

Universidad Nacional
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Psicología

Proyecto de graduación:

**Fortalecimiento de redes de apoyo familiar de
pacientes del Programa de Rehabilitación
Cardiaca del hospital San Vicente de Paúl de
Heredia**

Trabajo Final de Graduación sometido a
consideración del Tribunal Examinador para optar
por el grado de Licenciatura en Psicología

Sustentantes

Laura Raquel Bonilla Duarte
Mónica Paola Fallas León
Leonela González Barrantes

Campus Omar Dengo, Heredia, Costa Rica

Noviembre, 2019

Tribunal examinador

Licda. Eilyn Víquez Alfaro
Representante del Decanato de la Facultad de Ciencias Sociales

MSc. Gabriela Vindas Chaves
Representante de la Escuela de Psicología

MSc. Teresita Campos Vargas
Responsable Académico

MSc. Oscar Valverde Cerros
Lector

MSc. Walter Fernández Calderón
Lector

Laura Raquel Bonilla Duarte
Sustentante

Mónica Paola Fallas León
Sustentante

Leonela González Barrantes
Sustentante

Índice

| | |
|---|----|
| Capítulo I. Introducción..... | 10 |
| 1.1 Justificación..... | 10 |
| 1.2 Objetivos | 12 |
| 1.3 Grupo meta | 13 |
| 1.4 Resultados generales. | 15 |
| Capítulo II. Referente conceptual. | 16 |
| 2.1 Contexto Nacional..... | 16 |
| 2.2 Contexto institucional..... | 19 |
| 2.3 Políticas y legislación vinculadas..... | 21 |
| Capítulo III. Estrategia metodología..... | 23 |
| 3.1 Referentes Conceptuales | 23 |
| 3.2. Descripción de la Estrategia Metodológica..... | 37 |
| 3.3 Fases del Proyecto | 39 |
| 3.4 Técnicas utilizadas..... | 43 |
| 3.5 Estrategias de Monitoreo, Evaluación y Sistematización..... | 47 |
| 3.6 Rol y función de la profesional..... | 48 |
| Capítulo IV. Resultados. | 50 |
| 4.1 Resultado de los talleres. | 50 |
| 4.2 Resultados de las pruebas psicométricas | 75 |
| 4.2.1 Instrumentos BAI y BDI, explicación y análisis | 75 |
| 4.2.2 Resultados del BAI..... | 75 |
| 4.2.3 Resultados del BDI. | 77 |
| 4.2.4 Instrumento Cuestionario de perfil de estilos de vida PEPS-I..... | 78 |
| 4.3. Resultados a partir de los indicadores esperados..... | 83 |
| 4.4 Resultados del monitoreo y la evaluación. | 85 |
| 4.5 Evaluación | 88 |
| Capítulo V. Consideraciones finales | 91 |
| 5.1 Perspectivas a Futuro..... | 91 |
| 5.2 Aprendizajes Logrados | 92 |
| 5.3 Conclusiones | 94 |
| 5.4 Recomendaciones | 96 |
| Referencias bibliográficas | 98 |

Índice de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Resumen de fase de implementación según el objetivo a cumplir, las temáticas abordadas y los principales aportes. | 34 |
| Tabla 2: Técnicas utilizadas durante el proyecto | 35 |
| Tabla 3. Factores de riesgo dividido en categorías según grupos de participantes | 45 |
| Tabla 4. Respuestas correctas del ejercicio. | 46 |
| Tabla 5. Ideas expuestas respecto a la idea irracional filtraje. | 58 |
| Tabla 6. Ideas expuestas respecto a la idea irracional de pensamiento polarizado. | 58 |
| Tabla 7. Ideas expuestas a partir de la idea irracional sobregeneralización. | 59 |
| Tabla 8. Ideas expuestas a partir de la idea irracional de interpretación del pensamiento. | 59 |
| Tabla 9. Ideas expuestas a partir de la visión catastrófica. | 59 |
| Tabla 10. Ideas expuestas a partir de personalización | 59 |
| Tabla 11. Ideas expuestas a partir de la idea irracional falacia de control. | 60 |
| Tabla 12. Ideas expuestas a partir de la idea irracional falacia de justicia. | 60 |
| Tabla 13. Ideas expuestas a partir del razonamiento emocional. | 60 |
| Tabla 14. Ideas expuestas a partir de la idea irracional de tener razón. | 60 |
| Tabla 15. Ideas expuestas a partir de la falacia de recompensa divina | 61 |
| Tabla 16. Ideas expuestas a partir de la culpabilización. | 61 |
| Tabla 17. Ideas expuestas a partir de la idea irracional del debería. | 61 |
| Tabla 18. Opiniones de las personas participantes acerca de los estilos de vida saludable | 63 |
| Tabla 19. Resultados a partir de los indicadores esperados | 74 |
| Tabla 20. Factores de riesgo que participantes reconocen | 75 |

Índice de anexos

- Anexo 1. Carta de Demanda de Proyecto
- Anexo 2. Consentimiento Informado
- Anexo 3. Instrumento BAI
- Anexo 4. Instrumento BDI
- Anexo 5. Instrumento PEPSI
- Anexo 6. Guía para Monitoreo por cada fase
- Anexo 7. Matriz de evaluación final

Dedicatoria y agradecimientos

Laura Bonilla

“Primeramente a Dios, luego a mis Padres Eunice y Luis Fernando por haberme forjado como la persona que soy, mis logros son gracias a ustedes”

“Agradezco a todas las personas que ayudaron a que el proyecto se llevara a cabo; tanto equipo de trabajo y revisión , como las personas que participaron del proyecto”

Mónica Fallas

“A Dios que nos dio la sabiduría para poder concretar los sueños”.

“A mis padres Delio Fallas Arias y Sandra León Obaldia por ser la fuerza que me impulsa a luchar cada día, Diego Delgado por animarme en los momentos más difíciles y Alex por ser más que el que saca las copias, un amigo”

Leonela González

“A mi madre Etilma Barrantes, quien me impulsó a seguir estudiando y sacar la carrera. A Antonio Vargas Quesada porque me apoyo constantemente”.

Resumen Ejecutivo

La formulación y ejecución de este proyecto tuvo como objetivo fortalecer las redes de apoyo familiar de pacientes que se encontraban en fase II del Programa de Rehabilitación Cardíaca del Hospital San Vicente de Paúl de Heredia.

Se utilizó una metodología psicoeducativa, nutrida por referentes conceptuales de Psicología de la Salud, apoyo social y el vínculo afectivo, en pos de incrementar los recursos para la adherencia al tratamiento, durante un periodo de nueve semanas, con un total de dos grupos con nueve talleres psicoeducativos cada uno. Los talleres se enfocaron en el conocimiento de la enfermedad cardiovascular, el manejo de las emociones y los estilos de vida saludables en familiares de pacientes en rehabilitación cardíaca, en tanto constituyen un soporte esencial en todo el proceso

Dentro de los principales resultados del proyecto se destacan:

- La influencia de la familia como elemento motivador para la persona usuaria del programa de Rehabilitación Cardíaca.
- La necesidad que presentan las familias de contar con un espacio para ser escuchadas y además, aprender a desahogarse.
- La incorporación de cambios en los estilos de vida, orientado a la salud.
- Optimización del conocimiento entorno a la patología cardiovascular, en la población participante

Descriptores

Enfermedad cardiovascular, rehabilitación cardíaca, Programa de Rehabilitación Cardíaca, apoyo social, vínculo afectivo, redes de apoyo familiar, emociones, manejo de emociones, estilos de vida saludable, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, psicoeducación, terapia racional emotivo-conductual(TREC) , ideas irracionales, factores de riesgo.

Lista de siglas

| | |
|-------------------------------------|--------|
| Caja Costarricense de Seguro Social | CCSS |
| Centro Nacional de Rehabilitación | CENARE |
| Enfermedad Cardiovascular | EC |
| Enfermedades no transmisibles | ENT |
| Rehabilitación cardíaca | RC |
| Terapia Racional Emotivo Conductual | TREC |
| Organización Mundial de la Salud | OMS |
| Universidad Nacional | UNA |
| Programa de Rehabilitación Cardíaca | PRC |

Capítulo I. Introducción.

1.1 Justificación

El diseño y ejecución del proyecto que se registra en este informe surge del análisis diagnóstico en torno a necesidades y vacíos que afectan la adherencia al tratamiento de pacientes en rehabilitación cardíaca, realizado en el Hospital San Vicente de Paúl en Heredia, en el año 2016 como Práctica Profesional Supervisada inserta en la gestión del proyecto “UNA intervención psicológica en rehabilitación cardíaca” de la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional.

A partir de los diferentes talleres psicoeducativos que brinda el proyecto “UNA intervención psicológica en rehabilitación cardíaca” la Universidad Nacional en diferentes centros de salud, en este caso el Hospital San Vicente de Paúl; se logró identificar que existen significativas carencias de información en familiares, acerca de la condición del paciente cardiópata y las actividades que podrían realizar en apoyo al proceso de rehabilitación. Asimismo, se pudo determinar que existen varias situaciones en las cuales las personas con cardiopatías son limitadas en sus actividades cotidianas o sobreprotegidas por quienes conforman sus redes de apoyo familiar.

Igualmente, se ha identificado que los talleres psicoeducativos que reciben las personas usuarias del Programa de Rehabilitación Cardíaca (PRC) para promover conductas saludables, podrían generar mejores resultados, si paralelo al abordaje con los pacientes se trabaja con las familias, debido a que

las redes de apoyo familiar no han respondido de forma adecuada ante las recomendaciones tratadas en las sesiones, por desconocimiento de qué es lo adecuado y miedo a un nuevo evento cardíaco.

Los datos obtenidos mostraron la importancia de trabajar con familiares y personas cercanas a las personas usuarias del PRC, para poder plantear una alternativa que se dirigiera a solventar dicha problemática, mediante la cual se guíen acciones en pro de la prevención de reincidencia de eventos cardiovasculares, desde un esfuerzo consciente y articulado con las familias. Las redes de apoyo representan un gran soporte para el proceso de rehabilitación, en la medida en que están presentes en los espacios cotidianos de las personas pacientes durante el tiempo que el personal de salud no puede valorar el cumplimiento de las prescripciones indicadas.

Respecto de la pertinencia social del proyecto, se debe tomar en consideración que para el 2016, las enfermedades cardiovasculares se colocaron como una de las principales causas de muerte en Costa Rica.(Ministerio de Salud, 2016), lo cual hace referencia a la importancia de informar e incluir a las redes de apoyo en el proceso, tanto para fortalecer la rehabilitación de la persona usuaria del PRC, como de manera preventiva, para incidir en la toma de conciencia de la red familiar, respecto a sus propios estilos de vida y factores de riesgo.

Según Varela (2011), un adecuado apoyo incluye tener un sostén moral o de desahogo, presentar tanto conductas como sentimientos de bienestar afectivo, sentirse amado, respetado y querido; lo que proporciona una sensación de sentirse seguro, valorado y aceptado. Desde estos elementos se partió para trabajar en el fortalecimiento de un adecuado apoyo al paciente cardíopata.

También se comprende dentro del apoyo el aspecto informacional, guías o consejos; además, está el apoyo instrumental o material, relacionado con la realización de tareas o prestar soporte económico en situaciones de bajos ingresos, discapacidades o limitaciones físicas del paciente (Varela, 2011).

Según lo anterior, el trabajo con las redes familiares puede contribuir a entender los aspectos significativos que podrían estar influyendo en el proceso de rehabilitación de pacientes con enfermedad cardiovascular del Hospital San Vicente de Paúl en Heredia. A la vez se considera que puede permitir construir en conjunto con la persona paciente y su red de apoyo, un proceso de rehabilitación que cumpla con el propósito de lograr una mejoría en las condiciones de salud de la persona paciente.

1.2 Objetivos

Objetivo general

Fortalecer conocimientos y habilidades para el acompañamiento en el proceso de adherencia al programa de rehabilitación cardíaca, en un grupo de personas que forman parte de la red de apoyo familiar de pacientes del Programa de Rehabilitación Cardíaca del Hospital San Vicente de Paúl

Objetivos específicos

- I. Enriquecer el componente informativo en las redes de apoyo familiar sobre la temática de factores de riesgo cardiovascular y prevención de reincidencia en eventos cardíacos.
- II. Promover la expresión asertiva de sentimientos y emociones que surgen a partir del evento cardíaco en las redes de apoyo familiar de la persona paciente en rehabilitación.
- III. Impulsar la autogestión de conductas potenciadoras de estilos de vida saludables en las redes de apoyo familiar de las personas pacientes que forman parte de los programas de rehabilitación del Hospital San Vicente de Paúl.

1.3 Grupo meta

La población meta del proyecto estuvo conformada por familiares de las personas en proceso de rehabilitación cardíaca, con los cuales se trabajó en la sensibilización ante la patología cardiovascular y los factores de riesgo que participan en la reincidencia, con el fin de fortalecer el apoyo que pueden brindar en la prevención de las recaídas en la persona usuaria del PRC.

También, se trabajó de manera primaria, desde las herramientas de prevención de la enfermedad a través de la información y técnicas psicoeducativas brindadas durante el proceso.

Como parte de la población beneficiaria se contó con un grupo de personas perteneciente al programa de rehabilitación cardíaca, el cual se encuentra en fase II, esta fase se refiere al momento posterior al internamiento; una vez que son dados

de alta asisten al hospital tres veces por semana. Esta población, si bien es heterogénea, posee algunas características que son comunes entre quienes la conforman, algunas de estas son:

- Se encuentran con enfermedades crónicas, como lo son la hipertensión, la diabetes, niveles altos de colesterol, entre otros.
- La población que asiste a este centro hospitalario es referida solamente de la provincia de Heredia, tomando en cuenta Sarapiquí, que a pesar que pertenece a Heredia, es una zona alejada de la Gran Área Metropolitana.
- Las edades de las personas pacientes que se ubican en rehabilitación cardíaca oscilan de los 50 años en adelante. En cuanto a factores de riesgo, hay pacientes que presentan riesgo genético, con factores como la herencia, también el hospital recibe muchos pacientes con riesgos conductuales como lo son el tabaquismo, sedentarismo y mala alimentación.

A pesar de que la estimación aproximada como grupo meta de los talleres psicoeducativos del Hospital de Heredia fue de un total de 40 familiares de personas pacientes, esta suma no se logró por razones que se considera importante mencionar y que resultaron ajenas al proyecto; entre ellas:

Al momento de plantear el proyecto se esperaba contar con al menos un familiar de cada persona usuaria del PRC, que aproximadamente en total eran 48. No obstante al momento de comenzar el proyecto la población disminuyó en tanto se cerró un grupo por la necesidad del Hospital de compartir el espacio del PRC con otra población.

No se pudo contar con un espacio para el desarrollo de los talleres dentro del hospital, por lo que se tuvo que desarrollar en la Universidad Nacional, específicamente en la Facultad de Ciencias Sociales, lo que de alguna forma afectó

negativamente la asistencia de las personas por dificultades en el desplazamiento y lo que eso representaba, en cuanto a un gasto o esfuerzo adicional (económico o de energía) para la población objetivo.

1.4 Resultados generales.

El proyecto surge de una base diagnóstica que evidenció la necesidad de trabajar con familiares de pacientes del Programa de Rehabilitación Cardíaca del Hospital San Vicente de Paúl, en pos de generar mayor impacto en la adherencia y la prevención.

A partir de esto el proyecto tuvo como ejes principales los siguientes: 1) información sobre factores de riesgo cardiovascular y la prevención de la reincidencia, 2) reconocimiento de emociones saludables y no saludables, ideas irracionales y manejo de emociones, 3) Conductas de riesgo y hábitos que generan estilos de vida saludables.

Se utilizó como estrategia metodológica, un modelo de intervención familiar basado en talleres psicoeducativos, desde el cual se obtuvo un documento como producto final con el análisis de esta intervención.

Los resultados que se presentan a continuación, están registrados a partir de las diferentes fases implementadas del proyecto.

Respecto a la fase de información, se logró que las personas participantes interiorizaran mejor la información básica sobre la enfermedad cardiovascular. Además, fueron capaces de identificar los factores de riesgo que existían y los que poseían, así como las razones por las cuales afectan directamente el corazón.

También se logró identificar las formas en las cuales se puede contribuir desde el papel de familiar aportando de forma positiva en la adherencia al tratamiento, a la nutrición y a la información. Tales conocimientos adquiridos permitieron a familiares ser una parte activa en el proceso de apego al tratamiento, en tanto las dudas e inquietudes que generaban desconfianza y por tanto a veces resistencias.

Desde la fase que correspondía a expresión de emociones, las personas participantes lograron identificar cuáles experimentaban, a partir de la situación de salud de su familiar cardiópata

También lograron identificar algunas de las ideas irracionales que les generan malestar; y con esto visualizar algunas formas de racionalizar esas ideas.

Por último, adquirieron técnicas para controlar las emociones no saludables, ya que muchas veces no sabían lidiar con el malestar emocional.

En cuanto al abordaje de estilos de vida saludables, el resultado más importante fue la elaboración de un plan de hábitos saludables, lo que implicó el cambio de las conductas de riesgo que presentaban, esto reflejó la interiorización no solamente de esta sección sino también, de fases anteriores: la informativa y la de manejo de emociones, ya que para la elaboración del plan se requirió de estos conocimientos.

Capítulo II. Referente conceptual.

2.1 Contexto Nacional

Para crear un panorama general del impacto que tiene la enfermedad cardiovascular en la sociedad costarricense, además de la importancia que posee el proceso de rehabilitación adecuada, se presenta una

contextualización general de la situación a nivel país en materia de rehabilitación cardíaca.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) las enfermedades no transmisibles (ENT) tales como cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas ocupan el primer lugar entre las principales causas de muerte en el mundo (70%), produciendo 15 millones de muertes prematuras (en edades entre 30 y 70) en mujeres y hombres cada año.

En Costa Rica para el año 2015 las ENT también fueron la principal causa de muerte, siendo el porcentaje de incidencia entre las principales causas de muerte de un 79%. Sobresaliendo notablemente las enfermedades cardiovasculares que superaron por más del 25% al resto de las causas/subcausas de defunción en el país para ese año; las mismas cobraron alrededor de 5,689 vidas y siendo las principales, la enfermedad isquémica del corazón, seguida de la cerebrovascular (Ministerio de Salud, 2016).

Respecto a las enfermedades cardíacas que afectan a la población costarricense, las dos con mayores tasas de muerte son: la isquémica del corazón y la cerebrovascular. En relación con la enfermedad isquémica del corazón, el total de muertes fue de 2.690 para el 2015, lo cual equivale a 47,93 muertes por cada 100.000 habitantes, en cuanto a la enfermedad cerebrovascular, las muertes en total fueron de 1.254, esto equivaldría a 22,54 de muertes por cada 100.000 habitantes, (Ministerio de Salud, 2016).

Los datos evidencian además, una notable cadena de factores de riesgo comunes a nivel cardíaco, tales como: hipertensión arterial (se diagnosticaron 11,821 casos para el 2016), Diabetes Mellitus (con una prevalencia de

diagnóstico de 31,2% y no diagnosticada de 5,0%, 7.812 personas con la enfermedad), sedentarismo, hipercolesterolemia y malos hábitos alimenticios; que a su vez son grandes problemáticas de salud en el país (Ministerio de Salud, 2016).

Según las proyecciones y estimaciones del Informe del Estado de la Nación (2013), se cree que el infarto agudo al miocardio será una de las principales causas de muerte en el país para el 2030, aumentando un 17,5% en el periodo 2013-2030 con una estimación de 1,928 muertes en el 2030. Igualmente, la enfermedad isquémica del corazón se mantendrá dentro de las primeras cinco causas de muerte del país, pero en este caso bajará hasta el quinto lugar, con un total de 595 muertes para ese año (Estado de la Nación, 2013).

En relación con los programas de rehabilitación cardíaca en el país, Rosselló y Guzmán (2003) describen la intervención que realiza el Hospital Max Peralta en el Servicio de Rehabilitación Cardíaca en Cartago. Entre las actividades que se realizan como parte del Programa, se encuentran ejercicios de bajo impacto y apoyo nutricional dado por el Centro Médico. También mencionan que la Asociación Cartaginesa de Pacientes Cardiópatas se encarga de investigar temas de interés con el objeto de contribuir con una mejoría en la calidad de vida a través de la educación a la población cardíopata. No obstante, no se menciona ningún aporte desde el campo psicológico formal.

