

UNIVERSIDAD NACIONAL
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN SALUD INTEGRAL Y MOVIMIENTO HUMANO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DEL MOVIMIENTO HUMANO Y CALIDAD
DE VIDA

**Efectos percibidos sobre los estados emocionales de
ansiedad y depresión en personas con patología
coronaria participantes de un programa de rehabilitación
cardíaca fase III**

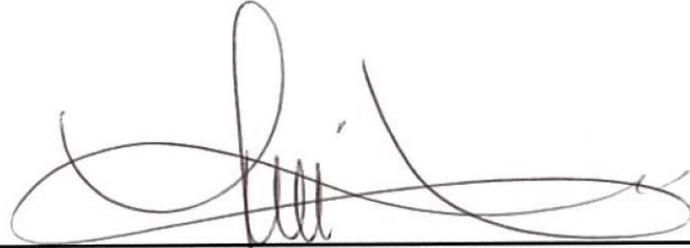
**Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de
Tesis de Postgrado en Salud Integral y Movimiento Humano, para
optar por el título de Magister Scientiae**

NANCY MARÍA FABA IBÁÑEZ

Campus Presbítero Benjamín Núñez, Heredia, Costa Rica

2016

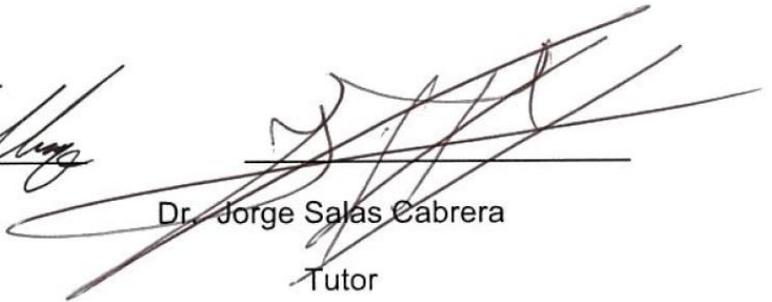
Miembros del Tribunal Examinador



Dr. Luis Alfredo Miranda Calderón
Consejo Central de Postgrado



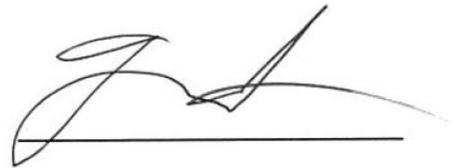
M.Sc. Braulio Sanchez Ureña
Coordinador Maestría en Salud
Integral y Movimiento Humano



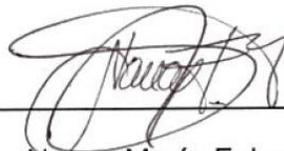
Dr. Jorge Salas Cabrera
Tutor



M.Sc. Esteban Carvajal Angulo
Asesor



M.Sc. Gerardo Araya Vargas
Asesor



Nancy María Faba Ibáñez
Sustentante

Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de Tesis de Posgrado en Salud Integral y Movimiento Humano con mención en Salud para optar por el título de Magíster Scientiae. Cumple con los requisitos establecidos por el Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad Nacional.

Heredia, Costa Rica.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios Todopoderoso el don de la vida y la oportunidad que me ha dado de poder concluir satisfactoriamente la maestría y el desarrollo de esta investigación. A mi madre Flor (mi primera maestra) y a mi padre de crianza Huberth (en la presencia del Señor) por apoyarme siempre a estudiar a pesar de las dificultades. A mi esposo Gustavo, por su gran apoyo a lo largo de todo el proceso de maestría, y a los miembros del consejo asesor, Jorge, Gerardo y Esteban por toda la ayuda brindada durante el transcurso del presente estudio. A todos muchísimas gracias!

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios Todopoderoso, quien me da la vida y la oportunidad de aprender cada día; a mis hijos Samuel y Jimena hermosos regalos del Creador; y a todos las personas portadoras de patología coronaria sobrevivientes a un infarto de miocardio participantes de este estudio, quienes han compartido amablemente su vivencia conmigo y me han enseñado con su ejemplo de valor, persistencia y alegría, más allá de lo que pretendía lograr en los objetivos planteados al inicio de esta investigación.

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS	iv
DEDICATORIA.....	v
TABLA DE CONTENIDOS	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xiii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xv
DESCRIPTORES	xvi
CAPÍTULO I	1
Introducción.....	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Justificación.....	7
1.3 Pregunta de investigación	10
1.3.1 Sub preguntas	11
CAPÍTULO II	12
Marco Teórico	12
2.1 Enfermedad arterial coronaria (EAC)	12
2.1.1 Definición	12
2.1.2 Factores de riesgo coronario	12
2.1.3 Fisiopatología de la enfermedad arterial coronaria	14
2.1.4 Complicaciones de la patología arterial coronaria	16
2.2 Factores psicológicos relacionados con la enfermedad coronaria	17
2.2.1 Ansiedad.....	24
2.2.2 Fisiopatología de la ansiedad	28
2.2.3 Relación de la ansiedad con la Enfermedad Arterial Coronaria.....	31
2.2.4 Depresión	33
2.2.5 Fisiopatología de la depresión	37
2.2.6 Relación de la depresión con la Enfermedad Arterial Coronaria	40
2.2.7 Relación de la depresión con las enfermedades cardiovasculares (mecanismos indirectos)	45
2.3 Rehabilitación cardíaca	47
2.3.1 Fases de la rehabilitación cardíaca.....	48

2.3.2 El papel del ejercicio en la rehabilitación cardíaca.....	50
2.3.3 Cambios fisiológicos producidos por la rehabilitación cardíaca	51
2.3.4 Cambios psicológicos producidos por la rehabilitación cardíaca	55
CAPÍTULO III	59
Marco Metodológico	59
3.1 Marco Metodológico.....	59
3.1.1 Tipo de estudio	59
3.1.2 Las fases de estrategia, abordaje y procedimiento	60
3.1.3 Población	62
3.1.4 Muestra participante	62
3.1.5 Criterios de inclusión.....	62
3.1.6 Criterios de exclusión.....	63
3.1.7 Características de los participantes	63
3.1.8 Técnicas e instrumentos para la recolección de la información	64
3.1.9 Aspectos éticos.....	67
3.1.10 Procedimiento	69
3.1.11 Observación en el proceso de inmersión	69
3.1.12 La entrevista de investigación.....	70
3.1.12 Grupos focales.....	72
3.1.13 Análisis de los datos	72
3.1.14 Criterio de validez	75
3.1.14.1 Saturación	75
3.1.14.2 Triangulación	76
3.1.15 Análisis de la información	77
CAPÍTULO IV	78
Resultados obtenidos.....	78
4.1 Resultados obtenidos.....	78
4.2 Estrategias para el análisis de los datos	79
4.3 Categorías y subcategorías de análisis	82
5.1 Limitaciones	158
5.2 Conclusiones.....	160
5.3 Recomendaciones	164
CAPÍTULO VII	188
ANEXOS	188
Anexo 1: Fórmula de consentimiento informado	188
Anexo 2: IDARE	190

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Participantes y fuentes de información.....	64
Tabla 2. <i>Categoría Vivencia de la Enfermedad Coronaria. Subcategoría: fase pre hospitalaria</i>	82
Tabla 3. <i>Categoría: Vivencia de la Enfermedad Coronaria. Subcategoría: fase hospitalaria</i>	84
Tabla 4. <i>Categoría: emociones experimentadas por las personas que han presentado un evento cardiovascular (ECV). Subcategoría: ansiedad previa al ECV</i>	92
Tabla 5. <i>Categoría: emociones experimentadas por las personas que han presentado un ECV. Subcategoría: ansiedad posterior al ECV</i>	94
Tabla 6. <i>Categoría: emociones experimentadas por las personas que han presentado un ECV. Subcategoría: depresión</i>	99
Tabla 7. <i>Categoría: confrontación de emociones</i>	103
Tabla 8. <i>Categoría: experiencia en el PRCFIII. Subcategoría: beneficios percibidos a nivel físico y mental</i>	115
Tabla 9. <i>Categoría: experiencia en el PRCFIII. Subcategoría: apoyo y compañerismo</i>	125
Tabla 10. <i>Categoría: experiencia en el PRCFIII. Subcategoría: apoyo del personal del PRCFIII</i>	132
Tabla 11. <i>Categoría Motivación para adherirse al ejercicio o continuar en el PRCFIII</i>	135
Tabla 12. <i>Categoría: Aprendizaje y modificaciones en la valoración de la salud</i>	146
Tabla 13. <i>Categoría: recomendaciones al PRCFIII</i>	152
Tabla 14. <i>Resultados del Inventario de autoevaluación IDARE aplicado a un grupo de participantes del PRCFIII, primer semestre, 2015.</i>	156

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fenómeno de estudio y sus diferentes categorías y subcategorías..... 81

RESUMEN

Efectos percibidos sobre los estados emocionales de ansiedad y depresión en personas con patología coronaria participantes de un programa de rehabilitación cardiaca fase III

Esta investigación tuvo como propósito analizar la experiencia de las personas portadoras de patología coronaria que habían sufrido un infarto agudo de miocardio y que son participantes activos en el Programa de Rehabilitación Cardíaca Fase III de la Universidad Nacional. Se pretendió analizar cómo la asistencia a dicha terapia influyó en las emociones de ansiedad o de tristeza (depresión) que podían haber albergado los participantes a consecuencia del evento cardiovascular.

