



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

“EFECTO DE UN PROGRAMA
PSICOEDUCATIVO EN EL PATRÓN
EMOCIONAL, AFECTIVO,
CONDUCTUAL Y COGNITIVO DE
PACIENTES CARDÍACOS CON
FACTORES DE RIESGO SECUNDARIO
PSICOLÓGICO, EN UN HOSPITAL
NACIONAL DE LIMA”

TESIS PARA OPTAR EL
GRADO DE DOCTORA EN PSICOLOGÍA

MARIA ADELA MATOS FIGUEROA

LIMA - PERÚ

2023

ASESOR

Dr. Hugo Salazar Jáuregui

JURADO DE TESIS

DRA. ELIZABETH DANY ARAUJO ROBLES

PRESIDENTA

DR. HUGO MARTIN NOE GRIJALVA

VOCAL

DRA. MILITZA CARMEN VIRGINIA ALVAREZ MACHUCA

SECRETARIA

DEDICATORIA.

A mi Madre que, a pesar de su ausencia física, es la luz en cada uno de mis logros.

A mi Padre, Ejemplo vivo de perseverancia y conquistas, siendo modelo de
generaciones.

A mi Hija, por la paciencia en los tiempos de logros profesionales, laborales,
siendo siempre mi aliciente en el día a día.

A mi Familia toda. GRACIAS.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios, por la Vida, por la libertad de ella misma, y de quien lo asume como parte
de su vida,

A mi Asesor Dr. Hugo Salazar J, por su apoyo académico, su estímulo en cada
uno de los momentos difíciles del proceso en sí.

A la Dra. Ana Aguilar A. por su apoyo Académico, por ser un Ejemplo vivo de
una Docente de todos los tiempos. Gracias.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO.

Tesis Autofinanciada.

EFFECTO DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EN EL PATRÓN EMOCIONAL, AFECTIVO, CONDUCTUAL Y COGNITIVO DE PACIENTES CARDÍACOS CON FACTORES DE RIESGO SECUNDARIO PSICOLÓGICO, EN UN HOSPITAL NACIONAL DE LIMA

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.autonoma.edu.pe Fuente de internet	1%
2	pt.scribd.com Fuente de internet	1%
3	ia803006.us.archive.org Fuente de internet	1%
4	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de internet	1%
5	posgrado.cayetano.edu.pe Fuente de internet	1%
6	tiposdetecnologia.online Fuente de internet	1%
7	eprints.ucm.es Fuente de internet	1%

www.scribd.com

Tabla de Contenidos

RESUMEN

ABSTRACT

I.	Introducción.....	1
	1.1 Planteamiento del problema.....	4
II.	Marco Teórico.....	6
	2.1 Antecedentes.....	7
	2.1.1 Antecedentes Nacionales.....	7
	2.1.2 Antecedentes Internacionales.....	8
	2.2 Bases Conceptuales.....	13
	2.2.1 Programa Psicoeducativo.....	13
	2.2.1.1 Terapias Conductuales.....	14
	2.2.1.2 Terapias cognitivas.....	24
	2.2.1.3 Técnicas cognitiva conductual.....	30
	2.2.2 Enfermedad cardiaca.....	37
	2.2.2.1 Insuficiencia cardiaca.....	38
	2.2.2.2 Infarto al miocardio agudo.....	43
	2.2.2.3 Angina de pecho.....	45
	2.2.3 Patrones psicológicas.....	47
	Patrones emocionales.....	47
	2.2.3.2 Patrones cognitivos.....	53
	2.2.3.3 Patrones conductuales.....	56
	2.2.3.4 Patrones afectivas.....	57
	2.2.4 Factores de riesgo secundario psicológico.....	59
	2.2.4.1 Patrón de conducta tipo A B.....	59
	2.2.4.2 Perfil caracterológico de Gastón Berger.....	70
	2.3 Justificación.....	80
	2.4 Limitaciones del estudio.....	80
	2.5 Objetivos.....	81
	2.5.1 Objetivos Generales.....	81

	2.5.2 Objetivos Específicos.....	81
	2.6 Hipótesis.....	83
	2.7 Variables.....	84
III.	Metodología.....	86
	3.1 Nivel y Tipo de Investigación.....	86
	3.2 Diseño de Investigación.....	86
	3.3 Población y Muestra.....	86
	3.3.1 Criterios de Inclusión y Exclusión.....	87
	3.3.2 Característica de la Muestra.....	88
	3.4. Instrumentos.....	91
	3.5. Procedimientos.....	96
	3.6. Consideraciones Éticas.....	100
IV.	Resultados.....	102
V.	Análisis y Discusión de Resultados.....	122
VI.	Conclusiones.....	135
VII.	Recomendaciones.....	137
VIII.	Referencias Bibliográficas.....	138
IX.	ANEXOS	

Resumen

El presente estudio sobre el “Efecto de un Programa Psicoeducativo en los Patrones Emocionales, Afectivos, Conductuales y cognitivas en Pacientes Cardiacos hospitalizados con Factores de riesgo secundario psicológico en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.”, evalúa un programa en el abordaje de patrones emocionales, afectivos, conductuales y cognitivos en los pacientes cardiacos (angina de pecho, infarto al miocardio agudo o insuficiencia cardiaca) con factores de riesgo secundario psicológico (Patrón de Conducta Tipo A y Perfil Caracterológico de Gastón Berger) .Este programa se desarrolla en 60 pacientes que son asignados con una muestra no probabilística al grupo control y experimental ; el programa aplica técnicas cognitivas conductuales que se realizaran dos veces por semana con un total de 12 sesiones. El estudio se desarrolla con un diseño cuasi experimental pre-post test, de tipo aplicativo, utilizando el estadístico SPSS 25. Los resultados evidencian los efectos del Programa en los pacientes del grupo experimental, logrando cambios significativos en los patrones afectivos, manejando un p valor 0.01 ($p < 0.05$); sin embargo, no logran estos mismos resultados en los patrones emocionales, conductuales y cognitivos. En relación a los factores de riesgo secundario psicológico, en los resultados globales, pre y post, se observa una disminución resaltante en el grupo experimental, factor actividad del Patrón de conducta tipo A y dimensión emotividad del Perfil caracterológico de Gastón Berger.

Palabras claves

Programa Psicoeducativo, pacientes cardiacos, patrón de conducta tipo A B, perfil caracterológico Gastón Berger, factores de riesgo secundario psicológico.

Abstract

This study on the "Effect of a Psychoeducational Program on Emotional, Affective, Behavioral and Cognitive Patterns in Cardiac Patients Hospitalized with Psychological Secondary Risk Factors at a National Hospital in Metropolitan Lima.", evaluates a program to address emotional patterns , affective, behavioral and cognitive in cardiac patients (angina pectoris, acute myocardial infarction or heart failure) with psychological secondary risk factors (Type A Behavior Pattern and Gastón Berger Characterological Profile). This program is developed in 60 patients that are assigned with a non-probabilistic sample to the control and experimental group; The program applies cognitive behavioral techniques that will be carried out twice a week with a total of 12 sessions. The study is carried out with a quasi-experimental pre-posttest design, of an application type, using the SPSS 25 statistic. The results show the effects of the Program in the patients of the experimental group, achieving significant changes in the affective patterns, managing a level of expected significance ($p < 0.05$) however, they do not achieve these same results in emotional, behavioral and cognitive patterns. In relation to psychological secondary risk factors, in the global results, pre and post, a notable decrease is observed in the experimental group, activity factor of Behavior Pattern A and emotionality dimension of Gastón Berger's character profile.

Keywords

Psychoeducational Program, cardiac patients, type A B behavior pattern, Gaston Berger character profile, secondary psychological risk factors.

Introducción

En nuestro País, la incidencia de enfermedades cardíacas es mayor en los últimos veinte años, esto ha generado que en la mayoría de los Hospitales Nacionales exista un departamento de Cardiología, desde una atención ambulatoria, hospitalización y unidad de cuidados intensivos. Es así, que hace aproximadamente 15 años se crea el Instituto Nacional Cardiovascular que diagnostica y brinda un tratamiento de alta complejidad en enfermedades cardiovasculares a nivel nacional, con atención a pacientes referidos de provincias de todo el País.

Según la información del INEI, (Censos nacionales de población y vivienda del 1993-2017), se evidencia el avance en la esperanza de vida, con índices de envejecimiento a nivel nacional que supera el 18.9 % a 45 .1 %, de ahí la importancia de estudios en el adulto mayor y de incidir en este estrato asociado a enfermedades crónicas como las cardíacas, que se observa en las atenciones regulares en esta especialidad.

La prevalencia de enfermedades transmisibles como la enfermedad cardiovascular es un problema de salud pública, la cual está asociado a una alta tasa de morbilidad, discapacidad, y mortalidad que afecta económicamente al país por el curso de estas enfermedades, y de manera directa en la productividad, si estos pertenecen a una población laboral activa.

En un estudio sobre el análisis en la situación de salud del Perú (2019), se presenta una tasa de mortalidad en la enfermedad cardiovascular, con un alto crecimiento, aunado a la prevalencia de la enfermedad, y factores de riesgo cardiovascular. La escasa planificación estratégica de las instituciones públicas se

ha evidenciado en la reciente crisis sanitaria por la pandemia de la COVID 19, cuyas consecuencias son materia de estudio mayormente en enfermedades cardiovasculares y neurológicas, requiriendo una evaluación permanente de los casos, aumentando con ello el requerimiento en la atención especializada en el paciente cardiaco , considerando su asistencia física, orgánica y psicológica.

En nuestro País, enfermedades del corazón como la cardiopatía isquémica se mantiene en un segundo lugar como principal causa de muerte, con un 30% por cada 100,000 habitantes, y los factores de riesgo cardiovascular, diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, dislipidemia y otros factores secundarios como el psicológico, considerados el estrés, hábitos nocivos (consumo de cigarro, consumo del café u otros). Además de considerar la escasa medida de promoción y prevención en los estilos de vida saludable, como también a la desinformación de programas multidisciplinarios existentes en gran parte de las áreas médicas de hospitalización, sea en enfermedades crónicas como terminales.

A nivel mundial, se proyectaba una mortalidad de 25 millones de muertes anuales, de las cuales, las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar en hombres < 65 años, y la segunda causa de muerte en mujeres < 65 años. A principios de este siglo, las enfermedades cardiovasculares han sido agente causal de aproximadamente la mitad de las muertes en los países desarrollados, y de un 25% en los países en vías de desarrollo.

Debido a estas necesidades y demandas en la atención médica y considerando el aspecto psicológico de los pacientes que manifiestan cambios en sus estados emocionales, afectivos, conductuales y cognitivos, como lo demuestran resultados en estudios, informes o investigaciones que datan de hace años ,las

cuales inciden en la necesidad de esta atención , por ello, se presenta esta investigación como una propuesta de tratamiento que se titula , “Efecto de un Programa Psicoeducativo en los patrones Emocionales, Afectivas, Conductuales y Cognitivas en pacientes cardiacos hospitalizados con Factores de Riesgo Secundario psicológico, en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana” ; considerándose como factores de riesgo secundario Psicológico el Patrón de Conducta tipo A y el Perfil Caracterológico , el primero de ellos con estudios que demuestran la incidencia en pacientes cardiacos , y el segundo de ellos es una propuesta nueva para identificar los perfiles caracterológico que inciden mayormente en este tipo de pacientes en particular.

En esta investigación, el objetivo principal es la aplicación de un Programa Psicoeducativo, propuesto por la autora con las evidencias de estudios, artículos u otros en los Patrones emocionales, afectivas, conductuales y cognitivos que se presentan en el paciente cardiaco.

En este Programa se desarrollan Módulos para cada uno de los patrones psicológicos, detallando objetivos, procedimientos, actividades y materiales requeridos para ello.

En nuestro país se requiere implementar este tipo de Programas psicoeducativos que proyecten cambios específicos en los patrones psicológicas, que puedan mejorar el estilo de vida e incidan en la calidad de vida de estos pacientes que cursan episodios agudos y /o crónicos.

1.1 Planteamiento del Problema

En el Perú, la Psicología Clínica inicia la intervención en el Área Cardiología hace más de treinta años en algunos Hospitales Nacionales, con un abordaje mayormente en técnicas cognitivo-conductuales, ofreciendo una terapéutica multidisciplinaria en el afrontamiento a la enfermedad y los cambios de estilo de vida en el paciente cardiaco.

En los Hospitales Nacionales del país hay una incidencia mayor de enfermedades cardíacas de alta complejidad, con el requerimiento de procedimientos y tratamientos médicos, que alteran los patrones psicológicos, provocando tensión, ansiedad, depresión u otros en el proceso de afrontamiento de la salud integral.

A partir de ello, con los aportes de la Psicología Clínica y de la Salud en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana, en el Área Médica de Cardiología, se identifican en la evaluación de estos pacientes, factores de riesgo primario médicos (hipertensión, colesterolemia, diabetes, sobrepeso u otros), y los factores de riesgo secundario psicológico como la ansiedad, depresión, estrés u otras características asociadas a un Patrón de Conducta tipo A o Perfil Caracterológico específico.

Existe en la actualidad, muchos aportes de investigación, artículos , estudios ,tesis u otros , sobre los estados psicológicos en pacientes de las Áreas Médicas , en especial en el Área de Cardiología .El presente estudio incide en los patrones psicológicas de estos pacientes ; en América Latina destacan aportes en artículos, libros , conferencias , u otros; un Instituto referente en América Latina es el

Instituto Dante Pazzanese de Cardiología y el Instituto Nacional del Corazón de Sao Paulo, Brasil, estos últimos, únicos por desarrollar una especialidad en Psicología en el Área de Cardiología, cuyo abordaje psicoterapéutico se realiza en el ámbito ambulatorio, hospitalario y de investigación.

Asimismo, la Enfermedad cardíaca ha ido en aumento en las últimas décadas en países desarrollados; en España (Madrid), la enfermedad cardiovascular, según un informe del Instituto Nacional de Estadística del 2017, la mortalidad permanece como primera causa de muerte, representando el 21.2% del total de las defunciones. (Antón Menarguez V, et. al (2018); por otro lado, en países en desarrollo como el nuestro, se presentan como segunda causa después de las enfermedades oncológicas.

Con estos antecedentes de valoración del factor psicológico, se presenta la propuesta de esta investigación en conocer el Efecto de un Programa psicoeducativo en los patrones emocionales, afectivos, conductuales y cognitivos en los pacientes cardíacos hospitalizados, con factores de riesgo secundario psicológico en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana; este programa, afrontará estos patrones psicológicos para identificarlos, reestructurar cambios en ellos para lograr un mejor afrontamiento en el curso de una dolencia cardíaca crónica.

II. Marco Teórico

2.1 Antecedentes

Desde el inicio de la creación de Hospitales Nacionales, la atención médica en nuestro país incide en la atención cardiológica; actualmente, debido a la ya existente población cardiaca, estos hospitales inician la atención psicológica en pacientes cardiacos desde hace más de cuarenta años, tanto en fase ambulatoria como de hospitalización.

En la enfermedad cardiaca ,de acuerdo al curso en la evolución de la enfermedad, como de los factores de riesgo primario y secundario, requiere el compromiso y la responsabilidad de adherencia al tratamiento, así como también considerar otros entornos como el familiar , social , laboral u otros que son factores que no familiar, afectivos, emocionales que requieren la identificación de ellos, el abordaje psicoterapéutico y un cambio específica para la problemática y que son parte del interés del presente programa en el desarrollo de las respuestas psicológicas. .

Existen factores de riesgo primario, hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia que inciden en cuadros agudos o crónicos cuando no están controlados con regularidad en la atención médica, así como también diagnósticos médicos cardiológicos, angina de pecho, infarto al miocardio agudo, insuficiencia cardiaca , sin embargo, estudios anteriores han corroborado tanto factores de riesgo como diagnósticos médicos asociados a patrones psicológicos , algunas de ellas como las emocionales , afectivas, cognitivas y conductuales en el paciente cardiaco, los cuales son motivo de la problemática en este estudio.

2.1.1 Antecedentes Nacionales

A continuación, se expone los estudios realizados en el País, , a nivel nacional, existen muchas investigaciones sobre los patrones psicológicas del paciente cardíaco, en la estructura de su personalidad, en los patrones de comportamiento, en sus estados emocionales estrés , ansiedad ,depresión , así como también sobre los abordajes psicoeducativos en equipo multidisciplinario, sin embargo, todos ellos datan de años anteriores , pero que han sido fuente de planteamiento de las nuevas hipótesis y propuestas en nuevos estudios , tanto para corroborar relaciones sobre estas características de personalidad como propuestas de abordaje psicológico ; todos ellos , con el fin de brindar una mejor perspectiva de este estudio con una proyección de manejo preventiva promocional y /o de tratamiento, en dolencias cardíacas de alta complejidad.

Entre los más recientes estudios, circunscritos al tema de la investigación, Rodríguez (2018) presenta un programa cognitivo-conductual orientado a reducir el nivel de ansiedad en pacientes prequirúrgicos realizado en una clínica de Chiclayo, Lambayeque. La muestra de 30 participantes, en ambos géneros, con un muestreo por conveniencia, en 20 sesiones, aplicando técnicas cognitivas, emocionales y conductuales, ayudaron al paciente a reconocer sus reacciones fisiológicas, afectivas y cognitivas, a través de técnicas de relajación, respiración y asertividad. La variable fue medida con el Inventario de ansiedad de Beck. Los resultados demuestran un porcentaje alto de ansiedad (76,7 %); las reacciones fisiológicas son moderadas, pero las cognitivas son severas, ya que el 66,7 % piensa que le ocurrirá lo peor y un 86,7% que morirá; un 46,7 % experimenta miedo; un 53,3 % hace visible su nerviosismo y un 80 % cree que perderá el control; se

concluye, que el programa propuesto reduce el alto nivel de ansiedad de la población estudiada.

2.1.2 Antecedentes Internacionales

En relación a los estudios internacionales, son varios los trabajos de investigación que abordan este tema, desde la evaluación de las respuestas psicológicas hasta los abordajes en programa psicológicos en los pacientes cardiacos, los cuales focalizan la temática clínica con propuestas de intervenciones psicológicas cognitiva conductual. Así tenemos los siguientes:

Khalil, Hafiz, Iqbal, Aman, Iqbal, Zafar y Gul (2018) investigaron los efectos de la psicoterapia, en los pacientes deprimidos con enfermedades de las arterias coronarias del hospital Lady Reading en Pakistán. La muestra compuesta de 260 pacientes de ambos géneros, con un muestreo aleatorio, con dos grupos, experimental recibió 6 sesiones de terapia cognitivo-conductual y el grupo control que recibió únicamente tratamiento médico de rutina. El nivel de depresión fue medido a través del Cuestionario de Salud del Paciente -9. Los resultados revelaron que los puntajes de depresión (10.04 ± 2.13) que ostentaban los 125 pacientes antes de recibir psicoterapia se redujo significativamente después de recibirla (6.04 ± 0.347); mientras que los resultados del grupo que no la recibió no fueron alentadores, el registro pre (10.08 ± 1.68) no difería significativamente del post (9.60 ± 1.49), concluyendo que la psicoterapia es un tratamiento eficaz que reduce la depresión en pacientes con problemas coronarios.

Jeyantham, Kotecha, Thanki, Dekker y Lane (2017) evaluaron los efectos de la terapia cognitivo-conductual en la depresión de pacientes con insuficiencia cardíaca. La investigación aplicó el meta análisis y la revisión sistemática en 6 estudios hallados en las bases de datos de Puede, Embase, Psycinfo, Central y Cinahl, 5 de los cuales fueron ensayos controlados aleatorios (ECA) y uno observacional; dichos estudios trabajaron con un total de 320 participantes de ambos sexos con edades de 55 a 66 años. Los resultados demostraron una reducción progresiva de la depresión, en la etapa inicial una diferencia media estandarizada de -0.34 (-0.60 a -0.08), un IC del 95 % y un valor $p=0.01$; después de 3 meses de seguimiento la diferencia fue de -0.32 (-0.59 a -0.04), un IC del 95 % y un valor $p=0.03$, concluyéndose que la terapia cognitivo-conductual aporta mayor utilidad al tratamiento médico habitual tanto en la fase inicial como a corto plazo.

Norlund, Olsson, Pingel, Held, Svärdsudd, Gulliksson y Burell (2017) analizaron el efecto de la terapia cognitivo-conductual en el estrés, la ansiedad somática, el agotamiento y la depresión en pacientes con enfermedades coronarias del hospital universitario de Upsala, Suecia. La muestra compuesta por 362 pacientes de ambos géneros, seleccionados aleatoriamente en grupo de tratamiento (192) y grupo control (170). Los resultados obtenidos en 5 etapas en un período de 24 meses muestran un efecto positivo sobre la ansiedad somática ($p<0.05$) a lo largo del tiempo en el grupo tratamiento, mientras que en el control los síntomas se incrementaron. Sin embargo, la terapia no fue eficaz para reducir el estrés, el agotamiento y la depresión. Asimismo, el análisis exploratorio demostró que la inclusión en el tiempo de apoyo social y actividad física no redujeron

significativamente las variables estudiadas, ya que las estimaciones fueron de 0.07 (0.23 a 0.09) y 0.07 (0.53 a 0.69), respectivamente, ambos con un IC de 95 %, concluyendo que la terapia propuesta reduce únicamente la ansiedad somática en la población estudiada

Peláez, Orea, Domínguez-Trejo, Figueroa, Díaz, Pablo y Martínez (2016) plantean el impacto de una intervención psicológica, de corte cognitivo-conductual sobre la capacidad funcional de pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca en la ciudad de México. El estudio midió los niveles de cansancio físico y de esfuerzo, así como la distancia recorrida en 6 minutos en una muestra de 53 pacientes de ambos géneros, dividida aleatoriamente grupo control conformado por 27 pacientes que recibieron tratamiento farmacológico y grupo experimental con 26 voluntarios que además del soporte farmacológico recibieron tratamiento psicológico. El resultado demostró que el grupo experimental, que recibió Psicoeducación, técnicas de relajación y solución de problemas, redujo los niveles de agotamiento físico y de esfuerzo e incrementó la distancia recorrida; mientras que el grupo control no obtuvo cambios significativos, concluyendo que la intervención psicológica beneficia la capacidad funcional de los pacientes.

Fattah, Zulfiqar, Hafiz, Hafizullah y Gul (2016) evalúan los efectos de la psicoterapia breve en pacientes con infarto al miocardio del hospital Lady Reading en Pakistán. La muestra incluyó a 250 pacientes de ambos sexos, con una edad promedio de 56 años, seleccionada en dos grupos: uno que recibió psicoterapia con técnicas proyectivas, de relajación, de detención de pensamiento y reestructuración cognitiva y otro grupo control. La depresión fue medida a través del Beck Depresión inventory (BDI). Los resultados mostraron una reducción significativa de la

depresión moderada de 16 % a 1 % y de la severa de 26 % a 1 %; similar fue la puntuación obtenida en el retest BDI, concluyendo que la psicoterapia cumple un rol benéfico en el tratamiento de pacientes con infarto al miocardio. Martín, Vega, Vázquez, García y Álvarez (2015) proponen la utilidad que tiene la terapia cognitivo-conductual para reducir la sintomatología depresiva en pacientes con cardiopatía isquémica de un hospital de Barcelona, España. El estudio cuasi experimental tuvo una muestra de 31 pacientes de ambos sexos con una edad promedio de 55 años que integraban un programa de rehabilitación cardíaca. Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI) en la fase pre y post. Los resultados de la prueba T de Student mostraron que el índice obtenido antes de la psicoterapia (19.9) se redujo a (8.78) después de su aplicación, obteniéndose un nivel de significancia $<0,001$, concluyendo que la psicoterapia cognitivo-conductual reduce la depresión en la población estudiada.

Talebi et al. (2015) evalúan la eficacia de la terapia grupal con un enfoque cognitivo-conductual en la calidad de vida de pacientes con enfermedad coronaria de un hospital de Tehran, Irán. La investigación cuasi experimental se realizó en 40 pacientes, de ambos géneros, con un muestreo por conveniencia, grupo experimental y control. El instrumento utilizado fue Cuestionario de Calidad de Vida post infarto de Mac Knew, que explora las dimensiones emocionales, físicas y sociales. Las puntuaciones obtenidas en el grupo experimental antes de la psicoterapia en los componentes físico, emocional y social fueron 34.55, 44.05, 38.75, respectivamente; las cuales se incrementaron después de recibirla a 50.95, 68.65, 63.50, mientras en el grupo control el incremento no fue significativo (físico: de 39.05 a 39.65, emocional: de 47.80 a 48.40 y social: de 38.25 a 38.50).

Asimismo, los resultados de la multivariable ANACOVA demostró un incremento porcentual favorable: físico de 0.54, emocional de 0.56 y social de 0.81, concluyéndose que la psicoterapia mejora la calidad de vida en pacientes con enfermedad coronaria.

Aghaei, Samkhaniyan, Mahdavi, Faraji y Roshandel (2015) estudiaron la efectividad de la terapia grupal cognitivo-conductual en la depresión, ansiedad y estrés en pacientes con enfermedad coronaria de un hospital de Tehran, Irán. El estudio cuasi experimental se realizó en 30 pacientes de ambos géneros, utilizando un muestreo por conveniencia, grupo experimental y control. El instrumento utilizado fue the scale of depression, anxiety and stress (DASS-42). Las puntuaciones obtenidas en el grupo experimental antes de la psicoterapia en la depresión, la ansiedad y el estrés fueron 17.45, 17.30, 20.25, respectivamente; las cuales disminuyeron a 9.05, 8.80, 10.20. Mientras en el grupo control la reducción no fue significativa (depresión: de 15.75 a 15.45, ansiedad: de 15.65 a 15.65 y estrés: de 20.11 a 19.60). Asimismo, la multivariable ANACOVA demostró una reducción porcentual favorable: depresión en 0.55, ansiedad de 0.68 y estrés de 0.82, concluyendo que la psicoterapia reduce los niveles de las variables estudiadas en pacientes con enfermedad coronaria.

Greenman et al. (2015) desarrollaron una intervención psicológica cognitivo-conductual en la depresión, ansiedad y estrés postraumático en pacientes cardíacos de un hospital de Ottawa, Canadá, que se desarrollo en 20 sesiones . La muestra era de 27 pacientes, en ambos sexos, de 35 a 85 años con un evento cardíaco como mínimo. Los instrumentos utilizados fueron la escala revisada del

impacto del evento estresante ; inventario de depresión de Beck , Inventario de ansiedad de Beck y la escala de depresión y ansiedad hospitalaria . La intervención consideró los ejes: relación terapéutica, reestructuración cognitiva, activación conductual, exposición y técnicas de solución de problemas y relajación progresiva. Los valores medidos en tres tiempos (sesiones 12, 16 y 20), además del resultado global demuestran un descenso sostenible de las variables desarrolladas, concluyéndose que la intervención reduce la sintomatología negativa en pacientes cardíacos.

2.2 Bases Conceptuales

2.2.1. Programa Psicoeducativo

Un programa es un conjunto de acciones organizadas dispuestas a la obtención de un objetivo, con la aplicación de técnicas, procedimientos y actividades propuestas en modalidad individual o grupal. En el ámbito de salud, se conceptualiza como un cambio cualitativo sobre respuestas psicológicas que se identifican, controlan, potencian y proyectan mediante la adopción de nuevas respuestas que incentiven cambios en los estilos de vida, los cuales se revertirán en un mejor afronte de su dolencia.

Existe evidencia de los beneficios en el paciente cardíaco por la intervención psicológica de tipo psicoeducativo , con programas de manejo del estrés, cuyo propósito es identificar, eliminar el agente estresante, desde un cambio en la percepción del evento estresante, reduciendo la secuela fisiológica del estrés, utilizando estrategias de afrontamiento alternativa; actualmente se usan además de

las técnicas cognitivo conductuales, otras técnicas y procedimiento como el mindfulness o técnicas de relajación (Arrebola, A.2015).

El presente programa Psicológico se diseña con el objetivo de lograr cambios en los patrones psicológicos propuestos, en un determinado contexto sanitario, con una modalidad individualizada, aplicando técnicas y procedimientos psicológicos de orientación cognitiva conductual.

La aplicación de estas técnicas es corroborada por varios estudios realizados con antelación en pacientes cardiacos, las cuales datan de muchos años, demostrando su eficacia y beneficio en la adherencia a los tratamientos cardiacos. Además, para la elaboración y desarrollo de este programa, se tienen en cuenta, las siguientes conceptualizaciones que a continuación se desarrollan.

2.2.1.1 Terapias de Conducta. Martorel, José (2014) refiere que la terapia de conducta, también conocida como, Modificación de conducta, se inicia a partir del desarrollo de la psicología del aprendizaje, que llevo a las teorías de la conducta, constituyéndose como una opción terapéutica.

Los puntos comunes de esta terapia de conducta son:

- El interés se centra en la conducta por la cual asiste el paciente.
- La conducta desadaptativa puede desaprenderse y optar por una conducta adaptativa.
- En la práctica clínica, se aplica los datos de la psicología experimental, desarrollando técnicas específicas a partir de teorías concretas.

- La terapia de conducta se mantiene en un orden experimental, tanto en la evaluación de la conducta como en el tratamiento de ella.

El mayor representante por sus grandes aportes a ella, Skinner, asume la psicoterapia como la fuente de control en la vida de un buen número de personas, por ello, requiere de una explicación de estos fenómenos. Siendo así, el terapeuta, es el agente de control con poder frente a una conducta aversiva, y depende de él la promesa de ayuda, por los cambios obtenidos en otros pacientes, o por las mismas mejoras del propio paciente.

El diagnóstico de esta terapia está basado en:

- Identificar la conducta objetivo. define la problemática terapéutica, teniendo en cuenta al sujeto, en lo que hace o no hace; a partir de ello, se redefine el problema en términos conductuales.
- Identificar las condiciones en que sucede la conducta. Se determina las condiciones en que se presenta o no, al mismo tiempo, se determina los hechos que anteceden a la conducta y sus consecuencias.

A partir de ello, se desarrollan técnicas, como las que siguen:

Las técnicas emocionales que se utilizan para reducir el estrés o tensión emocional que indirectamente favorecen también el cambio de pensamientos, al focalizar la atención en una imagen, en su respiración o en las técnicas de relajación muscular u otros.

Asimismo, las técnicas de autocontrol reducen los niveles de ansiedad, tensión muscular, irritabilidad, fatiga mediante ejercicios fisiológicos y racionales basados en la respiración aplicados en un tiempo pre establecido. Según Carranque. 2004, enfatiza que el paciente obtiene beneficios como la psico higiene, la calma corporal a partir de la autorregulación de las funciones cardiocirculatorias y digestivas, un mejor rendimiento de la memoria y la estimulación de la autocrítica que permite el afrontamiento adecuado de eventos estresantes.

Las técnicas conductuales proporcionan al paciente instrucciones comportamentales específicas para facilitar la recuperación física, y, por otro lado, lograr un entrenamiento en técnicas de respiración, técnicas de relajación u otros. (Simón, M. (1993).