Vindas y Campos (2013) diseñaron, desde la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional el proyecto *UNA: Intervención psicológica en rehabilitación cardíaca*, mediante el cual, desde el año 2014, ofrecen un acompañamiento psicológico al Programa de Rehabilitación Cardíaca del Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE), desde el cual incidieron en la

mejora de la calidad de vida de los pacientes cardiopatas, mediante el diseño y ejecución de una serie de talleres psicoeducativos, en un abordaje integral y con perspectiva interdisciplinaria de la patología cardiovascular.

Los programas de rehabilitación cardiaca implementados en el país, centran sus operaciones en el ejercicio físico y la buena alimentación, dejando de lado en muchos de los casos, algunos aspectos como el psicológico y el aporte de las redes de apoyo. Debido a esto, se destaca la importancia de integrar el componente psicoeducativo de forma grupal, y los aportes que este puede dar. Por este motivo se requirió atender a las familias de las personas que se encontraban en proceso de rehabilitación cardiaca, con el fin de brindar psicoeducación ,ya que existe una necesidad en cuanto al apoyo en el proceso de rehabilitación, dedicando tiempo y recursos se contribuyó a mitigar o aminorar la necesidad identificada.

2.2 Contexto institucional.

Al ser la Caja costarricense del Seguro Social (CCSS), la más grande entidad de salud en el país, se refiere en este capítulo la información publicada por la institución a inicios del año 2018, mediante su página oficial.

La CCSS es una organización gubernamental que brinda la prestación de los servicios de salud, pensiones y las prestaciones sociales (son servicios de apoyo que se brinda a asegurados y pensionados, tales como educación, orientación y formación). Orientados sus servicios a los principios, valores y características de: calidad, oportunos, humanizados, eficientes, orientados al usuario y eficaces.

La misma está organizada por un conjunto de establecimientos de salud, instaurados por regiones y categorías de atención, con diferentes niveles de

complejidad y capacidad, articulados de forma horizontal y vertical que mantienen interrelación constante.

Estos servicios que brinda la institución se operacionalizan en redes que se relacionan en protocolos de atención y conjunta colaboración. Esto asegura la complementariedad de los servicios y la sostenibilidad del sistema. Por lo tanto son tres las principales redes de servicios de salud que ha definido la CCSS, estas responden a una distribución de la viabilidad geográfica, estas redes son: red este, red noroeste y red sur.

En lo que respecta a la atención a la provincia de Heredia, esta pertenece a la red noroeste, la cual comprende las zonas: Región Central Norte, Chorotega, Pacífico Central y Huetar Norte y todas sus 58 áreas de salud. Además la conforman 484 EBAIS, 241 sedes de EBAIS, 332 puestos de visita periódica, 6 hospitales periféricos, 5 hospitales regionales y un hospital nacional: el Hospital México.

El centro hospitalario que brinda los servicios de rehabilitación cardiaca para la zona de Heredia corresponde al Hospital San Vicente de Paúl, el cual es un hospital regional.

Barquero y Rojas (2010) realizaron una serie de intervenciones educativas en el Hospital San Vicente de Paúl, en las cuales, tomando en cuenta elementos de diferentes disciplinas, como lo son la psicología, medicina y nutrición; se propusieron la tarea de educar a una población de cardiópatas para colaborar en el mejoramiento de sus estilos de vida. De aquí se obtuvieron resultados favorables en las áreas trabajadas, no obstante, los autores destacan la importancia de futuras intervenciones con las redes sociales, que puedan fortalecer los hábitos adquiridos.

A partir de esto se ratifica la necesidad que existía de realizar intervenciones no sólo con pacientes, sino también con los círculos sociales de esta población, por lo cual; involucrar a la familia, era no solo un tema relevante, sino también una problemática que se debía abordar.

2.3 Políticas y legislación vinculadas

Costa rica tiene como principal guía de accionar en cuanto a la temática abordada, la estrategia nacional de abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles y obesidad 2013-2021 la cual tiene cuatro principales líneas de acción:

1. Políticas y alianzas estratégicas: se encarga de fortalecer y promover medidas multisectoriales con todos los sectores pertinentes del gobierno, la sociedad civil, el sector no gubernamental y privado (Ministerio de salud, 2014).

La cual tiene como principal objetivo lograr incidir políticamente en relación con el tema de las ECNT orientada a la Promoción, Prevención, Atención y Rehabilitación de la Salud.

2. Factores protectores y factores de riesgo: su principal función es la reducción de la prevalencia de los principales factores de riesgo de las ENT y fortalecer los factores protectores mediante estrategias de promoción de la salud y mecanismos regulatorios (Ministerio de salud, 2014).

Sus principales metas son la reducción relativa del consumo nocivo del alcohol, según contexto nacional, reducción relativa del 7% al 2021 de la prevalencia de insuficiente actividad física, reducción relativa del 15% de la ingesta diaria promedio de sal/sodio de la población al 2021, reducción relativa del 12% de la

prevalencia de consumo actual de tabaco en las personas. (Ministerio de salud, 2014, p.75)

3. Respuesta del sistema de salud: mejora de la cobertura, el acceso y la calidad de la atención para las ENT y sus factores de riesgo, con énfasis en la atención primaria de salud y el auto cuidado (Ministerio de salud, 2014).

Se espera lograr la reducción del aumento relativo de la prevalencia de hipertensión arterial en el país, reducir el aumento relativo en la prevalencia de diabetes , detener el aumento relativo de la obesidad en la población, también se espera que al menos el 50% de las personas mayores de 40 años que tienen un riesgo cardiovascular igual o superior al 30% reciban consejería., medicamentos y atención farmacéutica para prevenir los infartos y los accidentes cerebrovasculares, reducción relativa del 17% de la mortalidad prematura por el grupo de enfermedades: cáncer, cardiovasculares, cerebrovasculares, respiratoria crónica, renal crónica, diabetes e hipertensión arteria. (Ministerio de salud, 2014, p.79)

4. Vigilancia, investigación y desarrollo tecnológico: fortalecimiento del Sistema de información, investigación y desarrollo tecnológico relacionado con las ENT, que permita utilizar los resultados para la toma de decisiones y elaboración de políticas y programas (Ministerio de salud, 2014).

Mediante este punto se facilitará la toma de decisiones en salud pública sustentada en un sistema nacional de vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles que genere información confiable y oportuna para el futuro.

El proyecto se enmarca en base al eje número dos de esta estrategia nacional ya que la función fue la reducción de los principales factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular y fortalecer factores protectores mediante talleres psicoeducativos para lograr la implementación de estilos de vida saludable a las familias participantes y así aportar materia de promoción de la salud en nuestro país.

Capítulo III. Estrategia metodología.

En este apartado se exponen los referentes teóricos y conceptuales que fundamentan la propuesta de ejecución del proyecto.

3.1 Referentes Conceptuales

El presente proyecto se realizó desde tres ejes centrales que corresponden al área de la psicología, desde donde se parte para el abordaje: la psicología de la salud, como campo de acción dentro del cual se enmarca el proyecto, el apoyo social desde el cual es posible abarcar la situación problema y, el enfoque cognitivo conductual, desde donde se desarrolla la metodología con la cual se trabajó para el desarrollo de los talleres.

Psicología de la salud

Oblitas (2000) menciona que la psicología de la salud se entiende como “el aporte profesional de diferentes áreas de la ciencia psicológica a la promoción, fortalecimiento y mantenimiento de la salud integral, así como el diagnóstico prevención y tratamiento de la enfermedad” (p.9). El proyecto se realizó desde

este enfoque, ya que la rehabilitación cardíaca es un proceso de por vida, en el cual se trabaja con el fin de brindar calidad de vida a pacientes y a sus familias, lo cual es coherente con los objetivos y las necesidades identificadas al plantear este proyecto

La situación problema se abordó desde diferentes entornos: desde la prevención de la enfermedad cardiovascular, en tanto tiene como finalidad última contribuir con la disminución de la reincidencia desde el fortalecimiento del conocimiento en las redes de apoyo, y desde la promoción de la salud, tanto en la población cardíopata, como en sus personas allegadas, debido a que la psicoeducación provoca un efecto reflexivo y de autocuidado en las familias participantes y un efecto colateral en la población cardíopata.

En cuanto a esto Oblitas (2000), describe que, “la psicología de la salud tiene como objetivo la prevención y en este sentido la modificación de los patrones de comportamiento y estilos de vida inadecuados para la salud de las personas” (p.9).

Es importante aquí mencionar que se entienden las conductas de salud como “conductas que adoptan las personas para mejorar o conservar la salud” (Taylor, 2007, p. 47). Aquellas que se consideran como inapropiadas son las que con mucha facilidad se muestran en perjuicio de la salud provocando enfermedades en la población.

Además de lo anterior, está dirigida a desarrollar intervenciones que potencie, en las personas, la práctica de buenas conductas de salud, modificando todas aquellas que resultan destructivas (Taylor, 2007).

Se consideró necesaria la implementación de conductas en salud en la población familiar de pacientes en rehabilitación cardiaca para así prevenir enfermedades y promover la conservación en salud.

Según Taylor (2007), se entiende la prevención como una filosofía que estima que el bienestar o la buena salud es un logro personal o colectivo. En la práctica médica esto significa un proceso de enseñanza en el cual las personas aprenden la mejor manera de llevar un estilo de vida saludable. En el caso de las poblaciones que ya cuentan con un riesgo de salud, el ideal es que aprendan conductas que compensen o controlen ese riesgo.

Por otro lado, la prevención se puede lograr en tres momentos, para el autor: de forma primaria va de la mano con la promoción, en la medida en que combate factores de riesgo de las enfermedades, antes de que la misma tenga la posibilidad de desarrollarse. Taylor (2007) explica que lo anterior se obtiene mediante la modificación de la conducta y evitando que las personas desarrollen malos hábitos de salud. La segunda dirige sus acciones a detener el avance de la enfermedad en momentos primarios de su identificación. Por último, en la terciaria se le brinda a la persona un proceso de tratamiento de la enfermedad y rehabilitación, por ejemplo: pacientes de Rehabilitación Cardiaca en fase II y III de la enfermedad.

El proyecto logra abarcar estos tres momentos ya que gracias a la intervención con las familias se logra prevenir de manera primaria modificando algunos factores de riesgo por hábitos saludables; contribuyendo con la disminución de enfermedades cardiovasculares, de manera secundaria, en tanto muchos familiares ya cuentan con factores de riesgo como hipertensión, colesterol,

diabetes, sedentarismo y mala alimentación, Por lo que se estaría actuando sobre el avance de una posible enfermedad cardiaca y evitando complicaciones más graves y de manera terciaria logrando adherencia al tratamiento y evitando recaídas de pacientes de rehabilitación cardiaca.

La prevención de la recaída es estratégica según el mismo autor, ya que trabaja en el hecho de que las personas puedan determinar qué situaciones pueden propiciar la recaída y desarrollen habilidades de afrontamiento que les permita gestionar de forma eficiente los eventos estresantes.

El autor indica también que basándose en que los sentimientos de autocontrol producen una adherencia exitosa, contar con estrategias de afrontamiento personales aumenta la sensación de tener las cosas bajo control (Taylor, 2007), el abordaje y desarrollo de estos sentimientos y estrategias se torna necesario en la rehabilitación cardiaca. Asimismo implementando lo que menciona el autor en la población familiar, se colabora en que las personas de rehabilitación cardiaca puedan tener más control de sus actividades en salud y no interfieran de forma negativa en sus cambios de conducta, ya que se haría una modificación de estas a nivel familiar promoviendo la implementación de estilos de vida saludable en más personas.

Como parte de la prevención de la enfermedad, en este caso de la reincidencia del mal cardiaco, la adherencia al tratamiento resulta imprescindible, ya que en casos en los cuales la adherencia es alta y constante, los riesgos y probabilidades de desarrollar un nuevo evento se reducen. Desde esta óptica por tanto trabajar con las familias en la valoración del desarrollo de estilos de vida salutogénicos, conociendo los comportamientos de riesgo para la enfermedad cardíaca y desarrollando estrategias protectoras, generará la red

de apoyo necesaria para el fortalecimiento de la adherencia en el paciente cardiópata, además de prevenir el riesgo potencial presente en la familia.

Factores de riesgo cardiovasculares

Odonel y Elosua (2008), definen los factores de riesgo como: “un elemento o una característica mensurable que tiene una relación causal con un aumento de frecuencia de una enfermedad y constituye un factor predictivo independiente y significativo del riesgo de contraer una enfermedad” (p.8) De ahí la importancia de abarcar esta temática con la población. A partir de esto se pudo trabajar a lo largo del proceso, cuestionando e identificando los factores que favorecen la aparición de un posible evento cardiaco.

También, Ferrante y Virgolini (2005), realizaron una investigación en la cual identificaron los principales factores de riesgo cardiovasculares que presentaba una población de más de cuarenta mil personas, a partir de esto identificaron los siguientes: Actividad física, alimentación, tabaquismo, peso corporal, hipertensión, colesterol elevado, estrés y ansiedad.

Estilos de vida saludable

Los estilos de vida saludable comprenden decisiones y acciones que la persona lleva a cabo en beneficio de su propia salud. Estos son un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social y se encuentran básicamente enmarcados dentro de la prevención de enfermedades y promoción de la salud (Giraldo, et al, 2010).

La carta de Otawa (1986) menciona que la salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana. Esta es el resultado de los cuidados que una persona se dispensa a sí misma y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y

controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que se vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud (Giraldo, et al, 2010).

Así mismo la OMS recomienda que se adopte un estilo de vida saludable a lo largo de todo el ciclo vital, con el fin de preservar la vida, mantenerse sano y paliar la discapacidad y el dolor en la vejez.

Existen varias acciones que influyen en nuestra salud, entre ellas se encuentran las siguientes:

- Actividad física
- Alimentación saludable
- Entornos y espacios de esparcimiento
- La buena higiene personal
- Un ambiente limpio

También como parte de los estilos de vida saludables, se debe de tomar en cuenta la promoción de la salud, desde la cual se enmarca el proyecto. Godoy citado en Simón (1999) hace referencia a la promoción de la salud como elemento que busca potenciar la salud, o como tal se refiere a la salutogénesis. Este dirige sus esfuerzos a la exploración sobre como las personas en la sociedad adquieren conductas, creencias o actitudes en búsqueda de la salud. Además de esto como se generan programas para constituir y mantener la misma.

La promoción de la salud según el autor, está compuesto de acciones que tienen como características fundamentales la protección, el incremento y sostenimiento dirigido a un individuo, grupo o comunidad; esto con el fin

principal de promover programas o actividades que busquen educar, proteger, potenciar y mantener la salud.

A si mismo se señala por el autor que como principios básicos que rigen la promoción de la salud se encuentran dos: Aproximaciones centradas en individuos y las centradas en la comunidad. La primera hace referencia a la potenciación que se desea en salud a nivel personal o individual, el segundo a la búsqueda dentro de un grupo o colectivo de incrementar el bienestar.

A la vez se cuenta con estrategias y objetivos para generar la promoción de salud según Godoy citado en Simón (1999), estas se centran en una base que se ha convertido en la filosofía y praxis de la misma: la educación para la salud. La cual en esencia busca un cambio en la valoración y las prácticas, que las personas vivencian día a día en cuanto a sus conductas y hábitos para generar salud.

Este aspecto fue fundamental en el desarrollo proyecto ya que se utilizaron una serie de estrategias en psicoeducación para potenciar promoción de salud a partir de los objetivos que se elaboraron para llevar a cabo este trabajo. Contribuir en quienes participaron, revalorizando las conductas y hábitos en salud hasta el momento realizados, e interiorizando nuevas percepciones en cuanto a su salud y la de su familia, de esta manera contribuimos en la promoción de salud de la población participante.

Apoyo social como recurso para la adherencia a rehabilitación cardiaca

Uno de los factores que influyen en la adherencia al tratamiento es el apoyo que perciben las personas respecto de sus logros en el proceso de

rehabilitación. Un apoyo eficaz contribuye con una buena adaptación a los nuevos hábitos de vida que debe desarrollar una persona luego de un evento cardiovascular.

Según Varela (2011) se debe hacer una clara distinción entre redes sociales, integración social y apoyo social, esto con el propósito de no confundir los conceptos. Por tanto, es de interés para el proyecto definir con precisión que debe entenderse por apoyo social. De este modo, Varela, nos indica qué el apoyo social hace referencia a la “función y calidad de las relaciones; tal como la percepción de disponibilidad o el apoyo real recibido” (p.82).

Se entiende entonces al apoyo social como algo tangible o perceptible para la persona que lo recibe como característica principal. Sin embargo, la autora reconoce que es un tema amplio y a continuación discrimina diferentes niveles de análisis: el nivel comunitario, las redes sociales y finalmente relaciones íntimas. Es el último nivel el que resulta de especial interés para comprender las dinámicas que se abordaron en el presente proyecto. Las relaciones íntimas son directas con la persona en cuanto a bienestar y salud, además de dar un sentido de responsabilidad compartido, la autora considera que se mantienen en interrelación continua.

Varela (2011) apunta al hecho fundamental de que no todo el apoyo que se da o se recibe es útil para la persona, ya que dependerá invariablemente de quien lo dé, en qué momento y bajo qué circunstancias, esto es conocido como “especificidad del apoyo”.

Vínculo afectivo: elemento de análisis en las redes de apoyo

Según Sánchez, Bilbao, Rebollo y Barón (2001) el vínculo afectivo se puede definir como una relación con una persona en la cual existe un componente de

apego. Estos autores, mencionan también que este vínculo afectivo se presenta mayoritariamente en las redes familiares, pero también en relaciones sociales estrechas.

Perpiñán (2009) señala que vínculo afectivo es aquello que se percibe como sentimientos agradables dirigidos hacia una persona o grupo que se acompaña de interacciones predilectas. Además de esto distingue tres componentes importantes: el emocional, conductual y cognitivo.

- Componente emocional. Este hace referencia a todas aquellas emociones (ansiedad, angustia, tristeza, etc.) que surgen de la interacción e interrelación de los miembros, generando sentimientos de seguridad, angustia, amor, entre otros.

- Componente conductual. La autora hace referencia a conductas que reflejan el deseo de permanencia, proximidad o protección con la o las personas que son objeto del vínculo afectivo.

- Componente emocional. En este elemento se menciona que son todas aquellas ideas o pensamientos en referencia a la relación, tales como:

- a- Recuerdo de la figura de afecto: suele ser ese recuerdo que tenemos de personas queridas o estimadas durante momentos difíciles.

- b- Percepción de disponibilidad emocional: cuando una persona se encuentra en momentos de dificultad, suele recurrir a su mente la idea de que sus vínculos afectivos pueden brindar soporte.

- c- Percepción de eficacia: es aquella percepción de que en momentos de necesidad habrá una forma de consuelo y ayuda por parte de en quienes confía.

d- Expectativas: cuanto más apego se genera en una relación, la autora refiere que más expectativa generara con respecto a lo que esperamos del otro.

La autora menciona en cuanto a reciprocidad y dependencia en el vínculo afectivo, que son elementos determinantes dentro del círculo familiar, esto debido a que cualquier cambio o variación en uno solo de los miembros de ese ecosistema repercutirá invariablemente sobre los otros miembros, por lo tanto, los cambios generan desajustes en la cotidianidad de este.

Se puede decir que este vínculo afectivo del cual hablan los autores se identifica comúnmente en las familias, por lo cual se considera fundamental en las redes de apoyo de estas.

Enfoque cognitivo-conductual

El modelo cognitivo conductual, propone que las personas pueden modificar sus conductas por medio del cambio en el pensamiento.

Nicolson y Ayers (2001), señalan que para el enfoque cognitivo-conductual los procesos mentales de cada persona van a tener una fuerte influencia y papel central para comprender los comportamientos o conductas que realizan, ya sea en beneficio o en perjuicio propio o de otros.

