y del comportamiento (Schwartz y Weiss, 1978; citado en Villegas, 2012). En una conferencia llevada a cabo en Yale en 1977, la medicina conductual se definió como “el campo interdisciplinario referido al desarrollo e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas y de la conducta, relevantes para la salud y la enfermedad, y la aplicación de esos conocimientos y técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación” (Matarazzo, 1987; citado en Figueroa, Domínguez, Ramos y Alcocer, 2009). Desde comienzos del siglo XX, se ha implementado la psicología en el área de la salud, sin embargo eran muy pocos los psicólogos que se dedicaban a investigar los problemas relacionados con la medicina, particularmente, los trastornos cardiovasculares. La cardiología conductual surge como una extensión de la medicina conductual (Figueroa et al., 2009). Esta se preocupa por atender los factores psicológicos (como la ira-hostilidad, el estrés o la depresión, entre otros), las técnicas para modificarlos (como el manejo del estrés, la retroalimentación y otros más), además de evaluar e intervenir en el estilo de vida de las personas (Pickering, Phil, Clemow, Davidson y Gerin, 2003). Figueroa y Ramos (2004) mencionan al respecto que, la cardiología conductual es un punto de vista alternativo respecto a las enfermedades cardiaco-coronarias y el riesgo cardiovascular, pues pueden llegar a ser evitadas si se tiene la prevención pertinente. De acuerdo con esto, las causas de la enfermedad cardíaca no se encuentran únicamente en el corazón, sino que también son producto del estilo de vida y de los efectos de los factores psicosociales y la manera en que se afrontan.

Así, la cardiología conductual es un campo que surge de la práctica clínica basada en el reconocimiento de las conductas patógenas del estilo de vida, los factores emocionales y el estrés crónico, que pueden fomentar o agudizar la hipertensión, la aterosclerosis y los eventos cardíacos adversos. Sin embargo, en la actualidad siguen siendo pocos los protocolos de intervenciones psicosociales a largo plazo; y sigue siendo un gran problema la falta de adherencia de los pacientes a las intervenciones farmacológicas y psicológicas (Figuroa y Ramos, 2006).

Por otro lado, las representaciones cognitivas y emocionales de la enfermedad, o percepción de la enfermedad, determinan el comportamiento del individuo para hacerle frente a su enfermedad (Leventhal, Nerenz y Steele, 1984). Las intervenciones cognitivo-conductuales han resultado ser muy efectivas para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud y reducir la frecuencia de los subsiguientes acontecimientos cardiopáticos. Estas intervenciones han sido benéficas en la mejora de resultados cardíacos y contribuyen a una mejor adherencia al tratamiento (Graves y Miller, 2003; citado en Fernández, Martín y Domínguez, 2003). Además, existe evidencia creciente de que la modificación del estilo de vida (como hacer ejercicio) y los esfuerzos que se hacen para prevenir el riesgo cardiovascular para incorporar las intervenciones psicosociales, pueden ser efectivos para mejorar los desenlaces entre los pacientes con enfermedad cardíaca (Figuroa y Ramos, 2006; Figuroa et al., 2009).

Es evidente la necesidad de investigaciones prospectivas para determinar formas específicas de las intervenciones cognitivo-conductuales para los pacientes con ECV, además de la necesaria colaboración con otros especialistas para reducir los niveles de estrés psicológico de una manera práctica y costo/efectiva. Desde 1998, Smith y Gerin hicieron evidente la relación que tienen los factores de riesgo psicosociales con los mecanismos psicofisiológicos plausibles

que cumplen un rol de medición en el proceso psicosomático, sugiriendo desde entonces que los estudios futuros incorporen la medición de los factores de riesgo, los mecanismos psicofisiológicos y los desenlaces en los trastornos cardiovasculares.

Gracias al trabajo de la cardiología conductual, el ámbito médico y el panorama cardiovascular, se está comenzando a reconocer que los factores psicosociales juegan un papel importante en el desarrollo de la enfermedad cardíaca y que, al evaluarlos, se podría trabajar junto con los expertos del comportamiento para mejorar el estado de salud de las personas que padecen una ECV.

Por lo tanto, el objetivo de la presente investigación fue determinar la efectividad de un Programa de Preparación Psicológica para Procedimientos Invasivos en Cirugía Cardíaca para producir cambios en el conocimiento de la enfermedad, la percepción de riesgo y la calidad de vida relacionada con la salud ocho meses después de la cirugía en pacientes con valvulopatía cardíaca.

A lo largo de este trabajo se hablará sobre la enfermedad cardiovalvular y los factores psicosociales que influyen en la etiología y control de la misma.

Cabe mencionar que la presente investigación se desarrolló dentro del **Proyecto PAPIIT IN-304717**, titulado **“Programa de preparación psicológica para procedimientos invasivos en cirugía cardíaca de alto riesgo”**.

CAPÍTULO 1. SISTEMA CARDIOVASCULAR Y CARDIOPATÍA VALVULAR

El corazón es la bomba muscular que proporciona la energía necesaria para impulsar la sangre a los vasos para llevarla hacia órganos, tejidos y células del organismo. Tiene una forma cónica, se le localiza en el mediastino (masa de tejido que se extiende desde el esternón hasta la columna vertebral) y a ambos lados de él se encuentran los pulmones. Descansa por encima del diafragma, músculo que separa las cavidades torácica y abdominal, y dos terceras partes de él se encuentran a la izquierda de la línea media del cuerpo. Su tamaño y su peso que oscila entre 200 y 300 gramos, es proporcional a la edad y sexo de la persona. Late de 100 mil a 200 mil veces cada día y bombea de 8 mil a 13 mil litros de sangre diarios (Ballesteros, 2009; Tortora y Derrickson, 2006).

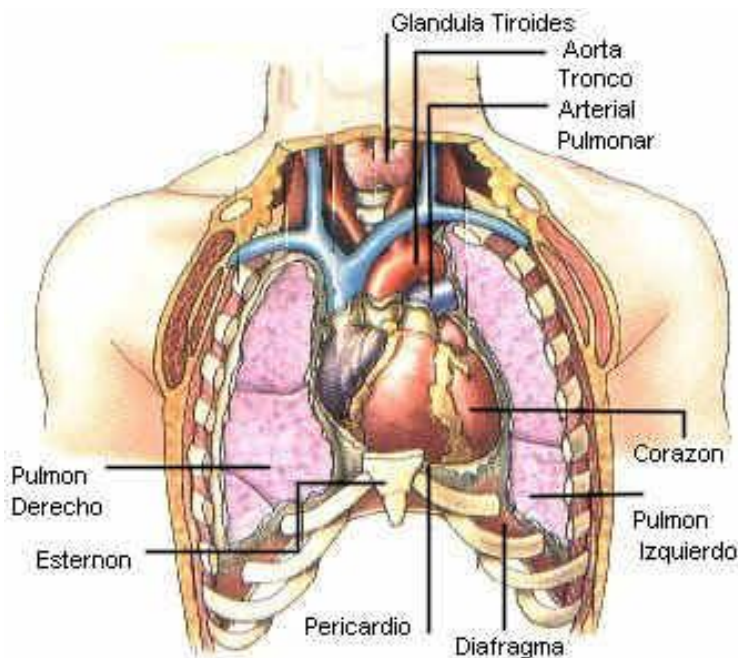


Figura 1. Sistema cardiovascular (Bembibre, 2011).

El corazón es el órgano encargado de transportar la sangre a los distintos tejidos del organismo. Además, facilita la liberación de oxígeno hacia los capilares por medio del intercambio gaseoso, defiende al organismo de infecciones y mantiene su homeostasis mediante la estabilización de la temperatura y el pH (Santos, 2006).

Asimismo, el corazón se compone de cuatro válvulas las cuales evitan el retroceso del flujo de la sangre. Estas últimas son aletas (valvas) que actúan como entradas de sangre a una sola vía de un lado del ventrículo, y como salidas de sangre de una sola vía del otro lado del ventrículo. Normalmente, las válvulas tienen tres valvas, excepto la válvula mitral, que sólo tiene dos (Enfermedades de la válvula cardíaca, 2014).

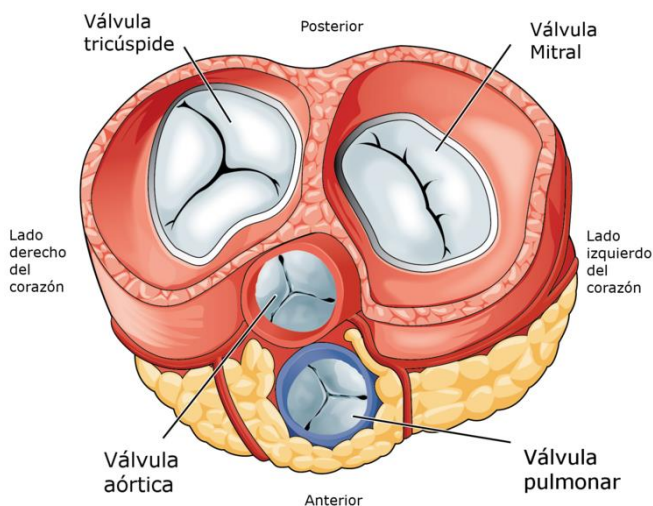


Figura 2. Válvulas del corazón desde una vista coronal (OpenStax College, 2013).

Las válvulas que controlan el flujo del corazón son cuatro (Texas Heart Institute, 2016):

- ❖ La válvula tricúspide: controla el flujo sanguíneo entre la aurícula derecha y el ventrículo derecho.

- ❖ La válvula pulmonar: controla el flujo sanguíneo del ventrículo derecho a las arterias pulmonares, las cuales transportan la sangre a los pulmones para oxigenarla.
- ❖ La válvula mitral: permite que la sangre rica en oxígeno proveniente de los pulmones pase de la aurícula izquierda al ventrículo izquierdo.
- ❖ La válvula aórtica: permite que la sangre rica en oxígeno pase del ventrículo izquierdo a la aorta, la arteria más grande del cuerpo, la cual transporta la sangre al resto del organismo.

El sistema del corazón es tan complejo como vulnerable, y puede verse afectado severamente por ciertas conductas, como fumar, comer una dieta poco saludable o someter al cuerpo a grandes cantidades de estrés, incluso por una reacción inmunológica o una malformación congénita. Cual sea el caso, cuando las funciones del corazón se ponen en peligro, esto se conoce como enfermedad cardiovascular (World Heart Federation, 2016).

1.1. VALVULOPATÍAS.

Las válvulas cardíacas evitan que la sangre fluya en dirección equivocada a través del corazón (hacia atrás). Si las válvulas no funcionan adecuadamente, el corazón tiene que trabajar con más fuerza para mantener una cantidad de sangre suficiente en la dirección correcta. Esta carga adicional a veces es excesiva y aparece la insuficiencia cardíaca (Texas Heart Institute, 2016). Existen enfermedades o condiciones que pueden afectar con severidad al cuerpo humano. La fiebre reumática, por ejemplo, es una enfermedad inflamatoria sistémica, altamente cardiotropa. El órgano de choque clave es el corazón. Por ello puede ser causa de muerte en su etapa aguda, o de invalidez y muerte tardía en la etapa crónica, debido a cardiovalvulopatía residual. Es la causa principal de las enfermedades cardíacas en la primera mitad de la vida, pudiendo afirmarse que entre los 10 y los 30 años de edad, nueve de cada 10 cardiopatas son reumáticos. Sin embargo,

ha habido un notable descenso en su incidencia a partir del uso de los antibióticos. Este descenso se ha observado igualmente en países de alto desarrollo socioeconómico. Pero como quiera que sea, es una enfermedad cuya morbimortalidad sigue siendo un grave problema de salud pública y fuente de enormes costos (Chávez y Vargas, 1993).

Etiopatogenia. Al respecto de la Fiebre Reumática se sabe que hay relación entre la infección faríngea por estreptococo beta-hemolítico grupo A y la enfermedad. Así, el daño cardíaco reumático, dentro de la clasificación de las cardiopatías, es adquirido y de tipo inflamatorio, pero no por infección, sino probablemente por reacción inmunológica.

Expresión clínica. El endocardio se daña particularmente a nivel valvular, donde las valvas se engruesan y producen valvulitis con la característica “verruca”, que daña primero la válvula mitral, después la aórtica, luego la tricúspide y excepcionalmente la pulmonar; esta “verruca” es colágena, degenerada con excrescencias en la superficie valvular.

Diagnóstico clínico y evolución natural del padecimiento (Chávez y Vargas, 1993).

- ❖ *Fase primo-infección.* La infección reumática del estreptococo hemolítico debe ser en la mayoría de los casos de origen nasofaríngeo. Se considera que la reacción que aquí se inicia, puede bloquearse cuando se usan bactericidas en los primeros nueve días después de iniciada la infección.
- ❖ *Fase de incubación.* El afectado, ante este estímulo, gesta el proceso inmunitario entre una a cuatro semanas (promedio de 20 días). Clínicamente, esta es una fase asintomática.

- ❖ *Fase primo-activación.* El promedio de la edad de aparición de esta fase está entre los 9 y los 12 años de edad. Las manifestaciones mayores pueden ser la pericarditis, eritema marginado, corea, artritis y nódulos subcutáneos.
- ❖ *Fase de inactividad crónica y de cardiopatía residual.* El futuro del enfermo dependerá del daño miocárdico-endocárdico producido y de la presencia o ausencia de reactivaciones o recaídas de la fiebre reumática.

Lo común es que el daño valvular progrese paulatinamente y se genere con él un trastorno hemodinámico cardíaco que lleva a una vida restringida por síntomas, con complicaciones intercurrentes y muerte prematura, pese a los avances logrados por la cirugía en la comisurotomía mitral y la colocación de prótesis valvulares. La cirugía puede modificar en los afectados su calidad y su cantidad de vida.

En el tratamiento recomendado se encuentra el uso de bactericidas o antibióticos que supriman el agente. Además, se recomienda una terapia que ayude al control de las posibles complicaciones, como insuficiencia cardíaca, arritmias, etc., así como reposo, alimentación adecuada y hospitalización.

1.2. CARDIOPATÍA REUMÁTICA EN FASE CRÓNICA DE VALVULOPATÍA.

De acuerdo con Rodríguez (2000), circa del 80% de los pacientes que sufrieron primo-activación reumática se ven afectados por el desarrollo de lesiones valvulares orgánicas. La válvula mitral es la que se afecta en el 100% de los casos.

En 50% de los pacientes con cardiopatía reumática en fase crónica de valvulopatía, la lesión valvular mitral se asocia con lesiones aórticas y/o tricuspídeas; en la mitad restante la lesión valvular mitral es aislada. El tipo de lesión mitral existente va a depender de la fase evolutiva.

En niños y adolescentes predomina la insuficiencia valvular, y en adultos es más común la estenosis. Este hecho tiene que ver con el tiempo de evolución de la lesión reumática, lo que permite el desarrollo de fibrosis valvular, la fusión de sus comisuras, la retracción y acortamiento del aparato de sostén valvular mitral, e incluso la calcificación de todo el aparato valvular.

La cardiopatía reumática es la segunda en frecuencia; se observa en cerca de 28 a 29% de los casos. En adultos, conforme avanza su edad, se incrementa la presencia de estenosis valvular.

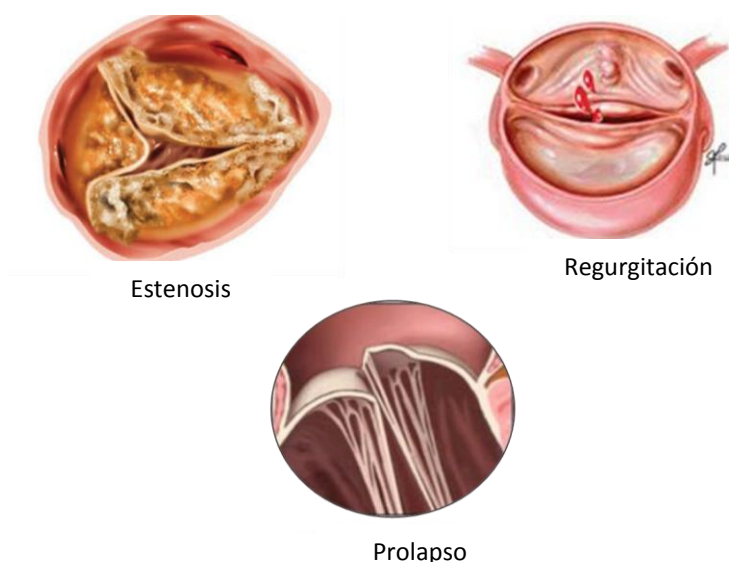


Figura 3. Valvulopatías cardíacas (Healthy valves and Diseased Valves, 2018).

En cuanto a la valvulopatía tricuspídea (Rodríguez, 2000), ésta siempre acompaña a otras lesiones mitrales y aórticas. Se ha encontrado que cerca del 25% de los pacientes con cardiopatía reumática, y en la gran mayoría, la lesión es de tipo insuficiencia valvular funcional (dilatación del anillo). En adultos es frecuente que la lesión tricuspídea sea orgánica y funcional; además en

un buen porcentaje de sujetos, se acompaña de un componente estenótico (doble lesión tricuspídea).

La prevalencia de la afección reumática de la válvula pulmonar es nula y de hecho, la única lesión valvular pulmonar observada en pacientes con cardiopatía reumática, es la insuficiencia pulmonar de tipo funcional, generalmente presente en pacientes con hipertensión arterial pulmonar y dilatación de su anillo valvular (soplo de Graham Steel).

Para la exploración física y diagnóstico médico del daño valvular se utilizan técnicas de imagen como la radiología, la electrocardiografía, la fonocardiografía, la ecocardiografía, el cateterismo cardíaco.

Según el Programa de pacientes para procedimientos médicos invasivos y quirúrgicos del Doctor Rodríguez (2000), las enfermedades valvulares se clasifican de acuerdo al tipo de enfermedad y la válvula afectada. A continuación, se describirán estas clasificaciones dadas por este autor.

1.2.1. ESTENOSIS VALVULAR MITRAL.

El desarrollo de la estenosis mitral puede ser consecuencia de la fusión de comisuras valvulares, o bien, por fibrosis de las partes laterales de las válvulas a nivel del sitio en que las cuerdas tendinosas se insertan en ellas.

En condiciones normales, el área diastólica de la válvula mitral es de 4 a 5 centímetros cuadrados. En la estenosis mitral, la válvula se abre en forma incompleta y el área diastólica se reduce. Esto provoca que la presión en la aurícula izquierda sea mayor a la normal, y el tiempo en el que se vacía dicha cavidad esté prolongado.

Cuadro clínico. Los síntomas característicos de la estenosis mitral, pueden ser disnea, hemoptisis, tos, astenia o fatiga, palpitaciones, y síntomas que dependen también de las complicaciones secundarias de la valvulopatía como la embolia por trombosis, calcificación de la válvula mitral, hipertensión arterial pulmonar e insuficiencia cardíaca.

Tratamiento médico. En pacientes asintomáticos, las medidas están encausadas a limitar el daño establecido y evitar la aparición de otras lesiones, complementándose con indicaciones precisas sobre cómo llevar una dieta hiposódica y evitar esfuerzos físicos intensos.

Tratamiento quirúrgico. El objetivo de la cirugía es disminuir o suprimir la estrechez valvular. Hay tres tipos de cirugías posibles: 1) comisurotomía cerrada, 2) comisurotomía abierta y, 3) reemplazo valvular.

1.2.2. INSUFICIENCIA MITRAL.

Cuando hay insuficiencia mitral, la válvula no cierra completamente, por lo que una porción de sangre regurgita hacia la aurícula izquierda, con lo que se reduce el volumen que se expulsa hacia la aorta y se le agrega a la aurícula izquierda produciendo una sobrecarga de volumen. Esta sobrecarga auricular es intermitente, a diferencia de la estenosis mitral que es continua.

Cuadro clínico. La sintomatología de la insuficiencia mitral reumática es muy variable. El paciente puede tolerar la lesión valvular y permanecer asintomático, o puede haber insuficiencia cardíaca izquierda cuando la regurgitación es grave.

Tratamiento médico. Cuando es grave la insuficiencia mitral, el tratamiento médico incluye todas las medidas empleadas habitualmente para tratar la insuficiencia cardíaca.

Tratamiento quirúrgico. Reemplazo valvular por una prótesis.

Otras insuficiencias mitrales de etiología no reumática. Las principales causas de insuficiencia mitral pueden ser: 1) lesiones de las valvas, por pérdida de la integridad de las valvas, desarrollo embrional anormal, alteraciones del tejido conectivo; 2) lesiones del anillo mitral, por calcificación, destrucción anular, dilatación del anillo fibroso; 3) lesiones de las cuerdas tendinosas, por rotura, elongación de cuerda tendinosa, inserción anormal de cuerda tendinosa; 4) lesiones de los músculos principales, por disfunción o rotura del músculo papilar, desalineación de músculo papilar, o anomalías congénitas en su desarrollo.

Prolapso valvular mitral. En esta anomalía, el componente esponjoso de la válvula prolifera y aumenta la cantidad de ácido mucopolisacárido. El prolapso afecta principalmente a mujeres, y su prevalencia se observa con mayor frecuencia en adulto jóvenes. El tratamiento del paciente, cuando la regurgitación mitral es grave, consistirá en el reemplazo valvular por una prótesis.

Insuficiencia mitral aguda. Esta afectación se debe principalmente a la rotura de cuerdas tendinosas, o disfunción o rotura de algún músculo papilar. Los síntomas tienen que ver con el aumento de la presión venocapilar pulmonar, ocasionando en el paciente, disnea grave o incluso un edema agudo pulmonar. El tratamiento de la insuficiencia mitral aguda es inicialmente paliativo; en condiciones clínicas graves, se debe reemplazar la válvula por una prótesis.

1.2.3. ESTENOSIS VALVULAR AÓRTICA.

En esta lesión, la principal alteración hemodinámica es la sobrecarga de presión que se impone al ventrículo izquierdo. El área sistólica normal es de 2.5 a 3.3 centímetros cuadrados. Para que una obstrucción valvular tenga significado hemodinámico, la disminución del área debe ser del 60 al 70%, al menos debe reducirse 1 centímetro cuadrado.

Cuadro clínico. Esta enfermedad se caracteriza por un largo periodo en el que no hay síntomas, la obstrucción valvular se incrementa gradualmente. Es común que después de los 40 años de edad aparezcan síntomas más significativos, como la angina de pecho, síncope e insuficiencia cardíaca.

Tratamiento. En los pacientes con estenosis aórtica ligera está indicada la vigilancia periódica. El sujeto con estenosis aórtica grave se debe indicar el reemplazo valvular por una prótesis.

1.2.4. INSUFICIENCIA VALVULAR AÓRTICA.

Consiste en la imposibilidad de la válvula aórtica para cerrarse completamente durante la diástole. Esta falta de coaptación permite que parte del flujo sanguíneo que se expulsó del ventrículo izquierdo, regurgite procedente de la aorta.

La inadecuación de las valvas aórticas puede ocurrir por lesiones orgánicas (cuando se dañan directamente las valvas), ser de tipo funcional (por dilatación del anillo valvular aórtico), o puede ser congénita o adquirida.

En los primeros años de evolución de la valvulopatía, el ventrículo izquierdo tiene una sobrecarga de volumen que dilata su cavidad sin que haya un aumento de presión, por lo que el vaciamiento de la aurícula izquierda hacia el ventrículo, se efectúa con normalidad.

Cuadro clínico. Los síntomas significativos en el paciente son angina de pecho, síncope e insuficiencia cardíaca.

Tratamiento. El paciente con insuficiencia aórtica crónica, asintomático y con función ventricular izquierda normal, debe ser valorado cada seis meses. Su tratamiento quirúrgico se

indicará ante la aparición del primer síntoma de insuficiencia cardíaca aun estando en reposo, o incremento de la silueta cardíaca.

1.2.5. ESTENOSIS TRICUSPÍDEA.

Durante un ataque de fiebre reumática, los cambios que sufren las valvas tricuspídeas son similares a los que afectan la válvula mitral. Se forman pequeños nódulos traslúcidos a lo largo de la línea de cierre valvular, y posteriormente las valvas pueden fusionarse entre sí.

El estrechamiento de la válvula tricúspide, dificulta el paso de la sangre en la diástole de la aurícula derecha al ventrículo derecho, por lo cual la presión en la aurícula derecha se incrementa y el tiempo de vaciamiento auricular se alarga.

Cuadro clínico. El síntoma principal es la disnea de esfuerzo.

Tratamiento médico. Se incluyen las medidas que tienden a disminuir la hipertensión venosa sistemática.

Tratamiento quirúrgico. Se debe reemplazar la válvula por una prótesis.

1.2.6. INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA.

Durante la sístole, las valvas tricuspídeas no coaptan plenamente y una porción de sangre ventricular regurgita hacia la aurícula derecha. Se debe generalmente a la lesión reumática.

Cuadro clínico. Los síntomas que presenta el paciente son generalmente causados por las lesiones de las válvulas mitral y aórtica.

Tratamiento médico. La medicación debe ir encaminada a disminuir las cifras de presión del circuito pulmonar.

Tratamiento quirúrgico. Cuando la insuficiencia tricuspídea es grave, se debe corregir quirúrgicamente a través de una plastia valvular o un remplazo de válvula por una prótesis.

1.3. LESIONES VALVULARES FRECUENTES EN MEDICINA GERIÁTRICA.

Gracias a la mejora de la prevención de la cardiopatía reumática y el fenómeno de transición demográfica, la cirugía valvular en ancianos está cobrando importancia. En este apartado, se revisarán las lesiones valvulares relevantes para la medicina geriátrica.

1.3.1. ESTENOSIS AÓRTICA DEGENERATIVA.

Es la valvulopatía más frecuente en la senectud. Se trata de una enfermedad progresiva de carácter degenerativo. En las primeras etapas este proceso no produce estenosis significativa y se denomina ‘esclerosis valvular’. Característicamente, tanto en esta fase como en la de estenosis, no hay fusión comisural. En la forma más avanzada puede haber cierto grado de fusión de las comisuras. La estenosis condiciona una hipertrofia ventricular izquierda destinada a mantener el gasto cardíaco; el aumento de masa facilita la isquemia subendocárdica y la rigidez ventricular con la consiguiente disfunción diastólica. A medida que la lesión progresa, se desarrolla una disfunción sistólica. Todas estas modificaciones son las responsables de la sintomatología.

Cuadro clínico. Los síntomas suelen apreciarse después de los 70 años y estos pueden ser los síntomas clásicos como el dolor torácico, síncope e insuficiencia cardíaca.

Tratamiento médico. Los fármacos únicamente aliviarán los síntomas clínicos.

Tratamiento quirúrgico. Según la severidad del caso, se sugiere el remplazo valvular.

Según el Helsinki Ageing Study (1999; citado en Alonso y Manzarbeitia, 2006) el 53% de los mayores de 75 años sufren calcificaciones valvulares, y un 5% estenosis severa. En el Cardiovascular Health Study (1989-1999; citado en Alonso y Manzarbeitia, 2006), el 38% tenía

algún tipo de alteración valvular aórtica con un 3% de estenosis; estas cifras crecían hasta el 52% y 4% respectivamente en mayores de 85 años. La mortalidad difiere en los diferentes estudios, pero una vez aparecidos los síntomas se sitúa entre el 50% y 75% a los dos y tres años respectivamente. Es conocido que comparten factores de riesgo con la cardiopatía isquémica, al menos el 50% de estos pacientes tienen estenosis coronarias significativas. Se desconoce la causa, pero es menos frecuente en hombres de raza negra. Menos del 10% de las estenosis aórticas son de origen reumático o por degeneración de válvula bicúspide; en estos casos la sintomatología clínica, en general, ha aparecido entre la cuarta y sexta década de la vida.

1.3.2. INSUFICIENCIA MITRAL.

Se trata de un proceso degenerativo, similar a la estenosis aórtica degenerativa. La mayoría de los ancianos que la padecen, tienen cierto grado de insuficiencia mitral, sin trascendencia patológica en la mayoría de los casos (Hinchman y Otto, 1999).

El orificio insuficiente permite que parte del volumen ventricular escape anterógradamente en forma directa con la presión sistólica ventricular izquierda. Teóricamente una reducción en resistencias periféricas disminuiría el reflujo mitral. La dilatación auricular facilita la aparición de fibrilación auricular y fenómenos tromboembólicos asociados. El incremento de presiones auriculares provoca dilatación de dichas cámaras con la consiguiente dificultad para mantener ritmo sinusal y asentar en ellas fenómenos trombóticos (Alonso y Manzarbeitia, 2006).

La calcificación del anillo es un proceso similar al de la estenosis aórtica degenerativa en su origen, y comparte su etiología con ella como en la hipertensión, la diabetes e hiperlipidemia. En mujeres es más nociva, o al menos se presenta con mayor incidencia a eventos vasculares graves como fibrilación auricular, defectos de conducción aurículoventricular, ictus tromboembólicos e infarto de miocardio. En cuanto a su relación con la edad, su incidencia es del 10% en menores

de 60 años, ascendiendo a casi el 50% en mayores de 90 años. Es casi cuatro veces más frecuente en mujeres ancianas que en varones. En estadios iniciales y moderados el depósito de calcio subvalvular, generalmente posterior, no distorsiona la anatomía de la zona. En estadios más avanzados, el depósito inmoviliza hasta 2/3 del velo; en ciertas ocasiones, la inmovilidad de la zona también produce estenosis (Carabello y Crawford, 1997).

La degeneración mixoide es una patología frecuente en la que la matriz normal se transforma en un material laxo con metacromía a la tinción asociada a factores genéticos y de envejecimiento. Su incidencia se incrementa con la edad, siendo más frecuente en pacientes de 75 a 89 años. Los factores más característicos son la predisposición a endocarditis infecciosa y ruptura de cuerdas tendinosas. La afectación de las valvas posteriores es más frecuente y grave. La protrusión de la valva en la aurícula en sístole es la causa de la insuficiencia valvular, pudiendo causar insuficiencia cardíaca; las cuerdas tendinosas, adelgazadas, pueden romperse espontáneamente (Alonso y Manzarbeitia, 2006).

El prolapso mitral se ve en el 6% al 8% de los ancianos. Afecta a las valvas y cuerdas tendinosas, existiendo otra forma producida por afectación papilar de la porción inferoposterior del ventrículo izquierdo (Alonso y Manzarbeitia, 2006).

Cuadro clínico. Se presenta congestión pulmonar, astenia, arritmias y fenómenos tromboembólicos. En la exploración del diagnóstico, se presenta un soplo pansistólico, más intenso en ápex, irradiado a axila, y relacionado en su intensidad con la gravedad de la insuficiencia valvular. En casos de depósitos cálcicos muy protruyentes puede producirse un soplo diastólico de estenosis mitral. La palpación torácica demuestra un desplazamiento lateral del impulso apical.

Tratamiento médico. Debe haber un control evolutivo, además de profilaxis antibiótica contra endocarditis en casos de procedimientos de riesgo. Se sugieren fármacos que disminuyan la congestión pulmonar (Bonow, Carabello, Leon, Edmus, Federly, Freed, et al., 1998).

Tratamiento quirúrgico. Las indicaciones en los pacientes mayores de 75 años no son tan claras como en la estenosis aórtica, pues la mortalidad quirúrgica puede ser elevada (50%). Si la causa precisa un recambio valvular, la mortalidad es mayor. Las válvulas indicadas son mecánicas, lo que requiere de anticoagulantes orales. Si se puede realizar, la reparación valvular tiene menor mortalidad quirúrgica y mayor supervivencia a los tres años (Gómez-Durán, 2004).

1.3.3. OTRAS LESIONES VALVULARES.

Insuficiencia aórtica. Puede verse hasta en un 30% de los ancianos. Si la lesión es sintomática, el tratamiento es el mismo que para insuficiencia cardíaca. La cirugía se indica con menos frecuencia y los resultados no son tan favorables como en la estenosis. Debe evaluarse la etiología de la lesión, presentación y severidad. Generalmente, se produce por disección aórtica o endocarditis. En ocasiones, se acompaña de dolor torácico transfixiante, en esclavina o irradiado a espalda, que se debe a la disección vascular. Los síntomas de insuficiencia cardíaca severa y aguda con hipotensión, marcan un cuadro de extrema gravedad que debe tratarse en unidades especiales y con cirugía de implantación valvular. La mortalidad es muy elevada (Hinchman y Otto, 1999; Carabello y Crawford, 1997).

Estenosis mitral. Cuando se llega a presentar esta enfermedad en ancianos, generalmente ya ha sido diagnosticada y tratada apropiadamente. Los pacientes llegan a presentar síntomas de congestión, fibrilación auricular y fenómenos embólicos; son pacientes con hipertensión pulmonar secundaria y mucha congestión derecha. El tratamiento se deriva de los diuréticos para reducir la congestión, antiarrítmicos para controlar la frecuencia ventricular de la fibrilación

auricular y anticoagulantes orales. La cirugía de recambio valvular tiene una mortalidad elevada, puede optarse por una comisurotomía quirúrgica o percutánea cuando la cirugía es descartada (Bonow et al., 1998).