Una de las técnicas conductuales es la técnica de relajación, que es un entrenamiento que se utiliza para tranquilizar a las personas ante problemas o situaciones emocionales; en pacientes quirúrgicos se aplica como un método de autocontrol en su respuesta emocional, ya sea en el periodo pre qx , durante el procedimiento mismo y o en el periodo de recuperación, .En este entrenamiento, no se puede separar el componente cognitivo , de control, que supone que el paciente puede hacer algo por su propio bienestar emocional y su recuperación física . Es así, que hay una razón para que las instrucciones conductuales vayan acompañadas de explicaciones acerca de sus efectos y corresponsabilicen al paciente en su recuperación, junto con el personal de salud. Se ha probado que las técnicas conductuales tienen un efecto directo en la reducción de la ansiedad pre y post

operatoria, como es en el caso de las técnicas de respiración profunda, que, además, de un alivio de los síntomas supone una reducción del estrés causado por esos síntomas. López - Roig, (2014).

Por otro lado, es recomendable que el participante aplique la técnica, realice el seguimiento de su progreso en estas técnicas de autocontrol emocional; para ello, Sender, Valdés, Riesco y Martín (1993), sugieren el auto registro como recurso complementario, que a manera de apuntes personales permita verificar el cumplimiento terapéutico, prolongar el efecto de las sesiones, experimentar la sensación de orden y utilidad de la terapia; el auto registro adquiere en este caso relevancia para el paciente , considerando que en la elaboración debe estar presente el consejo del terapeuta.

Otra técnica de autocontrol emocional es el entrenamiento autógeno de Schultz (1928). Este autor se enfocó en obtener a través de la concentración del individuo en las sensaciones de peso y calor en sus extremidades— un estado de relajación profundo, análogo a la hipnosis, pero distinto a esta; ya que, el estado de consciencia se mantendría intacto en todo momento. Más adelante, el mismo autor mejora su técnica al establecer posturas para su entrenamiento e introdujo ejercicios que involucran la respiración, la función cardíaca y la cabeza, que practicados regularmente proporcionarán beneficios terapéuticos.

Schultz propone el estado de relajación a través de autosugestiones como:

- Sensaciones de pesadez y calor en sus extremidades.

- Regulación de los latidos de su corazón
- Sensaciones de tranquilidad y confianza en sí mismo
- Concentración pasiva en su respiración.

Al igual que cualquier técnica, se tiene que practicar varias veces al día hasta que logre relajarse automáticamente. Las instrucciones son las siguientes:

Se le indica al paciente que este sentado y que siga las indicaciones, con los ojos cerrados, y se le va diciendo, vamos a comenzar la relajación autógena. Primero, quiero que tomes conciencia de cualquier ruido fuera de la habitación (10sg). Conciencia de como siente tu cuerpo en el sillón, de los puntos de contacto entre tu cuerpo y el sillón, los puntos de contacto de la cabeza, espalda, brazos y piernas (10sg.). Ahora quiero que te concentres en tu respiración; a medida que inspiras tu abdomen se eleva, y cuando espiras, el abdomen baja suavemente, de forma que la espiración es un poco más larga que la inspiración (10 sg). Ahora, concéntrate en tu mano y brazo derecho y comienza a decirte mentalmente: Siento mi mano derecha pesada (se repite tres veces), mi mano derecha es pesada y cálida (tres veces), siento mi mano y brazo derecho pesado (tres veces), siento una oleada cálida invadiendo mi mano y brazo derecho (tres veces). Visualiza tu mano y brazo derecho en un sitio cálido, dándoles el sol, mira como los rayos de sol descienden y tocan tu mano y brazo derechos, como los calientan suavemente. Imagínate que estas tumbado sobre arena caliente, siente el contacto de tu mano y brazo derecho en un sitio cálido, dándole el sol, mira como los rayos de sol descienden y tocan tu mano y brazo derecho, como lo calienta suavemente y así sucesivamente hasta

lograr la relajación esperado, y observar los cambios en su cuerpo, mano, brazo, pie, pierna derecha e izquierda, y regresando luego a las extremidades, pasando por el abdomen.

Otra propuesta de técnicas de relajación, la desarrolla Benson (1975), es un procedimiento adaptado de las técnicas de meditación, en ellas, se utiliza un mantra o palabra secreta susurrada al inicio para producir estados de meditación profunda. Según el autor, los cambios fisiológicos más consistentemente encontrados son: decremento en el consumo de oxígeno, eliminación del dióxido de carbono y la respuesta respiratoria.

Las instrucciones son las siguientes:

- Siéntate en una posición cómoda
- Cierra tus ojos
- Relaja profundamente todos tus músculos, empezando por tus pies y subiendo hacia tu cara, mantenlos relajados.
- Respira a través de la nariz siendo consciente de tu respiración. A medida que expulses el aire repite la palabra uno (mentalmente) o cualquier otra palabra: paz, relax, o cualquier otra. Por ejemplo, respira adentro... afuera, uno; adentro ... afuera, uno; etc. respira fácil y naturalmente entre 10 a 20 minutos, puedes abrir los ojos la hora, pero procura hacerlo poco y no utilices despertador. Cuando termines, siéntate unos minutos, primero con los ojos cerrados y luego, abiertos. No te reincorpores hasta después de algunos minutos;

No te preocupes sino logras relajarte completamente, al inicio deja que la relajación sea a tu ritmo; no es prudente forzarlo. Practica una o dos veces al día, observarás que la respiración ocurrirá automáticamente. La relajación reside en que se realice en cada uno de los miembros musculares.

El objetivo fundamental de estas técnicas es brindar al individuo la habilidad para hacer frente a situaciones cotidianas que les están produciendo tensión o ansiedad, estas situaciones propuestas pueden ser:

- Actividades rutinarias que el sujeto está llevando a cabo con más tensión de la necesaria para su correcta realización que le está provocando un elevado estado de activación o ansiedad generalizada.
- Situaciones específicas en las que el sujeto experimenta ansiedad o estrés.

Previamente, el sujeto tiene que enfocarse mentalmente en lo siguiente:

- Identificar diariamente la tensión durante las actividades cotidianas, esto puede realizarse llevando consigo un autor registro en el que se anote el grado de tensión (en escalas subjetivas, del 1 al 10 en cada actividad diaria).
- Utilizar la identificación de tensión, como señal para aflojar los músculos y relajarlos.
- Practicar esto hasta que llegue a convertirse en un músculo, y, por tanto, en un proceso automático.

Aunque la relajación diferencial es efectiva aplicando cualquier técnica de relajación progresiva, parece facilitarla, enseñando al paciente como relajarse como contraste a la tensión producida previamente.

Las técnicas de Autocontrol ayudan a sobrellevar con entereza los síntomas de su enfermedad, aprenden a cuidar mejor su clase funcional médica. Las estrategias encaminadas a reforzar este sentimiento en el paciente consiguen que disminuyan los síntomas de ansiedad y baja estima propios de la depresión, así como también, puede incluirse propuestas encaminado a que se adopte planes personales de auto exigencia en cuanto a entrenamiento físico y mejora de los hábitos alimenticios.

Previamente a las técnicas anteriores, se trabaja la respiración con ejercicios de inspiración y espiración; por lo que, se recomienda que el paciente sentado en una silla con la espalda recta, las manos sobre los muslos y los pies tocando el piso inspire por la nariz durante 5 segundos, abultando el abdomen; a continuación, espire durante otros 5 segundos contrayéndolo; repetirlo durante 5 minutos 3 veces al día; estos ejercicios de respiración han demostrado ser útiles para reducir la ansiedad, la depresión, irritabilidad, tensión muscular y fatiga . Según Oblitas, L (2004), este ejercicio es fácil de aprender, en minutos, llegando a experimentar resultados inmediatos, los efectos de estos ejercicios se apreciarán mejor si son practicados con regularidad. Las instrucciones son:

- Empiece por estar cómodo, sentado, respire por la nariz, al inspirar primero las partes más bajas de sus pulmones. El diafragma presionara su abdomen hacia afuera, para permitir el paso del aire. Luego, llene la

parte media de los pulmones, mientras que la pared inferior del tórax y las últimas costillas se expanden ligeramente para acomodar el aire que hay en su interior. Por último, llene la parte superior de los pulmones mientras eleva ligeramente el pecho y sume el abdomen. Estos tres pasos se pueden desarrollar en una única inhalación suave y continuada que puede llevarse a cabo, con un poco de práctica.

- Mantenga su respiración pocos segundos.
- Al espirar lentamente, suma el abdomen ligeramente y levántelo de manera suave a medida que los pulmones se vacían. Cuando haya realizado la espiración completa, relaje el abdomen y el tórax,
- Al final de la fase de inhalación, eleve ligeramente los hombros y con ellos las clavículas, de modo que los vértices más superiores de los pulmones se llenen de nuevo con aire fresco.

Para el éxito de estas técnicas se prevén condiciones como: el ambiente, la postura y las indicaciones inmediatas al término del entrenamiento deben ser vigilados minuciosamente. Moreno (2015), para la ejecución del entrenamiento autógeno, aconseja que se realice en una habitación con buena iluminación, temperatura agradable y libre de ruidos; el participante puede colocarse decúbito supino o sentado en una silla, con los ojos cerrados y con la concentración suficiente para escuchar las instrucciones; al finalizar el entrenamiento se debe evitar un abrupto retorno a la actividad, el individuo abrirá los ojos reconociendo el interior de la habitación y retomando gradualmente la consciencia del espacio y tiempo.

Asimismo, se puede incorporar técnica de imaginación, que, a partir de instrucciones verbales, la visualización mental de eventos, sensaciones y emociones que conduzcan a un estado de sosiego y relajación. Esta técnica reduce síntomas físicos y cognitivos desencadenados por situaciones estresantes. Si el paciente desea obtener resultados positivos y creativos, debe empezar por modificar la forma de ver su realidad circundante, para ello, la imaginación se presenta como una herramienta útil y su aplicación consciente permite ejercer un adecuado control sobre la mente, las emociones y el cuerpo, conduciendo a la modificación conductual, a la superación de los obstáculos, a la cristalización de los objetivos y, sobre todo, a mejorar la calidad de vida por medio del autoconocimiento.

Cabe señalar, que la imaginación como técnica, no se limita a la construcción de imágenes fortuitas, que después del entrenamiento caen en el olvido, sino se procura la planificación de proyectos futuros reales y viables que exigen la participación activa del paciente, identificando sus fortalezas, debilidades, temores que imposibilitan la materialización de sus objetivos. Esta técnica estimula la memoria y los sentidos, permite visualizar espacios, objetos, formas; recordar sonidos que provienen de la naturaleza e inducen a la calma, evocar aromas agradables de origen natural, apreciar el sabor de frutos y alimentos preferidos y reconocer texturas, personas y sensaciones.

Por otro lado, se recomienda que el participante al responder estas técnicas, realice el seguimiento de su progreso en las técnicas de autocontrol emocional; para ello, Sender, Valdés, Riesco y Martín (1993), sugieren el auto registro como

recurso complementario, que a manera de apuntes personales permitirá verificar el cumplimiento terapéutico, prolongar el efecto de las sesiones, experimentar la sensación de orden y utilidad de la terapia; el autor registro adquiere en este caso relevancia para el paciente , considerando que en la elaboración debe estar presente la guía del terapeuta.

2.2.1.2 Terapias Cognitivas. Las terapias cognitivas constituyen un enfoque de tratamiento, que intenta modificar las conducta y emociones disfuncionales influyendo sobre los procesos de evaluación e interpretación cognitiva del paciente; aparece en la década de los 70, época que tiene un rápido y fructífero crecimiento.

Las Técnicas cognitivas actúan directamente sobre el cambio de pensamientos e ideas no razonables. Las técnicas conductuales permiten modificar o atenuar las creencias de forma indirecta mediante el cambio en la conducta externa y la observación de que, las consecuencias esperadas por su realización, no son tan negativas como se esperaba.

La terapia cognitiva conductual incluye técnicas como, el entrenamiento en habilidades de tolerancia, inoculación del estrés, terapias de atribución, solución de problemas, manejo del tiempo y entrenamiento de auto instrucciones. Castillero (2006), refiere que este modelo psicoterapéutico facilita en la clínica médica , porque la problemática se inicia desde el modo en que el paciente interpreta y evalúa su enfermedad, el proceso quirúrgico y los propios recursos para afrontarlos repercute en sus respuestas al proceso en que está inmerso, se interviene en los pensamientos disfuncionales, las expectativas inadecuadas y proporciona recursos

y habilidades para un afrontamiento efectivo, para ello se consideran algunos de los objetivos propuestos, que son:

- Ofrecer información sobre las características de los procedimientos médicos
- Brindar información sobre las habilidades y técnicas psicológicas que se les enseñan como recursos necesarios para un mejor afrontamiento
- Estimular la expresión de dudas y preguntas. La confianza en el equipo interdisciplinario
- Realizar la reestructuración cognitiva de ideas preconcebidas, creencias y falsas expectativas en cuanto al procedimiento médico. Desafiar pensamientos catastróficos del proceso u otros.

Actualmente, se están realizando técnicas de afrontamiento cognitivo, los cuales consisten en estimular a los pacientes para que identifiquen sus miedos y preocupaciones relativos a la cirugía y se opongán sistemáticamente a ellas. Kendall (1979). Meichenbaum (1977), incorpora el dialogo interno de los pacientes y las auto declaraciones o pensamientos que indican la percepción de su entorno son blancos importantes, susceptibles de modificarse. Las reestructuraciones del pensamiento deben centrarse en las cogniciones mal adaptativas del paciente como fuente de alteración emocional, y modificar esas condiciones para estimular el ajuste conductual (William y Kendall, 1985).

Existen estudios que comparan las técnicas de afrontamiento cognitivo con otras técnicas psicológicas, en cuanto a la eficacia en promover la recuperación del paciente, autores como Langer, Janis y Wolfer (1975), observaron que los sujetos

que utilizaron el afrontamiento cognitivo consumieron menos analgésicos, tuvieron estancias hospitalarias más cortas y obtuvieron niveles de ansiedad más bajos en la fase pre quirúrgicos.

Sin embargo, hay otros estudios que intervienen en afrontar el ajuste post quirúrgico no inmediato, sino a largo plazo, para lograr el ajuste de la enfermedad o en sus secuelas. Vaillant y Leigh (1986), diseñaron un programa de reestructuración cognitiva junto con entrenamiento en relajación para pacientes intervenidos por enfermedad coronaria. La técnica cognitiva identificaba en el paciente sus pensamientos irracionales y mal adaptativos y de los sentimientos del mismo tipo con lo que se implican, y la adquisición de habilidades para sustituirlos por auto charla positiva y cambios conductuales adaptativos, durante seis sesiones semanales de dos horas de duración, teniendo efectos positivos para mejorar la autoestima y los estados depresivos. López - Roig, S (2014).

Ruiz, A, Diaz, M, Villalobos, A (2012) analizan características de la Terapia Cognitiva, considerándola como un sistema psicoterapéutico, con estrategias y técnicas articuladas dentro de un enfoque terapéutico, planteando diez principios que son:

- **La terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo de los trastornos emocionales**

El modelo cognitivo de la ansiedad es el fundamento en que se basa esta intervención. El terapeuta tiene que diferenciar entre cognición, emoción, conducta

y respuestas fisiológicas. Esta respuesta ansiosa es mantenida por apreciaciones erróneas o disfuncionales que tiene el sujeto sobre la situación misma.

- **La terapia cognitiva es breve y de tiempo limitado**

Una terapia cognitiva se brinda en un aproximado de cinco a veinte sesiones. Se observan mayormente casos de ansiedad leve, que pueden ser aliviados en pocas sesiones. Se sabe que la terapia breve va a motivar la auto suficiencia en el paciente y no favorece su dependencia del terapeuta, lo cual es prevalente en los trastornos de ansiedad; entre las estrategias, se consideran: realizar un trabajo sencillo y concreto, enfatizar en los trabajos en casas, evaluar continuamente, perseverar en la tarea relevante, utilizar procedimientos de manejo de tiempo, desarrollar esquemas mentales de intervención breve, permanecer centrado sobre los problemas manejables.

- **Para la efectividad de la terapia cognitiva es condición necesaria una buena relación terapéutica**

Es condición necesaria una buena relación con el paciente, esto debido a que los pacientes suelen ser autónomos y dependientes; algunas veces, los pacientes dan mensaje mixto, el terapeuta tiene que hacer uso de su tolerancia, aceptación y flexibilidad cuando esta sea oportuna.

- **La terapia es un esfuerzo colaborativo entre terapeuta y paciente.**

El terapeuta tiene que sugerir que hay un trabajo de equipo para la solución del problema del paciente, es decir, una alianza terapéutica donde el paciente

proporciona los datos en brutos, reportes sobre los pensamientos y conducta relacionados con la ansiedad, mientras que el terapeuta aporta la experiencia en cómo resolver problemas. Se enfatiza en el trabajo sobre los problemas más que en corregir defectos o en cambiar la personalidad.

- **La terapia cognitiva utiliza principalmente el método socrático**

Cuando el terapeuta hace las preguntas expande el pensamiento del paciente, está modelando estrategias de enfrentamiento, a menudo un paciente reporta que cuando es confrontado por una situación nueva que le produce ansiedad, empezara a preguntarse las mismas preguntas que escucho de su terapeuta, donde está la evidencia, la lógica, cuestionar lo que tengo que perder, lo que tengo que ganar, lo que sería lo peor que podría suceder y lo que puedo aprender de esta experiencia.

- **La terapia cognitiva es estructurada y directiva**

Para estructurar mejor la sesión, se establecerá una agenda, con objetivos específicos, generalmente los pacientes ansiosos tienden a salirse del contexto entonces el terapeuta tiene que moldear la conducta orientada a la tarea manteniendo la discusión sobre el problema que se tiene a la mano. El terapeuta debe establecer el ritmo apropiado en la terapia. Si es muy rápido, el paciente puede perder mucho, de lo que se está discutiendo, y si es muy lento, puede perder confianza en la terapia. Siempre se pide un feedback después de cada sesión, para evaluar las reacciones del paciente.

- **La terapia cognitiva está orientada al problema**

El enfoque central de la terapia cognitiva se centra en la solución del problema presente, debido a que el paciente puede proporcionar datos más precisos respecto a las preocupaciones actuales, teniendo una posición favorable para resolverlos. Luego, la terapia puede ayudar al paciente a reestructurar material del pasado y hacer planes para el futuro. Se espera que el paciente luego de ser motivado identifique los problemas que serán motivos de trabajo. En forma conjunta, terapeuta y paciente trabajaran para identificar y corregir la conducta y los pensamientos mal adaptativos que mantiene un problema y bloquean su solución.

- **La terapia cognitiva está basada en un modelo educacional**

Una de las funciones del Terapeuta es educar, J. Singer refiere “En cierto modo el terapeuta puede ser considerado como un profesor, así como también como un técnico. Esto no significa que deba dar conferencias formales, pues, incluso los buenos profesores sabes que ese no es el mejor método para influir en sus alumnos”. La terapia cognitiva además de proporcionar experiencias correctivas para el paciente incorpora técnicas didácticas tales como el suministro de información, asignación de lecturas, escuchar cassettes, tareas escritas para la casa y sugerencias para que el paciente asista a conferencias.

- **La teoría y técnicas de la terapia cognitiva se apoyan en el método inductivo**

El desarrollo de esta terapia se basa en el razonamiento inductivo y en la investigación empírica, los pacientes son entrenados en el método científico de

pensar en sus problemas. Se les enseña a considerar sus creencias como hipótesis, a prestar atención a todos los hechos a disposición y a revisar las hipótesis de acuerdo con los datos que llegan. También se les enseña a conducir experimentos para comprobar sus hipótesis. A lo largo de la terapia se enfatiza al paciente para que recopile los hechos.

El método inductivo también se manifiesta en la forma en que el terapeuta procesa la información sobre su paciente, los terapeutas están adiestrados para formular hipótesis, comprobarlas y revisarlas según los datos generados en la terapia.

- **Las tareas para la casa son característica de la terapia cognitiva**

Esta terapia está formulada para demostrar al paciente la forma de aplicar los procedimientos aprendidos en la situación donde se desarrollan, en el contexto en el que estuvieran, fuera del entorno terapéutico. La mejor manera de asegurar el éxito del mismo, es que los terapeutas presten activa atención a las asignaciones de tareas para la casa, que sean estas reforzadas y complementen los aspectos educacionales de la terapia cognitiva.

2.2.1.3 La Técnica Cognitiva Conductual. Según Fiorentino, M (2004), este enfoque es utilizado en el ámbito de la Psicología de la salud, existen evidencias clínicas que indican que este enfoque es muy beneficioso en el tratamiento de individuos con hábitos nocivos para la salud. Los supuestos generales que caracterizan esta perspectiva son, según este autor:

- Los individuos son procesadores activos de información, interpretan y evalúa lo que les llega a través de experiencias pasadas y aprendizajes previos.
- Los pensamientos de un sujeto pueden regular y afectar los procesos psicológicos y fisiológicos, y al mismo tiempo, la conducta puede influir o modificar procesos de pensamiento y memoria.
- Se focaliza en la interacción recíproca entre los factores personales, el ambiente y la conducta.
- Los individuos aprenden patrones de pensamientos, comportamientos y reacciones emocionales tanto adaptativos como desadaptativos. Estos últimos pueden ser reemplazados por habilidades y cogniciones más adaptadas.
- Los individuos son agentes activos de cambios de sus sentimientos, pensamientos y comportamientos.

Los comportamientos adaptativos deben ser reforzados a la vez que se eliminan los desadaptativos.

- Las actividades diarias deben ser establecidas en forma gradual y reforzadas contingentemente, lo cual permite a los individuos obtener experiencias exitosas y evitar los fracasos.
- Es necesario que, a los miembros de la familia y otras personas significativas para el paciente, se les enseñen los principios básicos de la modificación del comportamiento para posibilitar una ayuda adecuada y reemplazar el comportamiento desadaptativo por otros más saludables.

- Se les enseña a los sujetos técnicas para el manejo de situaciones problemáticas, para que las practiquen en situaciones diarias, en el hogar, el medio social o el trabajo.
- Se les debe ayudar a reconocer sus comportamientos no saludables específicos y a diferenciarlos de aquellos que no lo son.

Terapia Racional Emotiva

Albert Ellis (1913-2007) Psicólogo estadounidense es el creador de la terapia racional emotiva conductual, precursor del enfoque psicoterapéutico cognitivo. Su método terapéutico intenta descubrir las irracionalidades de nuestros pensamientos y, con ello, sanar las emociones dolorosas, dramatizadas y exageradas que provocan, Ruiz, Díaz M, Villalobos, A (2012).

Albert Ellis es el creador del primer sistema de terapia cognitivo conductual denominado terapia racional emotiva conductual, cuyo objetivo es modificar los núcleos cognitivos disfuncionales (ideas irracionales) que subyacen a los estados de perturbación psicológica. El autor sustituye la escucha pasiva por una actitud claramente activa y directiva, en la que se establece un dialogo con el paciente acerca de las ideas y creencias, es decir, su filosofía en la que esté basada su comportamiento. el objetivo de esta terapia es la manipulación de los procesos cognitivos disfuncionales, representados en actitudes irracionales y sistemas de creencias irracionales, asociados a conclusiones falsas. Su planteamiento es que tanto el pensamiento como la conducta irracional puede ser combatidos directa y conscientemente.

Según la TRE, las alteraciones psicológicas se explican por la tendencia de los seres humanos a realizar evaluaciones de carácter absoluto y dogmático que dan lugar a un conjunto de creencias irracionales.

El objetivo principal de esta técnica es asistir al paciente en la identificación de sus pensamientos “irracionales” o disfuncionales, y ayudarlo a reemplazar dichos pensamientos por otros más “racionales” o efectivos, que le permitan lograr metas de tipo personal como el ser feliz, establecer relaciones con otras personas u otros (Ellis y Becker, 1982). En la actualidad esta terapia ha ido innovada desde sus inicios ,1987, Ellis (2014), ahora acentúa no solo multitud de formas de pensar, sentir y comportarse en terapia, sino también, en la integración e interrelación de ellas, es más, cognitiva- emotiva – conductual, es más filosófica, haciendo énfasis en filosofías básicas, que se basan en, sentirse mejor, estar mejor y seguir mejorando. Estas filosofías tienen su origen en la toma de conciencia de las propias creencias irracionales disfuncionales, para ello, plantea tres filosofías básicas afrontamiento racional, que son:

- Auto aceptación incondicional. Se evalúa y valora los pensamientos, emociones y conductas en relación con los objetivos básicos de mantenerse con vida y ser razonablemente felices con el fin de determinar si nos ayudan a conseguir estos objetivos. Si así se realizan, los valoramos como malos o ineficaces, pero siempre nos aceptamos y respetamos a nosotros mismos, a nuestra persona, nuestro ser, independientemente de si lo que hacemos es bueno o de otras personas nos aprueban a nosotros y a nuestras conductas.
- Aceptación incondicional del otro. Valoramos lo que otras personas piensan, sienten y hacen, en función de los estándares de la sociedad y de

los nuestros propios como bueno o malo. Pero nunca las valoramos a ellas, es decir, a su persona, o a su ser. Los aceptamos y respetamos, aunque no aceptemos algunos de sus rasgos o conducta, simplemente porque, igual que nosotros, son seres humanos. sentimos compasión hacia todos los seres humanos, y posiblemente hacia todas las criaturas vivas.

- Aceptación incondicional de la vida. “Valoramos las circunstancias de nuestra vida y de la comunidad en la que vivimos como buenas o malas, de acuerdo con nuestros objetivos morales y con los de nuestra comunidad, pero nunca las valoramos como buenas o malas en sí mismas, y como decía Reinhold Neibuhr, debemos intentar modificar las circunstancias desagradables que podamos cambiar, tener la serenidad necesaria para aceptar las que no se pueden cambiar, y la sabiduría necesaria para poder diferenciarlas. (Ellis, A (2000) .

Ellis identifico ideas irracionales, como las que siguen:

- Hay que ser amado y aprobado en todo momento
- Debería ser el hijo perfecto
- Hay que encontrar soluciones rápidamente a cualquier problema
- Mis emociones tienen que ser constante, sin variabilidad
- Tendría que hacer todo con extrema eficacia.

Las técnicas terapéuticas se desarrollan por la discusión de las creencias irracionales, y estas a su vez, se manejan con las siguientes estrategias:

- Detectar las ideas irracionales, mayormente las que se expresan como Deberías.
- Debatir con el paciente hasta el momento en que este reconozca tanto la inexactitud de sus creencias irracionales como la verdad de las alternativas racionales.
- Diferenciar entre valores relativos, ej. deseos y los absolutos, las necesidades.
- Definir mejor verbalmente los términos que afectan a sus creencias.

Se utiliza en esta técnica, la reestructuración cognitiva, que es una técnica psicológica cuyo objetivo es identificar, analizar y modificar las interpretaciones o pensamientos erróneos que los sujetos experimentan en determinadas situaciones o tienen acerca de otras personas.

Un concepto que es necesario tener en cuenta en el uso de esta técnica, es el pensamiento, que es el dialogo con nosotros mismos. Este dialogo contiene afirmaciones sobre situaciones, circunstancias, temas, personas etc. Cada una de estas afirmaciones son pensamientos.

El proceso de reestructuración cognitiva consta de los siguientes pasos:

- Reflexionar sobre la incidencia que tienen los pensamientos o interpretaciones sobre las emociones y conductas.
- Ser conscientes de que nuestros pensamientos o interpretaciones son simples hipótesis, es decir, algo que se debe demostrar.

- Identificar esos pensamientos o interpretaciones
- Analizar los pensamientos o interpretaciones identificados previamente para comprobar hasta qué punto se ajustan a la realidad objetiva.
- Buscar otros pensamientos o interpretaciones alternativos, más ajustados a la realidad.

Después de haber descrito Ellis (1956) las doce deberías, pasados los años, el autor resume en tres débós básicos, que generan problemas emocionales, como son:

- Debo hacer las cosas bien y/ o ganarme la aprobación de las personas significativas para mí o si no soy una persona incompetente.
- Los demás deben tratarme con justicia y consideración y no frustrarme demasiado, o, de lo contrario, son despreciables.
- Mis condiciones de vida deben proporcionarme las cosas que quiero y tiene que mantenerme a salvo del dolor o sino la vida es insoportable y no puedo ser feliz en absoluto.

Es a partir de ellas, que se genera el afrontamiento requerido, la TREC, enseña cómo ello le perturba a sí mismo, con los tendría que, debería y tengo, absolutistas. Se acepta los debo realistas, pero se les enseña los débós incondicionales e ilógicos, y, por último, en la búsqueda de las creencias irracionales que utiliza para perturbarse, busque el debo, busque el tengo, busque sus deberías y tengo dogmáticos. (Ellis, 2014).

2.2.2 Enfermedad Cardiaca

Las enfermedades cardiovasculares, específicamente a aquellos diagnosticados con insuficiencia cardíaca (infarto agudo de miocardio, angina de pecho) y con procedimientos cardiológicos, son reconocida como problema de salud pública, consideradas en el grupo de las enfermedades crónicas no transmisibles que se caracterizan por su lenta progresión y cronicidad , estas comprenden diversas patologías, entre ellas la coronaria isquémica (infarto agudo de miocardio y anginas) que ocupa el primer lugar de las causas de mortalidad a nivel mundial. Ruiz y Zubiato. (2014) .

La prevalencia y la mortalidad, a nivel internacional, de las enfermedades cardiovasculares están en aumento en estas últimas décadas; hace aproximadamente cien años el 10% de las muertes se debían a complicaciones cardiovasculares; ahora, estas enfermedades ocasionan la mitad de las muertes en los países desarrollados y el 25% en países en desarrollo. Es importante entender que las enfermedades cardiovasculares son prevenibles y contamos con evidencia sobre la eficacia de las intervenciones, tanto de promoción como de prevención y tratamiento. La promoción y prevención primaria basada en el manejo de los factores de riesgo, se considera la estrategia con mayor relación sobre el costo-efectividad para afrontar esta epidemia mundial. Trivi, M., Diez, M. (2014).

Segura y Marrugat. (2009), definen a las enfermedades cardiovasculares como el grupo de enfermedades que dañan el corazón y los vasos sanguíneos; entre ellas destacan la cardiopatía coronaria, la enfermedad cerebrovascular y la hipertensión arterial. El origen de las dos primeras, es la arteriosclerosis —proceso

inflamatorio que produce engrosamiento y endurecimiento de las arterias por acumulación interna de grasa, remanentes celulares, colesterol y fibrina, proceso inflamatorio que restringe el flujo sanguíneo en las arterias coronarias y cerebrales, conductos encargados de nutrir al corazón y cerebro, produciéndoles la muerte parcial. Mientras que la hipertensión arterial (presión por arriba de ciertos valores definidos que ejerce la sangre en las arterias) favorece la arteriosclerosis.

2.2.2.1 Insuficiencia Cardíaca. Es una patología en crecimiento y tiene una elevada morbimortalidad, deteriorando la calidad de vida y altos costos principalmente relacionado con la hospitalización. De ahí, el interés en los últimos años, en incidir con mayor énfasis en la investigación y el desarrollo de programas de educación para el manejo en pacientes que sufren de insuficiencia cardíaca. Diez, M; Lujan Talavera, M. (2014).