En referencia a procesos cognitivos que surgen a partir del conjunto de creencias, pensamientos, expectativas y actitudes, estos autores elaboran una serie de premisas que permiten conocer cuáles son los fundamentos principales del enfoque Cognitivo-Conductual, las cuales ayudarán a cambiar creencias y conductas que dificultan una buena adherencia a la rehabilitación. Entre ellas conviene citar las siguientes:

- Las cogniciones negativas están relacionadas con dificultades emocionales y conductuales, a partir de esto se afirma que los pensamientos irracionales y el

malestar que estos generen influye en la aparición tanto de emociones no saludables como de conductas riesgosas.

- Los sesgos de atención y de memoria de cada persona actúan seleccionando la información negativa, contribuyendo al mantenimiento de los problemas, por lo cual la idea de que las personas generen pensamientos como el pensamiento de túnel en donde se centran solamente en las emociones negativas, contribuye a la permanencia del malestar emocional.

- La metacognición, es decir, el pensamiento de la persona sobre sus propios procesos cognitivos pueden exacerbar los problemas, por lo cual esto puede agravar los problemas de salud de las personas e influir en una interpretación errónea de la realidad, y también llevar a que la comunicación entre la familia no sea asertiva.

- Las cogniciones negativas pueden modificarse mediante desafíos lógicos o preparando experiencias contrarias, esto tiene mucha importancia para el trabajo con familiares de personas cardiopatas, ya que permite debatir esos pensamientos no racionales que se encuentran relacionados a la adherencia al tratamiento y las emociones no saludables que surgen a partir de la experiencia.

Desde este mismo enfoque, surge la terapia Cognitivo-Conductual, que se basa en el reconocimiento de la importancia de las variables cognitivas como los mecanismos causales de una disfunción, en la cual la orientación de las técnicas de intervención es hacia la modificación de tales variables y donde las tácticas utilizadas para alcanzar ese objetivo pueden ser tanto cognitivas como conductuales (Becoña y Oblitas, s.f).

Según Blanco (2017), la terapia cognitivo conductual, “ayuda a entender problemas complejos desglosándolos en partes más pequeñas, esto ayuda a ver cómo estas partes están conectadas entre sí y cómo le afectan. Estas partes pueden ser un problema, un hecho o situación difícil” (p.2).

Siguiendo ésta línea, Ellis (2016), creador y fundador de la terapia racional emotiva conductual (TREC), haciendo alusión a filósofos como Spinoza, Kant, Dewey y Russell, mencionan que “en gran parte creamos nuestros propios sentimientos y lo hacemos aprendiendo (de nuestros padres y de los demás) e inventando (en nuestras propias mentes) nuestros propios pensamientos saludables e insensatos” p.24

Por lo que entenderíamos que los sentimientos surgen a partir de la forma en la cual pensamos los hechos, de esta manera, trabajando formas más racionales de pensar, las personas participantes se desprenderían de algunos malestares generados a partir del evento.

Humanamente se es capaz de sentir y pensar de determinada manera, pero es fundamental, según el autor, que escogemos pensar y sentir de determinada manera, ya sea de forma consciente o no conscientemente; que es posible cambiar aquellos pensamientos que nos resultan poco saludables y perjudiciales:

“Como seres humanos, nacemos con (y podemos potenciar) un rasgo que otras criaturas raramente poseen: la capacidad de pensar sobre nuestro pensamiento. No sólo somos filósofos por naturaleza, sino que además podemos filosofar sobre nuestra filosofía, razonar sobre nuestros razonamientos.” (Ellis, 2000, p.25).

Dicho esto, lo que el autor plantea es que no importan tanto las condiciones en las cuales se encuentre una persona (sean injustas, agradables, difíciles o no), ésta siempre tiene la capacidad de cambiar los sentimientos intensos e insanos que surgen personalmente frente a esa situación.

Asimismo, Ellis (2000) hace referencia al hecho de que las emociones son una parte fundamental de todo ser humano y son expresiones del mismo ante los estímulos del ambiente: Respecto de estas hace la diferenciación entre emociones saludables (enojo, alegría, tristeza, angustia, miedo) y no saludables (estrés, ansiedad, pánico, depresión, euforia, ira), las cuales son importantes de identificar ya que en ellos recaen muchos de los malestares que agobian a una persona, impidiendo el bienestar, la salud mental y física de la misma.

Según Lega, Caballo y Ellis (2008), la TREC interpreta al ser humano de forma tripartita; pensamientos, emociones y conductas, interactuando en conjunto una con otra siendo muy similar a la forma de relación de las tuercas de un reloj.

El hecho fundamental según los autores, es que no son realmente los hechos o situaciones las que alteran emocionalmente a las personas, son las elucidaciones que se hagan al respecto. La forma en la que se reacciona ante esta situación imprevista. Esto es un aspecto fundamental, ya que hace responsable a la misma persona de cómo se siente, piensa o actúa, no culpabilizando a otras personas o a las situaciones que viven.

Lega et al (2008), se refieren a un concepto fundamental en esta teoría terapéutica: las Ideas Irracionales. Estas hacen referencia a todas aquellas racionalizaciones o creencias en general, hacia los demás o hacia sí mismo, que resultan carentes de sentido y que le producen a la persona dificultades para lograr propósitos.

Como proponen los autores, la forma en la que se trabaja esta manera de pensar irracional es mediante el Debate de las mismas ideas, se trata de poner a prueba la veracidad o racionalizar estos pensamientos y cambiar argumentos que no pueden ser comprobados.

Este es el modelo ABC según Lega et al (2008), siendo la A el acontecimiento que inicia los “belief” (creencias), la B interpretación de dichos sucesos, ya sean racionales o irracionales y, por último, la C que se refiere a las consecuencias emocionales del análisis realizado por parte de la persona hacia el acontecimiento que inicia esta secuencia.

Este modelo de abordaje (aunque no se aplicó terapia dentro de la intervención) fue una base metodológica explicativa que se utilizó dentro del enfoque psicoeducativo, para ofrecer herramientas que permitieran encontrar el origen a algunas de las problemáticas que se presentan en el proceso de rehabilitación, asociadas al apoyo social.

También, se tomaron durante en cuenta proyecto ideas de pensamientos irracionales o distorsionados según como los definen Lodoño y López (2005), siendo de la siguiente manera:

Pensamiento polarizado: entendido como una realidad dicotómica en la cual las cosas se ven en blanco o negro, aceptable o despreciable, en bueno o malo. Esta idea no permite ver puntos medios.

Filtraje: definido como la percepción de solamente un aspecto de la situación.

Los “debería”: se refiere a conductas que se rigen a reglas sociales e inflexibles.

Tener razón: se entiende como la necesidad de un individuo de demostrar que se tiene la respuesta correcta a todas las situaciones.

Culpabilidad: se refiere a la idea de buscar al culpable en todas las situaciones,

Falacia de justicia: se define como esperar de los otros lo que la persona piensa merecer.

Falacia de recompensa divina: se relaciona al creer que una justicia superior dará a cada quién lo que merece.

Interpretación del pensamiento: referido a la necesidad de interpretar las intenciones de los demás.

Personalización: costumbre de relacionar todo con sí mismo.

Falacia de cambio: se relaciona con pensar en que los demás deben de cambiar primero que quién lo piensa.

Razonamiento emocional: creer que la realidad se basa en el sentimiento que se posee.

Generalización: se refiere a sacar de un hecho vivido una generalización de la situación.

3.2. Descripción de la Estrategia Metodológica

Según González, Pérez, Jiménez y Hernández (2008) la educación en salud debe ser considerada como uno de los eslabones más importantes con respecto a la enfermedad, es esencial para el tratamiento de pacientes con males crónicos. Debido a que aporta en la prevención secundaria y en lo referente a calidad de vida de la persona.

Según este autor, la educación es por sí misma un elemento preventivo de la enfermedad, debido a que aporta la información adecuada e idónea que produce una sensación de control sobre ella.

González et al. (2008) señalan que el elemento psicoeducativo aporta el valor informativo, en tanto se transmiten los conocimientos de los cuales carece el paciente; el valor metodológico se refiere a las estrategias utilizadas para que la persona interiorice el conocimiento y que el valor práctico va más allá de la simple enseñanza, en la medida en que es realizada por profesionales con las competencias específicas en lo que requiere la población.

La psicoeducación en este ámbito está dirigida a estimular el aprendizaje de nuevas conductas, las cuales son requeridas para la rehabilitación personal y para contribuir con la prevención secundaria de la enfermedad. También, mediante esta herramienta se indaga en las vidas de las personas pacientes, sobre cómo pueden propiciarse nuevos estilos de vida (González et al, 2008).

Según Romero, Saborido, Arenas, Expósito, López y Doblado. (2013), la psicoeducación instruye a las personas pacientes en cuanto al vínculo existente entre las conductas que potencian los factores de riesgo coronarios tradicionales y el desarrollo de la cardiopatía. Así mismo, en estudios consultados (desarrollados por los mismos autores), el proceso psicoeducativo es el responsable de al menos el 39% de resultados positivos en procesos de rehabilitación cardíaca

Por último, en cuanto a la importancia de una psicoeducación basada en información real sobre el diagnóstico de la enfermedad, Navarro (2004) nos menciona lo siguiente:

La información sobre el diagnóstico suele sumir a quien la recibe en un estado de crisis que atraviesa, normativamente, tres etapas: desintegración, ajuste y reintegración.

La fase de desintegración se caracteriza por una extremada sugestionabilidad y dependencia. En este contexto resulta muy fácil que la información sea asimilada acríticamente y generar un guion que determine la forma en que la enfermedad va a vivirse y afrontarse en el futuro. Por eso es tan importante que aquello que se les da cree un guion de realismo, esperanza y control (p.154)

Por lo anterior la importancia de brindar información clara y real a las personas familiares, para que de esta forma, puedan ayudar a partir de la realidad que viven las personas pacientes.

Como parte de la metodología, es importante aclarar que se trabajó en tres distintas fases en función de los objetivos y las temáticas que se abarcaron desde estos.

3.3 Fases del Proyecto

Se realizó una fase previa al proyecto que consistió en un diagnóstico a través del proyecto: “UNA intervención psicológica en Rehabilitación Cardíaca”, desde el cual la Universidad Nacional permite a los estudiantes conocer un poco las poblaciones que se encuentran en procesos de rehabilitación, luego de algún evento cardíaco, en centros de salud del país tales como: el Hospital San Vicente de Paul, Hospital San Rafael de Alajuela y Centro Nacional de Rehabilitación.

En este diagnóstico se quería encontrar las razones que las personas usuarias de los PRC, percibían que impedían la adherencia completa al tratamiento de

la rehabilitación cardiaca. Las personas manifestaron que en algunas ocasiones, no pueden seguir las indicaciones que les dan los profesionales en salud al llegar a sus casas, ya que el conocimiento de sus familiares acerca de la patología es tan escaso, que les limita seguir las indicaciones debido en su mayoría de casos, por temor a un nuevo evento.

A partir de esto surgió la necesidad de realizar una intervención con familiares; esto debido a que se identificó un vacío en la parte de apoyo de estos, desde donde nace la propuesta de realizar un proyecto para fortalecer las redes familiares.

Luego, se realizó una fase de planeación del proyecto, en la cual se elaboró una guía metodológica de los talleres. Tomando en cuenta que la intención de los objetivos era abordar desde la terapia racional emotivo conductual se decidió abarcar la problemática desde las tres grandes áreas que desde el modelo interactúan frente a las situaciones; pensamientos, emociones y conductas.

La cantidad de sesiones fueron nueve en total, para así lograr que fueran en concordancia con la cantidad de tiempo que las personas usuarias del PRC, permanecen en la fase II de su rehabilitación.

Las tres áreas abordadas se organizaron de la siguiente manera

Esquema 1. Organización de los talleres según tres etapas principales.



Luego se concretó la fase de implementación, desde donde en las primeras tres semanas se realizaron tres talleres en los cuales se fortaleció el componente informativo, éstos se complementaron con boletines y desplegados, a partir de esto, los familiares tuvieron la oportunidad de conocer los orígenes y el tratamiento de las cardiopatías.

Respecto a las semanas cuarta, quinta y sexta, se realizaron tres talleres que abordaron las emociones que se desencadenan luego de que un familiar sufre un evento cardíaco. Estos sirvieron como espacios en los cuales se promovió la expresión de emociones, a la vez que su comprensión y su manejo.

Por último, en la séptima, octava y novena semana se llevaron a cabo tres sesiones en las que se trabajaron las conductas y los estilos de vida saludables. Específicamente se procuró en estas sesiones, la identificación de conductas de riesgo y la apropiación de estilos de vida saludables, la promoción de buenas prácticas en salud, necesarias para evitar un posible evento cardíaco.

A continuación se presenta una tabla descriptiva para las diferentes fases que se utilizaron durante la implementación.

Tabla 1. Resumen de fase de implementación según el objetivo a cumplir, las temáticas abordadas y los principales aportes.

| Objetivo | Temática | Aportes |
|--|---|---|
| <p>Enriquecer el componente informativo en las redes de apoyo familiar sobre la temática de factores de riesgo cardiovascular y prevención de reincidencia en eventos cardíacos.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Factores de riesgo cardiovasculares: biológicos, psicológicos y conductuales. • Prevención de la reincidencia. • Charla de nutrición para personas cardiopatas. | <ul style="list-style-type: none"> · Visión integral de la enfermedad cardiovascular, tomando en cuenta todos los factores que influyen en ella. · Concientización acerca de la importancia de los cuidados de las enfermedades crónicas. · Despeje de dudas respecto a la alimentación y la importancia de las buenas conductas alimentarias. |
| <p>Promover la expresión asertiva de sentimientos y emociones que surgen a partir del evento cardíaco, en las redes de apoyo familiar de la persona usuaria del Programa de Rehabilitación cardíaca</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de emociones saludables y no saludables. • Identificación de ideas irracionales. • Manejo de emociones | <ul style="list-style-type: none"> · Discriminar entre las emociones saludables y no saludables e identificar las manifestaciones físicas, psicológicas y conductuales de cada emoción. · Reconocer las diferentes tipos de pensamientos irracionales y las herramientas para reestructurarlos. · Herramientas para el manejo de emociones y técnicas de relajación. |
| <p>Impulsar propuestas para la apropiación de conductas que generen estilos de vida saludables en las redes de apoyo familiar de las personas usuarias del programa de rehabilitación cardíaca del Hospital San Vicente de Paúl.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Conductas de riesgo. • Estilos de vida saludables | <ul style="list-style-type: none"> · Conocer e identificar conductas de riesgo que generan riesgo de enfermedad cardiovascular. · Adquisición del conocimiento necesario en distintas áreas que aportan a mantener estilos de vida saludables |

Conviene destacar que debido a una solicitud del equipo médico a cargo del área de rehabilitación cardiaca, se acordó la aplicación de diferentes pruebas psicométricas como lo fueron: BDI, BAI y el PEPS-I.

El equipo médico realiza esta solicitud debido a que manifiestan el interés en manejar datos no solamente cualitativos, sino también cuantitativos. Por otra parte, también fue una herramienta importante para conocer datos específicos de la población, tanto de conocimientos previos, como de vacíos en las diferentes temáticas.

Después se realizó la fase de sistematización y análisis de la información recabada y los resultados obtenidos a través del proyecto, tomando en cuenta que en cada sesión una persona del equipo de trabajo se encargaba de observar y recopilar los datos de lo que surgía en el taller, así mismo semanalmente se realizaban reuniones para el análisis de la información.

3.4 Técnicas utilizadas.

Tabla 2: Técnicas utilizadas durante el proyecto

| Técnica | Explicación | Importancia de su aplicación |
|------------------------|--|---|
| Revisión bibliográfica | “Búsqueda bibliográfica es una recopilación sistemática de la información publicada relacionada con un tema. Realizar una búsqueda bibliográfica es un proceso complejo y fundamental en el contexto de un proyecto de investigación”. (Vilanova,J, .2011;,p.3). | La revisión bibliográfica se llevó a cabo durante todo el proceso con la finalidad de tener el conocimiento necesario y novedoso para la intervención en el proyecto. |
| Biblioterapia | Para el Diccionario Conciso de Psicología (APA (2010) la biblioterapia es entendida como una representación | Durante los diferentes talleres que se llevaron a cabo se les brindaron a las personas participantes materiales que facilitaron |

| Técnica | Explicación | Importancia de su aplicación |
|-------------------------|--|---|
| | de la terapia que hace uso de material de lectura organizado. El cual, de la mano de la psicoeducación, fortalece conceptos o estrategias durante el taller o la sesión para generar los cambios deseados en salud y estilos de vida. Además de esto proporciona apoyo individual como herramienta de autoayuda. | la incorporación y manejo de la información por los mismos, lo cual posibilitó la interiorización del proceso de psicoeducación. |
| Talleres participativos | Los talleres corresponden a una metodología de enseñanza que combina la teoría y la práctica. Y los talleres participativos son cuando los participantes contribuyen de forma activa al proceso de enseñar y de aprender en lugar de recibir pasivamente la información de expertos de afuera.(Abarca, 2016). | Se consideró importante la utilización de esta técnica, ya que se buscaba una construcción en conjunto con la población y por medio de esta se logró. Mediante esta técnica se permitió abarcar temáticas desde el diario vivir y la cotidianidad de los participantes. |
| Grupo focal | Hamui, Hamui, A y Varela, M, mencionan que los grupos focales son un espacio de opinión para captar el sentir, pensar y vivir de los individuos, provocando auto explicaciones para obtener datos cualitativos. (2012),se puede decir que es una forma de entrevista grupal que utiliza la comunicación entre investigador y participantes, con el propósito de obtener información. | El grupo focal permite tomar un tema en específico para poder indagar sobre la opinión de la población respecto a ello, este se utilizó para monitorear los aprendizajes logrados. |
| Debate Socrático | Según Lega, Sorribes y Calvo (2017), el debate socrático es utilizado por la TREC, propiamente como un debate empírico, además de lógico y pragmático, lo que quiere | Con la población participante, luego de la explicación práctica de las diferentes tipos de ideas irracionales, se generó un debate durante el taller el cual busco profundizar |

| Técnica | Explicación | Importancia de su aplicación |
|--|--|--|
| | decir que busca encontrar el sentido tal cual de una situación. Por lo tanto, busca problematizar y cuestionar aquellas creencias que se generan a partir de un pensamiento irracional, siendo así que su fin la reestructuración cognitiva y un cambio profundo en la perspectiva. | sobre estas ideas y cuestionarlas en el contexto personal, familiar y de apoyo a la persona participante del proceso de rehabilitación. |
| Técnicas fundamentadas en arte terapia | El arte terapia sirve como apoyo y acompañamiento al ser humano a través de creaciones artísticas que generan transformaciones en las personas, es una combinación entre arte y terapia (Gerron, 2015). Se puede decir que arteterapia es un proceso terapéutico que de modo espontáneo y creativo puede llevar a la realización personal y el bienestar físico, mental y emocional. | Esta técnica también fue utilizada para el manejo de emociones, la idea fue brindarles diferentes materiales para el desarrollo. Su importancia está en que las personas pudieran tener contacto consigo mismas mientras se concentraban en pintar mandalas. |
| Técnicas fundamentadas en la musicoterapia | La Musicoterapia sería la terapia a través de la música, desde esta definición sencilla se puede extraer que la Musicoterapia es el arte de reunir o ejecutar combinaciones de sonidos como un medio para provocar cambios en las personas que la escuchan o la ejecutan (Oneca, 2015). | Se aplicó en conjunto con otras técnicas para la temática de manejo de emociones con el fin de reducir los niveles de estrés y ansiedad, de la misma forma, promover estados emocionales saludables. |
| Relajación progresiva | Edmund Jacobson creó un método para la relajación y se define como aprendizaje de la relajación de grupos musculares específicos. Específicamente sucede cuando los músculos se | Se implementó en el taller de manejo de emociones, con el fin de que la población aprendiera la técnica y la realizarán en situaciones que consideraran necesarias en su diario vivir |

| Técnica | Explicación | Importancia de su aplicación |
|-----------------------|---|--|
| | <p>contraen; a cortándose sus fibras haciendo que el músculo aumente de grosor, al relajarse los músculos vuelven a un estado de reposo en que las fibras son comparativamente largas y delgadas. Consiguiendo así una desactivación fisiológica y estado de reposo RosmeryPayne (2005).</p> | <p>También, mediante esta técnica la población participante logra relajar cada área de su ser, tanto la física como la emocional y mental.</p> |
| Círculo restaurativo. | <p>Esta técnica es utilizada en el ámbito educativo como una forma alternativa de manejar grupos y crear espacios de unificación grupal. Según Costello, Wachtel y Wachtel (2010) el sentarse en círculo y desarrollar un tema a partir de un puntos en común para los presentes, genera un sentimiento de conexión grupal además de aumentar la calidad de las relaciones. Este mismo se puede utilizar tanto al inicio de una actividad como para realizar cierres, se guía a través de preguntas clave con relación al tema.</p> | <p>El círculo restaurativo es una técnica que permite a cada participante hablar de la vivencia y exponer lo que le movilizó al respecto. Se desarrolló esta técnica en dos momentos claves del proceso, el primero fue al cierre de la fase de manejo de emociones ya que se consideró necesario tener un cierre específico en esta área, y en la sesión de cierre del proceso ya que es la culminación de todo el trabajo realizado.</p> |
| FODA | <p>Ponce (2009), define el análisis FODA como una evaluación de los factores fuertes y débiles que diagnostican la situación interna de una organización, así como su evaluación externa de las oportunidades y amenazas, también como una herramienta que puede considerarse sencilla y que permite obtener una perspectiva general de una situación.</p> | <p>Se realizó en el último taller con el fin de evaluar el proyecto. La población participante mencionó cuáles eran las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que habían identificado en el proceso vivido.</p> |

En el anexo 3. Se muestra la estructuración de cada taller ejecutado.