Se utilizó la investigación cualitativa fenomenológica en el cual se explora a profundidad, la complejidad inherente a un fenómeno, en este caso el evento cardiovascular, desde la experiencia y las propias palabras de las personas que lo han vivido.

En el estudio participaron ocho individuos masculinos, con antecedente de patología coronaria, con edades comprendidas entre los 46 y 76 años, con un promedio de edad de 66,75 años; todos con nivel educativo entre para-universitario y universitario completo. Todos los sujetos participantes estaban asistiendo de manera regular al Programa de Rehabilitación Cardíaca Fase III de la Universidad Nacional en el año 2015.

Para el análisis e interpretación de los datos emergieron seis categorías de análisis, a saber: la vivencia de la enfermedad coronaria a nivel pre-hospitalario y hospitalario, las emociones experimentadas (ansiedad y depresión), la confrontación de emociones, la experiencia en el Programa de Rehabilitación Cardíaca Fase III (PRCFIII), la cual se subdividió en cuatro subcategorías que fueron emergiendo conforme se analizaba la información: beneficio físico y mental, apoyo y compañerismo, apoyo del personal de salud y motivación para adherirse al ejercicio; la categoría del aprendizaje y modificaciones en la valoración de la salud de los participantes y las recomendaciones al PRCFIII dadas por ellos mismos.

Para la obtención de las expresiones pertinentes, se utilizó la técnica de entrevista abierta o a profundidad con cada participante y la de sesiones grupales, en que se realizaron dos sesiones, momento en el cual se presentó la saturación de los datos. Se utilizó el instrumento IDARE para valorar el rasgo de ansiedad de cada sujeto y compararlo con el estado actual de ansiedad relacionado con la participación en el PRCFIII.

Los resultados muestran que la terapia de rehabilitación cardíaca fase III que reciben las personas portadoras de patología coronaria participantes de la investigación les es muy positiva a nivel físico y mental, proporcionando soporte educativo, psicológico y social acorde con las necesidades de los participantes, y les ha interiorizado la importancia de involucrarse ellos mismos en el cuidado de su propia salud. Además, muestra como el nivel de ansiedad de los entrevistados disminuyó con la asistencia regular al PRCFIII, en donde la camaradería, el apoyo

entre participantes y del personal de salud cobra gran valor para la adherencia al ejercicio.

Los resultados obtenidos en la presente investigación son concordantes con la literatura científica revisada, en cuanto a los beneficios obtenidos por las personas cuando participan de un programa de rehabilitación cardiaca. No obstante, al ser este un estudio de índole cualitativo, profundiza en las vivencias y las expresiones, en los pensamientos y las subjetividades de las personas, las cuales coinciden cuando son exteriorizadas a nivel grupal, dándole mayor riqueza e impacto a los resultados conseguidos.

ABSTRACT

Perceived effects on anxiety and depression in people with coronary disease participants of a cardiac rehabilitation program phase III

This research had the purpose analyze the experience of the carriers of coronary disease who had suffered an acute myocardial infarction and are active participants in the Cardiac Rehabilitation Program Phase III of the Universidad Nacional. It is to analyze how aid to such therapy influenced the emotions of anxiety or sadness that could have harbored the participants as a result of cardiovascular event.

The phenomenological qualitative approach was used, which is explored in depth, the inherent complexity of a phenomenon, in this case the cardiovascular event from the experience and words of the people who have experienced.

The study involved eight male individuals with a history of coronary heart disease, aged between 46 and 76 years, all with education among college and university full. All participating subjects were regularly attending Cardiac Rehabilitation Program Phase III of the National University in 2015.

For the analysis and interpretation of data emerged six categories of analysis: the experience of coronary disease pre-hospital and hospital level, the experienced emotions (anxiety and depression), the confrontation of emotions, experience in the Cardiac Rehabilitation Program phase III (PRCFIII), which is subdivided into four subcategories that were emerging as the information is analyzed: physical and

mental benefit, support and companionship, support health personnel and motivation to adhere to exercise; learning of the participants in the health-disease and PRCFIII recommendations given by the participants process.

To obtain the relevant expressions, open technique or depth interview with each participant and group sessions are used, in two sessions, at which saturation was presented data were performed. The IDARE instrument was used to assess trait anxiety of each subject and compare it with the current state of anxiety related to participation in the PRCFIII.

The results show that the therapy of cardiac rehabilitation phase III receiving the carriers of research participants coronary disease were very positive to physical and mental level, providing educational, psychological and social support according to the needs of the participants, and they he has internalized the importance of engaging themselves in the care of their own health. It also displays the level of anxiety of respondents decreased with regular attendance at PRCFIII, where camaraderie, support between participants and health personnel is of great value for exercise adherence.

The results obtained in this research are consistent with the scientific literature reviewed, in terms of the benefits obtained by people when they participate in a cardiac rehabilitation program. However, as this is a study of qualitative nature, delves into the experiences and expressions, thoughts and subjectivities of people, which coincide when they are externalized at the group level, giving greater richness and impact to the results achieved.

LISTA DE ABREVIATURAS

ECA: enfermedad arterial coronaria

CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social

IAM: infarto agudo del miocardio

PCR: Programa de Rehabilitación Cardíaca

PCRFI: Programa de Rehabilitación Cardíaca Fase III

UNA: Universidad Nacional

VLDL: de la literatura anglosajona *very low density lipoprotein*, traducido al español significa *lipoproteínas de muy baja densidad*

LDL: de la literatura anglosajona *low density lipoprotein*, que significa *lipoproteínas de baja densidad*

IDL: lipoproteínas de densidad intermedia

HDL: de la literatura anglosajona *high density lipoprotein*, que significa *lipoproteínas de alta densidad*

HPA: hipotálamo-pituitaria-adrenal

CRH: hormona corticotropa

ACTH: hormona adrenocorticotropa

IL: interleucinas

TNF-alfa: factor de necrosis tumoral alfa

IFN: interferón

ECG: electrocardiograma

MET: equivalente metabólico

IMC: índice de masa corporal

DESCRIPTORES

Ansiedad – Depresión – Enfermedad coronaria - Rehabilitación Cardíaca Fase II

CAPÍTULO I

Introducción

1.1 Planteamiento del problema

La patología coronaria constituye la principal causa de morbimortalidad en el mundo y está asociada con importantes consecuencias físicas, emocionales y sociales (Stein, A., Molinero, O., Salguero, M., Correa, S. y Márquez, 2014).

La enfermedad arterial coronaria (EAC) se debe a la disminución del aporte sanguíneo al corazón, causada por la obstrucción gradual de las arterias coronarias, en donde se forman depósitos de tejido graso en el interior de dichas arterias (aterosclerosis), formando placas que al engrosarse, disminuyen el flujo sanguíneo y consecuentemente el corazón recibe menos oxígeno. La placa, o un coágulo de sangre formado sobre esa placa, pueden bloquear totalmente la arteria, lo cual aumenta el riesgo de sufrir un ataque cardíaco y de morir súbitamente. (Heyward, 2008; Kasper et al., 2006; Márquez y Garatachea, 2009; Pozzi, 2004).

Alrededor del mundo, 18 millones de muertes son atribuidas a enfermedades cardiovasculares (Yusuf et al, 2014). En Estados Unidos la patología coronaria causó una de cada seis muertes en el 2007 y en la población europea los datos son similares con una de seis en los hombres y una de siete en las mujeres (Shepherd y While, 2012). En el Reino Unido, 25% de las muertes por patología cardiovascular están clasificadas como prematuras, es decir, en personas jóvenes (Kirk et al., 2014).

En Costa Rica, desde 1970 la mortalidad por las enfermedades cardiovasculares ha constituido la principal causa de muerte tanto en hombres como en mujeres (Roselló y Guzmán, 2003). Para el año 2011 la mortalidad por causa de enfermedades del sistema circulatorio representó el 29,2% de las defunciones (Estado de la Nación, 2013).

Dentro de las enfermedades del sistema circulatorio, a nivel nacional, las enfermedades cardiovasculares representan el 72,85 %. Para el año 2012 se registraron 4117 muertes por estas enfermedades, mostrando un aumento de 4,35% del total de estas muertes con respecto al año anterior (Ministerio de Salud, 2013).

American Heart Association (2011), estimó que el total de costos para Estados Unidos fue de 177,5 billones de dólares para el año 2007. La European Heart Network (2008) consideró que el total de costos para la Unión Europea estuvo sobre los 49 billones de euros (Shepherd y While, 2012).