Según Bover (2009), define la insuficiencia cardíaca, como la disfuncionalidad del corazón para bombear sangre en situaciones de reposo o actividad, cuya génesis puede ser la debilidad de los latidos del corazón a causa de la muerte de una porción de los ventrículos (infarto de miocardio) o por anormalidades de las válvulas cardíacas (mitral o aórtica) en el ingreso o expulsión de la sangre.

La insuficiencia cardíaca es una característica común en las etapas finales de gran parte de las enfermedades cardiovasculares, es un síndrome clínico complejo, donde la capacidad del corazón para mantener la circulación sanguínea

adecuada a las necesidades metabólicas del organismo se halla limitada, lo que genera la manifestación de síntomas y signos específicos, como disnea fatiga y edemas, tanto en estado de reposo como al hacer los ejercicios. (Dornelas, 2008; Hunt et al, 2009; McMurray et al.,2012).

La insuficiencia cardiaca es una enfermedad de alta incidencia, predominantemente afecta a los pacientes adultos mayores y al género masculino en particular, siendo la principal causa de hospitalización en estos. (Diez Lujan)

Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo cardiovasculares más comunes, según Rivara, Ruiz y Lizarazo (2014), se mencionan a la hipertensión arterial, dislipidemia, tabaquismo, diabetes, obesidad central o visceral, el género, los factores genéticos y sedentarismo. En los estudios de Framingham, surge la denominación de factor de riesgo, que se desarrollan en el tiempo, valorándose estrategias en prevención, Se denominan factores de riesgo, a todo elementos o parámetro cuya presencia es capaz de predecir un evento cardiovascular futuro, lo cual se asocia positivamente con el incremento de la probabilidad de sufrir una ECV, incrementando la incidencia de muerte en una determinada población. Trivi, M, Diez, M (2014).

Entre los factores de riesgo primario se considera la hipertensión arterial, que es el aumento crónico de la presión arterial sistólica y/o diastólica, con valores igual o mayores a 140 / 90mmHg, respectivamente.

La dislipidemia es un conjunto de anormalidades en los lípidos sanguíneos, esto se degenera en alteraciones metabólicas, que lleva a los trastornos del metabolismo lipídico, teniendo en cuenta la cantidad y calidad de la grasa.

Con respecto al tabaquismo, se ha calculado que la quinta parte de las muertes son causados por enfermedades cardiovasculares, en particular observándose en el varón, ellos tienen dos veces más probabilidad de morir a causa de la ECV que los no fumadores, mientras que el riesgo en la mujer fumadora es de 1.7 veces superior a la de la mujer no fumadora. El humo del tabaco actúa a los 8 segundos de entrar a los pulmones; la nicotina invade el torrente sanguíneo y a los pocos minutos llega al cerebro liberando neurotransmisores que aumenta el ritmo cardíaco y presión arterial, Amigo, I (2012).

Mientras que, en la diabetes, su presencia está ligada a la obesidad y el sedentarismo; eleva la posibilidad de un infarto agudo de miocardio y de muerte, de hasta 3 veces en comparación de quien no la padece. Se considera obeso, quien tiene un índice de masa corporal igual o mayor a 30 kg/m^2 ; la obesidad androide, es aquella donde la grasa se acumula en el abdomen, duplicando el riesgo de cardiopatía isquémica. En cuanto al género, el infarto agudo de miocardio es más común en mujeres que en varones y si además ellas padecen diabetes, la mortalidad es mayor. Los genes predisponen la aparición de los factores de riesgo coronario antes mencionados y, por último; el sedentarismo agrava la hipertensión, endurece las arterias y no relaja los vasos sanguíneos, Rivara, Ruiz y Lizarazo. (2014).

Por otro lado, teniendo en cuenta la condición biopsicosocial del hombre, resulta conveniente establecer la relación entre los desencadenantes orgánicos ya mencionados y los emocionales que favorecen la aparición de enfermedades cardiovasculares. Según, Carrasco y López, I. (2009), las emociones nacen en el cerebro, pero se sienten en el tórax, así encontraron que la personalidad tipo A, personas ambiciosas y hostiles, orientadas al cumplimiento constante de objetivos con un alto nivel de auto exigencia y premura, caracterizadas por el rendimiento, tensión, irreflexión, poca tolerancia a expresar emociones y escasa introspección, que es la más común en los pacientes con infartos de miocardio

Si bien es cierto, las causas etiológicas son varias en la insuficiencia cardíaca; sin embargo, para el tema en estudio en la investigación se conceptualizará las siguientes:

Causas Etiológicas en la Insuficiencia Cardíaca:

- Enfermedad coronaria
- Infarto al miocardio agudo
- Angina de pecho
- Enfermedades valvulares
- Adquiridas
- Congénitas

La Enfermedad Coronaria

Es la causa individual más frecuente de muerte y discapacidad en todos los países del mundo, más de siete millones de personas mueren cada año como consecuencia de la cardiopatía isquémica, que corresponde a un 12.8% de todas las muertes, la edad promedio es de 60 años, siendo un 75% el género masculino. En otros estratos de edades, en jóvenes, se presentan como factores de riesgo, fumadores y con menos antecedentes coronarios. Trivi, M; Diez M. (2020).

2.2.2.2 Infarto Agudo de Miocardio. El infarto agudo de miocardio (IMA) es la necrosis de una parte del corazón debido a la insuficiencia de una de las arterias coronarias, logrando una obstrucción total para transportar sangre. La causa principal es la arteriosclerosis avanzada, formación de un trombo o coágulo por la ruptura de una placa de ateroma que priva al corazón de irrigación sanguínea, que genera la irreversible degeneración de los tejidos de una zona del músculo cardíaco, produciendo el infarto agudo de miocardio; esto ocurre, porque el corazón requiere en todo momento, el suministro de abundante oxígeno y nutrientes Fernández-Ortiz, (2009).

Existen ciertos criterios para definir los tipos de infarto de miocardio: la localización, el tamaño, porción vascular dañada, y el tiempo de obstrucción. Fernández – Ortiz (2,009), señala que, en cuanto a la localización, es cuando se ocluye la arteria descendente anterior produciéndose el infarto antero lateral; si la cerrada es la circunflejo, el infarto será posterolateral; mientras que, si la ocluida es la coronaria derecha, el infarto se considera inferolateral , respecto a la porción

dañada, se tiene que, si se cierra el segmento proximal de la descendente anterior, la arteria responsable de irrigar gran parte del ventrículo izquierdo, el infarto será prolongado y de pésimo augurio; pero si se ocluye el segmento distal de la coronaria derecha, responsable de una pequeña parte del ventrículo mencionado, el infarto será menos complicado y de pronóstico alentador. Fernández Ortiz, (2009) .

Por último, en cuanto al tiempo de obstrucción, según Fernández-Ortiz (2009), clasifica los infartos en subendocárdicos y transmurales. Los subendocárdicos afectan las capas internas del miocardio conservando la funcionalidad de las externas, por lo que el grosor de la pared miocárdica no se daña completamente dando lugar a una evolución favorable debido al corto tiempo de oclusión. Lo contrario ocurre con los transmurales que, al dañar todo el grosor de la pared por una obstrucción prolongada, alteran la contractilidad del corazón con graves complicaciones inmediatas y futuras. Trivi, M; Diez, M (2020)).

Manifestaciones clínicas del Infarto al miocardio agudo (IMA)

Muchos pacientes no advierten síntomas previos y experimentan directamente el dolor agudo del corazón, esto se debe a que formación de trombo y grado de obstrucción de la placa de ateroma no guardan necesariamente relación directa; la placa de ateroma puede no obturar notablemente las arterias coronarias logrando que la enfermedad pase inadvertida por mucho tiempo, pero llega el momento de la ruptura brusca y obstrucción completa del vaso que anuncia el infarto agudo de miocardio .Fernández-Ortiz, (2009)..

Por consiguiente, la persona puede reconocer el infarto agudo de miocardio por los síntomas siguientes: sensación opresiva e intensa en medio del pecho, expansión del dolor hacia los hombros, el brazo izquierdo, incluso al dedo meñique, el cuello, la garganta, el maxilar inferior, los dientes y la espalda. El dolor puede aparecer realizando actividad, aun si esta requiere mínimo esfuerzo, e incluso en estado de inactividad, por ejemplo, durmiendo. Suele durar más de 30 minutos produciendo vasoconstricción, elevación del ritmo cardíaco y presión arterial, abundante sudoración, palidez y pilo erección a causa de una reacción adrenérgica; ocurre lo contrario, es decir, vasodilatación, disminución del ritmo cardíaco y de la presión arterial cuando la reacción es vagal, acompañada por lo general de falta de oxígeno, mareos y náuseas (Fernández-Ortiz, 2009).

Síntomas y Signos del infarto al Miocardio Agudo

- Dolor precordial de origen coronario, se describe como una opresión precordial, con irradiación a los brazos, hombros y cuello. Esto puede haberse desencadenado por un esfuerzo físico, disgusto o situación estresante en muchos casos, aunque en otros no necesariamente tiene un gatillo claro.
- Antecedentes de perfil de riesgo en el paciente, hipertensión, dislipidemia, sedentarismo, obesidad, diabetes y tabaquismo.
- Antecedentes de eventos cardiovasculares, ya sean coronarios o no.
- Consumo de sustancias como la cocaína u otros, etc.
- Edad
- Disnea, taquipnea, tiraje y desaturación

- Taquicardia e hipertensión (edema pulmonar)

2.2.2.3 Angina inestable. Según el autor, Lilly, L (2016), la angina inestable se manifiesta por una aceleración de los síntomas isquémicos en una de las tres siguientes formas : por un patrón en crescendo en el que el paciente con angina estable crónica experimenta incremento súbito en la frecuencia, duración o intensidad de los episodios isquémicos; otro, episodios de angina que se desarrolla de forma inesperada durante el reposo, en ausencia de algún factor desencadenante , o por el desarrollo de episodios de angina de nuevo inicio, que se describen como intensos, en un paciente sin síntomas previos de arteriopatía coronaria. Esta angina se diferencia de la angina estable, que es más predecible, aunque igual se manifiesta el malestar precordial, breves u no progresivos, y solo se presentan cuando se desarrolla un ejercicio físico o la tensión emocional. Los pacientes con angina inestable pueden evolucionar a un Síndrome coronario agudo y desarrollar evidencia de necrosis, a menos que el trastorno se reconozca y se trate de inmediato

Enfermedades valvulares

Valvulopatías

La estenosis aortica es una valvulopatía con una alta prevalencia en todo el mundo, asociada con el envejecimiento de la población; es más frecuente en mayores de 75 años.

La patogénesis más común es la degeneración o calcificación progresiva de una válvula, la cual puede ser congénita; la evolución de la estenosis aortica degenerativa es lentamente progresiva, y cuando sea

importante puede cursar asintomática durante muchos años. Sin embargo, el comienzo de los síntomas implica un peor pronóstico y el tratamiento es preceptivo, ya que mejora la sobrevida. Los factores de riesgo son tabaquismo, hipertensión arterial, dislipidemia, insuficiencia renal y diabetes. Iribarren, A, Aranda, A, Piccinini, F, (2014)

La triada clásica de síntomas en la estenosis aortica es:

- Angina, con características de esfuerzo, que cede con reposo o con nitritos sublinguales; se presenta en el 50% de los pacientes.
- Sincope, por disminución del volumen minuto e hipo flujo cerebral, arritmias o trastornos de la conducción; se presenta con el esfuerzo u otros.
- Disnea de esfuerzo, por insuficiencia cardiaca izquierda, con la enfermedad misma va en progreso; puede deberse a una disfunción sistólica.

Las válvulas cardíacas que más se enferman son la mitral y la aórtica, responsables respectivamente del ingreso y salida de sangre al ventrículo izquierdo; al estar deterioradas complican el curso adecuado del flujo sanguíneo Bover (2009)

Insuficiencia mitral corresponde al pasaje de la sangre desde el ventrículo izquierdo a la aurícula izquierda, representa la patología valvular regurgitante más frecuente; su prevalencia aumenta con la edad, alcanza casi el 10% en mayores de 75 años.

Las causas de la insuficiencia mitral son varias; sin embargo, en nuestro estudio se presentaron casos con estas causas:

- Post inflamatoria, fiebre reumática, artritis reumatoide, etc.
- Congénita, hendidura mitral u otros

La post inflamatoria es la causa más frecuente; sin embargo, en los últimos años ha disminuido este en los países desarrollados, pero continua vigente como un indicador de pobreza.

Otra causa que ha aumentado su frecuencia es la post infección debida a la endocarditis, esta infección puede afectar a una o ambas valvas, puede perforarlas y puede cortar cuerdas. Esta disfunción protésica por endocarditis infecciosa está en aumento. Trivi, M y Diez, M (2014)

Entre los síntomas se presentan:

- Astenia y fatiga
- Palpitaciones por la fibrilación auricular

2.2.3 Patrones Psicológicos

En el desarrollo de este Programa Psicoeducativo aplicado a los pacientes cardiacos se plantean los patrones psicológicos, emocionales, afectivas, conductuales y cognitivos que a continuación se describen, que vienen a ser características típicas de personalidad en un grupo humano de pacientes con dx médicos específicos, según la investigación, pacientes cardiacos.

2.2.3.1 Patrón Emocional. Muchos pacientes se mantienen en estado de alerta creciente. Según García, Gómez, Milord y Herrera (2016) encontraron que el estilo de vida de estos se altera a causa del temor a la muerte, suelen desarrollar

cuadros ansiosos y depresivos y a la par se somatizan. El miedo, lejos de actuar como un activador positivo, genera muchas veces conductas contraproducentes en pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio y que se encuentran en etapa post quirúrgica, así se tiene que un 65 % reincide en el tabaquismo, 58 % insiste en una mala alimentación, 51 % no supera sus estados tensionales y un 51% continúa refiriendo sintomatología cardíaca en desmedro de una evolución favorable.

De lo expuesto, se incide en que la ansiedad y el estrés son los estados emocionales más recurrentes en pacientes con IMA, aunque no los únicos, Rodríguez (2012), en un estudio identificó un alto porcentaje de pensamiento rumiativo (55.7 %), conflictos en el área familiar (41 %), profesional (37 %) y social (32 %) que afectan el estado emocional y un importante número de pacientes (50.5 %) que al ingresar ya están deprimidos como resultado de las ideas de gravedad y muerte, que se asocian a la enfermedad. La depresión conlleva a una pobre adherencia, retrasa la recuperación e induce al sedentarismo, impidiendo superar los factores de riesgo. Otros estados que el paciente experimenta antes de la cirugía son la angustia, la sensación de pérdida de control y el pesimismo.

Como se ha mencionado, los pacientes en la etapa preoperatoria experimentan angustia, esta obstruye el afrontamiento; por ello, para reconocerla es necesario distinguirla de cualquier otro estado. Así, Sierra, Ortega y Zubeidat (2003), la definen como el estado dinámico de alerta ante una situación amenazante; actúa como reguladora y limitadora de la conducta, pues si no es controlada causa inmovilidad y bloqueo de pensamiento para adaptarse a la situación. Investigaciones de Orellano. (2015), demuestran que el 34 % de 35 varones con

enfermedades cardiovasculares desarrollaron síntomas de angustia y un 11 %, hostilidad.

En cuanto a la hostilidad, se tiene que es un rasgo característico del patrón de personalidad tipo A (grupo mayoritario de esta investigación); este rasgo favorece la aparición de enfermedades cardiovasculares y si se mantiene rígido, complica la adherencia. Según Iacovella y Troglia. (2003), la hostilidad se manifiesta en la esfera cognitiva, pues resulta de las influencias recibidas del medio ambiente donde el hombre hostil siempre espera lo peor de los demás; ya que, percibe el entorno en su contra; esta creencia lo impulsa a provocar escenarios tensos y a adoptar posturas defensivas, cumpliéndose así el proceso siguiente: del componente cognitivo (hostilidad) surge el afectivo-emocional (ira), para concretar el conductual (agresión).

Se determina entonces que, la angustia y la hostilidad son respuestas usuales en pacientes cardiovasculares, dan lugar al malestar psicológico, siendo este, según Orellano (2015), de naturaleza biopsicosocial, evidenciado en el momento en que las demandas cotidianas superan los recursos adaptativos individuales, malestar en el que también se encuentra la ansiedad y depresión. Asimismo, identifica en su estudio los ámbitos que desencadenan estos estados, el familiar y laboral; siendo el laboral el más adverso al motivar el 45 % de la angustia y el 22 % de la hostilidad, frente a un 27 % y un 7 % respectivamente, motivado en el familiar.

Por otro lado, en las reacciones adaptativas, la depresión se presenta en distintos grados en más del 50 % de cardiópatas y suele interferir en un adecuado

afrontamiento. Carrasco y López-Ibor (2009), asocian el perfil del paciente altamente activo, con inclinación a negar las dificultades a la percepción de la enfermedad, como una limitación de las propias capacidades y al discernimiento donde el corazón cumple la función fundamental, y por lo tanto limitante de la vida. El paciente ante la amenaza de una repentina falla del corazón ya no se siente libre ni seguro, desarrolla ideas de muerte inminente o repentina; además de perder la salud, siente que su potencial se reduce y su futuro peligrará. Por último, sabe que tendrá que restringir varias actividades cotidianas, y esto le produce sentimientos de invalidez que agravan la depresión.

Asimismo, en los cardiopatas es común la somatización cardíaca. Carrasco y López-Ibor (2009) señalan que el trastorno somato morfo no se limita a la falta de evidencia física, sino que para diagnosticarlo se debe identificar un conjunto de trastornos psicológicos ansioso-fóbico, hipocondríaco y somatización. En el primero, la sensación de asfixia es la más primitiva y refleja todas las fobias, dispara la crisis de pánico y constituye el principal síntoma de la angustia, que se siente en el tórax ante la sensación de ahogamiento. Contra ello, la explicación de esa sensación no es de origen cardíaco sino psíquico, quedando descartada la asfixia que ayudará al paciente. El trastorno hipocondríaco está relacionado con la ideación obsesiva de las causas y consecuencias de la cardiopatía, el paciente atiende selectivamente las sensaciones torácicas y todo aquello que considera amenazante ocupa su conciencia. La información pormenorizada del estado real es la mejor herramienta para despejar dudas. Por último, en el trastorno por somatización

destaca la necesidad de atención y afecto que el paciente demanda del médico, al paciente no le interesa tanto su enfermedad, sino que comprendan su sufrimiento.

En el contexto del presente estudio se interviene a pacientes hospitalizados pre y post quirúrgicos, debido a ello los pacientes se movilizan solo en estos ambientes, a diferencia de los pacientes ambulatorios que pueden asumir nuevas directrices afectivas y pragmáticas.

En el periodo pre y post operatorio los pacientes manifiestan ansiedad, que inciden en las siguientes causas:

- Separación de la casa, de la familia, de su ambiente, de sus cosas. El paciente pierde su libertad, está en un medio aséptico como un hospital.
- El miedo en relación a la vida en sí, porque los dolores cardiacos no cesan durante la cirugía, algunos pacientes aseguran que realmente mueren y reviven, después que los nuevos vasos que son instalados. (Kornfeld, H. et al. 1982)
- Ser forzado a asumir el rol de doliente y anticipar preguntas directamente relacionada con el físico, tales como el acto quirúrgico, el dolor, la pérdida del control sobre sí mismo.

En el periodo post operatorio, hay un conjunto de experiencias que son fuertes para desorganizar el comportamiento de los pacientes, Holub et al (1975)

- Un ambiente extraño y perturbador, como los ruidos, un número de personas en el ambiente, siempre agitados, que parecen que andan desordenadamente sin un fin.

- A pesar de ese ritmo diario, hay una cierta monotonía sensorial de ruidos, de la visión que se tiene de la cama, de la posición en que se queda u otras sensaciones. Hay también una significativa privación o interrupción del sueño.
- Ausencia de la secuencia del día y la noche
- Obstáculos que interfieren en la comunicación, tubos, drogas, rapidez de las acciones, dificultades emocionales para poder expresar en el momento real.
- Ausencia de las personas conocidas, familiares, con quien el paciente tiene un contacto previo al acto quirúrgico.
- El disconfort físico, al mismo tiempo de estar amarrado a la cama.
- Gran número de camas, resultado de la ausencia de la privacidad, no solo con relación a si, sino también con todo o que se puede presenciar, posibilitando acompañar a nuevos pacientes que vienen al centro quirúrgico, la dolencia, la muerte, como intervenciones necesarias,
- Gran número de drogas que interfieren en los procesos cognitivos, perceptivos.

En conclusión, estrés, depresión y ansiedad son estados que se agudizan en las etapas pre y posquirúrgicas, no irrumpen con el diagnóstico, sino que son rasgos, muchas veces crónicos de la personalidad del cardiópata. Cohen, Edmondson y Kronish (2015), revisaron la literatura relacionada con la implicancia de la salud mental en los desórdenes cardiovasculares y hallaron, que en los dos primeros estados sí constituyen factores de riesgo innegables ; la ansiedad, por ser un

componente cognitivo que fluctúa en el tiempo repercute negativamente en la salud cardiovascular , por lo que una intervención multidisciplinaria eficaz reducirá la morbilidad y la mortalidad coronaria, modificará estilos de vida insalubres vinculados al riesgo y procurará una mejor calidad de vida a los pacientes.

2.2.3.2 Patrón Cognitivo. Algunos pacientes post operados en este tipo de cirugía, reportan ciertas disfunciones, las más frecuentes, alteración en la memoria, atención, lenguaje y concentración. Lira et al. (2018), hallaron que estas alteraciones no son individuales, sino que inciden hasta en un 52 % de pacientes, que los factores de riesgo se presentan en la edad avanzada, la gravedad de la cirugía y las comorbilidades, anestesia, nivel de estudio y antecedentes de deterioro cognitivo. La etiopatogenia está relacionada al efecto de la anestesia, la neuro inflamación, los disturbios del sueño y la edad, por lo que es recomendable que los cardiacos pasen por una evaluación neuropsicológica previa y un seguimiento posquirúrgico de 3 meses. Por lo tanto, es comprensible que los pacientes desarrollen ideas negativas sobre la conservación de sus facultades mentales después de la cirugía. Lira et al. (2018), señalan que estas se alteran a causa del delirio del despertar anestésico, delirio posoperatorio y la disfunción cognitiva. El primero, puede reconocerse por la alteración de la percepción y el pensamiento desorganizado, que se aclaran en el transcurso de los minutos u horas; el segundo, que afecta sobre todo a la población adulta mayor, que se caracteriza por ser una alteración aguda y global que afecta la conciencia, psicomotricidad, sueño y vigilia ; por último , en la disfunción cognitiva posoperatoria, coexisten motivaciones

psicológicas relacionadas a la percepción que el paciente tiene sobre su autonomía, discapacidad, calidad de vida, desempeño laboral y mortalidad.

Por otro lado, Glumac, Kardum y Karanovic (2019), observaron que el deterioro cognitivo posoperatorio es más frecuente en las cirugías del corazón que en otras; de creerse que se debía a alteraciones fisiológicas, actualmente se sabe que está relacionado a la perfusión quirúrgica y la anestesia. Es importante distinguir el delirio posoperatorio del deterioro cognitivo posoperatorio; el primero aparece en los 3 primeros días, afecta la conciencia y es transitorio; el segundo se presenta al final de la primera semana, no afecta la conciencia y puede prolongarse significativamente. Además de las dificultades de la memoria y el retraso en el procesamiento de la información, este deterioro origina hospitalizaciones y rehabilitaciones prolongadas, reduce la calidad de vida y la capacidad laboral incrementando la mortalidad.

Además, en la etapa preoperatoria los pacientes indagan sobre los resultados de la cirugía y las posibles alteraciones cognitivas. Glumac, Kardum y Karanovic (2019), señalan que la memoria, la atención y la velocidad psicomotora se afectan, por ello, se sugiere a evaluar el nivel de deterioro aplicando una evaluación neuropsicológica temprana (7 días después de la cirugía, tiempo estimado para que los efectos de los sedantes desaparezcan) con pruebas que examinen eficazmente los diferentes dominios y no agoten al paciente. Asimismo, si la evaluación se realiza al cabo de algunos años, se debe considerar factores como el envejecimiento natural, la progresión de la enfermedad o la aparición de alguna demencia para no

atribuir el deterioro a la cirugía. Por ello, las evaluaciones neuropsicológicas en las etapas preoperatoria, posoperatoria temprana y después de 9 meses contribuyen a reconocer el deterioro cognitivo.

Con respecto a la disfunción cognitiva posoperatoria puede manifestarse de 2 formas en los pacientes, Yuan y Lin (2019), indican que la disfunción puede presentarse a corto y largo plazo; la primera dura hasta 6 semanas después de la cirugía y la segunda se presenta a los 6 meses, esta última es común en pacientes sometidos a bypass y cirugías a las válvulas, produce deterioro en la atención y la concentración y se extiende a las funciones verbales, visuales, lingüísticas y viso espaciales. Los autores encontraron que, al alta, los pacientes de cirugía aórtica padecen delirios y demencia vascular como consecuencia de la valvulopatía; esta es la demencia senil más frecuente con implicaciones motoras y sensoriales, además de menoscabar el desempeño social y laboral.

Sin embargo , en este estudio ,las respuestas de cognición están asociadas prioritariamente a pensamientos negativos , deformados sobre la misma situación de enfermedad y más aún , sobre las fases hospitalarias en las que está en curso el paciente, es decir, pre y post quirúrgico en cirugías cardíacas, periodos de evaluación y de procedimientos cardiológicos desconocidos y proyectados como adversos , suponiendo lo peor de ello , detonando estas distorsiones de sus pensamientos en reacciones emocionales negativas, generando una respuesta de cognición.

2.2.3.3 Patrón Conductual. Las reacciones de los pacientes pueden ser positivas o negativas, y la repercusión en la adherencia es directa. Vilaplana (2020), señala que la percepción sobre la enfermedad, el fármaco y la información que de ellos se maneja, influyen significativamente; existen otros factores como la edad, pacientes mayores a 65 años, que suelen adherirse menos, el nivel socioeconómico y el grado de educación. Las ausencias a las citas médicas, el olvido de la medicación o su desorden en los horarios y reincidir en hábitos riesgosos son actitudes comunes de un seguimiento deficiente. Una mala relación entre médico y paciente, ser atendido por diferentes profesionales o la escasa información recibida perjudican la adherencia (pp. 55-57).

De otro lado, no es responsabilidad exclusiva del paciente lograr una adherencia adecuada; ya que , la salud requiere un sistema integral ; existen otros factores a tener en cuenta, Vilaplana (2020), distingue el factor social , la familia y entorno del paciente, cuyo apoyo o negligencia es determinante , y el organizacional ; y en el sistema de salud, no el médico, sino la disponibilidad de tiempo, espacio, equipos y financiamiento para el tratamiento, costos que no puedan ser asumidos por el paciente los que pueden perjudicar la adherencia . Por consiguiente, el paciente puede modificar las actitudes de rechazo o escasa adherencia si encuentra soporte familiar y un sistema de salud accesible y amigable a su alcance.

Adherirse a ello, se define como una estricta obediencia a la prescripción médica, el cambio de estilo de vida que displace los factores de riesgo. El empoderamiento del paciente sobre su enfermedad se logra cuando del rol pasivo, consistente en el dócil cumplimiento de las indicaciones médicas y este adopta un

rol activo, voluntario y colaborador que le permita expresar sus opiniones al médico para llegar a un consenso sobre su régimen. A esto se denomina cumplimiento, adherencia y concordancia, conceptos que conllevan al grado de conformidad que el paciente tiene sobre su tratamiento (Vilaplana, 2020).

Con respecto a otras respuestas conductuales, Rodríguez (2012), señala que algunos pacientes después de la cirugía expresan manifestaciones de euforia y bienestar, otros por el contrario sufren ataques de pánico o trastornos adaptativos. La satisfacción vital en la etapa primaria de la hospitalización es alta para un 27 % de los pacientes y normal para un 53 %; sin embargo, si el plan de intervención no atiende las vivencias ni los conflictos particulares de la vida cotidiana, la recuperación se entorpecerá, por ello, es necesario trabajar en un adecuado afrontamiento de la enfermedad que involucre necesariamente una visión integral de los problemas del paciente.

2.2.3.4 Patrón Afectivo. La enfermedad cardíaca, desde el momento del infarto agudo de miocardio (IMA) hasta la hospitalización, produce cambios en la autovaloración del paciente. Rocha, Ramírez y Navarro (2012), hallaron que previos al IMA, los pacientes se sienten abrumados por el dolor, miedo e incertidumbre de los síntomas que súbitamente experimentan, síntomas que comunican a quienes los rodean. Confundidos, los varones adoptan el mecanismo de defensa de la negación, mientras que las mujeres, preocupadas por las tareas interrumpidas, se sienten cercanas a la muerte. Independientemente del lugar donde

ocurra el IMA, las primeras personas en enterarse del evento suelen ser los familiares, entorno en el que esperan apoyarse.

Durante la estancia en el servicio de emergencia, Rocha, Ramírez y Navarro (2012), notaron que, si bien se interroga a los pacientes, se les practica los exámenes físicos y de laboratorio, no todos reciben la misma información; a unos se les confirma el diagnóstico IMA, mientras que otros reciben una información tan escasa que el miedo, la sensación de muerte y la confusión los embarga. En la etapa de hospitalización, los informes médicos que reciben los pacientes y los que estos a su vez proporcionan a sus familiares o a otros profesionales de la salud están directamente estructurados de acuerdo a su nivel de escolaridad. Los varones suelen calificar la atención hospitalaria generalmente positiva, las mujeres son más descriptivas y demandan una dedicación especial.

En la etapa de hospitalización, la afectividad suele alterarse; los varones se sienten amenazados ante la pérdida de integridad, autonomía y funciones físicas; las mujeres se sienten vulnerables, avergonzadas, incapaces de soportar el dolor y la enfermedad, culpables por no culminar los proyectos que empezaron. La sensación de soledad es frecuente en pacientes retirados laboralmente; por ello, las palabras de aliento, los buenos deseos y el apoyo familiar los hace sentir seguros y que no están solos en su lucha. La comunicación e integración familiar mejoran, se produce una predisposición centrípeta, en la que el paciente es el centro, predisposición que se anhela mantener como permanente tras el alta. Rocha, Ramírez y Navarro, (2012).

Estudios de Plá, J y Salvador , J (2006) destacan la depresión en los pacientes con enfermedades cardiovasculares y plantean la hipótesis que la depresión es un factor de riesgo para desarrollarla, definiendo estrategias para el afrontamiento, considerando una de ellas, el Apoyo Social, identificándola como la situación social que tiene el paciente que requiere una identificación, para mejorar la sensación de bienestar y la posibilidad de recibir ayuda cercana por su limitación o por su afrontamiento requerido en el curso de la enfermedad.

Esta respuesta afectiva es estudiada también por Denollet y Brutsaert (Laham, M,2007), considerando la presencia de la combinación de afectividad negativa e inhibición social en los episodios agudos del paciente cardiaco, independientemente de los factores de riesgo conocidos, creando así un nuevo perfil en el paciente cardiaco. De ahí la importancia de considerar este tipo de respuestas en el paciente cardiaco.