3.5 Estrategias de Monitoreo, Evaluación y Sistematización

El monitoreo se realizó de forma semanal, a partir de la semana dos, los primeros 10 minutos de cada sesión se tomaron para esto.

Cada semana se intentó monitorear que cada temática abordada estuviese siendo interiorizada por las personas participantes, para esto se utilizaron diferentes técnicas como pedir a participantes que resumieran información de sesiones pasadas, diferentes completos de información, o pedir que contaran como ponían en práctica los conocimientos adquiridos.

También, en cuanto al monitoreo, se implementó al inicio de cada fase, una actividad con el objetivo de comprobar que en la fase anterior se había logrado cumplir los resultados esperados para la fase siguiente. Con este propósito, en esta actividad de monitoreo se realizaban algunas preguntas claves, o se solicitaba a las personas participantes que construyeran resúmenes sobre los conocimientos adquiridos de la fase pasada de maneras creativas como pruebas cortas o evaluaciones breves exposiciones de lo que aprendieron en talleres pasados y competencia de asocies.

Para la evaluación se realizó un análisis FODA que consistió en la indagación de cuatro áreas del proyecto: fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas. Este análisis buscaba conocer las impresiones de las personas participantes a través del proceso.

La importancia según Ponce (2007), radica en que por medio del FODA, se estima el efecto que una estrategia tiene para lograr un equilibrio o ajuste entre la capacidad interna de la organización y su situación externa; en este caso, a

pesar de no ser una organización, la técnica fue adaptada con la intención de conocer los puntos fuertes y débiles, tanto a lo interno como a lo externo del proyecto. Por esto, se permite encontrar una visión integral entre la relación que se da con el proyecto y el entorno.

3.6 Rol y función de la profesional.

La función y rol de las profesionales consistió en brindar acompañamiento psicoeducativo, partiendo de la importancia de brindarles información de la enfermedad a las personas participantes para contribuir a la no estigmatización de esta, para brindar una perspectiva clara de la enfermedad, clarificación de las emociones y conocimiento de acciones para mantener estilos de vida saludable.

Uno de los elementos que se buscan desde la psicoeducación es involucrar a las personas participantes del proceso de co-creación del conocimiento y el aprendizaje, esto es fundamental ya que permite una mejor interiorización del conocimiento del cual van siendo parte. Mediante esta metodología, que incluye la modalidad de talleres dirigidos por las profesionales, se buscó la inclusión de cada persona presente, aportando desde su saber a la construcción del conocimiento.

Desde esto, se visualiza una relación horizontal entre participantes y profesionales, ya que no se buscó impartir una cátedra o que ellos llegaran solamente a escuchar lo que había que informar, sino ser parte de un proceso de aprendizaje mutuo.

Por medio de la información brindada desde las profesionales y de la expresión de las personas sobre sus miedos, dudas de las causas y efectos de la

enfermedad, se ensancha el punto de vista de familiares acerca de la enfermedad. Este mayor entendimiento puede afectar al paciente de manera positiva.

Se brindó un acompañamiento grupal con el fin de que las personas también aprendieran de las vivencias propias y por medio del intercambio de las experiencias y el mutuo apoyo de sus pares en cuanto a su perspectiva del proceso de la enfermedad.

También, uno de los roles profesionales que evidenció una gran importancia fue el de mantener una actitud neutral, de aceptación y respeto hacia la autonomía de los participantes y sus decisiones.

Por otro lado se reconoce el valioso rol de acompañamiento y escucha durante los talleres de emociones, ya que trabajar desde lo íntimo de las personas y desde el ámbito de lo colectivo fue retador, debido a que se debían validar siempre los sentimientos; y en muchos casos se trabajó con criterios opuestos, por ejemplo, en una familia se denota la sobreprotección a la persona cardiópata y en otra el abandono. Por esto mantener el respeto y equilibrio de las sesiones en algunos casos fue un tanto complicado.

Además de todo lo anterior se destaca el rol de las profesionales en cuanto a las capacidades investigativas, ya que se requirió hacer todo un trabajo de búsqueda de información en cuanto a metodología, recursos didácticos, técnicas de trabajo, información pertinente respecto a la enfermedad cardiovascular, manejo de emociones y conductas saludables, así como una constante actualización en cuanto a resultados de investigaciones en trabajo de rehabilitación cardíaca.

Todo este trabajo que se hace por medio de la investigación contribuyó con la creación de dicho proyecto y generó las herramientas para poder implementarlo y acompañar de manera idónea a la persona familiar en el proceso de rehabilitación de cada paciente.

Por último es necesario mencionar algunas de las habilidades con las cuales fue necesario trabajar a lo largo del proyecto, como el no realizar juicios de valor, ya que en muchos casos se hablaba de las prácticas de las personas participantes en el proyecto, que lejos de ayudar a las personas usuarias del PRC, les impedían desarrollar adherencia (Por ejemplo reforzar la mala alimentación).

Otra de las habilidades necesarias para ejecutar de buena forma las sesiones fue el manejo de grupo, ya que en muchos casos una persona tomaba la palabra por mucho tiempo o se generaban discusiones que era necesario intervenir para escuchar y reencausar las discusiones en torno a los temas centrales de la sesión, o para generar debate en torno a pensamientos irracionales.

Capítulo IV. Resultados.

4.1 Resultado de los talleres.

En este apartado se muestran los resultados generados del proceso de ejecución del proyecto, esto a partir de las temáticas que se trabajaron, las cuales fueron: información de la enfermedad cardiovascular, identificación y manejo de emociones y por último apropiación de estilos de vida saludables.

Respecto a la Información sobre la enfermedad cardiovascular.

A partir de la lista de factores de riesgo propuesta por Ferrante y Virgolini (2005), se decidió que en la fase informativa se dividiera los factores de riesgo en tres grandes grupos: Biológicos o físicos, psicológicos y conductuales. Se encontró que la población participante coincidía en poseer los factores de riesgo que se mencionaban en la investigación realizada por estos autores. Se subdividieron las áreas importantes, que se abordaron por la pertinencia que tienen en la enfermedad y los vacíos existentes en el ámbito familiar.

- a. Conocimientos, dudas y visiones erróneas sobre los Factores de riesgo cardiovascular.

Se denota que las personas participantes tenían, en general, un adecuado conocimiento sobre los tipos de factores de riesgo cardiovascular, pero no conocían el funcionamiento de estos ni su relación con la patología cardíaca.

Surgen muchas dudas acerca de su función como familiares, en cuanto al apoyo y aporte que pueden ofrecer para disminuir o hacer frente a algunos factores de riesgo presentes.

Según lo que mencionaba Taylor (2007), en el capítulo III del presente documento, al contribuir con la información de factores de riesgo se está trabajando diferentes tipos de prevención, por ejemplo la primaria, ya que al estar enteradas las personas participantes de los diferentes factores, disminuyen la posibilidad de desarrollar un evento o enfermedad cardíaca, mientras que, en cuanto a la prevención secundaria, que sería en beneficio de pacientes, se aportaría a la disminución de las probabilidades de un nuevo evento y se ayudaría en la detención del avance de la enfermedad cardíaca.

También, se manifiesta que los pacientes manejan un doble discurso al hablar de comidas, ya que les dicen que pueden comer algo y luego dicen que no, lo que les genera malestar y enojo.

Surgió mucho el tema de la influencia y la responsabilidad de ellos respecto a la salud del familiar cardiópata, manifiestan que no saben hasta dónde poder ayudar si ellos no se dejan ayudar, lo que les genera estrés y frustración. Esto que confirma lo que decía Varela (2011) respecto a que no todo el apoyo que se recibe es útil para la persona, y de esta forma, se devuelve un poco de responsabilidad a pacientes y se libera un poco de presión a familiares. En la siguiente tabla, se describe la forma en la cual las personas participantes pensaban que se encontraba cada factor de riesgo respecto al origen, para esto, se subdividió la población en cuatro mostrando:

Tabla 3. Factores de riesgo dividido en categorías, ordenados según grupos de participantes

| Grupo 1 | | |
|--|---|------------------|
| Conductuales | Biológicos | Psicológicos |
| Sedentarismo Obesidad Estrés Alimentación Tabaco Ansiedad | Edad Herencia (genética) Hipertensión Colesterol Diabetes | Ira Depresión |
| Grupo 2 | | |
| Conductuales | Biológicos | Psicológicos |
| Estrés Alimentación Tabaco Obesidad Sedentarismo Ansiedad | Hipertensión Diabetes Colesterol Edad Genética | Ira Depresión |

| | | |
|--|---|------------------------------|
| Grupo 3 | | |
| Conductuales | Biológicos | Psicológicos |
| Ansiedad Ira Depresión Alimentación Diabetes Sedentarismo | Edad Herencia (genética) Hipertensión Colesterol | Estrés Obesidad Tabaco |
| Grupo 4 | | |
| Conductuales | Biológicos | Psicológicos |
| Sedentarismo Herencia (genética) Obesidad Hipertensión Depresión | Tabaco Alimentación Edad Colesterol Diabetes | Ansiedad Ira Estrés. |

Tabla 4. Respuestas correctas del ejercicio, de acuerdo al ordenamiento propuesto por Taylor (2007).

| | | |
|--|---|--|
| Conductuales | Biológicos | Psicológicos |
| Sedentarismo Alimentación Tabaco | Edad Herencia Hipertensión Colesterol Diabetes. Obesidad | Ansiedad Ira Estrés. Depresión. |

A partir de lo anterior se evidencia que los factores de riesgo que las personas participantes reconocen con menor claridad, son los psicológicos, a pesar de que en las otras dos categorías también se ubicaron factores de forma equivocada, también, se observa a partir de lo expuesto; que los que catalogan de mejor manera son los biológicos, ya que tendían a confundir los psicológicos y los conductuales.

Por ejemplo, todos los grupos colocaron al menos un factor de riesgo que corresponde a la parte psicológica en conductuales, por lo cual; se podría entender que para las personas participantes, la manifestación de los factores psicológicos, es más relevante que el origen, o que desconocen; ya sea total o parcialmente la función psicológica dentro de la patología.

b. Prevención de la reincidencia.

A partir del taller de factores de riesgo, las personas participantes tuvieron un mejor dominio de este tema, al punto de que manejan bien los datos expuestos en la primera sesión, por lo cual se evidencia que el primer taller ayudó a tener una mejor información de la patología cardiovascular.

Se expresa una aparente molestia en los participantes respecto a los cuidados que sus familiares usuarios del PRC no cumplen, ya que ellos manifiestan hacer un esfuerzo para cumplir las indicaciones, como por ejemplo las nutricionales, y sus familiares, en diferentes momentos, reducen sus cuidados, por lo que se sienten engañadas y enfurecidas.

Las personas participantes hacen referencia a la responsabilidad que sienten respecto de la salud de sus familiares (pacientes) en cuanto a su adherencia, ya que, al mejorar su sensación de bienestar físico, la adherencia al tratamiento disminuye.

Un problema que identifican afecta también el apoyo hacia la adherencia es que, las y los familiares que no viven bajo el mismo techo con la persona en rehabilitación, le restan valor a los cuidados, procesos de rehabilitación y el tratamiento.

También se recalca el papel que cumple la familia, no de regañar sino de influir

positivamente en la adherencia, esto surge, luego de una discusión sobre la colocación autoritaria en relación a pacientes y los pocos beneficios que esto genera. Respecto a esto Taylor (2007), también nos mencionaba que el papel de la familia consistía en promover la implementación de estilos de vida más saludables, mediante modificaciones a nivel familiar, por lo cual, como las mismas personas participantes lo identifican, no se trata de regañar ni imponer las diferentes conductas (en este caso las alimentarias), sino de mejorar el entorno, de forma que pacientes cambien sus hábitos mediante la adaptación a los nuevos acuerdos familiares.

El grupo por si solo busca la adaptación y respuestas a las mayores interrogantes planteadas, a partir de áreas específicas como cambios en la alimentación, esto desde la validación del dolor del paciente por el cambio de vida al cual se enfrentan.

Se da respuesta a las interrogantes debido a que muchas son acciones que algunas de las personas participantes ya realizaron. Desde el debate y la información con el resto de la población participante se llegó a la conclusión de que es posible realizar cambios paulatinamente que no sean abruptos.

c. Nutrición para personas cardiopatas:

Este taller abarcó el tema de la alimentación para personas cardiopatas de manera amplia interdisciplinariamente, con el aporte de una profesional en nutrición, se incluyeron temas como hábitos por mejorar, grupos alimenticios y porciones, además de referirse a la parte psicológica que influye en la satisfacción emocional al consumir ciertos alimentos.

Las personas participantes plantearon que el asistir a este taller les ayudaría a

ser apoyo, buscar un beneficio para todos, a la vez que adquirir aprendizajes movilizados por el amor y la afectividad familiar.

En las primeras sesiones se encontraba un discurso en el cual el apoyo familiar se veía direccionado hacia el cuidado del familiar como responsabilidad y como dominio sobre ellos; se destacaba el pensamiento de cuidado al familiar como si fuese un niño, con regaños y dependencia; al contrario de este momento del proceso que se enfoca el familiar como un apoyo y acompañamiento en el proceso.

Luego, entre los hábitos que se buscan cambiar o mejorar, se mencionó el hecho de que la comida da satisfacción emocional, esto en respuesta a que surgió en el taller el tema de comidas escondidas por parte de algunos pacientes y poco control en alimentos con alto porcentaje de azúcar. Por otra parte se mencionó el hecho de “pecar” a veces con las comidas que tienen restringidas, y se aclaró el hecho de que para pecar se debe saber hacerlo, para que esto no se convierta en un hábito, sino una ocasión esporádica. Para esto también, se recalca muchísimo la responsabilidad individual que tiene el paciente sobre su alimentación y sus cuidados. Con respecto a esto Giraldo, et al, (2010) citado en el presente documento, capítulo dos, respecto a estilos de vida saludables, menciona que entre los estilos de vida saludables, se comprenden los relacionados con las decisiones y acciones que se toman en beneficio de la salud propia, esto es dinámico y compuesto de acciones o comportamientos individuales, así como de acciones dentro de las redes sociales. Esto a su vez genera prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Se logra evidenciar lo expuesto por el autor, en la medida en que las personas participantes toman conciencia en cuanto a la parte de responsabilidad que les corresponde, con respecto a su propia salud y la de su familia, replanteándose así las decisiones que han tomado hasta el momento en cuanto a la alimentación.

Se denota una diferenciación clara en cuanto a la forma de acomodar los grupos alimenticios antes de la charla y después de esta, ya que como se demuestra en la descripción, la desinformación era mucha por lo que al principio los alimentos estaban acomodados en su mayoría en grupos a los que no correspondían y luego de la charla; las personas participantes logran acomodarlos de manera correcta.

Lo mencionado anteriormente es muy importante, ya que según González et al. (2008) citado en este documento con respecto a la psicoeducación, la educación es por sí misma un elemento preventivo, que produce una sensación de control sobre la enfermedad. Esto nos indica que la educación con un objetivo claro es eficaz para generar en la persona que la recibe, el poder sobre la situación específica, en el caso de las personas participantes, el control sobre su propia salud y la alimentación adecuada para prevenir una enfermedad cardiovascular sería este elemento, por lo tanto cumplió su propósito preventivo dentro de la realización del proyecto.

También, la forma en la que se piensa un hecho, influye en las conductas, según el modelo de la TREC desde el que se trabajó, por lo que fue de vital importancia trabajar desde este ámbito.

En cuanto a la fase de identificación y manejo de emociones constó de tres temáticas las cuales se abordaron a partir de: Identificación de emociones, pensamientos irracionales y manejo de emociones.

Identificación y manejo de emociones.

En relación con la identificación de emociones, se intentó indagar el conocimiento que las personas poseían de las diferentes manifestaciones físicas de estas y la capacidad de diferenciar entre una y otra emoción. Lo que se esperaba de éste proceso de identificación, en parte, era poder contribuir con la potenciación de las prácticas de buenas conductas de salud a partir del área emocional, la cual sin duda es esencial para el bienestar de cada individuo.

En cuanto a la identificación y el manejo de emociones, se tomó en cuenta que, el mal manejo de emociones tiene un impacto inmediato tanto en las funciones corporales como físicas, por ejemplo, en estado de depresión o de ansiedad influye en la producción química del cuerpo de serotonina, endorfinas, dopamina, etc.

Como lo mencionaba Nicolson y Ayers (2001), y en relación con lo que mencionan los participantes, existe influencia entre los procesos mentales y las diferentes conductas, siendo en beneficio o en perjuicio, esto, visto desde el modelo cognitivo conductual es la relación pensamiento-conducta desde donde se trabajó, de ahí la importancia de trabajar desde la raíz de los pensamientos, ya que algunas de las emociones que las personas participantes expresan, giran en torno a ideas poco acordes con la realidad.

Debido a que lo que se buscaba además de todo lo anterior era la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, se requería que las personas participantes tuvieran una noción sobre las emociones, cómo surgen, se manifiestan, cuáles son saludables o no y además reconocerlas en sí mismos; ya que, según Taylor (2007) lo ideal es que las personas aprendan la mejor manera de llevar estilos de vida saludables.

A. Identificación de emociones.

Se evidenció lo siguiente de ésta primera etapa: Unas de las emociones que más llamó la atención en las personas participantes fue la de enojo/ira, ésta la identifican como si fuera una sola, sin embargo la descripción es de ira extrema, además de pérdida de control. Esto los lleva a relacionarlo con momentos cotidianos con sus familias, en los cuales se enojaron por alguna situación en la que no se acató alguna indicación médica.

Esto es un elemento de análisis importante ya que, para Ellis (2000), creador y fundador de la TREC y quien hace referencia a la identificación de emociones saludables y otras no saludables, es significativo para poder manejar o contener lo que se siente internamente a raíz de los acontecimientos externos. En un principio, esto era un conocimiento inexistente en las personas participantes, pero en el momento en que se les brinda la información pudieron hacer uso de ella para reconocer sus propias emociones en diferentes momentos de sus cotidianidades. Además se destaca que reconocen la

importancia de manejar cada emoción para evitar situaciones extremas en diferentes áreas de sus vidas.

Durante ésta sesión, se pudieron identificar a ellas mismas como personas, que en algunas ocasiones actúan sin pensar antes sobre lo que está sucediendo en el momento, según lo que relatan. Esto hizo que el equipo de trabajo pusiera énfasis en la importancia de pensar antes de actuar. Según nos dice Nicolson y Ayers (2001), los pensamientos o procesos mentales de cada persona van a tener una fuerte influencia y serán centrales para comprender los comportamientos y conductas que se realizan. Aunado a esto, Ellis (2000) también recalca que el ser humano funciona de manera tripartita (emociones, pensamientos y conductas) como si fueran los engranajes de un reloj y que por lo tanto una función no puede trabajar sin haber estado relacionada con la otra; por lo tanto se les explicó a las personas participantes dicha relación.