En Costa Rica, la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) invierte ¢2.785 millones al año solo en medicinas para tratar males crónicos. A esto habría que sumarle el costo por hospitalización (¢250.000 por paciente al día) de los pacientes que sufren un infarto de miocardio (La Nación, 16-feb-2014).

De modo que, la morbilidad de la patología coronaria tiene importantes implicaciones económicas derivadas directamente de los cuidados en salud a nivel hospitalario y de los cuidados sociales, cuyos costos se juntan a la pérdida de la productividad económica que se presenta ya sea a través de la discapacidad o de

la muerte. Además, las consecuencias de la patología coronaria pueden ser debilitantes debido a la pérdida de productividad económica no solo del paciente sino también de los miembros de la familia que lo cuidan (Shepherd y While, 2012).

La naturaleza de los trastornos coronarios es compleja y no existe un único factor responsable de su aparición y desarrollo, por lo que se consideran como procesos de carácter multifactorial, con factores de riesgo establecidos como la hipertensión, el tabaquismo y el colesterol LDL elevado (de la literatura anglosajona Low Density Lipoprotein) (Acevedo et al, 2013; Araya-Ramírez, 2013; Kasper et al., 2006; Barth, Schumacher y Herrmann-Lingen, 2004; Pereyra Girardi, 2012).

Existe evidencia sustancial, que indica que el distrés psicológico, como la depresión y la ansiedad, constituyen factores de riesgo de enfermedad coronaria y que afectan la recuperación siguiente a un evento cardiovascular mayor. Por ejemplo, el estudio Interheart (realizado en 262 centros con unidades coronarias agudas, evaluó 24767 pacientes en 52 países; este estudio indaga las causas que con mayor frecuencia se asocian al infarto agudo de miocardio en diferentes zonas del mundo), demostró que los estresores psicosociales revelaron tener una relación positiva con un incremento para el riesgo de infarto del miocardio (Barth, Schumacher y Herrmann-Lingen, 2004; Lavie, C., Milani, R., Artham, S. y Guilliand, Y., 2007; Rosengren et al, 2004; Smith y Blumenthal, 2011).

Asimismo, los factores psicosociales negativos como la ansiedad y la depresión además de estar relacionados con un aumento significativo de eventos cardiovasculares, se considera que su presencia no sólo es un mero factor de

riesgo, sino que a su vez es generador y multiplicador de otros factores de riesgo, ya que promueven estilos de vida no saludables (Pereyra Girardi, 2012).

Se ha comprobado cómo la ansiedad y la depresión afectan de manera importante tanto la calidad de vida como el tiempo de sobrevivencia posterior al evento cardiovascular (Stein, A., Molinero, O., Salguero, M., Correa, S. y Márquez, 2014); y que del 15 al 20% de estos pacientes experimentan un episodio depresivo mayor en el año posterior a la presentación del infarto y que alrededor del 45% de ellos exhiben síntomas consistentes con depresión menor durante la hospitalización inicial (Laham, 2008; York et al., 2007; Ziegelstein, 2001).

Son diversos los autores que sugieren que la depresión está fuertemente ligada con la enfermedad coronaria, y constituye un factor de riesgo de primer orden, en el sentido de que las personas con síntomas depresivos exhiben mayor riesgo de experimentar enfermedad arterial coronaria que los individuos no depresivos; aunado a que la depresión afecta a la recuperación después de un infarto agudo de miocardio (IAM). Asimismo, la depresión se ha asociado a un mayor riesgo de muerte, arritmias ventriculares, recuperación incompleta, taquicardia ventricular, recurrencia de nuevos eventos cardíacos y menor supervivencia comparado con individuos no deprimidos (Artham, Lavie y Milani, 2008; Frasure-Smith, Lespérance y Talajic, 1995; Rosengren et al., 2004; Sandín, 2001).

La depresión, definida como un estado de ánimo deprimido que se mantiene diariamente por un mínimo de dos semanas; se caracteriza por tristeza, indiferencia, apatía o irritabilidad, suele acompañarse de cambios en los patrones de sueño,

apetito o peso corporal; agitación o retardo motores; fatiga; pérdida de la capacidad de concentración y de decisión; pérdida del interés o del disfrute, autoestima reducida, sensación de culpa y vergüenza, pesimismo y pensamientos relacionados con la muerte (Elmasian y Mikulic, 2013; Kasper et al., 2006; Guadarrama, Escobar y Zhang, 2006; Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A. y Oblitas, L., 2009; Smith y Blumenthal, 2011).

Por otra parte, la ansiedad también se ha asociado a un aumento de la mortalidad cardiaca y se considera como un factor de riesgo de la enfermedad coronaria que además afecta el tratamiento y la rehabilitación de la misma. También, se ha encontrado que, una vez producido el evento coronario, la presencia de estados ansiosos en el paciente aumenta el riesgo de sucesos isquémicos y de arritmias (Emdin et al., 2016; Laham, 2008; Rodríguez, 2012).

La ansiedad se define como una sensación subjetiva de inquietud, temor o aprensión e implica una serie de impresiones y cogniciones que se orientan principalmente hacia el futuro y a la incapacidad de controlarlas (Cuartas et al., 2008; Kasper et al., 2006).

Otros estudios manifiestan que los trastornos de ansiedad se presentan con frecuencia conjuntamente con la depresión, y que ello puede contribuir a la cardiopatía isquémica aumentando dos veces más la posibilidad de padecerla. Y que si bien la ansiedad se ha considerado como un factor detonante de la cardiopatía isquémica, su asociación con la depresión se puede presentar hasta en un 60% (Esquivel et al., 2009; Smith y Blumenthal, 2011).

Además, tanto la ansiedad como la depresión causan cambios fisiopatológicos directos. Se han relacionado con alteración de: la función plaquetaria, la coagulación sanguínea, la función inmune, la función autonómica, el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal y la función endotelial; todos los cuales tienen un papel en el desarrollo y progresión de la enfermedad inflamatoria crónica de la aterosclerosis (Esquivel et al., 2009).

Aunado a lo anterior, la incidencia de la enfermedad coronaria no solo es percibida como una amenaza para la vida, en que si el paciente sobrevive la estancia hospitalaria, hay un 10% a 30 % de probabilidad de morir en los siguientes 2 años; sino que además, se presenta una pérdida de la funcionalidad para el bienestar personal, representando así un desafío dadas las nuevas condiciones bajo las cuales se debe seguir viviendo la persona, que implican la introducción de tratamientos, nuevos regímenes alimentarios, modificación de actividades laborales y sociales y alteración de las relaciones interpersonales con seres significativos (Barth, Schumacher y Herrmann-Lingen, 2004; Cassaretto y Paredes, 2006).

Debido a lo anteriormente expuesto se deduce, la gran relevancia que tiene la rehabilitación cardíaca para la recuperación del paciente coronario, la cual se constituye en una herramienta muy accesible y económica de aplicar, que podría generar grandes beneficios para la salud física y psicológica de los individuos y para la economía familiar del paciente y de la sociedad en general.

En función de todos estos antecedentes, el presente estudio tiene como pregunta de investigación el responder a: ¿cuál es la experiencia de las personas

con patología coronaria sobre los estados emocionales de ansiedad y depresión al asistir a un programa de rehabilitación cardíaca fase III (PRCFIII) de la Universidad Nacional (UNA) ?

1.2 Justificación

Diversos estudios han mostrado como los programas de rehabilitación cardíaca ayudan a mejorar los aspectos fisiológicos, metabólicos, psicológicos y la calidad de vida de los pacientes con enfermedad coronaria, reduciendo los factores de riesgo coronario y la mortalidad. Sin embargo, sólo entre el 14 al 31% de los pacientes que son elegibles para entrar a un programa de estos, lo hacen (Araya-Ramírez et al, 2013; Antepara, N., Parada, Antepara, A. y Tahuil, 2006; Lavie y Milani, 2011; Shepherd y While, 2012; Yohannes, Doherty, Bundy y Yalfani, 2010).

La mayoría de los estudios han pretendido valorar los efectos de la terapia de rehabilitación cardíaca en las personas portadoras de patología coronaria son de carácter cuantitativo e involucran las revisiones sistemáticas y los meta-análisis, la aplicación de cuestionarios que algunas veces resaltan limitaciones como ingesta de medicamentos ansiolíticos en los participantes, estudios que valoran solo la calidad de vida o solo la depresión o solo de la ansiedad y hacen énfasis en la fase II de la terapia de rehabilitación cardíaca (Antepara et al., 2006; Shepherd y While, 2012; Yohannes et al., 2010).

Steint et al. (2014), realizaron un estudio sobre actividad física y salud percibida en pacientes con enfermedad coronaria, y confirman que la práctica

habitual de actividad física puede ayudar a mejorar la percepción de la salud en presencia de enfermedad coronaria y actuar como un antidepresivo natural, siendo fundamental para mantener la calidad de vida relacionada con la salud; no obstante, el estudio fue dirigido a pacientes adultos mayores con y sin patología coronaria y no contempló la realización de un programa de rehabilitación cardiaca como tal.