2.2.4. Factores de Riesgo Secundario

2.2.4.1 Patrón de Conducta Tipo A. Un Patrón de Conducta es una forma habitual de ver y reaccionar ante el entorno y las circunstancias, Elmasian, M y Mikulic, I. (2014); uno de los factores no biomédicos que repercute en la enfermedad coronaria es el patrón de conducta. Así, Friedman y Rosenman (1959) observaron rasgos comunes en estos pacientes, como ambición intensa, competitividad, autoexigencia, premura por el cumplimiento de tareas, control de eventos y personas. Este conjunto de características fue definido como el patrón de

conducta tipo A y luego postulado como uno de los factores de riesgo psicológico para la patogénesis de las enfermedades cardíacas.

Además de la ambición extrema, la alta competitividad laboral, la sumisión a la presión del tiempo y su urgencia, el individuo con personalidad tipo A exhibe marcadas conductas en su lenguaje verbal (habla explosiva, veloz, atropellada) y no verbal (rigidez facial, actitud de alerta, marcha rápida) que perjudican sus relaciones interpersonales, pues fácilmente se tornan impacientes, irritables, hostiles y desafiantes. Friedman y Rosenman (1959).

Estos autores, proponen el concepto de la conducta tipo A, como un complejo de elementos cognitivos, afectivos y comportamentales, postulando su vinculación con trastornos cardíaco coronarios, restituyendo con ello la fuerza en la investigación de las relaciones entre la personalidad y la salud, sin embargo, no se logró precisar que aspectos de este patrón favorecen esta aparición de trastorno, sin embargo, en el año 1981 por el Review Panel on Coronary Prone Behavior and Coronary Heart Disease, como un factor de riesgo para el desarrollo prematuro de estos trastornos.

La conclusión sobre la personalidad tipo A correlacionada con las enfermedades cardíacas fue el resultado de un estudio extenso, Eagleston, Chesney Rosenman (1988), reseñan que 3,524 varones de edad intermedia fueron sometidos a un seguimiento de ocho años y medio en el Western Collaborative Group Study, observándose que aquellos que inicialmente estaban sanos y calificaron con patrón de conducta A, desarrollaron dos veces más las enfermedades cardíacas que los del

tipo B y cinco veces más infartos al miocardio. Posteriormente, en autopsias y angiografías hallan relación significativa entre el Patrón de Conducta tipo A y la arterioesclerosis coronaria, lo que motivo su calificación de factor independiente de riesgo, tan peligroso como el tabaquismo o niveles altos de colesterol.

Posteriormente, hacia 1961, los postulados de la personalidad tipo A se extendieron hacia las mujeres, en quienes también se buscó la correlación entre este patrón y las enfermedades cardíacas. Rosenman y Friedman (1961), estudiaron 257 mujeres, sin antecedentes cardíacos divididas en dos grupos; el primero (125), reunían todos los rasgos del tipo A, esto es, impulsividad y agresividad orientadas al logro y reconocimiento, competitividad, premura por el cumplimiento de los plazos, activación veloz de las funciones mentales en la ejecución de tareas, y el segundo (132), conformado por mujeres con un tipo de patrón opuesto, esto es el tipo B. Para que la teoría quede libre de sesgos trabajaron con una muestra mixta que incluía diferentes oficios, como empleados, profesionales, políticos, religiosas, empresarias y amas de casa. El rigor exigió observar las condiciones sociodemográficas (edad, estatus marital y laboral), los hábitos (alimentación, consumo de alcohol y/o drogas, tabaquismo, actividad física, descanso) y el estado clínico (etapas pre- y postmenopáusicas, antecedentes cardíacos familiares, comorbilidades). Los resultados demostraron que las religiosas inicialmente seleccionadas con el patrón B presentaron conductas tipo A, esto quiere decir, que al principio demostraron una forma incompleta de ambos patrones. En el caso de las pre- y posmenopáusicas con patrón A exhibieron mayor tendencia al

tabaquismo, consumo de alcohol, alto nivel de colesterol y una coagulación más rápida en comparación a las mujeres del tipo B (Rosenman y Friedman, 1961).

Los resultados no confirman que el patrón de conducta tipo A es la causa de las enfermedades coronarias; sin embargo, Rosenman y Friedman (1961), hallaron un incremento del colesterol en mujeres similar al de varones sometidos a una dieta y régimen de ejercicio específicos. Y si bien, fumar y beber no son hábitos que determinan las cardiopatías, sí incrementan su morbilidad. Tampoco se pudo determinar la correlación personalidad-enfermedad en las posmenopáusicas ya que la trombogénesis y otros cambios metabólicos asociados a la edad no permiten una distinción cierta, sin embargo, se halló una incidencia mayor de hasta 7 veces de la hipertensión en mujeres tipo A frente a las B; por lo que, si bien estos riesgos no son la causa, al menos queda claro que conviven en las mujeres el Patrón de conducta tipo A.

El primer estudio en el país sobre el Patrón de conducta tipo A, lo realizan León y Romero (1988), en adolescentes de educación secundaria en una zona urbana marginal de Lima, utilizando la versión castellana del – Type B Questionaries, de Eysenck y Fulker (1983), en los resultados, los hombres obtuvieron promedios más elevados que las mujeres en el factor ambición, actividad y ausencia de represión, sin embargo, las mujeres le superaron en el factor tensión , exhibir los rasgos antes mencionados caracterizan en demostrar altos niveles de alerta física y mental, un marcado compromiso vocacional y laboral que los lleva a desatender otros aspectos de la vida y una respuesta psicofisiológica que

produce daño arterial y formación de ateromas. Si bien existen críticas acerca de la correlación entre enfermedades cardíacas y personalidad tipo A, resulta innegable que están juntas a otras emociones negativas que incrementan el daño coronario.

Moyano et al. (2011), agregan a los rasgos descritos anteriormente, la impaciencia y la dependencia social y refieren las cinco dimensiones por las que se puede reconocer el patrón de conducta tipo A: 1) componentes formales indicados por el volumen de la voz, la precipitación al hablar y los signos de activación psicomotora, 2) conducta motivada por la urgencia y la hiperactividad, 3) firme motivación para alcanzar el éxito y renovada ambición, 4) emociones marcadas por la ira, la hostilidad y la agresión y 5) esquema cognitivo regido por el deseo de controlar cada situación.

En cuanto a la reactividad psicofisiológica, Fernández-Abascal, Martín y Domínguez (2003), señalan que al activarse el sistema nervioso simpático daña las arterias debido a la acumulación de placas de colesterol que ocasionan el trastorno cardiovascular. La interacción sujeto-medio ambiente, que implica situaciones desafiantes es más pronunciada y produce una presión sistólica mayor en los tipos A. Por otro lado, la ira y la hostilidad, factores de riesgo significativos y por tanto predictivos de enfermedad cardíaca, han sido abordadas en el estudio Framingham, y este concluyó que la ira hacia adentro en un mediano y largo plazo desencadenan problemas coronarios en varones oficinistas y en mujeres; ambos menores de 65 años.

Los estímulos ambientales producen una reacción cardiovascular cuantificable por la presión diastólica, sistólica y la frecuencia del corazón; la correspondencia entre respuestas autonómicas, neuroendocrinas y enfermedad coronaria ha sido determinada a través de estudios prospectivos en humanos, que en su momento demostraron alta reactividad a los estresores de laboratorio y que experimentaron infarto agudo de miocardio. A largo plazo y sometidos a los mismos o similares estresores, los tipos A exhiben el mismo correlato entre reactividad cardíaca, respuesta a los estímulos y enfermedad; la reactividad con el tiempo adquiere un carácter estable y dañino (Fernández-Abascal, Martín y Domínguez, 2003).

Las propuestas para prevenir o rehabilitar los trastornos coronarios en pacientes con patrón de conducta tipo A, están orientadas a la modificación de los estímulos estresores ambientales y a la autorregulación del paciente. La más difundida y eficaz es la terapia cognitivo-conductual, que a través de técnicas de autorregulación consigue reducir la atención selectiva y los errores que el paciente tipo A suele atribuir a los estímulos que intensifican su conducta; asimismo, las técnicas de relajación ayudarán al paciente a moderar la reactividad, a reducir la tensión y el estrés una vez que los reconozca. Para lograr cambios de pensamiento y conductuales se recomienda establecer un pacto que detalle los objetivos a alcanzar y los refuerzos que se recibirán (Fernández-Abascal, Martín y Domínguez, 2003).

Moyano et al. (2011) indican que la incidencia del patrón de conducta tipo A en los trastornos coronarios es 6 veces mayor que en otros pacientes; la distribución es similar tanto en varones como en mujeres, pero en estas, el número es mayor en las que trabajan fuera de casa. Es verdad que las mujeres sufren menos infartos, pero las que lo padecen son generalmente del tipo A. Añaden que la diferencia entre varones y mujeres estriba en que estas encubren su ira y hostilidad, mientras que el varón se muestra más agresivo y no encubre el ataque; en ambos casos desarrollan de manera adicional arterioesclerosis.

En cuanto al control de las situaciones, la conducta tipo A está considerada como un mecanismo de respuesta ante la amenaza de perder el control sobre lo que se espera dominar. Estos individuos han interiorizado conceptos occidentales primigenios relacionados a la autoestima y al ascenso social. La conducta negativa empieza cuando perciben que han perdido parcial o completamente el control de la situación y abruptamente se empeñan en recuperarlo. Este empeño les demanda mayor trabajo físico y mental, con la consecuencia inmediata de una alta reacción psicológica y sobre todo fisiológica, manifestada en el aumento de la presión arterial, el oxígeno, la glucosa, entre otros. Lévano, J (2003).

Asimismo, los individuos con patrón de conducta tipo A son altamente sensibles hacia el fracaso, carecen de habilidades sociales y de apertura para entender y aceptar opiniones diferentes, presentan dificultad para adaptarse a principios normativos e interpretan el ambiente como hostil. En ellos está acentuada la necesidad de respeto, autoridad, ser intelectualmente superiores, de requerir

reconocimiento constante y al no conseguirlo se vuelven vulnerables y herméticos, se reservan sus problemas para ellos solos, asumiéndolos como frustraciones. El proceso emoción-acción, sumerge a los tipos A en desafíos crónicos por obtener el mayor número de logros sin importar las dificultades que se les puedan presentar, r ni las personas que se les opongan (Lévano, 2003).

Respecto a la adquisición del patrón de conducta tipo A, Lévano (2003) refiere que, si bien no existe un modelo definido, el propuesto por Glass, Modelo de Control, postula que los estímulos ambientales menores no despiertan un deseo de dominio en los tipos A, como sí lo hacen los particularmente desafiantes. Estos individuos procuran que en la interacción social su participación sea eficaz desde el primer momento; asimismo, la competitividad que demuestran es el reflejo de mantener todo bajo control, antes que otros lo hagan, por ello prefieren el trabajo individual al trabajo en equipo, ya que en el primero el control y la auto exigencia depende de ellos, mientras que, en el segundo, al no amoldarse a su sistema de interacción, irremediablemente entraran en conflicto.

El modelo de Glass fue confrontado por Prkachin y Harvey, quienes encontraron que los tipos A tienen mayor habilidad para predecir el resultado de sus acciones, pero que a pesar de ello desconfían de su misma capacidad para controlar estos resultados, de ahí nace la multiplicidad de métodos que emplean para la consecución de sus metas, y la perseverancia férrea que demuestran. En el instante que ellos niegan sus propias habilidades, emerge la respuesta fisiológica

simpática y neuroendocrina; por lo tanto, la interacción individuo-ambiente genera una aceleración fisiológica que predispone al riesgo cardiovascular (Lévano, 2003).

Por otro lado, el Modelo de aprendizaje cognitivo de Price basado en el aprendizaje social de Bandura resalta el peculiar esquema cognitivo de cada individuo. Las creencias y los temores han moldeado la psicología del individuo tipo A, de manera tal, que sus respuestas se han convertido en hábito. Este modelo consideró los factores culturales y la valoración social, económica y religiosa que rigieron el mundo occidental en la época de transición de las labores agrícolas y artesanales a la industrialización, esta fue una etapa en la que se promovió el trabajo como fin supremo; de ahí que el individuo tipo A se aferre al trabajo y a la acumulación de riquezas, (Lévano, 2003).

Lo mencionado anteriormente puede ser reforzado con lo expuesto por Romero (1989), quien explica que el patrón de conducta tipo A surge en el medio anglosajón (germanos que invadieron Gran Bretaña e Inglaterra y que hablaban lengua inglesa) como producto de las exigencias laborales que el patrón imponía; se hablaba de una «moral del trabajo occidental». En el ámbito laboral, las personas del Patrón tipo A experimentan la sensación de mayor realización personal, situación que estaría relacionada también con la psicología del trabajo.

Asimismo, Romero (1989) emplea los términos tipología, constelación y complejo para definir el patrón de conducta tipo A. La tipología es reconocible por señales como agresividad, ambición, competencia, urgencia en ganarle al tiempo,

impaciencia, conducta de alerta y predisposición intensa hacia el logro de metas. La constelación es el conjunto de comportamientos manifiestos como consecuencia del medio ambiente y el estrés, este origina incapacidad para afrontar situaciones problema y la consecuente pérdida de control. El complejo es reconocido como un proceso activo-emotivo, donde la persona lucha incesantemente por obtener más resultados en menos tiempo sin experimentar escrúpulos por los demás ni fatiga.

Romero (1989) señala la diferencia entre individuos tipo A y tipo B, siendo patrones opuestos, no debe polarizarse ni etiquetarse estos tipos como positivos o negativos; pues el tipo B no carece de ambiciones ni adolece de lentitud o falta de inteligencia, desea lo mismo que el tipo A, la diferencia estriba en la confianza en sí mismo para lograr los objetivos y en la seguridad que demuestra para alcanzarlos; así, un tipo B ejecuta sus tareas con organización, calma y cautela, no cede a las presiones del tiempo y tanto su lenguaje verbal como el gestual están controlados.

Por otro lado, no existe un consenso único sobre la génesis del patrón de comportamiento tipo A; sin embargo, se ha planteado diferentes factores como el genético, debido a que el tipo A es personalidad y esta puede ser heredada en cierto grado de los padres a través del temperamento y de algunos niveles de inestabilidad y/o extroversión. Otro factor es el aprendizaje social, en el que las experiencias y el rol de la cultura son determinantes (Romero, 1989).

Otra manifestación visible en el tipo A es la necesidad de influir en los demás a través de las relaciones interpersonales. Experimentos con sujetos A y B.

en dinámicas de grupos evidenciaron el afán del tipo A por dominar el debate o propiciarlo y por imponer sus ideas sobre el resto, los sujetos tipo A son extrovertidos, pero carecen de adecuada interrelación personal, sus niveles de cordialidad y consideración están afectados, exhiben mayor seguridad de sus actos frente a eventos que no implican estrés, pero se tornan ansiosos e inseguros socialmente frente a estresores inesperados; además, se preocupan por proyectar una imagen exitosa frente a los demás, les gusta ser admirados y elogiados (Romero, 1989).

Romero (1989), hace énfasis en los estudios de Friedman & Rosenman, quienes definen al Patrón A como la «enfermedad de la prisa», caracterizada por la realización de muchas tareas al mismo tiempo y la asunción de nuevas actividades, a pesar que no se disponga de tiempo para realizarlas, lo que conlleva a la auto exigencia.

Además, Romero (1989) identifica los ejes sobre los que se puede reconocer el patrón de conducta tipo A: la tensión (proceso que se manifiesta fisiológicamente en el sistema vegetativo como reacción a necesidades específicas con repercusión psíquica), la actividad (comportamiento de un individuo directamente provocado por estímulos internos y externos), la ambición (deseo intenso por el logro de bienes que prodiguen poder y reconocimiento) y la represión (rechazo a la exteriorización de los sentimientos o pensamientos que cada sujeto reconoce en su interior).

Últimamente, en el país, un estudio sobre el Patrón de conducta tipo A B y modos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedades cardiovasculares

del Hospital Base II EsSalud, Huánuco(2019), se realizó en 89 pacientes con enfermedades cardiovasculares ,aplicando el Patrón de Conducta Tipos A B y del cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés (COPE),determinando que existe una asociación estadísticamente significativa entre el Patrón de Conducta tipo A y los modos de afrontamiento al estrés , con un p valor de 0.036 ($p < 0.05$) y no existe asociación estadísticamente significativa entre el Patrón B y los modos de afrontamiento, determinando además que el patrón A es el más incidente con un 82% en los pacientes cardiovasculares, y logrando un modo de afrontamiento al estrés enfocado en el problema con un 42% en los pacientes con enfermedad cardiovascular.

2.2.4.2 Perfil Caracterológico. Desde el origen de la humanidad se trata de explicar la conducta y la particularidad de cada persona., desde el año 319 A.C. Teofrasto, alumno de Aristóteles, escribió: "A menudo, he aplicado mis pensamientos a la intrincada cuestión que probablemente siempre me parecerá enigmática, de que, aunque toda la gente esté bajo el mismo cielo y todos los griegos somos educados de la misma manera, tenemos diferentes personalidades. He estudiado a la naturaleza humana durante mucho tiempo y he observado la composición diversa de los hombres".

Teofrasto dejó a la posteridad un legado de 30 caracteres, un panorama de la fragilidad humana, donde describe entre otros:

- El Patán: La patanería es la ignorancia que ofende la propiedad, señalando como rasgo característico que el patán habla en voz alta.
- El Arrogante: La arrogancia consiste en despreciar a todo el mundo, es el individuo que nunca saluda primero.

La teoría de la tipología se remonta a la antigüedad, así Hipócrates desarrolló una Teoría de los Tipos de la Personalidad, que se basa sobre la predominancia de uno de los cuatro humores o líquidos de los que se suponía estaba compuesto el organismo y que definían su conducta y su manera de ser particular:

- El Humor Sanguíneo: Basado en la sangre, complementario a la primavera húmeda y caliente y relacionado con el elemento aire; Así, el sanguíneo es animado y confiado.
- El Humor Melancólico: Basado en la bilis negra, complementario al otoño seco y frío, relacionado con el elemento tierra; El melancólico es sobrio y triste.
- El Humor Colérico: Basado en la bilis amarilla, complementario al verano seco y caliente y relacionado con el elemento fuego, El colérico es enojado y airado.
- El Humor Flemático: Basado en la flema, complementario al invierno crudo y relacionado con el elemento agua. El flemático es calmo y lánguido.

En aquella época se pensaba que los humores influían en los contornos de la cara y seis siglos después de Hipócrates, Alberto Durero retrató a los cuatro apóstoles como representantes de los cuatro humores:

- * San Marcos como Sanguíneo.
- * San Juan como Melancólico.
- * San Pablo como Colérico.

* San Pedro como Flemático.

Sobre esta teoría y el origen etimológico griego de la palabra carácter que proviene de las palabras acuñación, sello; tiene su origen la Teoría de la Tipología Constitucional que fue propuesta por Kretschmer, quien creía que había una relación entre las personalidades cicloide y esquizoide:

- El Cicloide: Muestra amplias fluctuaciones en el modo del carácter, desde el exaltado hasta el depresivo (psicosis maniaco-depresiva).
- El Esquizoide: Muestra introversión y se retira del contacto con los otros (esquizofrenia).

Por otra parte, surge la Teoría de los Tipos Psicológicos desarrollada por Jung, basada en las características psicológicas, este señala que las relaciones de la persona con el mundo externo pueden ser concebidas de dos maneras:

- En una dirección externa hacia las personas, se relaciona con el extrovertido.
- En una dirección interna hacia la propia persona, que se relaciona con el introvertido.

El extrovertido es caracterizado como una persona cuya atención e intereses se enfocan en su medio ambiente, goza con la compañía de otras personas.

El introvertido por su parte evita a las personas, gusta leer antes que ir a una reunión, por ejemplo.

Posteriormente, Eysenck quien formula su Teoría de los Rasgos, en contraste con la teoría de los tipos que tratan de describir la personalidad según un

número limitado de características, utiliza un gran número de dimensiones que se suponen en su mayor parte comunes a todos los hombres, de esta manera un sujeto puede ser caracterizado como: sociable, atrevido, afirmativo, emocionalmente maduro, modesto, dependiente, plácido y deshonesto.

Con este aporte, Cattell desarrolla una teoría caracterológica de la personalidad en función de rasgos comunes e individuales.

- Los rasgos comunes, son aquellos que aparecen en cantidad mayor en todos los hombres. Estas son disposiciones más generales con las cuales pueden ser comparados los miembros de una población; ejemplo de ello son los hábitos y las actitudes.
- Los rasgos individuales, son las características de conducta que no se encuentran en todas las personas y no pueden existir en más de una persona o individuo; por ejemplo, de acuerdo a sus valores, a sus inclinaciones sociales, religiosas, políticas, teóricas, económicas y estéticas.

Entre las teorías tradicionales se tiene la Teoría de Gordon Allport, para quien la personalidad consiste en rasgos, algunos de los cuales son únicos y otros, que se encuentran en mayor o menor grado en todos los hombres. Este refiere que para comprender mejor la personalidad no solamente debemos estudiar las semejanzas y diferencias que existe entre los individuos, sino también debemos buscar las características únicas en las personalidades individualmente consideradas que se revelan en sus antecedentes. Estos rasgos para él son:

- Rasgos Cardinales: Son aquellos que en la conducta se ven sólo en raras ocasiones.
- Rasgos Centrales: La persona puede ser definida por un número relativamente limitado de rasgos que se evidencia. Para resumirlo de manera entendible serían los rasgos que mencionamos en una carta de recomendación; aquí encontramos lo que llamamos el carácter.
- Rasgos Secundarios: Son los rasgos que entran en juego con menos frecuencia que las disposiciones centrales.

Para Goleman (1998) “el carácter está sustentado en la autodisciplina”; es decir, en el autodomínio, en la capacidad de motivarse y guiarse uno mismo en todas sus actividades humanas mediante la voluntad que permite controlar la razón a la emoción. Desde esta perspectiva, señala la relación existente entre los procesos cognitivos, en especial la percepción social de la realidad y el carácter, a partir de los diversos mecanismos tanto normales como patológicos para adaptarnos a la sociedad y a nuestra realidad mediante lo cual denomina el autoengaño.

Para finalizar, traemos a colación el planteamiento de Ortiz (1997), para quien “el carácter es el componente más superior del sistema de la personalidad”, siendo este sistema exclusivamente humano, pues se establece en la relación social dando lugar a la formación de la moral, los valores, ética, plan de vida y otros procesos de orden superior.

De ahí la importancia del carácter en el aspecto de la vida social de los hombres, que obviamente afecta su equilibrio personal y salud.

Teoría Caracterológica de Renee Lessene

La teoría caracterológica de Renee Lessene es la base del cuestionario caracterológico de Gastón Berger; para éste, el carácter es una entidad innata de la personalidad, relativamente estable en el tiempo y que le permite al individuo adaptarse al medio social.

El Tipo Caracterológico es un constructo teórico a partir del cual se definen las diferentes características que puede tener el carácter en cada individuo. Siguiendo la línea de Le Senne (citado en Vicuña, 1993), quien señala que los tipos caracterológicos son el resultante de la interacción de tres componentes básicos del carácter: emotividad, actividad y resonancia, dependiendo de la intensidad de cada uno de ellos.

A partir de este concepto Berger (Vicuña, 1993) desarrolla sus ocho tipos caracterológicos: Colérico, Pasional, Nervioso, Sentimental, Sanguíneo, Flemático, Amorfo y Apático; cuyas características particulares se detallarán.

Como se ha señalado, Le Senne (Vicuña, 1993) establece que las cualidades innatas al carácter le dan una estructura estable a fin de permitirle afrontar todas las situaciones que se le presentan.

El carácter, de acuerdo a Le Senne, está formado por tres propiedades constitutivas y cinco suplementarias; las ocho son denominadas propiedades fundamentales del carácter.

Las propiedades constitutivas, forman el núcleo caracterológico y sirven para determinar el tipo de carácter; estas propiedades son: Emotividad, Actividad y la Resonancia de las representaciones (Primaria o Secundaria).

Emotividad. Es la capacidad de reaccionar emotivamente ante hechos relativamente insignificantes con facilidad e intensidad. Es la capacidad de conmoción psicológica o impresionabilidad interior (acompañada generalmente de fenómenos motores) ante diversos estímulos.

Actividad: Es la capacidad de pasar de la idea al acto, del plan o proyecto a la ejecución. Es la capacidad de modificar, de actuar.

Resonancia: Es el grado de repercusión en la conciencia de los estímulos presentes o desaparecidos. Es la capacidad de obrar por estímulos presentes o por estímulos ausentes.

Resonancia Primaria (P): Es la repercusión en la conciencia del estímulo mientras está presente o la capacidad de obrar por el estímulo presente.

Resonancia Secundaria (S): Es la repercusión en la conciencia del estímulo ausente o la capacidad de obrar por el estímulo ausente.

Tipos Caracterológicos de Gastón Berger

Los ocho tipos caracterológicos tal como lo señaló Berger (Vicuña, 1993):

Colérico: El carácter colérico tiene como fórmula caracterológica EAP (Emotivo, Activo, Primario). Los sujetos coléricos se caracterizan por ser exuberantes, muy extrovertidas, de buen humor, impulsivos, con iniciativa, aunque inconstantes en el trabajo, orgullosos, cordiales, de inteligencia rápida, práctica y concreta, violento a veces y con capacidad para el mando.

Pasional: También es conocido como carácter apasionado. Tiene como fórmula caracterológica EAS (Emotivo, Activo, Secundario). Las personas pasionales o apasionadas se caracterizan por ser sujetos habitualmente reservados, reflexivos, reaccionan fuertemente, pero con cierto control y dominio sobre sus emociones, poseen mucho amor propio, son muy trabajadores, tenaces en la ejecución de proyectos debido a su alto sentido de la disciplina, su capacidad de organización y de síntesis; por otra parte, son independientes, orgullosos, introvertidos y elitistas.

Nervioso: Este carácter tiene como fórmula caracterológica ENAP (Emotivo, No Activo, Primario). Son sujetos con características de inestabilidad emocional, son cambiantes, presumidos, de maduración lenta, inconstantes, amantes de la renovación, intuitivos, más concretos que abstractos, más subjetivos que objetivos, superficiales, con facilidad para la comunicación, adaptables a grupos; tienden al padecimiento de depresiones neuróticas, amantes del arte en general pues poseen mucha imaginación.

Sentimental: La fórmula caracterológica del carácter sentimental es ENAS (Emotivo, No Activo, Secundario). Las características de los sujetos sentimentales, es ser reservadas, tranquilas, de maduración lenta, lentas pero trabajadoras, les gusta hacer bien las cosas; son serios, disciplinados, auto analistas, prefieren la vida subjetiva; son impresionables, autocríticos, con tendencia a la neurosis obsesiva pues tienden a ser escrupulosos y a adoptar complejos.

Sanguíneo: El tipo caracterológico sanguíneo tiene como fórmula NEAP (No Emotivo, Activo, Primario). Entre las características de los sujetos sanguíneos encontramos el de ser personas extrovertidas, de humor parejo, ávidos de distracción, irregulares en el trabajo, muy apegados a las cosas, de inteligencia viva, rápida, concreta, práctica y utilitaria. Estos sujetos corren el peligro de caer en el mecanismo y la ciclotimia.

Flemático: Este tipo caracterológico presenta como fórmula NEAS (No Emotivo, Activo, Secundario). Los flemáticos son sujetos habitualmente calmados, pausados, introvertidos, de humor parejo, estables emocionalmente, dueños de sí mismos, con gran capacidad para el trabajo, regulares en sus acciones, ordenados, tenaces, amantes del orden, fríos en el trato, serios en la expresión y con el riesgo de llegar al mecanismo.

Amorfo: Su fórmula caracterológica NENAP (No Emotivo, No Activo, Primario). Las personas amorfas son exteriormente inexpresivas, de reacciones

débiles, con poca disposición para el trabajo, propensos al desaliento, empíricos, inemotivos, indecisos; son fácilmente influenciados por el ambiente o entorno.

Apático: Su fórmula caracterológica es NENAS (No Emotivo, No Activo, Secundario). Sus características principales son: habitualmente cerradas, no manifiestan por signos externos ni sus goces ni sus penas, con poca disposición para el trabajo, se desaniman fácilmente, de maduración psicológica lenta; por otro lado, son disciplinados, muy poco inclinados a los valores de tipo intelectual o social, siendo su inteligencia de corte práctica. Muestran actitud indiferente hacia los demás.

Por último, en el país, Vicuña, L. (1979) realizó la baremación en sujetos de 14 a 25 años de edad, haciendo una revisión en 1992, posteriormente fue actualizado en 1998. Pereyra, L (2014) realizó un estudio sobre la confiabilidad de este cuestionario, utilizando método test retest con intervalo de tres meses con un margen de error de 0.01, en una muestra total de 645 en sujetos entre los 15 y 50 años de edad, logrando una validez de Cramer en el grupo total que asciende a 0.89.

Asimismo, hay otros estudios más contemporáneos sobre el Cuestionario de Gaston Berger, Roca C, S, Sinche Z, S. (2019) realizaron una adaptación del Cuestionario de Gastón Berger dirigido a sujetos de 14 A 25 años de edad, en Huancayo, en 380 participantes, logrando un índice de confiabilidad con el valor del alfa de Cronbach que ascendía a 0.946 (permanencia de los ítems), la validez

del cuestionario mediante criterio de jueces de expertos, permitiendo que no se cambiara el sentido real del ítem.

2.3 Justificación

Ante la incidencia de las enfermedades cardiovasculares en el País y estar en aumento la morbimortalidad de ellas, se presenta un Programa Psicoeducativo en los Patrones emocionales, afectivas, conductuales y cognitivas del paciente cardíaco hospitalizado. Existen en la actualidad investigaciones que corroboran características de personalidad asociados a estos patrones psicológicos planteados, por ello, este programa psicoeducativo proyecta educar al paciente a afrontar la enfermedad cardíaca en el conocimiento de sus factores de riesgo primario y secundario psicológico. A su vez, se considera en este programa la intervención de técnicas cognitivo-conductuales, de autocontrol que favorecerán una mejor intervención en el cambio del paciente hacia su mejor estilo de vida.

2.4 Limitación de la Investigación

Esta investigación no puede ser generalizada en sus resultados, debido a que la muestra corresponde a pacientes de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana, que presentan características específicas en su población, nivel socio económico, cultural, académico y /o laboral u otros, así como el diagnóstico médico en particular y al tipo de muestreo no probabilístico que se utilizó.

Una de las limitaciones de esta investigación, es la probable participación de estos pacientes en algún Programa Psicológico similar al propuesto u otros tratamientos multidisciplinarios de algún otro Hospital.

Existe la posibilidad que algunos de los pacientes de la muestra asignada presenten episodios agudos, propios del curso de esta enfermedad cardiaca crónica, que les impida continuar hasta el término del mismo.

2.5 Objetivos

2.5.1 Objetivo General

Determinar la efectividad del Programa Psicoeducativo en los Patrones emocionales, afectivas, conductuales y cognitivas en los pacientes cardiacos con factores de riesgo secundario psicológico en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.

2.5.2 Objetivos Específicos

Identificar la efectividad del Programa Psicoeducativo en los patrones emocionales en el paciente cardiaco.

Identificar la efectividad del Programa Psicoeducativo en los patrones afectivos en el paciente cardiaco.