En lo concerniente a otras emociones, como lo son el miedo y el pánico, las identifican con el bloqueo tanto del pensamiento como del cuerpo, ya que reconocen que al estar en un estado de pánico muchas veces quedan en shock sin poder actuar, o actuando sin pensar. Las personas participantes entienden claramente la diferencia entre una reacción pasajera (Lo que definen como ataque de pánico) y una emoción permanente en el tiempo que podría impedir el bienestar en la persona (que identifican como el miedo a hacer algo).

Lo relacionan también, con el evento que vivenciaron sus familiares, el proceso que han venido llevando a cabo, sobre el susto y el miedo ante el evento cardíaco.

Con respecto a las emociones de tristeza/depresión se evidencia que las personas participantes en el momento de vivenciar la emoción buscan una alternativa o una distracción: una evasión a la tristeza en general, no solo respecto al evento cardíaco. Sus respuestas se inclinan más al concepto de tristeza que al de depresión.

Ante esto, se analiza la importancia de reconocer dicha emoción cuando surge y prestar atención al por qué está surgiendo para, a partir de esto, elaborar el dolor que genera. Se concientizó en el hecho de que la tristeza es una emoción saludable que no se debería reprimir como socialmente se hace, estigmatizándola e inclusive negando, particularmente al sexo masculino, la posibilidad de sentirla y vivirla plenamente.

Respecto de la alegría/euforia no se hizo mayor diferenciación sobre estas, hasta que se les aclaró en qué consistía la diferencia. En cuanto a identificarlas como saludables o no saludables para las personas participantes la euforia se considera saludable. Esto debió aclararse por cuanto la euforia es una emoción exacerbada del estado de ánimo alegría, la cual puede resultar incluso como un factor de riesgo serio para personas con enfermedad cardiovascular. Con respecto a lo anterior a las personas participantes se les dificulta identificar momentos en los cuales se han sentido alegres, incluso describen estas emociones como saludables, sin importar la intensidad en la cual se presente, o la afectación corporal que provoque, el resto de las emociones aparte de esta las percibían como poco saludables.

B. Identificación de Ideas Irracionales:

En cuanto a las ideas irracionales, se abordaron las más comunes con la intención de que las personas participantes identificaran algunos momentos en los cuales las hubiesen vivenciado desde su posición de familiares de un paciente cardíaco, y a partir de estas ideas intentar buscar una idea más racional a la situación esto gracias al uso del debate socrático como técnica. A partir de lo anterior se evidenció lo siguiente:

Tabla 5. Ideas expuestas respecto a la idea irracional filtraje.

| Idea irracional | Idea racional |
|---|--|
| “Cuando pasó el evento con mi esposo yo me cerré y no veía solución al problema, solo pensaba en que iba a morir” | La muerte le sucedió a otras personas pero no es lo único que puede pasar, también se deben de ver otras opciones y disfrutar el tiempo de vida con el esposo. |

Tabla 6. Ideas expuestas respecto a la idea irracional de pensamiento polarizado.

| Idea irracional | Idea racional |
|---|--|
| “A mi esposo le salió un examen de sangre con el azúcar un poco alterado y ahora piensa que es diabético y no puede comer nada de harinas y azúcares” | Se pueden hacer cambios para mejorar el azúcar, tanto en alimentación como ejercicio; considerando que se debe cuidar pero, es extremista pensar que es diabético. |

Tabla 7. Ideas expuestas a partir de la idea irracional sobregeneralización.

| Idea irracional | Idea racional |
|-----------------|---------------|
| | |

| | |
|---|--|
| <p>“Al pedir ayuda a un doctor y que no me respondieron, a veces pienso que todos los doctores son malos”.</p> <p>“Por hacerle caso a la charla de nutrición, y ver todas las cosas que no se puede comer, pienso que los pacientes no pueden comer nada”</p> | <p>“Quizás en ese momento el profesional no puede atenderme, pero puede que en un momento que este menos ocupado lo haga”</p> <p>“Las nutricionistas no logran en una charla dar atención personalizada”</p> |
|---|--|

Tabla 8. Ideas expuestas a partir de la idea irracional de interpretación del pensamiento.

| Idea irracional | Idea racional |
|---|--|
| “Me enoja arrugar la frente porque pienso que mi esposo cree que estoy enojada” | “no puedo adivinar los pensamientos de mi esposo, ni él los míos”. |

Tabla 9. Ideas expuestas a partir de la visión catastrófica.

| Idea irracional | Idea racional |
|---|---|
| “Cuando veo a mi suegro decaído o cansado, pienso en que le va a dar un infarto de nuevo” | Hacer un pensamiento más realista de la situación, no necesariamente estar cansado es símbolo de muerte |

Tabla 10. Ideas expuestas a partir de personalización

| Idea irracional | Idea racional |
|---|--|
| “Mi suegro piensa que es culpable por todo lo que pasa y todos los cambios, lo lee desde la culpa y no desde el amor” | Si bien los cambios se dan por el evento, los cambios se dan para bienestar de todos, no solo de él. |

Tabla 11. Ideas expuestas a partir de la idea irracional falacia de control.

| Idea irracional | Idea racional |
|--|---|
| “Yo pienso que por mi papá no estar en la empresa, no se estresa” | El no llevar la dirección de la empresa no implica que se desligue, porque él sigue presente. |
| Creía que tenía el control de la comida porque yo cocinaba, pero el come otras cosas a escondidas” | No se tiene el control de la comida de otros. |

Tabla 12. Ideas expuestas a partir de la idea irracional falacia de justicia.

| Idea irracional | Idea racional |
|---|--|
| “Yo siempre tengo que hacer las tres comidas, pero no se estaban comiendo la cena, un día hice sólo dos y se enojaron conmigo, pero nunca me agradecen lo que hago” | Yo hago las comidas por amor, no tengo la obligación y el día que no quiera dejo de hacerla. |

Tabla 13. Ideas expuestas a partir del razonamiento emocional.

| Idea irracional | Idea racional |
|--|--|
| No identificaron ejemplos por lo cual se les facilitó uno. “Como yo me siento culpable, yo tengo la culpa de mi enfermedad” | Puede que mis conductas me lleven a desarrollar una enfermedad, pero no fue de forma intencional sino por desconocimiento. |

Tabla 14. Ideas expuestas a partir de la idea irracional de tener razón.

| Idea irracional | Idea racional |
|--|---|
| “Sí escuché algo de un médico o nutricionista en la charla es santa palabra, | A veces las charlas presentan temáticas muy amplias que no corresponden a la población. |

| | |
|--|--|
| y no importa cuántas personas (incluso otros profesionales en salud) lo contradigan eso nunca va a dejar de ser. | |
|--|--|

Tabla 15. Ideas expuestas a partir de la falacia de recompensa divina

| Idea irracional | Idea racional |
|---|--|
| “Siendo tan bueno ¿por qué Dios no me bendice con salud?” | No tengo buena salud por mis malos hábitos, no porque Dios no me quiera. |

Tabla 16. Ideas expuestas a partir de la culpabilización.

| Idea irracional | Idea racional |
|--|---|
| “Mi familiar dice que le dió el infarto porque yo le hago pasar cóleras” “Mi esposo dice que si yo me duermo y no le dejé las pastillas listas, es mi culpa que no se las tome” | El infarto le dió por múltiples factores, eso no es mi culpa. Él debería de saber cuáles son sus pastillas y tomárselas. |

Tabla 17. Ideas expuestas a partir de la idea irracional del debería.

| Idea irracional | Idea racional |
|--|--|
| “Mi esposa debería de ir a correr conmigo” | Que me gustaría que mi familiar haga algo no quiere decir que deba de hacerlo. |

A partir de lo expuesto anteriormente se identifica lo siguiente:

En esta etapa del proceso se les recalcó la importancia que tienen los pensamientos y la influencia en cómo se siente emocionalmente una persona, a partir de estos pensamientos irracionales comunes se elaboró mucho y fue

importante que las personas participantes se sintieron totalmente identificadas con esos pensamientos, mencionaban haber pensado de esa manera en diferentes situaciones y en relación con sus familiares cardiopatas. Ya que como dice Lega et al (2008), que no son realmente las situaciones o los hechos los que perturban emocionalmente a una persona, más bien son las interpretaciones que se hagan al respecto, así se les hizo entender a cada participante, lo cual comprendieron claramente ya que entre ellos debatieron cada ejemplo de pensamientos irracionales.

Esta parte del debate fue fundamental para el proceso ya que el razonamiento para desestimar la idea irracional y traerla a lo racional fue constante entre las personas participantes y así llegar a una reestructuración. En cuanto a esto los mismos autores nos corroboran que la importancia de ésta técnica se encuentra en poner a prueba la verdadera validez de esos pensamientos y derribar argumentos que no puedan ser comprobados. El grupo entonces definió las diferentes perspectivas de una misma idea, se aceptaron y rechazaron las ideas luego de discutirlos. Por lo cual se denota que surgen las ideas a partir del debate y no desde la influencia de las facilitadoras.

Se detecta el pensamiento irracional sin tendencia a justificarlo, sino que se asume que existe y desde ahí se parte para racionalizarlo; también, se intenta contextualizar a la posición de ser un familiar de cardiopata. Esta parte de análisis personal de los grupos es sumamente interesante ya que según Lega et al (2008), lo que busca la TREC al final es hacer responsable a la persona de cómo se siente, piensa y actúa, no culpabilizando a otros o a las

situaciones, entonces esto es un elemento que se logra cumplir en las personas participantes.

Se identifica que las ideas irracionales no se presentan únicamente por parte de sus pacientes cardiopatas, debido a que las poseen todo el tiempo, les afecta, les genera malestar y les perjudica las relaciones interpersonales según mencionan las personas participantes.

La importancia de lo antes mencionado radica en que se generó un cambio de percepción en las personas participantes, ya que según menciona Taylor (2007), citado en capítulos anteriores, a partir de desarrollar habilidades de afrontamiento que prevengan la enfermedad o la recaída se permitirá gestionar más eficazmente los elementos que generen malestar.

En tanto las personas participantes identificaron este malestar emocional innecesario, en sí mismas, se pudo contribuir con mejorar estos ámbitos en la salud de los y las mismas.

El autor también indica, que los sentimientos de autocontrol producen una adherencia exitosa a un proceso de tratamiento, además de que contar con estrategias de afrontamiento personales adecuadas, genera la sensación de tener las situaciones bajo control, y a su vez bienestar. Por esta razón, tener noción de los pensamientos irracionales permitió a las personas participantes generar por si mismos estrategias para debatirlos y tener mejor control de aquellos pensamientos que perturban.

Es importante destacar que un tema latente es la nutrición, ya que sale a relucir en varios momentos y es un elemento de discusión continua. Señalan que sus parientes cardiopatas están mejorando diferentes conductas a partir de las ideas que se generan en los talleres, y que se llegan a compartir en sus hogares. Esto evidencia un proceso de crecimiento en conjunto y en paralelo con los mismos muy importante, debido a que hay un apoyo y un compartir mutuo de las experiencias, tanto por parte del familiar como del paciente.

Varela (2011) nos dice que una característica importante para sentir el apoyo social es que sea tangible o perceptible para la persona que lo recibe, también dependerá su efectividad en cuanto a quien lo brinde y en el momento que se haga, por esto se reconoce que el proyecto llega en el momento adecuado al proceso de rehabilitación más significativo de la persona usuaria del programa de rehabilitación.

c. Manejo de emociones:

En relación al manejo de emociones se aplicaron distintas técnicas en las cuales las personas participantes manifestaron su sentir frente a ellas. Se evidenció lo siguiente:

Se observó un desconocimiento en técnicas de relajación a pesar que la mayoría la utiliza en su diario vivir, por ejemplo: muchas personas al sentirse altamente estresadas salen a caminar o se ponen a escuchar música sin saber que estas acciones forman parte de diferentes técnicas. Luego del taller, las personas logran identificar opciones para control y relajación que realizan en su diario vivir. Se nota una interiorización del

conocimiento adquirido a partir de las sesiones pasadas, ya que las personas lograron conectar los temas de ideas irracionales en su diario vivir y en cómo les está afectado en cuanto al hecho de controlar sus emociones. Este aspecto es fundamental en cuanto a generar promoción de la salud y prevención de la enfermedad, mediante el conocimiento interiorizado, la introspección personal, el reconocimiento y la identificación del riesgo y el actuar de forma adecuada para cambiarlo; es a lo que Oblitas (2000) se refiere cuando menciona que el objetivo de la psicología de la salud viene siendo el prevenir y en este sentido modificar los patrones de comportamiento y estilos de vida inadecuados para generar salud en las personas.

Se muestra un interés en cómo desde la posición de familiares, se puede ayudar a pacientes a manejar sus emociones, esto para evitar posibles conflictos y manifestaciones físicas no favorables, según lo que nos mencionan autores como Varela (2011), esto es significativo, en cuanto al apoyo brindado ya que habla de la función y calidad de las relaciones que se han establecido, tales como la disponibilidad de brindarlo, el momento de hacerlo y el monto del mismo percibido, además de mantenerse en interrelación, buscar el bienestar de la persona y generar un sentido de responsabilidad compartida.

Para cerrar la temática del área emocional se les pidió a las personas participantes que relataran algunas de las cosas que creían más importantes de lo abarcado en las sesiones correspondientes. Se puede extraer desde el discurso que presentan las personas participantes, que las herramientas adquiridas a lo largo de los talleres están generando impacto familiar, esto debido a que al conversar con algunos familiares que no

asisten a los talleres, les indican verlos con a estados de ánimo más saludables en comparación tanto con ellos en el pasado, como con los familiares que no participaron del proyecto.

A partir de los talleres se nota un sentido de grupo al ver que otras personas compartían sus vivencias. Este nuevo elemento es significativo para los grupos ya que evidencia un emergente grupo de apoyo social frente al proceso de rehabilitación de las personas usuarias del PRC, esto debido a que compartían elementos en común como: pensamientos, situaciones, preocupaciones, miedos, alegrías, etc.

Se destaca además la facilidad de autoconocimiento, con la cual cuentan actualmente las personas participantes, en referencia a las relaciones vividas y las emociones generadas; lo cual al principio de los talleres no se evidenciaba.

C. Apropriación de estilos de vida saludables

A partir de la temática de estilos de vida saludable se abarcaron dos áreas: conductas de riesgo y estilos de vida saludables, desde donde surgió lo siguiente.

Conductas de riesgo Cardiovascular.

Luego de trabajar el área emocional y saber cuáles eran los miedos, los deseos, etc. de cada persona participante, se implementó educación en salud, donde se les presentó conductas de riesgo, a partir de ahí ellos mostraron que poseen varias y reconocen la necesidad de cambiarlas por hábitos saludables, ante esto se influenció de manera positiva ver los pros y los contras a corto o

largo plazo de cada acción en salud que omiten o realizan. También, se denota que logran describir algunas conductas de riesgo.

Al hablar de promoción de la salud, los participantes llevaron la discusión hacia salud general no específicamente salud cardiovascular, sin embargo, se abarcó el tema de estilos de vida saludables desde otros ámbitos, no solo cardiovasculares, como por ejemplo, en el área laboral no utilizar equipo de protección, y de ahí señalar tanto conductas de riesgo propias como las que han visto en otras personas. Además de la triada pensamientos, emociones y conductas, y como se relacionan entre sí.

Las malas conductas alimentarias, fue un tema que de la mano con el sedentarismo fue latente en todo momento, ya que las personas se sintieron muy identificadas al respecto.

Promoción de estilos de vida saludables

Los primeros responsables de la formación de buenos hábitos de alimentación y actividad física son los integrantes del núcleo familiar (Velázquez, 2000), por este motivo se trabajó en la fase de conductas los estilos de vida saludable, con el fin de influenciar en cuanto a los buenos hábitos saludables para familias con un miembro cardiópata en su hogar.

Para conocer la importancia que las personas participantes le dan a los estilos de vida saludable, se les mencionaron diez áreas de las cuales se habla comúnmente, para saber por qué creen que es importante y cómo lo implementan en sus hogares. A continuación las opiniones que dieron al respecto.

Tabla 18. Opiniones de las personas participantes acerca de los estilos de vida saludable

| | |
|--------------------|---|
| Alimentación | <ul style="list-style-type: none"> • Ahora comemos más sano, dejamos de comer comida grasosa • Debemos ingerir alimentos de todos los grupos • Realizar un menú semanal permite balancear las comidas • Es importante las horas de comer, no saltarse ninguna comida |
| Ejercicio | <ul style="list-style-type: none"> • Hago ejercicio regularmente, pero mi esposa no tenía ese hábito • Es importante desayunar antes de hacer ejercicio • Hay que calentar o estirar antes • Hidratarse durante el ejercicio |
| Sueño | <ul style="list-style-type: none"> • De 5 a 8 horas por ser una persona adulta, dormimos menos • Vemos menos televisión para dormir más temprano • El sueño debe ser tranquilo, sin interrupciones. • Los aparatos electrónicos tienden a interrumpir el sueño • La relajación nos ha funcionado mucho |
| Hábitos de higiene | <ul style="list-style-type: none"> • Bañarse a diario • Lavarse las manos para evitar contagios • Lavar la ropa para evitar ácaros y suciedad • Poner atención a la ropa de cama • Limpiarse los oídos y las uñas |
| Tiempo libre | <ul style="list-style-type: none"> • No tengo problema porque estoy pensionado • Vamos a misa |

| | |
|-----------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Por salud mental el tiempo se debe de sacar |
| Salud mental | <ul style="list-style-type: none"> • Consiste en no estar loco • No solo los adultos, los niños también se enferman • Hay que mantener la ausencia de pensamientos negativos • Mantener un equilibrio en mis pensamientos • Debo comunicar lo que no me gusta • La espiritualidad |
| Ejercicio mental | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar las actividades del periódico • Están al alcance del celular (juegos) |
| Accidentes domésticos y laborales | <ul style="list-style-type: none"> • Cuando afilo los cuchillos y no le informo a mi esposa, se corta. • En mi casa se han dado accidentes por las puertas de vidrio • Pisos encerados son peligrosos • Cortinas de baño pueden provocar accidentes • A veces en las construcciones dejan varillas a la intemperie. |
| Adicciones | <ul style="list-style-type: none"> • La televisión , ahora vemos menos • Mi esposa antes veía mucha novela ahora ve menos • Gaseosas • Videojuegos • Café • Sal Andrew • Zepol inhalado |
| Salud sexual | <ul style="list-style-type: none"> • Es importante • Es importante mantener la higiene • Saber que el placer es compartido • Pacientes tienen traumas por que el infarto les dio |

| | |
|--|--|
| | durante las relaciones sexuales • Entender que las relaciones sexuales no solo es el coito. |
|--|--|

Muchos reconocen que en sus hogares actualmente se realizan algunas actividades que no son saludables, por ejemplo: en el tema de cuidados domésticos a veces se enceran los pisos con líquido abrillantador, lo que provoca accidentes.

Se llegó a la conclusión de que las adicciones no son solo las que tienen efectos negativos inmediatos, también existen muchas que sus efectos son a largo plazo o no se visualizan a simple vista como por ejemplo: adicción al celular, a la televisión, novelas, videojuegos y a medicamentos en general. Cuando las personas participantes se refieren a salud mental, la relacionan con ausencia de enfermedad mental únicamente, ya que mencionan que significa no estar locos o no tener trastornos de personalidad. Sin embargo, al cuestionarles esto, identifican la importancia de no solo no tener patologías sino también sentir bienestar y equilibrio.

Respecto a la salud sexual, implica en estas personas mucha preocupación en cuanto a si se puede realizar con su pareja que se encuentra actualmente en rehabilitación, o si deben de dejar de lado completamente la sexualidad.

En esta sesión sobre estilos de vida saludable se puede notar desde el discurso de las personas participantes que tienen una idea general de qué son estos, pero reconocen que actualmente no los ponen en práctica, las personas indican saber que es necesario comer sanamente, hacer deporte y tomar tiempo para despejarse, mas no lo hacen.

Cabe recalcar como menciona Giraldo et al, 2010 que estilos de vida saludable es un proceso dinámico, comprenden decisiones y acciones que la persona lleva a cabo en beneficio de su propia salud, lo cual las personas participantes admitieron no poner en práctica, por esto a la importancia de reforzar esta área de conocimiento a la población con el fin de fortalecer la toma de decisión y accionar de estilos de vida saludable y que las personas no solo queden con la idea lejana de lo que implica, sino que se apropien de estas de manera personal.