Insuficiencia tricuspídea. Es una lesión generalmente secundaria a hipertensión pulmonar, normalmente por EPOC, pero en caso de ser severa, se puede diagnosticar síndrome carcinoide (Azpitarte, Alonso, García, González, Pare y Tello, 2000).

1.4. PREVALENCIA DE LAS VALVULOPATÍAS.

Las enfermedades valvulares cardíacas (EVC) constituyen un importante grupo de trastornos cardíacos que afectan a un gran número de pacientes. A diferencia de muchas otras enfermedades cardiovasculares, hay una escasez de investigaciones que aborden el diagnóstico y el tratamiento de pacientes con enfermedad valvular (Carabello, Chatterjee, De Leon, et al., 2006; Gómez-Doblas, 2008).

Las EVC se han presentado con cambios importante en las últimas décadas; la continua disminución de la fiebre reumática aguda, gracias a una mejor profilaxis de infecciones estreptocócicas explica la disminución en la incidencia de las enfermedades valvulares reumáticas (Gómez-Doblas, 2008; Tornos, 2006; Soler y Galve, 2000; Vahanian, 2007; Iung, 2009).

En los países en desarrollo, la enfermedad valvular reumática sigue siendo un importante problema de salud pública, afectando principalmente a los adultos jóvenes (Fox, Vassan y Parise, 2003).

De acuerdo con diversos estudios, dentro de la enfermedad valvular degenerativa, los dos casos más frecuentes son la estenosis aórtica y la insuficiencia mitral, mientras que la

insuficiencia aórtica y la estenosis mitral se han convertido en menos comunes (Vahanian et al, 2007; Iung, 2009; Aráoz, Etelvina, Esquivel, Florencia y Ramos, 2009).

Se han encontrado nuevas causas de valvulopatías, incluyendo la afección valvular debido al consumo de determinados fármacos como la ingestión crónica de ergotamina o metirsergida, y las enfermedades valvulares que se asocian a determinados tipos de enfermedad sistémica como el síndrome antifosfolipídico (Tornos, 2006; Vahanian, 2007).

Se conoce la influencia del sexo en la prevalencia y las características de la enfermedad valvular reumática. En el sexo femenino predomina la estenosis mitral reumática (Soler y Galve, 2000; Alonso y Manzarbeitia, 2006). Esta observación es común y se mantiene invariable a pesar del paso de los años. Es también conocido que, cuando la enfermedad reumática aparece en forma de insuficiencia mitral o de afectación valvular aórtica, se equipara la incidencia tanto en hombres como en mujeres (Tornos, 2006; Gómez-Doblas, 2008).

En un estudio realizado por Roberts y Virmani (citado en Aráoz et al., 2009), en el que se analizó la presencia de cuerpos de Aschoff en pacientes con valvulopatía reumática, el porcentaje de mujeres en los casos de valvulopatía mitral fue de 70%, mientras que en los casos de valvulopatía aórtica o mitral y aórtica, el porcentaje de mujeres era del 21% y el 35%, respectivamente. Hasta ahora, no se ha estudiado el porqué de esta afectación selectiva femenina de la valvulitis mitral reumática, y hay pocos datos sobre la prevalencia en otros tipos de enfermedad valvular (Soler y Galve, 2000; citado en Alonso y Manzarbeitia, 2006; Tornos, 2006; Gómez-Doblas, 2008).

En cuanto a la presencia de prolapso mitral, en el 62% de los casos, son mujeres. Por su parte, el sexo masculino se asocia a una mayor progresión hacia la insuficiencia mitral y con necesidad de cirugía (Gómez-Doblas, 2008; Tornos, 2006).

La calcificación del anillo mitral es frecuente en mujeres de edad avanzada y se asocia con el riesgo de eventos cardiovasculares (Tornos, 2006; Fox, Vassan y Parise, 2003). La calcificación del anillo mitral no suele causar disfunciones, puede ser causante de insuficiencia mitral severa e, incluso, estenosis mitral significativa (Tornos, 2006).

Las valvulopatías aórticas congénitas, específicamente en la válvula aórtica bicúspide, el sexo masculino es predominante (Tornos, 2006; Sabet, Edwards, Tazelaar y Daly, 1999).

El Cardiovascular Health Study ha demostrado que el sexo masculino tiene el doble de riesgo de tener afectación valvular aórtica que el sexo femenino. Sin embargo, en edades más avanzadas, en las mujeres, la estenosis aórtica se ve con similar frecuencia en ambos sexos (Jung, Baron, Butchart, Delahave, Gohlke-Barwolf, Levang, et al., 2003).

La calcificación valvular, según varios estudios, se ha manifestado mayormente en varones que en las mujeres (Ortlepp, Schmitz, Mevissen, Weiss, Huster y Dronskowski, 2004).

Tabla 1. Prevalencia de las ECV (Alonso y Manzarbeitía, 2004; Aráoz, Arata, Esquivel, Florencia y Ramos, 2009; elaborado por Méndez, 2018).

Valvulopatía	Prevalencia
Valvulopatía Reumática	Predominante en el sexo femenino por fiebre reumática.
Insuficiencia Mitral	Prevalencia equitativa entre ambos sexos.

Afección Valvular Aórtica	Prevalencia equitativa entre ambos sexos.
Prolapso Mítral	Prevalencia en el sexo femenino.
Insuficiencia Mítral Con Necesidad De Cirugía	Predominante en el sexo masculino.
Calcificación Del Anillo Mítral	Predominante en mujeres de edad avanzada, asociada con el riesgo de sufrir eventos cardiovasculares.
Valvulopatía Congénita Aórtica Bicúspide	Predominante en el sexo masculino.
Estenosis Aórtica	Predominante en el sexo masculino de edad media.
Insuficiencia Aórtica Aislada	Predominante en el sexo masculino.
Estenosis Aórtica Reumática	Predominante en el sexo masculino.
Estenosis Aórtica Congénita	Predominante en el sexo masculino.
Estenosis Aórtica	Prevalencia equitativa entre ambos sexos.
Calcificación Valvular	Predominante en el sexo masculino.

Diversos estudios (Blankstein, Ward, Arnsdorf, Jones, Lou y Pine, 2004; Rankin, Hammill, Ferguson, Glower, O'Brien, De Long, et al., 2006) reportan que las mujeres tienen una mayor mortalidad en la cirugía cardíaca, hecho demostrado, especialmente, en la cirugía coronaria. Dichos estudios han permitido que en las escalas, como el Euro SCORE, considere el sexo femenino como un factor de riesgo.

En la cirugía valvular, existe menos evidencia que analice el riesgo quirúrgico en función del sexo. Las causas que explican la mayor mortalidad en mujeres son poco claras, pues, tanto en la cirugía valvular como en la coronaria, este factor de riesgo asociado al sexo femenino, parece ser independiente de la edad y de la presencia o no de otras comorbilidades (Tornos, 2006).

El diagnóstico de la valvulopatía, actualmente, está dominado por la ecocardiografía, método estándar que sirve para evaluar la estructura y la función valvular, así como la gravedad y pronóstico de una ECV. Además, cada vez se hace más evidente la evaluación integral de las enfermedades, comprobando la coherencia con la evaluación clínica (Vahanian et al., 2007).

De acuerdo con Barrantes (2010) y Archury y cols. (2011), las enfermedades cardiovasculares deterioran las dimensiones físicas, sociales y emocionales de la calidad de vida de las personas que las padecen, debido a que deben adaptarse a cambios en su estilo de vida, la enfermedad y complicaciones.

Los pacientes que requieren de un procedimiento quirúrgico para tratar la valvulopatía cardíaca, pueden experimentar sentimientos de ambivalencia; por un lado, tienen la posibilidad de recuperar la salud, pero al mismo tiempo la cirugía suele ser un evento amenazante que produce comorbilidad emocional (ansiedad, estrés, ira, depresión), miedo a no despertar de la anestesia, dolor, separación familiar y del hogar, entre otros, disminuyendo así su calidad de vida (Figuroa-López, Rocha-Rodríguez, Cigarroa-López y Ramos-Del Río 2016; Beresnevaitė, Benetis, Taylor, Rašinskienė, Stankus y Kinduris, 2016).

CAPÍTULO 2. FACTORES PSICOSOCIALES IMPLICADOS EN EL DESARROLLO DE LA CARDIOPATÍA VALVULAR

Diversos estudios han demostrado que las variables biomédicas modificables tradicionales (tabaquismo, obesidad, dislipidemia, hipertensión, diabetes, etc.) juegan un papel importante en el origen de las enfermedades cardiovasculares, sin embargo, existen también otras investigaciones en donde dichos factores de riesgo no son los únicos responsables de la aparición de estas enfermedades (Reich, De Silva, Lown y Murawski, 1981; citado en Cuartas, Escobar, Loreto, Lemos, Arango y Rogers, 2008).

En una serie de investigaciones se ha encontrado que existen al menos tres tipos de factores de riesgo diferentes para la aparición de las enfermedades cardiovasculares: los inherentes, que no se pueden modificar (por ejemplo, la edad, el sexo, diabetes, antecedentes familiares, etc.), los tradicionales, que son modificables (por ejemplo, colesterol en la sangre, hipertensión arterial, obesidad, sedentarismo y consumo de alcohol y tabaco, etc.), y los emocionales y psicosociales, que también son modificables (por ejemplo, depresión, ansiedad, estrés, etc.), y que, podrían explicar la mitad de las causas de las enfermedades cardiovasculares (Oblitas, 2006).

Yusuf, Hawken, Ounpuu y cols. (2004), realizaron uno de los estudios pioneros en el área de la cardiología conductual, en donde, además de incluir los factores de riesgo cardiovascular tradicionales, se evaluaron factores de riesgo psicosociales en más de 30 mil participantes de más de 50 países. En los resultados se reportó una asociación entre factores de riesgo (tabaquismo, nivel de lípidos, hipertensión, diabetes, obesidad, dieta, actividad física, consumo de alcohol y factores psicosociales) y el infarto al miocardio, y se destacó que la prevención

efectiva necesita una estrategia global que reconozca la importancia de los factores de riesgo (biológico, social y ambiental) de la enfermedad cardiovascular.

Otros estudios, han encontrado que la personalidad tipo A está asociada a las enfermedades cardíacas, tanto como componente de vulnerabilidad como aspecto importante a analizar frente al curso de las mismas. Los mecanismos biológicos incluyen una excesiva liberación de catecolaminas, que median la agregación plaquetaria, la formación de trombos, la producción de arritmias cardíacas y de cambios hemodinámicos de relevancia (incremento e la resistencia vascular periférica, presión sanguínea y/o de la tasa cardíaca). Los cambios biológicos observados en personas con personalidad tipo A pueden producir isquemia, coágulos o arritmias y, por lo tanto, una insuficiencia cardíaca (Roseman et al., 1975; Haynes, Feinleib y Kannel, 1980; citado en Oblitas, 2006). Sin embargo, las investigaciones más se han centrado más en el estudio de éste y otros factores psicosociales, frente a los cuales la evidencia científica sigue brindando información interesante con respecto a su asociación con la enfermedad cardiovascular (Cuartas et al., 2008).

Muchas variables se han identificado como posibles factores emocionales y psicosociales para desarrollar enfermedades cardiovasculares, entre ellas la percepción de riesgo de la enfermedad, el conocimiento de la enfermedad y la calidad de vida relacionada con la salud, están implicados en la (Cherrington, Moser, Lennie y Keneddy, 2004; Barrantes, 2010; Figueroa-López et al., 2016; Frosthalm, Oernboel, Christensen, Toft, Olesen, Weinman y Fink, 2007). A continuación, se hablará de forma poco más detallada de algunos de estos factores psicosociales.

2.1. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA VALVULAR.

Como ya se ha descrito anteriormente, la insuficiencia cardíaca (IC) es un conjunto de síntomas causados por algún trastorno cardíaco, como las valvulopatías. Ante la presencia de la IC, disminuye la capacidad ventricular para llenar y expulsar sangre y se caracteriza por presentar síntomas de cansancio, dificultad para respirar y dolor en el pecho al realizar actividades cotidianas (Santos y Brofman, 2009, op. cit. Aguirre, 2009).

Como medidas para disminuir la gravedad de la IC se implementan diferentes tipos de tratamientos, como farmacológicos (diuréticos, vasodilatadores, anticoagulantes, etc.); quirúrgicos (implante de prótesis, reparación de tejido, comisurotomías, etc.); y cambios en el estilo de vida (Rozanski et al., 2000), afectando las dimensiones físicas, sociales y emocionales de la calidad de vida de las personas que las padecen, ya que deben adaptarse a cambios en su estilo de vida, la enfermedad y sus complicaciones (Barrantes, 2010; Archury et al., 2011). Dicho de otra forma, los tratamientos provocan limitaciones en la dieta, dificultad para realizar el trabajo habitual, limitaciones para tener relaciones sexuales, progresiva falta de autonomía, deterioro del estado emocional, déficit en las interacciones sociales, funciones intelectuales disminuidas, desequilibrio económico, pobre percepción personal del estado de salud, efectos secundarios de los medicamentos y reingresos hospitalarios recurrentes (Salovey, 2000).

La calidad de vida (CV), es la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones; incluyendo el estilo de vida, la vivienda y la satisfacción. Básicamente, consiste en “la sensación que puede ser experimentada por personas,

y representa la suma de sensaciones subjetivas y personales de sentirse bien” (Romero y Romero, 2010).

Santos y Brofman (op. cit. y Aguirre, 2009), a través de sus investigaciones, han encontrado que muchos pacientes con IC en un estadio avanzado, dan mayor importancia a la CV que a la estimación del tiempo que les queda de vida.

Cuando la enfermedad valvular es muy avanzada y grave, se debe hacer una reparación del tejido o un reemplazo valvular. Pero a pesar de que la mejora será evidente, la persona queda expuesta a un mayor o menor grado de hemólisis, trombogénesis y agregación plaquetaria, así como reflujo y un gasto energético al aumentar factores resistivos (Bustamante et al., 2008). Para evitar que se presenten este tipo de complicaciones, se deben ingerir anticoagulantes y algunos otros medicamentos, así como cambiar la dieta por una dieta cardiosaludable, hacer ejercicio físico, tener un constante monitoreo del corazón y hacer muchos otros cambios que modifican en mayor o menor medida el estilo de vida, que a su vez, repercute en la calidad de vida relacionada con la salud del paciente (De la Serna, 2010).

Específicamente, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un concepto multidimensional que valora el efecto que tiene la enfermedad en el contexto individual, familiar y social del pacientes, así como su satisfacción (Archury et al., 2011); hace referencia a cómo la salud de la persona afecta su habilidad para realizar actividades habituales sociales y físicas, incluyendo las siguientes cuatro dimensiones (Ramos, Figueroa, Alcocer y Rincón, 2011):

1. *Funcionamiento físico*: Capacidad para llevar a cabo tareas físicas.
2. *Funcionamiento ocupacional*: Capacidad para realizar múltiples funciones esenciales y no sólo en el trabajo.

3. *Percepción sobre el estado de salud:* Creencias personales y evaluaciones del estado general de salud.
4. *Funcionamiento psicológico y social:* Forma en la que el individuo se relaciona con otras personas y cómo reaccionan las otras personas con él.

La disminución de la calidad de vida se ha encontrado relacionada al proceso de desarrollo de las enfermedades cardíacas (Trejo, 2010). La percepción de la CVRS, tiende a cambiar con el tiempo, mejorando luego del evento quirúrgico (Lemos, Agudelo, Arango y Rogers, 2013; Rogers, Nicholls, Lemos, Aristizábal y Arango, 2013).

Hirvonen (et al., 2006), analizó la calidad de vida en pacientes próximos a cirugía mayor, y encontró una mayor afectación en las áreas de movilidad, sueño, actividad sexual, actividades cotidianas, dolor y distrés psicológico, comparado con aquellos pacientes que no iban a tener una cirugía. Tal empeoramiento de la calidad de vida ha sido relacionado con las características de la enfermedad cardíaca. Sin embargo, algunos estudios muestran que la afectación de la CVRS podría deberse, en mayor medida, a la hospitalización (Borowial y Kostka, 2007; citado en Rogers et al., 2013).

Otra investigación realizada con 42 pacientes con taquicardia ventricular a los que se les implantó un desfibrilador automático implantable (DAI - Figueroa-López et al., 2016), tuvo como objetivo evaluar la aceptación que tienen los pacientes portadores de DAI a su dispositivo, así como determinar sus niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida relacionada con la salud. Los resultados obtenidos de esta evaluación permiten apreciar que, después de la implantación del dispositivo, la CVRS es de apenas 76.7% (aclarando que entre más cercano se encuentre el puntaje a 100 puntos se expresa una mejor calidad de vida),

además, se encontró una correlación negativa entre la ansiedad y la CVRS, es decir, los altos niveles de ansiedad se relacionan con bajos puntajes en CVRS. Si bien se encontró que los pacientes muestran una CVRS aceptable, el área de *limitaciones físicas* fue la más afectada (puntaje promedio de 66), reflejando miedo constante por parte de los pacientes, para retomar sus actividades diarias al no saber en qué momento el dispositivo podría enviar una descarga eléctrica para prevenir una arritmia cardíaca potencialmente letal. Usualmente, el médico sólo examina las causas físicas e intenta mejorar la calidad de vida reduciendo o eliminando los síntomas de la enfermedad, sin embargo, cuando la calidad de vida no reporta mejorar totalmente, a pesar de que los síntomas físicos hayan sido controlados, la evaluación de las variables psicosociales y su relación con la calidad de vida del paciente se vuelve necesaria. Las sugerencias de este estudio se dirigen hacia el dotamiento de información necesaria al paciente, haciéndolo conocedor de las ventajas y desventajas del tratamiento, así como proporcionar un ajuste psicológico a su nueva vida, mejorando así su calidad de vida.

Anteriormente se ha demostrado en pacientes con cardiopatía isquémica que la cirugía de revascularización miocárdica como tratamiento de la enfermedad, trae consigo alivio inmediato de los síntomas. Esmite y cols. (2015) realizaron una investigación que tuvo como objetivo determinar la percepción de la calidad de vida de los pacientes antes y luego del año de la cirugía de revascularización miocárdica. Para ello, en 202 pacientes de entre 35 y 70 años, aplicaron el cuestionario SF-36, que estima los componentes de salud física y mental a través de un score de 0 a 100 puntos en 36 ítems de ocho dominios, en el cual en una escala de 0 a 100 los puntajes equivalen a una mayor CVRS: limitaciones por salud física, funcionamiento físico, dolor corporal, salud general, salud mental, funcionamiento social, limitaciones por estado emocional y vitalidad. Los puntajes promedio obtenidos antes contra

los de un año después de la cirugía mostraron que en todas las dimensiones de salud física aumentaron significativamente los puntajes ($p=0,000$): limitaciones por salud física: 37 vs 86, funcionamiento físico: 55 vs 88, dolor corporal: 57 vs 86, salud general: 52 vs 75; en tanto en aquellas de salud mental el incremento significativo se produjo en limitaciones por estado emocional: 50 vs 79, y en funcionamiento social: 63 vs 86. Se observó una disminución significativa en salud mental: 49 vs 47 y no hubo cambios en vitalidad: 48 vs 47 ($p=0,954$). El ítem cambio en salud mostró un incremento significativo: 33 vs 88 ($p=0,000$). Los hallazgos de esta investigación, permitieron concluir que la percepción de la CVRS un año de la cirugía de revascularización miocárdica cambia significativamente en la dimensión de salud física y en la capacidad física funcional, no así en la percepción de la dimensión de salud mental, especialmente en vitalidad.

A su vez, en un estudio prospectivo con 139 pacientes españoles con Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP) e Hipertensión Pulmonar Trombohemolítica crónica (HPTEC), se evaluó la CVRS, utilizando los cuestionarios Short Form 36 (SF-36) y EuroQoL-5D (inicial y 6 meses después). Se encontró que la CVRS en pacientes con HAP o HPTEC está deteriorada, sin embargo, en 8 pacientes que murieron o recibieron un trasplante durante el estudio, la CVRS fue peor al inicio, comparado con el resto. No se observaron cambios significativos en la CVRS en los supervivientes tras 6 meses de seguimiento. Los autores de esta investigación concluyeron que la CVRS está deteriorada en esta población, especialmente en los pacientes con HAP/HPTEC al borde de la muerte, reflejado en síntomas de dolor, reducción de movilidad física, niveles menores de energía y un mayor aislamiento social. Se sugiere que las mediciones de CVRS ayudarían a predecir el pronóstico en la HAP y la HPTEC, así como

proporcionar información adicional en estos pacientes (Román, Barbera, Castillo, Muñoz y Escribano, 2013).

En otra investigación que tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida relacionada con la salud después de una cirugía de bypass coronario seis meses y un año después de la cirugía en una población de Cataluña, España, se encontró que la calidad de vida mejoró como media hasta alcanzar valores próximos a los de la población general (Permanyer, Brotons, Ribera, Alonso, Cascant y Moral, 2001).

El propósito fundamental de la medición de la calidad de vida relacionada con la salud, consiste en proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo, constituyendo una importante variable de medida subjetiva del impacto que la enfermedad y su tratamiento producen en la vida del paciente (Barrantes, 2010).

Para conseguirlo, se han desarrollado diversos instrumentos que valoran la calidad de vida específicamente en el contexto de las enfermedades crónicas. Dentro de los instrumentos específicos para enfermedades cardíacas se consideran el *Quality of Life After Myocardial Infarction*, el *Seattle Angina Questionnaire*, el *Quality of Life-Cardiac Version* y el *Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire* (Soto y Failde, 2004; Urzúa, 2010).

El cuestionario de cardiomiopatía de Kansas City (KCCQ) es una herramienta que recaba información directamente de los pacientes para valorar diversos dominios del estado de su salud, atendiendo las características específicas que la IC enmarca. Éste instrumento consta de 23 *ítems*, es autoadministrado y mide las siguientes cualidades (Comín et al., 2011; Ramos et al., 2011): a) limitaciones físicas ($\alpha=.90$), en qué medida las molestias de su enfermedad

cardíaca le impiden hacer esfuerzos físicos; b) síntomas ($\alpha=.88$), se refiere a la frecuencia, severidad y cambios en el tiempo de los síntomas de su enfermedad cardíaca; c) calidad de vida ($\alpha=.78$), cuantifica el impacto de su condición cardíaca en la calidad de vida general; d) interferencia social ($\alpha=.86$), en qué medida su condición le impide relacionarse con sus familiares o amigos; e) autoeficacia ($\alpha=.62$), es decir, el paciente tiene conocimiento y se siente capaz de poder controlar sus síntomas. Además, cuenta con otras dos medidas de resumen para facilitar su interpretación: f) estado funcional ($\alpha=.93$), que es la combinación de limitaciones físicas y el dominio de síntomas (excepto los cambios a través del tiempo); y g) resumen clínico ($\alpha=.95$), el cual se calcula incluyendo el estado funcional, la dimensión de calidad de vida e interferencia social. La puntuación de calificación va de 0 a 100 puntos, en donde las puntuaciones más altas se interpretan como una excelente calidad de vida relacionada con la salud.

Castillo y cols. (2010), observaron en pacientes que fueron sometidos a angioplastia coronaria que, previo a la intervención, se reportaban puntajes máximos de 50.8% en CVRS, incrementando a cerca de 75% dos años después de la cirugía.

El estudio de la CVRS resulta importante, debido a que se considera un predictor de morbilidad y mortalidad en pacientes con ECV. Además, dicho constructo, funciona también como parámetro para la evaluación de la efectividad e el impacto, ahora no sólo de la cirugía cardíaca y la evolución de los pacientes con ECV, sino también de los programas de intervención psicológica; en términos de la salud y bienestar percibido por el propio paciente (Lemos et al., 2013).

La forma en la que se responde a los malestares se puede convertir en un punto favorable o adverso para el bienestar físico o mental (Vinaccia y Orozco, 2005). La gran cantidad de aspectos psicosociales que forman parte de los cuidados en las enfermedades crónicas, surge de las respuestas individuales de los pacientes, las familias, los amigos y la sociedad, frente al diagnóstico y al pronóstico. Cualquiera que sea el resultado de la enfermedad, el objetivo es mejorar la calidad de vida. El cuidado de los pacientes y su supervivencia incluyen temas específicos que deben tratarse con éxito para lograr este objetivo, por ejemplo, el conocimiento de la enfermedad (Silvera et al., 2011) y su impacto en la percepción de riesgo (Leventhal, Leventhal y Cameron, 2001) de los pacientes con cardiopatía valvular.

2.2. PERCEPCIÓN DE RIESGO DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA VALVULAR.

Un actor importante para lograr un cambio en la conducta y el pensamiento, es la percepción de riesgo (Rosenstock, 1960). El grado de preparación (o conocimiento de la enfermedad), llevan a cabo una determinada acción preventiva que viene determinada por la vulnerabilidad percibida y la gravedad percibida. Con esto, la conducta preventiva que el paciente adopte, será aquella de la que perciba mayores beneficios y menos costes para reducir la amenaza de la enfermedad. En otras palabras, las representaciones cognitivas y emocionales de la enfermedad, o percepciones de la enfermedad, determinan el comportamiento del individuo para hacerle frente (Leventhal et al., 1984).

De acuerdo con el modelo de autorregulación de la enfermedad, cuando las personas enfrentan una amenaza para su salud, forman la representación de la enfermedad. El enfoque principal de este modelo es la resolución de problemas episódica. Este proceso de resolución de problemas implica tres conjuntos de factores (Leventhal et al, 2001):

1. La visión o representación del paciente sobre el estado del problema de salud durante el episodio actual en curso.
2. Los procedimientos, o planes y tácticas, para el control de la amenaza que tiene el paciente.
3. La evaluación de las consecuencias de los esfuerzos de afrontamiento del paciente.

Además, este modelo separa las representaciones de la amenaza para la salud de los procedimientos para la gestión de amenazas. Esta separación surgió de los hallazgos constantes de que los mensajes sobre amenazas a la salud no conducen a un comportamiento, a menos que se combinen con información que represente un plan de acción. Es decir, la información concreta que define un plan de acción es necesaria para la ocurrencia y el mantenimiento del comportamiento. Sin embargo, aunque los planes de acción no generan comportamientos por sí mismos, son esenciales para concretar las actitudes con el comportamiento (Leventhal, Singer y Jones, 1965; Leventhal, Jones y Trembly, 1966; Leventhal, Watts y Pagano, 1967; citado en Leventhal et al., 2001).

Entonces, de acuerdo con el modelo de autorregulación de la enfermedad, las amenazas de salud se procesan como dos brazos paralelos. El procesamiento de la información para controlar el peligro, forman la parte superior del brazo y el procesamiento de la información para controlar las respuestas emocionales provocadas por el peligro, forman la parte inferior del brazo (Figura 4).



Figura 4. Modelo de autorregulación de la enfermedad (Leventhal et al., 2001).

La independencia del procesamiento del peligro y el procesamiento del afecto, se observó en los primeros estudios de la respuesta de las personas ante el miedo que suscitaba el comunicado de los diagnósticos. Estos estudios también mostraron que los mensajes que comunicaban la amenaza de enfermedades como el cáncer de pulmón o el tétanos tenían tres efectos: despertaban miedo, cambiaban las actitudes y, a veces, influían en el comportamiento manifiesto. Pero ni la presencia de miedo ni su nivel tenían una relación consistente con los resultados conductuales. Por ejemplo, los mensajes que suscitan altos niveles de miedo, en comparación con los que provocan niveles bajos, no aumentaron la frecuencia de conductas tales como la inoculación de tétanos (Leventhal et al., 1966; Leventhal et al., 1965; citado en Leventhal et al., 2001). Así, se

demonstró que el miedo tenía dos efectos característicos: es temporal y produce una "evitación" actitudinal y conductual.

Otros estudios revelaron que el miedo facilita las conductas para prevenir enfermedades e inhibe las conductas para detectar o abordar la enfermedad (Millar y Millar, 1996). La calidad temporal de los efectos del miedo -fueron visibles solo 1 o 2 días después de la exposición a mensajes amenazantes- contrastó con la promoción de acciones de protección de la salud que duraron semanas y a veces meses para los pacientes expuestos a información que combinaban un mensaje de amenaza fuerte o débil con planes de acción. Este contraste creó un problema para conceptualizar los efectos de los mensajes de amenaza. Específicamente, si la presencia de un estado de miedo activo o la intensidad de este estado era irrelevante para convertir los planes de acción en comportamiento, algún tipo de cambio "cognitivo" inducido por los mensajes de amenaza debe ser responsable de mover los planes a la acción. Estos factores fueron etiquetados como la representación de la amenaza para la salud.

Desde finales de los años 60, se realizaron una serie de investigaciones para tratar de identificar las características de las representaciones de la amenaza de una enfermedad, así como las formas en que las personas entendían y/o interpretaban los síntomas somáticos, y cómo afrontaban estas amenazas. Los datos recabados por entrevistas abiertas y cerradas con los pacientes, identificaron cinco conjuntos de atributos de las representaciones de la enfermedad (Figura 4 - Leventhal et al., 2001):

1. La *identidad de la amenaza*, o los síntomas y las etiquetas que la definen (Dempsey, Dracup y Moser, 1995; Lau, Bernard y Hartmann, 1989; Meyer, Leventhal y Gutmann, 1985).

2. La *temporalidad*, que puede incluir creencias sobre los plazos para el desarrollo y la duración de una enfermedad, el momento para entrar en un régimen de tratamiento, el tiempo necesario para la curación o el control, y el tiempo desde el inicio de la enfermedad hasta la muerte, cuando no es posible la cura a través del tratamiento (Heidrich, Forsthoff, y Ward, 1994; Klohn y Rogers, 1991; Meyer et al., 1985).
3. Las *causas de la amenaza*, que pueden involucrar agentes externos (por ejemplo, bacterias, virus, estrés laboral o, incluso, hechicería), susceptibilidad interna (por ejemplo factores genéticos), y causas conductuales (por ejemplo, el tabaquismo puede producir cáncer de pulmón) - (Baumann, Cameron, Zimmerman y Leventhal, 1989).
4. Las *consecuencias* anticipadas y experimentadas de la enfermedad, que pueden implicar resultados físicos, emocionales, sociales y económicos (Cella, Tulsky, Gray, et al., 1993; Croyle y Jemmott, 1991; Klohn y Rogers, 1991; Leventhal, Easterling, Coons, Luchterhand y Love, 1986; McGee, O'Boyle, Hickey, O'Malley y Joyce, 1991).
5. Su *capacidad de control*, que se relaciona con la capacidad de respuesta anticipada y percibida de la condición para el autotratamiento y/o la intervención de un experto (Lau y Hartmann, 1983).

Estos atributos guían la selección de los procedimientos de afrontamiento y dan forma a su ejecución. Por ejemplo, los síntomas que representan una amenaza coronaria, estimulan la búsqueda rápida de atención y el cese de otras actividades; los síntomas de posible cáncer, pueden llevar a la prevención si caen dentro del conjunto de síntomas típicamente atribuidos al cáncer (por ejemplo, un bulto en el seno), o a una estrategia de "esperar y ver" para determinar si están empeorando; los síntomas de un resfriado común pueden estimular los procedimientos de

autocuidado, como dormir más, tomar aspirinas, tomar vitamina C y beber líquidos (Leventhal et al., 2001).

Entonces, existen variables internas y externas (historia de salud, personalidad, medio ambiente, etc.) que contribuyen a la representación de las enfermedades. Una persona que tiene una representación positiva de la enfermedad, identifica con precisión signos y síntomas, causa de la enfermedad, y creen que la enfermedad es curable o controlable, que el curso de la enfermedad es intermitente y que el nivel de discapacidad o gravedad de la enfermedad es baja (Petrie y Weinman, 1997).

Ante el diagnóstico de la enfermedad, las representaciones emocionales pueden incorporar reacciones negativas, como miedo, ira y angustia (Broadbent et al., 2006). Las percepciones negativas de la enfermedad se asocian con una recuperación más pobre y un mayor uso de la atención médica independientemente de las medidas objetivas de la gravedad de la enfermedad. Por el contrario, las percepciones positivas de la enfermedad están asociadas con un regreso al trabajo más temprano (Petrie y Weinman 2006; Giri et al., 2009; citado en Moss-Morris y Petrie, 2001).

A su vez, se ha demostrado que las creencias sobre la enfermedad influyen en la comunicación entre el paciente y su médico general durante la consulta (Marchant-Haycox y Salmon, 1997; Ring, Dowrick, Humphris y Salmon, 2004; citado en Frosthalm et al., 2007). Las creencias sobre la enfermedad también se han asociado con la satisfacción de la consulta en términos de representaciones emocionales negativas de los síntomas y la incertidumbre con respecto a la naturaleza de los síntomas que predicen la disconformidad del paciente (Frosthalm, Fink, Oernboel, Christensen, Toft, Olesen et al., 2005; citado en Frosthalm et al., 2007).

Investigaciones previas en pacientes con enfermedades claramente diagnosticadas, muestran que una fuerte identidad de la enfermedad, una perspectiva de que la duración de la enfermedad será prolongada y una percepción de consecuencias graves, se asocian con resultados de salud más negativos (Hagger y Orbell, 2003).