Identificar la efectividad del Programa Psicoeducativo en las patronas conductuales en el paciente cardiaco.

Identificar la efectividad del Programa Psicoeducativo en los patrones cognitivos en el paciente cardiaco.

Definiciones Operacionales y de Variables

Definiciones operacionales

Programa Psicoeducativo

Es un programa que va a educar al paciente cardiaco en conocer más sobre los factores de riesgo primario y secundario de la enfermedad y del curso de ella , creando una autodisciplina en sus cambios de estilo de vida , a su vez , a través de este programa incidir en los cambios en sus patrones emotivos, afectivo, conductuales y cognitivos que pudieran afectar el tratamiento integral, estos cambios se logran a partir de la aplicación de técnicas y procedimientos cognitivo conductuales .

Patrones Psicológicos.

Patrón Emocional	Dimensión Emotividad y factor Ausencia de represión
Patrón Afectiva	Dimensión resonancia
Patrón Conductual	Dimensión actividad y factor actividad
Patrón Cognitivo	Factor Tensión y factor Ambición

Paciente cardiaco hospitalizado

Es el paciente cardíaco hospitalizado que presenta el diagnóstico médico de: Infarto al Miocardio agudo, insuficiencia cardiaca o angina de pecho.

2.6 Hipótesis

Hipótesis General

El Programa Psicoeducativo tiene un efecto en los patrones emocionales, afectiva, conductual y cognitivas de los pacientes cardiacos que presentan factores de riesgo secundario psicológico.

Hipótesis Específicas

- **Hipótesis Nula:** El Programa psicoeducativo no tiene un efecto en los Patrones afectivos en los pacientes cardiacos con factores de riesgo secundario psicológico.

Hipótesis trabajo: El Programa Psicoeducativo tiene un efecto en los patrones afectivos en los pacientes cardiacos con factores de riesgo secundario psicológico.

- **Hipótesis Nula:** El Programa Psicoeducativo no tiene un efecto en los patrones emocionales en los pacientes cardiacos con factores de riesgo secundario psicológico.

Hipótesis trabajo: El Programa Psicoeducativo tiene un efecto en los patrones emocionales en los pacientes cardiacos con factores de riesgo secundario psicológico.

- **Hipótesis Nula:** El Programa Psicoeducativo no tiene un efecto en los patrones conductuales en los pacientes cardiacos con factores de riesgo secundario psicológico.

Hipótesis trabajo: El Programa Psicoeducativo tiene un efecto en los patrones conductuales en los pacientes cardiacos con factores de riesgo secundario psicológico.

- **Hipótesis Nula:** El Programa Psicoeducativo no tiene un efecto en los patrones cognitivos en los pacientes cardiacos con factores de riesgo secundario psicológico.

Hipótesis Trabajo. El Programa Psicoeducativo tiene un efecto en los patrones cognitivos en los pacientes cardiacos con factores de riesgo secundario psicológico.

2.7 Variables

Variable Independiente:

Programa Psicoeducativo desarrollado en Módulos Emocional, Afectivo, Conductual y cognitivo.

Variable Dependiente

Patrones Emocionales, afectivas, conductuales y cognitivos después de la Aplicación del Programa Psicoeducativo.

Operacionalización de las Variables

Variable	Dimensión	Subdimensión	Indicador
Programa Psicoeducativo	Módulo Emocional	Emotividad	Identificar la emoción personal y la relación con la enfermedad
		Ausencia de represión	Relación de la emoción con su situación actual y su estilo de vida. Manejo de la emoción positiva frente a la enfermedad y su evolución
	Módulo Afectivo	Resonancia	Identifico mis afectos en relación a la enfermedad
			Evaluación y validación de los afectos pensamiento y emociones frente a la enfermedad. Mantener favorable validación afectiva frente a si mismo, su entorno familiar y laboral
Módulo Conductual	Actividad	Identificar y validar actitud positiva frente a la enfermedad Manejo de emoción, afecto y pensamiento favorable frente a los cambios de estilo de vida. Evaluar pensamiento, emociones y afectos en las relaciones interpersonales o de índole laboral.	
Módulo Cognitivo	Ambición Tensión	Identificar tipos de pensamiento y su relación con la enfermedad Identificar los pensamientos en relación a la situación actual de vida y en sus contextos. Vivenciar y mantener los pensamientos con emociones positivas en relación a la enfermedad	
Patrones emocionales, cognitivas, afectivas, conductuales en el paciente cardiaco	Módulo Emocional	Emotividad	10 ítems
		Ausencia de represión	6 ítems
	Módulo Afectivo	Resonancia	10 ítems
	Módulo Conductual	Respuestas Actividad.	10 ítems
Módulo Cognitivo	Tensión Ambición	13 ítems 7 ítems	

III. Metodología

3.1. Nivel y Tipo de Investigación

Este estudio es una investigación de nivel aplicativo, para determinar el efecto de un programa psicoeducativo en los patrones emocionales, afectivos, conductuales y cognitivos en el paciente cardíaco, y proyectarlo en este tipo de población en un contexto médico psicológico. Asimismo, es de tipo experimental, ya que se busca modificar la variable dependiente (Patrones psicológicos) en función de la variable independiente (Vargas, 2009).

3.2. Diseño de Investigación

El presente estudio se desarrolla con un Diseño Cuasi experimental, antes y después, con un grupo control. Este diseño es mayormente utilizado en investigaciones educativas y psicológico, el fin es lograr algún cambio en la conducta de los individuos entre su estado inicial, medido con un pretest, y la situación posterior, después de introducir un tratamiento. (Alarcón, R,2013). asimismo, este diseño es utilizado debido a la imposibilidad de controlar de forma absoluta las variables de estudio (Hernández, Sampieri & Baptista, 2015). El presente estudio compara el efecto de un Programa psicoeducativo en los pacientes cardíacos, antes y después de la aplicación del programa.

3.3. Población y Muestra

En esta investigación, la población son los pacientes cardíacos hospitalizados del área médica de Cardiología y Cirugía Cardiovascular del Hospital Nacional de Lima Metropolitana.

La muestra es de 60 pacientes, que son seleccionados bajo ciertas condiciones, 30 pacientes cardiacos en cada grupo experimental y control; ambos grupos con los mismos factores de riesgo secundario psicológico, Patrón de Conducta tipo A y un Perfil caracterológico Gastón Berger.

El tipo de muestra es no probabilística o predictiva; para la selección a cada uno de los grupos, se designaron a los participantes de acuerdo al ingreso a la fase de hospitalización, día par o impar, hasta completar la muestra.

3.3.1 Criterios de Inclusión y Exclusión

Los criterios de inclusión en los pacientes cardiacos hospitalizados son los siguientes:

- Edad: 43 a 73 años de edad, considerando la incidencia de este grupo de pacientes en la atención hospitalaria.
- Nivel de instrucción: secundaria completa, técnico superior – superior. Este criterio de selección es relevante debido a que los niveles instruccionales facilitan la comprensión para la aplicación de este Programa proyectando los cambios esperados en los objetivos propuestos de la presente investigación.
- Diagnostico medico: Enfermedad cardiaca (angina de pecho, infarto al miocardio agudo, insuficiencia cardiaca)
- Los pacientes tendrán que participar en las 12 sesiones programadas para estar incluidos en el Programa.

- Haber firmado el Consentimiento Informado antes de iniciar el Programa Cognitivo Conductual.

Los Criterios de Exclusión son considerados los siguientes:

- Pacientes cardiacos hospitalizados que reciben atención en psiquiatría.
- Pacientes cardiacos hospitalizados que no concluyan las 12 sesiones del programa por situaciones adversas en el tratamiento médico hospitalario.
- Pacientes cardiacos hospitalizados que hayan asistido a un Programa Psicológico semejante al presente.

3.3.2. Características de la Muestra

A continuación, se presentan los resultados de la muestra de estudio, considerando las características de los participantes.

Tabla 1

Participantes al Programa Psicoeducativo, Control y Experimental.

Grupo	Frecuencia	Porcentaje
Control	30	50.00%
Experimental	30	50.00%
Total	60	100.00%

Tabla 2

Participantes al Programa Psicoeducativo, según género, Grupo Control y Experimental.

Genero	Control		Experimental	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	4	13.33%	7	23.33%
Masculino	26	86.67%	23	76.67%
Total	30	100.00%	30	100.00%

Tabla 3

Grupo de Edades de los participantes en el Programa Psicoeducativo, Control y Experimental.

Edad	Control		Experimental	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
43 - 53 años	7	23.33%	3	10.00%
54 - 63 años	14	46.67%	10	33.33%
64 - 73 años	9	30.00%	17	56.67%
Total	30	100.00%	30	100.00%

Nota: Se observan más participantes en el rango de edad 54 al 63, debido a la incidencia de la enfermedad en este rango de edad asociado a una población económicamente activa.

Tabla 4*Nivel de Instrucción de los participantes, Grupo Control y Experimental.*

Grado de instrucción	Control		Experimental	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria Completa	5	16.67%	9	30.00%
Técnico	2	6.67%	2	6.67%
Superior	23	76.67%	19	63.33%
Total	30	100.00%	30	100.00%

Tabla 5*Ocupacion de los Participantes , grupo Control y Experimental.*

Ocupación	Control		Experimental	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Empleado	30	100.00%	21	70.00%
Cesante	0	0.00%	9	30.00%
Total	30	100.00%	30	100.00%

Tabla 6

Condición clínico Médico de los Participantes en el Programa Psicoeducativo, Control y Experimental Enfermedad

	Control		Experimental	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Post infarto	2	6.67%	0	0.00%
Post operado	25	83.33%	28	93.33%
Post stent	3	10.00%	2	6.67%
Total	30	100.00%	30	100.00%

Nota: se observa que la condición de los participantes, en ambos grupos, es mayor en pacientes post operados, considerando las implicancias que esta tiene en sus patrones psicológicos.

3.4 Instrumentos

A continuación, se describe los instrumentos utilizados para la evaluación de los participantes en ambos grupos, control y experimental.

- **Cuestionario del Patrón de Conducta Tipo A – Tipo B, de Eysenck y Fulker**

En el Perú, León y Romero (1986) realizaron un estudio de validez y confiabilidad de este Cuestionario en una población de adolescentes en una zona deprimida de Lima Metropolitana. Su versión original estuvo constituida por 29 ítems; sus autores, Eysenck y Fulker lo elaboraron para detectar la existencia de

ciertos componentes del tipo A de conducta en los sujetos, los cuales presentan cuatro factores, que son:

Factor I: Tensión “Proceso..... que se manifiesta fisiológicamente en el tono vegetativo, en conexión con la reacción a una necesidad específica, un estado de fatiga en el sentido de una debilitación de capacidades y funciones. (Arnold et al,1979). Este factor es medido por 13 ítems, lo componen los siguientes; 2,3,5,6,8,10,11,14,19,21,22,23,26y 29.

Factor II: Actividad. “..... Comportamiento.... de un organismo o de un individuo humano directamente provocada por las condiciones internas. (Arnold et al, 1979). Es medido con los ítems. 4,13,15,18,20,25,26.

Factor III: Ambición. Deseo intenso por el logro de bienes que prodigan poder y reconocimiento, denotándose a partir de ello, un estado de insatisfacción frente a lo poseído en el presente, Es medido con los ítems, 1,5,7,12,24,25,27

Factor IV: Ausencia de represión. Fenómeno caracterizado por el rechazo a la libre expresión de los sentimientos o pensamientos que cada sujeto realiza en su interior. Es medido por los ítems, 1,4,9,15,16,17.

Los autores plantean cinco posibilidades de respuesta, siempre, casi siempre, regularmente, casi nunca, nunca, a diferencia de la versión original que

solo presenta respuestas de tipo dicotómico (Si/No), Este cambio se considera conveniente debido a que las respuestas se veían muy paramentadas. Esta innovación demostró la validez y confiabilidad requerida.

Para los fines de la calificación del cuestionario se asumió un puntaje del 0 al 4, a través del cual los puntajes altos en la escala en general seria indicativo de mayores niveles en cuanto a la presencia de conducta tipo A en los sujetos. Los índices de confiabilidad demostraron ser aceptables.

Este cuestionario define los conceptos siguientes:

Conducta tipo A. “Complejo activo emotivo que se observa en toda persona agresivamente implicad en una crónica, incesante lucha por conseguir cada vez más, en menos tiempo, en contra de otras personas o de las cosas, por si ello fuera necesario ...”

Conducta tipo B. “Complejo activo – emotivo que se observa en toda persona cuyo desenvolvimiento es sereno y seguro de sí, mostrando un carácter que parece afirmarle y darle seguridad en sí mismo” (Friedman & Rosenman, 1976)

- **Inventario del Perfil Caracterológico de Gastón Berger**

A partir de la teoría de Le Senne, Gastón Berger propuso las tres propiedades constitutivas del carácter (emotividad, actividad y resonancia), a partir de ellas estableció ocho tipos caracterológicos, el cual es el instrumento de la presente investigación.

Las características del Cuestionario.

Este cuestionario está estructurado de tipo verbal – escrito, con respuestas dicotómicas, excepto en los ítems 11 y 26 que tienen tres alternativas y emplea la técnica de elección forzada en todos los ítems.

Consta de 30 ítems, los cuales están distribuidos en orden secuencial a los factores a evaluarse:

Emotivo	No Emotivo	Ítems	1- 10
Activo	No Activo	Ítems	11 – 20
Primario	Secundario	Ítems	21 – 30

El inventario mantiene una confiabilidad del 0.92 a 0.94

A continuación, se mencionan los Tipos Caracterológicos, con sus componentes constitutivos, es importante mencionar que Vicuña, L. (1993) realizó la baremación de este Cuestionario corroborando el beneficio de su uso.

<i>Tipo Caracterológico</i>	<i>Definición del Tipo Caracterológico según sus Propiedades Constitutivas</i>			<i>Fórmula Berger</i>
Colérico	Emotivo	Activo	Primario	EAP
Pasional	Emotivo	Activo	Secundario	EAS
Nervioso	Emotivo	No Activo	Primario	ENAP
Sentimental	Emotivo	No Activo	Secundario	ENAS
Sanguíneo	No Emotivo	Activo	Primario	NEAP
Flemático	No Emotivo	Activo	Secundario	NEAS
Amorfo	No Emotivo	No Activo	Primario	NENAP
Apático	No Emotivo	No Activo	Secundario	NENAS

3.5. Procedimiento

Programa Psicoeducativo

Este Programa enseñara a identificar el patrón emocional, afectivo, conductual y cognitivo en el paciente cardiaco hospitalizado con el objetivo que puedan cambiar en su afronte a la dolencia, al curso de sus evoluciones y al tratamiento al paciente cardiaco hospitalizado, considerando en ello sus cambios de estilos de vida.

Este programa se aplicará en pacientes de 43 a 73 años de edad con diagnóstico de enfermedad cardiaca, con las condiciones psicológicas de un Patrón de Conducta Tipo A y un Perfil Caracterológico Gastón Berger.

Las sesiones son individualizadas; se desarrollarán en un promedio de 45 minutos, dos veces por semana, durante 12 sesiones como máximo. El horario se coordinará con el paciente, evitando interferencias con las evaluaciones médicas.

El procedimiento para la selección de los pacientes cardiacos hospitalizados se desarrolla de la siguiente manera:

- **Fase de selección**

En esta fase se coordina con los servicios de Cardiología Clínica y Cirugía Cardiovascular, para seleccionar a 60 pacientes hospitalizados, considerando los diagnósticos clínicos especificados. Ingresan los pacientes diariamente como hospitalizados y se le realiza la primera entrevista en relación a su diagnóstico médico, manejando los criterios de selección propuestos.

- **Fase evaluativa previa**

Después de haber sido seleccionados, los pacientes son evaluados con los cuestionarios Patrón de Conducta tipo A-B de Eysenck y Fulker y el perfil caracterológico Gastón Berger en el mismo ambiente hospitalario. Se realiza la calificación y el respectivo reporte de los resultados para ingresarlos al Programa.

- **Fase de Selección en Grupo Control y Grupo Experimental**

Los pacientes seleccionados después de la evaluación de los cuestionarios con resultados en el Patrón de Conducta Tipo A y un Perfil Caracterológico específico son designados para el grupo control y el grupo experimental de acuerdo a su ingreso a la hospitalización, días pares pacientes al grupo experimental y días impares al grupo control. Se informa a los pacientes que pertenecen al grupo experimental sobre la aplicación del Programa Psicoeducativo y el desarrollo del mismo. A los pacientes del grupo control se les informa que han sido seleccionados y que recibirán en detalle en tres sesiones el desarrollo de la Intervención Psicológica para un mejor afrontamiento de la dolencia cardíaca a través de material psicológico como manual, folletos, trípticos u otros.

- **Fase del Programa Psicoeducativo**

Se inicia la aplicación del Programa, coordinando con el paciente sobre el horario y explicándole sobre el desarrollo del mismo en los módulos propuestos de acuerdo a los ítems considerados para cada uno de los

patrones Emocionales, Afectivas, Conductuales y Cognitivas. (Anexo E Programa Psicoeducativo)

Previo al inicio del Programa, se le explica sobre el Consentimiento Informado para que responda libremente sobre su aceptación.

Diseño y Elaboración del Programa Psicoeducativo

- Se diseña el Programa considerando los patrones emocionales, afectivos, conductuales y cognitivos del paciente cardiaco, teniendo en cuenta propuestas a los ítems de ambos cuestionarios, así como también la experiencia de la investigadora en temáticas propuestas por los pacientes cardiacos.
- Se presenta el Programa Psicoeducativo, considerando Módulos para cada una de los patrones psicológicos, Emocionales, Afectivos, Conductuales y cognitivos.
- Cada uno de los ítems del Módulo presentan objetivos, metodología, actividad, materiales y logros.
- Una vez terminado el diseño del programa, se propone una Prueba de Jueces para valorar el Programa, esta valoración estará constituida por especialistas en el área clínica y educativo, a partir de la cual se adapta y mejora el programa para que sea más acertado y sutil, y cumpla con los objetivos propuestos.
- Se realiza la mejora en el Programa, de acuerdo a lo sugerido por los Jueces expertos.

- El desarrollo del programa en cada uno de los pacientes es individualizado, se realizará en su ambiente hospitalario, disponiendo un horario adecuado sin interferencia de los horarios de visita o evaluaciones médicas, distanciado de los horarios de la alimentación para su mejor desenvolvimiento.
- El programa tendrá una duración de 12 sesiones, dos veces por semana por 45 minutos aproximadamente cada una.
- En cuanto al desarrollo de las tareas, se evaluará en la siguiente sesión, reforzando así lo aprendido, además de evaluar las tareas propuestas, como la técnica de imaginería, técnica de relajación y otros programados de acuerdo a cada uno de los módulos u objetivos propuestos. (ver Anexo E Programa Psicoeducativo)

Se considera en el programa, lo siguiente:

Objetivos

- Identificar el patrón emocional , afectivo, conductual y cognitivo en el paciente cardiaco.
- Brindar información y aplicar las técnicas cognitivas, conductuales propuestas, reforzando sus recursos personales y validando su proceso de cambio.
- Realizar la reestructuración cognitiva de ideas preconcebidas, creencias y expectativas falsas sobre el procedimiento médico planteado. Discernir sobre las perturbaciones del pensamiento como catastrofismo del proceso y/o magnificación de cualquiera de los componentes.

- Enseñar el auto monitoreo y la autoobservación para reconocer temores, ansiedad u otras respuestas emocionales.

Técnicas psicológicas:

- Aplicación de Técnicas de Autocontrol (Técnicas de relajación muscular o de imaginería, según Schultz).
- Aplicación de las técnicas Racional Emotiva (Identificación de pensamientos racionales e irracionales, debate de los pensamientos irracionales).

Actividades

- Actividades en sesiones programadas de acuerdo a los objetivos propuestos en cada uno de los módulos de los patrones psicológicos.
- Secuencia de actividades relacionadas a los objetivos propuestos expresando, describiendo y desarrollando los cambios propuestos para disminuir, reforzar o incentivar los patrones psicológicos.
- En cuanto al procedimiento estadístico para el procesamiento de los resultados se utiliza el SPSS versión 25, además del tipo estadístico de la t de Student.

3.6 Consideraciones Éticas:

- **Beneficios.** Los pacientes cardiacos hospitalizados después de la aplicación de este Programa Psicoeducativo lograran cambios en su patrón psicológico, emocional, conductual, afectivo y cognitivo en la

identificación y manejo de ellas, brindándoles así una mejor opción para adherirse a un tratamiento integral en esta enfermedad crónica. De la misma manera, los pacientes seleccionados en el grupo control recibirán el mismo tratamiento en un número de dos sesiones programadas después de haber finalizado con el Grupo Experimental.

- **Autonomía.** Los pacientes seleccionados para la muestra experimental son libres de participar en la aplicación de este Programa Psicoeducativo, de la misma manera, también para dejar de participar cuando así lo consideren oportuno. No existe ninguna presión para que se mantengan en el Grupo experimental en el tiempo programado para el mismo.
- **Justicia.** Los pacientes seleccionados han sido designados para esta aplicación sin discriminación alguna; como todo estudio se consideran criterios de inclusión debido a que estas condiciones garantizan la efectividad de la misma, sin desestimar a los demás pacientes en curso que luego reciban también un estímulo educativo – profesional.

IV. Resultados

Para el presente estudio se realiza la prueba de homogeneidad, según Levene, para corroborar si las dos muestras, control y experimental tienen el mismo efecto después de aplicado el tratamiento, con ello se verifica que los resultados sean fidedignos en relación a la hipótesis planteada en la investigación. De acuerdo a ello, se tienen los resultados siguientes:

Tabla 7

Prueba de Homogeneidad

Patrones Psicológicos		Prueba de Levene de igualdad de varianzas	
		F	Sig.
EMOC	Se asumen varianzas iguales	,124	,726
	No se asumen varianzas iguales		
COND	Se asumen varianzas iguales	5,352	,024
	No se asumen varianzas iguales		
COGN	Se asumen varianzas iguales	,014	,906
	No se asumen varianzas iguales		
AFEC	Se asumen varianzas iguales	,013	,910
	No se asumen varianzas iguales		

- Para el patrón “Emocional”, la prueba de Levene evidencia un p valor de 0.726; siendo mayor que el nivel de significancia de 0.05, es decir las varianzas son similares u homogéneas.
- Para el patrón “Conductual”, la prueba de Levene evidencia un p valor de 0.024; siendo menor que el nivel de significancia de 0.05, es decir las varianzas no son homogéneas.
- Para el Patrón “Cognitivo”, la prueba de Levene evidencia un p valor de 0.906; siendo mayor que el nivel de significancia de 0.05, es decir las varianzas son similares u homogéneas.
- Para el Patrón “Afectivo”, la prueba de Levene evidencia un p valor de 0.910; siendo mayor que el nivel de significancia de 0.05, es decir las varianzas son similares u homogéneas.

A continuación, se presenta los resultados de los factores de riesgo secundario psicológicos, Patrón de Conducta tipo A y perfil caracterológico hallados en los grupos pre y post.

Tabla 8

Perfil Caracterológico Gastón Berger del grupo control, pre y post

Perfil caracterológico	Pre test		Post test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Flemático	13	43.33 %	13	43.33 %
Pasional	13	43.33 %	14	46.67 %
Colérico	1	3.33 %	1	3.33 %
Nervioso	1	3.33 %	1	3.33 %
Apático	0	0.00 %	1	3.33 %
Sentimental	2	6.67 %	0	0.00 %
Sanguíneo	0	0.00 %	0	0.00 %
Amorfo	0	0.00 %	0	0.00 %
Total	30	100.00 %	30	100.00 %

Nota. Los pacientes cardíacos en su mayoría presentan un perfil caracterológico flemático y pasional, en el pre y post test, incidiendo en los factores de emotividad, actividad y en resonancia de tipo secundario. de acuerdo a las características del perfil definidas por el autor.

Tabla 9

Perfil Caracterológico Gastón Berger de los pacientes del grupo experimental, pre y post

Perfil caracterológico	Pre test		Post test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Flemático	17	56.67 %	11	36.67 %
Sanguíneo	4	13.33 %	10	33.33 %
Pasional	8	26.67 %	6	20.00 %
Colérico	1	3.33 %	1	3.33 %
Amorfo	0	0.00 %	1	3.33 %
Apático	0	0.00 %	1	3.33 %
Nervioso	0	0.00 %	0	0.00 %
Sentimental	0	0.00 %	0	0.00 %
Total	30	100.00 %	30	100.00 %

Nota. Se presenta incidencia mayor en el perfil caracterológico flemático, presentando factores emotividad, actividad y resonancia secundaria, asociada a las características de un paciente cardiaco.

Tabla 10*Factores del Patrón de Conducta Tipo A-B del grupo control, pre y post*

Factores	Pre test			Post test		
	Media	Desviación estándar	n	Media	Desviación estándar	N
Tensión	27.27	6.79	30	25.40	5.82	30
Ambición	17.10	3.21	30	15.23	3.16	30
Actividad	18.67	3.51	30	17.63	4.06	30
Ausencia de Represión	15.33	2.62	30	15.03	3.76	30
Conducta Tipo A – B	66.60	6.06	30	62.33	7.59	30

Nota. En ambas fases, el factor tensión obtuvo la media más alta corroborando así resultados obtenidos en estudios de Romero, C y León, R. (1989); en el post test, los cuatro factores del Patrón de Conducta Tipo A B no presentan cambios notorios después de la aplicación del Programa.

Tabla 10*Factores del Patrón de Conducta Tipo A-B de Eysenck y Fulker del grupo experimental, pre y post*

Factores	Pre test			Post test		
	Media	Desviación estándar	n	Media	Desviación estándar	n
Tensión	26.63	5.85	30	25.43	7.73	30
Ambición	16.40	3.08	30	15.43	4.35	30
Actividad	19.50	3.26	30	17.73	3.51	30
Ausencia de Represión	16.93	2.66	30	15.27	2.82	30
Conducta Tipo A – B	67.40	6.75	30	62.43	9.27	30

Nota. El factor tensión predominó al obtener la media más alta, en ambas fases, corroborándose estudios anteriores sobre la incidencia de este factor en el Patrón de Conducta Tipo A. La desviación estándar de los factores fluctúa entre 0.16 y 1.88, demostrando una dispersión mínima. Las medias generales en la etapa pre demuestran que los participantes tienden hacia la conducta tipo A ($66 \geq$), mientras que en la etapa post, la tendencia mejora hacia una conducta promedio ($58 - 65$).

Tabla 11

Dimensiones del Cuestionario Caracterológico de Gastón Berger, grupo control, pre y post

Dimensiones	Pre test			Post test		
	Media	Desviación estándar	n	Media	Desviación estándar	n
Emotividad	45.60	20.26	30	44.60	18.98	30
Actividad	76.27	15.29	30	76.63	15.32	30
Resonancia	75.17	11.46	30	75.93	13.44	30

Nota. Las dimensiones actividad y resonancia (secundario mayormente) obtuvieron las medias más altas, revelando el tipo caracterológico predominante en el paciente cardiaco; sin embargo, emotividad obtuvo la media más baja. La desviación estándar fluctúa entre 0.03 y 1.98, demostrando una dispersión mínima.

Tabla 12

Dimensiones del Cuestionario Caracterológico de Gastón Berger en los pacientes del grupo experimental, pre y post test

Dimensiones	Pre test			Post test		
	Media	Desviación estándar	N	Media	Desviación estándar	n
Emotividad	39.07	18.25	30	37.30	21.94	30
Actividad	75.07	10.23	30	79.37	14.00	30
Resonancia	66.87	12.02	30	66.23	15.34	30

Nota. La dimensión actividad obtuvo la media más alta, seguido de la resonancia, manteniendo una equivalencia en sus resultados con el grupo control; asimismo, emotividad obtuvo la media más baja, sin embargo, disminuyó luego del programa en el post test. La desviación estándar fluctúa entre 3.32 y 3.77, demostrando una dispersión mínima.

Tabla 13

Factores del Patrón de Conducta Tipo A-B de Eysenck y Fulker en los pacientes del grupo control, pre y post según grupo de edades

Edad	Factores	Pre test			Post test		
		Media	Desviación estándar	n	Media	Desviación estándar	n
43 - 53 años	Tensión	29.86	6.41	7	26.86	5.90	7
	Ambición	18.00	2.77	7	16.29	2.93	7
	Actividad	18.29	1.89	7	18.00	3.00	7
	Ausencia de Represión	14.43	0.98	7	16.71	2.36	7
	Conducta Tipo A - B	68.14	7.54	7	64.71	8.75	7
54 - 63 años	Tensión	24.71	6.78	14	25.50	5.60	14
	Ambición	17.14	3.25	14	15.00	2.91	14
	Actividad	19.29	2.73	14	18.57	3.82	14
	Ausencia de Represión	15.43	2.98	14	14.64	3.43	14
	Conducta Tipo A - B	64.71	4.97	14	63.43	4.60	14
64 - 73 años	Tensión	29.22	6.34	9	24.11	6.49	9
	Ambición	16.33	3.61	9	14.78	3.83	9
	Actividad	18.00	5.34	9	15.89	4.94	9
	Ausencia de Represión	15.89	2.93	9	14.33	4.97	9
	Conducta Tipo A - B	68.33	6.22	9	58.78	9.77	9

Nota. Se observa que el factor tensión es el predominante en los 3 grupos de edades, más elevado en los pacientes de 43 -53 y 64-73. En el post test se observan cambios más discretos en los otros factores, sin embargo, en los grupos etarios, 43 -54 y 64 -73 muestran cambios en sus puntajes globales del patrón de conducta tipo A B.

Tabla 14

Factores del Patrón de Conducta Tipo A-B de Eysenck y Fulker en los pacientes del grupo experimental, pre y post según grupo de edades

Edad	Factores	Pretest			Post test		
		Media	Desviación estándar	n	Media	Desviación estándar	N
43 - 53 años	Tensión	26.33	2.52	3	23.67	8.62	3
	Ambición	15.33	1.15	3	14.67	8.74	3
	Actividad	19.33	0.58	3	18.67	3.79	3
	Ausencia de Represión	15.33	2.08	3	15.33	2.31	3
	Conducta Tipo A - B	64.33	3.06	3	61.33	9.50	3
54 - 63 años	Tensión	26.30	7.87	10	26.10	8.88	10
	Ambición	15.90	4.15	10	16.10	4.18	10
	Actividad	18.00	3.16	10	15.00	2.26	10
	Ausencia de Represión	16.20	2.82	10	14.70	1.57	10
	Conducta Tipo A - B	65.30	7.54	10	61.50	7.53	10
64 - 73 años	Tensión	26.88	5.12	17	25.35	7.34	17
	Ambición	16.88	2.60	17	15.18	3.81	17
	Actividad	20.41	3.36	17	19.18	3.26	17
	Ausencia de Represión	17.65	2.55	17	15.59	3.47	17
	Conducta Tipo A - B	69.18	6.45	17	63.18	10.54	17

Nota. Igualmente, el factor Tensión en los 3 grupos de edades es predominante. La desviación estándar de los factores fluctúa entre 0.03 y 7.59, demostrando una dispersión significativa. Las medias generales ubican a los participantes entre 43 y 63 años en una conducta promedio (58-65) en ambas etapas, mientras que el grupo de 64 a 73 años cambió la tendencia tipo A ($66 \geq$) hacia una conducta promedio.