Como se puede observar, la mayoría de las investigaciones acerca de los programas de rehabilitación cardiaca, son estudios cuantitativos que evalúan la eficacia de las intervenciones en un corto periodo de tiempo (Yohannes et al., 2010), e involucran solo la fase II. Los estudios relacionados con la fase III de la rehabilitación cardiaca son escasos y el único estudio encontrado al momento de esta investigación fue el de Hughes, Mutrie y MacIntyre (2007), en que valoraba el efecto de la consulta telefónica sobre el mantenimiento del ejercicio en los pacientes que concluían la fase III de la rehabilitación cardiaca.

Asociado a lo anteriormente expuesto, se observa un vacío en las investigaciones realizadas sobre los programas de rehabilitación cardiaca y su continuidad con el tiempo, específicamente en la fase III y en el efecto percibido sobre factores psicológicos como la ansiedad y la depresión en las personas participantes de estos programas.

Los estudios de la fase III son muy limitados como lo es también la indagación cualitativa acerca de la percepción que tienen los pacientes portadores de patología coronaria con respecto al efecto que han tenido los programas de rehabilitación cardiaca en sus vidas, o más específicamente en las vivencias de las emociones

que surgen ante la presencia de una enfermedad (como pueden ser la ansiedad y la depresión), sobre todo ante el reto que representa seguir viviendo con la enfermedad cardiaca.

De modo que, así como en el enfoque cuantitativo se recaba información sobre la presencia de ansiedad o depresión en estas personas, el abordaje cualitativo pretende dar profundidad a lo que piensan y sienten las personas con patología coronaria acerca del efecto que tiene el asistir al PRCFIII sobre la ansiedad y la depresión, información que no brindan los instrumentos utilizados en los estudios cuantitativos. Por tanto, los hallazgos de la investigación cualitativa y cuantitativa se complementan entre sí y ambos pueden ser un poderoso medio para transformar la práctica de atención en la salud de las personas portadoras de patología coronaria.

De manera que, la investigación cualitativa pretende responder a preguntas surgidas desde el significado de la experiencia humana acerca de la enfermedad y de la comprensión de los sentimientos del paciente sobre los efectos de las intervenciones realizadas (Vanegas, 2010), en este caso en particular el Programa de Rehabilitación Cardiaca Fase III (PRCFIII) de la Universidad Nacional. Por lo que es indispensable considerar las vivencias de los pacientes coronarios que participan de la terapia de rehabilitación cardiaca, las cuales requieren ser tenidas en cuenta para comprender mejor su realidad, pues una enfermedad coronaria se combina de profundas implicaciones psíquicas y somáticas (Lagares, 2012). Por esta razón y teniendo en cuenta que en la literatura encontrada esta temática ha sido poco explorada, el presente estudio intenta aproximarse a la realidad de los

pacientes coronarios que participan del programa de rehabilitación cardíaca fase III, escuchando sus experiencias y opiniones, en el entendido de que la comprensión de éstas enriquecen el progreso y la organización de los programas de rehabilitación cardíaca.

El propósito de este trabajo radica en la necesidad de ampliar el conocimiento sobre la valoración que los usuarios del Programa de Rehabilitación Cardíaca Fase III, elaboran de las acciones y los alcances del programa con respecto a su percepción de ansiedad y depresión asociado a la patología coronaria, y que con sus propias palabras expresen sus vivencias y experiencias con respecto a tal programa. De esta forma se puede adecuar las intervenciones a su realidad, expectativas e intereses, lo cual constituye un desafío afrontado continuamente por los programas de salud. Esto a su vez generaría herramientas para atraer a los individuos con patología coronaria que acuden escasamente a tales programas y a los médicos tratantes para que estimulen la participación en tales programas en beneficio de las personas implicadas, sus familias y la sociedad en general.

1.3 Pregunta de investigación

1. ¿Cuál es la experiencia de las personas con patología coronaria sobre sus estados emocionales de ansiedad y depresión, al asistir al Programa de Rehabilitación Cardíaca Fase III de la Universidad Nacional?

1.3.1 Sub preguntas

2. ¿Cuáles son las vivencias de las personas al evento coronario?
3. ¿Qué emociones experimentan las personas que han sufrido un evento cardiovascular?
4. ¿Qué mecanismos utilizan estos individuos para confrontar las emociones que surgen luego del evento cardiovascular?
5. ¿Cuáles son los cambios percibidos por los usuarios del PRCFIII en el ámbito físico y mental, atribuibles a su proceso de ejercicio físico, específicamente respecto a la ansiedad y depresión?
6. ¿Cuáles son los motivos para que estas personas se adhieran al ejercicio y continúen con las distintas fases del Programa de Rehabilitación Cardíaca, específicamente la fase III?

CAPÍTULO II

Marco teórico

2.1 Enfermedad arterial coronaria (EAC)

2.1.1 Definición

La enfermedad arterial coronaria se produce debido a la disminución del aporte sanguíneo al corazón causada por el endurecimiento y el estrechamiento de las arterias coronarias, generada por un trastorno degenerativo progresivo denominado aterosclerosis (Heyward, 2008; Márquez y Garatachea, 2009).

La aterosclerosis se ha definido como una combinación variable de cambios en la íntima, es decir, la capa interna, de los vasos sanguíneos que irrigan los diferentes órganos y sistemas del cuerpo e implica la acumulación y depósito de placas fibroadiposas. Estas placas restringen el flujo sanguíneo hacia los diferentes tejidos que componen el organismo produciendo diferentes trastornos según el tejido u órgano afectado; como por ejemplo, las arterias coronarias (irrigan el corazón), las arterias carótidas (irrigan el cerebro), las arterias renales (irrigan los riñones) y las arterias de las extremidades inferiores (Fardy y Yanowitz, 2003; Heyward, 2008; Márquez y Garatachea, 2009; Woolf-May, 2008).

2.1.2 Factores de riesgo coronario

Los factores de riesgo son aquellos atributos presentes en un subgrupo de la población, que generan una mayor incidencia de trastornos específicos en

comparación con otros subgrupos que carecen o presentan un menor número de casos con esas características (Pereyra, 2012).

Los factores de riesgo coronario pueden clasificarse en tres grupos: inherentes, tradicionales y emocionales (Fernández-Abascal, Martín y Domínguez, 2003).

Los inherentes son aquellos que resultan de condiciones genéticas o físicas y no pueden ser cambiados, aunque se varíen las condiciones de vida. No son susceptibles de tratamiento o prevención alguna, ellos son: el sexo, la edad y los antecedentes heredofamiliares. En relación al sexo, los hombres muestran un mayor riesgo que las mujeres particularmente en edades anteriores a los 45 años, luego el riesgo tiende a equipararse (Pereyra, 2012). La edad es otro factor de riesgo, que mantiene una relación directa con el riesgo, a mayor edad mayor riesgo, siendo especialmente crítico a partir de los 40 años y alcanzando el máximo punto a los 60 años. La presencia de antecedentes familiares de enfermedad coronaria constituye un índice de vulnerabilidad, especialmente si estos eventos tuvieron lugar antes de cumplir los 60 años (Fernández-Abascal, Martín y Domínguez, 2003).

Dentro de los llamados factores de riesgo tradicionales, se encuentran aquellos que tienen un mayor componente físico y biológico: colesterol LDL elevado, triglicéridos aumentados, hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo, obesidad y sedentarismo (Acevedo et al, 2013; Araya-Ramírez et al., 2013; Barth, Schumacher y Herrmann-Lingen, 2004; Pereyra, 2012).

En el tercer grupo se encuentran los factores de riesgo emocionales: patrón de conducta tipo A, ira y hostilidad, reactividad cardiovascular y estrés, ansiedad, depresión y aislamiento social (Fernández-Abascal, Martín y Domínguez, 2003).

2.1.3 Fisiopatología de la enfermedad arterial coronaria

La fisiopatología de la enfermedad arterial coronaria radica fundamentalmente en la patogenia de la aterosclerosis de las arterias coronarias. Se ha considerado que el proceso a través del cual se desarrolla la aterosclerosis es resultado de la lesión de las células endoteliales que componen la capa íntima de las arterias. Dentro de las muchas posibles causas que producen esta lesión inicial se ha identificado la hipertensión, el estrés de cizallamiento, el aumento de la activación de plaquetas, la diabetes mellitus, las toxinas, la nicotina del humo del tabaco y el aumento del colesterol plasmático. Pero como causas principales se considera el aumento del colesterol plasmático y la influencia de la presión arterial (Lavie et al, 2007; Márquez y Garatachea, 2009; Stein et al, 2014; Williams et al, 2006; Woolf-May, 2008).