Existen algunos instrumentos de medición de la percepción de la enfermedad, como el IPQ (*Illness Perception Questionnaire*), generalmente se utiliza para medir la representación de las enfermedades. El Cuestionario de Percepción de Enfermedad (IPQ; Weinman, Petrie, Moss-Morris y Horne, 1996) se desarrolló para proporcionar una evaluación cuantitativa de los cinco componentes de la representación de la enfermedad: identidad, consecuencias, temporalidad, cura/control y causa en el Modelo Autorregulador de Leventhal (Leventhal et al., 2001). Desde entonces se ha utilizado en estudios de adaptación de la enfermedad en pacientes con una amplia gama de afecciones, incluida la enfermedad cardíaca (Cooper et al., 1999; Petrie et al., 1996; Steed et al., 1999), artritis reumatoide (Murphy et al., 1999; Pimm y Weinman, 1998; Scharloo et al., 1999), cáncer (Buick, 1997; Buick y Petrie, en prensa), psoriasis (Fortune et al., 2000; Scharloo et al., 2000), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Scharloo et al., 2000b), síndrome de fatiga crónica (Heijmans, 1998; Moss-Morris et al., 1996), diabetes (Griva et al., 2000) y enfermedad de Addison (Heijmans, 1999). También se ha adaptado para su uso con personas sometidas a investigaciones como la angiografía coronaria y las pruebas genéticas, y para los cónyuges y cuidadores de personas con problemas de salud importantes (Heijmans et al., 1999; McClenahan y Weinman, 1998; Weinman et al., 2000) – (citado en Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron y Bucik, 2002).

De acuerdo con Leventhal (et al., 1984), el cuestionario fue desarrollado para evaluar las representaciones cognitivas de la enfermedad. El IPQ se ha utilizado con diversos tipos de

pacientes con enfermedades agudas y crónicas, incluidas las enfermedades del corazón y el infarto al miocardio. Incluso, a través de este instrumento, se ha demostrado que, en pacientes con infarto miocárdico, las representaciones negativas se asocian con complicaciones posteriores a haber sufrido el evento cardíaco (Cherrington et al., 2004).

Sin embargo, aunque la medición ha sido adoptada en una variedad de estudios y ha tenido éxito en la predicción de diferentes aspectos de adaptación y recuperación en enfermedades crónicas, la retroalimentación de la experiencia acumulada de los investigadores que utilizan el IPQ ha llevado a la necesidad de desarrollar este instrumentos para mejorar las propiedades de medición de algunas de las subescalas existentes y ampliar su alcance. En particular, las subescalas de cura/control y temporalidad, mostraron algunos problemas con respecto a su consistencia interna. Con la subescala cura/control, el análisis de estos datos mediante un análisis de factores reveló que las respuestas se cargaron en dos factores separados: un componente tenía que ver con el control personal y las creencias de autoeficacia, mientras que el otro valoraba la creencia en el tratamiento o el asesoramiento recomendado (es decir, la expectativa de los resultados). Entonces se decidió crear dos subescalas separadas. Con la subescala de temporalidad, algunas pruebas de valores de coherencia interna inferiores a los deseados sugirieron la necesidad, no sólo de aumentar el número de elementos, sino también de desarrollar nuevos elementos para evaluar las creencias cíclicas de la temporalidad, que se habían pasado por alto en el IPQ original. Otro componente importante del modelo autorregulador de Leventhal, son las representaciones emocionales, las cuales se habían pasado por alto. El IPQ original se diseñó para sólo los componentes cognitivos de las representaciones de los pacientes, pero se consideró que esto era una limitación en su capacidad para describir las respuestas hacia la enfermedad por parte de los pacientes, por lo que se desarrolló esta subescala,

buscando evaluar las respuestas emocionales generadas por la enfermedad. Y, finalmente, se consideró la evaluación de la representación de la enfermedad, tratando de explorar en qué medida la representación de la enfermedad de un paciente proporcionaba una comprensión coherente de ésta, considerándose como un tipo de metacognición que refleja la forma en que el paciente evalúa la coherencia o la utilidad de la representación de la enfermedad. A esta nueva versión del IPQ se le llamó *Illness Perception Questionnaire-Revised* (IPQ-R) - (Moss-Morris et al., 2002).

Un estudio realizado con 56 pacientes sometidos a cirugía cardíaca electiva (revascularización coronaria, cirugía valvular o un procedimiento combinado) examinó la influencia de las creencias de la enfermedad pre-quirúrgica de los pacientes y los factores de riesgo cardíaco. A través del cuestionario de percepción de enfermedad revisado (IPQ-R) para evaluar las creencias de la enfermedad, se incluyeron, niveles de discapacidad relacionada con la enfermedad, el funcionamiento físico, el bienestar psicológico y los síntomas depresivos. Los resultados de esta evaluación mostraron que el funcionamiento de los pacientes mejoró 3 meses después de la cirugía, mientras que la discapacidad y el bienestar psicológico no tuvieron un cambio significativo. Los factores de riesgo cardíacos antes de la cirugía no estaban relacionados con los resultados 3 meses después. Sin embargo, a través de un análisis de regresión jerárquica múltiple, se encontró que las creencias de los pacientes sobre su enfermedad predijeron la discapacidad, el funcionamiento físico, y síntomas depresivos. Los investigadores de este estudio, concluyeron que las creencias de los pacientes sobre su enfermedad antes de la cirugía influyen fuertemente en la recuperación de la cirugía cardíaca. Y, se sugirió que los pacientes podrían beneficiarse de las intervenciones cognitivas antes de la cirugía con el objetivo de cambiar las creencias de la enfermedad mal adaptativas para mejorar el funcionamiento físico y

la discapacidad después de la cirugía cardíaca (Juergens, Seekatz, Moosdorf, Petrie y Rief, 2009).

Otras investigaciones (Hampson et al., 1994; Scharloo et al., 2000; Scharloo, 2000; Frostholm et al., 2005; citado en Frostholm et al., 2007) han encontrado una asociación entre la percepción negativa de la enfermedad y el uso frecuente de los centros de atención de salud. A su vez, se ha encontrado que, ante una fuerte identidad de la enfermedad, las consecuencias suelen ser más graves. Según las investigaciones de Orbell et al. (1999; citado en Frostholm et al., 2007), la percepción de un mayor control pre operatorio sobre los síntomas, predijeron una mayor actividad funcional a los 9 meses de seguimiento.

Cabe destacar que, junto con la evaluación de la percepción de riesgo de la enfermedad, se encuentra el conocimiento y la comprensión de la misma enfermedad. Una investigación realizada con habitantes del sur de África, señaló que las personas con daño cardiovascular de esa región, generalmente conocen los términos utilizados para describir los factores de riesgo y la misma enfermedad cardíaca, pero no existe una comprensión de lo que los factores de riesgo implican. Por tanto, sin la comprensión de los factores de riesgo, las evaluaciones de riesgo de las enfermedades cardiovasculares se ven afectadas negativamente (Surka, Steyn, Everett-Murphy, Gaziano y Levitt, 2015).

2.3. CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA VALVULAR.

De acuerdo con el Modelo de Creencias en Salud presentado por Becker y Rosenstock (1974; citado en Akintunde, Akintunde y Opadijo, 2015), una persona debe ser susceptible a la enfermedad para motivar un cambio. Por ende, el conocimiento y la percepción adecuados de la misma enfermedad son importantes para estimular el cambio para tener una mejor salud.

Para que el paciente tenga una adherencia adecuada al tratamiento de su enfermedad, influyen factores determinantes como el conocimiento de la enfermedad, el entendimiento de la complejidad del tratamiento, el deterioro cognitivo, así como la depresión, o la modalidad de la comunicación poco efectiva o inadecuada a las características del paciente (Silvera et al., 2011).

El tratamiento de la enfermedad cardíaca conlleva la responsabilidad del paciente o la de sus cuidadores para obtener resultados favorables del tratamiento indicado. Para esto, es necesario el conocimiento de los fármacos, las dosis y la frecuencia con la que son prescritos, la dieta correcta, los indicadores de una descompensación y qué conductas se deben adoptar frente a estos. A través de una planificación, un esquema de promoción establecido y una comunicación efectiva, se puede lograr que el paciente o sus cuidadores sientan la responsabilidad de su enfermedad (Silvera et al., 2011).

Ni y sus colaboradores (1999; citado en Silvera et al., 2011), determinaron el nivel de conocimiento en una muestra de 113 pacientes con insuficiencia cardíaca, con edad promedio de 51 años, de raza blanca, y en su mayoría, con más de 12 años de educación curricular. Evaluaron el reconocimiento de síntomas de progresión de la insuficiencia cardíaca, y el comportamiento respecto al control del peso, dieta, abstinencia de alcohol y actividad sexual, con un cuestionario con respuestas sí/no o falso verdadero, y observaron que existe una brecha entre la información brindada por el equipo asistencial y la que retienen sobre insuficiencia cardíaca y el autocuidado.

Otro estudio realizado en España (Costero, Sánchez-Recalde, Moreno, Moreno, Selgas y López-Sendon, 2013) tuvo como objetivo valorar el grado de conocimiento sobre la enfermedad que tenían los pacientes ingresados en el Servicio de Cardiología (nivel terciario) del Hospital Universitario La Paz en Madrid, España. Se evaluaron a 100 pacientes seleccionados

aleatoriamente (68 hombres y 32 mujeres) con una edad media de 66 años, a través de entrevistas verbales individuales de respuestas cerradas. En la encuesta se recababan datos generales del paciente, datos sociodemográficos, sus características de ingreso y las características de su enfermedad, en donde se preguntaba el tipo de enfermedad (coronaria/ valvular/ arrítmica/ pericárdica/ endocarditis infecciosa/ otra), la gravedad (leve/ grave/ muy grave/ no sabe), el tratamiento que recibiría (médico, intervencionista, cirugía, implantación de dispositivo o no sabe), y los cambios de hábitos tras el alta (sí/ no/ no sabe). Además, se les preguntaba dentro de la entrevista si deseaban recibir más información sobre su enfermedad (sí/ no/ no sabe) y de qué manera les gustaría recibirla (por escrito/ verbalmente). Al ingresar al servicio, los pacientes recibían información sobre su enfermedad y el motivo de su ingreso; se realizaba el programa de acogida de enfermería, se les informaba por escrito el lugar de su ingreso, se les daba el nombre del médico responsable asignado (que visitaba e informaba al paciente diario), y recibían y cumplimentaban los consentimientos informados correspondientes. A pesar de brindarles esta información, en los resultados de esta investigación el 24% de los participantes no sabía qué tipo de cardiopatía padecía. El 29% no supo decir que tipo de estudios se le realizaron y el 29% no sabía definir qué tipo de tratamiento recibiría. Con respecto a la gravedad de su enfermedad, el 23% no sabía definirla y un 29% la consideraba inferior a la real. Un 9% desconocía si debería cambiar sus hábitos de vida tras el alta hospitalaria y el 29% consideró que no debían cambiarlos, contrario a lo indicado para su enfermedad. El mayor grado de desconocimiento de la enfermedad se asoció con el sexo femenino, la mayor edad, vivir en un entorno rural y haber ingresado al servicio de cardiología con carácter de urgencia, sin alcanzar la significación estadística. El 64% de los encuestados deseaba recibir más información sobre su enfermedad; el 61% de ese total la preferían en formato escrito. Quienes no deseaban recibir más

información sobre su enfermedad, presentaban un alto conocimiento de la enfermedad (el 36% de los encuestados; el 100% varones; con edad media de 59 años; nivel de estudios medio-alto; y con una vivienda en un lugar urbano). En cuanto a la modificación de hábitos, el 37.5% de los entrevistados no los cambiarían, contrario a lo indicado. En esta investigación se concluye que, dado a los resultados obtenidos, con la utilización de programas de educación se evidencian mejoras en el grado de conocimiento de la cardiopatía isquémica, calidad de vida y número de reingresos por insuficiencia cardíaca, y se sugiere que la evaluación del conocimiento de la enfermedad y los programas de educación de la enfermedad sean incluidos para mejorar la calidad hospitalaria y la relación médico-paciente.

Por su parte, Silvera y sus colaboradores (2011), realizaron una investigación que tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento de la enfermedad que tenían los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) ingresados en una unidad especializada de IC en Uruguay. Fue un estudio descriptivo, transversal, con método de encuesta mediante un cuestionario autogestionado voluntario. El cuestionario diseñado recababa la edad y género de los pacientes, el nivel de estudios y si vivían solos o no. A continuación, se respondían preguntas cerradas (falso/verdadero/no sé) sobre la enfermedad, las causas de la IC y los factores de riesgo para enfermar, y algunas preguntas abiertas sobre la información recibida acerca del diagnóstico y sobre las posibles causas de descompensación. Se reportaron 126 pacientes con media de edad de 62 años (26 a 83 años), 85 hombres (67.5%) y 41 mujeres (32.5%), el 20.5% vivía solo y el 53% tenía un nivel de estudios máximo de primaria. De entre ellos, el 11% desconocía ser portador de insuficiencia cardíaca; el 26% no conoce su enfermedad y el 31% desconocía que la IC es una enfermedad crónica. El 80% de los encuestados manifiestan interés por recibir más información sobre la enfermedad, independientemente de que sí sepan qué es la insuficiencia

cardíaca y de que se sepan o no enfermos ($p=0.585$ y $p=0.750$ respectivamente). Dados los resultados obtenidos, los investigadores consideran importante que se verifique que los pacientes no sólo hayan recibido la información, sino que la hayan comprendido como condición necesaria para lograr un cuidado efectivo.

Todas las investigaciones antes descritas, han demostrado ser fuertes predictores de resultados de salud, además, se es evidente la necesidad de diseñar e implementar intervenciones psicológicas para cambiar las percepciones de la enfermedad pueden reducir la discapacidad y mejorar el funcionamiento, mejorando a su vez la calidad de vida de los pacientes. La conciencia de la percepción de la enfermedad de los pacientes puede mejorar los resultados del tratamiento, así como la comunicación con los pacientes en la relación médico-paciente y sus cuidadores (Petrie y Weinman, 2006; Juergens et al., 2009; Silvera et al., 2011).

CAPÍTULO 3. PROGRAMA DE PREPARACIÓN PSICOLÓGICA

A través del tiempo, diferentes autores han tratado de conceptualizar qué es un *programa* sin tener resultados muy fructíferos. Sin embargo, se coincide en que existen ciertos criterios con los que un programa debe cumplir, sobre todo, en el ámbito de la psicología de la salud, pues, el concepto de *programa* es fundamentalmente una cuestión de perspectiva, haciendo que su clasificación dependa directamente de los responsables de su aplicación.

Según Alonso, Pozo y Martos (2008), una de las principales características de un programa es que debe de estar definido en términos de las funciones a ejecutar, de los temas a tratar, de las características de la población a la que se dirige, y debe estar diseñado para cumplir un objetivo.

Dicho lo anterior, una primera aproximación al concepto de lo que un programa es, la formula Smith en 1989, afirmando que:

Es un conjunto de actividades planificadas dirigidas a provocar cambio(s) especificado(s) en una audiencia identificable (Smith, 1989, p. 4).

En consecuencia con lo anterior, Fink en 1993, señala que un programa de intervención debe caracterizarse no sólo por los elementos anteriormente descritos, sino también, considerar que un programa debe ser sistemático, ya que no podría considerarse un programa si sus acciones y actividades no han sido planificadas y puestas en práctica tal y como se planearon. Además, este autor menciona que un programa también debe constituirse haciendo referencia a los recursos tanto materiales como humanos que se ponen a disposición con el propósito de estudiar una realidad social. De forma más precisa, un programa de intervención:

Son los esfuerzos sistemáticos realizados para lograr objetivos pre-planificados con el fin de mejorar la salud, el conocimiento, las actitudes y la práctica (Fink, 1993, p. 2).

Sin olvidar lo antes mencionado, un programa debe estar diseñado para cumplir un objetivo. La meta última de cualquier programa de intervención debe ser la mejora de la calidad de vida y el logro del bienestar en las personas a las que aquél se dirige, a través del cambio social, la resolución de los problemas y la satisfacción de las necesidades existentes (Alonso et al., 2008).

Junto con la planificación de los programas de intervención, viene un proceso de constante evaluación al momento de la ejecución. Desde la década de los setenta, diferentes autores han tratado de definir lo que un proceso de evaluación de programas de intervención debe cumplir. Rutman (1977) define al proceso de evaluación de programas de intervención como:

Proceso de aplicar procedimientos científicos para acumular evidencia válida y fiable de la manera y grado en que un conjunto de actividades específicas produce resultados o efectos correctos (Rutman, 1977, p. 16).

El desarrollo adecuado de un programa de intervención psicológica depende de su diseño, su implementación y su constante evaluación. Una adecuada estrategia de diseño y planificación será la responsable del éxito o fracaso del programa. A su vez, la eficacia de un programa bien diseñado y planificado, puede verse comprometida si la implementación del mismo es inadecuada. Y, por último, es necesario recoger información para analizar el nivel de implementación del programa y las potenciales barreras a las que se pueda enfrentar. La evaluación del programa juega un papel fundamental a lo largo de todo el ciclo de diseño e implementación del programa (Alonso et al., 2008).

Desde la perspectiva de la psicología de la salud, especialmente para su implementación en pacientes con cardiopatía valvular, se ha creado un programa de preparación psicológica basado en la terapia cognitivo-conductual.

La terapia cognitivo-conductual fue desarrollada por el doctor Aaron T. Beck en la Universidad de Pensilvania a principios de los años setenta. Inicialmente se utilizó para tratar la depresión, se buscaba atender este trastorno psicofisiológico de una manera estructurada y breve, centrándose en la problemática presente, resolviendo los problemas actuales y modificando los pensamientos y las conductas disfuncionales (Beck, 1964; citado en Beck, 2000).

La terapia cognitiva ha sido ampliamente evaluada desde sus inicios en diferentes poblaciones, incluyendo a los pacientes con diversas enfermedades no psiquiátricas y muchos otros grupos. Además, Burns y Perloff (1988; citado en Beck, 2000), demostraron que la terapia cognitiva es eficaz en pacientes que cuentan con distintos niveles de educación, ingresos y extracción social.

Otros importantes teóricos han desarrollado diferentes formas de la terapia-cognitivo conductual (Albert Ellis, 1962 – Terapia racional emotiva; Donald Meichenbaum, 1977 – La modificación cognitivo-conductual; Arnold Lazarus, 1976 – Terapia multimodal), sin embargo, todas las terapias cognitivas que se derivan del modelo de Aaron Beck, su tratamiento se basa en la formulación cognitiva de un trastorno específico y su aplicación a la conceptualización o comprensión del paciente. El psicólogo busca, mediante diferentes recursos, producir un cambio cognitivo, es decir, un cambio en el pensamiento y el sistema de creencias del paciente, para conseguir una transformación duradera de sus emociones y comportamientos (Beck, 2000).

Las estrategias de intervención psicológica basadas en la terapia cognitivo-conductual son eficientes, pues, en este tipo de intervención se enfatiza la colaboración y la participación activa de los pacientes, además, la terapia cognitiva está orientada hacia objetivos específicos y centrada en problemas determinados, característica que armoniza con el objetivo de un programa de preparación psicológica, ya que la terapia se planean las sesiones y su aplicación es estructurada; además, es educativa y se sirve de una gran variedad de técnicas para ayudar a los pacientes a identificar y evaluar sus pensamientos, sus estados de ánimo, sus comportamientos disfuncionales y actuar en consecuencia; y, tiende a ser limitada en el tiempo de su desarrollo, ya que sus sesiones son estructuradas.

Por otro lado, ante la demanda del sistema de salud acerca del uso de terapias psicológicas de corta duración y alta efectividad, surge la terapia breve como una alternativa de intervención de costos reducidos y de resultados favorables en la práctica clínica. Ésta se define como una estructura terapéutica orientada a incrementar la conciencia de los pacientes acerca de sus comportamientos problema, y su capacidad y motivación para comenzar a hacer algo al respecto (Hewitt y Gantiva, 2009).

Este tipo de intervención se basa en enseñar a los pacientes a utilizar el método científico para contrastar empíricamente sus ideas o creencias, y a estudiar su comportamiento de forma sistemática (Meichenbaum y Cameron, 1982), identificando los antecedentes y consecuencias del comportamiento problema con el fin de potenciar y desarrollar habilidades que les permitan enfrentarse con éxito a situaciones de riesgo y prevenir situaciones problema. Diferentes investigaciones han demostrado que las personas que aprenden habilidades mediante la terapia breve, mantienen lo aprendido en el tratamiento tras un año de seguimiento (Carroll, Rousanville, Nich, Gordon Wirtz y Gawin, 1994).

Por tanto, la terapia breve debe ayudar a los pacientes a comprender que ellos son parte del origen de sus problemas emocionales y conductuales incitados por sus propias creencias. En consecuencia, son ellos mismos los que pueden cambiarlos. Para ello, deben fijarse metas para modificar o interrumpir los comportamientos problema, identificando las situaciones con mayor probabilidad de desencadenar conductas de riesgo, para desarrollar estrategias que les permita enfrentarse a ellas (Hewitt y Gantiva, 2009).

La terapia breve al ser una intervención centrada en la persona, en la cual se busca inducir la toma de conciencia y favorecer la toma de decisiones en el paciente con el fin de realizar cambios actitudinales y comportamentales que favorezcan su calidad de vida (Pérez, Valderrama, Cervera y Rubio, 2006; Stiles, Leiman, Shapiro, Hardy, Barkham, Detert y Llewelyn, 2006), el terapeuta en conjunto con el paciente, deben desarrollar una serie de procesos y pasos que permitan el logro de los objetivos de las intervenciones breves.

Miller y Sánchez (1994) proponen una estructura básica de intervención breve denominada FRAMES (por sus siglas en inglés: Feedback, Responsibility, Advise, Menu, Empathetic, Selfefficacy), y consiste en:

1. Proporcionar retroalimentación sobre los posibles riesgos personales y sociales del comportamiento de la persona.
2. Enfatizar en la responsabilidad de la persona en su proceso de cambio.
3. Asesorar al consultante sobre su cambio de comportamiento.
4. Proveer al consultante una amplia gama de opciones de cambio.
5. Desarrollar una relación empática.
6. Fortalecer la autoeficacia en el consultante sobre su capacidad de cambio.

En comparación con la terapia cognitivo conductual de largo plazo, la terapia breve es una evaluación más rápida; está indicada para el tratamiento de déficit o excesos conductuales, así como para desajustes emocionales específicos y transitorios; es esencial que se defina un solo objetivo específico de intervención; hace énfasis en la motivación hacia el cambio; y, la duración de la terapia no sobrepasa las cinco sesiones (Hewitt y Gantiva, 2009).

En una investigación pre test - post test con grupo control y grupo experimental, se aplicó un programa diseñado para atender pacientes hipertensos. El programa incluía sesiones informativas, entrenamiento en técnicas de relajación progresiva y de respiración diafragmática, técnica de solución de problemas, y técnicas para cambiar algunos hábitos. Después de la aplicación del programa, se reportó una disminución significativa en los niveles de ansiedad cognitiva, fisiológica y de rasgo, así como una reducción de la ira interna, un aumento significativo en la capacidad de resolver problemas, y cambios significativos en las mediciones de la presión arterial sistólica y diastólica (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1999).

A continuación se abordarán las técnicas psicológicas que conformaron el programa de preparación psicológica para procedimientos invasivos en cirugía cardíaca (PPPPICC) con el fin de sustentar su implementación en esta investigación.

3.1. TÉCNICAS DE RELAJACIÓN.

La literatura científica ha evidenciado que los procedimientos de relajación son útiles en la prevención y recuperación de los trastornos psicofisiológicos, tales como el estrés y la ansiedad, reduciendo los efectos negativos de la tensión que éstos producen (Kulur, Haleagrahara y Adhikary, 2009; Cabello et al., 2010; Payne, 2005; Areán, 2000; Taylor, 2007; Bancalero, Aguilera, Navarro, Carrión, Quirós y Ruiz, 2013).

En una investigación que consideró la frecuencia cardíaca como un índice importante de actividad autonómica provocadora de infarto en pacientes con cardiopatía isquémica y neuropatía diabética, aplicó un programa de entrenamiento de respiración profunda, para reducir la frecuencia de eventos coronarios, obteniendo como resultado una disminución significativa en el registro de su frecuencia cardíaca, traduciéndose como una disminución de arritmias ventriculares, así como comorbilidad y mortalidad cardiovascular total (Kulur et al., 200).

3.1.1. RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA (RD).

La respiración puede llegar a ser clavicular, torácica o diafragmática, esta última es la más profunda de todas, debido a que el diafragma permite una mayor expansión pulmonar y con esto, mayores niveles de oxigenación. Además, cuando el abdomen se expande durante la RD, los músculos del pecho y los hombros, presentan menor movimiento, haciendo que la respiración sea de menor esfuerzo (Figura 5). La RD se asocia con la estimulación de una respuesta del sistema nervioso parasimpático (Vázquez, 2001).

La práctica de la RD consta de 4 fases (Oblitas, 2010):

1. Inspiración: Se toma aire por la nariz.
2. Pausa: Se retiene el aire por cuatro segundos.
3. Exhalación: Se expulsa el aire por la boca.
4. Pausa respiratoria: Involucra un descanso, para después repetir el ejercicio, empezando nuevamente por el paso 1.

La duración de cada ejercicio puede ser de dos minutos, se recomienda su práctica de dos a cuatro veces por día. La técnica puede ser aprendida en una sola sesión, aunque con el tiempo y la práctica, se pueden alcanzar altos niveles de profundidad (Vázquez, 2001).

En un estudio realizado con personas con cardiopatía isquémica (45), cardiopatía isquémica y diabetes (52), y cardiopatía isquémica y neuropatía diabética (48), se tomó la medida de variabilidad de la frecuencia cardíaca (VFC), en todos los pacientes, durante la evaluación inicial, se observó una disminución significativa ($p < 0.01$) en su VFC. Posteriormente, se les entrenó para realizar la RD; a los tres meses y al año de su primera medición de VFC, se observó un aumento significativo ($p < 0.01$ y $p < 0.05$ respectivamente), mejorando también los niveles de glucemia en los pacientes diabéticos (Kulur et al., 2009).

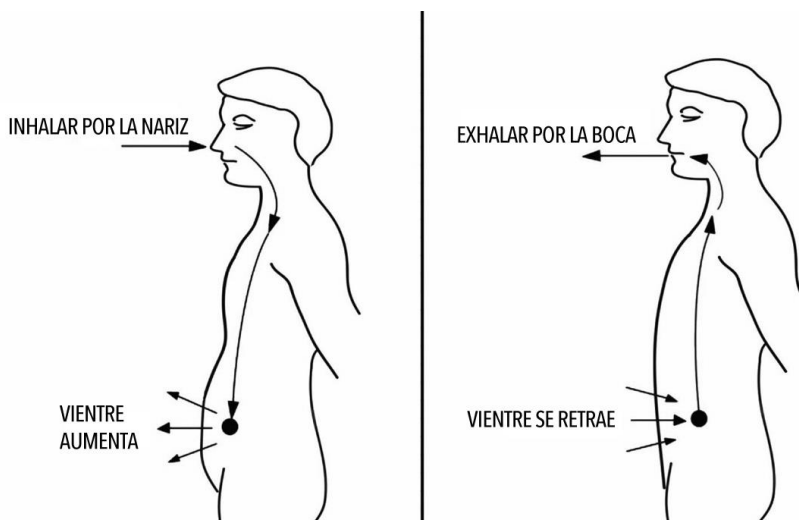


Figura 5. Ejercicios de respiración (López, 2017).

En otra investigación, pacientes con ECV, realizaron los ejercicios de RD en conjunto con ejercicio aeróbico, calisténico de resistencia progresiva, caminata y terapia ocupacional, logrando al final una mejoría en el esfuerzo físico (met.), elevando su consumo de oxígeno de 5 met. a 12.8 met., permitiendo así, que los pacientes se incorporaran de forma autónoma a sus actividades cotidianas y laborales (Cabello, Morales y Guerrero, 2010).

Los ejercicios de RD han demostrado ser útiles para reducir la ansiedad, la depresión, la irritabilidad, la tensión muscular y la fatiga. Más que la respiración torácica, la RD es esencial para obtener un estado de relajación, ya que la respiración torácica puede incrementar el gasto de la frecuencia cardíaca durante la inhalación, así como causar vasoconstricción periférica, mientras que el mayor uso de los músculos abdominales, tales como el diafragma, parecen provocar efectos contrarios (Oblitas, 2010).

Aplicación de la técnica de relajación (Cautela y Groden, 1988).

1. *Explicación.* Al paciente se le debe explicar para qué sirve la relajación y ante qué situaciones debe o puede practicarla, por ejemplo, cuando se encuentre angustiado o nervioso. Hacer relajaciones dos veces al día o en cualquier momento en que sea necesario, ayuda a mantener niveles bajos de estrés y ansiedad.
2. *La posición de la relajación.* Para practicar la relajación, se debe estar sentado en una silla lo más cómodo posible, con la cabeza recta sobre los hombros, los brazos deben estar ligeros, apoyando las manos sobre las piernas, la espalda debe estar tocando la espalda de la silla, las piernas no deben estar cruzadas, los pies se apoyan totalmente en el suelo (Figura 6).



Figura 6. Posición de relajación (Juventud Melilla (s/f)).

3. *Ejercicios de respiración.* Antes de la práctica de relajación, se debe ejercitar la respiración. Se pide al paciente que haga una inspiración profunda por la nariz; después, que mantenga el aire y trate de llevarlo hasta el abdomen, utilizando el diafragma, mientras mantiene el aire se pide que identifique la sensación de tensión en sus músculos; y después, que expulse el aire por la boca lentamente, mientras está exhalando se pide que identifique la sensación de relajación en sus músculos. Se realiza el ejercicio cinco veces.
4. *Práctica.* En esta fase, es importante recalcar la importancia de la práctica y los beneficios de la relajación. Durante las primeras sesiones, el terapeuta debe guiar al paciente en todo momento. Se sugiere que, una vez entendido el ejercicio, el paciente practique la relajación con los ojos cerrados. Se realizan de diez a quince respiraciones profundas. Se debe sugerir que se realice el ejercicio al menos dos veces al día (de quince a veinte minutos diarios).

La práctica de la relajación es importante para su buena ejecución. Sin embargo, a través del tiempo, se han detectado ciertos factores que deben de ser tomados en cuenta en la práctica clínica al momento de utilizar las técnicas de relajación (Cautela y Groden, 1988):

Problemas orgánicos. Es conveniente consultar con el médico antes de aplicar las técnicas de relajación a pacientes con trastornos orgánicos (por ejemplo, personas que sufren de HTA, artritis degenerativa o lesiones musculares severas).

Problemas en las tareas a realizar en casa. Los pacientes llegan a informar que presentan dificultades para concentrarse en el procedimiento debido a estar en un ambiente muy ruidoso, o

no saber evadir pensamientos que los distraen, por falta de tiempo para practicar, o falta de control sobre el ejercicio en ausencia del terapeuta.

Para fomentar la práctica en este tipo de situaciones, al terapeuta se le recomienda (Cautela y Groden, 1988):

- ❖ Insistir en la importancia de la relajación como habilidad que necesita practicarse.
- ❖ El reforzamiento encubierto, que consiste en pedir al paciente durante el entrenamiento que imagine que está practicando en casa y que se encuentra cómodo y relajado.
- ❖ Pedir cooperación de las personas que viven en el mismo hogar del paciente, para que tenga algún tiempo de tranquilidad.
- ❖ Pedir al paciente compromiso a través de un control preciso de la duración de la relajación, el lugar y el número de veces que la practicará por día.

Problemas encontrados durante las sesiones de entrenamiento:

- ❖ Timidez: Es conveniente que el terapeuta explique desde el inicio de la sesión las instrucciones claras y precisas de la práctica de la relajación, por ejemplo, el tipo de ropa que se sugiere usar (algo cómodo), no utilizar ningún accesorio que haga presión sobre la piel (anteojos, relojes, aretes, etc.), mantener una posición adecuada, etc.
- ❖ Miedo al fracaso: Es importante no criticar al paciente, sino, más bien, guiar y supervisar la ejecución adecuadamente, y elogiar cualquier aproximación a la conducta deseada.

- ❖ Enfermedad durante el entrenamiento: Si el paciente o el terapeuta están enfermos (por ejemplo, infección en vías respiratorias), la sesión puede ser aplazada o reducida para practicar en otra ocasión.

3.1.2. IMAGINERÍA GUIADA.

La imagería o la visualización, es un proceso que hace uso de los sentidos, es pensar en imágenes en oposición al pensamiento con palabras. quien dirige la técnica, debe inducir al paciente, por medio de instrucciones una escena imaginaria o un "lugar especial", haciendo uso de los distintos canales sensoriales, pidiendo a la persona que evoque un recuerdo sobre una imagen, un sonido, un olor específico, la textura, temperatura e, incluso, la sensación del cuerpo en movimiento. La implementación de esta técnica, tiene como beneficio la relajación profunda, además de habilitar al paciente para tener la capacidad de distraer su mente de pensamientos estresantes. El tiempo que se le debe dedicar a esta técnica va de diez a quince minutos (Payne, 2005).