Tabla 15

Dimensiones del Cuestionario Caracterológico de Gastón Berger en los pacientes del grupo control, pre y post según grupo de edades

Edad	Dimensiones	Pre test			Post test		
		Media	Desviación estándar	n	Media	Desviación estándar	n
43 - 53 años	Emotividad	39.71	21.02	7	44.29	18.31	7
	Actividad	72.86	22.36	7	80.86	11.71	7
	Resonancia	68.14	11.44	7	80.29	9.21	7
54 - 63 años	Emotividad	45.93	19.27	14	42.36	21.43	14
	Actividad	77.14	12.00	14	73.43	17.85	14
	Resonancia	77.43	12.02	14	76.50	13.75	14
64 - 73 años	Emotividad	49.67	22.46	9	48.33	16.82	9
	Actividad	77.56	15.03	9	78.33	13.89	9
	Resonancia	77.11	9.33	9	71.67	15.68	9

Nota. En los 3 grupos de edades, el factor actividad obtuvo la media más alta en los participantes de 43 a 53 y 64 a 73 años, mientras que los participantes de 54 a 63 años obtuvieron un índice mayor en la dimensión resonancia asociado a un factor secundario del perfil; la emotividad alcanzó el índice más bajo en los 3 grupos. La desviación estándar fluctúa entre 1.14 y 10.65, demostrando una dispersión significativa.

Tabla 16

Dimensiones del Cuestionario Caracterológico de Gastón Berger en los pacientes del grupo experimental, pre y post según grupo de edades

Edad	Dimensiones	Pretest			Post test		
		Media	Desviación estándar	N	Media	Desviación estándar	n
43 - 53 años	Emotividad	39.33	12.22	3	31.33	18.48	3
	Actividad	76.67	4.62	3	79.33	18.48	3
	Resonancia	58.67	7.57	3	52.67	16.17	3
54 - 63 años	Emotividad	34.80	20.47	10	42.30	21.41	10
	Actividad	76.40	11.35	10	85.30	5.54	10
	Resonancia	63.60	10.19	10	64.70	14.14	10
64 - 73 años	Emotividad	41.53	18.21	17	35.41	23.36	17
	Actividad	74.00	10.58	17	75.88	16.13	17
	Resonancia	70.24	12.84	17	69.53	15.29	17

Nota. Se aprecia que la media de la dimensión emotividad disminuyó en los pacientes de 43 a 53 y 64 a 73 años; por el contrario, la dimensión actividad se incrementó en los tres grupos de edades, considerando la presencia ya de la limitación física por el tipo de diagnóstico en este contexto hospitalario.

Tabla 17

Factores del Cuestionario de Patrón de Conducta Tipo A - B de Eysenck y Fulker en los pacientes del grupo control, pre y post según género

Sexo	Factores	Pretest			Post test		
		Media	Desviación estándar	n	Media	Desviación estándar	n
Femenino	Tensión	29.00	12.14	4	28.00	6.93	4
	Ambición	17.50	2.08	4	16.50	2.89	4
	Actividad	20.00	0.82	4	19.00	2.94	4
	Ausencia de Represión	15.00	1.63	4	15.00	2.45	4
	Conducta Tipo A - B	69.50	10.41	4	66.25	5.74	4
Masculino	Tensión	27.00	5.94	26	25.00	5.69	26
	Ambición	17.04	3.38	26	15.04	3.21	26
	Actividad	18.46	3.72	26	17.42	4.22	26
	Ausencia de Represión	15.38	2.76	26	15.04	3.96	26
	Conducta Tipo A - B	66.15	5.30	26	61.73	7.74	26

Nota. Los factores del Patrón de Conducta Tipo A del grupo control muestran cambios homogéneos mínimos en ambos géneros, sin embargo, se mantiene el factor tensión con puntaje más alto, corroborándose la incidencia de este en los resultados obtenidos en estudios anteriores.

Tabla 18

Factores del Patrón de Conducta Tipo A-B en los pacientes del grupo experimental, pre y post según género

Género	Factores	Pretest			Post test		
		Media	Desviación estándar	n	Media	Desviación estándar	n
Femenino	Tensión	27.71	7.52	7	31.43	7.93	7
	Ambición	14.57	3.74	7	15.86	3.93	7
	Actividad	19.00	1.83	7	16.57	2.23	7
	Ausencia de Represión	17.43	2.51	7	16.29	2.29	7
	Conducta Tipo A - B	67.57	8.00	7	68.29	7.50	7
Masculino	Tensión	26.30	5.41	23	23.61	6.83	23
	Ambición	16.96	2.70	23	15.30	4.55	23
	Actividad	19.65	3.60	23	18.09	3.79	23
	Ausencia de Represión	16.78	2.75	23	14.96	2.93	23
	Conducta Tipo A - B	67.35	6.53	23	60.65	9.15	23

Nota. Después del programa, el factor tensión manifiesta un aumento en el género femenino y a su vez, una disminución en el factor actividad. En el género masculino si hay disminución en el factor tensión. En el factor ambición, la media más baja para las mujeres, y ausencia de represión, la más baja para los varones.

Tabla 19

Resultados de las dimensiones del Cuestionario Caracterológico de Gastón Berger en los pacientes del grupo control, pre y post según género

Edad	Dimensiones	Pretest			Post test		
		Media	Desviación estándar	n	Media	Desviación estándar	n
Femenino	Emotividad	40.25	16.70	4	52.00	22.03	4
	Actividad	88.00	4.00	4	71.75	16.30	4
	Resonancia	67.00	13.14	4	77.75	14.34	4
Masculino	Emotividad	46.42	20.92	26	43.46	18.69	26
	Actividad	74.46	15.62	26	77.38	15.36	26
	Resonancia	76.42	10.93	26	75.65	13.57	26

Nota. En la fase pretest, el factor actividad obtuvo la media más alta en las mujeres, descendiendo en el post test; mientras que en los varones ocurre algo similar con emotividad, si bien no es el único factor que desciende, ya que también lo hace resonancia, aunque mínimamente.

Tabla 20

Dimensiones del Cuestionario Caracterológico de Gastón Berger en los pacientes del grupo experimental, pre y post según género

Género	Dimensiones	Pretest			Post test		
		Media	Desviación estándar	n	Media	Desviación estándar	n
Femenino	Emotividad	52.29	15.81	7	42.86	15.14	7
	Actividad	72.86	12.59	7	80.86	13.41	7
	Resonancia	64.29	7.25	7	62.57	16.56	7
Masculino	Emotividad	35.04	17.28	23	35.61	23.65	23
	Actividad	75.74	9.64	23	78.91	14.43	23
	Resonancia	67.65	13.17	23	67.35	15.16	23

Nota. En ambos géneros, la dimensión actividad y resonancia destacan, siendo estas características de un paciente cardiaco, enfatizando que la dimensión resonancia está asociada a un factor secundario relacionado con sus impresiones afectivas. En estos resultados, el género femenino muestra cambios más notorios en la dimensión emotividad, mientras que en los hombres los puntajes se mantienen.

Tabla 21

Efecto del programa en los Patrones Emocional, Conductual, Cognitiva y Afectiva de los pacientes del grupo control, pre y post test

Patrones Psicológicas	Pretest			Post test		
	Media	Desviación estándar	N	Media	Desviación estándar	N
Patrón Emocional	72.87	24.53	30	70.00	21.66	30
Patrón Conductual	94.93	16.79	30	94.27	15.64	30
Patrón Cognitiva	92.27	11.33	30	91.17	14.63	30
Patrón Afectiva	15.33	2.62	30	15.03	3.76	30

Nota. En el grupo control, el patrón conductual obtuvo la media más alta, que responde al factor y dimensión actividad, corroborando estudios anteriores donde actividad es mayor en un Patrón de conducta tipo A. Asimismo, el patrón cognitivo este asociado a factores tensión y ambición del patrón A, destacando en puntajes altos. Asimismo, el patrón emocional presenta puntajes elevados, estos corresponden a una dimensión emotividad y a un factor ausencia de represión. Por el contrario, el patrón afectivo obtuvo la media más baja, corresponde a una dimensión resonancia. La desviación estándar fluctúa entre 1.14 y 3.30, demostrando una dispersión mínima, En todas las respuestas, el grupo control experimentó una variación mínima.

Tabla 22

Efecto del programa en el Patrón Emocional, Conductual, Cognitiva y Afectiva de los pacientes del grupo experimental, pre y post

Patrones	Pretest			Post test		
	Media	Desviación estándar	N	Media	Desviación estándar	N
Patrón Emocional	65.70	21.18	30	62.73	28.05	30
Patrón Conductual	94.57	11.17	30	97.10	14.04	30
Patrón Cognitivo	83.27	13.48	30	81.67	15.08	30
Patrón Afectiva	16.93	2.66	30	15.27	2.82	30

Nota. Se observa que después de la aplicación del programa, los patrones emocionales experimentaron un descenso, seguidas de los patrones cognitivas y afectivas; sin embargo, no llegaron a ser significativos para aprobar el efecto de este programa. Por el contrario, los patrones conductuales experimentaron un incremento en el post test, probablemente debido a las limitaciones en las cuales está sujeto el paciente en este contexto hospitalario. La desviación estándar fluctúa entre 0.16 y 6.87, demostrando una dispersión significativa.

Tabla 23

Aplicación de la Prueba t Student en los patrones afectivos, pre y post test en los pacientes del grupo control

Test	Media	Desviación estándar	n	Diferencia	t	p
Post test	15.03	3.76	30	-0.30	-0.358	0.361
Pre test	15.33	2.62	30			

Nota. En el grupo control, los pacientes no experimentaron cambios en los patrones afectivos ($p > 0.05$).

Tabla 24

Aplicación de la Prueba t Student en el pre y post test de los patrones afectivos en los pacientes del grupo experimental

Test	Media	Desviación estándar	n	Diferencia	t	p
Post test	15.27	2.82	30	-1.66	-2.355	0.011
Pre test	16.93	2.66	30			

Nota. En el grupo experimental, los pacientes hospitalizados experimentaron cambios en los patrones afectivos, logrando un nivel de significancia esperada ($p < 0.05$), aprobando así el efecto del programa psicoeducativo en este patrón, así como, valorar la dimensión resonancia como efectiva para evaluar al paciente cardíaco.

Tabla 25

Aplicación de la Prueba t Student, en el pre y post test del patrón emocional en los pacientes del grupo control

Test	Media	Desviación estándar	n	Diferencia	T	p
Post test	70.00	21.66	30	-2.87	-0.480	0.317
Pre test	72.87	24.53	30			

Nota. El grupo control no experimentó cambios en los patrones emocionales, no logrando el nivel de significancia esperado, $t(p > 0.05)$.

Tabla 26

Aplicación de la Prueba t Student, en el pre y post test del patrón emocional en los pacientes del grupo experimental

Test	Media	Desviación estándar	n	Diferencia	T	p
Post test	62.73	28.05	30	-2.97	-0.462	0.323
Pre test	65.70	21.18	30			

Nota. El grupo experimental no experimentó cambios en los patrones emocionales, no logrando el nivel de significancia esperado ($p > 0.05$).

Tabla 27

Aplicación de la Prueba t Student en el pre y post test de los patrones conductuales en los pacientes del grupo control

Test	Media	Desviación estándar	n	Diferencia	T	p
Post test	94.27	15.64	30	-0.66	-0.159	0.437
Pre test	94.93	16.79	30			

Nota. El grupo control no experimentó cambios en los patrones conductuales, no logrando el nivel de significancia esperada ($p > 0.05$).

Tabla 28

Aplicación de la Prueba t Student para la diferencia de puntajes del pre y post test del patrón conductual en los pacientes del grupo experimental

Test	Media	Desviación estándar	n	Diferencia	T	P
Post test	97.10	14.04	30	2.53	0.774	0.221
Pre test	94.57	11.17	30			

Nota. El grupo experimental no experimentó cambios en los patrones conductuales, no logrando el nivel de significancia esperado ($p > 0.05$).

Tabla 29

Aplicación de la Prueba t Student, en el pre y post test de los patrones cognitivos en los pacientes del grupo control

Test	Media	Desviación estándar	n	Diferencia	t	p
Post test	91.17	14.63	30	-1.10	-0.326	0.373
Pre test	92.27	11.33	30			

Nota. El grupo control no experimentó cambios en los patrones cognitivos, no logrando el nivel de significancia esperado ($p > 0.05$).

Tabla 30

Aplicación de la Prueba t Student en el pre y post test del patrón cognitivo en los pacientes del grupo experimental después de la aplicación del programa psicoeducativo.

Test	Media	Desviación estándar	n	Diferencia	t	p
Post test	81.67	15.08	30	-1.60	-0.433	0.333
Pretest	83.27	13.48	30			

Nota. El grupo experimental no logro cambios significativos en los patrones cognitivos en el post test, observándose un nivel estadístico. ($p > 0.05$).

V. Análisis y Discusión de Resultados

La presente investigación tiene como objetivo determinar la efectividad de un programa Psicoeducativo en los patrones emocionales, afectivos, conductuales y cognitivos, en los pacientes cardiacos hospitalizados con factores de riesgo secundario psicológico, en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana. Considerando el planteamiento del Objetivo General y Objetivos específicos, se obtienen los siguientes resultados:

En el objetivo general, se determina la efectividad del programa psicoeducativo en los patrones afectivos en pacientes cardiacos hospitalizados de un hospital nacional de Lima Metropolitana, logrando el nivel de significancia estadístico cuyo valor es de $p = 0.01$ ($p < 0.05$); sin embargo, no se determinó la efectividad de este programa psicoeducativo en los patrones conductuales, emocionales y cognitivos.

En cuanto a los resultados obtenidos en los objetivos específicos, se logra la efectividad del programa psicoeducativo en el patrón afectivo de paciente cardiaco hospitalizado, el cual responde a su vez, a los estudios realizados por Rocha, Ramírez y Navarro (2012), quienes inciden en la autovaloración del paciente para el manejo de sus afectos, así como el efecto de la participación de la familia como vínculo afectivo en el curso de la hospitalización, desde el ingreso, estancia y otras evaluaciones requeridas.

Con respecto al soporte familiar que tiene el paciente en este Hospital Nacional, se le brinda al familiar un pase regular, porque así lo demanda este tipo de pacientes quienes manifiestan su preocupación y necesidad por la presencia de alguno de ellos, es así, que desde la Unidad de Cuidados Coronarios hasta la Unidad de cuidados generales ,se le permite al familiar su asistencia al paciente cardiaco. El familiar se constituye en un co -participe durante la estancia del paciente, siendo el apoyo afectivo casi permanente, con visitas regulares y siendo los portadores de las evoluciones diarias del paciente.

Asimismo, este patrón afectivo está asociado a la dimensión de resonancia secundaria (perfil caracterológico de Gastón Berger) ; según Le Senne (Vicuña 1993) , conceptualiza esta dimensión como la “Tendencia a las impresiones profundas y duraderas; las cuales debido a la alta resonancia psicológica continúan ejerciendo influencia en la manera de pensar, de actuar (recuerdos, proyectos)y/o de sentir, sin estar presente el estímulo”, por ello, esto guarda concordancia con los resultados obtenidos en la Tabla 9 , grupo experimental pre y post , destacando el perfil caracterológico flemático (No emotivo-Activo- Secundario) , corroborando así que la dimensión resonancia secundaria está presente en este tipo de pacientes en su mayoría.

En un análisis y discusión de estos patrones afectivos, en comparaciones y diferencias con otras investigaciones, se corrobora este estudio con el alcance de Toro – Alonso y Varas (2003) , que plantea el apoyo social como una respuesta afectiva en situaciones de enfermedades crónicas, siendo ésta una variable que prolonga la vida, mejora las condiciones de salud , demostrando ser un factor para un mejor afrontamiento de la enfermedad.

Estudios epidemiológicos corroboran una relación directa entre los niveles bajos del apoyo social e incremento de la mortalidad en las enfermedades cardíacas (angina de pecho e infarto al miocardio), Orth -Gomer y Lindeu (1990); asimismo, se reconoce al apoyo social como un sentimiento de apego, que previene la percepción de soledad que surge cuando no se dispone de este recurso ,Oblitas. L (2004); por ello, el apoyo social se convierte en un factor protector en la morbilidad y mortalidad de la cardiopatía isquémica.

Con respecto a los objetivos específicos, sobre identificar el efecto del programa psicoeducativo en los patrones emocionales, no se demostró el efecto de este programa, a diferencia del estudio de Aghaei et. al. (2015), que en las respuestas emocionales (depresión, ansiedad y estrés), aplicando técnicas cognitivas conductuales, con una modalidad de terapia grupal – ambulatorio, tuvieron resultados positivos y favorables .El presente estudio sin embargo se realiza en pacientes hospitalizados, siendo ésta variable probablemente la que tenga un efecto adverso en este resultado en particular, debido a que, los pacientes están en curso a reacciones emocionales constantes, desde su ingreso al hospital , evaluaciones, y diagnósticos - tratamiento, que inclusive pudiera llegar a situaciones pre quirúrgicas.

Por otro lado, estudios realizados por Lévano, J (1987), identifica las respuestas emocionales y cognitivas altamente correlacionadas con el factor de riesgo secundario psicológico , patrón de conducta tipo A , y que , asociados a una estrategias de afrontamiento en particular , donde los procesos cognitivos serían los encargados de disminuir el grado de trastorno emocional, y otras estrategias cognitivas enfocadas a la emoción estarían dirigidas a aumentar el grado de

trastorno emocional. De ahí que los patrones emocionales y cognitivas estén altamente relacionadas frente a estímulos estresantes, como se presentan en este tipo de pacientes hospitalizados; por ello, ambos patrones, emocional y cognitivo, estarían relacionados para la efectividad o no de este programa psicoeducativo.

En otros estudios contrarios a los resultados obtenidos, Canales Reyes, L. (2011) , aplicando técnicas cognitivas conductuales (la reestructuración cognitiva, relajación, entrenamiento asertivo y solución de problemas) logra una efectividad en ocho sesiones de dos horas cada una en pacientes ambulatorios ; en contraste al presente estudio, se desarrolla el programa en un número mayor de sesiones aunque en menor tiempo de ellas, esta última condición debido a la fase hospitalaria donde se prioriza la demanda de sus evaluaciones medicas diarias, y con respecto a la diferencia en el número de sesiones , se debe a la permanencia de los pacientes , cuando sus evaluaciones o tratamientos son más complejos.

En otros estudios , sobre pacientes ambulatorios, evaluando la eficacia de la intervención psicológica en la Rehabilitación Cardíaca, (Antón Menarquez V, et al. (2018), en una modalidad grupal, durante una hora y media se obtienen resultados favorables en la disminución de las respuestas de ansiedad, ira y depresión ; en contraste , el presente estudio se desarrolla en un contexto hospitalario y en la modalidad individualizada ; además, considerando que en la investigación citada, la intervención es de un equipo multidisciplinario (medico, terapeuta , psicólogos y otros), donde el afronte es reforzado constantemente; además, en la modalidad grupal se permite un modelamiento y moldeamiento de

conductas nuevas y positivas que afiancen esta intervención terapéutica en forma global.

En relación a los resultados obtenidos en estos patrones emocionales , hay que considerar que en los estudios anteriores, los pacientes estaban en una condición de atención ambulatoria , a diferencia de esta muestra con pacientes hospitalizados, siendo más vulnerable y expuesto a diferentes fases que van desde el ingreso a un hospital nacional por un evento cardiaco , la evaluación y el diagnóstico médico que sobre la enfermedad tienen ; además , sometidos a un afrontamiento de procedimientos invasivos como el cateterismo cardiaco u otros de mayor complejidad , sin dejar de considerar , a los pacientes que están en curso a fases pre y post quirúrgico ; es decir, el paciente está cursando por cambios estresantes y sometiéndose al mismo tiempo a respuestas de afrontamiento hacia una enfermedad crónica

En relación a los resultados obtenidos en este patrón psicológico, Rodríguez (2012) evalúa la problemática del paciente cardiaco en sus respuestas emocionales: los conflictos actuales que el paciente manifiesta en los diversos campos de su vida cotidiana, familiar, profesional y social que afectan su estado actual manifestando depresión asociada a ideas de gravedad y muerte,

Es necesario incidir que la muestra de pacientes mantienen la condición de factor de riesgo secundaria psicológico como es , presentar un Patrón de Conducta tipo A , que confirma el planteamiento de Carrasco y López-Ibor (2009), que asocian la respuesta emocional de depresión al perfil del paciente altamente activo

—rasgo característico de este tipo de personalidad— que muestra una tendencia a negar las dificultades, percibir la enfermedad como una limitación de las propias capacidades, sentirse amenazado e inseguro ante una repentina falla del corazón que lo lleva a desarrollar ideas de muerte inminente, agravando este tipo de patrón emocional hacia estados depresivos.

En el Objetivo específico, sobre identificar el efecto del programa psicoeducativos en el patron afectivo, los resultados lograron un nivel significativo en el grupo experimental. Sin embargo, este resultado contrasta al estudio de Norlund et al. (2017), que incluyeron el apoyo social como una respuesta afectiva , aplicando la terapia cognitiva conductual sin lograr reducir variables como estrés, ansiedad somática, agotamiento y depresión. Contrariamente a estos resultados, el presente estudio considera al apoyo social vinculado directamente al estado afectivo (relación familiar, amical, laboral). Autores como Rocha, Ramírez y Navarro (2012) argumentan que este apoyo está caracterizado por el soporte familiar y amical, y que adquiere relevancia para minimizar las sensaciones de muerte, miedo, incertidumbre, soledad y pérdida de las capacidades que experimentan los pacientes durante la hospitalización.

Sobre la importancia de la afectividad , Varela, I. (2011), hace mención, a Marmot y Symet (1976), quienes estudiaron a un grupo de japoneses inmigrantes a Estados Unidos observándose que el grupo de japoneses que muestran mayores ajustes culturales a la población americana presentaban una incidencia de Cardiomiopatía Isquémica marcadamente superior al otro grupo de japoneses que

aun conservaban las costumbres de su grupo étnico de procedencia , conservando sus valores de la cultura japonesa (mayor estabilidad, mayores lazos de la familia extensa y valoración positiva de la ancianidad); este estudio confirma la importancia que tiene el patrón afectivo en una necesidad de apego , de identidad frente a un grupo re relación.

En un estudio sobre “Long life Community, social capital as public health”, publicado en The Journal of Public Health, Kawachi, Kennedy y Lochner, (1997), realizado en Roseto (Pennsylvania, Estados Unidos) , donde presenta una mayor esperanza de vida , una tasa de ataques cardiacos del 40% menor que el promedio general del país, y la menor tasa de mortalidad general y siendo en su mayoría descendientes inmigrantes de Italia , sustentan que ellos se apoyan en una sociedad con los siguientes pilares :

- a. Relaciones sociales intensas
- b. Buen clima de confianza mutua
- c. Alta protección intergeneracional
- d. Distancia social reducía.

Roseto identifica el vínculo entre el apoyo social y salud, el aislamiento o la falta de apoyo social como un factor de riesgo para la mortalidad cardiovascular y en general para la mortalidad prematura.

Asimismo, se ha demostrado que el apoyo social mitiga el efecto de los factores de riesgo psicosociales de la enfermedad cardiaca (Niaura y Goldstein, 1992), ejerciendo un efecto protector con respecto a la morbimortalidad de ésta,

Kamarck y cols. (1990), refieren que este apoyo social puede influir a nivel psicofisiológico moderando los efectos del estrés sobre la reactividad cardiovascular. El autor destaca en sus resultados, el afrontamiento activo percibido por el paciente en su pareja, quien promoverá el ajuste de la enfermedad del paciente, es decir, el afrontamiento activo mejora el ajuste del mismo, sin embargo, no corrobora en este mismo estudio sobre el efecto del apoyo de la pareja y su influencia en la enfermedad, o sobre la satisfacción del apoyo proporcionado por la pareja en el mejoramiento del ajuste a la enfermedad del paciente.

En un encuadre teórico, sobre la relevancia del área afectiva, Pla Vidal, J. y Salvador, J. (2019) enfatizan que el aislamiento social, la falta de amigos, o confidente, así como la percepción que tiene el sujeto por la falta de soporte social, se ha relacionado consistentemente con un riesgo aumentado en el infarto agudo. A su vez, hay estudios que destacan la importancia y valoración de los familiares y amigos en los pacientes, como un recurso en la prevención de alteraciones en las fases de hospitalización – unidad de cuidados intensivos. (Hewitt, J 2002), llegando a mantener una mayor concientización en los pacientes, facilitando así un retorno a su estabilidad integral.

En el objetivo específico, identificar el efecto del programa psicoeducativo en el patrón conductual del paciente cardiaco hospitalizado, se manifiestan resultados adversos, no lográndose los objetivos propuestos.

Estos patrones conductuales están asociados a cambios en el estilo de vida frente a una enfermedad crónica, los mismo que difieren de un estudio sobre la aplicación de la terapia grupal en la calidad de vida, en una muestra de 40 pacientes que presentan enfermedad coronaria, observándose cambios favorables en las respuestas de índole físico y social del grupo experimental, Talaba et. al. (2015).

Por otro lado , estos resultados presentan mayor resistencia en los cambios del patrón conductual , grupo etario de 63 a 73 años , resultado asociado al postulado teórico de Vilaplana (2020), quien señala que la percepción sobre la enfermedad, el fármaco y la información que ellos manejan, influye significativamente y que el factor edad es determinante, pues pacientes mayores a 65 años suelen adherirse menos, probablemente , debido a la persistencia en sus características de patrón de conducta tipo A (factor actividad) , tanto es así, que en la muestra aplicada , los adultos mayores mantenían un nivel de productividad relativa , asociado a su edad , para sentirse útiles en el grupo familiar.

Sobre el efecto de este programa psicoeducativo en el patrón cognitivo, los resultados son adversos, no lográndose los objetivos planteados. En investigaciones similares, estos resultados coinciden con los obtenidos por Rodríguez (2018), quien incluyó en su investigación descriptiva-propositiva, técnicas cognitivas enfocadas en la teoría de Aaron Beck sobre la variable ansiedad en 30 pacientes prequirúrgicos, sin lograr reducir los niveles basado en pensamientos catastróficos, miedo, creencias irracionales, que experimentan previamente a una cirugía compleja. Estos resultados corroboran lo descrito por Beck et al. (2012) asumiendo que los pensamientos negativos tienden a la generalización, la minimización o maximización del problema, la calificación polarizada sin considerar puntos

intermedios, la anticipación de conclusiones, a pesar de las evidencias que demuestran lo errático del pensamiento y de la expectativa de los seres humanos sobre el bienestar que menciona,

En un análisis que realiza, Albert Ellis (1984). el hombre es un ser biopsicosocial que tiene como fines supremos la autorrealización, una vida feliz ; el cumplimiento de objetivos y el proceso para cumplirlos debe procurarles bienestar, evitando malestares que le produzcan pensamientos irracionales que intensifiquen los errores en el procesamiento de la información , sin embargo, en la condición hospitalaria del paciente, en la etapa pre quirúrgica, se estarían generando pensamientos irracionales sobre los efectos de la cirugía en sus facultades mentales y físicas.

Por ello, tanto la investigación de Rodríguez (2018) como la presente, son similares en el tamaño de la muestra y la complejidad de las cirugías obteniendo resultados que inciden aún más en pacientes hospitalizados en fases pre y post quirúrgico , en donde suelen desarrollar ideas negativas sobre la alteración en sus facultades mentales postoperatorias; asimismo , en el extremo de estos patrones , se presentan otros efectos que menciona Lira et al. (2018): delirio y disfunción cognitiva que afectan la percepción que ocasionan pensamiento desorganizado, a pesar que estos sean transitorios.

En resumen, según los objetivos planteados en la presente investigación, se tiene que el programa psicoeducativo obtuvo resultados significativos en los patrones afectivos, sin embargo , no se logró el mismo efecto en los patrones emocionales , conductuales y cognitivas ; se plantea que estos resultados adversos se debe a la condición de los pacientes con un factor secundario psicológico (

Patrón de Conducta Tipo A), considerando , que según estudios anteriores , el factor tensión y actividad destacan en un Patrón de Conducta tipo A .Romero, (1988) ; y que serían para el presente estudio , factores adversos para un mejor resultado óptimo sobre ellas.

Al término de la presentación de este estudio , se comparte el aporte de Caballo (2002), sobre la aplicación de las técnicas cognitivas, conductuales y emocionales , las cuales inciden en el cambio de la conducta del paciente ; las conductas cognitivas trabajan directamente sobre los pensamientos irracionales y los modifica; las conductuales inciden en que el cambio activo de la conducta externa que permitirá atenuar las creencias irracionales y la reducción de la visión negativa atribuida al evento ; las emocionales reducen la tensión emocional y física , favoreciendo indirectamente la erradicación de las creencias en la atención sobre una tarea, imagen o mensaje específico ; sin embargo, en este aporte del autor , no está considerado la terapéutica en los patrones afectivos que son parte del registro de respuestas que presenta un paciente cardiaco, es decir, su relación empoderada, activa y sobre generadora de estrés en los contextos familiar, laboral y hasta social que este estudio valora debido a un análisis cualitativo de las historias psicológicas del paciente, en tal sentido , el aporte de este estudio es innovador, considerando un patrón afectivo diferenciado de los patrones emocionales , que requieran ser identificadas, evaluadas y procesados en un futuro tratamiento psicológico integral para el paciente cardiaco, ambulatorio u hospitalizado.

Por otro lado, los pacientes cardiacos hospitalizados como tal, en condiciones pre y post quirúrgica , están en curso a la manifestación de patrones psicológicos en exceso, que no tienen precedente en investigaciones nacionales, y

que requieren por la incidencia de este tipo de cirugías una valoración en estudios posteriores que incidan en estos patrones emocionales, afectivas, conductuales y cognitivas, a través de programas psicoeducativos que enseñen sobre los factores de riesgo primarios y secundarios que interfieren en un tratamiento integral.

El diseño de programas psicoeducativos facilita la educación en el conocimiento de la enfermedad, y a su vez, en la identificación de estos patrones psicológicos en el paciente cardiaco, desde la aceptación de la enfermedad como tal, o en el manejo personal en contextos laboral, familiar u otros, que son fuente de preocupación, estrés, los cuales serán materia de nuevos proyectos que se materialicen en el tratamiento psicológico del paciente cardiaco hospitalizado.

Este Programa Psicoeducativo incide en educar al paciente, en la exploración, identificación y tratamiento personalizado de sus patrones emocionales, afectivas, conductuales y cognitivos, como parte de la problemática del paciente cardiaco hospitalizado, desde que se inicia en la evaluación, así como en el curso de ella, considerando los procedimientos médicos, fase pre y post quirúrgicos, teniendo en cuenta el diagnóstico médico, factor psicológicos secundario (Perfil caracterológico o Patrón de Conducta Tipo A B) estos últimos asociados a los patrones psicológicos estudiados.