En la sangre, el colesterol es transportado por las lipoproteínas que son complejos macromoleculares esféricos compuestos por triglicéridos, fosfolípidos, colesterol y proteínas. Dentro del grupo de las lipoproteínas éstas se clasifican según la densidad determinada por centrifugación. Cuanto mayor es el contenido de lípidos menor es la densidad de la lipoproteína. De acuerdo a este criterio, las lipoproteínas se agrupan en: quilomicrones, lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL) de la literatura anglosajona *very low density lipoprotein*, lipoproteínas de

densidad intermedia (IDL), lipoproteínas de baja densidad (LDL) del inglés *low density lipoprotein* y en lipoproteínas de alta densidad (HDL) de *high density lipoprotein*. De todas ellas, las LDL suponen casi la mitad del colesterol y constituyen el mayor portador de colesterol, por lo que se las considera las primeras responsables en el desarrollo de la enfermedad coronaria (Márquez y Garatachea, 2009; Woolf-May, 2008).

El problema inicia cuando a causa del incremento del colesterol LDL circulante, se irrita o se lesiona la superficie endotelial de las arterias (produciendo la lesión inicial o *estría grasa*), de modo que el endotelio lesionado libera sustancias que atraen glóbulos blancos (monocitos y linfocitos T) y plaquetas que se unen al endotelio lesionado y atraviesan la pared arterial. Los monocitos y las plaquetas liberan factores de crecimiento que provocan cambios en las células musculares lisas (que se encuentran en la capa media de la pared arterial), que entonces migran hacia la íntima y proliferan (Woolf-May, 2008).

Además, las plaquetas adheridas al endotelio lesionado liberan sustancias trombogénicas y vasoconstrictoras favoreciendo el caos en dicho proceso. Como respuesta a la lesión, las moléculas de colesterol LDL se modifican mediante oxidación por las células endoteliales y son fagocitadas con rapidez por los macrófagos y células de músculo liso para convertirse en células espumosas. Las formas oxidativas de colesterol LDL y células espumosas son tóxicas para los tejidos y provocan la formación de la *estría adiposa*, la cual constituye la lesión inicial de la aterosclerosis (Fardy y Yanowitz, 2003).

Los efectos citotóxicos de estas partículas aterógenas en el intersticio llevan a la destrucción de tejido y a la acumulación de más lípidos y restos necróticos que forman la lesión ateromatosa. A su vez, las células musculares lisas liberan tejido conectivo y de elastina contribuyendo a la fibrosis y al endurecimiento de la zona y al desarrollo de placas fibrosas. En condiciones aterogénicas adecuadas, las células endoteliales dañadas facilitan el círculo vicioso atrayendo más plaquetas, monocitos y células de músculo liso que participan de la respuesta proliferativa, en el aumento de la lesión y en la estenosis de la luz del vaso (Fardy y Yanowitz, 2003; Woolf-May, 2008).

2.1.4 Complicaciones de la patología arterial coronaria

Es sólo durante la fase final de la aterosclerosis cuando la lesión ateromatosa alcanza un tamaño crítico y reduce de modo significativo el riego sanguíneo coronario e inicia las manifestaciones clínicas de la enfermedad coronaria (Fardy y Yanowitz, 2003).

Al menos cuatro escenarios responden a los principales síndromes clínicos de cardiopatía coronaria. En el primer caso la lesión crece con lentitud hasta que los síntomas de angina de pecho aparecen primero y evolucionan hasta un patrón clínico estable (angina estable), de modo que los síntomas de malestar torácico aparecen solo durante períodos de aumento del trabajo cardiaco, como al hacer ejercicio o por estrés emocional. Los otros tres casos derivan en síndromes coronarios inestables: angina inestable, infarto agudo de miocardio y muerte súbita cardiaca. En estos casos el episodio inicial es debido a la rotura o fisurización de la

superficie fibrosa que cubre el ateroma, que puede suceder por espasmo de la pared de la arteria coronaria o por estresores hemodinámicos presentes en la sangre. Cuando esto sucede, los componentes de la placa rica en lípidos entran en contacto con los componentes de la sangre provocando la formación rápida de un trombo. Si el trombo es pequeño puede disolverse con los propios procesos fibrinolíticos del cuerpo o incorporarse a la lesión, aumentando el tamaño de la misma. Las oclusiones con trombos de mayor tamaño se pueden resolver parcialmente con recidivas y remisiones de angina inestable o si el trombo ocluye totalmente la luz arterial, el riego sanguíneo se vería ausente hacia el miocardio produciendo el infarto agudo de miocardio (Fardy y Yanowitz, 2003).

2.2 Factores psicológicos relacionados con la enfermedad coronaria

Se ha demostrado que aunado a los factores de riesgo tradicionalmente conocidos (vinculados con el estilo de vida) como el tabaquismo, el sedentarismo, la obesidad, la hipertensión arterial, la resistencia a la insulina, la diabetes mellitus y las dislipidemias; existen otros factores de estrés negativo a nivel psicológico como la ansiedad, la ira o la depresión que juegan un papel preponderante tanto para la manifestación de eventos cardiacos como para la adecuada recuperación posterior a los mismos (Artham, Lavie y Milani, 2008; Lavie et al, 2007; Smith y Blumenthal, 2011; Szczepńska-Gieracha, Morka, Kowalska, Kustrzychi y Rymaszewska, 2012; Yohannes et al, 2010).

Algunos autores refieren que los factores de riesgo tradicionales solo explican alrededor del 40-50% de las enfermedades coronarias; como

consecuencia, los factores de riesgo psicosocial emergen con mayor trascendencia en la patogénesis, desarrollo y rehabilitación de la enfermedad cardiaca (Laham, 2008; Nitsche, Bitran, Pedrals, Echeverría y Rigotti, 2014; Pereyra, Milei y Stefani, 2011).

La evidencia científica actual indica que cualquier trastorno orgánico suele implicar alteraciones psicológicas en distintos niveles y viceversa. Es importante mencionar que, entre estos factores psicológicos se encuentran el miedo y la tristeza como reacciones emocionales negativas, y sus diferentes formas clínicas: la ansiedad y la depresión respectivamente (Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009).

Particularmente la depresión y la ansiedad han mostrado tener efectos sobre el desarrollo, el curso y la rehabilitación de la enfermedad coronaria, los cuales se han de tener en cuenta a la hora de establecer intervenciones (Elmasian y Mikulic, 2013; Smith y Blumenthal, 2011).

Además, estos factores de riesgo psicológicos están ligados a los rasgos de personalidad del individuo, a las experiencias vitales traumáticas y a las circunstancias sostenidas de estrés, que junto a situaciones de aislamiento social o ausencia de soportes afectivos adecuados, llevan a cambios fisiológicos que favorecen la aparición de un evento coronario (Pereyra, 2012).

Hoy en día hay suficientes datos para afirmar que las emociones negativas tienen un efecto negativo sobre la salud. También, se admite que los factores psicológicos pueden ser causa necesaria aunque no suficiente para la aparición de

determinados trastornos, por lo que se señala la multicausalidad y la interrelación entre los diversos factores causales como la explicación etiológica más probable para el desarrollo de diferentes enfermedades (Sandin, 2002, Piqueras et al., 2009; Smith y Blumenthal, 2011).

Para comprender más claramente como los factores de riesgo psicosocial afectan la salud física de las personas se va a comentar el papel de las emociones dentro del binomio salud-enfermedad.

Las emociones son reacciones psicofisiológicas de las personas ante situaciones relevantes desde un punto de vista adaptativo, tales como las que implican peligro, amenaza, daño, éxito o novedad. Estas reacciones son de carácter universal, independientes de la cultura y producen cambios en la experiencia afectiva, en la activación fisiológica y en la conducta expresiva. Entre las emociones se pueden distinguir dos grupos: las de agrado o positivas y las desagradables o negativas. El miedo-ansiedad y la tristeza-depresión son reacciones emocionales básicas que se caracterizan por una experiencia afectiva desagradable o negativa y una alta activación fisiológica. Estas reacciones tienen una función preparatoria para que las personas puedan dar una respuesta adecuada a las demandas del ambiente, por lo que se consideran respuestas eminentemente adaptativas para el individuo. No obstante, a veces algunas de estas emociones pueden transformarse en patológicas en algunas circunstancias o en ciertas personas, debido a un desajuste en la frecuencia o en la intensidad o en la adecuación al contexto; de modo que, cuando este desajuste sucede y se mantiene un cierto tiempo o se hace crónico, puede sobrevenir un trastorno de salud, tanto mental (trastorno de

ansiedad, depresión mayor) como físico (trastornos cardiovasculares, inmunológicos, reumatológicos) (Piqueras et al., 2009).

Es importante mencionar que la emoción se encuentra vinculada al concepto de estrés, el cual se conceptualiza como una interpretación o evaluación subjetiva tanto de la existencia de un potencial estresor como de la inexistencia de habilidades o recursos para afrontarlo. Así los individuos no solo perciben de forma diferente las amenazas de las situaciones estresantes, sino que también emplean diferentes habilidades, capacidades y recursos, tanto personales como sociales, para hacer frente a las circunstancias potencialmente estresoras (Cassaretto y Paredes, 2006; González, Bakker y Rubiales, 2014; Rodríguez y Frías, 2005; Tajer, 2012).