El objetivo principal de la técnica es que el paciente aprenda con profundidad la habilidad de la relajación, de manera que pueda ponerla en práctica con facilidad en cualquier situación que le cause tensión. Para favorecer el hecho de que las imágenes relajantes se perciban con claridad, y resulten eficaces, además de ser relajantes por sí mismas, deben abarcar un mayor número de sensaciones. Por ejemplo, la escena de estar tumbado en la arena de la playa es una buena imagen, no sólo por el hecho de tratarse de una situación relajante, sino porque permite incrementar el poder de la sugestión de la misma al contener elementos visuales (cielo azul, nubes, el mar), auditivos (sonido de las olas), cinestésicos (sensaciones de peso, de estar hundido en la arena), olfativas, táctiles, etc. (McKay, Davis y Fanning, 2000).

Es importante que el aplicador advierta al paciente sobre la posible serie de sensaciones que pueda llegar a experimentar; tal vez, sensaciones que nunca antes había sentido. Son sensaciones, producto de la relajación que, en general, son muy agradables. Así, puede aparecer pesadez en el cuerpo, o sensación de ingravidez, dificultad para reconocer la posición en la que se encuentra, imposibilidad de movimiento, sensación de abandonar el cuerpo, etc. (McKay et al., 2000).

Una investigación realizada por Illing y col. (1978) llevaron a cabo estudios parciales con la estrategia de inoculación a la tensión, para incrementar la tolerancia al dolor, reducir la tensión hacia el tratamiento y reducir la tensión hacia el tratamiento e, indirectamente, el miedo anticipatorio en pacientes que iban a tener una cirugía bucal; en esta se incluyó el entrenamiento en relajación, instrucciones de habilidades de manejo cognoscitivo y la exposición al estímulo estresante. En comparación con un grupo control, que incluyó la lectura de un folleto sobre los avances del tratamiento dental, los sujetos del grupo experimental regresaron al tratamiento y lo completaron con niveles de ansiedad significativamente más bajos.

A partir de ello, Illing y col. (1978) mencionan que las sugerencias para controlar la tensión en el consultorio recaen en tres categorías:

- 1) Control Percibido, en la que el paciente evaluará una situación potencialmente amenazante, como menos amenazante, si siente que tiene control sobre ella.
- 2) Distracción. Si la atención del paciente se desvía fuera del proceso quirúrgico, experimentará menos tensión o ansiedad.
- 3) Relajación. En lugar de fármacos.

En resumen, la técnica de la imaginería guiada, busca una reducción en las sensaciones musculares hacia las áreas sensoriales cerebrales, o bien, busca reducir las respuestas musculares ante las órdenes procedentes de las áreas cerebrales motoras. Cuando los músculos están relajados, se activan menos receptores musculares, por lo que la información de esta parte del cuerpo que llega del cerebro, es menor (McKay et al., 2000).

3.2 TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS (SP).

La mayoría de las personas con ECV post-operadas, presentan síntomas de depresión, ansiedad y un deterioro en su calidad de vida. Esta condición, dificulta a los pacientes tener una estrategia adecuada en la búsqueda de alternativas de solución que les permitan adaptarse a los problemas derivados de su enfermedad; aparece un sentimiento de abandono y disminuye la posibilidad de mejorar, aumentando la probabilidad de reingresar al hospital, o sufrir un infarto fulminante (Cuartas et al., 2008). Dicho de otra manera, al no encontrar la solución a algún problema, las personas empiezan a tener malestares. Si las estrategias de afrontamiento fracasan, suele aparecer un sentimiento creciente de abandono que dificulta la búsqueda de soluciones nuevas, el problema comienza a parecer indescifrable y la ansiedad, la tristeza y la desesperación pueden llegar a niveles paralizantes (Reynoso y Seligson, 2005).

Ante este panorama, es útil aplicar una técnica de solución de problemas (SP). En este proceso, a los pacientes se les enseña a identificar el problema, haciendo que se esfuercen por descubrir, aplicar y verificar un conjunto de habilidades específicas para tener un efecto sobre la dificultad y lograr los objetivos que se plantean durante el mismo proceso de la solución de problemas (Reynoso y Seligson, 2005; Oviedo, Giner, Iriondo, López, Martín, Russo y Vargas, 2015).

La SP se compone de cinco fases. El proceso es en todo momento activo, flexible y no implica unidireccionalidad (Nezu, Nezu y Lobardo, 2006; Caro, 2007; Becoña, 2008; Oviedo et al., 2015):

1. Orientación hacia el problema: Se trata de observar que actitud previa del individuo puede estar dificultando un buen afrontamiento. Se debe favorecer en la persona una orientación constructiva hacia el problema, promover una reflexividad y aprender a identificar situaciones-problema. Para esta primera etapa el modelo suele utilizar técnicas como el debate de ideas irracionales, el alto al pensamiento y la terapia cognitiva de Beck. En esta parte se consideran importantes cinco puntos:

- a. Percepción del problema: se tiene que desarrollar a mejorar la habilidad para detectar y clasificar un problema.
- b. Atribuciones sobre el problema: donde el individuo explorara las causas o contexto donde surgió el problema.
- c. Valoración del problema: cuál es el significado que tiene el problema para lograr el bienestar personal.
- d. Control personal: que el problema se perciba como controlable y con solución. Se debe fomentar la autoeficacia y la visualización de los problemas como retos.
- e. El sujeto tendrá que ser consciente del compromiso de tiempo y esfuerzo para solucionar su problema.

2. Definición y formulación del problema: El objetivo en esta etapa será identificar y evaluar el problema e identificar una solución realista. Recoger la información relevante, basada en hechos y no en creencias o en inferencias arbitrarias, el problema será descrito e términos

concretos, si tiene solución y es simple o complejo. La solución u objetivos deberán ser específicos y lo más concretos posibles, evitando que sean poco realistas o inalcanzables.

3. Generación de alternativas: El objetivo de este paso es generar distintas alternativas para disponer de tantas soluciones alternativas como sea posible. Se guía con tres principios: cantidad, cuantas más ideas se produzcan mayor será la posibilidad de generar ideas de calidad, el aplazamiento de juicio, una persona produce mejores y más soluciones cuando no tiene que generarlas en el momento de la situación-problema y el principio de variedad, pensar en un rango amplio de respuestas desde distintos enfoques. Finalmente se tienen que lograr soluciones relevantes, específicas y planeadas.

4. Toma de decisiones: Es seleccionar la mejor alternativa o combinación de éstas, para maximizar los resultados positivos y minimizar los negativos. Para cada solución se indican los costes y beneficios, a corto y largo plazo, y se juzga el resultado esperado o la utilidad de cada alternativa.

5. Puesta en práctica de la solución y verificación de resultados: La eficacia de la solución debe comprobarse empíricamente, aplicándola a la vida real, observando y registrando los resultados. En caso de existir alguna discrepancia en el resultado esperado, siempre se puede volver a pasos anteriores del proceso de SP, dejando claro que las soluciones perfectas no son alcanzables. El paso cinco se compone de cuatro fases:

a. Ejecución: la puesta en práctica de la solución. Esta puede estar mediada por otros factores como la motivación, inhibición social o algún déficit en las habilidades ejecutivas (asertividad, empatía, etc.).

b. Auto observación: consiste en la observación de la propia conducta de ejecución de la solución y sus resultados.

c. Autoevaluación: se compara el resultado de la solución observada con el resultado esperado para la situación.

d. Auto reforzamiento: puede ser por medio de una afirmación o algo más tangible como una actividad.

En el proceso completo de SP aplicado en pacientes con situación de hospitalización, no suele incluir el primer paso, puesto que, suele ser difícil tener el conocimiento o aprender tan rápido la habilidad de orientarse hacia el problema, además, se requiere un mayor número de sesiones. De esta manera, las cuatro fases restantes, se dividen en siete pasos: definición del problema, establecimiento de una meta, generación de soluciones, toma de decisiones, selección de la solución, puesta en práctica y evaluación. Para la implementación completa de este programa, se recomiendan seis sesiones; la primera de 1 hora, y las cinco restantes, de 30 minutos. Durante las sesiones, más que presentar cada paso de manera secuencial durante el curso del tratamiento, todos los pasos se deben enseñar en la primera sesión, y las posteriores, se dedicaran a consultar el progreso y las tareas para casa y asegurarse que se comprenda cómo poner en práctica el programa de SP (Areán, 2000).

La terapia de SP no se ha probado específicamente en pacientes con cardiopatía valvular, pero en estudios realizados para disminuir los síntomas físicos medicamente ni explicables (somatización) en personas que acudían a cita médica, resultó ser efectiva, mostrando diferencias significativas en cuanto a una disminución de la intensidad de los síntomas y en su duración en

comparación con el grupo control (De la Rosa-Melchor, Ramírez, Garza-Elizondo, Riquelme-Heras, Rodríguez-Rodríguez y Durán-Gutiérrez, 2013).

La aplicación del programa de SP ha sido exitosa en personas gravemente deprimidas, donde han existido intentos de suicidio, o frecuentes pensamientos de ideas suicidas. De manera similar, ha demostrado ser efectiva para tratar la depresión en personas hospitalizadas (Areán, 2000).

Nezu y sus colaboradores (2013), realizaron una revisión para verificar la eficacia de la terapia de SP en pacientes oncológicos, corroborando que es efectiva para disminuir problemas psicológicos como la depresión, ansiedad y aumentar la calidad de vida, e incluso, se demostró que la SP capacita a las personas para adquirir habilidades que le ayudarán a afrontar los estresores del cáncer y sus tratamientos.

3.3 PSICOEDUCACIÓN.

A la par del entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante un problema médico, tales como técnicas de relajación, se debe aplicar un programa de psicoeducación, que habilite al paciente para tomar decisiones sobre su enfermedad, así como recibir información sobre su enfermedad y sus cuidados (factores de riesgo, signos y síntomas de la enfermedad, cómo tratar los síntomas y cómo evitar recaídas o reingresos al hospital), y tener una buena adherencia terapéutica (Taylor, 2007).

La psicoeducación es un proceso mediante el cual se facilita y resume información científica actual y relevante para responder preguntas del paciente acerca del origen, la evaluación y el óptimo abordaje de su padecimiento. Este proceso involucra la parte biológica que incluye desarrollo de tratamientos y explicación de la enfermedad; la parte cognitiva, que puede ser la

relación que hay entre la enfermedad, como la cardiopatía valvular, y su complicación o desarrollo con otros factores, como la ansiedad, el estrés y la depresión; además, incluye una rehabilitación social y vinculación con la institución que proporciona el tratamiento (Albarrán y Macías, 2007).

La psicoeducación, debe ir en torno al proceso de comunicación entre el profesionalista y el paciente, dejando claras las instrucciones, utilizando un lenguaje comprensible y ajustado a cada nivel educativo de las personas; a la empatía, la asertividad y la búsqueda de la retroalimentación sobre la información comprendida por la persona. Para que un programa de psicoeducación sea exitoso, su aplicación debe estar relacionada con un programa de intervención multimodal que tenga objetivos terapéuticos amplios, dirigidos a producir un cambio conductual. Además, se sugiere (Arrivillaga, Correa y Salazar, 2007):

- ❖ Lograr que el paciente comprenda su enfermedad, las características, etiología, la evaluación y el tratamiento.
- ❖ Facilitar la adopción de conductas de autocuidado.
- ❖ Que el paciente evalúe los beneficios de pertenecer a un programa de intervención o de su adherencia terapéutica.
- ❖ Que el paciente valore los riesgos de mantener conductas nocivas para su salud.
- ❖ Que el paciente evalúe su sentido de autoeficacia y control de su propia salud.
- ❖ Que el paciente comprenda la relación entre la presencia de factores de riesgo psicosocial y la aparición de las enfermedades.
- ❖ Revisar los efectos secundarios de los medicamentos, para anticipar el riesgo de abandonar la prescripción médica.

- ❖ Involucrar una red de apoyo social, de manera que el paciente y los que lo rodean, sean partícipes del proceso de adhesión al tratamiento y reducción de riesgo psicosocial.
- ❖ Reestructurar las ideas irracionales que el paciente tenga acerca de su enfermedad, su tratamiento y sus causas.

Taylor (2007), reúne información sobre los beneficios de un programa de psicoeducación en pacientes con enfermedad crónica, como la isquemia. De entre las ventajas que este autor reporta, está el conocimiento de la enfermedad, la reducción de los niveles de ansiedad, el aumento del sentimiento de propósitos y de planes a futuro, la reducción del dolor y la depresión, además de que mejora las estrategias de afrontamiento y aumenta la adherencia terapéutica. Estas mismas ventajas, se observaron también en una investigación realizada con dos grupos de mujeres con cáncer; el grupo que recibió el programa de psicoeducación reportó una $r=.22$ ($p<0.01$), mientras que el grupo contraste reportó una $r=.16$ ($p<0.05$). Este procedimiento, es responsable, en promedio, de un 39% de los efectos positivos que se obtienen en los programas de prevención y rehabilitación cardiovascular (Bancalero et al., 2013).

En una investigación realizada en el Hospital de Santa María en Cartagena, se aplicó un programa de preparación psicológica en 26 pacientes con diagnóstico inestable de cardiopatía isquémica. El programa, tuvo una duración de 10 semanas, consistió en cuatro módulos: 1) ejercicio físico (caminata 1hr. al día, natación 60 min. al día, y ejercicio aeróbico ligero); 2) relajación y respiración (relajación progresiva de Berstein y Barckovec); c) psicoeducación (causas y origen de la enfermedad coronaria, factores de riesgo, beneficios del ejercicio y la relajación, y dieta cardiosaludable); y d) procesos cognitivos (forma de pensar, conducta sexual, tabaquismo, ira, hostilidad y cómo actuar). La muestra se dividió en un grupo control y un grupo

experimental y se realizó una pre y una post evaluación a ambos grupos. Durante la post evaluación, el grupo control reportó un aumento en los niveles de ansiedad, mientras que en el grupo experimental, los niveles disminuyeron. En cuanto a la depresión, el grupo control aumentó sus índices a niveles de depresión patológicos, mientras que en el grupo experimental hubo un descenso de puntuación. Y, por último, el grupo control tuvo 1.6 reingresos hospitalarios, mientras que el grupo experimental, ninguno (Garcés, Veladrino, Conesa y Ortega, 2002).

En otro estudio, realizado en la última década, se desarrolló un programa de intervención multimodal para disminuir los niveles de ansiedad prequirúrgicos. Este programa se aplicó a 51 pacientes antes de ser operados (27.4% pacientes con problemas ortopédicos, 21.5% pacientes con problemas ginecológicos, 11.76% pacientes con problemas urológicos, y 9.8% candidatos a cirugía plástica). El programa incluía psicoeducación, reforzamiento positivo y respiración diafragmática. En la primera evaluación, se reportó que el 49% de los pacientes, mostró ansiedad leve, el 27.5% ansiedad moderada, y el 23.5% ansiedad severa. La sumatoria total de los pacientes que presentaban ansiedad moderada y severa fue de 51%. Para la segunda evaluación, después de la cirugía, el promedio de ansiedad reportada disminuyó a leve. Los investigadores pudieron concluir que la aplicación de un programa de preparación psicológica, es eficaz para favorecer una visión realista de la cirugía y controlar o disminuir la presencia de la ansiedad (Carapia-Sadurni, Mejía-Terrazas, Nacif-Gobera y Hernández-Ordóñez, 2011).

En resumen, las técnicas antes descritas, han demostrado de forma aislada su capacidad para incidir de manera significativa disminuyendo trastornos psicofisiológicos, tales como la ansiedad, la depresión, el estrés, la ira, etc., y algunas técnicas, también han demostrado que pueden producir cambios igualmente significativos en la presión arterial, el pulso sanguíneo y

promover estados de relajación. Sin embargo, la tendencia actual, son los programas de intervención que incluyen un conjunto de técnicas, siendo la opción con la cual se obtiene resultados más satisfactorios.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En México, durante el 2015 se registraron más de 128 mil muertes a causa de una enfermedad cardiovascular (INEGI, 2015). La enfermedad valvular ocupa el segundo lugar de frecuencia entre las patologías cardiovasculares luego de la enfermedad coronaria (Bustamante et al., 2008).

En pacientes con cardiopatía valvular candidatos a cirugía cardíaca, el conocimiento inadecuado de la enfermedad, que a su vez disminuye la percepción de riesgo en los pacientes, produce efectos nocivos para su recuperación, alterando negativamente su calidad de vida relacionada con la salud. Debido a que estos pacientes constituyen una población creciente en riesgo de padecer alteraciones psicológicas, es importante crear e implementar protocolos de evaluación e intervención psicológica en México para pacientes con estas características; diseñados para modificar su conocimiento y percepción de riesgo de la enfermedad, y mejorar su calidad de vida.

Con el propósito de determinar la efectividad de un programa de preparación psicológica, para modificar estos factores psicosociales en la población mexicana, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿La implementación de un programa de preparación psicológica para procedimientos invasivos en cirugía cardíaca, modificará el conocimiento y la percepción de riesgo de la enfermedad y mejorará la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con valvulopatía cardíaca?

JUSTIFICACIÓN.

Existen investigaciones en las que se ha evidenciado que los factores psicosociales juegan un papel importante en el desarrollo de las enfermedades cardíacas y la calidad de vida relacionada con la salud.

A su vez, se han empezado a tomar en cuenta algunos otros factores que sirven para prevenir el desarrollo de estas enfermedades, como el conocimiento de la enfermedad, la percepción de riesgo y los programas de preparación psicológica.

El conocimiento de la enfermedad y la percepción de riesgo, son factores psicosociales que podrían ser modificados con la implementación de un programa de preparación psicológica que incluya técnicas como la psicoeducación, solución de problemas y técnicas para el manejo del estrés. La relación entre el conocimiento de la enfermedad, la percepción de riesgo y la calidad de vida relacionada con la salud, se ha demostrado ya en diferentes investigaciones realizadas en distintas regiones (Juergens et al., 2009; Barreiro, Velasco, Renilla, Torres, Martín y De la Herrera, 2013; Akintunde et al., 2015; Surka et al., 2015).

En diferentes poblaciones se ha demostrado que la atención y modificación de estos factores tienen efectos favorables en la vida de los pacientes, tales como la adopción de conductas preventivas para reducir la carga de enfermedades cardiovasculares (Akintunde et al., 2015), una adecuada adherencia al tratamiento, acceso rápido para los pacientes con riesgo de descompensación de su enfermedad a los medios sanitarios para control y ajuste de su medicación (Grady et al., 2000; Fortaleza-Rey et al., 2001; citado en Yera-Casas, Mateos-Higuera, Ferrero-Lobo y Páez-Gutiérrez, 2008), además de creencias positivas hacia la recuperación postquirúrgica como capacidad y buen funcionamiento físico y menores síntomas

depresivos, lo que ocasiona que los pacientes con ECV tengan una mejor percepción de su calidad de vida.

Sin embargo, no se han puesto en práctica intervenciones cognitivas preoperatorias dirigidas a cambiar las creencias de la enfermedad para mejorar el funcionamiento físico y la discapacidad después de la cirugía cardíaca (Silvera, Chamorro, Silveira, Ormaechea y Álvarez; Juergens et al., 2009), y existen pocas investigaciones que realicen evaluaciones de seguimiento para comprobar la mejora de la calidad de vida después de la hospitalización (Ramos et al., 2011).

A pesar de que existe evidencia, las investigaciones para evaluar y modificar estos factores psicosociales en esta población clínica en México es escasa. Por esto mismo, el trabajo del psicólogo en el contexto hospitalario, particularmente en la atención de pacientes hospitalizados, candidatos a cirugía cardíaca, permitirá contribuir al avance del conocimiento de estos factores.

HIPÓTESIS.

- ❖ Un programa de preparación psicológica para procedimientos Invasivos en cirugía cardíaca, modificará el conocimiento y la percepción de riesgo de la enfermedad, mejorando la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cardiopatía valvular atendidos en el Servicio de Cardiocirugía de Centro Médico Nacional IMSS Siglo XXI.

OBJETIVOS.

General.

- ❖ Implementar un programa de preparación psicológica para procedimientos invasivos en cirugía cardíaca para producir cambios en el conocimiento de la enfermedad, la

percepción de riesgo y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con valvulopatía cardíaca.

Específicos.

En pacientes con valvulopatía candidatos a cirugía cardíaca del servicio de Cardiocirugía del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS:

- ❖ Describir las características sociodemográficas de los pacientes candidatos a cirugía cardíaca.
- ❖ Evaluar en el contexto hospitalario el nivel de conocimiento de la enfermedad, de la percepción de riesgo de la enfermedad y de la calidad de vida relacionada con la salud.
- ❖ Implementar un programa de preparación psicológica para procedimientos invasivos en cirugía cardíaca (PPPPICC) que permita modificar el nivel del conocimiento de la enfermedad y la percepción de riesgo de la enfermedad, y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud.
- ❖ Valorar el impacto del PPPPICC para procedimientos invasivos, comparando los resultados de las variables psicológicas (conocimiento de la enfermedad, percepción de riesgo de la enfermedad y calidad de vida relacionada con la salud) del Grupo 1 (grupo control) y el Grupo 2 (grupo experimental), antes, después de la cirugía y durante un seguimiento a ocho meses después de la cirugía.
- ❖ Valorar el impacto del PPPPIC para procedimientos invasivos, comparando los resultados de las variables psicológicas (conocimiento de la enfermedad, percepción de riesgo de la enfermedad y calidad de vida relacionada con la salud) del Grupo 1

(grupo control) comparado con el Grupo 2 (grupo experimental), antes, después de la cirugía y durante el seguimiento ocho meses después.

DEFINICIÓN DE VARIABLES.

❖ *Calidad de Vida Relacionada con la Salud.*

Definición conceptual.

Percepción personal sobre el impacto de la enfermedad o el tratamiento sobre los sentimientos de bienestar y la capacidad para hacer las actividades que son importantes (Fernández-López, Hernández-Mejía y Siegrist, 2001).

Definición operacional.

Puntuación total obtenida en el Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la salud (CVRS). La escala se divide en 7 dimensiones: Limitaciones físicas ($\alpha=.84$), Síntomas ($\alpha=.84$), Autoeficacia ($\alpha=.41$), Calidad de vida ($\alpha=.66$), Interferencia social ($\alpha=.84$), Estado funcional ($\alpha=.89$) y Resumen clínico ($\alpha=.90$), donde los puntajes más altos indican que el paciente se percibe con una mejor CVRS (Ramos et al., 2011).

❖ *Percepción de riesgo de la enfermedad.*

Definición conceptual.

Vulnerabilidad y gravedad percibida para lograr un cambio en la conducta y el pensamiento. La conducta preventiva concreta que el sujeto adopte será aquella que comporte mayores beneficios percibidos y menos costes para reducir la amenaza de enfermedad (Leventhal et al., 1984).

Definición operacional.

Puntajes obtenidos del Illness Perception Questionnaire Revised (IPQ-R) (Moss-Morris et al., 2002). La escala se divide en 12 dimensiones: Identidad, Temporalidad (aguda/crónica) ($\alpha=.89$), Temporalidad (clínica) ($\alpha=.79$), Consecuencias ($\alpha=.84$), Control personal ($\alpha=.81$), Control de tratamiento ($\alpha=.80$), Representaciones emocionales ($\alpha=.88$), Coherencia con la enfermedad ($\alpha=.87$), Atribuciones psicológicas ($\alpha=.86$), Factores de riesgo ($\alpha=.77$), Inmunidad ($\alpha=.67$) y Accidente o azar ($\alpha=.23$), en donde los puntajes más altos indican mayor percepción de riesgo de la enfermedad.

❖ *Conocimiento de la enfermedad.*

Definición conceptual.

Conocimiento adecuado sobre la enfermedad cardiovalvular, los factores de riesgo y las actividades preventivas de las ECV (Amariles, Baena, Faus, Machuca, Tudela, Barris, Sevilla et al., 2005).

Definición operacional.

Información obtenida a través del cuestionario Conocimiento sobre “su enfermedad” (Noda, Pérez, Malaga, Aphanh, 2008). El cuestionario incluye 16 preguntas referidas a etiopatogenia, diagnóstico, tratamiento, efectos adversos y complicaciones de la cardiopatía valvular.

❖ *Programa de Preparación Psicológica para Procedimientos Invasivos en Cirugía Cardíaca.*

Definición conceptual.

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

Definición operacional.

Programa de preparación psicológica diseñado para modificar el conocimiento de la enfermedad, la percepción de riesgo de la enfermedad y la calidad de vida relacionada con la salud, que incluye las técnicas de respiración diafragmática (Oblitas, 2010), solución de problemas (Nezu et al., 2006; Caro, 2007; Becoña, 2008; Oviedo et al., 2015), imaginiería guiada (McKay et al., 2000) y psicoeducación (Arrivillaga et al., 2007).

MÉTODO

DISEÑO.

- ❖ Estudio de tipo transversal de medidas repetidas cuasi-experimental pre-post test con grupo control (Montero y León, 2005).

ESCENARIO.

- ❖ Unidad Médica de Atención Especializada (UMAE) del servicio de Cardiocirugía del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

PARTICIPANTES.

- ❖ Muestra intencional no probabilística de 19 pacientes con valvulopatía cardíaca.

Criterios de inclusión:

- ❖ Pacientes con valvulopatía candidatos a cirugía valvular del servicio de Cardiocirugía del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS.
- ❖ Hombres y mujeres.
- ❖ Alfabetizados.

Criterios de no inclusión:

- ❖ Pacientes que presentan problemas de salud crónicos en etapa avanzada (insuficiencia renal, EPOC).
- ❖ Pacientes que durante el estudio tomen ansiolíticos y antidepresivos.

Criterios de eliminación:

- ❖ Se eliminaron a los que tengan evaluaciones incompletas.

MATERIALES E INSTRUMENTOS.

- ❖ Ficha de datos generales. Datos personales, información sociodemográfica e información clínica de los pacientes.
- ❖ Cuestionario de Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS - Ramos et al., 2011).
- ❖ Cuestionario de Percepción de la enfermedad (IPQ-R - Moss-Morris et al., 2002).
- ❖ Cuestionario de Conocimiento sobre “su enfermedad” (CE - Noda et al., 2008).
- ❖ Una tableta electrónica, para presentar el material didáctico del PPPPICC.

PROCEDIMIENTO.

La aplicación del trabajo se dividió en dos fases aplicadas en cinco sesiones. En la primera fase se realizó la evaluación psicológica tanto al Grupo 1 (grupo control) como al Grupo 2 (grupo experimental), éstas comprendían la sesión 1, 4 y 5 con duración de 30 minutos cada una. Posteriormente, se les preguntaba a los pacientes cuándo sería su próxima cita con el médico; si aún contaban con al menos 4 días disponibles antes de su cirugía, se les asignaba al grupo experimental y se les hacía una cita para empezar a recibir el Programa de Preparación Psicológica para Procedimientos Invasivos en Cirugía Cardíaca (PPPPICC) que comprendían las sesiones 2 y 3 - (Tabla 2).

Tabla 2. Cronograma de aplicación de actividades del protocolo del PPPPICC (elaborado por Méndez, 2018).

Actividad	Sesión	Duración
Fase 1. Evaluación psicológica		
<i>(Para grupo control y grupo experimental)</i>		
Pre evaluación psicológica.	1 Primer contacto.	30 minutos.
Post evaluación psicológica.	4 Dos semanas después del primer contacto.	30 minutos.

Seguimiento.	5 Ocho meses después de la cirugía.	30 minutos.
Fase 2. Aplicación del PPPICC. (Para grupo experimental)		
Técnica de respiración diafragmática.	2	20 minutos.
Técnica de solución de problemas.		30 minutos.
Técnica de imaginería guiada.	3	40 minutos.
Psicoeducación		20 minutos.

A todos los pacientes se les realizó la pre evaluación psicológica de manera individual en la primera sesión con duración aproximada de 30 minutos en el área de consulta externa y/o en el área de hospitalización de la UMAE.

Después de firmar la Carta de consentimiento informado (Anexo 1). Los instrumentos se aplicaron en el siguiente orden:

1. Ficha de datos generales (Anexo 2).
2. Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS - Anexo 3).
3. Cuestionario de percepción de la enfermedad (IPQ-R – Anexo 4).
4. Cuestionario de conocimiento sobre “su enfermedad” (CE – Anexo 5).

En la segunda fase, al grupo experimental se le aplicó el PPPICC, constituido por cuatro técnicas:

1. Técnica de la respiración diafragmática.
2. Técnica de solución de problemas (SP – Anexo 6).

3. Técnica de imaginiería guiada (Anexo 7).

4. Psicoeducación.

Las primeras dos técnicas del PPPICC, se aplicaban en la segunda sesión en 1 hora. Durante los primeros 20 minutos se le enseñaba al paciente la técnica de la respiración diafragmática. Al finalizar, se le sugería repetir el ejercicio tres veces al día, siempre antes de cada alimento. Los 40 minutos restantes de la sesión se trabajaba la técnica de solución de problemas siguiendo el formato diseñado, en donde se buscaba que el paciente comentara una situación-problema que pudiera presentársele al momento de estar hospitalizado (por ejemplo, falta de apetito, tristeza por no poder ver a sus familiares, vergüenza al quitarse la ropa y ponerse la bata del hospital), para después generar algunas alternativas que pondría en práctica en su momento.

La tercera sesión tuvo una duración de 1 hora. Al principio de la sesión se hizo una revisión de la sesión anterior, para verificar si el paciente tenía dudas en la ejecución y comprensión de los ejercicios. Después, en los primeros 40 minutos, se brindó la psicoeducación, donde se les daba información sobre la etiopatogenia de la enfermedad, el proceso de la cirugía, las recomendaciones para la recuperación y las sugerencias para el cambio del estilo de vida. Los 20 minutos restantes de la sesión, se aplicó la técnica de imaginiería guiada.

Una vez finalizada la aplicación del PPPICC pacientes ingresaban a cirugía, para posteriormente ingresar a Terapia Postquirúrgica (TPQ) y, entre tres y siete días después, regresaban al área de hospitalización, en donde se realizaba la post evaluación psicológica (aproximadamente dos semanas después de la pre evaluación), tanto al G1 como al G2 con duración aproximada de 1 hora. Se aplicaron los mismos instrumentos que en la primera evaluación.

En la quinta y última sesión, se realizó el seguimiento vía telefónica después de ocho meses de haber sido operados.

ANÁLISIS DE DATOS.

Para el análisis de datos se utilizó un paquete estadístico SPSS versión 21.

Se realizaron análisis descriptivos y con medidas de tendencia central y frecuencias para identificar las características de la muestra.

También se realizó un análisis de comparación de medias intragrupal con la prueba estadística de Wilcoxon; y un análisis de comparación de medias entre grupo control y grupo experimental utilizando la prueba de U de Man-Whitney.

La muestra evaluada no cumplió con los criterios normativos de la población, por lo que se utilizó la fórmula de cambio clínico objetivo, para obtener la diferencia entre la puntuación del pretest-postest, postest-seguimiento y pretest-seguimiento. Se asume un cambio clínicamente significativo cuando el puntaje es mayor al 20% (Cardiel, 1994).

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El estudio se realizó bajo los principios de la bioética, con autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia. Para la participación de los pacientes en la evaluación psicológica se informó sobre sus derechos institucionales, tales como el acceso a un servicio humano y de calidad, la opción de participar o no y de reiterar su conocimiento en cualquier momento, sin exponerse a ningún tipo de desagrazos, incumplimiento en la confidencialidad de la información o falta de respeto de sus creencias.

RESULTADOS

❖ Datos sociodemográficos.

Se evaluaron 15 pacientes, 10 mujeres (66.7%) y 5 hombres (33.3%), con una edad media de 64.27 años (DE 11.55), mayormente procedentes de la Ciudad de México (93.3%). El 73.3% de los pacientes eran casados o vivían en unión libre, 2 eran divorciados (13.3%), 1 era soltero (6.7%) y otro era viudo (6.7%). El 53.3% tenía un grado máximo de estudios de nivel preparatoria o carrera técnica, 1 sólo había estudiado una licenciatura (13.3%), y el resto tenían un nivel de estudios de nivel básico (secundaria 13.3% y primaria 20%). El 53.3% se dedicaba al hogar, 4 eran pensionados o jubilados (26.7%), y 3 eran empleados (20%) - (Tabla 3).

Tabla 3. Datos sociodemográficos.

N= 15	n	%
Edad 64.27±11.55 años (35 – 81)		
Sexo	Hombre	5 33.3%
	Mujer	10 66.7%
Procedencia	Local	14 93.3%
	Foráneo	1 6.7%
Estado Civil	Soltero	1 6.7%
	Casado / Unión libre	11 73.3%
	Viudo	1 6.7%
	Divorciado	2 13.3%
Escolaridad	Primaria	3 20%
	Secundaria	2 13.3%
	Preparatoria / Carrera Técnica	8 53.3%
	Licenciatura	2 13.3%
Ocupación	Hogar	8 53.3%
	Empleado	3 20%
	Jubilado / Pensionado	4 26.7%

Para el estudio de las variables, se dividió la muestra en dos grupos (Tabla 4), al grupo control (G1) se le asignaron 7 participantes (46.7%), mientras que los 8 restantes (53.3%) fueron

asignados al grupo experimental (G2). Se realizó una prueba estadística para muestras independientes con el fin de conocer la diferencia de medias de las características sociodemográficas de los grupos de estudio. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas, por lo que se asumió que los grupos son iguales.