A pesar de los resultados adversos en los patrones emocionales, cognitivos y conductuales, el estudio de este tipo de pacientes cardiacos hospitalizados recién empieza en cuanto a un tipo de atención psicológica especializada; por otro lado, el paciente cardiaco demuestra que el patrón afectivo, es un vínculo y lazo permanente, que trasciende en las etapas de vida más difíciles y complejas como es el afrontamiento a una enfermedad crónica, y al curso de ella, enfatizando así,

la importancia que tiene la aplicación de la Psicología Clínica y de la Salud en el abordaje de un paciente hospitalizado ,con las técnicas y procedimientos requeridos.

VI. Conclusiones

Al término de la investigación, sobre el Efecto del Programa Psicoeducativo en el patrón emocional, afectivo, conductual y cognitivo, en el paciente cardiaco con factores de riesgo psicológico secundario, de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana, se obtienen las siguientes conclusiones en relación a las hipótesis planteadas.

- El Programa Psicoeducativo tiene un efecto en el patrón afectivo en los pacientes cardiacos con factores de riesgo secundario psicológico, logrando un nivel de significancia estadístico esperado ($p < 0.05$), corroborando así que , la dimensión de resonancia del Perfil Caracterológico de Gastón Berger , está respondiendo favorablemente al planteamiento de este programa.
- El Programa Psicoeducativo no tiene un efecto en los patrón emocional en los pacientes cardiacos hospitalizados con factores de riesgo secundario psicológico, rechazando así que la dimensión emotividad y el factor ausencia de represión no responden favorablemente al planteamiento de este programa.
- El Programa Psicoeducativo no tiene un efecto en los patrón conductual en los pacientes cardiacos hospitalizados con factores de riesgo secundario psicológico, rechazándose que la dimensión actividad y el factor actividad no responden al planteamiento del presente programa.

- El Programa Psicoeducativo no tiene un efecto en el patrón cognitivo en los pacientes cardiacos con factores de riesgo secundario psicológico, rechazando así que el factor ambición y tensión no responden al planteamiento de este programa psicoeducativo.

En conclusión, el Programa Psicoeducativo tiene efecto en su aplicación en el patrón afectivo, con un nivel de significancia esperado ($p < 0.05$) en los pacientes cardiacos hospitalizados de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana, corroborando que la dimensión resonancia responde favorablemente al planteamiento del presente programa psicoeducativo.

VII. Recomendaciones

- Se propone aplicar este Programa psicoeducativo, en la modalidad ambulatoria para evaluar estos patrones psicológicos, incentivando con ello en una mejora del tratamiento integral.
- Proyectar este Programa Psicoeducativo con los módulos planteados en el abordaje del paciente cardiaco ambulatorio que ingresan a los programas preventivos, con el objetivo de facilitar un tratamiento integral de una enfermedad crónica desde su etapa inicial.
- Implementar este tipo de Programa psicoeducativo incorporando técnicas psicoterapéuticas de tercera generación, mejorando así el efecto de estas, lo cual redundara en una mejor atención al paciente cardiaco ambulatorio y hospitalizado.

VIII. Referencias Bibliográficas

- Achaea, M.; Samkhaniyan, E.; Mahdavi, A.; Faraji, J. y Roshandel, Z. (2015). Effectiveness of behavioral-cognitive group therapy on depression, anxiety, and stress of patients with coronary heart disease. *Journal of Medicine and Life*, 8(4), 252-257.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=129161717&site=ehost-live>
- Amigo, I. (2012). *Manual de Psicología de la Salud*. Editorial Piramide. Madrid. España.
- Ángeles, M.; Díaz, M.; Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*, Biblioteca de Psicología. Desclee de Brouwer. Bilbao. Barcelona. España.
- Anton, V.; Sempere, J.; Martínez, R. (2015). Eficacia de la Intervención Psicológica en Rehabilitación Cardíaca. Hospital General Universitario de Elche, Alicante, España.
<http://www.elsevier.es/en-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-eficacia-intervencion-psicologica-rehabilitacion-cardiaca>
S1138359318304167
- Arrebola, A. (2015). Factores psicológicos y obesidad: Impacto en pacientes con síndrome coronario agudo. (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, España.
- Berkman, L. F. y Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance and mortality: A nine year follow up: *American Journal of Epidemiology*, 109,186-204.

- Bover, R. (2009). La insuficiencia cardíaca crónica. En A. López Farré y C. Macaya Miguel (1ª ed.), Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA (pp. 359-360). Editorial Nerea, S. A.
- https://www.fbbva.es/wpcontent/uploads/2017/05/dat/DE_2009_salud_cardiovascular.pdf
- Carranque, G. (2004). Entrenamiento autógeno de Schultz: instrucciones (Autorrelajación concentrativa). EFDeportes.com, Revista Digital, 73.
- Carrasco, J. y López-Ibor, J. (2009). Enfermedad cardiovascular y psiquiatría. En A. López Farré y C. Macaya Miguel (1ª ed.), Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA (pp. 613, 615-618). Editorial Nerea, S. A.
- Castillero, L. (2007). Avances en Psicología Latinoamérica. Vol. 25 (1) pp. 52-63. Bogotá, Colombia.
- Dornelas, E. (2008). Hunt et al, (2009); McMurray et al, (2012) Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología 9(1),53-61, junio 2016 Intervención Psicológica como parte del tratamiento integral de pacientes con Insuficiencia cardíaca: Efecto sobre la capacidad funcional. México.
- Eagleston, J., Chesney, M. y Rosenman, R. (1988). Factores psicosociales del riesgo en las enfermedades coronarias: El patrón de comportamiento tipo A como ejemplo. Revista Latinoamericana de Psicología, 20(1), 81-89.
- <https://www.redalyc.org/pdf/805/80520107.pdf>
- Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy. Lyle Stuart.

- Ellis, A. (1984). The essence of RET-1984. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 2(1), 19-25.
<https://link.springer.com/article/10.1007%2F02283005>
- Ellis, A. y Becker, I. (1982). *A guide to personal happiness*. Wilshire Book Company.
- Ellis, A. (2014). *Usted puede ser feliz. terapia racional emotiva conductual para superar la ansiedad y la depresión*. Editorial Paidós, España
- Elmasian, M.; Mikulic, I. (2014). *Avances en la construcción del Inventario de Patrón de Conducta tipo A y D (IPAD)*. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.
- Neimeyer & Mahoney (Ed), *Constructivism in psychotherapy* (pp. 39-67). American Psychological Association.
<https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F10170-002>
- Eysenck y Fulker .(1983). The components of type A behaviour and its genetic determinants. *Personality and individual differences*, 4 (1983), pp. 499-505.
Available via: [http://dx.doi.org/10-1016/0191-8869\(83\)90080-6](http://dx.doi.org/10-1016/0191-8869(83)90080-6)
- Fattah, K., Zulfiqar, F., Hafiz, S., Hafizullah, M. y Gul, A. (2016). Effect of short term psychotherapy on depression in post myocardial infarction patients. *Pakistan Heart Journal*, 49(1), 24-28.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=115835916&site=ehost-live>
- Fernández-Abascal, E., Martín, M. y Domínguez, F. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares.

Psicothema, 15(4), 615-630.

<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1115>

Fernández-Ortiz, A. (2009). Qué es el infarto agudo de miocardio. En A. López Farré y C. Macaya Miguel (1ª ed.), Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA (pp. 259-260, 264-265). Editorial Nerea, S. A. https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE_2009_salud_cardiovascular.pdf

Fiorentino, M. (2004). Universidad Nacional de San Luis, Argentina. Psicología de la Salud y Calidad de Vida. Oblitas, L. coordinador Editorial Thompson, Mexico.57 -81

Friedman, M. y Rosenman, R. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease. *Journal of the American Medical Association*, 169(12), 1286-1296. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/325609>

García Martín, M.; Gómez García, Y.; Milord Fernández, Y. y Herrera Izquierdo, R. (2016). Estados emocionales más frecuentes en pacientes convalecientes de un infarto de miocardio y su relación con el estado de salud cardiovascular. *CorSalud*, 8(1), 38-44.

<http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/95>

Glumac, S.; Kardum, G. y Karanovic, N. (2019). Postoperative Cognitive Decline After Cardiac Surgery: A Narrative Review of Current Knowledge in 2019. *Medicine Science Monitor*, 25, 3262-3270.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6511113/pdf/medscimoni-t-25-3262.pdf>

Goleman, D. (1998). "La Psicología del Autoengaño", Editorial Atlántida S.A., Buenos Aires,

Goleman, D. (1988). "La Inteligencia Emocional", José Vergara Editor S.A., Buenos Aires,

Greenman, Jetté, J., Green-Demers, I. y Grenier, J. (2015). Sad and worried

hearts: a psychological treatment for clinically significant depression, anxiety, and post-traumatic stress in patients with cardiac disease.

International Journal of Clinical Cardiology, 2(3), 1-9.

<https://pdfs.semanticscholar.org/0202/6129bca5ec05aed4b32858d136c109b7803b.pdf>

Holuv Kenan . (1975).

https://www.fbbva.es/wpcontent/uploads/2017/05/dat/DE_2009_salud_cardiovascular.pdf

Iacovella, J. y Troglia, M. (2003). La hostilidad y su relación con los trastornos cardiovasculares. Psico-USF, 8(1), 53

<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v8n1/v8n1a08.pdf>

Jeyantham, K.; Kotecha, D.; Thanki, D.; Dekker, R. y Lane, D. (2017). Effects of cognitive behavioural therapy for depression in heart failure patients: a systematic review and meta-analysis. Heart Failure Reviews, 22, 731-741.

<https://doi.org/10.1007/s10741-017-9640-5>

Kendall, P.; Hollon, S.(1979). Cognitive behavioral Intervention. Theory Research and procedures. New York. Academic Press.

- Khalil, A.; Hafiz, S.; Iqbal, A.; Aman, R.; Iqbal, H.; Zafar, A. y Gul. (2018).
Effect of psychotherapy on depressed patients with coronary artery disease
(CAD). *Pakistan Heart Journal*, 51(4), 342-346.
[http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=135269
163&lang=es&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=135269163&lang=es&site=ehost-live)
- Laham, M. (2007). La psico cardiología en el tratamiento de la persona coronaria.
5to. Congreso virtual de Cardiología. Recuperado de: [http://
www.fac.org.ar/qcvc/llave/c031e/lahamm.pdf](http://www.fac.org.ar/qcvc/llave/c031e/lahamm.pdf).
- León, R.; Sirlopu, D. (1996). Validación de la Escala de Hostilidad de Cook y
Medley en un grupo de estudiantes universitarios de Lima Metropolitana.
Revista de Neuro psiquiatría.
- Lévano, J. (2003). El patrón de conducta tipo A y tipo B y los estilos de
enfrentamiento al estrés en una muestra de personal militar [Tesis de
maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Lima, Perú
<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/2729>
- Lilly, L. (2016) *Cardiología. Bases Fisiopatológicas de las cardiopatías* . Sexta
Edición. Editorial Wolters Kluwe, Barcelona, España
- Lira, D.; Mar, M.; Montesinos, R.; Herrera, E.; Cuenca, J.; Castro, S. y Custodio,
N. (2018). Una complicación quirúrgica escasamente sospechada: la
disfunción cognitiva postoperatoria. *Revista de Neuropsiquiatría*, 81(2),
113-121. <https://doi.org/10.20453/rnp.v81i2.3339>
- Mahoney, M. (1995). Continuing evolution of the cognitive sciences and
psychotherapies.

- Mannot, M. G. y Syme, S. L. (1976). Acculturation and coronary heart disease Japanese. *American Journal of Epidemiology* 104, 225- 243
- Martín, M., Vega, M., Vázquez, M., García, F. y Álvarez, E. (2015). Programa de rehabilitación cardíaca: estudio de la eficacia del tratamiento psicológico sobre el estado de ánimo. *Revista Iberoamericana de Psicopatología Clínica, 114*, 13-22. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5208725.pdf>
- Martínez, R. (2014). Tratamiento cognitivo conductual para enfermos cardiovasculares, tesis doctoral, España.
- Martorell, J. (2014). *Psicoterapias. Escuelas y conceptos básicos*. Ediciones pirámide. España.
- Ministerio de Salud (MINSA) (2019). Análisis de la situación de Salud del Perú, 2019. Recuperado de https://www.dge.gob.pe/portal/does/asis/Asis_peru19.pdf.
- Moreno, M. y Interrial, G. (2012). Percepción del paciente acerca de su bienestar durante la hospitalización. *Index de Enfermería*, 21(4), 185-189.
- Moyano, E.; Icaza, G.; Mujica, V.; Núñez, L.; Leiva, E.; Vásquez, M. y Palomo, I. (2011). Patrón de comportamiento tipo A, ira y enfermedades cardiovasculares (ECV) en población urbana chilena. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(3), 443-453. <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v43n3/v43n3a05.pdf>
- Lévano, J. (1986). El Patrón de Conducta Tipo A y tipo B y los estilos de afrontamiento al estrés en una muestra de personal militar. Facultad de Psicología. Unidad de Post. Grado U.N.M.S.M., Lima, Perú.

- Niaura, R y Goldstein, M. G. (1992). Psychological factors affective physical condition. Cardiovascular disease. Literature review. Part II Coronary artery disease and sudden death and hypertension. *Psychosomatics*, 33, 146-155.
- Norlund, F.; Olsson, E.; Pingel, R.; Held, C.; Svärdsudd, K.; Gulliksson, M. y Burell, G. (2017). Psychological mediators related to clinical outcome in cognitive behavioural therapy for coronary heart disease: A sub-analysis from the SUPRIM trial. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24(9), 917-925. <https://doi.org/10.1177/2047487317693131>
- Oblitas, L. (2017). *Psicología de la salud y calidad de vida*. (4ª ed.). Cengage Learning Editores, S.A.
https://issuu.com/cengagelatam/docs/oblitas_issuu
- OMS (2011). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva: World health organization.
- Orellano, C. (2015). Factores de riesgo psicológico en pacientes con enfermedad cardiovascular. *Perspectivas en Psicología*, 12(1), 52-56.
<https://www.redalyc.org/pdf/4835/483557806007.pdf>
- Ortiz, C P. (1997). “La Formación de la Personalidad: Algunos aspectos de Interés Psicopedagógico”, Secretaria de Cultura del Colegio de Doctores en Educación del Perú, Lima .
- Palomino, B.; Ramos, G. (2019). Patrón de Conducta tipo A B y modos de afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedades cardiovasculares del Hospital Base II Huánuco.

- Plá, J; Salvador, J. (2006). Aspectos psicológicos en las enfermedades cardiovasculares. Sociedad Española de Cardiología. Recuperado de: <http://secardiologia.es/images/puglicaciones/libros/2006-sec-monografia-aspectos-psicologicos.pdf>.
- Peláez Hernández, V.; Orea-Tejeda, A.; Domínguez, B.; Figueroa, C.; Díaz, L.; Pablo, R. y Martínez, C. (2016). Intervención psicológica como parte del tratamiento integral de pacientes con insuficiencia cardíaca: efecto sobre la capacidad funcional. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 9(1), 53-61.
<https://reviberopsicologia.iberu.edu.co/article/view/rip.9105>
- Pereyra, J. (2015). Revisión del Cuestionario Caracterológico de Gastón Berger. Un Estudio de validez y confiabilidad. Universidad Cesar Vallejo.
- Rivara, G.; RuiZ, E. y Lizaraso, F. (2014). Factores de riesgo cardiovascular. En E. Ruiz Mori (1ª ed.), *Riesgo y prevención cardiovascular* (pp. 15-39). Autoedición. <http://www.sscardio.org/wp-content/uploads/2016/11/RIESGO-CARDIOVASCULAR-V44-copia.pdf> y <http://anmperu.org.pe/?q=node/587>
- Rocha, M.; Ramírez, O.; Navarro, A., (2012). Percepción de apoyo familiar en un grupo de pacientes con diagnóstico de infarto al miocardio agudo. <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.1405887> 1p.2012.3.32318.
- Rodríguez, T. (2012). Factores emocionales en el abordaje de las enfermedades cardiovasculares. Valoración actualizada desde la Psicocardiología. *Revista Finlay*, 2(3), 202-214.
<http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/132>

- Rodríguez Lizano, J. (1996). La noción de personalidad en René Lesenne [Tesis doctoral, Universidad de Navarra].
<https://core.ac.uk/download/pdf/83563172.pdf>
- Rodríguez, A. (2018). Propuesta de un programa cognitivo conductual para reducir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica de una clínica de Chiclayo, 2017 [Tesis de maestría, Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo].
<https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/7757/BC-2051%20RODRIGUEZ%20RAMOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rodríguez, T. (2007). Estrategia de atención psicológica a pacientes con infarto agudo de miocardio en fase hospitalaria. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cienfuegos, Cuba.
- Rodriguez-Marin, J.; Pastor, M.; López-Roig, S. (2014). Afrontamiento, Apoyo social, calidad de vida y enfermedad.
<http://hdl.handle.net/20.500.12799/2872>. Universidad. Pscotherma, vol 5, suplemento, pp.349-72
- Romano, W. (2001). Psicología y Cardiología. Encuentros posibles. Editorial Librería Casa del psicólogo. Sao Paulo, Brasil.
- Romero, C. y León, R. (1989). Conducta Tipo A en un grupo de adolescentes de una zona de privada en Lima Metropolitana: Un estudio con el Inventario de Eysenck y Fulker. Revista Latinoamericana de Psicología, Vol. 21 – 3, 349-362, Lima, Perú.

- Romero, C. (1989). Un estudio acerca de la validez y la confiabilidad del cuestionario de conducta tipo A – tipo B de Eysenck y Fulker. Tesis de licenciatura, Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú.
- Rosenman, R. y Friedman, M. (1961). Association of Specific Behavior Pattern in Women with Blood and Cardiovascular Findings. *Circulation* 24 (5), 1173-1184. <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.CIR.24.5.1173>
- Ruiz, E. y Zubiato, M. (2014). La enfermedad cardiovascular, un problema de Salud Pública. En E. Ruiz Mori (1ª ed.), Riesgo y prevención cardiovascular (pp. 5-8). Autoedición. <http://www.sscardio.org/wp-content/uploads/2016/11/RIESGO-CARDIOVASCULAR-V44-copia.pdf> y <http://anmperu.org.pe/?q=node/587>
- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Desclée De Brouwer, S.A. <https://serproductivo.org/wp-content/uploads/2017/09/Manual-de-Tecnicas-Cognitivas-Conductuales-Marta-Isabel.-C.pdf>
- Sender, R.; Valdés, M.; Riesco, N. y Martín, M. (1993). El patrón A de conducta y su modificación terapéutica. Martínez Roca.
- Sierra, J.; Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-Estar e Subjetividade, Fortaleza*, 3(1), 10-59. <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
- Simon, M. (1993). Psicología de la Salud, Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención, pág. 21-39. Ediciones Pirámide. Madrid, España Sociedad Española de Cardiología (2006), Aspectos Psicológicos en las Enfermedades cardiovasculares. Recuperado de:

<http://secardiologia.es/images/publicaciones/libros/2006-sec-monografia-aspectos-psicologicos.pdf>

Talebi, A.; Bahraminasab, M.; Samkhaniyan, E.; Moini, F. y Kazemi, K. (2015). Effectiveness of behavioral-cognitive group therapy on improvement of quality of life of patients with coronary heart disease. *Journal of Medicine and Life*, 8(4), 301-306.

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=129161725&site=ehost-live>

Trivi, M.; Diez, M. (2020). *Manual de Cardiología Clínica*. Ediciones Journal. Buenos Aires, Argentina.

Valdez, M.; De Flores, T. (1985). *Psicobiología del estrés*. Martínez Roca, Madrid

Varela, I. (2011). *Apoyo Social y Afrontamiento en enfermedades cardiacas*. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología. Madrid

Vicuña P.; Luis, A. (1993). "Cuestionario Caracterológico de Gastón Berger", Primer Edición. Ediciones Hugo Núñez. Lima, Perú.

Vilaplana, C. (2020). *Problemas de adherencia al inicio de tratamientos para la enfermedad cardiovascular y diabetes [Tesis doctoral, Universidad de Barcelona]*.

https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/671444/CVC_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Yuan, S. y Lin, H. (2019). Postoperative Cognitive Dysfunction after Coronary Artery Bypass Graftin. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, 34(1), 76-84. <https://cdn.publisher.gn1.link/bjcvvs.org/pdf/v34n1a14.pdf>

ANEXOS

H.N.E.R.M.
Serv. Cardiología.

CUESTIONARIO

Nombre : _____ Fecha : _____

ÍTEMS	S	CS	R	CN	N
01. <i>¿Es Ud. una persona ambiciosa y esforzada?</i>					
02. <i>¿Toma Ud. las cosas como vienen, sin disgustarse mucho por ello?</i>					
03. <i>¿Le interesa que otra gente sepa que Ud. ha hecho bien un trabajo?</i>					
04. <i>¿Le disgusta que los demás lo apuren?</i>					
05. <i>¿Necesita Ud. de constantes reconocimientos para poder avanzar en el trabajo?</i>					
06. <i>¿Puede Ud. esperar tranquilo, sin impacientarse?</i>					
07. <i>¿Tiene Ud. ambiciones de ascender socialmente?</i>					
08. <i>¿Realiza Ud. una sola cosa en vez de hacer muchas cosas a la vez?</i>					
09. <i>¿Es Ud. conciente de las presiones del tiempo, de citas y acuerdos?</i>					
10. <i>¿Es Ud. un conversador clamado y tranquilo?</i>					
11. <i>¿Le molestan las cosas y las personas?</i>					
12. <i>¿Se encuentra Ud. satisfecho con sus actividades actuales, sin tener mayores ambiciones?</i>					
13. <i>¿Logra hacer las cosas rápidamente?</i>					
14. <i>¿Se considera Ud. una persona fácil de tratar?</i>					
15. <i>¿Se considera Ud. una persona de acción?</i>					
16. <i>¿Expresa Ud. sus sentimientos libremente?</i>					
17. <i>Bajo situaciones de tensión o de fuertes presiones. ¿Hace Ud. algo por evitar dichas situaciones?</i>					
18. <i>¿Se considera Ud. Una persona que empieza las cosas pero que no las acaba?</i>					

19. <i>¿Le molesta ser interrumpido en su trabajo?</i>					
20. <i>¿Siente que tiene menos energías que el resto de la gente?</i>					
21. <i>¿Odia hacer colas?</i>					
22. <i>¿Se amarga Ud. fácilmente?</i>					
23. <i>¿Es Ud. Alguien que toma su tiempo para hacer las cosas o vive deprisa?</i>					
24. <i>¿Prefiere no competir con los demás?</i>					
25. <i>¿Cree Ud. Que hace mas esfuerzos que los de mas para finalizar las cosas?</i>					
26. <i>¿Es Ud. Lento en sus movimientos?</i>					
27. <i>¿Le gusta la competencia y esforzarse por tratar de ganar?</i>					
28. <i>¿Los demás lo consideran una persona calmada y fácil de tratar?</i>					
29. <i>¿Es Ud. Impaciente e interrumpe a la gente cuando no va directamente al grano?</i>					

Cuestionario del Perfil Caracterológico de Gastón Berger

21. ¿Está Ud. a menudo guiado en su acción por la idea de un porvenir lejano (ahorrar para la vejez, acumular o reunir materiales y datos para un trabajo a largo plazo, etc.) o por las consecuencias lejanas que puede tener? (9)
o ¿Se interesa especialmente por los resultados inmediatos? (1)
22. ¿Preveé Ud. "todo lo que puede hacer" y se prepara cuidadosamente para cada caso (por ejemplo, en ocasión de sus viajes o paseos hace equipajes minuciosos, estudios de itinerarios, previsión de posibles accidentes, etc.)? (9)
o ¿Prefiere atenerse a la inspiración del momento? (1)
23. ¿Tiene Ud. principios estrictos a los que trata de ceñirse? (9)
o ¿Prefiere adaptarse a las circunstancias con flexibilidad? (1)
24. ¿Es Ud. constante en sus proyectos? ¿Termina siempre lo que ha comenzado? o ¿Abandona con frecuencia una tarea antes de terminar empezándolo todo sin concluir nada? (1)
25. ¿Es Ud. constante en sus simpatías (continúa con sus amistades de infancia o frecuente regularmente a las mismas personas y los mismos círculos)? (9)
o ¿Cambia a menudo de amigos (dejando por ejemplo, sin razón alguna de ver a personas que antes frecuentaba)? (1)
26. ¿Después de un exceso de cólera o después de una afrenta se reconcilia con su circunstancial enemigo? (1)
o ¿Durante cierto tiempo permanece de mal humor? (5)
o más aún, ¿Es difícil de reconciliar (resentimiento persistente)? (9)
27. ¿Tiene Ud. hábitos sumamente estrictos a los que esta apegado? ¿Se siente atraído por el retorno regular de ciertos hechos? (9)
o ¿Siente horror por todo lo que es habitual o previsto de antemano, siendo para Ud. lo espontáneo un elemento esencial de su vida? (1)
28. ¿Le gusta el orden, la simetría, la regularidad? (9)
o bien ¿El orden le parece aburrido y siente la necesidad de encontrar por doquiera huella de fantasía? (1)
29. ¿Preveé con antelación el empleo de su tiempo y de sus fuerzas? ¿Es amigo de hacer planes fijos, horarios y trazar programas? (9)
o ¿Se lanza a la acción sin regla precisa, fiada de antemano? (1)
30. ¿Cuando ha adoptado una opinión se aferra a ella con obstinación? (9)
o ¿Se convence fácilmente de lo contrario y se deja seducir por la novedad de una idea? (1)

CUESTIONARIO CARACTEROLOGICO DE GASTON BERGER

Adaptación: Luis A. Vicuña Perí

HOJA DE RESPUESTA

APELLIDOS Y NOMBRES:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: EDAD: FECHA DE HOY: / /

SEXO: GRADO DE INSTRUCCION:

CENTRO DE ESTUDIOS:

DOMICILIO:

EVALUADOR:

PUNTAJES DIRECTOS: EMOTIVIDAD ACTIVIDAD RESONANCIA

FORMULA CARACTEROLOGICA:

TIPO CARACTEROLOGICO:

DESCRIPCION Y RECOMENDACIONES:

INSTRUCCIONES

Esta es una prueba que le ayudará a conocerse mucho mejor. Para conseguirlo, solo tendrás que contestar las preguntas indicando tu respuesta de la siguiente manera:

Al final de cada grupo de respuestas hay un número (1, 5 ó 9), deberás elegir la respuesta que mejor describa una característica tuya y luego marcar con una "X" el número correspondiente en la hoja de respuestas.

Ejemplo: ¿Le gusta salir a pasear con sus amigos? 9
¿Prefiere salir solo (a)? 1

De esta manera responderás a todas las preguntas, de la forma más sincera posible, recuerda que de ello depende el mejor conocimiento de tu carácter.

- ¿Toma Ud. a pecho las pequeñas cosas cuya importancia sin embargo sabe que es mínima? ¿Se transforma a veces por insignificancias? (9)
 o ¿Sólo le perturban los acontecimientos graves? (1)
- ¿Se entusiasma o se indigna con facilidad? (9)
 o ¿Acepta Ud. tranquilamente las cosas tal como son? (1)
- ¿Es Ud. susceptible, se siente herido (a) fácilmente y de manera profunda por una crítica algo viva o por una observación poco amable o burlesca? (9)
 o ¿Sopporta las críticas sin sentirse menoscabado? (1)
- ¿Se turba con facilidad ante un suceso imprevisto? ¿Se sobresalta cuando lo llaman intempestivamente? ¿Pálidece o se ruboriza con facilidad? (9)
 o ¿No se desconcierta Ud. sino muy difícilmente? (1)
- ¿Se acalora Ud. al hablar? ¿Eleva la voz en una conversación? ¿Siente la necesidad de emplear términos violentos o palabras demasiado expresivas? (9)
 o ¿Conversa Ud. con calma, sin prisas, de una manera reposada? (1)
- ¿Se siente Ud. angustiado frente a una tarea nueva o ante perspectiva de cambio? (9)
 o ¿Afronta Ud. la situación con serenidad? (1)
- ¿Pasa Ud. alternativamente de la exaltación al abatimiento, de la alegría a la tristeza y viceversa, por tonterías y aún sin razón aparente? (9)
 o ¿Es de humor constante? (1)
- ¿Se siente frecuentemente perturbado con dudas y escrúpulos, frente a actos sin importancia? ¿Conserva Ud. a menudo en la mente un pensamiento completamente inútil y que lo hace sufrir? (9)
 o ¿No conoce más que por excepción este penoso estado de preocupación? (1)
- ¿A veces Ud. experimenta estados de miedo que le impiden realizar cualquier movimiento, o timidez que no le deja articular una sola palabra? (9)
 o ¿Por lo contrario, jamás los ha experimentado? (1)
1. ¿Se siente con frecuencia desgraciado? (9)
 o ¿Está generalmente contento de su suerte, y aún cuando las cosas no sucedan como Ud. quiera, piensa más en lo que será menester cambiar que en sus propios sentimientos? (1)

11. ¿Suele usted ocuparse activamente durante sus horas libres (estudios suplementarios, alguna acción social, trabajos manuales o en cualquier tarea voluntaria)? (9)
 o ¿Para largos ratos sin hacer nada, soñando, meditando o simplemente distrayéndose (con lecturas entretenidas, escuchando la radio, etc.)? (1)
12. ¿Lleva a cabo inmediatamente y sin dificultad lo que ha decidido hacer? (9)
 o ¿Necesita usted realizar mucho esfuerzo para pasar de la idea a la acción, de la decisión a la acción? (1)
13. ¿Se siente estimulado por las dificultades y motivado por la idea del esfuerzo a realizar? (9)
 o ¿Se desanima usted fácilmente ante las dificultades o ante una tarea que se anuncia demasiado ardua? (1)
14. ¿Prefiere usted pasar a la acción directamente o por lo menos forjar proyectos que realmente lo preparen para el porvenir? (9)
 o ¿Le gusta soñar y meditar, ya sea sobre el pasado o sobre el futuro, o también acerca de cosas puramente imaginarias? (1)
15. ¿Hace usted lo que tiene que hacer enseñuida y sin que le cueste mucho (por ejemplo, escribir una carta, arreglar un problema, etc.)? (9)
 o ¿Se siente inclinado a postergar las cosas? (1)
16. ¿Toma usted decisiones rápidamente, aún en los casos difíciles? (9)
 o ¿Es indeciso y vacila generalmente por largo tiempo? (1)
17. ¿Es usted movedido e inquieto (gesticula, se levanta súbitamente de su silla, va y viene por la habitación, etc.) en ausencia de toda emoción viva? (9)
 o ¿Esta generalmente quieto cuando una emoción no lo agita? (1)
18. ¿Jamás vacila usted al emprender una transformación útil cuando sabe que exigirá un gran esfuerzo de su parte? (9)
 o ¿Retrocede ante el trabajo a realizar y prefiere contentarse, por dicha causa, con el estado de cosas en el que se encuentra? (1)
19. Cuando han impartido instrucciones para una determinada tarea, ¿Vigila su realización de cerca, asegurándose que todo quede bien hecho en las condiciones y en el momento requerido? (9)
 o ¿Se desentiende de la ejecución con el sentimiento de haberse desembarazado de una preocupación? (1)
20. ¿Le gusta más actuar que observar pasivamente, resultándole aburrido el simple espectáculo? (9)
 o ¿Prefiere Ud. mirar que hacer (siente placer por ejemplo, en observar a menudo y largamente el desarrollo de un juego que no practica? (1)

Consentimiento para participar en un Estudio de Investigación Adultos

Institución: Hospital Nacional de Lima Metropolitana
Investigador: María Adela Matos Figueroa
Título: “Efecto de un Programa Psicoeducativo en el patrón emocional, afectivo, conductual y cognitivo en pacientes cardiacos hospitalizados con factores de riesgo secundario, en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana”

Propósito del estudio:

Le estamos invitando a participar en un estudio llamado: Efecto del Programa psicoeducativo en el patron emocional, afectivo, conductual y cognitivo en pacientes cardiacos hospitalizados con factores de riesgo secundario en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana. Se realiza este estudio en pacientes cardiacos de este Hospital que hayan sido evaluados previamente con dos Cuestionarios Psicológicos. En este programa se incluirá en su desarrollo las técnicas Cognitivas Conductuales en el patron emocional, afectivo, conductual y cognitivo de los pacientes cardiacos para identificarlos y modificarlos en su excesos o déficit y así contribuir para un tratamiento integral aunado al tratamiento médico en el estadio de la dolencia cardiaca que tuviera el paciente. El tratamiento psicológico se realizará individualmente en el ambiente de hospitalización.