De manera que el estrés implica a un estresor y a una respuesta ante ese estresor. El estresor hace referencia a cualquier agente externo o interno causante de estrés primariamente, y la respuesta de estrés se refiere al mecanismo de activación fisiológica (que afecta la actividad del sistema nervioso simpático e implica un incremento de la tasa cardiaca y ciertas modificaciones del metabolismo) y de los procesos cognitivos que favorece una mejor percepción y posterior evaluación de las situaciones y sus demandas, así como a un procesamiento más rápido y eficaz de la información disponible con la consiguiente búsqueda de soluciones y de conductas adecuadas para hacer frente a la situación. De modo que, se podría referir al estrés como esta respuesta o mecanismo general de activación fisiológica y de los procesos cognitivos que le permiten al organismo hacer frente al agente estresor (Piqueras et al., 2009; Rodríguez y Frías; 2005).

La emoción así, sería el resultado de una interpretación subjetiva de los hechos o de dos tipos de información, la de un estado físico o fisiológico y la de una cognición (idea o pensamiento). De manera que, las emociones básicas constituyen patrones individuales de conducta expresiva, cada una asociada a un patrón específico de activación fisiológica, a una experiencia cognitiva-subjetiva o a un sentimiento específico y con un substrato neuroanatómico específico. De modo que se puede entender la emoción como una experiencia multidimensional con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo-subjetivo, conductual-expresivo y fisiológico-adaptativo (Ramos, Piqueras, Martínez y Oblitas., 2009).

La experiencia emocional, lo que se piensa y se siente durante la reacción emocional que se presentó ante un agente estresor, se suele clasificar según el agrado o desagrado y la intensidad de la reacción emocional. En otras palabras, las emociones suelen provocar sensaciones agradables o desagradables y pueden ser más o menos intensas. Esta dimensión de placer-displacer sería la característica definitoria de la emoción respecto de cualquier otro proceso psicológico (Piqueras et al, 2009; Ramos et al, 2009).

De acuerdo a la dimensión agrado-desagrado, se encuentran las emociones positivas caracterizadas porque generan una experiencia agradable, como la alegría o el amor, que contribuyen a la resiliencia y a la prosperidad (Park, Peterson y Sun, 2013). Por otra parte, y como se ha comentado con anterioridad, también existe una serie de emociones cuya experiencia emocional es desagradable y que han sido investigadas en su relación con la salud mental y física. Aunque se ha hablado de las emociones como reacciones básicas adaptativas, tanto el miedo

como la tristeza pueden evolucionar hacia condiciones clínicas, donde se pierde el carácter adaptativo de éstas y se convierte en un problema que interfiere y genera malestar significativo (Piqueras et al, 2009).

En periodos de estrés en los que se tiene que responder a elevadas demandas ambientales, los individuos desarrollan reacciones emocionales negativas, y cuando se encuentran bajo la influencia de estos estados emocionales negativos es más probable desarrollar enfermedades relacionadas con el sistema inmune o adquirir determinados hábitos poco saludables que a la larga pueden minar la salud (Piqueras et al, 2009; Rodríguez y Frías, 2005).

A nivel biológico, se propone que las emociones se producen en una secuencia de eventos: primero los estímulos psicológicos o ambientales inciden en el organismo y se introducen en el programa biopsicológico del sujeto, que determina el modo en que el sujeto puede responder a esos estímulos y luego la respuesta del programa del sujeto es procesada por la corteza cerebral y por el sistema límbico, para posteriormente transmitir los resultados del procesamiento de esos resultados desde el sistema nervioso central hasta la periferia a través del sistema neuroendocrino. La relación entre el sistema límbico (amígdala e hipocampo) y la corteza se lleva a cabo mediante una compleja interconexión de proyecciones dopaminérgicas, serotoninérgicas, colinérgicas y entre diversos núcleos y circuitos cerebrales (Ramos et al, 2005).

Se ha encontrado que las personas con mayor reactividad cardiovascular al estrés mental agudo presentan mayores aumentos de niveles circulantes de IL-6 y

FNT-alfa después de haber sido expuestas al factor estresor, que luego pueden estimular una cascada inflamatoria desempeñando un papel crucial en la aterogénesis (Williams, 2006).

De modo que se puede afirmar que las emociones influyen sobre la salud-enfermedad a través de su relación con diversos sistemas fisiológicos que forman el proceso salud-enfermedad, en especial cuando se convierten en trastornos clínicos, así como por medio de sus propiedades motivacionales para modificar las conductas saludables (ejercicio físico, dieta equilibrada, descanso, ocio) y no saludables (fumado, alcoholismo, sedentarismo). El sufrimiento de estados emocionales negativos persistentes puede afectar al funcionamiento del sistema inmunológico, del sistema endocrino-metabólico y en general de todas las funciones fisiológicas (Piqueras et al., 2009).

Se han hipotetizado diversas vías para explicar las interrelaciones de los factores emocionales en el proceso de salud-enfermedad:

1. Las reacciones desadaptativas de miedo-ansiedad o de tristeza-depresión que alcanzan niveles demasiado intensos o frecuentes, cuando se mantienen en el tiempo, tienden a producir cambios en la conducta, convirtiéndose en generadores de estrés y de riesgo; de manera que aumenta la posibilidad de que el sujeto adopte conductas perjudiciales para la salud (como las adicciones) y de que olvide los hábitos saludables. (Laham, 2008; Piqueras et al., 2009; Tobo-Medina y Canaval-Erao, 2010)

2. Alteración en el equilibrio biopsicosocial: cuando estas reacciones emocionales mantienen niveles de activación fisiológica intensos se podría deteriorar la salud si se vuelven crónicos, generando conflicto interno y estrés. Se supone que los trastornos psicósomáticos o psicofisiológicos podrían estar producidos por un exceso en la intensidad y frecuencia de la activación de las respuestas fisiológicas del sistema que sufre la lesión o disfunción. Se trataría de una disfunción de un sistema orgánico que está trabajando en exceso y mantiene esta actividad demasiado tiempo. A su vez, el trastorno produce más ansiedad y por lo tanto aumento de la actividad de ese sistema, elevando así la probabilidad de desarrollar y mantener un mayor grado de disfunción orgánica (Piqueras et al., 2009; Tobo-Medina y Canaval-Erazo, 2010).
3. La alta activación fisiológica puede estar asociada a cierto grado de inmunodepresión lo que vuelve al individuo más vulnerable al desarrollo de otras enfermedades (Piqueras et al., 2009; Rodríguez y Frías, 2005).

2.2.1 Ansiedad

Los trastornos de ansiedad son las enfermedades psiquiátricas de mayor prevalencia en la población y se encuentran en 15 a 20 % de los pacientes que acuden a las consultas médicas. Además, la ansiedad es una de las reacciones que

produce mayor cantidad de trastornos mentales, conductuales, emocionales y psicosomáticos (Kasper et al., 2006; Piqueras et al., 2009).

La ansiedad es una reacción emocional compleja o un sistema de alerta del organismo que surge ante la percepción de una amenaza al bienestar físico y/ o psicológico. El concepto de ansiedad está estrechamente vinculado a la percepción de amenaza y a la disposición de respuestas frente a ella. La función de la ansiedad es advertir y activar al organismo, movilizarlo, frente a situaciones de riesgo cierto o probable, quimérico o real, de forma que pueda salir airoso de ellas (Baeza, 2008).

La ansiedad cumple una función adaptativa necesaria para la supervivencia y está presente en el repertorio conductual de todos los seres humanos. No obstante, esta respuesta de ansiedad se puede volver desadaptativa y vulnerar la salud de las personas (Laham, 2008).

La ansiedad puede ser desencadenada, tanto por estímulos externos o situacionales, como por estímulos internos del sujeto, tales como pensamientos, sensaciones o imágenes. El tipo de estímulo capaz de evocar la respuesta de ansiedad vendrá determinado en gran medida por las características de la persona, y por su circunstancia. De hecho, para el desempeño conveniente de los individuos, en función de las exigencias y opciones del medio, por un lado, y de las posibilidades e intereses personales, por otro, es necesario un cierto estado de alerta, una activación psicológica y fisiológica mínimas (Baeza, 2008).

Cuando la frecuencia, intensidad o duración de la ansiedad como respuesta emocional excesiva puede afectar la calidad de vida, se habla de ansiedad patológica o de un trastorno de ansiedad (Piqueras et al., 2009).

De manera que, ante ese estrés persistente en el tiempo, fallan los mecanismos de afrontamiento adecuados, se rompen los mecanismos de equilibrio neuro-hormonales y sobreviene con ello una amplia cascada de respuestas fisiológicas que repercuten negativamente en la salud de las personas (Rodríguez, 2012).