Tabla 4. Datos de la asignación de grupos (G1 y G2).

N= 15	Grupo Control		Grupo Experimental		ρ
n	7		8		
Edad	68 ± 6.55 años (56-74)		61 ± 14.28 años (35-81)		0.256
		%		%	
Sexo					0.143
Hombre	1	14.30%	4	50.00%	
Mujer	6	85.70%	4	50.00%	
Procedencia					0.333
Local	7	100%	7	87.50%	
Foráneo	0	0%	1	12.50%	
Estado Civil					0.566
Soltero	0	0%	1	12.50%	
Casado/ Unión libre	5	71.40%	6	75.00%	
Viudo	1	14.30%	0	0%	
Divorciado	1	14.30%	1	12.50%	
Ocupación					0.178
Hogar	5	71.40%	3	37.50%	
Empleado	0	0%	3	37.50%	
Jubilado/ Pensionado	2	28.60%	2	25.00%	
Escolaridad					0.705
Primaria	1	14.30%	2	25.00%	
Secundaria Preparatoria/ Carrera técnica	4	57.10%	4	50.00%	
Licenciatura	1	14.30%	1	12.50%	

Para la evaluación del seguimiento, sólo 9 pacientes participaron; 4 pertenecían al grupo control (57.1%) y 5 al grupo experimental (62.5%) - (Tabla 5).

Tabla 5. Datos del G1 y G2 en fase de seguimiento.

N=9	Grupo Control		Grupo Experimental	
n	4 (57.1%)		5 (62.5%)	
Edad	68±6.55 años (56-74)		61±14.28 años (35-81)	
Sexo				
Hombre	1	14.30%	4	50%
Mujer	6	85.70%	4	50%

A continuación se describen los resultados obtenidos de cada una de las variables psicológicas de la investigación.

❖ **Conocimiento de le enfermedad (CE).**

Grupo Control (G1)

El análisis descriptivo de la significancia estadística del conocimiento de la enfermedad, mostró que antes de la cirugía los pacientes del grupo control demostraron tener un conocimiento sobre su enfermedad regular, reflejado con 0.61 puntos en el nivel de *información sobre enfermedad valvular* (Tabla 6).

Tabla 6. Puntajes obtenidos por el G1 en el cuestionario de CE.

Grupo Control (G1)	Pre evaluación		Post evaluación		Seguimiento		ρ pre eva. y post eva.	ρ pre eva. y seg.	ρ post eva. y seg.
	X	DE	X	DE	X	DE			
	Información sobre su enfermedad valvular	0.61	0.23	0.61	0.23	0.83			
Conocimiento de Factores que provocaron la enfermedad valvular	0.66	0.26	0.71	0.23	0.70	0.28	0.40	0.29	0.32
Conocimiento de Factores que pueden provocar hospitalización por enfermedad valvular descompensada	0.73	0.21	0.76	0.18	0.89	0.07	0.58	0.16	1.00

En el *conocimiento de factores que provocaron la enfermedad valvular* obtuvieron 0.66 puntos (Tabla 6), reconociendo que estos factores no fueron la actividad sexual o la osteoporosis

(100%), beber alcohol o la enfermedad coronaria (85.71%), comer sal o la diabetes (71.42%), no hacer ejercicio, comer grasas o el colesterol alto (57.14%), fumar tabaco o la hipertensión arterial (42.85%) o la obesidad (28.57%) - (Tabla 7).

Tabla 7. Conocimiento de factores que propiciaron enfermedad valvular según el G1 (CE).

Grupo Control (G1)							
	Pre evaluación		Post evaluación		Seguimiento		
	%	No	%	No	%	No	
Fumar tabaco	42.85%	3	42.85%	3	50%	2	
Beber alcohol	85.71%	6	100%	7	100%	4	
Comer sal	71.42%	5	71.42%	5	50%	2	
No hacer ejercicio	57.14%	4	42.85%	3	50%	2	
Comer grasas	57.14%	4	57.14%	4	50%	2	
La actividad sexual	100%	7	100%	7	100%	4	
La diabetes	71.42%	5	71.42%	5	75%	3	
La obesidad	28.57%	2	85.71%	6	75%	3	
La presión alta	42.85%	3	57.14%	4	50%	2	
El colesterol alto	57.14%	4	57.14%	4	75%	3	
La osteoporosis	100%	7	71.42%	5	75%	3	
La enfermedad coronaria	85.71%	6	100%	7	100%	4	

En cuanto al *conocimiento de factores que pueden provocar hospitalización por enfermedad valvular descompensada* obtuvieron 0.73 puntos (Tabla 6); el 100% de los pacientes reconoció dentro de estos factores que un esfuerzo, la hipertensión arterial o no tomar la medicación adecuada podrían causar tales consecuencias; el 85.71% dijo que comer sal y con grasa, fumar tabaco y aumentar de peso también provocarían un reingreso al hospital; el 71.42% mencionó que una emoción y beber alcohol podrían afectarles; poco más de la mitad dijeron que tomar poco líquido también les afectaría (57.14%); la actividad sexual sólo la consideraron factor de riesgo en un 28.57%; y una gripe en un 14.28% (Tabla 8). Además, en este grupo, uno de los pacientes (14.28%) no estuvo dispuesto a recibir más información sobre su enfermedad cardíaca.

Tabla 8. Factores que pueden provocar hospitalización por enfermedad valvular descompensada según el G1 (CE).

Grupo Control (G1)							
	Pre evaluación		Post evaluación		Seguimiento		
	%	Sí	%	Sí	%	Sí	
Comer con grasa	85.71%	6	85.71%	6	100%	4	
Comer salado	85.71%	6	85.71%	6	100%	4	
Un esfuerzo	100%	7	71.42%	5	100%	4	
Una emoción	71.42%	5	85.71%	6	100%	4	
La presión alta	100%	7	100%	7	100%	4	
Tomar alcohol	71.42%	5	71.42%	5	100%	4	
Fumar tabaco	85.71%	6	85.71%	6	100%	4	
No tomar la medicación	100%	7	100%	7	100%	4	
Aumentar de peso	85.71%	6	85.71%	6	100%	4	
Una gripe	14.28%	1	57.14%	4	75%	3	
Tomar poco líquido	57.14%	4	71.42%	5	75%	3	
Actividad sexual	28.57%	2	14.28%	1	25%	1	
¿Le interesa recibir más información sobre su enfermedad y su cuidado?	85.71%	6	85.71%	6	100%	4	

Así mismo, el 57.10% de los pacientes reportaron que no conocían las causas o condiciones previas que causaron su enfermedad; el 28.60% se lo atribuyó a factores inmunológicos (fiebre reumática o una enfermedad de la garganta), y 14.30% a factores biológicos (presión arterial alta) - (Tabla 9).

Tabla 9. Atribución de factores que provocaron la enfermedad valvular según el G1 (CE).

Grupo Control (G1)						
	Pre evaluación		Post evaluación		Seguimiento	
	%	n	%	n	%	n
Factores Psicológicos	14.30%	1	14.30%	1	25%	1
Estilo de Vida	0%	0	14.30%	1	50%	2
Factores Biológicos	0%	0	0%	0	0%	0
Factores Inmunológicos	28.60%	2	42.90%	3	25%	1
No Sabe	57.10%	4	28.60%	2	0%	0

Después de la cirugía, los pacientes del grupo control no reportaron un conocimiento sobre su enfermedad diferente al de antes de ser operados, reflejado en los niveles de *información sobre su enfermedad valvular* ($X=0.61$) - (Tabla 6). Sin embargo, el *conocimiento de factores que provocaron la enfermedad valvular* se modificó ($X=0.71$) - (Tabla 6), reconociendo que los

factores provocadores no fueron conductas como beber alcohol, la actividad sexual o la enfermedad coronaria (100%), la obesidad (85.71%), comer sal, osteoporosis o la diabetes (71.42%), comer grasa, la hipertensión arterial o el colesterol alto (57.14%), fumar tabaco o no hacer ejercicio (42.85%), los que provocaron su enfermedad del corazón (Tabla 7).

El *conocimiento de factores que pueden provocar hospitalización por enfermedad valvular descompensada* no se vio mayormente afectado (Tabla 6), sólo que en comparación con la primera evaluación, ahora los pacientes sí creían que una gripe podría causarles una hospitalización (57.14%) – (Tabla 8). Uno de los pacientes de este grupo (14.28%) no quiso recibir más información sobre su enfermedad. También, el 42.90% de ellos, atribuyó el origen de su enfermedad a factores inmunológicos (fiebre reumática o enfermedad de la garganta), el 28.60% no sabía y el 14.40% lo hizo a factores psicosociales (enojo) y al estilo de vida (mala alimentación) - (Tabla 9).

En la evaluación de seguimiento que se realizó después de ocho meses (213 días en promedio), los pacientes del grupo control mostraron un aumento en el conocimiento de su enfermedad, reflejado en el *nivel de información sobre su enfermedad valvular* ($X=0.83$) - (Tabla 6). En el *conocimiento de factores que provocaron su enfermedad valvular* obtuvieron una media 0.70 puntos (Tabla 6), reconociendo que no fueron factores como beber alcohol, la actividad sexual o la enfermedad coronaria (100%), la diabetes, la obesidad, la osteoporosis o el colesterol alto (75%), fumar tabaco, comer sal, no hacer ejercicio, comer grasa o la hipertensión arterial (50%) - (Tabla 7). En el *conocimiento de factores que pueden provocar hospitalización por enfermedad valvular descompensada* obtuvieron una media de 0.89 puntos (Tabla 6), identificando acertadamente casi todos los factores de riesgo, exceptuando el tomar poco líquido y una gripe (75%) - (Tabla 8). A su vez, atribuyen en un 50% el origen de su enfermedad al

estilo de vida (como comer mal o beber y fumar), el 25% lo atribuyó a factores psicológicos (una emoción) y a factores inmunológicos (por una enfermedad en la garganta) - (Tabla 9). Todos los pacientes, en esta fase, aceptaron recibir más información sobre su enfermedad cardíaca (100%).

En cuanto al análisis de cambio clínico objetivo mostró cambio significativamente positivos entre la pre evaluación y la post evaluación en: información sobre su enfermedad de los pacientes N2 (2.00); conocimiento de factores que provocaron su enfermedad cardíaca en N1 (1.00), N4 (0.33) y N5 (0.50); y conocimiento de factores que podrían provocar hospitalización por enfermedad valvular descompensada en N7 (0.75). Los cambios negativos que se encontraron fueron en: información sobre su enfermedad del paciente N1 (-0.50) y N4 (-0.33); conocimiento de factores que provocaron su enfermedad cardíaca en N2 (-0.20); y conocimiento de factores que podrían provocar hospitalización por enfermedad valvular descompensada en N5 (-0.33). No se encontraron cambios clínicos grupales relevantes (Tabla 10).

Entre la post evaluación y el seguimiento, se encontraron cambios clínicos significativamente positivos en: información sobre su enfermedad de los pacientes N1 (1.00) y N3 (0.50); conocimiento de factores que provocaron su enfermedad cardíaca en N2 (0.25). Para esta fase, no se encontraron cambios clínicos significativos negativos. Se reportó un cambio clínico grupal significativo en información sobre su enfermedad (0.36) – (Tabla 10).

El cambio clínico entre la pre evaluación y el seguimiento fue positivo en: información sobre su enfermedad de los pacientes N2 (2.00) y N3 (0.50); conocimiento de factores que provocaron su enfermedad cardíaca en N1 (1.00) y N4 (0.33). Sólo se reportó un cambio significativamente negativo en información sobre su enfermedad obtenido por el paciente N4 (-0.33). El cambio clínico grupal se reportó significativamente positivo en información sobre su enfermedad de los

pacientes (0.36), y conocimiento de factores que podrían provocar hospitalización por enfermedad valvular descompensada (0.22) – (Tabla 10).

Tabla 10. Cambio clínico objetivo obtenido por el G1 (CE).

	Díf. Clínica pre evaluación y post evaluación	Díf. Clínica post evaluación y seguimiento	Díf. Clínica pre evaluación y seguimiento
Información sobre su enfermedad valvular			
N1	-0.50	1.00	0.00
N2	2.00	0.00	2.00
N3	0.00	0.50	0.50
N4	-0.33	0.00	-0.33
N5	0.00		
N6	0.00		
N7	0.00		
Cambio clínico grupal	0.00	0.36	0.36
Factores que provocaron la enfermedad valvular			
N1	1.00	0.00	1.00
N2	-0.20	0.25	0.00
N3	-0.11	0.00	-0.11
N4	0.33	0.00	0.33
N5	0.50		
N6	0.00		
N7	-0.13		
Cambio clínico grupal	0.08	-0.01	0.06
Factores que pueden provocar hospitalización por enfermedad valvular descompensada			
N1	0.00	0.00	0.00
N2	0.00	0.00	0.00
N3	0.11	0.00	0.11
N4	0.11	0.00	0.11
N5	-0.33		
N6	0.00		
N7	0.75		
Cambio clínico grupal	0.04	0.17	0.22

Grupo Experimental (G2).

En el grupo experimental, antes de la cirugía, los pacientes reportaron tener un conocimiento regular sobre su enfermedad (Tabla 11), obteniendo un puntaje de 0.66 puntos en el *nivel de información sobre su enfermedad valvular*. En el *conocimiento de factores que provocaron su enfermedad valvular* se reportó una media de 0.77 puntos (Tabla 11), encontrando que el 100% de los pacientes reconocen que su enfermedad valvular no fue causada por fumar tabaco, beber alcohol, la actividad sexual; el 87.50% saben que no fue por obesidad o la osteoporosis; el 75%

no se lo atribuyen a comer sal, no hacer ejercicio, la diabetes o el colesterol alto; el 62.50% saben que no fue por comer grasa; o por enfermedad coronaria en un 50%; o la presión arterial alta en un 37.50% (Tabla 12). En el *conocimiento de factores que pueden provocar hospitalización por enfermedad valvular descompensada* obtuvieron una media de 0.70 puntos (Tabla 11), identificando que dichos factores podrían ser no tomar la medicación adecuada o aumentar de peso (100%), comer con grasa, la hipertensión arterial (87.5%), un esfuerzo, fumar tabaco (75%), una emoción, tomar alcohol, una gripe o tomar poco líquido (50%), comer salado y la actividad sexual (12.50%) - (Tabla 13). Además, el 12% de ellos atribuyó la causa de su enfermedad a factores psicológicos; 12.50% lo atribuyó a factores biológicos; el 50% lo atribuyó a factores de inmunidad; y el 25% respondió no saber a qué se debía su enfermedad (Tabla 14). En esta fase, todos los pacientes estuvieron dispuestos para recibir más información sobre su enfermedad (100%).

Tabla 11. Puntajes obtenidos por el G2 en el cuestionario de CE.

Grupo Experimental (G2)									
	Pre evaluación		Post evaluación		Seguimiento		ρ pre eva. y post eva.	ρ pre eva. y seg.	ρ post eva. y seg.
	X	DE	X	DE	X	DE			
Información sobre su enfermedad valvular	0.66	0.25	0.75	0.29	0.73	0.43	0.48	0.66	0.66
Conocimiento de Factores que provocaron la enfermedad valvular	0.77	0.18	0.72	0.29	0.78	0.2	0.68	0.85	0.20
Conocimiento de Factores que pueden provocar hospitalización por enfermedad valvular descompensada	0.70	0.18	0.77	0.10	0.85	0.10	0.55	0.10	0.10

Tabla 12. Conocimiento de factores que propiciaron enfermedad valvular según el G2 (CE).

Grupo Experimental (G2)							
	Pre evaluación		Post evaluación		Seguimiento		
	%	No	%	No	%	No	
Fumar tabaco	100%	8	87.50%	7	80%	4	
Beber alcohol	100%	8	87.50%	7	60%	3	
Comer sal	75%	6	75%	6	60%	3	
No hacer ejercicio	75%	6	75%	6	80%	4	
Comer grasas	62.50%	5	62.50%	5	80%	4	
La actividad sexual	100%	8	100%	8	100%	5	
La diabetes	75%	6	87.50%	7	0%	0	
La obesidad	87.50%	7	62.50%	5	100%	5	

La presión alta	37.50%	3	62.50%	5	40%	2
El colesterol alto	75%	6	50%	4	60%	3
La osteoporosis	87.50%	7	75%	6	80%	4
La enfermedad coronaria	50%	4	50%	4	100%	5

Tabla 13. Factores que pueden provocar hospitalización por enfermedad valvular descompensada según el G2 (CE).

Grupo Experimental (G2)							
	Pre evaluación		Post evaluación		Seguimiento		
	%	Sí	%	Sí	%	Sí	
Comer con grasa	87.50%	7	87.50%	7	100%	5	
Comer salado	12.50%	1	87.50%	7	100%	5	
Un esfuerzo	75%	6	100%	8	100%	5	
Una emoción	50%	4	50%	4	80%	4	
La presión alta	87.50%	7	100%	8	100%	5	
Tomar alcohol	50%	4	75%	6	80%	4	
Fumar tabaco	75%	6	100%	8	100%	5	
No tomar la medicación	100%	8	100%	8	100%	5	
Aumentar de peso	100%	8	100%	8	100%	5	
Una gripe	50%	4	62.50%	5	80%	4	
Tomar poco líquido	50%	4	50%	4	60%	3	
Actividad sexual	12.50%	1	12.50%	1	20%	1	
¿Le interesa recibir más información sobre su enfermedad y su cuidado?	100%	8	100%	8	100%	5	

Tabla 14. Atribución de factores que provocaron la enfermedad valvular según el G2 (CE).

Grupo Experimental (G2)							
	Pre evaluación		Post evaluación		Seguimiento		
	%	n	%	n	%	n	
Factores Psicológicos	12.50%	1	0%	0	0%	0	
Estilo de Vida	0%	0	25%	2	40%	2	
Factores Biológicos	12.50%	1	12.50%	1	0%	0	
Factores Inmunológicos	50%	4	62.50%	5	60%	3	
No Sabe	25%	2	0%	0	0%	0	

Días después de la cirugía, los pacientes del grupo experimental, no reportaron un cambio en el conocimiento sobre su enfermedad, aunque no significativo, en el *nivel de conocimiento de su enfermedad valvular* con una media de 0.75 puntos (Tabla 11). En el *conocimiento de factores que provocaron su enfermedad valvular* obtuvieron una media de 0.72 puntos (Tabla 11),

reconociendo que los factores tales como la actividad sexual (100%), fumar tabaco, beber alcohol o la diabetes (87.50%), comer sal, no hacer ejercicio o la osteoporosis (75.60%), comer grasas, la obesidad o la hipertensión arterial (62.50%), el colesterol alto o la enfermedad coronaria (50%), no provocaron realmente su enfermedad (Tabla 12). En *conocimiento de factores que pueden provocar hospitalización por enfermedad valvular descompensada* reportaron una media de 0.77 puntos (Tabla 11), reconociendo la gran mayoría de factores de riesgo, como la hipertensión arterial, un esfuerzo, fumar tabaco, no tomar la medicación o aumentar de peso (100%), comer con grasa, comer salado (87.50%), tomar alcohol (75%), una gripe (62.50%), una emoción o tomar poco líquido (50%), y sólo un paciente (12.50%) dijo que la actividad sexual podría ser una factor de riesgo (Tabla 13). Además, la identificación de las causas que dieron origen a su enfermedad valvular, se agruparon en un 62.50% en los factores inmunológicos, tales como la fiebre reumática, alguna infección en la garganta, o incluso, asma; seguido del estilo de vida (25%), como la mala alimentación, el exceso de trabajo o exceso de ejercicio físico; y por último, a factores biológicos (12.50%), como la herencia (Tabla 14). Todos los pacientes de este grupo siguieron dispuestos para recibir más información acerca de su enfermedad.

En la evaluación de seguimiento que se realizó, los pacientes del grupo experimental no presentaron cambios estadísticamente significativos, pero su conocimiento de la enfermedad tuvo un aumento de puntos en el *conocimiento de factores que provocaron su enfermedad valvular* ($X=0.78$) y el *conocimiento de factores que pueden provocar hospitalización por enfermedad valvular descompensada* ($X=0.85$) - (Tabla 11). En cuanto a la atribución de causas de la enfermedad, no se reporta ningún cambio en comparación con la post evaluación (Tabla 14).

En cuanto al análisis del cambio clínico grupal para este grupo entre la pre evaluación y la post evaluación, mostró cambios significativamente positivos en: información sobre su enfermedad de los pacientes N8 (2.00), N10 (1.00) y N13 (0.50); conocimiento de factores que provocaron su enfermedad cardíaca en N13 (0.43) y N14 (0.57); y conocimiento de factores que podrían provocar hospitalización por enfermedad valvular descompensada en N9 (0.22), N11 (1.50) y N13 (0.25). Sin embargo, también hubo cambios significativamente negativos en información sobre su enfermedad de los pacientes N9 (-0.50) y N14 (-0.50); conocimiento de factores que provocaron su enfermedad cardíaca en N8 (-0.27), N9 (-0.83) y N11 (-0.30); y conocimiento de factores que podrían provocar hospitalización por enfermedad valvular descompensada en N10 (-0.22). No se encontraron cambios clínicos grupales relevantes (Tabla 15).

El cambio clínico objetivo entre la post evaluación y el seguimiento fue positivo en: información sobre su enfermedad del paciente N9 (1.00); conocimiento de factores que provocaron su enfermedad cardíaca en N8 (0.25) y N9 (7.00); y conocimiento de factores que podrían provocar hospitalización por enfermedad valvular descompensada en N8 (0.22) y N10 (0.29). Solamente se reportó un cambio negativo en el paciente N10 (-1.00) en información sobre su enfermedad del paciente. No se encontraron cambios grupales relevantes (Tabla 15).

En cuanto a el cambio clínico objetivo entre la pre evaluación y el seguimiento, se encontraron cambios positivos en: información sobre su enfermedad del paciente N8 (2.00); conocimiento de factores que provocaron su enfermedad cardíaca en N9 (0.33); y conocimiento de factores que podrían provocar hospitalización por enfermedad valvular descompensada en N8 (0.38), N9 (0.33) y N11 (1.50). Los cambios negativos encontrados fueron en: información sobre su enfermedad del paciente N10 (-1.00); y conocimiento de factores que provocaron su

enfermedad cardíaca en N11. Se encontró un cambio significativo positivo grupal en factores que podrían provocar hospitalización por enfermedad valvular descompensada (0.21) – (Tabla 15).

Tabla 15. Cambio clínico objetivo obtenido por el G2 (CE).

	Dif. Clínica pre evaluación y post evaluación	Dif. Clínica post evaluación y seguimiento	Dif. Clínica pre evaluación y seguimiento
Información sobre su enfermedad valvular			
N8	2.00	0.00	2.00
N9	-0.50	1.00	0.00
N10	1.00	-1.00	-1.00
N11	0.00	0.00	0.00
N12	0.00	0.00	0.00
N13	0.50		
N14	-0.50		
N15	0.00		
Cambio clínico grupal	0.14	-0.03	0.11
Factores que provocaron la enfermedad valvular			
N8	-0.27	0.25	-0.09
N9	-0.83	7.00	0.33
N10	0.00	0.10	0.10
N11	-0.30	-0.14	-0.40
N12	0.00	0.00	0.00
N13	0.43		
N14	0.57		
N15	0.00		
Cambio clínico grupal	-0.06	0.08	0.01
Factores que pueden provocar hospitalización por enfermedad valvular descompensada			
N8	0.13	0.22	0.38
N9	0.22	0.09	0.33
N10	-0.22	0.29	0.00
N11	1.50	0.00	1.50
N12	0.00	0.00	0.00
N13	0.25		
N14	-0.11		
N15	-0.17		
Cambio clínico grupal	0.10	0.10	0.21

❖ Percepción de riesgo de la enfermedad (IPQ-R).

Para la interpretación del IPQ-R se toman los siguientes valores como referencia para determinar la percepción de riesgo de su enfermedad:

Tabla 16. Puntajes promedio para interpretación del IPQ-R.

Dimensión	Puntaje promedio	Interpretación
Identidad de los síntomas		Los puntajes más altos se asocian con una mayor percepción de riesgo de la enfermedad.
Temporalidad (aguda/crónica)	3.00	Los puntajes más bajos se asocian con una mayor percepción de riesgo de la enfermedad.
Temporalidad (clínica)	1.00	Los puntajes más bajos se asocian con una mayor percepción de riesgo de la enfermedad.
Consecuencias	2.3	Los puntajes más bajos se asocian con una mayor percepción de riesgo de la enfermedad.
Control personal	3.6	Los puntajes más altos se asocian con una mayor percepción de riesgo de la enfermedad.
Control de tratamiento	3.4	Los puntajes más altos se asocian con una mayor percepción de riesgo de la enfermedad.
Representaciones emocionales	1.00	Los puntajes más bajos se asocian con una mayor percepción de riesgo de la enfermedad.
Coherencia de la enfermedad	1.8	Los puntajes más bajos se asocian con una mayor percepción de riesgo de la enfermedad.
Atribuciones psicológicas	1.00	Los puntajes más bajos se asocian con una mayor percepción de riesgo de la enfermedad.
Atribuciones a factores de riesgo	3.2	Los puntajes más altos se asocian con una mayor percepción de riesgo de la enfermedad.
Atribuciones a factores de inmunidad	2.5	Los puntajes más altos se asocian con una mayor percepción de riesgo de la enfermedad.
Atribuciones al azar	1.00	Los puntajes más bajos se asocian con una mayor percepción de riesgo de la enfermedad.

Grupo Control (G1).

Los resultados obtenidos por el grupo control en el IPQ-R mostraron que durante la pre evaluación los pacientes reportan una promedio de 1.42 puntos *en identidad de los síntomas* asociados a su enfermedad cardíaca; además, la percepción de riesgo que tienen sobre su enfermedad es mayormente negativa, reflejada en los puntajes de las dimensiones de *temporalidad clínica* con 1.60 puntos, *consecuencias* con 3.71 puntos, *representaciones emocionales* con 2.35 puntos, y *coherencia de la enfermedad* con 2.57 puntos. Las dimensiones con puntajes dentro de la norma son las de: *temporalidad (aguda/crónica)*, *control personal* y *control de tratamiento*. En cuanto a la atribución de factores que creen que provocaron su enfermedad reportaron un puntaje promedio de 2.04 en factores psicológicos (estrés, preocupación, actitud mental, problemas familiares, trabajo excesivo, estado emocional, personalidad), 2.38 puntos en factores de riesgo (herencia, mala atención médica en el pasado, comportamiento, envejecimiento, fumar, beber alcohol), 1.95 puntos en factores de inmunidad (bacteria o virus, contaminación del medio ambiente, sistema inmunológico débil) y 1.78 puntos en situaciones de azar (azar o mala suerte, accidente o lesión) – (Tabla 17).

Tabla 17. Puntajes obtenidos por el G1 en el cuestionario de IPQ-R.

	Pre evaluación		Post evaluación		Seguimiento		ρ pre eva. y post eva.	ρ pre eva. y seg.	ρ post eva. y seg.
	X	DE	X	DE	X	DE			
Identidad	1.42	1.51	3.42	2.37	0.12	0.14	0.03	0.28	0.66
Temporalidad (aguda/crónica)	3.02	0.78	3.23	0.58	3.70	0.41	0.67	0.46	0.41
Temporalidad (clínica)	1.60	0.81	2.67	1.47	2.31	0.87	0.20	0.19	0.28
Consecuencias	3.71	1.16	2.27	0.71	2.54	0.69	0.02	0.14	0.31
Control Personal	3.38	0.91	3.59	0.26	3.37	0.34	0.46	1.00	0.41
Control de Tratamiento	3.65	0.59	3.57	0.40	3.30	0.30	0.71	0.18	0.65
Representaciones Emocionales	2.35	1.39	2.52	1.39	2.08	0.55	0.61	0.10	1.00
Coherencia de la Enfermedad	2.57	0.79	2.71	0.83	3.05	0.57	0.75	0.06	0.10
Atribuciones Psicológicas	2.04	1.46	2.07	1.37	1.75	0.86	0.89	0.65	0.31
Atribuciones de Factores de Riesgo	2.38	0.48	2.63	0.85	2.67	1.07	0.44	0.46	0.41
Atribución Inmunitaria	1.95	1.43	2.38	1.11	2.58	1.19	0.34	0.71	0.10
Atribuciones de Azar	1.78	0.99	2.07	1.53	2.50	1.91	0.41	0.18	0.18

En los resultados de la post evaluación se reportó un aumento significativo en la *identificación de los síntomas* de su enfermedad cardíaca con un puntaje promedio de 3.42 puntos ($p=0.03$). Además, estos pacientes mostraron un cambio positivo significativo en la percepción de las *consecuencias* que conlleva su enfermedad ($X=2.27$ $p=0.02$). Sin embargo, no mostraron algún otro cambio relevante entre la pre evaluación y la post evaluación (Tabla 17).

En la evaluación de seguimiento, a pesar de que ya habían transcurrido 8 meses después de su cirugía, los pacientes no mostraron cambios relevantes en su evaluación (Tabla 17).

En cuanto al análisis del cambio clínico objetivo mostró un cambio significativamente positivo entre la pre evaluación y la post evaluación en las siguientes dimensiones del IPQ-R: identidad de los síntomas en N1, N2, N3 (0.25), N5 (5.00) y N7 (0.33); temporalidad clínica en N6 (-0.56); consecuencias en N1 (0.40), N2 (-0.29), N4 (-0.22), N5 (-0.34), N6 (-0.43) y N7 (-0.33); control personal en N3 (0.22), N5 (0.25) y N7 (0.72); control de tratamiento en N5 (0.24); representaciones emocionales en N5 (-0.31) y N6 (-0.65); coherencia de la enfermedad en N2 (-0.31), N5 (-0.29) y N7 (-0.48); atribuciones psicológicas en N1 (1.50), atribuciones a factores de riesgo en N2 (2.00), N5 (0.37) y N6 (0.91); atribuciones inmunitarias en N1 (0.20), N2 (2.00), N4 (0.29), N5 (1.67) y N7 (1.40); y atribuciones de azar en N2 (-0.60). Pero, también mostraron diferencias negativas en las dimensiones de: temporalidad crónica en N1 (0.39) y N7 (0.80); temporalidad clínica en N1 (0.25), N2 (3.50), N3 (1.00), N5 (0.50) y N7 (3.00); control personal en N6 (-0.27); control de tratamiento en N7 (-0.20); representaciones emocionales en N1 (0.78), N2 (1.55) y N3 (0.67); coherencia de la enfermedad en N1 (0.70) y N4 (0.33); atribuciones psicológicas en N6 (-0.54); atribuciones a factores de riesgo en N4 (-0.26) y N7 (-0.31); atribuciones inmunitarias en N3 (-0.80); y atribuciones de azar en N6 (1.50) y N7 (1.40). El cambio clínico grupal mostró mejoría en las dimensiones de identidad de los síntomas (1.41) y

atribuciones de inmunidad (0.22), aunque una diferencia negativa en temporalidad clínica (0.67). Otras dimensiones no tuvieron cambios clínicos relevantes (Tabla 18).

El cambio clínico objetivo obtenido entre la post evaluación y el seguimiento fue significativamente positivo en las siguientes dimensiones: temporalidad clínica en el paciente N2 (-0.56); representaciones emocionales en N2 (-0.43); atribuciones de inmunidad en N4 (0.22); y atribuciones de azar en N2 (2.00) y N3 (4.00). También se reportaron cambios clínicos negativos en las dimensiones de: consecuencias en N1 (0.22); coherencia de la enfermedad en N2 (0.78); y atribuciones psicológicas en N2 (-0.38). El cambio clínico grupal significativo sólo fue negativo en las dimensiones de identidad de los síntomas (-0.56), y atribuciones de azar (0.21) - (Tabla 18).

El cambio clínico objetivo entre la pre evaluación y el seguimiento fue significativamente positivo en las dimensiones de: identidad de los síntomas en N2; consecuencias en N1 (-0.27) y N2 (-0.25); control personal en N3 (0.22); atribuciones psicológicas en N2 (-0.35); atribuciones a factores de riesgo en N2 (0.35) y N3 (0.29); atribuciones de inmunidad en N1 (0.40), N2 (2.33) y N4 (0.58); y atribuciones de azar en N2 (0.20) y N3 (4.00). También se reportó un cambio clínico negativo en las dimensiones de: identidad de los síntomas en N3 (-0.25) y N4 (-1.00); temporalidad aguda en N1 (0.39); temporalidad clínica en N1 (0.25), N2 (1.00) y N3 (0.63); control personal en N4 (-0.24); representaciones emocionales en N1 (0.89), N2 (0.45) y N3 (0.67); coherencia de la enfermedad en N1 (0.90), N2 (0.23) y N4 (0.44); atribuciones psicológicas en N1 (1.50); atribuciones a factores de riesgo en N1 (-0.22) y N4 (-0.26); y atribuciones inmunitarias en N3 (-0.80). El cambio clínico grupal fue positivamente significativo en las dimensiones de: consecuencias (-0.32), y atribuciones inmunitarias (0.32), aunque

negativo en temporalidad crónica (0.23), temporalidad clínica (0.44), y atribuciones de azar (0.40) - (Tabla 18).

Tabla 18. Cambio clínico objetivo obtenido por el G1 (IPQ-R).