Procedimientos:

Si Usted acepta participar en este estudio se aplicara este Programa Psicoeducativo en los patrones psicológicas ya mencionadas, las cuales van a ser primero identificadas, luego intervenidas para modificarlas , en su aumento o disminución de ellas, patrones emocionales, afectivas, conductuales y cognitivos , que de alguna manera estarían interviniendo negativamente para el logro de un mejor afrontamiento a la enfermedad , al mismo tiempo van a lograr un tratamiento integral y exitoso en el manejo de su dolencia en el estadio en el que estuviera.

Riesgos:

- No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio.
- La Aplicación de este Programa Psicoeducativo en el patron emocional, afectivo, conductual y cognitivo, se desarrollará en 12 sesiones individualizadas que permitirán observar la efectividad del programa.

Beneficios:

- Usted se beneficiará en la aplicación de este Programa Psicoeducativo pues de acuerdo al avance se le informará de manera personal y confidencial los resultados que se obtengan durante la aplicación del mismo.
- Los costos de este procedimiento serán cubiertos por este Estudio, no ocasionándole ningún gasto.
- Así mismo, sobre los seleccionados para este estudio recibirán la Aplicación de este Programa psicoeducativo en sus patrones psicológicas mencionadas, pero asimismo los otros pacientes seleccionados y que no reciban este Programa, recibirán sesiones de intervención donde se le brindara un folleto de la intervención psicológica en los patrones emocionales, afectivas, conductuales y cognitivos que están afectando una mejor intervención integral en el tratamiento médico.

Costo e incentivos:

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar en una investigación que servirá para lograr un tratamiento integral.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento. La información de sus resultados será guardada y usada posteriormente para estudios de investigación beneficiando al mejor tratamiento integral en el paciente cardiaco.

Derechos del paciente:

Si Usted decide participar en el estudio, puede retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor, pregunte al personal del estudio. Sra. Psic. María Adela Matos Figueroa.

Si Usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, remitirse a la U.P.C. H.

Consentimiento

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participio en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante
Nombre
DNI:

Fecha

Testigo
Nombre
DNI:

Fecha

Investigador
Nombre
DNI :

Fecha

Material del Programa

Protocolo de Relajación - Visualización

“Cuando se sienta cómodo (a) cierre los ojos suavemente, deje caer los párpados sobre sus ojos...suavemente...tranquilamente respire suavemente...dejando que su vientre se relaje Se distienda Cuando el aire entra... sienta el aire llenar los pulmones.... Llenar su vientre... Deje que el aire salga haciendo que su vientre se contraiga suavemente ... pero firmemente “.

- Ahora imagínese que una luz anaranjada... radiante como la luz del sol... agradable suavemente flota sobre su cabeza... anaranjada... radiante... agradable... suavemente flota sobre su cabeza. Continúe respirando lentamente... dejando que su vientre se distienda cuando entra el aire... cuando entra en sus pulmones... deje que su vientre se contraiga suavemente cuando el aire sale... cuando deja sus pulmones...”
- Continúe imaginándose la luz anaranjada... luz del sol.... Radiante... agradable...flotando suavemente sobre su cabeza.... continúe respirando lentamente... suavemente... dejando que su vientre se distensiones cuando entra el aire en sus pulmones...contrayéndose suavemente cuando el aire sale... la luz anaranjada... radiante como la luz del sol...agradable.... flotando sobre su cabeza.
- Sienta como la luz anaranjada ... luz del sol... radiante... agradable... comienza a rodear su cabeza ... bajando por su cara... dejando un sentimiento agradable... cálido ... sienta calor en su frente... muy cálida... llena de calor... muy agradable. Bañada por la luz anaranjada.... radiante... agradable... muy agradable... sienta como sus ojos... sus párpados...se sienten cálidos... agradables... bañados... envueltos por la luz anaranjada...radiante... cálida... agradable... cálida como el sol.
- Sienta ahora como la luz anaranjada... agradable... radiante... llena de calor... baña.... Envuelve su mandíbula... dejándola caer suavemente... siga respirando

lentamente...suavemente. ...distorsionando su vientre cuando entra el aire...
contrayendo suavemente su vientre cuando sale el aire... sienta como la luz
anaranjada... agradable... radiante... cálida como el sol... baja por su cara. Su frente...
sus parpados... su mandíbula “

- Sienta la luz anaranjada... luz del sol... radiante... agradable... cálida como el sol... baja
por la parte de atrás de su cabeza... dándole calor a su nuca... haciéndola sentir
agradable... relajada... siga respirando pausadamente... suavemente. Distorsionando
su vientre cuando entra el aire... contrayendo su vientre suavemente cuando sale el aire...
deje que el sentimiento de calor. Cálido... la luz anaranjada... agradable... radiante...
bañe la parte de atrás de su cuello. Sienta bajar por los músculos de su cuello. Deje que
el sentimiento de calor. agradable. La luz anaranjada. baje a sus hombros
Haciéndolos sentir cálidos... caídos ... disfrute como a luz anaranjada... cálida.
radiante... agradable... baja por sus hombros “

- Sienta como la luz anaranjada. cálida... llena de calor... radiante. entra con tu
respiración y llena su vientre... sus pulmones... sienta el sol... cálido... sienta como le
limpia de tensiones. de angustias... sienta como sale el aire al contraer suavemente el
vientre ... exhalando sus tensiones. sus preocupaciones. concéntrese en la luz.
anaranjada. radiante. cálida... deje que sus tensiones. . sus preocupaciones. .se vayan...
deje que salga cuando sale el aire. llenes de la luz anaranjada. llena de calor... siéntala
en su garganta. siéntala llena de calor cálida ... sienta como el calor... de sol. la luz
anaranjada. radiante... baja de su cabeza a su cuello. a sus hombros... a sus brazos. a su
cara ... por su garganta. sienta como llena sus pulmones... como se lleva sus
preocupaciones ... sus tensiones ... sienta como llena su pecho... como baja a su
vientre. “

- Sienta como la luz anaranjada... radiante. agradable... baja por su espalda. cómo le da
calor... como el del sol... toda su espalda se siente cálida... llena de calor. bañada por
la luz anaranjada ... radiante. agradable.... Sienta como llega a sus cinturas. cálida...

agradable. radiante. siéntala bajar por sus piernas... deje que llene sus piernas con su calor... agradable. la luz anaranjada... radiante... llena de calor ... llena de calor ... de sol ... “

- Sienta como la luz anaranjada. radiante. . anaranjada... llena de calor... cálida... como el sol... baña... envuelve. .su cuerpo ... sienta como le llena de calor... como le llena de sentimientos agradables. la luz anaranjada. cálida. radiante. cómo se lleva sus tensiones... sus preocupaciones ... sienta como le protege... como le llena de sol... agradable. anaranjada... radiante...”

Programa Psicoeducativo

Presentación

El Programa Psicoeducativo tiene como objetivo educar al paciente cardiaco hospitalizado sobre sus factores de riesgo primario y secundario que estén alterando la evolución, evaluación y tratamiento en el contexto hospitalario; a su vez, se aplicaran técnicas cognitivo-conductuales en los Patrones emocionales, afectivos, conductuales y cognitivos para lograr el afronte a la enfermedad cardiaca y al curso de ella.

Estos pacientes manifiestan diagnostico medico de Enfermedad cardiaca (angina de pecho, infarto al miocardio agudo, insuficiencia cardiaca).

Considerando las condiciones y criterios de selección de esta muestra, se desarrolla este programa; los pacientes firman un consentimiento informado que garantiza una adecuada información, así como tienen la libertada de acceder o no al mismo.

Programa Psicoeducativo

**PROGRAMA PSICOEDUCATIVO
MODULO EMOCIONAL**

Objetivo Especifico N° 1: Identificar la emoción personal y la relación con la enfermedad

Actividad	Metodología	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Indicador de logro
Presentación de la sesión	Diálogo dirigido	Se explica a la paciente el objetivo de la sesión, así como también las normas durante la sesión.		5 min	La paciente describe el objetivo de la sesión y normas pactadas.
Lluvia de ideas	Explicativo participativo	Se incentiva la manifestación de su emoción personal. luego, la emoción en relación a la enfermedad.	Se presenta laminas sobre las emociones	15min	La paciente enumera las emociones que se percibe en cada uno de ellos.
Explicar y modelar con el paciente la técnica psicológica	Técnica de expresividad y afrontamiento emocional	Eligiendo la emoción que le caracteriza, se le pide que gradúe la intensidad de la misma, según la escala del 1 al 10. - En que situaciones, ¿La intensidad de la emoción elegida se presenta? - ¿Usted puede controlar esa emoción? ¿Qué hace usted, para controlarla? - ¿Cuál es la emoción que manifiesta al pensar en su dolencia actual? -	-	20 min	La paciente identifica su emoción y cómo afrontarla a partir de la confrontación cognitiva. El paciente identifica su emoción en relación a la enfermedad, la verbaliza y la manifiesta en el contexto en el que se presenta.
Cierre	Técnica de autocontrol emocional, conductual	Se enseña la técnica de autocontrol, indicándole primero el modo de la técnica de respiración, relajación. Se le brinda trípticos para un mejor aprendizaje.	Se le brinda una copia de la técnica de respiración y de autocontrol para que se lo aprenda.	10 min	La paciente identifica las emociones que presenta y cómo afrontarlas con la aplicación de las técnicas de autocontrol emocional.

Objetivo Especifico N°2: Relación de la emoción con su situación actual y el estilo de vida

Actividad	Metodología	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Indicador de logro
Presentación de la sesión	Diálogo dirigido	Se explica a la paciente el objetivo de la sesión, Posteriormente se realiza un repaso de la sesión anterior y su estado actual frente a ella.	-	5 min	La paciente describe el objetivo de la sesión y normas pactadas.
Lluvia de ideas	Explicativo participativo	Se le incentiva a expresar su emoción frente a la enfermedad, valorándola en una intensidad del 1 al 10, ¿cuál es el número que representa su emoción frente la enfermedad?	-	10 min	La paciente identifica la emoción que presenta frente a la enfermedad.
Explicar y vivenciar la técnica psicológica planteada	Técnica de Reestructuración cognitiva en su conducta emotiva	Se le brinda a la paciente instrucciones para manifestar su emoción frente a la enfermedad, confrontándola frente a una emoción positiva favorable. Igualmente, emoción frente a su estilo de vida propuesta en el tratamiento a seguir .	-	10 min	La paciente discrimina las emociones y las consecuencias de ellas, elige la emoción positiva frente a la enfermedad.
Explicar y vivenciar las técnicas de autocontrol	Técnica de autocontrol emocional y conductual	Se le brinda a la paciente instrucciones sobre la técnica de relajación y visualización. Por ejemplo que imagine un paisaje....	Uso del celular o del cassette con temas de la naturaleza.	15 min	La paciente manifiesta estado de relajación frente a la emociones manifestadas frente a la enfermedad cardiaca.
Cierre	Participativo	Se realiza una retroalimentación de la sesión, realizándole algunas preguntas: ¿Cómo se siente? ¿Logro identificar la emoción en relación a la enfermedad? Asimismo, informarle que debe practicar las técnicas de autocontrol en momentos donde la emoción negativa o adversa se manifieste.	-	10 min	La paciente identifica las emociones positivas frente a la enfermedad aplicando las técnicas cognitivas conductuales. Verifica el efecto que tiene una emoción positiva frente a su dolencia, enfermedad.

Objetivo Especifico N° 3: Manejo de la emoción positiva frente a la enfermedad y su evolución

Actividad	Metodología	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Indicador de logro
Presentación de la sesión	Diálogo dirigido	Se explica al paciente el objetivo de la sesión, se realiza un repaso de la sesión anterior y su estado actual frente a ella.	-	5 min	El paciente describe el objetivo de la sesión y normas pactadas.
Lluvia de ideas	Explicativo participativo	Se le incentiva al paciente para manifestar su emoción positiva frente a la enfermedad y en la evolución de la misma, se le pide que valore del 1 al 10.	-	10 min	La paciente manifiesta su emoción frente a la enfermedad y la evolución de la misma.
Explicar y modelar con el paciente sobre la técnica	Técnicas racional emotivo	Se le brinda al paciente instrucciones sobre las técnicas conductuales de expresividad de las emociones positivas frente a la enfermedad .	-	10 min	La paciente identifica las emociones positivas frente a la enfermedad y a la evolución de la misma.
Explicar y desarrollar la técnica psicológica	Técnica conductual: relajación: "Visualización"	Se le brinda al paciente instrucciones sobre la técnica de visualización frente a la emoción hacia la enfermedad.	-	15 min	La paciente manifiesta un estado de relajación frente a la emoción asociada a la enfermedad.
Cierre	Participativo	Se realiza una retroalimentación de la sesión, realizándole algunas preguntas: ¿Cómo se siente? ¿Logro identificar la emoción positiva frente a la enfermedad y a la cronicidad de la misma?	-	10 min	La paciente distingue el efecto positivo que implica la práctica de las técnicas de relajación de "Respiración profunda" y "Visualización" para afrontar emociones inadecuadas frente a la enfermedad.

**PROGRAMA PSICOEDUCATIVO
MODULO AFECTIVO**

Objetivo Especifico N°1: Identifico mis afectos en relación a la enfermedad

Actividad	Metodología	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Indicador de logro
Presentación de la sesión	Diálogo dirigido	Se explica a la paciente el objetivo de la sesión, así como también las normas durante la sesión. Posteriormente se realiza un repaso de la sesión anterior y su estado actual frente a ella.	-	5 min	La paciente describe el objetivo de la sesión y normas pactadas.
Lluvia de ideas	Explicativo participativo	Se incentiva y refuerza los afectos en relación a la enfermedad, valorándolos del 1 al 10.	-	10 min	La paciente identifica los afectos que presenta frente a la enfermedad cardiaca.
Explicar y modelar la técnica propuesta	Técnica de reestructuración de la conducta	Se realiza la confrontación de sus afectos frente a la enfermedad, manifestándolos, y expresándolos abiertamente.	-	10 min	La paciente expresa sus sentimientos que tiene frente a la enfermedad, y propone apertura a la comprensión de la misma.
Explicar, vivenciar y desarrollar la técnica	Técnica conductual: relajación: "Visualización"	Se le brinda a la paciente instrucciones sobre la técnica. De imaginación por ejemplo que imagine un paisaje....	-	15 min	La paciente manifiesta estado de relajación frente a la técnica aplicada.
Cierre	Participativo	Se realiza una retroalimentación de la sesión, realizándole algunas preguntas: ¿Cómo se siente? ¿Logro identificar los afectos frente a la enfermedad? Debe practicar dichas técnicas para manifestar estados afectivos favorables frente la enfermedad.	-	10 min	La paciente manifiesta el efecto positivo que implica la práctica de las técnicas de relajación de "Respiración profunda" y "Visualización" en los afectos frente a la enfermedad.

Objetivo Especifico N°2: Evaluación y validación de los afectos, pensamientos y emociones frente a la enfermedad.

Actividad	Metodología	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Indicador de logro
Presentación de la sesión	Diálogo dirigido	Se explica a la paciente el objetivo de la sesión, así como también las normas durante la sesión. Posteriormente se realiza un repaso de la sesión anterior y su estado actual frente a ella.	-	5 min	La paciente describe el objetivo de la sesión y normas pactadas.
Lluvia de ideas	Explicativo participativo	Se incentiva y refuerza la manifestaciones de sus afectos, pensamientos y emociones en relación a la enfermedad y su valoración 1 al 10.	-	10 min	La paciente identifica sus afectos, pensamientos y emociones en el contexto de la enfermedad
Explicar y modelar las técnicas propuestas	Técnicas conductuales, refuerzo de sus conductas	Se le confronta al paciente en sus afectos, emociones y pensamientos frente a la enfermedad. Se le ayuda a diferenciarlas y a seleccionar aquellas que son positivas en la situación actual.	-	10 min	La paciente identifica el afecto emoción y pensamiento asociado a la situación vivencial hospitalario y al curso de la enfermedad.
Explicar y desarrollar las técnicas psicológicas	Técnicas de autocontrol emocional, conductuales	Se le brinda a la paciente instrucciones sobre la técnica. Por ejemplo que imagine un paisaje....	-	15 min	La paciente manifiesta estado de relajación y visualización frente a la manifestación de sus afectos, emociones y pensamientos.
Cierre	Participativo	Se realiza una retroalimentación de la sesión, preguntándosele: ¿Cómo se siente? ¿Logro identificar sus afectos en relación a sus emociones y pensamientos? Asimismo, reiterarles sobre las prácticas en las técnicas de respiración, relajación.	-	10 min	La paciente identifica el efecto positivo que implica identificar sus afectos, emociones y pensamientos.

Objetivo Especifico N° 3: Mantener favorable validación afectiva frente a sí mismo, su entorno familiar y laboral.

Actividad	Metodología	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Indicador de logro
Presentación de la sesión	Diálogo dirigido	Se explica a la paciente el objetivo de la sesión, Posteriormente se realiza un repaso de la sesión anterior y su estado actual frente a ella.	-	5 min	La paciente describe el objetivo de la sesión
Lluvia de ideas	Explicativo participativo	Se incentiva la validación afectiva en si mismo, y su valoración del 1 al 10. Igualmente, esta validación en relación a su entorno familiar y laboral	-	10 min	La paciente identifica sus afectos en los contextos propuestos..
Explicar y modelar con el paciente sobre la técnica psicológica	Técnica de afrontamiento de sus afectos	Se realiza la confrontación de sus afectos consigo mismo, discriminándolos, igualmente en su entorno laboral y familiar.	-	10 min	La paciente identifica afectos positivos frente a los contextos propuestos.
Explicar y desarrollar las técnicas propuestas.	Técnicas conductuales y de autocontrol emocional	Se le brinda a la paciente instrucciones sobre la técnica. Por ejemplo que imagine un paisaje....	Revisión de la copia de las técnicas de autocontrol emocional	15 min	La paciente manifiesta estado de relajación.
Cierre	Participativo	Se realiza una retroalimentación de la sesión, realizándole algunas preguntas: ¿Cómo se siente? ¿Logro identificar los afectos en relación su entorno familiar y laboral? Asimismo, reforzarle la aplicación de las técnicas de relajación y visualización.	-	10 min	La paciente identifica sus afectos en relación a su entorno familiar y laboral.

**PROGRAMA PSICOEDUCATIVO
MODULO CONDUCTUAL**

Objetivo Especifico N° 1: Identificar y validar la actitud positiva frente a la enfermedad.

Actividad	Metodología	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Indicador de logro
Presentación de la sesión	Diálogo dirigido	Se explica a la paciente el objetivo de la sesión, se realiza un repaso de la sesión anterior y su estado actual frente a ella.	-	5 min	La paciente describe el objetivo de la sesión
Lluvia de ideas	Explicativo participativo	Se explora la actitud frente a la enfermedad y luego se valora esta actitud para afrontarla ..	-	10 min	La paciente identifica su actitud , con emociones y afectos frente a la enfermedad
Explicar y modelar las técnicas psicológicas propuestas	Técnicas de reestructuración racional emocional	Se refuerza una mejor actitud frente a la enfermedad, manifestándola, expresándola y asumiéndola en el curso de la misma.	Hojas para escribir cambios propuestos	10 min	La paciente logra visualizar estos cambios probables, propuestos para el tratamiento integral de la dolencia actual.
Explicar y vivenciar las técnicas psicológicas.	Explicativo participativo	Se le brinda a la paciente ciertas instrucciones sobre la técnica. Por ejemplo que imagine un paisaje....	CD de la música propuesta.	15 min	El paciente manifiesta sobre su estado de respiración, relajación visualización para lograr mejor control sobre su persona.
Cierre	Participativo	Se retroalimentación los cambios logrados en la sesión: ¿Cómo se siente? ¿Logro identificar una actitud positiva frente a la enfermedad cardiaca? Asimismo, reforzar las técnicas de autocontrol emocional.	-	10 min	La paciente identificar una mejor actitud frente a la enfermedad, proyectando sus cambios de estilo de vida frente a la enfermedad.

Objetivo Específico N° 2: Manejo de emoción, afecto y pensamiento favorable frente a los cambios de estilos de vida.

Actividad	Metodología	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Indicador de logro
Presentación de la sesión	Diálogo dirigido	Se explica a la paciente el objetivo de la sesión, se realiza un repaso de la sesión anterior y su estado actual frente a ella.	-	5 min	La paciente describe el objetivo de la sesión y normas pactadas.
Lluvia de ideas	Explicativo participativo	Se incentiva la manifestación de las emociones, afectos y pensamientos del paciente sobre su cambio de estilo de vida, que evalúe su estado en un puntaje del 1 al 10	-	10 min	La paciente identifica sus patrones psicológicos propuestos para este cambio de estilo de vida
Explicar y modelar la técnica psicológica	Técnica de afrontamiento de sus conductas en el tratamiento	Se le brinda a la paciente ciertas instrucciones de confrontación sobre su emoción, afecto y pensamiento frente a su nuevo estilo de vida.	-	10 min	La paciente elige sus patrones psicológicos favorables óptimas para el logro de un cambio de estilo de vida
Explicar y desarrollar la técnica psicológica propuesta	Técnicas conductuales y de autocontrol emocional	Se refuerza manejo de la técnica conductual, relajación, visualización. ejemplo que imagine un paisaje....	CD instrumental -	15 min	La paciente manifiesta estado de relajación.
Cierre	Participativo	Se realiza una retroalimentación de la sesión, realizándole algunas preguntas: ¿Cómo se siente? ¿Logro identificar pensamientos emoción y afecto frente a los cambios de estilo de vida? Asimismo, reiterarle la práctica de las técnicas de autocontrol emocional.	-	10 min	La paciente identifica los pensamientos emoción y afectos frente a los cambios de estilo de vida asociados a la práctica de técnicas de autocontrol emocional.

Objetivo Especifico N°3: Evaluar pensamientos, emociones y afectos en las relaciones interpersonales, o de índole laboral.

Actividad	Metodología	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Indicador de logro
Presentación de la sesión	Diálogo dirigido	Se explica a la paciente el objetivo de la sesión, así como también las normas durante la sesión. Posteriormente se realiza un repaso de la sesión anterior y su estado actual frente a ella.	-	5 min	La paciente describe el objetivo de la sesión y normas pactadas.
Lluvia de ideas	Explicativo participativo	Se le incentiva la evaluación de su emoción afecto y pensamiento frente las relaciones interpersonales , valorándolos del 1 al 10,	-	10 min	La paciente identifica su nivel de ansiedad que presenta antes de realizar la técnica de relajación.
Explicar y vivenciar con el paciente estas técnicas	Técnica racional emotiva frente a los contextos	Se le brinda a la paciente ciertas instrucciones sobre la técnica de confrontación de sus emociones, afectos y pensamientos favorables frente a su nuevo estilo de vida.	-	10 min	La paciente visualiza las emociones afectos y pensamientos frente a su nuevo estilo de vida proyectándose un cambio
Explicar y vivenciar estas técnicas	Técnicas de autocontrol, conductuales	Se refuerza la técnica conductual, en el manejo de la relajación, visualización.	-	15 min	La paciente manifiesta estado de relajación.
Cierre	Participativo	Se realiza una retroalimentación de la sesión, realizándole algunas preguntas: ¿Cómo se siente? ¿Logró identificar pensamiento emoción afecto favorable frente a los cambios de estilo de vida? Asimismo, reiterarle la práctica de las técnicas de autocontrol emocional.	-	10 min	La paciente identifica pensamientos emoción y afecto frente a los cambios de estilo de vida en el paciente cardiaco, asociado a las técnicas de autocontrol emocional.

**PROGRAMA PSICOEDUCATIVO
MODULO COGNITIVO**

Objetivo Especifico N°1: Identificar tipos de pensamiento, y su relación con la enfermedad.

Actividad	Metodología	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Indicador de logro
Presentación de la sesión	Diálogo dirigido	Se explica a la paciente el objetivo de la sesión. Se realiza un repaso de la sesión anterior y su estado actual frente a ella.	-	5 min	La paciente describe el objetivo de la sesión
Lluvia de ideas Jerarquía de pensamientos	Explicativo participativo	Se le incentiva a discriminar su tipo de pensamientos diarios y los que se refieran a la enfermedad, valorándolos del 1 al 10.	Hojas para hacer lista de pensamientos	10 min	La paciente identifica sus pensamientos ideaciones que tiene sobre su persona, valorándolas y experimentándolas.
Explicación de las técnicas psicológicas y brindar ejemplos de ellas	Técnica racional emotiva y afrontamiento a la enfermedad	Se realiza una confrontación de estos pensamientos que mantiene el paciente sobre su persona. Se establece un dialogo y se refuerza los pensamientos positivos que manifiesta frente a su persona. Se incide en los pensamientos frente a la enfermedad, valorándolos, validándolos.	-	10 min	La paciente discrimina los pensamientos positivos y negativos, identifica los pensamientos positivos. El paciente valida pensamientos favorables, positivos frente a su dolencia, afrontándolos, expresando con su emoción esta relación con ella.
Explicar y vivenciar con el paciente estas técnicas psicológicas	Técnicas conductuales, de autocontrol emocional	Se le brinda al paciente instrucciones sobre la técnica de visualización para que maneje pensamientos positivos logrados en el ítem anterior.	-	15 min	El paciente mantiene un estado de relajación frente a la situación propuesta.
Cierre	Participativo	Se realiza una retroalimentación de la sesión, realizándole algunas preguntas: ¿Cómo se siente? ¿Logro identificar sus pensamientos positivos y negativos? Asimismo, informarle que debe practicar dichas técnicas cuando se sienta tenso.	-	10 min	La paciente identifica sus pensamientos positivos y negativos manejándolos a través de las técnicas de autocontrol emocional.

Objetivo Especifico N°2: Identificar los pensamientos en relación a la situación actual de vida y en sus contextos .

Actividad	Metodología	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Indicador de logro
Presentación de la sesión	Diálogo dirigido	Se explica a la paciente el objetivo de la sesión, se realiza un repaso de la sesión anterior y su estado actual frente a ella.	-	5 min	La paciente explica el objetivo de la sesión.
Lluvia de ideas	Explicativo participativo	Se incentiva manifestación de sus pensamientos frente a la situación actual de vida valorándolos del 1 al 10.	-	10 min	EL paciente identifica los tipos de pensamientos que tiene, se refuerza los pensamientos positivos frente a la enfermedad
Explicación sobre las técnicas psicológicas	Técnica racional emotiva y afrontamiento en los contextos	Se aplica técnica racional emotiva para reforzar pensamientos positivos frente a la situación actual de vida, y su aplicación en los contextos en que se desarrolla.	-	10 min	La paciente mantiene pensamientos positivos frente a la enfermedad a través de la reestructuración cognitivas, y su aplicación frente a los contextos de su vida.
Explicación y vivenciar con el paciente las fases de la técnica	Técnicas conductuales, autocontrol	Se refuerza el manejo de las técnica de autocontrol, respiración, relajación imaginaria para el afronte positivo de sus pensamientos, emoción en su situación actual de vida.	CD instructivo -	15 min	La paciente manifiesta estado de respiración, relajación y visualización asociados a los pensamientos positivos frente a la enfermedad.
Cierre	Participativo	Se realiza una retroalimentación de la sesión, realizándole algunas preguntas: ¿Cómo se siente? Identifica pensamientos positivos frente a la situación actual de vida. Se incide en la práctica de las técnicas de autocontrol.	-	10 min	La paciente identifica el efecto en su persona de mantener pensamientos positivos frente a la enfermedad cardiaca asociándolos a las técnicas de autocontrol emocional.,

Objetivo Especifico N° 3 : Vivenciar y mantener los pensamientos con emociones positivas en relación a la enfermedad

Actividad	Metodología	Procedimiento	Materiales	Tiempo	Indicador de logro
Presentación de la sesión	Diálogo dirigido	Se explica a la paciente el objetivo de la sesión, se realiza un repaso de la sesión anterior y su estado actual frente a ella.	-	5 min	La paciente tiene claro el desarrollo de la sesión y normas pactadas.
Lluvia de ideas	Explicativo participativo	Se incentiva la experiencia directa sobre sus pensamientos y emociones en relación a la enfermedad, validándolos 1 al 10.	-	10 min	La paciente identifica sus pensamientos y emociones positivas en relación a la enfermedad.
Explicar sobre las técnicas psicológicas propuestas	Técnicas cognitivas conductual frente a la enfermedad	Se le brinda al paciente instrucciones sobre la técnica racional emotiva, pensamientos y emociones en relación a la enfermedad, manejando una actitud positiva y favorable frente a ella.	-	10 min	La paciente identifica y refuerza sus pensamientos y emociones positivas frente a la enfermedad.
Explicación, participación del paciente	Técnicas conductuales de autocontrol	Se refuerza la técnica de respiración, técnica de relajación por imaginería asociado al objetivo propuesto en el programa.	-	15 min	El paciente manifiesta estado de relajación frente al objetivo propuesto, .
Cierre	Participativo	Se realiza una retroalimentación de la sesión: ¿Cómo se siente? ¿Logro identificar pensamiento emoción positivas frente a la enfermedad? Asimismo, recordarle que debe practicar las técnicas de relajación.	-	10 min	El paciente identifica pensamiento y emoción positiva frente a la enfermedad incluyéndolas en las prácticas de las técnicas de autocontrol emocional.

Prueba de Jueces

CLARIDAD											SUMA	V DE AIKEN
Ítem	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10		
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
3	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0.90
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
5	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	7	0.70
6	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	7	0.70
7	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	0.90
8	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	8	0.80
9	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9	0.90
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
11	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	7	0.70
12	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9	0.90
											V de Aiken Total	0.88

PERTINENCIA											SUMA	V DE AIKEN
Ítem	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10		
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
5	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	0.90
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
8	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	0.90
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
											V de Aiken Total	0.98

RELEVANCIA											SUMA	V DE
Ítem	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10		AIKEN
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
8	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	8	0.80
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
											V de Aiken Total	0.98