4.2 Resultados de las pruebas psicométricas

4.2.1 Instrumentos BAI y BDI, explicación y análisis

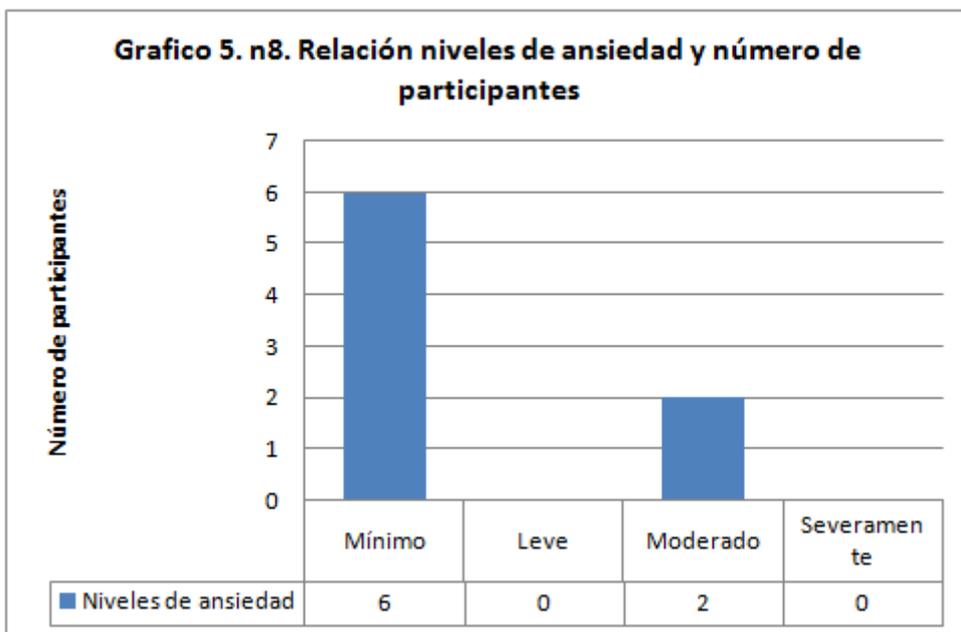
La finalidad de la aplicación de estos instrumentos no era hacer comparaciones entre un estado inicial y posterior de emociones, por tal razón la mayor contribución de la aplicación de los mismos fue el aprendizaje de las personas participantes en cuanto a identificación de emociones como ansiedad y depresión.

4.2.2 Resultados del BAI

El Beck Anxiety Inventory (BAI) es un inventario de ansiedad propuesto por Beck (1998), este se centra en aspectos físicos relacionados con la ansiedad, este test se aplica de forma autoadministrado y consta de 21 preguntas en forma de escala de Likert, en cada pregunta se presentan cuatro opciones de respuesta, las cuales se puntúan del 0 al 3.

Según las puntuaciones totales se identifican los estados de ansiedad en cuatro niveles: siendo mínimo el nivel más bajo de ansiedad, seguido por leve, moderado y severo respectivamente.

El cuestionario se les facilitó a ocho participantes, y según los resultados finales los niveles de ansiedad son los siguientes:



A partir del gráfico anterior se observan participantes en dos categorías, ansiedad mínima (6 personas) y ansiedad moderada (2 personas).

Entre los síntomas más frecuentes de ansiedad que muestra el cuestionario y que las personas participantes identifican haber vivenciado se encuentran:

- Hormigueo o entumecimiento.
- Sensaciones fuertes de calor.
- Incapacidad de relajarse
- Nerviosismo.
- Temblor.

- Molestias digestivas.

En relación con la ansiedad, tomando en cuenta tanto el test como el discurso se manifestó en todo momento que la población percibe problemas al relajarse, indican que muchas veces en su misma ansiedad pierden el control y no pueden pensar en nada que no sea el malestar que sienten, en muchos de los casos hablan de molestias a nivel digestivo que se dan constantemente, esto es respaldado por la información recabada tanto en los talleres como a través del test.

En cuanto a los efectos del proyecto, se puede decir también que al aplicar este instrumento en la semana cuatro , se denota un cambio respecto a las emociones con las cuales entraron, ya que al inicio la población participante llegó con mucho malestar, indicaban muchos temores, culpa, ansiedad respecto a no saber lo que iba pasar con sus familiares y desconocer los procesos; mientras que en la cuarta semana, se percibía en las personas participantes emociones más ligadas a la tranquilidad y menos temerosos.

4.2.3 Resultados del BDI.

El Beck Depression Inventory (BDI) es un inventario propuesto por Beck y Cols (1961). Pretende identificar los niveles de depresión; cuenta con 21 ítems, cada ítem contiene varias frases autoevaluativas de las cuales el participante elige una. Con base en esa elección se asigna un puntaje, a partir de ese puntaje, se asigna un nivel de depresión, las categorías son las siguientes:

- No presenta depresión.

Depresión leve.

- Depresión moderada.
- Depresión severa.

En el caso de los participantes, la prueba fue realizada por ocho personas y en las puntuaciones de la prueba, no se evidencian niveles de ansiedad.

Si bien los resultados en el cuestionario no muestran niveles de depresión, si se identifica a través del discurso que varias de las personas participantes, vivenciaron episodios de tristeza a partir del evento cardíaco que sufrió su familiar, pero se podrían considerar leves, y comunes tomando en cuenta la situación.

A través de estas dos pruebas (BDI, BAI) se pudo identificar que en un inicio las personas participantes demostraron físicamente y emocionalmente estar alteradas por la situación vivida con los pacientes, con miedos, frustraciones, tristes, inseguros, etc., pero en el transcurso de los talleres y con el proceso de apoyo se logró identificar un cambio, ya que la información, la oportunidad de expresarse y el apoyo que encontraron entre ellos mismos, generó un ambiente que ayudó a que estos niveles de ansiedad y tristeza disminuyeran.

4.2.4 Instrumento Cuestionario de perfil de estilos de vida PEPS-I

Para medir las conductas de los estilos de vida en las personas participantes se utilizó un cuestionario en la semana 7 del proceso, el Cuestionario de perfil de estilos de vida PEPS-I de Nola Pender (1996). Está integrado por 40 ítems tipo Likert, con un patrón de respuesta de cuatro criterios que muestran la frecuencia en la que se vivencia una situación de la siguiente manera.

1. Nunca
2. A veces
3. Frecuentemente
4. Rutinariamente

El valor mínimo es 48 y el máximo 192, la mayor puntuación refiere el mejor estilo de vida.

Los 48 ítems se subdividen en 6 escalas:

Esquema 2. Subdivisión de los ítems por áreas.

| | |
|--------------------------|--|
| Nutrición | •1,5,14,19,26,35. |
| Ejercicio | •4,13,22,30,38 |
| Responsabilidad en salud | •2,7,15,20,28,32,33,41,43,46. |
| Manejo de estrés | •6,11,27,36,40,45. |
| Soporte interperrsonal | •10,24,25,31,39,42,47. |
| Actualización | •8,9,12, 16,17,18,21,23,29,34,27,44 y 48 |

De acuerdo al puntaje obtenido, se determina si la persona requiere de intervención de promoción de la salud por parte de profesionales en el área, para esto, se establecen los siguientes rangos.

1. No intervención sólo reforzamiento de conductas promotoras de 100 a 105.
2. Intervención moderada de 90 a 99.
3. Intervención exhaustiva de 80 a 89.
4. Intervención urgente 79 y menos de 79.

Asimismo se les pidió a las personas participantes que contestaran el cuestionario de la manera más honesta posible con respecto a su forma de vida actualmente.

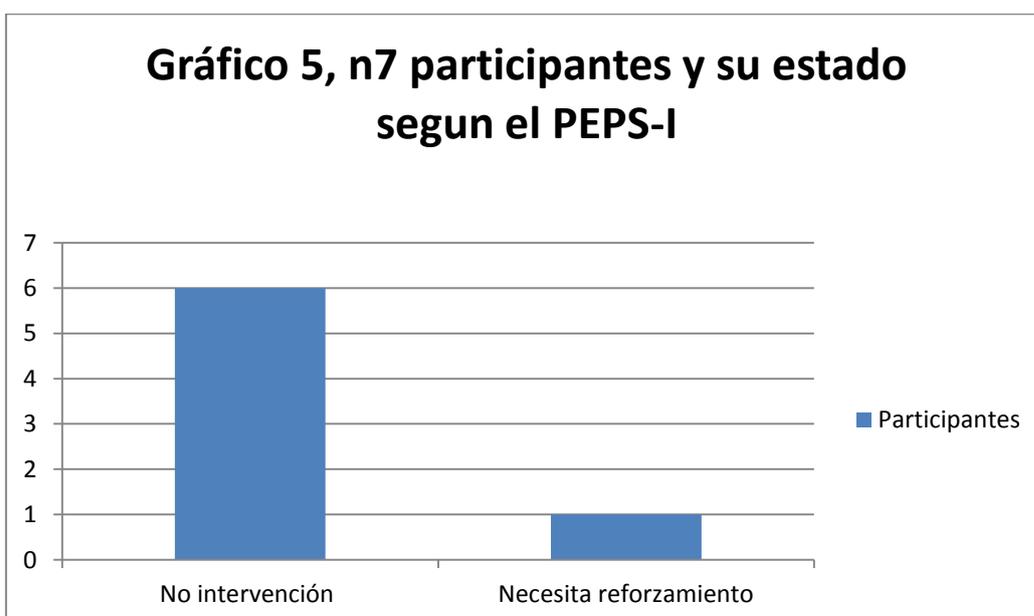
Para efectos de valoración del instrumento se entenderá cada concepto de área evaluada de la siguiente manera:

La responsabilidad en salud se define como desarrollo de estrategias de afrontamiento no medicada, con una comprensión individual y del cuerpo que influyen en la salud de las personas. (Contreras, 2011)

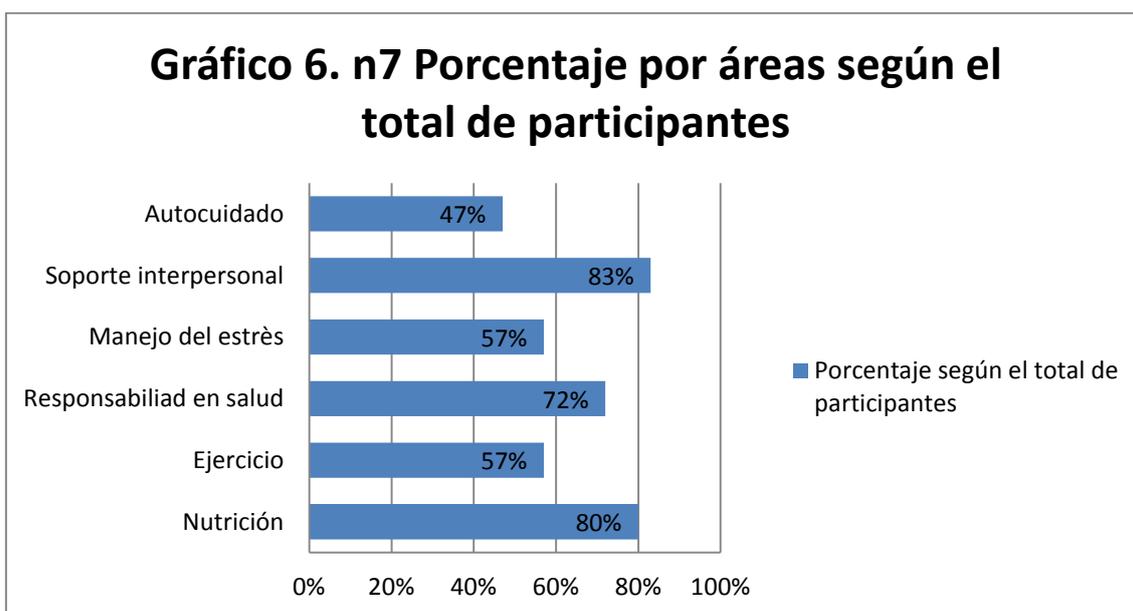
Soporte interpersonal engloba la capacidad de las personas para interrelacionarse con otras y adaptarse a diversas circunstancias. (Contreras, 2011)

Actualización se refiere a la capacidad de una persona para determinar sus objetivos en la vida, su habilidad para mejorar la salud y para saber cómo satisfacerse a nivel personal. (Contreras, 2011)

En cuanto a los resultados, como se observa en el siguiente gráfico a nivel general, de acuerdo al puntaje obtenido, la mayoría de las personas participantes no requieren de intervención de promoción de la salud por parte de profesionales en el área Asimismo una persona sí requiere intervención inmediata.



A pesar de que las pruebas se ven con resultados muy positivos, si se divide por áreas se pueden ver algunas por fortalecer. Por lo cual decidimos mostrar del 1 al 100 que tan saludables son los estilos de vida en cada área, esto tomando en cuenta, que a cada área se le otorgó un valor de cien y se sacó un porcentaje a partir de la población total. En el siguiente gráfico podemos observar los valores:



Como se aprecia en el gráfico anterior, si lo analizamos con base en las áreas no es tan favorable el resultado, en el general aunque un área esté baja, si el resto está alto no se puede apreciar el vacío de esta, pero viendo en porcentaje, se denota que las personas participantes mantienen estilos de vida menos saludables en algunas áreas respecto a otras, por ejemplo, si comparamos nutrición con autocuidado.

Nutrición fue un tema recurrente en todos los talleres y del cual obtuvieron muchas herramientas para mantener un estilo de alimentación saludable, por este motivo se puede notar que al realizar este inventario fue una de las áreas con puntaje más alto.

En cuanto al auto cuidado se puede notar que es el área donde se necesita más refuerzo, a pesar de la importancia de ser agentes de mantener o mejorar nuestra propia salud, fue un tema de discusión en los talleres, se refleja una dificultad de vincularse de manera personal en el momento de realización de los cuestionarios.

El ejercicio fue un tema en el cual que se encontraban consientes de la importancia y beneficios a la salud, sin embargo, mencionaban que por falta de tiempo, rutinas laborales y obligaciones cotidianas se les dificultaba sacar el tiempo de incorporarlo a sus hábitos, lo cual se ve reflejado en la puntuación.

Estas actividades cotidianas antes mencionadas por las familias se relacionan con el bajo resultado de manejo del estrés y su dificultad de afrontarlo de manera saludable, ya que la mayoría de familiares afirmaba tener rutinas laborales y obligaciones que los mantenían en constante estrés diario.

Los participantes realizaron una lista de hábitos por cambiar, entre estos hábitos mencionaron:

- Cambio de horarios y acciones poco saludables para dormir: procurar dormir de 7 a 8 horas diarias sin interrupciones, no usar el celular antes de dormir y evitar la automedicación para conciliar el sueño
- Realizar actividad física regularmente
- Realizar actividad física en familia al menos una vez a la semana
- Realizar actividades recreativas una vez a la semana en familia
- Cambios en la alimentación: incorporación de ensaladas y frutas en la dieta familiar, disminuir el consumo de comida chatarra, disminuir el consumo

de azúcar y sal, incorporar la misma alimentación para todos los miembros del hogar

- Realizar menú semanal
- Tomar tiempo para actividades personales como relajación y manejo de estrés: pintar mándalas, escuchar audio de relajación, escuchar música

4.3. Resultados a partir de los indicadores esperados

A partir de los indicadores esperados del proyecto se encontraron los siguientes resultados:

Tabla 19. Resultados a partir de los indicadores esperados

| Objetivo | Indicador esperado | Resultado obtenido |
|---|---|--|
| Enriquecer el componente informativo en las redes de apoyo familiar sobre la temática de factores de riesgo cardiovascular y prevención de reincidencia en eventos cardíacos. | <p>-Al menos el 80% de familiares adquieren y reflexionan sobre información válida y científica sobre factores de riesgo cardiovascular.</p> <p>-Al menos el 80% de familiares reconoce las capacidades y la condición de su familiar.</p> <p>-Al menos el 80% de familiares manejan información sobre prevención de reincidencia en eventos cardíacos.</p> | <p>-A partir del monitoreo realizado y la sistematización de cada sesión se evidenció que la totalidad de la población reconoce haber adquirido conocimiento sobre algún factor de riesgo</p> <p>-La totalidad de la población reconoce la condición de su familiar y las capacidades a partir de ella, esto se evidenció a partir del discurso de las personas participantes mediante preguntas circulares.</p> <p>- A partir de las sistematizaciones de cada sesión y del monitoreo realizado se comprobó que la totalidad de las personas participantes manejan la información sobre prevención de la reincidencia en eventos cardíacos adquiridos en la segunda sesión.</p> |

| Objetivo | Indicador esperado | Resultado obtenido |
|--|--|--|
| <p>Facilitar un espacio para expresar sentimientos y emociones, que surgen a partir del evento cardíaco en las redes de apoyo y vinculares de la persona paciente en rehabilitación.</p> | <p>-Diseñados e implementados al menos dos talleres para desarrollar habilidades para la expresión emocional asertiva asociada al evento cardíaco de un familiar</p> <p>-Al menos 60 % de personas expresan sentimientos y emociones relacionadas al evento cardíaco del familiar</p> <p>-Al menos un familiar de cada uno de los pacientes en fase II participan en los talleres de expresión emocional</p> | <p>-Se diseñaron e implementaron tres talleres para la identificación y expresión de emociones, verificados mediante la implementación de las semanas 4, 5 y 6.</p> <p>Mediante la participación grupal y la sistematización de las sesiones se constató que solamente una de las personas participantes no expresó sentimientos y emociones relacionadas al evento cardíaco.</p> <p>Debido a dificultades, este indicador no se cumplió, ya que algunas familias de pacientes en fase II no respondieron a la convocatoria.</p> |

| Objetivo | Indicador esperado | Resultado obtenido |
|--|---|---|
| <p>Impulsar propuestas para la apropiación de conductas que generen estilos de vida saludables en las redes de apoyo familiar de las personas pacientes que forman parte de los programas de rehabilitación el hospital San Vicente de Paúl.</p> | <p>-Al menos el 80 % de participantes plantean estrategias conductuales saludables para mejorar su estilo de vida.</p> <p>-Cada participante plantea tres estrategias conductuales para incorporar en su cotidianidad que promuevan un estilo de vida saludable</p> <p>-Cada participante plantea al menos tres cambios o conductas necesarias para apoyar el proceso de rehabilitación cardiaca de su familiar</p> | <p>-Mediante el método de verificación que consistió en mencionar qué conductas y hábitos se debían implementar se logró identificar que la totalidad de las personas participantes plantean estrategias conductuales saludables</p> <p>-Según las listas de hábitos saludables elaborados por cada participante se plantean más de tres estrategias que promueven estilos de vida saludables.</p> <p>-La totalidad de las personas participantes plantearon más de tres cambios de conductas para el apoyo del proceso de rehabilitación cardiaca de su familiar</p> |

4.4 Resultados del monitoreo y la evaluación.

Partiendo del el monitoreo en el desarrollo del proyecto se evidenció lo siguiente:

1. Monitoreo de la primera fase:

Se les preguntó a las personas participantes cuáles eran los factores biológicos, psicológicos y conductuales que recordaban. Sus respuestas fueron las siguientes:

Tabla 20. Factores de riesgo que reconocen los participantes

| Factores biológicos | Factores psicológicos | Factores Conductuales |
|---|--|---|
| Sedentarismo, Colesterol y sus diferentes tipos, presión alta, obesidad. | Personalidad tipo A y D, depresión, estrés y ansiedad | Alimentación, ejercicio inadecuado, trabajo excesivo, obesidad, fumado. |
| Reconocen que los biológicos son con los cuales ya nacen. Reconocieron la diferencia entre los tipos de colesterol. En especial entre el bueno y el malo. | Comentan que también todos aquellos que vienen de la mente | Todo lo que se refiere a las conductas |

2 .Monitoreo de la fase referente a emociones:

Se le pidió a la población participante que anotara en un papelógrafo las cosas más importantes de la fase de emociones, entre sus anotaciones encontramos:

Respecto a la identificación de emociones:

- Se percibe que las personas reconocen emociones saludables y no saludables.
- Se percibe que las personas manifiestan las emociones a través de las áreas física y conductual.
- una persona participante indica: “emociones no es malo, sino el no saber dominarlas y perder el control de ellas”

Respecto a las ideas irracionales se les pidió que nombraran y definieron las que recordaban, a esto las personas participantes mencionaron:

- Pensamiento polarizado, “es ver las cosas al extremo”
- Sobregeneralización: “generalizar todo”
- Visión catastrófica: “Pensar lo peor”.
- Personalización: “Todo yo, todo yo”.
- Falacia de control: “Pensar que yo soy la que controla todo”
- Filtraje: “visión de túnel”.
- También una participante manifestó: “me ayudó mucho la interpretación del pensamiento, ahora cuando mi esposo me dice que por mi cara sabe que pienso, yo le digo que eso no es racional”.