	Dif. Clínica pre evaluación y post evaluación	Dif. Clínica post evaluación y seguimiento	Dif. Clínica pre evaluación y seguimiento
Identidad de los síntomas			
N1	-	-1.00	-
N2	-	-0.50	-
N3	0.25	-0.40	-0.25
N4	0.00	-1.00	-1.00
N5	5.00		
N6	0.00		
N7	0.33		
Cambio clínico grupal	1.41	-0.56	0.06
Temporalidad (aguda/crónica)			
N1	0.39	0.00	0.39
N2	-0.16	0.05	-0.12
N3	0.11	-0.05	0.06
N4	-0.05	0.09	0.04
N5	-0.13		
N6	-0.06		
N7	0.80		
Cambio clínico grupal	0.07	0.15	0.23
Temporalidad (clínica)			
N1	0.25	0.00	0.25
N2	3.50	-0.56	1.00
N3	1.00	-0.19	0.63
N4	-0.17	0.10	-0.08
N5	0.50		
N6	-0.56		
N7	3.00		
Cambio clínico grupal	0.67	-0.13	0.44
Consecuencias			
N1	-0.40	0.22	-0.27
N2	-0.29	0.05	-0.25
N3	0.00	0.07	0.07
N4	-0.22	0.07	-0.17
N5	-0.34		
N6	-0.43		
N7	-0.33		
Cambio clínico grupal	-0.31	-0.01	-0.32
Control personal			
N1	0.05	0.10	0.16
N2	0.00	-0.10	-0.10
N3	0.22	0.00	0.22
N4	-0.08	-0.17	-0.24
N5	0.25		
N6	-0.27		
N7	0.72		
Cambio clínico grupal	0.06	-0.06	0.00
Control de tratamiento			
N1	-0.17	0.13	-0.06
N2	0.06	-0.17	-0.12

N3	0.00	0.00	0.00
N4	0.00	0.00	0.00
N5	0.24		
N6	0.00		
N7	-0.20		
Cambio clínico grupal	-0.02	-0.08	-0.10
Representaciones emocionales			
N1	0.78	0.06	0.89
N2	1.55	-0.43	0.45
N3	0.67	0.00	0.67
N4	-0.10	0.11	0.00
N5	-0.31		
N6	-0.65		
N7	0.15		
Cambio clínico grupal	0.07	-0.17	-0.11
Coherencia de la enfermedad			
N1	0.70	0.12	0.90
N2	-0.31	0.78	0.23
N3	0.08	0.00	0.08
N4	0.33	0.08	0.44
N5	-0.29		
N6	0.18		
N7	-0.48		
Cambio clínico grupal	0.05	0.13	0.19
Atribuciones psicológicas			
N1	1.50	0.00	1.50
N2	0.04	-0.38	-0.35
N3	0.00	0.00	0.00
N4	0.00	0.00	0.00
N5	0.17		
N6	-0.54		
N7	-0.12		
Cambio clínico grupal	0.00	-0.14	-0.14
Atribuciones a factores de riesgo			
N1	-0.15	-0.08	-0.22
N2	0.29	0.05	0.35
N3	0.10	0.17	0.29
N4	-0.26	0.00	-0.26
N5	0.37		
N6	0.91		
N7	-0.31		
Cambio clínico grupal	0.11	0.02	0.12
Atribución a factores de inmunidad			
N1	0.20	0.17	0.40
N2	2.00	0.11	2.33
N3	-0.80	0.00	-0.80
N4	0.29	0.22	0.58
N5	1.67		
N6	0.00		
N7	1.40		
Cambio clínico grupal	0.22	0.08	0.32
Atribución de azar			
N1	0.00	0.00	0.00
N2	-0.60	2.00	0.20
N3	0.00	4.00	4.00
N4	0.00	0.00	0.00

N5	0.00		
N6	1.50		
N7	0.67		
Cambio clínico grupal	0.16	0.21	0.40

Grupo Experimental (G2).

El grupo experimental durante la pre evaluación reportó una identidad de los síntomas de 3.75 puntos; en cuanto a la percepción de la *temporalidad (aguda / crónica)* obtuvieron un puntaje promedio de 3.27, al igual que en *temporalidad (clínica)* con 2.84 puntos; en la dimensión de *consecuencias* se obtuvo un valor por encima de la media de 3.33 puntos, lo que se interpreta como una alta percepción de consecuencias negativas que trae consigo su condición cardíaca; en las dimensiones de control personal reportaron un valor promedio de 3.72 puntos, al igual que en *control de tratamiento* con 3.82 puntos; una de las dimensiones más afectadas fue la de *representaciones emocionales* en donde obtuvieron un puntaje de 3.20, lo que se interpreta como una afectación grave en el área emocional; a su vez, la dimensión de *coherencia de la enfermedad* también se reportó gravemente afectada con 3.12 puntos, lo que significa que los pacientes no entienden por completo su enfermedad o sienten confusión con respecto a esta; en cuanto a las atribuciones que dieron origen a su enfermedad, principalmente lo hacen a *factores de inmunidad* con 2.37 puntos, seguido de *factores de azar* con 2.37 puntos, después *factores de riesgo* con 1.92 puntos, y por último, *factores psicológicos* con 1.81 puntos (Tabla 19).

Tabla 19. Puntajes obtenidos por el G2 en el cuestionario de IPQ-R.

Grupo Experimental (G2)									
	Pre evaluación		Post evaluación		Seguimiento		ρ pre eva. y post eva.	ρ pre eva. y seg.	ρ post eva. y seg.
	X	DE	X	DE	X	DE			
Identidad	3.75	2.37	4.12	1.72	0	0	0.54	0.66	0.04
Temporalidad (aguda/crónica)	3.27	0.47	3.33	0.54	3.70	0.43	0.67	0.35	0.85
Temporalidad (clínica)	2.84	1.18	3.12	0.51	2.40	0.82	0.61	0.68	0.19
Consecuencias	3.33	0.77	2.60	0.62	3.16	0.51	0.45	0.46	0.41
Control Personal	3.72	0.42	3.81	0.60	3.53	0.29	0.75	0.27	0.59
Control de Tratamiento	3.82	0.34	3.42	0.27	3.32	0.22	0.05	0.06	1.00
Representaciones Emocionales	3.20	1.10	2.37	0.86	2.43	1.25	0.02	0.10	0.85
Coherencia de la Enfermedad	3.12	1.10	2.85	0.53	2.44	0.68	0.57	0.05	0.10
Atribuciones Psicológicas	1.81	0.75	1.43	0.43	1.53	0.43	0.30	0.14	0.41
Atribuciones de Factores de Riesgo	1.92	0.66	2.21	0.58	2.40	0.57	0.27	0.58	1.00
Atribución Inmunitaria	2.37	1.09	2.45	1.65	3.13	1.44	1.00	0.34	0.28
Atribuciones de Azar	2.37	1.76	1.62	1.27	1.90	1.34	0.49	0.85	0.31

Para la post evaluación se encontró que la dimensión de *representaciones emocionales* tuvo una disminución significativa en comparación con la pre evaluación, obteniendo un puntaje de 2.37 ($p=0.02$). Aunque en la dimensión de *control de tratamiento* el puntaje disminuyó significativamente a 3.42 ($p=0.05$), lo que se interpreta como que los pacientes no confían en que su tratamiento médico va a controlar su condición, sin embargo, el puntaje se encuentra dentro de la media, por lo que no representa una baja percepción de riesgo. La dimensión de *atribuciones de azar* disminuyó a 1.62 puntos, aunque este cambio no fue significativo. Otras dimensiones no mostraron cambios relevantes (Tabla 19).

Los resultados de la evaluación de seguimiento reflejaron que, ocho meses después de la cirugía, ya no se percibían *síntomas* propios de su enfermedad (dolor, náusea, falta de aire, fatiga, disnea), reportando 0 puntos ($p=0.04$). Además, se encontró una diferencia significativa entre el puntaje de la pre evaluación ($X=3.12$) y el seguimiento ($X=2.44$) en la dimensión de *coherencia de la enfermedad*, lo que indica que los pacientes tienen más claridad de la etiología, sintomatología y proceso de su enfermedad ($p=0.04$). Las demás dimensiones no reportaron

cambios relevantes, aunque, cabe destacar que en la evaluación de seguimiento los pacientes atribuyen mayor mente el origen de su enfermedad a *factores de inmunidad* ($X=3.13$) y *factores de riesgo* ($X=2.40$), interpretándose como una mejor claridad de la etiología de su enfermedad cardíaca (Tabla 19).

En cuanto al análisis del cambio clínico objetivo se encontró que, entre la pre evaluación y la post evaluación, hubo cambios significativamente positivos en las dimensiones de: identidad de los síntomas en los pacientes N9 (0.33), N12 (0.75) y N13 (0.67); temporalidad (clínica) en N12 (-0.31) y N15 (-0.30); consecuencias en N8 (-0.61), N9 (-0.30), N10 (-0.22) y N15 (-0.32); control personal en N13 (0.32); representaciones emocionales en N8 (-0.60), N13 (-0.46) y N15 (-0.30); coherencia de la enfermedad en N8 (-0.43), N12 (-0.31) y N15 (-0.35); atribuciones psicológicas en N8 (-0.40), N9 (-0.31), N10 (-0.37), N11 (-0.30) y N13 (-0.63); atribuciones a factores de riesgo en N8 (1.71), N11 (0.22) y N14 (0.27); atribuciones de inmunidad en N8 (0.58), N11 (0.33) y N12 (1.15); y atribuciones de azar en N8 (-0.80), N10 (-0.50) y N15 (-0.80). Aunque, también se reportaron cambios negativos en las dimensiones de: identidad de los síntomas en los pacientes N8 (-0.29), N10 (-0.25) y N15 (-0.29); temporalidad (crónica) en N10 (0.24) y N15 (0.22); temporalidad clínica en N8 (0.43), N9 (0.23), N10 (0.30), N11 (0.57) y N13 (1.00); control de tratamiento en N8 (-0.24); coherencia de la enfermedad en N11 (0.67), N13 (0.55) y N14 (0.40); atribuciones psicológicas en N14 (0.71) y N15 (0.83); atribución a factores de riesgo en N10 (-0.22); atribución de factores de inmunidad en N9 (-0.42), N10 (-0.63) y N14 (-0.50); y atribución a factores de azar en N9 (0.50) y N11 (1.50). El cambio clínico grupal fue positivo en las dimensiones de consecuencias (-0.22), representaciones emocionales (-0.26), atribuciones psicológicas (-0.21), y atribuciones de azar (-0.32). Cabe destacar que no se encontraron cambios clínicos grupales significativos negativos (Tabla 20).

El cambio clínico objetivo entre la post evaluación y el seguimiento fue significativamente positivo para las dimensiones de: temporalidad (clínica) en N9 (-0.69); control personal en N9 (0.30); representaciones emocionales en N11 (-0.45); coherencia de la enfermedad en N11 (-0.40); y atribuciones de inmunidad en N9 (0.58) y N11 (1.26). Los cambios negativos entre estas evaluaciones se encontraron en las dimensiones de: identidad de los síntomas en los pacientes N8 (-1.00), N9 (-1.00), N10 (-1.00), N11 (-1.00) y N12 (-1.00); temporalidad (crónica) en N9 (0.39); consecuencias en N8 (0.50) y N9 (0.43); control personal en N8 (-0.28); representaciones emocionales en N8 (0.34); y atribuciones psicológicas en N8 (-0.40). El cambio clínico grupal fue positivo en las dimensiones de temporalidad (clínica) (-0.23), y atribuciones a factores de inmunidad (0.28); pero fue negativo para las dimensiones de identidad de los síntomas (-1.00) y consecuencias (0.22). Otras dimensiones no mostraron cambios relevantes (Tabla 20).

En cuanto al cambio clínico objetivo entre la pre evaluación y el seguimiento, se encontraron cambios significativos positivos en las dimensiones de: temporalidad (clínica) en N9 (-0.62) y N12 (-0.44); consecuencias en N8 (-0.42) y N10 (-0.22); representaciones emocionales en N8 (-0.47) y N11 (-0.54); coherencia de la enfermedad en N8 (-0.48), N9 (-0.22) y N12 (-0.31); atribuciones psicológicas en N9 (-0.37), N10 (-0.31) y N11 (-.30); atribuciones a factores de riesgo en N8 (2.00) y N11 (0.22); atribuciones de inmunidad en N8 (0.29), N11 (2.00) y N12 (1.15); y atribuciones de azar en N8 (-0.80) y N10 (-0.50). Los cambios clínicos significativamente negativos se encontraron en las dimensiones de: identidad de los síntomas en N8 (-1.00), N9 (-1.00), N10 (-1.00), N11 (-1.00) y N12 (-1.00); temporalidad (crónica) en N9 (0.39); temporalidad (clínica) en N8 (0.29), N10 (0.40) y N11 (0.57); consecuencias en N11 (0.24) y N12 (0.29); control personal en N8 (-0.31); control de tratamiento en N8 (-0.24); atribuciones psicológicas en N8 (0.20); atribuciones de inmunidad en N10 (-0.63); y atribuciones

de azar en N9 (0.33) y N11 (1.50). Los cambios clínicos grupales significativamente positivos se encontraron en las dimensiones de representaciones emocionales (-0.24), coherencia de la enfermedad (-0.22), atribuciones a factores de riesgo (0.25), atribuciones de inmunidad (0.32), y atribuciones de azar (-0.20) – (Tabla 20).

Tabla 20. Cambio clínico objetivo obtenido por el G2 (IPQ-R).

	Dif. Clínica pre evaluación y post evaluación	Dif. Clínica post evaluación y seguimiento	Dif. Clínica pre evaluación y seguimiento
Identidad de los síntomas			
N8	-0.29	-1.00	-1.00
N9	0.33	-1.00	-1.00
N10	-0.25	-1.00	-1.00
N11	-	-1.00	0.00
N12	0.75	-1.00	-1.00
N13	0.67		
N14	0.00		
N15	-0.29		
Cambio clínico grupal	0.10	-1.00	-1.00
Temporalidad (aguda/crónica)			
N8	-0.04	-0.04	-0.08
N9	0.00	0.39	0.39
N10	0.24	-0.14	0.06
N11	0.09	0.00	0.09
N12	-0.05	0.05	0.00
N13	-0.16		
N14	-0.12		
N15	0.22		
Cambio clínico grupal	0.02	0.11	0.13
Temporalidad (clínica)			
N8	0.43	-0.10	0.29
N9	0.23	-0.69	-0.62
N10	0.30	0.08	0.40
N11	0.57	0.00	0.57
N12	-0.31	-0.18	-0.44
N13	1.00		
N14	0.00		
N15	-0.30		
Cambio clínico grupal	0.10	-0.23	-0.15
Consecuencias			
N8	-0.61	0.50	-0.42
N9	-0.30	0.43	0.00
N10	-0.22	0.00	-0.22
N11	0.12	0.10	0.24
N12	0.15	0.12	0.29
N13	-0.13		
N14	-0.14		
N15	-0.32		
Cambio clínico grupal	-0.22	0.22	-0.05
Control personal			
N8	-0.04	-0.28	-0.31

N9	-0.15	0.30	0.10
N10	-0.15	0.00	-0.15
N11	0.00	-0.04	-0.04
N12	0.00	0.00	0.00
N13	0.32		
N14	0.19		
N15	0.05		
Cambio clínico grupal	0.02	-0.07	-0.05
Control de tratamiento			
N8	-0.24	0.00	-0.24
N9	-0.16	0.13	-0.05
N10	-0.19	0.00	-0.19
N11	0.00	-0.17	-0.17
N12	-0.06	0.06	0.00
N13	-0.19		
N14	0.05		
N15	0.00		
Cambio clínico grupal	-0.10	-0.03	-0.13
Representaciones emocionales			
N8	-0.60	0.34	-0.47
N9	0.00	-0.06	-0.06
N10	-0.10	0.11	0.00
N11	-0.16	-0.45	-0.54
N12	0.00	0.00	0.00
N13	-0.46		
N14	-0.18		
N15	-0.30		
Cambio clínico grupal	-0.26	0.03	-0.24
Coherencia de la enfermedad			
N8	-0.43	-0.08	-0.48
N9	-0.11	-0.13	-0.22
N10	-0.19	0.00	-0.19
N11	0.67	-0.40	0.00
N12	-0.31	0.00	-0.31
N13	0.55		
N14	0.40		
N15	-0.35		
Cambio clínico grupal	-0.09	-0.14	-0.22
Atribuciones psicológicas			
N8	-0.40	1.00	0.20
N9	-0.31	-0.09	-0.37
N10	-0.37	0.10	-0.31
N11	-0.30	0.00	-0.30
N12	0.00	0.00	0.00
N13	-0.63		
N14	0.71		
N15	0.83		
Cambio clínico grupal	-0.21	0.07	-0.15
Atribuciones a factores de riesgo			
N8	1.71	0.11	2.00
N9	0.10	-0.13	-0.05
N10	-0.22	0.07	-0.17
N11	0.22	0.00	0.22
N12	0.00	0.00	0.00
N13	-0.07		
N14	0.27		
N15	0.10		

Cambio clínico grupal	0.15	0.09	0.25
Atribución a factores de inmunidad			
N8	0.58	-0.18	0.29
N9	-0.42	0.58	-0.08
N10	-0.63	0.00	-0.63
N11	0.33	1.26	2.00
N12	1.15	0.00	1.15
N13	0.00		
N14	-0.50		
N15	0.18		
Cambio clínico grupal	0.03	0.28	0.32
Atribución de azar			
N8	-0.80	0.00	-0.80
N9	0.50	-0.11	0.33
N10	-0.50	0.00	-0.50
N11	1.50	0.00	1.50
N12	0.00	0.00	0.00
N13	0.00		
N14	0.00		
N15	-0.80		
Cambio clínico grupal	-0.32	0.17	-0.20

❖ Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

En una escala de 0 a 100, los puntajes más altos se interpretan como una mejor calidad de vida relacionada con la salud.

Grupo Control (G1).

El análisis descriptivo de la calidad de vida relacionada con la salud mostró que antes de la cirugía, los pacientes del grupo control reportaron una media de 72.37 en sus *limitaciones físicas* (autonomía para vestirse solos, bañarse, caminar una cuadra, realizar quehaceres domésticos, subir varios escalones sin detenerse, caminar rápido); el reporte del valor de la media de la presencia de *síntomas* fue de 91.76 lo que se interpreta como que no han empeorado, han mejorado ligeramente, han mejorado mucho o no han tenido ningún síntoma; su *autoeficacia* fue reportada con 82.13 puntos, lo que se interpreta como que saben a quién llamar o a dónde acudir si su enfermedad empeora, creen que saben algo o que conocen varias cosas sobre su enfermedad; la dimensión de *calidad de vida* fue la más afectada con una media de 63.85 puntos,

lo que implica sentirse insatisfecho con su condición cardíaca, tener sentimientos de desaliento o depresión, y sentirse incapacitados para trabajar o realizar quehaceres domésticos; y la *interferencia social* se reportó con 84.28 puntos, lo que significa que se sienten ligeramente limitados para mantener sus relaciones sociales habituales. En cuanto al *estado funcional* obtuvieron una media de 82.75 puntos; y en el *resumen clínico* un promedio de 79.15 puntos, lo que se interpreta como una CVRS regular-alta a pesar de su enfermedad cardíaca (Tabla 21).

Tabla 21. Puntajes obtenidos por el G1 en el cuestionario de CVRS.

Grupo Control (G1)									
	Pre evaluación		Post evaluación		Seguimiento		ρ pre eva. y post eva.	ρ pre eva. y seg.	ρ post eva. y seg.
	X	DE	X	DE	X	DE			
Limitaciones físicas	72.37	13.15			72.72	6.35		0.72	
Síntomas	91.76	9.04	92.19	9.23	96.96	0	1.00	0.32	1.00
Síntomas frecuencia	98.21	3.04	94.64	14.17	100	0	0.66	0.32	1.00
Síntomas severidad	84.51	12.19	90.47	3.14	100	4.17	0.18	0.10	0.08
Síntomas cambios a través del tiempo	80.00	34.64	88.57	22.67	100	0	0.59	0.18	1.00
Autoeficacia	82.13	14.77	58.33	22.04	77.08	7.97	0.02	0.10	0.10
Calidad de vida	63.85	11.97	82.35	10.74	83.82	5.62	0.03	0.07	0.79
Interferencia social	84.28	7.86			75.00	25.16		0.59	
Estado funcional	82.75	9.28			84.34	4.30		1.00	
Resumen clínico	79.15	7.40			83.81	6.54		0.36	

Con respecto a la post evaluación, reportó mejoría en la percepción de los *síntomas* ($X=92.19$), además de una mejoría significativa en los puntajes de su *calidad de vida* ($X=82.35$ $p=0.03$). Cabe destacar que después de la cirugía, los pacientes también reportaron percibir una menor *autoeficacia* para controlar su enfermedad cardíaca ($X=58.33$ $p=0.02$) - (Tabla 21).

En la evaluación de seguimiento los pacientes reportaron una CVRS regular-alta, reflejada en los valores del *resumen clínico* ($X=83.81$) y el *estado funcional* ($X=84.34$). Mayormente reportaron sentirse afectados en las dimensiones de *limitaciones físicas* ($X=72.72$), *calidad de*

vida ($X=83.82$), la percepción de su *autoeficacia* ($X=77.08$) y la *interferencia social* ($X=75$), sin embargo estos valores no representaron una afectación grave (Tabla 21).

Con respecto al análisis del cambio clínico objetivo entre la pre evaluación y la post evaluación, se encontró que los pacientes N2, N3 y N7 reportaron una disminución la percepción de su autoeficacia (-0.40, -0.64, -0.50 respectivamente); N7 también reportó mayor frecuencia de los síntomas de su enfermedad (-0.33); y N6 mayores cambios a través del tiempo de los síntomas (-0.60). Las diferencias positivas se reportaron en las dimensiones de severidad de los síntomas por el N7 (0.25); cambios a través del tiempo por el paciente N4 (4.00) y N7 (1.00); y calidad de vida por el N1 (0.25), N3 (0.56), N4 (0.42), N6 (0.25) y N7 (0.71). El cambio clínico grupal mostró valores significativos positivos en la dimensión de calidad de vida (0.31), pero negativos en la dimensión de autoeficacia (-0.29). Las demás dimensiones no reportaron cambios relevantes (Tabla 22).

El cambio clínico entre la post evaluación y el seguimiento mostró un cambio positivo en la dimensión de autoeficacia en los pacientes N2 (0.67) y N3 (1.00). El cambio clínico grupal sólo fue sobresaliente en la dimensión de autoeficacia con 0.32 puntos (Tabla 22).

Para la pre evaluación y el seguimiento se encontró un cambio clínico positivo en las dimensiones de: cambios a través del tiempo en el N4 (4.00); calidad de vida en los pacientes N1 (0.25), N3 (0.44) y N4 (0.25). Los cambios negativos que se reportaron fueron en las dimensiones de autoeficacia en N3 (-0.27); e interferencia social en N3 (-0.27). El cambio clínico objetivo grupal resultó significativamente positivo en las dimensiones de cambios a través del tiempo de los síntomas (0.25), y calidad de vida (0.31). Las otras dimensiones no mostraron cambios relevantes (Tabla 22).

Tabla 22. Cambio clínico objetivo obtenido por el G1 (CVRS).

	Dif. Clínica pre evaluación y post evaluación	Dif. Clínica post evaluación y seguimiento	Dif. Clínica pre evaluación y seguimiento
Limitaciones físicas			
N1			-0.08
N2			0.05
N3			-0.24
N4			0.00
Cambio clínico grupal			0.00
Síntomas			
N1	0.00	0.00	0.00
N2	0.00	0.00	0.00
N3	0.00	0.00	0.00
N4	0.19	0.00	0.19
N5	0.00		
N6	-0.09		
N7	-0.04		
Cambio clínico grupal	0.00	0.05	0.06
Frecuencia de los síntomas			
N1	0.00	0.00	0.00
N2	0.00	0.00	0.00
N3	0.00	0.00	0.00
N4	0.07	0.00	0.07
N5	0.00		
N6	0.00		
N7	-0.33		
Cambio clínico grupal	-0.04	0.06	0.02
Severidad de los síntomas			
N1	0	0	0
N2	0	0.09	0.09
N3	0	0.09	0.09
N4	0	0.09	0.09
N5	0		
N6	0		
N7	0.25		
Cambio clínico grupal	0.07	0.08	0.16
Cambios a través del tiempo de los síntomas			
N1	0.00	0.00	0.00
N2	0.00	0.00	0.00
N3	0.00	0.00	0.00
N4	4.00	0.00	4.00
N5	0.00		
N6	-0.60		
N7	1.00		
Cambio clínico grupal	0.11	0.13	0.25
Autoeficacia			
N1	-0.10	0.00	-0.10
N2	-0.40	0.67	0.00
N3	-0.64	1.00	-0.27
N4	-0.18	0.11	-0.09
N5	-0.10		
N6	-0.18		
N7	-0.50		
Cambio clínico grupal	-0.29	0.32	-0.06
Calidad de vida			

N1	0.25	0.00	0.25
N2	0.00	0.17	0.17
N3	0.56	-0.07	0.44
N4	0.42	-0.12	0.25
N5	0.08		
N6	0.25		
N7	0.71		
Cambio clínico grupal	0.31	0.00	0.31
Interferencia social			
N1			-0.11
N2			0.25
N3			-0.50
N4			0.00
Cambio clínico grupal			-0.11
Estado funcional			
N1			-0.07
N2			0.04
N3			-0.12
N4			0.13
Cambio clínico grupal			0.02
Resumen clínico			
N1			0.01
N2			0.09
N3			-0.09
N4			0.14
Cambio clínico grupal			0.06

Grupo Experimental (G2).

En el grupo experimental durante la pre evaluación se reportó una CVRS apenas regular, reflejada en los puntajes de *estado funcional* ($X=70.25$) y *resumen clínico* ($X=67.06$). En la dimensión de *limitaciones físicas* obtuvieron una media de 62.08 puntos; a su vez, se reportaron afectados moderadamente en cuanto a la presencia de *síntomas* con una media de 71.20 puntos, especialmente en la *severidad de los síntomas* ($X=69$) y los *cambios a través del tiempo* ($X=52.50$) fueron las dimensiones que se reportaron con más afectación con respecto a la sintomatología; para la dimensión de *autoeficacia* se obtuvieron 67.70 puntos; las dimensiones más afectadas para este grupo fueron las de *interferencia social* con 58.75 puntos, y *calidad de vida* con 47.79 puntos (Tabla 23).

Tabla 23. Puntajes obtenidos por el G2 en el cuestionario de CVRS.

Grupo Experimental (G2)									
	Pre evaluación		Post evaluación		Seguimiento		ρ pre eva. y post eva.	ρ pre eva. y seg.	ρ post eva. y seg.
	X	DE	X	DE	X	DE			
Limitaciones físicas	62.08	20.62			78.09	2.81		0.47	
Síntomas	71.20	25.40	85.98	9.70	96.96	0	0.17	0.11	0.11
Síntomas frecuencia	85.15	16.34	92.97	7.03	100	0	0.07	0.18	0.18
Síntomas severidad	69.00	30.27	80.21	14.04	100	0	0.74	0.04	0.07
Síntomas cambios a través del tiempo	52.50	43.99	80.00	18.51	100	0	0.11	0.11	0.08
Autoeficacia	67.70	20.13	73.96	10.38	76.66	3.72	0.67	0.72	0.14
Calidad de vida	47.79	22.98	81.61	9.65	82.35	5.88	0.01	0.07	0.69
Interferencia social	58.75	32.26			80.00	0		0.18	
Estado funcional	70.25	18.96			88.61	1.54		0.11	
Resumen clínico	67.06	13.90			84.23	5.03		0.14	

En la post evaluación reportaron sentir mejoría en cuanto a la presencia de los síntomas propios de su enfermedad cardíaca ($X=85.98$), especialmente en la subescala de *frecuencia de los síntomas* ($X=92.97$), la *severidad de los síntomas* ($X=80.21$), y los *cambios a través del tiempo* ($X=80$), aunque los cambios no fueron estadísticamente significativos. Además, también hubo mejora en la percepción de su *autoeficacia* con 73.96 puntos; y un cambio significativo en la percepción de su *calidad vida* ($X=81.61$ $\rho=0.01$) - (Tabla 23).

En la evaluación de seguimiento, los pacientes reportaron una mejor CVRS, reflejada en los puntajes de *estado funcional* ($X=88.61$) y *resumen clínico* ($X=84.23$), aunque estos cambios no fueron estadísticamente significativos comparados con los de la pre evaluación. En cuanto a las *limitaciones físicas* se reportaron 78.09 puntos; en la dimensión de *síntomas* se alcanzaron los 100 puntos, interpretándose como una completa mejoría en cuanto a la *frecuencia, severidad y cambios a través del tiempo de los síntomas*; los puntajes de *autoeficacia* fueron de 76.66 puntos, siendo este puntaje el más alto de todos los momentos de la evaluación; de igual manera, la percepción de su *calidad de vida* se reportó con 82.35 puntos, teniendo un aumento casi estadísticamente significativo desde la pre evaluación hasta la evaluación en seguimiento

($p=0.07$); el puntaje para *interferencia social* también aumentó a un promedio de 80 puntos (Tabla 23).

En cuanto al análisis del puntaje clínico objetivo entre la pre evaluación y la post evaluación reflejó cambios positivos en las dimensiones de: síntomas en el N8 (2.44), N12 (0.56) y N15 (0.56); frecuencia de los síntomas en el N15 (0.33); severidad de los síntomas en N8 (2.67) y N12 (3.44); cambios a través del tiempo de los síntomas en N8, N10 (3.00), N12 (1.00) y N15; autoeficacia en N8 (0.25) y N15 (2.67); y calidad de vida en N8 (4.00), N9 (0.56), N10 (2.20), N12 (0.20), N14 (0.86) y N15 (1.60). Los cambios negativos reportados fueron en las dimensiones de: severidad de los síntomas en N10 (-0.30) y N14 (-0.20); cambios a través del tiempo de los síntomas en N13 (-0.20) y N14 (-0.33); y autoeficacia en N12 (-0.27). El cambio clínico grupal positivo significativo se obtuvo en las dimensiones de síntomas (0.21), cambios a través del tiempo (0.52), y calidad de vida (0.71). Las demás dimensiones no mostraron cambios relevantes (Tabla 24).

De la post evaluación al seguimiento los cambios clínicos positivos significativos reportados fueron los de las dimensiones de: síntomas en N10 (0.33); frecuencia de los síntomas en N10 (0.23); severidad de los síntomas en N10 (0.71) y N12 (0.20); cambios a través del tiempo de los síntomas en N8 (0.25), N10 (0.25) y N12 (0.25); y autoeficacia en N10 (0.43). El cambio clínico grupal positivo significativo se obtuvo en las dimensiones de severidad de los síntomas (0.25) y cambios a través del tiempo de los síntomas (0.25). Las demás dimensiones no mostraron cambios relevantes (Tabla 24).

Los cambios clínicos reportados de la pre evaluación al seguimiento fueron todos positivos en las dimensiones de: limitaciones físicas en N8 (2.00) y N10 (0.33); síntomas N8 (2.56), N10

(0.45) y N12 (0.78); frecuencia de los síntomas en N10 (0.45) y N12 (0.33); severidad de los síntomas en N8 (3.00), N10 (0.20) y N12 (4.33); cambios a través del tiempo de los síntomas en N8, N10 (4.00) y N12 (1.50); autoeficacia en N10 (0.43); calidad de vida en N8 (3.34), N9 (0.67), N10 (1.60) y N12 (0.40); interferencia social en N8 y N10 (3.00); estado funcional en N8 (2.06), N10 (0.33) y N12 (0.30); y resumen clínico en N8 (0.92), N10 (0.59) y N12 (0.28). Cabe destacar que no hubo ningún cambio clínico negativo significativo en este grupo de pacientes. Además, el cambio clínico grupal también reportó valores positivamente significativos en las dimensiones de: limitaciones físicas (0.26), síntomas (0.36), severidad de los síntomas (0.45), cambios a través del tiempo de los síntomas (0.90), calidad de vida (0.72), interferencia social (0.36), estado funcional (0.26), y resumen clínico (0.26). Sin embargo, en las dimensiones de autoeficacia y frecuencia de los síntomas no se obtuvieron resultados relevantes (Tabla 24).

Tabla 24. Cambio clínico objetivo obtenido por el G2 (CVRS).