Existe un continuo entre la ansiedad adaptativa y la ansiedad clínica, ambas tienen la misma fenomenología: cogniciones, neurofisiología y respuestas motoras de defensa o ataque. La ansiedad adecuada propicia el aumento de forma deseable de la ejecución o eficacia ante determinados problemas, mientras que la ansiedad excesiva o clínica actúa interfiriendo el rendimiento en todos los ámbitos del ser humano y se torna en clínica en las siguientes situaciones (Piqueras et al., 2009):

- Cuando el estímulo presentado es inofensivo y conlleva una compleja respuesta de alerta.
- Cuando la ansiedad persiste en el tiempo, superando lo meramente adaptativo, y los niveles de alerta persisten.
- Cuando los niveles de alerta y ansiedad interrumpen el rendimiento del individuo y las relaciones sociales.

De modo que, la ansiedad es entendida como un conjunto de manifestaciones experienciales, fisiológicas y expresivas, ante una situación o estímulo, que es evaluado por el individuo como potencialmente amenazante,

aunque objetivamente pueda no resultar peligroso. Se consideran tres sistemas de respuesta por separado: lo que pensamos, regulado por el sistema cognitivo; lo que sentimos a nivel corporal o sistema fisiológico; y lo que hacemos o sistema conductual-motor (Elmasian y Mikulic, 2013).

Se podría definir entonces la ansiedad, como una sensación subjetiva de inquietud, temor o aprensión, puede indicar un proceso psiquiátrico primario o formar parte de una enfermedad médica primaria o ser una reacción a ésta (Kasper et al., 2006). La ansiedad implica una serie de emociones y cogniciones complejas, que se orientan principalmente hacia el futuro, es decir, por peligros o amenazas futuras y por la incapacidad de controlarlas (Cuartas et al., 2008).

Aunado a lo anterior, es necesario tener presente la diferenciación entre la ansiedad como estado emocional y la ansiedad como rasgo de la personalidad y por ello se propuso la Teoría de la Ansiedad Estado-Rasgo. Según esta teoría, la ansiedad-estado es un “estado emocional” inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos. Por su parte, la ansiedad-rasgo hace referencia a las diferencias individuales de ansiedad relativamente estables, siendo éstas una disposición, tendencia o rasgo. La ansiedad-rasgo no se manifiesta directamente en la conducta y debe ser inferida por la frecuencia con que un individuo experimenta aumentos en su estado de ansiedad. En este sentido, los sujetos con alto grado de ansiedad-rasgo, perciben un mayor rango de situaciones como amenazantes y están más

predispuestos a sufrir ansiedad-estado de forma más frecuente o de mayor intensidad (Ries, Castañeda, Campos y Del Castillo, 2012).

2.2.2 Fisiopatología de la ansiedad

Se considera que la ansiedad debe ser entendida como una respuesta emocional, que tiende a ser concebida como un patrón de respuesta múltiple donde interactúan tres sistemas de respuesta: cognitivo, fisiológico y motor (Baeza, 2008; Cuartas et al, 2008; Viedma, 2008; Ries et al., 2012).

La dimensión cognitiva de la ansiedad hace referencia a la incapacidad y dificultad para mantener la atención y concentración, hay anticipaciones amenazantes, evaluaciones del riesgo, pensamientos automáticos negativos, imágenes importunas. Estos modelos cognitivos explican la causa de la ansiedad desde formas de pensamiento inadecuadas que han sido aprendidas; en que por ejemplo, el individuo realiza filtros seleccionando preferiblemente información amenazante, tanto a nivel de su memoria, como en la percepción de estímulos del ambiente; interpreta erróneamente la información convirtiendo ésta en una señal peligrosa o produciendo pensamientos automáticos de amenaza e indefensión (Baeza, 2008, Cuartas et al., 2008; Ries et al., 2012).

Con respecto a la dimensión somática o fisiológica de la ansiedad, ésta se refiere a las percepciones de los síntomas corporales causados por la activación del sistema nervioso autónomo, que implica cambios vasculares, respiratorios como la aceleración del ritmo cardíaco o la sudoración (Baeza, 2008; Ries et al, 2012). Estos modelos biológicos manifiestan que las causas de la ansiedad provienen de

los niveles bioquímico, psicofisiológico y neuroanatómico del organismo. Se propone que determinados sistemas de neurotransmisión funcionan inadecuadamente, ya sea por exceso o por defecto. Otras teorías biológicas apuntan a que la ansiedad es producida por el mal funcionamiento de ciertas áreas del cerebro como por ejemplo la amígdala, el sistema límbico y el sistema septohipocámpico, que entrarían en funcionamiento con umbrales de estimulación menores que en personas no ansiosas (Cuartas et al, 2008).

En el modelo conductual, la ansiedad es explicada por el aprendizaje y la formación de respuestas desadaptativas, por las que el sujeto asocia una mala experiencia con consecuencias negativas, lo que lo conduce a la evitación de situaciones semejantes, y en caso de necesitar afrontarla se desencadenan niveles altos de ansiedad. (Cuartas et al, 2008). El componente motor se refiere a la inhibición o sobre activación motora, comportamiento defensivo, búsqueda de seguridad, sumisión, evitación, agresividad (Baeza, 2008).

La ansiedad, al ser una respuesta emocional que afecta el funcionamiento del sistema nervioso, puede tener dos efectos importantes: en primer lugar, permitir el aprendizaje de nuevas conductas o mejorar la ejecución de conductas aprendidas previamente, permitiendo que el estado emocional aversivo experimentado como ansiedad disminuya y sea sustituido por un estado placentero a consecuencia del aprendizaje de una nueva respuesta; y en segundo lugar, que el estado aversivo se mantenga continuamente y culmine en la paralización de la conducta, así como en una activación fisiológica crónica y prolongada y una atención excesiva a los estímulos circundantes, de manera que cuando las situaciones de conflicto son

repetidas y crónicas y hay poca o ninguna posibilidad de aprender respuestas para dominar la situación, entonces la ansiedad mantenida y persistente puede ser uno de los factores que explique la aparición de un trastorno psicofisiológico (Rodríguez y Frías, 2005).

Cuando la ansiedad es proporcionada y se manifiesta dentro unos límites adecuados, no se aprecian manifestaciones sintomatológicas, los cambios psicofisiológicos no alcanzan a superar los umbrales sensoriales de los receptores del dolor, de presión o temperatura. Estos cambios en los procesos fisiológicos no sólo son normales, sino que son funcionales: prepararán al organismo para emitir las acciones pertinentes en relación a la caracterización de la realidad a la que se enfrenta o pudiera enfrentarse. Pero cuando la ansiedad sobrepasa determinados límites, se convierte en un problema de salud, que impide el bienestar, e interfiere notablemente en las actividades sociales, laborales e intelectuales. En estos casos se está ante una alteración. La gravedad de los trastornos de ansiedad se mide fundamentalmente por dos parámetros: el sufrimiento y la incapacidad que genera, siendo más graves los que originan más problemas de salud e implican mayores limitaciones para quien los padece (Baeza, 2008; Piqueras et al, 2009).

En la aparición y el mantenimiento de la ansiedad como un trastorno influyen tres grandes grupos de factores: los factores predisposicionales, los factores activadores y los factores de mantenimiento. Los factores predisposicionales o de vulnerabilidad se refieren a las variables biológicas y constitucionales, hereditarias o no, que hacen más probable que un individuo desarrolle alteraciones de ansiedad si se ve expuesto a situaciones capaces de activarla. Dicho en otras palabras, hay personas que cuentan con un sistema de alerta más sensible y más complejo de

desactivar una vez disparado. Los factores activadores se refieren a aquellos hechos, situaciones o circunstancias que son capaces de activar el sistema de alerta, la preparación para responder ante ellas y la respuesta propiamente dicha. Dichos factores están vinculados con la amenaza y su naturaleza. La percepción de riesgo, es decir de lo considerado amenazante, depende fundamentalmente de un proceso de evaluación, consciente o automático, determinado por la valoración de qué pasa y cómo nos afecta y qué podemos hacer frente a ello. Respecto a los factores de mantenimiento, éstos afectan aquellos casos en que los problemas originarios de ansiedad no se resuelven satisfactoriamente, o bien cuando la ansiedad alcanza límites de trastorno. Una vez que la ansiedad se manifiesta como problema tiene ciertas probabilidades de incrementarse. En el momento en que la ansiedad aparece, debido a los factores activadores, ayudados por los factores predisposicionales, si la ansiedad es excesiva y sostenida, propicia la aparición de problemas de salud. Estos problemas, que previamente no existían, y que son debidos a la ansiedad, a su vez la multiplican. La salud es un bien valorado en sí mismo, si se afecta, por cualquier motivo incluida la propia ansiedad, genera un aumento del estado de alerta e indefensión contribuyendo así, a su retroalimentación (Baeza, 2008).