En cuanto a esto, a pesar de que las personas comprendieron que lo enseñado no es para que lo vean en familiares sino en sí mismos, en muchos casos las personas participantes tenían dificultad de autoconocerse e inspeccionarse a sí mismos.

3. Monitoreo de la tercera fase: conductas de riesgo y Estilos de Vida Saludable.

Se realizó un círculo restaurativo desde el cual cada participante manifestó las diferentes conductas que se cambiaron en sus hogares a partir de lo aprendido.

A continuación se mencionan algunas de las conductas que manifestaron.

En la parte conductual las personas expresaron que han cambiado las siguientes conductas a otras más saludables:

- “La alimentación es más saludable y va de la mano con el ejercicio” (identifican el daño generado tanto por el sedentarismo como por el exceso de ejercicio, reconociendo que los extremos no son buenos)

- Disminución de adicciones: “disminución del tiempo frente al televisor”, “disminuyó el uso de medicamentos de venta libre y el uso desmedido del teléfono celular”

Las personas participantes reconocen que habían algunas adicciones que estaban dañando su salud y lograron disminuir, ejemplo de esto es uso de medicamentos como acetaminofén, Alka-Seltzer, y Tabcin al sentir las mínimas molestias e incluso para prevenir molestias, también acciones como el uso del Zepol en ojos para poder dormir al igual que la Graval.

- Respecto a la salud mental se denota una tendencia a la concientización y la importancia de tomarse tiempo recreativo para ellos mismos.

Participantes indican que comenzaron a salir en familia los fines de semana, y en el caso de los propietarios de negocios comenzaron a agendar tiempo para recreación en medio de días laborales que antes les consumían por completo.

- En cuanto al manejo de emociones mencionaron haber hecho uso de algunas técnicas para ello, como las siguientes: arteterapia, relajación progresiva para recobrar el sueño, así mismo hicieron uso de recursos propios como la espiritualidad y la recreación.

4.5 Evaluación

El análisis realizado se hizo desde dos grupos y se observó lo siguiente:

Grupo #1

Fortalezas: Consideran importante el enfoque participativo en la medida en que ellos pueden expresarse, también se menciona la importancia de que las temáticas sean desde la enseñanza, debido a que las personas participantes indican que el compartir información de forma interactiva permitió la adquisición

de información de forma más significativa. Se identificó como importante que tres personas impartieron los talleres.

Oportunidades: el proyecto es importante porque se crean espacios para compartir con otras personas, además se promueve la prevención de recaídas, el conocimiento que se adquirió les brinda apoyo y ayuda tanto a familiares como a pacientes.

Debilidades: se considera que es muy poco el tiempo para los talleres y que debería ser más.

Amenaza: se identifica como una amenaza el poco involucramiento por parte de familiares que no respondieron o no llegaron a los talleres.

Grupo #2.

Fortaleza: aprender a unificar a la familia, mejora el autoestima y el positivismo, apoya al familiar, permite manejar el mismo conocimiento que el paciente, brinda la oportunidad de conocer las tres áreas que se abordaron (Informativa, emocional y conductual), reconocen el apoyo que el proyecto les brinda a ellos mismos en el proceso.

Oportunidades: se permite prevenir la enfermedad cardiovascular en las personas participantes, baja el nivel de reincidencia, beneficia a muchas más familias, permite al hospital ser vanguardia en el tema, permite la apertura laboral a nuevos profesionales; a nivel académico, la oportunidad de demostrar conocimiento.

Debilidades: se indica que faltó la presencia de profesionales en medicina, movimiento humano y que fue poca la presencia de profesionales en

nutrición en los talleres, lo que hubiese permitido brindar más información, también, se invirtió poco tiempo para los talleres de emociones.

Amenazas: que no lleguen las personas que se espera o se invitan a los talleres, falta apoyo por parte del Hospital para contar con un espacio físico, también indican que es proyecto local que debería elevarse a nivel nacional.

A partir de lo anterior se encuentran algunos puntos que influyeron directamente en la presencia de familiares a los talleres, ya que se propone el tema de que la implicación del traslado desde el hospital hasta la universidad pudo influir en que muchas personas no asistieron.

También, como fortaleza, se indica que el hecho de tener un espacio en el cual no estén sus familiares usuarios del Programa de Rehabilitación Cardíaca, les permite una mejor apertura a la expresión, ya que les transmite una sensación de libertad.

A través de la evaluación del proyecto, se evidenciaron resultados favorables, por lo cual, se considera un proyecto oportuno para continuarlo a nivel institucional.

Capítulo V. Consideraciones finales

5.1 Perspectivas a Futuro

A nivel institucional se plantea que una de las formas en las cuales se puede trabajar para incorporar el elemento psicológico a los procesos de rehabilitación cardiaca, sería mediante alianzas con distintas universidades, así se podría seguir generando este tipo de proyectos que respondan a necesidades repetidamente identificadas.

Por parte del profesional en psicología, son muchos los aportes que se pueden brindar en cuanto al área de salud, pero enfocada a la rehabilitación cardiaca, este tipo de proyectos puede enriquecer el proceso de adherencia al tratamiento de la población usuaria de los Programas de Rehabilitación Cardiaca y además generar cambios importantes en cuanto a la prevención de la enfermedad para sus familiares que presenten factores de riesgo relacionados con herencia y conductas poco saludables.

Al país se le puede aportar (considerando la red de la estructura de servicios de salud) en la prevención de la enfermedad cardiovascular impulsando el desarrollo de este tipo de proyectos en centros de salud como son los EBAIS y las clínicas locales, para que toda la población tenga acceso y conocimiento.

En relación con el ámbito académico, se cree que generar enlaces en instituciones como los centros médicos permite al estudiantado enfrentarse a una población que reta a poner en práctica todos los conocimientos que se van adquiriendo a lo largo de la carrera.

5.2 Aprendizajes Logrados

- El aporte de diferentes disciplinas y de personas expertas en el área de salud, como lo fue en el área de nutrición y de cardiología permitió que el proyecto integrara diferentes perspectivas, propias de la salud integral, lo cual culmina con la optimización de los resultados del proceso. A partir de esto, también se denota la importancia de trabajar de manera interdisciplinaria en proyectos como este, esto representa un desafío para nosotras como profesionales en psicología porque permite expandir conocimientos que se manejan más a nivel médico, nutrición y de acondicionamiento físico.
- La coordinación y comunicación entre el equipo encargado del proyecto es fundamental, para que se desarrolle en forma exitosa. Así mismo la importancia de mantener una buena comunicación con la parte interesada en su implementación como en este caso, el Programa de Rehabilitación Cardíaca del Hospital San Vicente de Paúl de Heredia.
- También fue un aprendizaje significativo a través del proyecto, reconocer la importancia de validar las opiniones y experiencias de las personas participantes, como parte del proceso de enseñanza-aprendizaje. Y no deslegitimar los aportes que las personas puedan otorgar para el desarrollo y mejoras del proyecto.

- Ser flexibles a la hora de abarcar las temáticas planteadas y en los plazos de tiempo que se esperan, ya que el proceso de aprendizaje de las personas participantes a veces requiere más tiempo y profundización en unos temas más que en otros. Además los tiempos de un grupo no son siempre los esperados por la persona facilitadora, por lo cual se debe asumir un principio de flexibilidad siempre en el marco de la intervención y en los parámetros establecidos en el encuadre.

5.3 Conclusiones

A partir de la ejecución del proyecto se lograron visualizar puntos importantes respecto a realizar intervenciones con familiares, las cuales se presentan a continuación:

- Se percibe una necesidad por parte de las personas familiares de tener un espacio en el cual puedan expresar todos los sentimientos y emociones tales como miedo, ansiedad, tristeza, culpa, que genera el hecho de ser familiar o cuidador de una persona cardiópata, por ejemplo el miedo a perder un ser querido o un nuevo evento, el estrés que se genera a partir del rol de cuidador, el sentimiento debido a haber contribuido con una mala alimentación.

Además de tener un sitio en el cual las personas pacientes no se encuentren presentes para permitir un espacio de desahogo, en donde no lastimaran a los pacientes y en dónde se pudiesen sentir libertad de expresión sin necesidad de sentir culpa por ser hirientes o quejarse de la posición en la que se encuentran.

- 1-. Se pudo identificar como un aspecto necesario para familiares, contar con información adecuada y precisa sobre la situación particular de cada paciente, ya que, el poco conocimiento produce diferentes emociones como ansiedad y miedo las cuales a su vez son transmitidas a la persona cardiópata. Igualmente relevante resulta que estas personas posean información referente a factores de riesgo, como un elemento que genera vulnerabilidad, y su prevención en la familia a quienes tienen riesgo hereditario o conductas de riesgo que les puedan llevar a un futuro evento

cardiaco.

- Es necesario contar con información precisa en cuanto al área de nutrición, no solamente en general sino además que sea adecuada a la condición en particular de cada paciente y contextualizada a la familia ya que no solamente pacientes deben hacer cambios en su alimentación, también la familia siente la necesidad y la responsabilidad de solidarizarse en esta área; lo cual además representa un beneficio potencial ampliado, en caso de que se puedan modificar los patrones y esquemas alimentarios de la familia.

- Se concluye, además, que la mayoría de las personas participantes conocen sobre conductas de riesgo y hábitos saludables, pero a pesar de tener este conocimiento no lo ponen en práctica, prueba de esto es que participantes indican que conocen la forma correcta de comer o realizar ejercicio, pero a la hora de la práctica, lo que realmente hacen es comer muchas harinas y grasas y poco de los otros grupos de alimentos, o simplemente no hacer ejercicio en lo absoluto, por lo cual, se infiere que tienen el conocimiento, mas no lo ejecutan.

Por esta razón, se considera necesario profundizar en estrategias efectivas que posibiliten a las personas trascender la información para convertirla en un conocimiento aplicable a sus prácticas cotidianas, de nuestra parte una de estas estrategias que fue realizar una lista de hábitos que quisieran cambiar, una a la vez, acción que la población participante consideró más efectiva que intentar hacer muchos cambios a la vez.

5.4 Recomendaciones

A partir del proceso vivido se realizan las siguientes recomendaciones:

En proyectos como este en el cual se realiza un trabajo a partir de la necesidad visualizada en una institución, como en este caso el Hospital San Vicente de Paul; sería de importancia gestionar un espacio físico dentro de la institución para que la población convocada tenga mayor asistencia y facilidad de movilización.

Al Área de Rehabilitación Cardíaca del Hospital San Vicente de Paul se le recomienda dar seguimiento al proceso con familiares iniciado en el proyecto, para registrar los efectos a largo plazo, al igual que identificar qué tan provechoso fue el proyecto en materia de adherencia por parte de los pacientes.

A partir de los resultados favorables respecto al apoyo óptimo para la persona usuaria del Programa de Rehabilitación Cardíaca y el sano posicionamiento de la persona familiar, se recomienda establecer un programa que posibilite la institucionalización y la sostenibilidad de la intervención probada en el proyecto, para abarcar los círculos familiares de las personas que ingresan constantemente ; ya que esto puede contribuir a bajar los niveles de reincidencia de la enfermedad cardiovascular y como elemento preventivo a poblaciones vulnerables.

Respecto a los profesionales en salud del Hospital San Vicente de Paúl, se recomienda abordar de forma permanente el componente psicológico como parte de un trabajo interdisciplinario y con poblaciones tanto usuarias directas como de sus entornos familiares, para de esta forma contribuir a la adherencia.

También, se recomienda involucrar a las familias desde una perspectiva preventiva desde el cambio de las percepciones hacia la enfermedad y el conocimiento de esta.

Es importante que las charlas de nutrición sean más específicas en cuanto a pacientes cardiopatas, ya que a partir del discurso de las familias se denota un vacío respecto a la información que se brinda (específicamente porque sienten que la información recibida es para personas sin patologías cardíacas), de esta manera se podría abarcar las diferentes dudas que surgen durante el proceso, ya sea de información o de situaciones específicas.

Además se recomienda implementar en todo el país proyectos similares al trabajo que se realizó en este proyecto, enfocados en la prevención de la enfermedad cardiovascular y promoción de estilos de vida saludable para la población Costarricense.

Referencias bibliográficas.

- Abarca, F. (2016). La metodología participativa para la intervención social: Reflexiones desde la práctica. Ensayos pedagógicos.XI. (1). Recuperado de <http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/ensayospedagogicos/article/view/8470/9650>
- Argüello, A.; Espinoza, R.; Hernández, M.E.; Jiménez, V.; Matarrita, E.; Vargas, R. (2010). Diseño e implementación de un programa de educación para la salud que permite el desarrollo de conductas saludables y el manejo del estrés, en un grupo de personas con factores de riesgo cardiovasculares. Memoria del seminario de graduación para optar por el grado de licenciatura en psicología. Heredia, Costa Rica.
- Argüello, A.; Esquivel, D.; Jiménez, M.; Jiménez, M.; Porras, A. C.; Solano, D.; Valverde, C.; Vega, J.; Villegas, F. (2008). Elaboración e implementación de un programa de educación para la salud: un abordaje del nivel de estrés en un grupo de familiares de personas farmacodependientes. Memoria del seminario de graduación para optar por el grado de licenciatura en psicología. Heredia, Costa Rica.
- Barquero, A. (2010). Intervención en el actual programa de rehabilitación cardiaca del hospital San Vicente de Paúl. (Tesis de maestría, Universidad Nacional de Costa Rica). Recuperado de <http://www.repositorio.una.ac.cr>.
- Balcazar, F. (2003). Investigación acción participativa (iap): Aspectos conceptuales y dificultades de implementación. Fundamentos en

- Humanidades. IV (7-8), 59-77. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/184/18400804.pdf>
- Blanco, H. (s.f). Terapia Racional Emotivo - Conductual (TREC). Recuperado de [http://www.centrolezahbi.org/docs/Terapia-Racional-Emotivo-Conductual-\(REC\).pdf](http://www.centrolezahbi.org/docs/Terapia-Racional-Emotivo-Conductual-(REC).pdf)
- Becoña, E. y Oblitas, L. (2017). Terapia cognitivo conductual: antecedentes y técnicas. Recuperado de http://revistaliberabit.com/es/revistas/RLE_03_1_terapia-conitivo-conductual-antecedentes-tecnicas.pdf
- Borja, J. (2013). Apoyo social y adherencia a tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con síndrome coronario agudo (Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia). Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/11156/1/539592.2013.pdf>
- Caja Costarricense del Seguro Social. (2018). servicios: Características, redes, regionalización. 19 de agosto de 2018, de CCSS Recuperado de: <http://www.ccss.sa.cr/cultura>
- Campos, T y Vindas, G. (2014). UNA Intervención psicológica en rehabilitación cardíaca: Informe de avance del Proyecto o Actividad Académica. Heredia, Costa Rica.
- Castillo, L. M.; Alvarado, A. T.; Sánchez, M. I. (2006) Enfermedad cardiovascular en Costa Rica. Revista Costarricense de Salud Pública, 15 (28), 3-16.
- Costello, B., Wachtel, J., Wachtel, T. (2010) Manual de Prácticas Restaurativas para docentes, responsables de la disciplina y administradores de

instituciones educativas. International Institute for Restorative Practices.
Pensilvania, Estados Unidos

Contreras, C. (2011). Estilos de Vida Promotores de la Salud en Trabajadores de una Plataforma Marina en el Golfo de México. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/236334394>

Diccionario conciso de Psicología. APA. (2010). El Manual Moderno S.A. de C.V. México.

Ellis A. (2016). Usted Puede Ser Feliz. Terapia Racional Emotiva Conductual para superar la ansiedad y la depresión. Paidós. España.

Fernández-Abascal, E, Díaz, M & Sánchez, F. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*, 15(4), 615-630.

Ferrante, D., & Virgolini, M. (2007). Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005: resultados principales: prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en la Argentina. *Revista argentina de cardiología*, 75(1), 20-29.

Gerron, E. (2015). Guía didáctica de estrategias de arte terapia para el trabajo con adolescentes que presente ansiedad de entre edades 16-18 del colegio fiscal "Octavio cordero palacios". Ecuador. Recuperado de <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/4969/1/11408.pdf>

Godoy, F. en Simon, S.A. [Ed], (1999). Manual de la Psicología de la Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones. Madrid, España: Biblioteca Nueva.

González, Y. L., Pérez, E. V., Jiménez, L. F. H., & Hernández, A. D. M. (2008). Programa psicoeducativo para la prevención secundaria de la

- Cardiopatía Isquémica. Duazary, 5(1). Recuperado de:
<http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/556>
- Informe Estado de la Nación (2013). Costa Rica: Evolución de la mortalidad y los días de estancia por egresos hospitalarios en el periodo 2013-2030 investigación final. Recuperado de:
http://estadonacion.or.cr/files/biblioteca_virtual/019/rayo_d_2013.pdf
- Gutiérrez, M. (2013). La Investigación Acción Participativa.IAP. Metodología alternativa para la construcción de políticas públicas en salud. Recuperado de
<http://www.bdigital.unal.edu.co/44350/1/1018407114.2013.pdf>
- Herrera, A.; Torres, I. E. F.; Massa, E. R.; Montalvo, A. (2012) Soporte social a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Cartagena. Aquichan, 12(3), p 286.-p 297. Recuperado de:
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2308/pdf>
- Hamui, A y Varela, M. (2012). La técnica de grupos focales. México .Recuperado de <http://riem.facmed.unam.mx/node/104>
- Lega, L., Sorribes, F., Calvo, M. (2017). Terapia Racional Emotiva Conductual: Una revisión teórico-práctica actualizada. Paidós. NA.
- Lodoño, N. López, P. (2005). DISTORSIONES COGNITIVAS ASOCIADAS AL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA. Informes Psicológicos, 7, 123-135
- Ministerio de Salud (2016). Memoria Institucional 2016. San José, Costa Rica. Recuperado de:

https://www.ministeriodesalud.go.cr/images/stories/docs/DPI/2017/DPI_memoria_institucional_2016.pdf

Murillo, V. C.; Zuluaga, A. E.; García, E. V. L.; Hoyos, M. L.; Lasprilla, J. C. A.; Rogers, H. (2008). Los factores psicosociales implicados en la cardiopatía isquémica. *CES Psicología*, 1(2), 19-40. Recuperado de: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/77/65>

Nicolson, D. Ayers, H. (2001). Problemas de la adolescencia: Guía práctica para el profesorado y la familia. Narcea, Madrid, España. Oblitas, L. (2000). *Psicología de la salud*. Recuperado de https://books.google.co.cr/books?id=Blc6XLCFcVsC&printsec=frontcover&dq=psicologia+de+la+salud&hl=en&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=psicologia%20de%20la%20salud&f=false

O'Donnell, C. J., & Elosua, R. (2008). Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. *Revista española de Cardiología*, 61(3), 299-310.