	Dif. Clínica pre evaluación y post evaluación	Dif. Clínica post evaluación y seguimiento	Dif. Clínica pre evaluación y seguimiento
Limitaciones físicas			
N8			2.00
N9			-0.04
N10			0.33
N11			-0.04
N12			0.00
Cambio clínico grupal			0.26
Síntomas			
N8	2.44	0.03	2.56
N9	0.00	0.00	0.00
N10	0.09	0.33	0.45
N11	0.00	0.00	0.00
N12	0.56	0.14	0.78
N13	-0.13		
N14	-0.04		
N15	0.56		
Cambio clínico grupal	0.21	0.13	0.36
Frecuencia de los síntomas			
N8	0.00	0.00	0.00
N9	0.00	0.00	0.00
N10	0.18	0.23	0.45
N11	0.00	0.00	0.00
N12	0.17	0.14	0.33
N13	-0.06		
N14	0.17		

N15	0.50		
Cambio clínico grupal	0.14	0.03	0.17
Severidad de los síntomas			
N8	2.67	0.09	3.00
N9	0.00	0.09	0.09
N10	-0.30	0.71	0.20
N11	0.09	0.00	0.09
N12	3.44	0.20	4.33
N13	-0.18		
N14	-0.20		
N15	0.13		
Cambio clínico grupal	0.16	0.25	0.45
Cambios a través del tiempo de los síntomas			
N8	-	0.25	-
N9	0.00	0.00	0.00
N10	3.00	0.25	4.00
N11	0.00	0.00	0.00
N12	1.00	0.25	1.50
N13	-0.20		
N14	-0.33		
N15	-		
Cambio clínico grupal	0.52	0.25	0.90
Autoeficacia			
N8	0.25	-0.10	0.13
N9	-0.11	0.13	0.00
N10	0.00	0.43	0.43
N11	-0.10	0.00	-0.10
N12	-0.27	0.13	-0.18
N13	0.13		
N14	0.00		
N15	2.67		
Cambio clínico grupal	0.09	0.04	0.13
Calidad de vida			
N8	4.00	-0.13	3.34
N9	0.56	0.07	0.67
N10	2.20	-0.19	1.60
N11	0.07	-0.06	0.00
N12	0.20	0.17	0.40
N13	0.09		
N14	0.86		
N15	1.60		
Cambio clínico grupal	0.71	0.01	0.72
Interferencia social			
N8			-
N9			0.00
N10			3.00
N11			0.00
N12			0.00
Cambio clínico grupal			0.36
Estado funcional			
N8			2.06
N9			0.00
N10			0.33
N11			0.00
N12			0.30
Cambio clínico grupal			0.26

Resumen clínico	
N8	0.92
N9	-0.04
N10	0.59
N11	0.00
N12	0.28
Cambio clínico grupal	0.26

COMPARACIÓN DE GRUPOS.

❖ *Conocimiento de la enfermedad.*

Los análisis descriptivos de la comparación de significancias estadísticas entre grupos, reflejan que durante la pre evaluación, ambos grupos poseen un conocimiento de la enfermedad regular antes de su cirugía. El grupo experimental destaca en cuanto al conocimiento de factores que ocasionaron su enfermedad valvular ($X=0.77$) – (Tabla 25).

Tabla 25. Puntajes obtenidos por el G1 y el G2 en el cuestionario de CE.

	Pre-evaluación					Post-evaluación					Seguimiento				
	G1		G2		p	G1		G2		p	G1		G2		p
	X	DE	X	DE		X	DE	X	DE		X	DE	X	DE	
Información sobre su enfermedad valvular	0.61	0.23	0.66	0.25	0.78	0.61	0.23	0.75	0.29	0.40	0.83	0.19	0.73	0.43	1.00
Conocimiento de Factores que provocaron la enfermedad valvular	0.66	0.26	0.77	0.18	0.46	0.71	0.23	0.72	0.29	0.78	0.70	0.28	0.78	0.20	0.73
Conocimiento de Factores que pueden provocar hospitalización por enfermedad valvular descompensada	0.73	0.21	0.70	0.18	0.69	0.76	0.18	0.77	0.10	0.96	0.89	0.07	0.85	0.10	0.56

Asimismo, el grupo experimental atribuye el origen de su enfermedad mayormente a factores inmunológicos (50%), el 25% no sabe a qué se debe el origen de su enfermedad, y el 12.50% se lo atribuye a factores biológicos y psicológicos. Mientras que la mayoría del grupo control 'no sabe' por qué se originó su enfermedad (57.10%), el 28.60% cree que es por factores

inmunológicos y sólo una persona cree que se debe a factores psicológicos (12.50%) – (Tabla 26).

Tabla 26. Atribución de factores que propiciaron enfermedad valvular según el G1 y G2 (CE).

	Pre evaluación				Post evaluación				Seguimiento			
	G1		G2		G1		G2		G1		G2	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Factores Psicológicos	1	14.30	1	12.50	1	14.30	0	0	1	25.00	0	0
Estilo de Vida	0	0	0	0	1	14.30	2	25.00	2	50.00	2	40.00
Factores Biológicos	0	0	1	12.50	0	0	1	12.50	0	0	0	0
Factores Inmunológicos	2	28.60	4	50.00	3	42.90	5	62.50	1	25.00	3	60.00
No Sabe	4	57.10	2	25.00	2	28.60	0	0	0	0	0	0

En los resultados de la post evaluación no se encontraron diferencias de conocimiento de la enfermedad entre ambos grupos (Tabla 25). Sin embargo, el grupo experimental afirma tener mayor conocimiento en la dimensión de información sobre su enfermedad valvular ($X=0.75$), hecho que se demuestra en la atribución de factores que dieron origen a su enfermedad, en donde el 62.50% lo atribuye a factores inmunológicos, 25% al estilo de vida y 12.50% a factores biológicos, mientras que el 28% del grupo control sigue sin conocer el origen de su enfermedad (Tabla 26).

En la evaluación de seguimiento, aparentemente el grupo control mejora su conocimiento de la enfermedad, incluso obteniendo mayores puntajes que el grupo experimental, especialmente en la información sobre su enfermedad ($X=0.83$) y el reconocimiento de factores que podrían causar hospitalización por enfermedad valvular descompensada ($X=0.89$), sin embargo, no el conocimiento de factores que provocaron su enfermedad ($X=0.70$), donde el grupo experimental sigue manteniendo un puntaje más alto ($X=0.78$) - (Tabla 25). Estos puntajes son coherentes con los resultados obtenidos en la atribución de factores que dieron origen a su enfermedad, pues el grupo experimental lo atribuye solamente a factores inmunológicos (60%) y al estilo de vida

(40%), mientras que en el grupo control lo atribuye mayormente al estilo de vida (50%), después a factores biológicos (25%) y factores psicológicos (25%) – (Tabla 26).

❖ *Percepción de riesgo de la enfermedad.*

En el análisis de los resultados del IPQ-R, el G1 reportó puntajes más altos que el G2 en las siguientes dimensiones características de la percepción de riesgo: 3.71 puntos en la dimensión de consecuencias ($p=0.53$); perciben mayor afectación emocional reflejado con 2.35 puntos en la dimensión de representaciones emocionales ($p=0.15$); y, este grupo, atribuyó mayormente el origen de su enfermedad a factores psicológicos (como estrés, salud mental, inestabilidad emocional, el tipo de personalidad) con 2.04 puntos ($p=0.77$), y a factores de riesgo (como la herencia genética, mala atención médica en el pasado, envejecimiento y estilo de vida) con 2.38 puntos ($p=0.15$). Por su parte, el G2 reportó mayores puntajes en las siguientes escalas: identidad de los síntomas con 3.27 puntos ($p=0.07$); una percepción mayor de la temporalidad crónica de su enfermedad ($X=3.27$, $p=0.61$); mayor percepción de la temporalidad clínica con 2.84 puntos ($p=0.54$), lo cual podría indicar que tienen una percepción más negativa sobre la presencia e inestabilidad de los síntomas de su enfermedad valvular; a su vez, perciben mayor control personal para afrontar su enfermedad ($X=3.72$, $p=0.18$); mayor control de tratamiento percibido con 3.82 puntos ($p=0.15$); así también reportaron mejor entendimiento de su enfermedad, reflejado con 3.12 puntos en la dimensión de coherencia de la enfermedad. En cuando a la atribución de factores que provocaron su enfermedad, se encuentra en primer lugar factores de inmunidad ($X=2.37$), seguidos de situaciones de azar o desconocimiento ($X=2.37$) – (Tabla 27).

Tabla 27. Puntajes obtenidos por el G1 y el G2 en el cuestionario de IPQ-R.

	Pre-evaluación					Post-evaluación					Seguimiento				
	G1		G2		p	G1		G2		p	G1		G2		p
	X	DE	X	DE		X	DE	X	DE		X	DE	X	DE	
Identidad	3.00	1.51	3.27	2.37	0.07	3.23	2.37	3.33	1.72	0.61	3.70	0.14	3.70	0	1
Temporalidad (aguda/crónica)	3.02	0.78	3.27	0.47	0.61	3.23	0.58	3.33	0.54	0.61	3.70	0.41	3.70	0.43	1.00
Temporalidad (clínica)	1.60	0.81	2.84	1.18	0.05	2.67	1.47	3.12	0.51	0.61	2.31	0.87	2.40	0.82	1.00
Consecuencias	3.71	1.16	3.33	0.77	0.53	2.57	0.71	2.60	0.62	1.00	2.54	0.69	3.16	0.51	0.19
Control personal	3.38	0.91	3.72	0.42	0.18	3.59	0.26	3.81	0.60	0.39	3.37	0.34	3.53	0.29	0.55
Control de tratamiento	3.65	0.59	3.82	0.34	0.15	3.57	0.40	3.42	0.27	0.39	3.30	0.30	3.32	0.22	1.00
Representaciones emocionales	2.35	1.39	3.20	1.10	0.15	2.52	1.39	2.37	0.86	0.69	2.08	0.55	2.43	1.25	1.00
Coherencia de la enfermedad	2.57	0.79	3.12	1.10	0.46	2.71	0.83	2.85	0.53	0.46	3.05	0.57	2.44	0.68	0.28
Atribuciones psicológicas	2.04	1.46	1.81	0.75	0.77	2.07	1.37	1.43	0.43	0.69	1.75	0.86	1.53	0.43	0.90
Atribuciones de factores de riesgo	2.38	0.48	1.92	0.66	0.15	2.63	0.85	2.21	0.58	0.39	2.67	1.07	2.40	0.57	0.73
Atribución inmunitaria	1.95	1.43	2.37	1.09	0.33	2.38	1.11	2.45	1.65	1.00	2.58	1.19	3.13	1.44	0.73
Atribuciones de azar	1.78	0.99	2.37	1.76	0.69	2.07	1.53	1.62	1.27	0.53	2.50	1.91	1.90	1.34	0.73

Aunque para la post evaluación no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, el G1 mostró mejores puntajes después de la cirugía que el G2 en las dimensiones de control de tratamiento con 3.57 puntos ($p=0.27$); mayores representaciones emocionales, es decir, emocionalmente se percibieron más afectados que el G2 reflejado con 2.52 puntos ($p=0.86$); atribuyeron mayormente el origen de su enfermedad a factores de riesgo ($X=2.63$), seguido de factores inmunológicos (como un virus o bacteria, contaminación o sistema inmunológico débil) ($X=2.38$), situaciones de azar ($X=2.38$), y por último, factores psicológicos ($X=2.07$). El G2 reportó puntajes más altos que el G1 en las siguientes dimensiones: identidad de los síntomas con 3.33 puntos ($p=0.61$); mayor percepción crónica de su enfermedad valvular ($X=3.33$ puntos, $p=0.61$); una mayor percepción de inestabilidad de la sintomatología, reflejada en los puntajes de temporalidad clínica ($X=3.12$, $p=0.61$); mayor percepción de control personal ante su enfermedad ($X=3.81$, $p=0.39$); mayor entendimiento sobre su enfermedad cardíaca con 2.85 puntos en coherencia de la enfermedad ($p=0.46$); y, este grupo atribuye mayormente el origen de su enfermedad a factores de inmunidad ($X=2.45$) y

factores de riesgo ($X=2.21$). Cabe destacar que el G2, a diferencia del G1, obtuvo menor puntaje en las atribuciones de azar, lo que puede interpretarse como una mejoría importante en la percepción de riesgo de su enfermedad cardíaca. Las dimensiones que mide la percepción de las consecuencias no reportó ningún cambio relevante ($p=1$) – (Tabla 27).

En cuanto a la evaluación del seguimiento, el G1 mostró mayores puntajes en las dimensiones de identidad de los síntomas ($X=3.70$); mayor entendimiento de su enfermedad, reflejado con 3.05 puntos en la dimensión de coherencia de la enfermedad; y, a pesar de que pasaron algunos meses después de su cirugía, los pacientes de este grupo siguieron reportando desconocimiento ante la etiología de su enfermedad, reflejado en los puntajes de las atribuciones de azar ($X=2.50$). En cambio, el G2, muestra mayores puntajes en la mayoría de las dimensiones del IPQ-R, que se podrían interpretar como una mejoría en su percepción de riesgo de la enfermedad. Por ejemplo, mayor identificación de los síntomas de su enfermedad ($X=3.70$); mayor control personal con 3.53 puntos ($p=0.55$); y, quizá el logro más relevante fue que, este grupo de pacientes en esta fase de evaluación, reportó conocer la etiología de su enfermedad, reflejado en los puntajes de atribuciones inmunitarias ($X=3.13$, $p=0.73$), y factores de riesgo ($X=2.40$, $p=0.73$), aunque se mostraron más afectados en la percepción de consecuencias negativas con 3.16 puntos. Las dimensiones que no mostraron diferencias relevantes entre los puntajes de cada grupo fueron: temporalidad (crónica/aguda), temporalidad (clínica), control del tratamiento y representaciones emocionales (Tabla 27).

❖ *Calidad de Vida Relacionada con la Salud.*

Los análisis de la significancia estadística entre grupos reportan que durante la pre evaluación, tanto los pacientes del grupo control (G1) como los del grupo experimental (G2), tienen una percepción regular-baja de su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), reflejada en los puntajes del estado funcional (G1 X=82.75, G2 X=70.25), y en el resumen clínico (G1 X=79.15, G2 X=67.06). Especialmente, el G1 reportó un puntaje medio de 63.85 puntos en la dimensión de calidad de vida, siendo esta la más afectada. Por su parte, el G2 reporta 62.08 puntos en la dimensión de limitaciones físicas; en la dimensión de síntomas reporta 71.20 puntos, sintiéndose afectados mayormente por la severidad de sus síntomas (X=69.00) y los cambios a través del tiempo de los mismo (X=52.50); también, la percepción de su autoeficacia se reporta afectada con 67.70 puntos; la percepción de su calidad de vida se reporta gravemente afectada con 47.79 puntos; y la interferencia social la percibieron apenas regular con 58.75 puntos (Tabla 28).

Tabla 28. Puntajes obtenidos por el G1 y el G2 en el cuestionario de CVRS.

	Pre-evaluación					Post-evaluación					Seguimiento				
	G1 X	DE	G2 X	DE	p	G1 X	DE	G2 X	DE	p	G1 X	DE	G2 X	DE	p
Limitaciones físicas	72.37	13.15	62.08	20.62	0.23						72.72	6.35	78.09	2.81	0.11
Síntomas frecuencia	91.76	9.04	71.20	25.40	0.12	92.19	9.23	85.98	9.70	0.15	96.96	0	96.96	0	1.00
Síntomas severidad	98.21	3.04	85.15	16.34	0.28	94.64	14.17	92.97	7.03	0.23	100	0	100	0	1.00
Síntomas cambios a través del tiempo	84.51	12.19	69.00	30.27	0.28	90.47	3.14	80.21	14.04	0.15	100	4.17	100	0	0.56
Autoeficacia	80.00	34.64	52.50	43.99	0.23	88.57	22.67	80.00	18.51	0.23	100	0	100	0	1.00
Calidad de vida	82.13	14.77	67.70	20.13	0.09	58.33	22.04	73.96	10.38	0.28	77.08	7.97	76.66	3.72	0.91
Interferencia social	63.85	11.97	47.79	22.98	0.09	82.35	10.74	81.61	9.65	0.96	83.82	5.62	82.35	5.88	0.73
Estado funcional	84.28	7.86	58.75	32.26	0.07						75.00	25.16	80.00	0	1.00
Resumen clínico	82.75	9.28	70.25	18.96	0.12						84.34	4.30	88.61	1.54	0.11
	79.15	7.40	67.06	13.90	0.09						83.81	6.54	84.23	5.03	0.91

En el reporte de la post evaluación, el G1 reportó puntajes muy similares a los de la pre evaluación en las dimensiones de sintomatología. Sin embargo, reportaron 82.35 puntos en la calidad de vida, lo que puede interpretarse como una mejoría en su percepción; y, aunque la diferencia no fue significativa, este grupo se reportó con menor autoeficacia que el G2 después de la cirugía ($X=58.33$, $p=0.28$). En cuanto a la evaluación del G2, estos pacientes se reportaron con mayores limitaciones por causa de la presencia de los síntomas de su enfermedad cardíaca ($X=85.98$). Sin embargo, se reportó un puntaje más elevado en la percepción de su autoeficacia ($X=73.96$) aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0.28$) – (Tabla 28).

En el reporte de la evaluación de seguimiento que se realizó ocho meses después de su cirugía, el G2 reportó una mayor percepción de su CVRS que el G1, reflejada en los puntajes del estado funcional (G1 $X=84.34$, G2 $X= 88.61$, $p=0.11$) y el resumen clínico (G2 $X=83.81$, G2 $X=84.23$, $p=0.91$). A su vez, el G2 reportó 78.09 puntos en la dimensión de limitaciones físicas, en comparación con el G1 que reportó mayores limitaciones físicas con 72.72 puntos ($p=0.11$); en la dimensión de interferencia social, el G2 también obtuvo mejor puntaje ($X=80.00$) que el G1 ($X=75.00$). La diferencia de puntos entre ambos grupos para las dimensiones de autoeficacia y calidad de vida, no fueron relevantes (Tabla 28).

DISCUSIÓN

En la literatura se encuentran escasos reportes sobre intervenciones psicológicas con población mexicana, orientadas a la atención de los factores psicosociales que afectan a los pacientes con valvulopatía cardíaca antes y después de su egreso hospitalario. Esta investigación tuvo como objetivo implementar un programa de preparación psicológica para procedimientos invasivos en cirugía en pacientes con valvulopatía cardíaca, para modificar el conocimiento de la enfermedad, la percepción de riesgo y la calidad de vida relacionada con la salud. Para cumplir el propósito, se utilizó un diseño cuasi-experimental pre-post test con grupo control, haciendo un análisis comparativo entre la significancia estadística y la significancia clínica de los datos de cada grupo.

El perfil sociodemográfico encontrado en este estudio coincide con lo reportado en la literatura referente a los pacientes que padecen enfermedad valvular, donde ésta se desarrolla en la segunda mitad de vida por causa de fiebre reumática inactiva o por desgaste por envejecimiento, siendo el sexo femenino el más afectado (Alonso y Manzarbeitia, 2006; Soler y Galve, 2000; Chávez y Vargas, 1993). A pesar de dichas condiciones biológicas, también se toma en cuenta que existen condiciones psicosociales asociadas a la evolución y el tratamiento de la enfermedad valvular, ya que, al ser una enfermedad crono degenerativa a pesar de su tratamiento quirúrgico, los pacientes deben continuar con un tratamiento médico y hacer un cambio en su estilo de vida, actos que se relacionan con el conocimiento y la percepción de riesgo de su enfermedad, además de conseguir un aumento en su calidad de vida (Yusuf et al., 2004; Ni, 1999; citado en Silvera et al., 2011; Juergens et al., 2009; Ramos et al., 2011).

En relación con la evaluación del conocimiento de la enfermedad, se encontró que los pacientes, tanto del grupo control como del grupo experimental, contaban con un conocimiento sobre su enfermedad regular durante la pre evaluación, es decir, ambos grupos conocían la

mayoría pero no todos los factores que provocaron su enfermedad y aquellos factores que podrían causarles un reingreso al hospital si su estilo de vida no era el adecuado. Después de la cirugía, ni en la post evaluación ni en el seguimiento se encontraron diferencias del conocimiento de su enfermedad estadísticamente significativas entre ambos grupos. Sin embargo, el análisis de cambio clínico estadístico mostró que tanto el grupo control como el grupo experimental obtuvieron un cambio positivo significativo en la evaluación de seguimiento en el área del reconocimiento de factores que podrían ocasionar un reingreso hospitalario por descompensación cardíaca. Cabe destacar que aun habiendo pasado ocho meses después de su cirugía, en la identificación de condiciones previas que causaron la enfermedad valvular, en el grupo control los pacientes seguían sin conocer qué causó su enfermedad, mientras que en el grupo experimental identificaron acertadamente que fue por causas inmunológicas o congénitas. Estos resultados son compatibles con los encontrados por Silvera y sus colaboradores (2013), en donde reporta que los pacientes que no reciben la información adecuada sobre su enfermedad (insuficiencia cardíaca) en evaluaciones de seguimiento el 26% considera no tener conocimiento sobre su enfermedad, el 31% desconoce que su condición es crónica, y el 11% reporta que no se le había comunicado claramente su diagnóstico. A pesar de que el grupo experimental en este estudio demostró finalmente reconocer que su enfermedad fue causa de factores biológicos, no demostró un cambio en las otras área evaluadas, por lo que sería importante verificar que la información que se les da durante la psicoeducación y en las consultas médicas o por el personal de enfermería, no sólo se brinde, sino también se comprenda como una condición necesaria para lograr un cambio efectivo en el estilo de vida, facilitar la adherencia al tratamiento después de la cirugía, evitar descompensaciones y las complicaciones de la enfermedad cardiovalvular.

En lo que respecta a la evaluación del IPQ-R, se encontró que durante la pre evaluación los pacientes del grupo control reportaron sentirse más afectados en el área de consecuencias, es decir, su condición tenía un mayor impacto negativo en su vida, sus relaciones sociales y su economía; representaciones emocionales, mayor sentimiento de depresión, preocupación, enojo, ansiedad y miedo; además de tener una inclinación mayor por atribuirle la causa de su enfermedad a factores psicológicos, como el estrés, la personalidad y su estado emocional, y a factores de azar, como la mala suerte. Por su parte, el grupo experimental en esta misma fase, reportaron una mayor identidad de síntomas asociados con su enfermedad valvular, como náuseas, falta de aire, fatiga, debilidad; mayor percepción de inestabilidad sintomatológica, como pasar por periodos de tiempo en los que su enfermedad cardíaca mejora y después empeora; afectación grave en el área de consecuencias, representaciones emocionales, y menor coherencia de la enfermedad, es decir, sentimientos de confusión, desconocimiento, falta de sentido o claridad ante el diagnóstico de su enfermedad valvular. Investigaciones realizadas con pacientes que sufrieron infarto de miocardio demostraron que los pacientes cuyos signos y síntomas eran más perturbadores, tomaron más en serio su enfermedad e identificaron más rápido su condición como una amenaza para la salud que los pacientes con menos alteraciones disruptivas. Además, Cherrington y cols. (2004), encontraron una relación directamente proporcional significativa entre una percepción de enfermedad negativa y la rehospitalización y mortalidad 1 año después del infarto de miocardio.

Después de la cirugía, en la post evaluación el grupo control demostró un cambio estadísticamente significativo en la identificación de los síntomas asociados a su enfermedad, lo cual puede atribuirse a la premura de la evaluación, ya que su cirugía había sido apenas una semana antes, por lo que algunos síntomas seguían persistiendo. Además, también reportaron

percibir menores consecuencias negativas de su condición. Sin embargo, en otras áreas como la percepción de la temporalidad (clínica), las representaciones emocionales, la coherencia de su enfermedad y las atribuciones de causa de su enfermedad, obtuvieron puntajes menores (aunque no significativos) que antes de la cirugía, lo que se interpreta como una peor percepción de riesgo de su enfermedad. El grupo experimental obtuvo puntajes similares a los del grupo control en esta fase, sin embargo, obtuvo un cambio positivo significativo en la escala de coherencia de la enfermedad, aumentando a su vez (no de manera significativa), la atribución de causa de su enfermedad a factores de inmunidad (biológicos o inmunológicos) y factores de riesgo (estilo de vida).

Por otro lado, el análisis clínico objetivo de la post evaluación, demostró que el grupo control únicamente obtuvo dos cambios positivos significativos en el área de identidad de los síntomas y atribuciones de causa inmunológicas, aunque también hubo un cambio negativo significativo en la percepción de la temporalidad (clínica) de su enfermedad. Por su parte, el grupo experimental obtuvo mayores cambios clínicos positivos significativos como menor percepción de consecuencias graves de su condición, menores representaciones emocionales negativas, y menor atribución de causa de su enfermedad a factores de azar, destacando que no hubo cambios clínicos negativos relevantes.

De acuerdo con el modelo de Leventhal (et al., 2001), después de percibir una amenaza para la salud, se forma una representación personal y única de la enfermedad. Hasta ahora, la mayoría de los estudios han evaluado las creencias sobre la enfermedad en condiciones médicas relativamente estables, e incluso, se podría argumentar que la relación entre los factores psicológicos y el resultado no es sorprendente. Sin embargo, se puede considerar que la cirugía cardíaca causa un cambio más dramático en la salud del paciente, lo que podría ir acompañado

de una rápida reevaluación cognitiva y una reducción de la influencia de las creencias preoperatorias que los pacientes tienen sobre su enfermedad, tal como lo sugiere Juergens y cols. (2009).

En lo que respecta a la evaluación de seguimiento que se realizó ocho meses después de la cirugía, los resultados reportados por el grupo control mostraron que la percepción de riesgo disminuyó, no significativamente, en cuanto a la percepción de la inestabilidad de la sintomatología, mayor percepción de consecuencias negativas, mayores representaciones emocionales negativas, menor claridad y entendimiento de su enfermedad y mayor atribución de causa de su enfermedad a factores de azar, lo que se interpreta como falta de conocimiento. Por su parte, el grupo experimental reporta resultados similares al grupo control en esta fase también, aunque obtiene un cambio positivo no significativo en cuanto a la coherencia y la atribución de causa de su enfermedad valvular, lo que se puede interpretar como un mayor entendimiento de la etiología y desarrollo de su condición, por lo que podría considerarse que el PPPPICC tuvo un impacto favorable en este atributo de la percepción de riesgo.

Por otro lado, el análisis clínico objetivo entre la pre evaluación y el seguimiento del grupo control permitió apreciar que hubo mayores cambios negativos significativos en la percepción de la inestabilidad sintomática, la percepción de temporalidad crónica y una mayor atribución de causa a factores de azar. Contrario a esto, el grupo experimental, entre la pre evaluación y el seguimiento, obtuvo mayormente cambios clínicos positivos significativos en el entendimiento y claridad de la enfermedad y las atribuciones de causa de su condición, reconociendo que fueron principalmente factores biológicos o inmunológicos los que provocaron su enfermedad.

Hasta donde se sabe, ningún otro estudio ha examinado con diseños longitudinales de esta temporalidad las percepciones de enfermedad utilizando el modelo de autorregulación de la

enfermedad (Leventhal et al., 2001) en pacientes que presentan enfermedades cardíacas, por lo que la falta de diferencia estadística se cree que se deba a un tamaño de muestra pequeño que no proporciona suficiente poder estadístico para detectar los cambios significativos; además, el IPQ-R, a pesar de haber demostrado tener buena confiabilidad en poblaciones clínicas orientales con diagnósticos claramente diagnosticados, no se ha trabajado con poblaciones occidentales, mucho menos mexicanas; y, su aplicación fue muy extensa, por lo que los pacientes en condición de hospitalización o vía telefónica solían perder rápidamente interés en contestar el cuestionario.

Desde hace varias décadas, se ha sugerido que la representación de las enfermedades juega un papel importante como factor mediador que precede a una peor o mejor recuperación de los pacientes con ECV, e incluso, también tienen más probabilidades de experimentar una complicación durante la estancia hospitalaria aguda. Sin embargo, el cuestionario fue desarrollado para evaluar las representaciones cognitivas y emocionales de la enfermedad según lo descrito por Leventhal (et al., 2001), pero la falta de medición de todos los atributos, limita la capacidad de evaluar el impacto del significado y la importancia de experimentar los síntomas de la enfermedad valvular. Además, es difícil encontrar parámetros de comparación para trabajar con esta variable en México dada la escasez de investigaciones que toman en cuenta estos factores en esta población clínica.

Por otro lado, se sugiere que los programas de intervención diseñados para modificar esta variable, contemplen el seguimiento de la enseñanza de las estrategias cognitivas para lograr un mayor impacto en la percepción de riesgo de la enfermedad.

En relación con la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud, a pesar de que los pacientes de ambos grupos reportaban desde el inicio puntajes aceptables en su evaluación,

las áreas de limitaciones físicas, cambios a través del tiempo de los síntomas y la calidad de vida, las percibían gravemente afectadas, sin embargo, las puntuaciones encontradas son ligeramente más elevadas y menos graves que otras puntuaciones encontradas en otras investigaciones realizadas con pacientes con ECV, hecho que puede justificarse debido a que la insuficiencia valvular, a diferencia de otras enfermedades cardíacas, suele ser funcional y asintomática en muchos de los casos (Ramos et al., 2011; Chávez y Vargas, 1993).

En los resultados de la post evaluación, a pesar de que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, se observó que la diferencia de puntos en la dimensión de autoeficacia entre la pre y la post evaluación del grupo control fue considerable, pues en la primera fase obtuvo un puntaje mayor que después de la cirugía, lo que quiere decir que su percepción de su capacidad para llevar a cabo determinadas actividades se vio afectada de manera negativa; el grupo experimental antes de la cirugía reportaba una autoeficacia regular, y después de la cirugía aumentó su puntaje. El análisis clínico objetivo entre la pre y la post evaluación permitió apreciar que el grupo control obtuvo un cambio grupal positivo significativo en la dimensión de calidad de vida, pero negativo para la percepción de autoeficacia. Por su parte, el grupo experimental obtuvo sólo cambios clínicos positivos significativos en las dimensiones de sintomatología, es decir, presentaban síntomas ligeros o ningún síntoma, y calidad de vida. Cabe mencionar que el instrumento utilizado para evaluar la CVRS no fue diseñado en su totalidad para evaluar dicho constructo en condiciones de hospitalización, por lo que para esta fase no se tomaron en cuenta todas las dimensiones. Únicamente se evaluó los síntomas, la severidad de los síntomas, frecuencia de los síntomas, cambios a través del tiempo de los síntomas, autoeficacia y calidad de vida.

En cuanto a la evaluación de seguimiento, tampoco se encontraron diferencias estadísticas relevantes, sin embargo, el cambio clínico objetivo para el grupo experimental fue mayor y positivo en todas sus dimensiones, mientras que para el grupo control no.

Ambos grupos reportaron una mejoría notable en cuanto a la presencia de los síntomas propios de la enfermedad valvular; estos hallazgos son similares a los encontrados por Figueroa et al. (2016), donde a pesar de que los pacientes mostraban una mejoría casi total de los síntomas físicos, la evaluación de otras variables psicosociales que se relacionan directamente con la CVRS siguen afectando la vida del paciente aún después de la cirugía, tales como la percepción de autoeficacia y la percepción del estado funcional, por lo que se sugiere dotar de información necesaria al paciente, haciéndolo conocedor de las ventajas y las desventajas del tratamiento, así como proporcionar un ajuste psicológico a su nueva vida a aquellos pacientes que ya han recibido información, mejorando con esto su calidad de vida.

Finalmente, se cree que la falta de diferencias estadísticas se debe a ciertas variables en las que se sugiere atender con mayor detalle en futuras investigaciones, como el tamaño de la muestra; que el tiempo de hospitalización que pasa un paciente del grupo experimental a diferencia de un paciente control con menor número de sesiones; así como la vía de recolección de información para los seguimientos.

Esta investigación es la primera en México que contempla la percepción de riesgo en conjunto con el conocimiento de la enfermedad y el impacto en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cardiopatía valvular, obteniendo y aportando datos valiosos para continuar con el desarrollo de la atención de esta población clínica.

Las limitaciones de esta investigación tienen que ver con la utilización de instrumentos no validados para población mexicana como el IPQ-R, además, este instrumento es demasiado extenso, lo que permitía que los pacientes perdieran interés fácilmente al momento de aplicarlo.

Con respecto a la evaluación de la CVRS se encontró que el Kansas City (KCCQ) no estaba diseñado para evaluar los atributos de la CVRS en condición de hospitalización. Así también, se encontraron limitaciones con relación a la aplicación del PPPICC, ya que fueron muy pocas sesiones de intervención y el programa careció de tiempo suficiente para verificar el aprendizaje de las técnicas cognitivas para modificar la percepción de riesgo de la enfermedad, además de carecer de tiempo para verificar el quinto paso de la técnica de solución de problemas (Puesta en práctica de la solución y verificación de resultados).

Por otro lado, dados los resultados obtenidos, se sugiere hacer una evaluación del programa de intervención inmediatamente después de ser aplicado, e incluso antes de la cirugía para verificar su eficacia.

De igual forma, esta investigación proporciona datos relevantes para desarrollar intervenciones que se enfoquen en alterar las percepciones de la enfermedad; estos hallazgos refuerzan la necesidad de que los profesionales de la salud en los escenarios hospitalarios conozcan el significado y la importancia de la enfermedad para los pacientes que padecen de una ECV.

A su vez, este estudio también contribuye con un período de seguimiento de ocho meses y la investigación de las percepciones de enfermedad en una muestra de pacientes de atención especializada.

CONCLUSIONES

En esta investigación demostró que esta población clínica:

- ❖ No todos los pacientes contaban con información suficiente sobre su enfermedad valvular antes de la cirugía, incluso, después de ser operados, seguían sin recibir un diagnóstico claro.
- ❖ A pesar de que algunos pacientes llegaban a recibir su diagnóstico y eran informados sobre el procedimiento quirúrgico al que iban a ser sometidos, reportaron poco entendimiento sobre la información que recibieron.
- ❖ Los pacientes que recibieron el PPPPICC después de la cirugía reportaron mayor conocimiento y entendimiento sobre su enfermedad valvular, por lo que se concluye que el programa de intervención sí logró modificar esta variable.
- ❖ La percepción de riesgo de la enfermedad de estos pacientes en la mayoría de sus dimensiones es regular antes de la cirugía.
- ❖ Los pacientes del grupo control no muestran cambios en la percepción de riesgo de su enfermedad incluso después de su cirugía.
- ❖ El PPPPICC demostró ser efectivo para modificar las dimensiones de atribución de origen de la enfermedad, representaciones emocionales y la percepción de consecuencias de su enfermedad. Sin embargo, otras dimensiones como la percepción de la temporalidad, el control personal, control de tratamiento y la coherencia de la enfermedad, no se vieron modificadas en estos pacientes a pesar de haber recibido el programa de intervención.

- ❖ Para obtener un cambio efectivo en la percepción de riesgo de la enfermedad, son necesarias sesiones de seguimiento en las técnicas cognitivo-conductuales implementadas en el PPPICC.
- ❖ Se necesita validar el IPQ-R para la medición de la percepción de riesgo de la enfermedad en población mexicana, o diseñar un instrumento que atienda las necesidades de esta población.
- ❖ La percepción de la CVRS de los pacientes no está realmente afectada por su condición cardíaca ni por el diagnóstico de su cirugía.
- ❖ La mayoría de los pacientes con enfermedad valvular antes de la cirugía son asintomáticos.
- ❖ El PPPICC demostró ser efectivo en la percepción de la CVRS de todos los pacientes incluso ocho meses después de la cirugía.
- ❖ Se necesita evaluar la CVRS con un instrumento que se ajuste a las condiciones de hospitalización.
- ❖ Los cambios evaluados durante la post evaluación no fueron permanentes en todos los casos para la evaluación de seguimiento.
- ❖ La efectividad del PPPICC necesita ser evaluada inmediatamente después de su aplicación y antes de la cirugía.
- ❖ Se debe contemplar como un factor influyente en la medición de las variables psicológicas el tiempo de hospitalización de cada paciente.
- ❖ La evaluación de seguimiento vía telefónica es eficaz para recolectar datos de los pacientes egresados. Sin embargo, se cree que con una evaluación presencial se tendría mayor control sobre la investigación.

Actualmente, se ha visto un mayor interés por parte de los médicos cardiólogos para realizar evaluaciones más integrales, relacionadas con el estilo de vida y los factores de riesgo en el cuidado de los pacientes con enfermedad cardíaca. Y, si bien ellos no fungen como psicólogos u otros profesionales de la salud mental, este estudio vuelve evidente la necesidad de evaluar y atender los síntomas psicológicos y conductuales de los pacientes con estas características clínicas, empezando por volver al paciente un agente activo dentro del proceso de su enfermedad, dotándolo del conocimiento necesario, mejorando la percepción sobre su diagnóstico, y obteniendo como resultado una mejor calidad de vida.

REFERENCIAS

- Akintunde, A. A., Akintunde, T. 'S y Opajido, G. O. (2015). Knowledge of heart disease risk factors among workers in a Nigerian University: A call for concern. *Nigerian Medical Journal*, 56, 91-95.
- Albarrán, L., A. y Macías, T., M. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. *Investigación en Salud*, 9(2), 118-124.
- Alonso, R., J. y Manzarbeitia, A., J. (2006). Valvulopatías. En Tratado de geriatría para residentes, pp. 349-353. Madrid, España: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.
- Alonso, M., E., Pozo, M., C. y Martos, M., M. (2008). *Intervención psicosocial y evaluación de programas en el ámbito de la salud*. Andalucía, España: Formación Alcalá.
- Álvarez Rocha P, Ormaechea G. Insuficiencia cardiaca. Montevideo: *Oficina del libro-FEFMUR*, 355-401.
- Amariles, P., Baena, M. I., Faus, M. J., Machuca, M., Tudela, J., Barris, D., Sevilla, J., Román-Alvarado, J., Machuca, M. P. y Cansino, J. (2005). Conocimiento y riesgo cardiovascular en pacientes en tratamiento con medicamentos cardiovasculares. *Ars Pharm*, 46(3), 279-300.
- Aráoz, O., N., Etelvina, A., A., Esquivel, Q., J., Florencia, B., M. y Ramos, M. (2009). *Prevalencia de valvulopatías y diferencias por género*. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina.
- Areán, P. (2000). Terapia de solución de problemas para la depresión: teoría, investigación y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 8(3), 547-559.
- Archury, D., Rodríguez, C., S., Agudelo, C., L., Hoyos, S., J. y Acuña, E., J. (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.
- Arrivillaga, M., Correa, D. y Salazar, I. (2007). *Psicología de la salud. Abordaje integral de la enfermedad*. Bogotá, Colombia: Manual Moderno.
- Azpitarte, J., Alonso, A., García, F., González, J., M., Pare, C., Tello, A. (2000). Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en Valvulopatías. *Rev Esp Cardiol*, 53(12), 1209-1278.
- Ballesteros, P. (2009). Anatomía del corazón. En Ferré, L. I. y Miguel, M. C. (2009). *Libro de la salud cardiovascular del hospital clínico de San Carlos y Fundación BBVA*. Bilbao: Fundación BBVA.

- Bancalero, C., Aguilera, A., Navarro, M., Carrión, L., Quirós, A. y Ruiz, S. (2013). Fundamentos teóricos de la intervención psiquiátrica y psicológica de enlace en unidades de rehabilitación cardiaca (II). *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 20-30.
- Barrantes, M. (2010). Factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cardiopatía coronaria y diabetes mellitus. *Revista Médica Herediana*, 21(3).
- Barreiro, M., Velasco, E., Renilla, A., Torres, F., Martín, M. y De La Herrera, M. (2013). Grado de conocimiento sobre su enfermedad cardiaca entre los pacientes hospitalizados. *Revista Española de Cardiología*, 66. doi: 10.1016/j.recesp.2012.07.022
- Beck, J., S. (2000). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización. Prólogo de Aron T. Beck*. Barcelona, España: Gedisa.
- Becoña, E. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. España: Pirámide.
- Bembibre, C. (2011). Sintema circulatorio. Definición ABC. Recuperado el 8 de noviembre de 2018 de <https://www.definicionabc.com/?s=Sistema%20Circulatorio>
- Beresnevaitė, M., Benetis, R., Taylor, G. J., Rašinskienė, S., Stankus, A., y Kinduris, S. (2016). Impact of a Cognitive Behavioral Intervention on Health-Related Quality of Life and General Heart Rate Variability in Patients Following Cardiac Surgery: An Effectiveness Study. *Psychosomatics*, 1–11.
- Blankstein, R., Ward, R., P., Arnsdorf, M., Jones, B., Lou, Y., B. y Pine, M. (2005). Female gender is an independent predictor of operative mortality after coronary artery bypass graft surgery: contemporary analysis of 31 Midwestern hospitals. *Circulation*, 112(Suppl 9), 1323-1327.
- Bonow, R. O., Carabello, B., Leon, A., C., Edmus, L., H., Federly, B., J., Freed, M., D., et al. (1998). ACC/AHA guidelines for the management of patients with valvular heart diseases. A report of the American college cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines (Committee on management of patients with valvular heart disease). *J Am Coll Cardiol*, 32(1), 1486-1588.
- Broadbent, E. et al. (2006). Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ). *Psychosom*, 60, 631–637.
- Bustamante, J., Posada, A., Escobar, N., Crispin, A. I., Restrepo, M. y Giraldo, A. (2008). Caracterización de la funcionalidad de las válvulas cardiacas mecánicas por medio de un túnel de viento. *Scientia et Technica Año XIV*, (39), 453-458.
- Cabello, M., G., Morales, C., A. y Guerrero, D., G. (2010). Eficacia de un programa de rehabilitación cardiaca en pacientes con cardiopatía isquémica. *Anales Médicos (Méx)*, 55(1), 24-24.

- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: el inventario de situaciones y respuestas de ansiedad -ISRA. *Psicología Contemporánea*, 6(1), 14-21.
- Carabello, B., A. y Crawford, F., A. (1997). Valvular heart disease. *New Eng J Med*, 337(1), 32-41.
- Carabello, B., A., Chatterjee, K., De Leon A., C. et al. (2006). ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease. *J Am Coll Cardiol* 48, 1-148.
- Cardiel, R. (1994). La medición de la calidad de vida. En L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero (Eds.): *Epidemiología clínica* (pp. 189.199). México: Interamericana-McGraw-Hill.
- Caro, I. (2007). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. España: Descleé de Brouwer.
- Carroll, K. Rousanville, B, Nich, C. Gordon, L. Wirtz, P. Gawin, F. (1994). One-year follow-up psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: delayed emergence of psychotherapy effects. *Archives of General Psychiatry*, 51, 989-997.
- Castillo, A., Arocha, C., Castillo, I., Cueto, M., Armas, N. y Hernández, E. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud en enfermos con cardiopatía isquémica, revascularizados por vía percutánea. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, 16(2), 171-176.
Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/car/vol16_2_10/car07210.htm
- Cautela, J., R. y Groden, J. (1988). *Técnicas de relajación (Manual práctico para adultos, niños y educación especial)*. México: Ediciones Roca.
- Chávez, I. y Vargas, J. (1993). Fiebre reumática y cardiopatía reumática. *Cardiopatía*, pp. 725–763). México: Intersistemas.
- Cherrington, C., C., Moser, D., K., Lennie, T., A. y Kennedy, C., W. (2004). Illness representation after acute myocardial infarction: impact on in-hospital recovery. *Am J Crit Care*, 13(2), 136-145.
- Comín, J., Garin, O., Lupón, J., Manito, N. et al., (2011). Validación de la versión española del Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire. *Revista Española de Cardiología*, 64(1), 51-58.
- Costero, O., Sánchez-Recalde, A., Moreno, R., Moreno, I., Selgas, R. y López-Sendón, J., L. (2013). Pseudopheochromocytoma as a cause of resistant and paroxysmal hypertension successfully treated by percutaneous renal denervation. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*, 66(3), 227-229.
- Cuartas, V., Escobar, A., Loreto, E., Lemos, M., Arango, J. y Rogers, H. (2008). Los factores psicosociales implicados en la cardiopatía isquémica. *Revista CES Psicología*, 1(2): 19-40.

- De la Serna, F. (2010). Epidemiología de la IC (3ra eds.). *Insuficiencia cardiaca crónica* (pp. 245-290). Argentina: Federación Argentina de Cardiología. Recuperado de http://www.fac.org.ar/edicion/inscac/cap10_1_2010.pdf
- Enfermedades de la válvula cardiaca*. (2014). Recuperado el 24 de abril de 2018, de <http://carefirst.staywellsolutionsonline.com/spanish/Encyclopedia/85,P03334>
- Esmite, N., Pouso, J., Reinoso, J. C., Gutiérrez, F., Ruso, N. y Bigalli, D. (2015). Percepción de calidad de vida antes y después de la cirugía de revascularización miocárdica. *Rev Urug Cardiol*, 30, 268-279.
- Fernández, A., E., Martín, D., M. y Domínguez S., F. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*, 15(4), 615-630.
- Fernández-López, J. A, Hernández-Mejía, R. y Siegrist, J. (2001). El perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC): un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica. *Atención Primaria*, 28(10). [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)70484-2](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)70484-2)
- Figuroa, L., C., Domínguez, T., B., Ramos, R., B. y Alcocer, L. (2009). Emergencia de la cardiología conductual en la práctica clínica. *Psicología y Salud*, 19(1), 151-155.
- Figuroa, L., C. y Ramos, R., B. (2004). Estrés: ¿riesgo cardiovascular de hipertensión? *Estrés y Salud. Cuadernos de Ciencias de Salud y del Comportamiento*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Ciudad de México.
- Figuroa, L., C. y Ramos., B. (2006). Factores de riesgo de la hipertensión arterial y la salud cardiovascular en estudiantes universitarios. *Anales de Psicología*, 22(2), 169-174.
- Figuroa-López, C., Rocha-Rodríguez, V., Cigarroa-López, Á. y Ramos-Del Río, B. (2016). Comorbilidad emocional y la aceptación psicológica al desfibrilador automático implantable. *Revista Mexicana de Cardiología*, 27(s1), s4-s12.
- Fink, A. (1993). *Evaluation fundamental*. Newbury Park: Sage.
- Fox, C., S., Vassan, R., S., Parise, H., et al. (2003). Mitral annular calcification predicts cardiovascular morbidity and mortality: The Framingham Heart Study. *Circulation*, 107, 1492-1496.
- Frostholt, L., Oernboel, E., Christensen, K., S., Toft, T., Olesen, F., Weinman, J. y Fink, P. (2007). Do illness perceptions predict health outcomes in primary care patients? A 2-year follow-up study. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 129-138.
- Garcés, F., E., Veladrino, N., A., Conesa, S., P. y Ortega, B., J. (2002). Un programa de intervención psicológica en pacientes con problemas cardiovasculares tipo inestable. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 2(1), 67-89.

- Gómez-Doblas, J. (2008). Valvulopatías en la mujer: diferencias de sexo en España. *Rev Esp Cardiol*, 8, 42-48.
- Gómez-Durán, C. Estado actual de la cirugía mitral reconstructiva. *Rev Esp Cardiol*, 57(supl. 1), 39-46.
- Hagger, M., S., Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychol Health*, 18, 141-184.
- Healthy valves and Diseased Valves. (2018). Heart Cardiology. Recuperado el 8 de noviembre de 2018 de <https://www.heartlandcardiology.com/services/procedures/tavr1/#prettyPhoto>
- Hewitt, R. N. y Gantiva, D. C. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 21(1), 165-176.
- Hinchman D., A. y Otto C., M. (1999). Valvular diseases in the elderly. *Cardiology Clinics*, 17(1), 137-159.
- Hirvonen, J., Bloom, M., Touminen, U., Seitsalo, S., Lehto, M., Paavolainen, P. et al., (2006). Health-related quality of life in patients waiting for major joint replacement. A comparison between patients and population controls. *Health Qual Life Outcomes*, 19(4), 3.
- Illing y col. (1978) Video Modeling for the preparation of dentistry interventions. Behavioral Medicine. Practical applications in health care. New York Springer.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). “Población, Hogares y Vivienda”. Recuperado el 24 de abril de 2018, de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>
- Iung, B. (2009). Epidemiology of valvular heart diseases in the adult. *Rev Prat.*, 59, 173-177.
- Iung, B., Baron, G., Butchart, E., G., Delahaye, F., Gohlke-Barwolf ,C., Levang, O.,W., et al. (2003). A prospective survey of patients with valvular heart disease in Europe: The Euro Heart Survey on Valvular Heart Disease. *Eur Heart J.*, 24, 1231-1243.
- Juergens, M. C., Seekatz, B., Moosdorf, R. G., Petrie, K. J. y Rief, W. (2009). Illness beliefs before cardiac surgery predict disability, quality of life, and depression 3 months later. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(2010), 553-560.
- Juventud Melilla. (s/f). Relajación e imaginación. Recuperado el 8 de noviembre de 2018 de <http://www.juventudmelilla.es/node/130>
- Kulur, B., Haleagrahara, N. y Adhikary, P. (2009). Efectos de la respiración diafragmática sobre la variabilidad de la frecuencia cardíaca en la enfermedad cardíaca isquémica con diabetes. *Arq Brass Cardiol*, 92(6), 440-447.

- Lemos, M., Agudelo, D., Arango, J. y Rogers, H. (2013). Calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular: análisis de trayectorias por sexo y síntomas depresivos. *Revista Nacional de Salud Pública*, 31(10), 110-116.
- Leventhal, H., Leventhal, E. & Cameron, L. (2001). Representations, procedures, and effect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. In Baum, A., A.Revenson, T. & E.Singer, J. (Ed.). *Handbook of Health Psychology*. Mahwah: LEA.
- Leventhal, H., Nerenz, D., R. y Steele, D., S. (1984). Illness representations and coping with health threats. *Handbook of psychology and health*, 4, 219–252.
- López, B. P. (2017). Respiración diafragmática. Recuperado el 8 de noviembre del 2018 de <http://www.baldomirpsicologa.com/2017/03/09/respiracion-diafragmatica/>
- McKay, M., Davis, M. y Fanning, P. (2000). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Meichenbaum, D. & Cameron, R. (1982). Cognitive-behaviour therapy. En G. Wilso y C. Franks (Eds.) *Contemporary behaviour therapy, conceptual and empirical foundations*. New York: Guilford Press.
- Millar, M. G. y Millar, K. (1996). The effects of anxiety on response times to disease detection and health promotion behaviors. *Journal of Behavioral Medicine*, 19, 401–413.
- Montero, I., y León, O. (2005). Sistemas de calificación del método en los informes de investigación en psicología. *International Journal Clinic Health Psychology*, 5(1), 115-127.
- Moss-Morris, R. y Petrie, K. J. (2001). Discriminating between Chronic Fatigue Syndrome and Depression: A cognitive analysis. *Psychological Medicine*, 31, 469–479.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L. y Bucik, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1-16. Recuperado de <http://www.uib.no/ipq/pdf/The%20revised%20illness%20perception%20questionnaire.pdf>
- Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Nezu, A., Nezu, C. y Salber, K. (2013). Problem-solving therapy for cancer patients. *Psicooncología*, 10(2-3), 217-231.
- Noda, M., J., Perez, L., J., Malaga, R., G. y Aphan, L., M. (2008). Conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales. *Revista Médica Herediana*, 19(2), 46-47. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2008000200005

- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. 2ª edición. México: Internacional Thomson Editores.
- Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Cengage Learning.
- OpenStax College (2013). Illustration from Anatomy & Physiology. Anatomy & Physiology, Connexions Web site. Recuperado el 8 de noviembre de 2018 de https://commons.wikimedia.org/wiki/File:2011_Heart_Valves.jpg
- Organización Mundial de la Salud. (2017). “Enfermedades cardiovasculares”. Recuperado el 24 de abril de 2018, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
- Ortlepp, J., R., Schmitz, F., Mevissen, V., Weiss, S., Huster, J. y Dronskowski, R. (2004). The amount of calcium deficient hexagonal hidroxyapatite in aortic valves is influenced by gender and associated with genetic polymorphisms in patients with severe calcific aortic stenosis. *Eur Heart J.*, 25, 514-522.
- Oviedo, M., Giner, N., Iriondo, O., López, T., Martín, E., Russo, C. y Vargas, A. (2015). Fichas de psicoterapias manualizables. *Cuadernos de Salud Mental*, 12(10), 1-70.
- Payne, R. (2005). *Técnicas de relajación. Guía práctica*. Barcelona, España: Paidotribo.
- Pérez, J., Valderrama, J., Cervera, G. & Rubio, G. (2006). *Tratado SET de Trastornos Adictivos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Permanyer, C. M., Brotons, C. C., Ribera, S. A., Alonso, C. J., Cascant, C. P. y Moral, P. I. (2001). Resultados después de cirugía coronaria: determinantes de calidad de vida relacionada con la salud postoperatoria. *Revista Española de Cardiología*, 54, 607-616.
- Petrie, K., J. y Weinman, J., A. (1997). Perceptions of health and illness: Current research and applications. *Routledge*, 103-154.
- Petrie, K., J. y Weinman, J. (2006). Why illness perceptions matter. *Clin Med (Lond)*, 6(6), 536-539. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17228551>
- Pickering, T., Phil, D., Clemow, L., Davidson, K. y Gerin, W. (2003). Behavioral cardiology – has its time finally arrived? *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 70(2), 101-112.
- Ramos, B., Figueroa, C., Alcocer, L. y Rincón, 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.
- Rankin, J., S., Hammill, B., G., Ferguson, T., B. Jr., Glower, D., D., O'Brien, S., M., De Long, E., R. et al. (2006). Determinants of operative mortality in valvular heart surgery. *J Thorac Cardiovasc Surg.*, 131, 547-557.

- Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Rodríguez, G. (2000). *Programa de pacientes para procedimientos médicos invasivos y quirúrgicos*. Aspectos cognitivos y conductuales. México: Miguel Ángel Purrúa.
- Rodríguez, T. (2012). Factores emocionales en el abordaje de las enfermedades cardiovasculares. Valoración actualizada desde la Psicocardiología. *Revista Finaly*, 202-214.
- Rogers, H., Nicholls, E., Lemos, M., Aristizábal, N. y Arango, J. (2013). Quality of life after myocardial infarction: A one year follow-up of Colombian coronary disease patients. *Psychology and Health*, 28(Sup. 1). doi: 10.1080/08870446.2013.810851
- Roman, A., Barbera, J., Castillo, M., Muñoz, R. y Escribano, P. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud en un cohorte nacional de pacientes con hipertensión arterial pulmonar o hipertensión pulmonar trombohemolítica crónica. *Arch Bronconeumol*, 49(5), 181-188.
- Romero, M. R. y Romero, Z. H. (2010). Reflexiones sobre calidad de vida relacionada con la salud. *Revista Médica del Seguro Social*, 48(1), 91-102.
- Rosenstock, N. (1960). *El Modelo de Creencias en Salud*. Recuperado el 24 de abril de 2018, de <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.4.1-el-modelo-de-creencias-en-salud-becker-1974>
- Rozanski, A. et al. (2000). The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: The emerging field of behavioral cardiology. *Journal of the American College of Cardiology*, 47, 637-651.
- Rutman, L. (1997). *Evaluation research methods: A basic guide*. Beverly Hills, Ca.: Sage.
- Sabet, H., Y., Edwards, W., D., Tazelaar, H., D. y Daly, R., C. (1999). Congenitally bicuspid aortic valves: a surgical pathology study of 542 cases (1991 through 1996) and a literature review of 2715 additional cases. *Mayo Clin Proc.*, 74, 14-26.
- Salovey, P. et al. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55, 110-121.
- Santos, S. J. (2006). *Manual para padres de niños con cardiopatía congénita*. España: IMAGRAF S. L.
- Santos, J. y Brofman, P. (2008). Test de la caminata de seis minutos y calidad de vida en insuficiencia cardiaca. Un estudio correlativo con una muestra brasileña. *Insuficiencia Cardiaca*, 3, 76-79.

- Santos, J. y Brofman, P., op. cit. y Aguirre, J. et al. (2009). Estudio de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca. *Enfermería en Cardiología*, 46, 11-17.
- Silvera, G., Chamorro, C., Silveira, A., Ormaechea, G. y Álvarez, P. (2013). Nivel de conocimiento de la enfermedad en una cohorte de pacientes con insuficiencia cardíaca. *Arch Med Interna*, 35(3), 71-75.
- Silvera, G., Muñiz, P., Chamorro, C. y Icasuriaga, L. (2011). Promoción del autocuidado, abordaje de aspectos sociales y psicoemocionales del paciente con insuficiencia cardiaca. En:
- Smith, M., F. (1989). *Evaluability assessment. A practical approach*. Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Smith, T. y Gerin, W. (1998). The social psychophysiology of cardiovascular response. An introduction to the special issue. *Annals of Behavioral Medicine*, 20, 243-246.
- Soler, J. y Galve, E. (2000). Valve disease. Worldwide perspective of valve disease. *Am Heart J*, 83, 721-725.
- Soto, M. y Failde, I. (2004). La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 2(8), 505-514.
- Stiles, W., Leiman, M., Shapiro, D., Hardy, G., Barkham, M., Detert, N. & Llewelyn, S. (2006). What does the first exchange tell? Dialogical sequences analysis and assimilation in very brief therapy. *Psychotherapy Research*, 16 (4), 408-421.
- Surka, S., Steyn, K., Everett-Murphy, K., Gaziano, T. A y Levitt, N. (2015). Knowledge and perceptions of risk for cardiovascular disease: Findings of a qualitative investigation from a low-income peri-urban community in the Western Cape, South Africa. *Afr J Prm Health Care Fam Med*, 7(1). <http://dx.doi.org/10.4102/phcfm.v7i1.891>
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. México: McGraw-Hill.
- Texas Heart Institute. (2016). “Las válvulas cardiacas”. Recuperado el 24 de abril de 2018, de http://www.texasheart.org/HIC/Anatomy_Esp/valve_sp.cfm
- Tornos, P. (2006). Enfermedad valvular en mujeres. *Rev Esp Cardiol*, 59, 832-836.
- Tortora, G. y Derrickson, B. (2006). *Principios de anatomía y fisiología*. Madrid: Panamerica.
- Trejo, S. (2010). Impacto de la diabetes mellitus tipo 2 e infarto al miocardio previo en los pacientes con cardiopatía isquémica hospitalizados y la calidad de vida relacionada con la salud. Tesis de especialidad. UNAM: México.

- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, (138), 358-365.
- Vahanian A, et al. (2007). The Task force on the management of valvular heart disease of the european society of cardiology guidelines on the management of valvular heart disease. *European Heart Journal*, 28, 230–268.
- Van der Wal, M. H., Jaarsma, T., Moser, D. K., Veeger, N. J., Van Gilst, W. H., Van Veldhuisen, D. J. (2006). Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *Eur Heart Journal*. 27, 434-440.
- Vázquez, M. (2001). *Técnicas de relajación y respiración*. Madrid, España: Síntesis.
- Villegas, C. A. (2012). Psicología de la salud: una aproximación al estudio de la percepción de la enfermedad en la adherencia a los padecimientos crónico degenerativos. Tesina de Licenciatura. UNAM.
- Vinaccia, S. y Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida en pacientes con enfermedades coronarias. *Diversitas*, (2).
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R. y Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11, 43 1-445.
- World Heart Federation. (2016). “*Heart disease*”. Recuperado el 24 de abril de 2018, de <http://www.world-heart-federation.org/cardiovascular-health/heart-disease/>
- Yera-Casas, A. M., Mateos-Higuera, S., Ferrero-Lobo, J. y Páez-Gutiérrez, T. D. (2008). 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.
- Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., McQueen, M., Budaj, A., Pais, P., Varigos, J. y Lisheng, L. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTER-HEART study): case-control study. *Lancet*, 364, 937-952.

ANEXOS

ANEXO 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL IMSS.

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
-----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS 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:	P.P.Q.
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	UMAE /
Número de registro:	-
Justificación y objetivo del estudio:	Brinda al paciente la técnica de afrontamiento psicológico para cirugía cardíaca.
Procedimientos:	Aplicación de la "Técnica de Afrontamiento Psicológico".
Posibles riesgos y molestias:	Sin riesgos.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Recibir atención psicológica.
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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo 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 4° 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
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio	

ANEXO 2. FICHA DE DATOS GENERALES.

HISTORIA CLÍNICA DE SALUD Y ESTRÉS

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) ()

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

3. RELIGIÓN

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

2. OCUPACIÓN

- () 1. Hogar
 () 2. Empleado
 () 3. Comerciante
 () 4. Profesionista
 () 5. Jubilado/ Pensionado
 () 6. Otro

3.1. En relación con su religión ¿Es creyente o practicante?

- () 1. Creyente
 () 2. Practicante
 () 3. Ninguno

2.1. ¿Cuánto tiempo tiene realizando esa actividad?

3.2. Desde que sabe que va a ser operado, ¿disminuyó o aumentó su actividad religiosa?

- () 1. Disminuyó
 () 2. Se ha mantenido igual
 () 3. Aumentó
 () 4. No aplica

2.2. ¿Qué tan satisfactoria es?

- () 1. Nada () 2. Poco
 () 3. Bastante () 4. Totalmente

Fecha de ingreso al hospital: _____ Tipo de cirugía: _____ Fecha de cirugía: _____

¿Desde cuándo le programaron su cirugía?: _____

ANEXO 3. CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS).

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)						

ANEXO 4. CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DE RIESGO DE LA ENFERMEDAD (IPQ-R).

CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD REVISADO (IPQ-R)

El siguiente cuestionario hace referencia a la percepción de riesgo que usted tiene sobre su enfermedad cardíaca. Por favor, marque con un X la columna que mejor responde a su situación.

1. Intensidad		1.1 Relación del síntoma con la enfermedad cardíaca	
En las últimas 2 semanas ha sentido:	1.Sí	0.No	
1. Dolor		¿Cree que este síntoma está específicamente relacionado con su enfermedad cardíaca?	
2. Náuseas		¿Cree que este síntoma está específicamente relacionado con su enfermedad cardíaca?	
3. Falta de aire		¿Cree que este síntoma está específicamente relacionado con su enfermedad cardíaca?	
4. Aumento de peso		¿Cree que este síntoma está específicamente relacionado con su enfermedad cardíaca?	
5. Fatiga		¿Cree que este síntoma está específicamente relacionado con su enfermedad cardíaca?	
6. Rigidez en articulaciones		¿Cree que este síntoma está específicamente relacionado con su enfermedad cardíaca?	
7. Dolor en los ojos		¿Cree que este síntoma está específicamente relacionado con su enfermedad cardíaca?	
8. Dolor de cabeza		¿Cree que este síntoma está específicamente relacionado con su enfermedad cardíaca?	
9. Dolor de estómago		¿Cree que este síntoma está específicamente relacionado con su enfermedad cardíaca?	
10. Urinidad por la noche		¿Cree que este síntoma está específicamente relacionado con su enfermedad cardíaca?	
11. Mareos		¿Cree que este síntoma está específicamente relacionado con su enfermedad cardíaca?	
12. Debilidad		¿Cree que este síntoma está específicamente relacionado con su enfermedad cardíaca?	
13. Dolor de garganta		¿Cree que este síntoma está específicamente relacionado con su enfermedad cardíaca?	
14. Sensación de párpado		¿Cree que este síntoma está específicamente relacionado con su enfermedad cardíaca?	

2. Temporalidad (aguda/crónica)

	1.Totalmente en desacuerdo	2.En desacuerdo	3.Indiferente	4.De acuerdo	5.Totalmente de acuerdo
1. Mi enfermedad va a durar poco tiempo					
2. Es probable que mi enfermedad sea permanente y no temporal					
3. Mi enfermedad durará mucho tiempo					
4. Esta enfermedad pasará rápidamente					
5. Pienso que tendré esta enfermedad por el resto de mi vida					
6. Mi enfermedad mejorará con el tiempo					

ANEXO 5. CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE "SU ENFERMEDAD" (CE).

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

El siguiente cuestionario hace referencia al conocimiento de su enfermedad cardíaca. 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 cardíaca?	0. Sí	1. 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 ()	0.No ()
---------------------------------------------------------------------------	----------	----------

Puntaje Total	
---------------	--

Solución 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
	¿Cuál es el problema a resolver?		<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se puede llevar a término? • ¿Me beneficia o afecta? • ¿Es alcanzable? 	
	¿Lo puedo resolver o depende de otros?			
	¿Qué meta deseo alcanzar?			

ANEXO 7. TÉCNICA DE IMAGINERÍA GUIADA.

El día perfecto.

En una posición relajada, con los ojos cerrados y respirando con suavidad.

Está en la cama, extremadamente relajado. Es un día perfecto, sin estrés. Un día en el que lo invadirá una sensación de paz y satisfacción desde la mañana hasta la noche.

Lentamente, en su imaginación, abre los ojos... Ahora mira a su alrededor... ¿Qué aspecto tiene el dormitorio? ¿Hay alguien con usted? ¿A qué huele? Poco a poco, sin esfuerzo, se levanta de la cama, y comienza a cambiarse para salir a pasear. Se viste con su ropa favorita y sale por el pasillo del hospital, hasta llegar al elevador. Está bajando y después comienza a caminar hasta la entrada en donde alguien lo está esperando ¿Quién es? Su acompañante lo invita a su lugar preferido ¿Adónde va? ¿Es en el trabajo? ¿Es la casa? ¿Hay gente a su alrededor? Mire a su alrededor, muy lentamente... Se siente a gusto, en paz... ¿Dónde está y qué hace?

Es la hora del almuerzo de este día perfecto y sin estrés. Mire a su alrededor, muy lentamente... ¿Dónde está comiendo y con quién?

Ahora es la tarde y aún se siente tranquilo y relajado, como si todo estuviera bien en el mundo. ¿Dónde está? ¿Qué hace? ¿Quién está a su lado, si es que hay alguien? ... Ha llegado la hora de la cena. ¿Qué va a comer? ¿Está solo o con otras personas?

Es la noche de este día perfecto, sereno y sin estrés... ¿Qué hace a esta hora? ¿Qué hay a su alrededor? Disfrútelo.

Ya es tarde y es momento de volver al hospital. Tome sus cosas y comience a despedirse del lugar. Su compañía y usted regresan nuevamente al hospital, pero debe entrar solo. Ahora debe despedirse... Camine despacio por el pasillo, llegando al elevador, suba a piso... camine hacia su cuarto. Usted se siente aún muy tranquilo y relajado. Al llegar a su cuarto, se cambia y se acuesta en su cama. Tuvo un día maravilloso. Se siente tranquilo y sin estrés.

Es la hora de dormir. Se siente satisfecho y en paz... Está en la cama, con los ojos cerrados, y percibe una sensación cálida, pesada y tranquila...

Poco a poco, abrirá sus ojos, mientras reflexiona sobre lo que ha visto y experimentado durante este día perfecto y sin estrés...