Oneca, N. (2015). "Musicoterapia: fundamentos, aspectos prácticos y aplicación a niños hospitalizados". España. Recuperado de <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/39653/1/Noelia%20Oneca.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2017). *Noncommunicable Diseases, Progress Monitor 2017*. Ginebra, Suiza. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258940/1/9789241513029-eng.pdf?ua=1>

Payne, R. (2005). *Técnicas de Relajación: Guía práctica*. Recuperado de https://books.google.co.cr/books?id=N2XMMtYpMvUC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_atb#v=onepage&q&f=false

- Perpiñán, S. (2009). Atención temprana y familia: Como intervenir creando entornos competentes. Narcea S.A. España
- Pérez Ortiz, P. E. (2015). Estrategias educativas que involucren a familiares, para el cuidado domiciliario de pacientes con hipertensión arterial en el servicio de medicina interna del Hospital José María Velasco Ibarra (Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de los Andes, Ecuador). Recuperado de: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/1034/1/TUALENF016-2015.pdf>
- Ponce Talancón, H. (2007). La matriz foda: alternativa de diagnóstico y determinación de estrategias de intervención en diversas organizaciones. Enseñanza e investigación en psicología, 12(1).
- Rocha-Nieto, L. M.; Herrera-Delgado, C.; Vargas-Olano, M. O. (2017). Adherencia al Tratamiento en Rehabilitación Cardíaca: Diseño y Validación de un Programa de Intervención Biopsicosocial. Revista Colombiana de Psicología, 26(1), 61-81. Recuperado de: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/53610/58865>
- Rodríguez-Marín, J.; Ángeles Pastor, M.; Lopez-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. Psicothema, 5(Suplemento), 349-372.
- Romero, C. B., Saborido, A. A., Arenas, M. N., Expósito, L. C., López, A. Q., & Doblado, S. R. (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, (105), 4. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4394131>

Roselló-Araya, M.; Guzmán-Padilla, S. (2003). Implementación de un programa de rehabilitación cardíaca (Fase II) en el Hospital Max Peralta. *Acta Médica Costarricense*, 45(1), 20-24.

Sánchez, B. (2009). Complejo ira-hostilidad y mecanismos de afrontamiento en la vivencia de evento cardiovascular. Tesis de posgrado para optar por el título de Magíster Scientiae en Ciencias del Deporte. Heredia, Costa Rica

Sánchez, F. L., Bilbao, I. E., Rebollo, M. J. F., & Barón, M. J. O. (2001). *Desarrollo afectivo y social*.

Taylor, Sh., (2007). *Psicología de la Salud*. México: McGrawHill.

Varela Montero, I. (2011). *Apoyo social y afrontamiento en enfermedad cardíaca*. Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones. Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/13346/1/T31110.pdf>

Vargas, F. G.; Vargas, F. G. (2008). Importancia de los factores sico-sociales en relación a las enfermedades cardiovasculares. *REVISTA DE LA SOCIEDAD MÉDICA SEXTA REGIÓN*, 3(3), 833-837. Recuperado de: <http://www.smsextar.cl/medicos/revistasociedadmed.pdf#page=26>

Vindas, G.; Campos, T. (2013). *Proyecto: UNA Intervención psicológica en Rehabilitación Cardíaca*. Escuela de Psicología, Universidad Nacional. Heredia.

Vilagut G., Ferrer M., Rajmil L., Rebollo P., Permanyer-Miralda G., Quintana J.M., Santed R., Valderas J.M., Ribera A., Domingo-Salvany A., Alonso J. (2005). *El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década*

de experiencia y nuevos desarrollos. Barcelona, España. Recuperado de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-

91112005000200007

Vilanova, J. (2012).Revisión bibliográfica del tema de estudio de un proyecto de

investigación. Recuperado de [http://www.uss.cl/biblioteca/wp-](http://www.uss.cl/biblioteca/wp-content/uploads/2016/03/Revisi%C3%B3n-bibliogr%C3%A1fica-del-tema-de-estudios-de-un-proyecto-de-investigaci%C3%B3n.pdf)

[content/uploads/2016/03/Revisi%C3%B3n-bibliogr%C3%A1fica-del-](http://www.uss.cl/biblioteca/wp-content/uploads/2016/03/Revisi%C3%B3n-bibliogr%C3%A1fica-del-tema-de-estudios-de-un-proyecto-de-investigaci%C3%B3n.pdf)

[tema-de-estudios-de-un-proyecto-de-investigaci%C3%B3n.pdf](http://www.uss.cl/biblioteca/wp-content/uploads/2016/03/Revisi%C3%B3n-bibliogr%C3%A1fica-del-tema-de-estudios-de-un-proyecto-de-investigaci%C3%B3n.pdf)

Anexos

Anexo 1. Carta Demanda del proyecto



Caja Costarricense del Seguro Social
Hospital San Vicente de Paúl
Servicio de Cardiología

Teléfono 25628366
dfquesada@ccss.sa.cr

HSVP-SC-45-2017
13 de septiembre de 2017

Señores.(as)
Escuela de Psicología.
Universidad Nacional.

En el hospital San Vicente de Paúl de Heredia brindamos el servicio de rehabilitación cardíaca, mediante el cual procuramos promover el bienestar integral de los pacientes desde diferentes áreas como salud física, educación nutricional y desde el año pasado incorporamos el servicio de acompañamiento psicoeducativo. Sin embargo el trabajo con las redes familiares es una necesidad por abordar.

A pesar de que se permite que los familiares de los pacientes asistan a algunas de las charlas, esta población no recibe ningún tipo de atención en el tiempo en el cual los pacientes asisten a los programas de rehabilitación cardíaca que ofrecemos, por lo cual creemos prudente la intervención que proponen las estudiantes de su institución. Las estudiantes Laura Bonilla Duarte, Mónica Fallas León y Leonela González Barrantes; proponen un proyecto que dé atención psicoeducativa a los familiares de pacientes con el fin de fortalecer la adherencia por medio de las buenas redes de apoyo familiar. Ellas se comprometen a realizar el proyecto en nuestra institución de la manera más ética y eficaz posible, basándose en la propuesta que plantean, ejecutando un proyecto con el objetivo de informar, educar y propiciar la expresión en materia de conocimiento, emociones y conductas saludables.

Por su parte el hospital se compromete a permitir la realización de este proyecto y a facilitar espacios para que pueda ser ejecutado, aportando desde lo que esté a nuestro alcance para la realización de este.

Gracias por su atención,

Dr. Daniel Quesada Chaves
Coordinador de Cardiología

CC. Dirección Médica.
Archivo.



Anexo 2. Consentimiento informado

Breve explicación del proyecto de trabajo final de graduación

El presente anteproyecto es una iniciativa basada en un análisis diagnóstico en torno a necesidades y vacíos que afectan la adherencia al tratamiento de pacientes en rehabilitación cardíaca, realizado en el Hospital San Vicente de Paúl en Heredia, específicamente en el área de rehabilitación cardíaca, en el año 2016. Se logró identificar, a partir de los diferentes talleres psicoeducativos realizados mediante un programa llamado “UNA intervención psicológica en rehabilitación cardíaca”, desarrollados para un abordaje integral del proceso de rehabilitación en personas con diferentes cardiopatías, que existen significativas carencias de información en los y las familiares, sobre la condición del paciente y sobre las actividades que podrían realizar en apoyo al proceso de rehabilitación. Por este motivo se plantea implementar un proyecto para fortalecer el área familiar para disminuir la reincidencia en eventos cardíacos y también lograr la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular.

Objetivo general

Fortalecer conocimientos y habilidades para el acompañamiento en el proceso de adherencia al programa de rehabilitación cardíaca, en un grupo de personas que formen parte de la red de apoyo familiar de pacientes del Hospital San Vicente de Paúl

Objetivos específicos

Enriquecer el componente informativo en las redes de apoyo familiar sobre la temática de factores de riesgo cardiovascular y prevención de reincidencia en eventos cardíacos.

Promover la expresión asertiva de sentimientos y emociones que surgen a partir del evento cardíaco en las redes de apoyo familiar de la persona paciente en rehabilitación.

Impulsar la autogestión de conductas potenciadoras de estilos de vida saludables en las redes de apoyo familiar de las personas pacientes que forman parte de los programas de rehabilitación del Hospital San Vicente de Paúl.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado y estimada persona participante se le pide por este medio ser parte de un proyecto para el “Fortalecimiento de redes de apoyo familiar de pacientes de rehabilitación cardíaca del hospital San Vicente de Paúl de Heredia”, antes de decidir si participará es importante entender por qué se está haciendo, que es lo que va involucrar, y los posibles beneficios y riesgos por la participación.

Este trabajo corresponde a un proyecto final de graduación para obtener el grado de licenciatura en psicología en la Universidad Nacional, el cual es coordinado por las estudiantes Bach. Laura Bonilla Duarte, Bach. Mónica Fallas León y Bach. Leonela González con la tutoría y supervisión de la profesora M.Sc. Teresita Campos Vargas. El proyecto se encuentra avalado por la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional y respaldado por el programa UNA intervención psicológica en Rehabilitación Cardíaca.

A continuación se le presentará la información del proyecto, objetivos, fases, los riesgos y beneficios de participar en él. Una vez usted haya leído la información de este consentimiento informado, puede realizar todas las preguntas que le permitan aclarar las dudas que surjan o en cualquier momento durante el proceso. Si usted está de acuerdo en participar, deberá firmar este documento, del cual se le entregará una copia firmada.

Objetivo y propósito de la investigación

El proyecto tiene como objetivo fortalecer conocimientos y habilidades para el acompañamiento en el proceso de adherencia al programa de rehabilitación cardíaca, en un grupo de personas que formen parte de la red de apoyo familiar de pacientes del Hospital San Vicente de Paúl.

Con el propósito de disminuir los casos de reincidencia en eventos cardíacos de las personas que están asistiendo a la rehabilitación, además se considera necesario un involucramiento de las personas que son red de apoyo familiar en el proceso de rehabilitación de la persona paciente para lograr además una rehabilitación adecuada en la persona. También el propósito es lograr prevenir futuros eventos cardiovasculares en las familias de estas personas por medio de la prevención primaria la cual es prevenir una afectación en personas con factores de riesgo, que aún no han presentado síntomas de enfermedades cardiovasculares.

Descripción del proceso

El proyecto consta de tres fases una primera fase que abarca tres talleres informativos sobre la temática de factores de riesgo cardiovascular y prevención de reincidencia en eventos cardíacos, la segunda fase comprende de tres talleres para promover la expresión asertiva de sentimientos y emociones que surgen a partir del evento cardíaco en un miembro de la familia y la tercera y última fase consta de tres talleres para impulsar propuestas para la apropiación de conductas que generen estilos de vida saludable.

SE ACLARA QUE EL PROCESO DESCRITO NO CONSTITUYE UN ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO, SINO UNA ACTIVIDAD ENMARCADA EN EL CAMPO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Procedimiento

El proceso requerirá su participación una vez a la semana en un tiempo de tres meses en las instalaciones del Hospital San Vicente de Paúl. La duración de cada taller semanalmente es de máximo 2 horas. De ser necesario, se le convocará a otro encuentro con anticipación.

Durante el proceso se le solicitará:

- Que participe en las actividades de los talleres.
- Estas actividades son grupales, de carácter lúdico y participativo, por lo que requerirá que interactúe con otras personas.
- Durante las actividades, se le pedirá que participe verbalmente, escriba o exprese a través de movimientos.
- Algunas actividades requerirán un grado de actividad física bajo.

Compensación

El o la participante no recibirá ningún tipo de compensación ni beneficio económico, material o servicio, debido a su participación en el o los talleres. Con su participación podrá ayudar en la rehabilitación a su familiar, a usted mismo personalmente y a futuras generaciones.

Riesgos y beneficios de su participación en el taller

Posibles riesgos de la participación son:

- La participación en este taller puede significar que usted tenga que identificar situaciones que le lleven a meditar sobre su vida o la de personas cercanas a usted.
- Durante el desarrollo de los temas es posible que presente un leve malestar emocional por un tiempo breve. En la medida de lo posible, esperamos que las actividades no afecten sus sentimientos o emociones, tanto durante los talleres ni después de terminado el proceso

Posibles beneficios de la participación:

- Como resultado de su participación en el proceso, usted recibirá un componente que le permita reflexionar sobre la problemática de enfermedad cardiovascular
- También obtendrá mayor conocimiento de la promoción de la salud y el cuidado de esta.
- Indirectamente también podrían beneficiarse personas cercanas a usted, ya que podría compartir esta información y ser un agente de prevención.

Confidencialidad

La información recogida durante los talleres se utilizará solo con fines educativos, cualquier información que usted brinde será manejada con completa confidencialidad. Los resultados obtenidos pueden ser utilizados para futuras investigaciones o proyectos relacionados con la temática. Su nombre, ubicación o cualquier información que usted brinde no será revelado en ningún momento.

Participación voluntaria

Es importante hacer énfasis en que su participación es voluntaria y puede dejar de participar en cualquier momento que así lo desee. Tampoco se verá afectado su familiar que se encuentre en rehabilitación si usted no participa de los talleres.

Preguntas y contactos

Si desea realizar alguna pregunta puede hacerla ahora o en el momento que lo requiera, incluso después de haber firmado este documento o después de haberse iniciado las actividades.

CONSENTIMIENTO

- Las personas que firmamos hacemos constar que hemos leído o nos han leído la información proporcionada sobre el proyecto así como los riesgos y beneficios de participar en los talleres.
- Hemos tenido la oportunidad de hablar con las investigadoras y han contestado a todas las preguntas en un lenguaje sencillo y comprensible.

El o la participante:

- Hago constar que participo en este proyecto de forma voluntaria.
- Comprendo que tengo derecho a negarme a participar o a retirarme cuando guste, sin que esto me perjudique de ninguna manera.
- Mi participación es confidencial, mi nombre y ubicación no podrán ser mencionados en ningún momento.

Nombre y firma de participante

Número de Cédula

Lugar

Fecha

Hora

Anexo 3. Instrumento BAI

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

| | En absoluto | Levemente | Moderadamente | Severamente |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 Torpe o entumecido. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2 Acalorado. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3 Con temblor en las piernas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4 Incapaz de relajarse | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5 Con temor a que ocurra lo peor. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6 Mareado, o que se le va la cabeza. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8 Inestable. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9 Atemorizado o asustado. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10 Nervioso. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | En absoluto | Levemente | Moderadamente | Severamente |
| 11 Con sensación de bloqueo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12 Con temblores en las manos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13 Inquieto, inseguro. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14 Con miedo a perder el control. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15 Con sensación de ahogo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16 Con temor a morir. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17 Con miedo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18 Con problemas digestivos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19 Con desvanecimientos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20 Con rubor facial. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | En absoluto | Levemente | Moderadamente | Severamente |
| 21 Con sudores, fríos o calientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Anexo 4. Instrumento BDI

Inventario de Depresión de Beck

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:.....

Sexo.....

Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con

atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor

describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.

Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más

alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios

en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mi.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1^a. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3^a. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3^a . No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada

.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Anexo 5. Instrumento PEPSI

APÉNDICE A

Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I) Pender (1996)

Sexo: Masculino Femenino
Último

Año cursado: Primero

Fecha: _____

Instrucciones:

a) En este cuestionario se pregunta sobre el modo en que vives en relación a tus hábitos personales actuales.

b) No hay respuesta correcta o incorrecta, solo es tu forma de vivir. Favor de no dejar preguntas sin responder.

c) Marca con una X el número que corresponda a la respuesta que refleje mejor tu forma de vivir.

1 = Nunca 2 = A veces 3 = Frecuentemente 4 = Rutinariamente

| | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| 1 | Tomas algún alimento al levantarte por las mañanas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Relatas al médico cualquier síntoma extraño relacionado con tu salud | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Te quieres a ti misma (o) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | Realizas ejercicios para relajar tus músculos al menos 3 veces al día o por semana | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | Seleccionas comidas que no contienen ingredientes artificiales o químicos para conservarlas (sustancias que te eleven tu presión arterial) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | Tomas tiempo cada día para el relajamiento | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 | Conoces el nivel de colesterol en tu sangre (miligramos en sangre) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | Eres entusiasta y optimista con referencia a tu vida | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | Creés que estás creciendo y cambiando personalmente en direcciones positivas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | Discutes con personas cercanas tus preocupaciones y problemas personales | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | Eres consciente de las fuentes que producen tensión (comúnmente nervios) en tu vida | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | Te sientes feliz y contento(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Realizas ejercicio vigoroso por 20 o 30 minutos al menos tres veces a la semana | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | Comes tres comidas al día | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | Lees revistas o folletos sobre como cuidar tu salud | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | Eres consciente de tus capacidades y debilidades personales | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17 | Trabajas en apoyo de metas a largo plazo en tu vida | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | Elogias fácilmente a otras personas por sus éxitos | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | Lees las etiquetas de las comidas empaquetadas para identificar nutrjentes (artificiales y/o naturales, colesterol, sodio o sal, conservadores) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 | Le preguntas a otro médico o buscas otra opción cuando no estás de acuerdo con lo que el tuyo te recomienda para cuidar tu salud | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21 | Miras hacia el futuro | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22 | Participas en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23 | Eres consciente de lo que te importa en la vida | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|----|--|---|---|---|
| 25 | Mantienes relaciones interpersonales que te dan satisfacción | 1 | 2 | 3 |
| 26 | Incluyes en tu dieta alimentos que contienen fibra (ejemplo: granos enteros, frutas crudas, verduras crudas) | 1 | 2 | 3 |
| 27 | Pasas de 15 a 30 minutos diariamente en relajamiento o meditación | 1 | 2 | 3 |
| 28 | Discutes con profesionales calificados tus inquietudes respecto al cuidado de tu salud | 1 | 2 | 3 |
| 29 | Respetas tus propios límites | 1 | 2 | 3 |
| 30 | Checkas tu pulso durante el ejercicio físico | 1 | 2 | 3 |
| 31 | Pasas tiempo con amigos cercanos | 1 | 2 | 3 |
| 32 | Haces medir tu presión arterial y sabes el resultado | 1 | 2 | 3 |
| 33 | Asistes a programas educativos sobre el mejoramiento del medio ambiente en que vives | 1 | 2 | 3 |
| 34 | Ves cada día como interesante y desafiante | 1 | 2 | 3 |
| 35 | Planeas o escoges comidas que incluyan los cuatro grupos básicos de nutrientes cada día (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas) | 1 | 2 | 3 |
| 36 | Relajas conscientemente tus músculos antes de dormir | 1 | 2 | 3 |
| 37 | Encuentras agradable y satisfactorio el ambiente de tu vida | 1 | 2 | 3 |
| 38 | Realizas actividades físicas de recreo como caminar, nadar, jugar fútbol, ciclismo | 1 | 2 | 3 |
| 39 | Expresas fácilmente interés, amor y calor humano hacia otros | 1 | 2 | 3 |
| 40 | Te concentras en pensamientos agradables a la hora de dormir | 1 | 2 | 3 |
| 41 | Pides información a los profesionales para cuidar de tu salud | 1 | 2 | 3 |
| 42 | Encuentras maneras positivas para expresar tus sentimientos | 1 | 2 | 3 |
| 43 | Observas al menos cada mes tu cuerpo para ver cambios físicos o señales de peligro | 1 | 2 | 3 |
| 44 | Eres realista en las metas que te propones | 1 | 2 | 3 |
| 45 | Usas métodos específicos para controlar la tensión (nervios) | 1 | 2 | 3 |
| 46 | Asistes a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal | 1 | 2 | 3 |
| 47 | Te gusta mostrar y que te muestren afecto con palmadas, abrazos y caricias, por personas que te importan (padres, familiares, profesores y amigos) | 1 | 2 | 3 |
| 48 | Creas que tu vida tiene un propósito | 1 | 2 | 3 |

| No. | Subescalas | No. Variables | Reactivos |
|-----|--------------------------|---------------|---------------------------------------|
| 1 | Nutrición | 8 | 1, 5, 14, 18, 26, 28 |
| 2 | Ejercicio | 6 | 4, 13, 22, 30, 38 |
| 3 | Responsabilidad en Salud | 10 | 2, 7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43, 46, |
| 4 | Manejo del Estrés | 7 | 6, 11, 27, 36, 40, 41, 45 |
| 5 | Soporte Interpersonal | 7 | 10, 19, 24, 25, 31, 39, 47 |

Anexo 6. Guía para Monitoreo por Fase

Actividad de monitoreo primera fase

| Factores biológicos | Factores psicológicos | Factores Conductuales |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | |
| | | |

Actividad de monitoreo segunda fase

- Análisis de observación de talleres y de entrevista grupal abierta.
- Resultados de las pruebas BAI Y BDI

Actividad de monitoreo tercera fase

Cronograma

| | Actividades saludables familiares |
|-----------|-----------------------------------|
| Lunes | |
| Martes | |
| Miércoles | |
| Jueves | |
| Viernes | |
| Sábado | |
| Domingo | |

Anexo 7. Matriz de evaluación final