2.2.3 Relación de la ansiedad con la Enfermedad Arterial Coronaria

La ansiedad se ha asociado a un aumento de la mortalidad cardiaca, aunque los estudios que han relacionado los desórdenes de ansiedad con patología cardiovascular son limitados. Los datos que enlazan las diferentes formas de

ansiedad con la enfermedad coronaria son relativamente escasos o contradictorios y requieren más investigación según proponen algunos autores (Rozanski, Blumenthal, Davidson, Saab y Kubzansky, 2005; Smith y Blumenthal, 2011).

En otra instancia, Laham (2008), hace referencia a la ansiedad, en que ésta presenta una relación directa con la enfermedad coronaria y que actualmente se comienza a considerar a la ansiedad como un factor de desarrollo de la enfermedad coronaria en asociación con otros factores, y que también afecta el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad. Además, se ha encontrado que, una vez producido el evento coronario, la presencia de estados ansiosos en el paciente incrementa el riesgo de sucesos isquémicos y de arritmias (Rodríguez, 2012).

Los desórdenes de ansiedad se han asociado con la alteración del control autonómico; disminuyendo la variabilidad de la frecuencia cardiaca e incrementando el riesgo de arritmias ventriculares. Los altos niveles de ansiedad se asocian a la reducción del control vagal en pacientes después del IAM. Se ha observado que la ansiedad promueve aterogénesis, favorece la ocurrencia de infartos, arritmias, rupturas de placa, vasoespasmos coronarios y trombosis e incide negativamente en los tratamientos quirúrgicos de la enfermedad (angioplastia y by-pass) y en la recuperación postquirúrgica de los mismos, afecta la recuperación post infarto y augura un estado de calidad de vida más pobre en el año subsiguiente del evento coronario (Laham, 2008; Rodríguez, 2012).

Sandín (2001), refiere que la ansiedad puede agravar el estado de los pacientes cardíacos al provocar incrementos de la tasa cardiaca, de la presión sanguínea a nivel coronario y que a su vez la isquemia puede exacerbar los

síntomas de ansiedad al activar las neuronas del centro de radiación de neuronas noradrenérgicas. Es decir, la ansiedad y la isquemia se incrementarían mutuamente al actuar a modo de círculo vicioso, en donde la ansiedad aumenta la isquemia y ésta eleva la ansiedad.

Diversos autores manifiestan que la ansiedad se presenta con frecuencia conjuntamente con depresión, y que ello puede contribuir a la cardiopatía isquémica aumentando dos veces más la posibilidad de padecerla. Y que si bien la ansiedad generalizada se ha considerado como un factor detonante de cardiopatía isquémica, su asociación con la depresión mayor se presenta hasta en un 60%. (Esquivel et al., 2009; Smith y Blumenthal, 2011).

De modo que es plausible la asociación de ansiedad y depresión con cardiopatía isquémica, debido a que en el substrato psicofisiopatológico, representado por el estrés psicológico, existe una alteración del sistema hipotalámico-simpático-adrenal y a nivel sináptico, contribuye a la enfermedad isquémica cardíaca a través de un efecto directo en la regulación del flujo coronario (arterias prearteriolas y arteriolas), función miocárdica y actividad plaquetaria (Esquivel et al, 2009).

2.2.4 Depresión

La tristeza-depresión, al igual que cualquier otra emoción, tiene una función filogenética adaptativa para recabar la atención y el cuidado de los demás, constituir un modo de comunicación en situaciones de pérdida o separación, o ser un modo de conservar energía para poder hacer frente a subsiguientes procesos de

adaptación. La experiencia del estado de ánimo triste dependería de la evaluación cognitiva realizada sobre la demanda situacional y los recursos que posee el sujeto para afrontar la situación, que en tal caso sería negativa y con frecuencia predominaría cuando el estresor adquiere un carácter crónico. Se produce por diversas causas: acontecimientos de la vida diaria relacionados con pérdidas, efectos secundarios de medicamentos, trastornos físicos o médicos (Piqueras et al., 2009).

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al organismo, el ánimo y la manera de pensar. Es una de las formas más comunes de enfermedad mental en la población general. Su prevalencia general es del 15% y tiene una asociación con morbilidad y mortalidad sustancial, representando la quinta causa de discapacidad en el mundo. Los desórdenes depresivos afectan al menos al 20% de las mujeres y al 12% de los hombres en algún momento durante su vida. Las mujeres son más susceptibles a sufrir depresión y los síntomas se incrementan con la edad (Guadarrama, Escobar y Zhang, 2006).

Los síntomas de la enfermedad depresiva expresan la alteración de varias funciones psicológicas como la afectividad (tristeza), la cognición (desesperanza), la psicomotricidad (inhibición) y la conducta (hipoactividad) (Zandio, Ferrín y Cuesta, 2002).

De manera que, la depresión se conceptualiza como un desorden multicausal donde confluyen factores tanto biológicos como psicosociales. Desde el punto de vista psicológico, los pacientes depresivos presentan un sesgo o distorsión del

pensamiento. Este sesgo consiste en una visión negativa, global e irreversible sobre sí mismos, el mundo y el futuro. En su manifestación clínica, los síntomas de depresión no son los mismos en todos los individuos. La depresión sería entonces el resultado final de la interacción de múltiples factores constitucionales, evolutivos, ambientales e interpersonales, que modifican las pautas de neurotransmisión entre los hemisferios cerebrales y el sistema límbico (Elmasian y Mikulic, 2013; Piqueras et al., 2009).

La depresión mayor se define como un estado de ánimo deprimido que se mantiene diariamente por un mínimo de dos semanas. El episodio puede caracterizarse por tristeza, indiferencia, apatía o irritabilidad, y suele asociarse a cambios en los patrones de sueño, apetito o peso corporal; agitación o retardo motor; fatiga o energía reducida; estado de ánimo bajo, pérdida de la capacidad de concentración y de decisión, pérdida del interés o del disfrute, autoestima reducida, sensación de culpa o vergüenza, pesimismo e ideas de autodaño o suicidio (Elmasian y Mikulic, 2013; Guadarrama, Escobar y Zhang, 2006; Kasper et al., 2006; Piqueras et al., 2009; Smith y Blumenthal, 2011). Para considerar estos síntomas como un trastorno deben tener alguna repercusión funcional, es decir, deber ser de una gravedad suficiente para interferir en las actividades habituales (Smith y Blumenthal, 2011).

Son diversos los autores que sugieren que la depresión está fuertemente asociada con la enfermedad coronaria y constituye un factor de riesgo de primer orden, en el sentido de que las personas con síntomas depresivos exhiben mayor riesgo de experimentar enfermedad arterial coronaria que los individuos no

depresivos y en cómo la depresión afecta a la recuperación después de un infarto agudo de miocardio. Asimismo, la depresión se asocia a un mayor riesgo de muerte, arritmias ventriculares, recuperación incompleta, taquicardia ventricular, recurrencia de nuevos eventos cardíacos y menor supervivencia comparado con los individuos no deprimidos (Artham, Lavie y Milani, 2008; Frasure-Smith, Lespérance y Talajic, 1995; Rosengren et al, 2004; Sandín, 2001).

Se ha encontrado que los pacientes con un trastorno depresivo previo al infarto de miocardio, tendían a experimentar mayor grado de depresión durante la hospitalización y después de ser dados de alta; y que estos pacientes tenían mayor riesgo de mortalidad durante los meses siguientes posteriores al evento cardíaco. De tal modo, la depresión se constituye como un factor de riesgo de morbi-mortalidad cardíaca en pacientes con cardiopatía isquémica, especialmente después de un infarto agudo de miocardio. También, se ha relacionado la depresión con un aumento de 4 veces mayor de riesgo de mortalidad durante los primeros 6 meses después de un infarto (Barth, Schumacher y Herrmann-Lingen, 2004; Esquivel et al., 2009; García, Del Villar y García, 2007; Laham, 2008; Lavie et al, 2007; Lavie et al, 2011; Romero, 2007; Sandín, 2001).

Además, la depresión parece ser un grave obstáculo para que el paciente pueda retornar a su funcionamiento habitual, perturbando, asimismo el funcionamiento social y las actividades cotidianas (Sandín, 2001). También se ha visto que es frecuente la aparición de conflictos familiares y un alto índice de aislamiento social (Laham, 2008).

Sin embargo, la depresión se encuentra con frecuencia infra diagnosticada e infra tratada en pacientes con enfermedad cardiovascular. Se estima que sólo el 25% o menos de los pacientes cardíacos con depresión mayor están diagnosticados de ésta última, y que solo cerca de la mitad reciben tratamiento antidepresivo (García, Del Villar y García, 2007).

La depresión es un trastorno frecuente entre los pacientes que sobreviven a un episodio cardíaco agudo y su manifestación más clara suele ser la menor adherencia a los tratamientos que se les prescribe. En términos generales, suelen presentar menor motivación y desatender las recomendaciones médicas, especialmente en lo referido a dietas, ejercicio físico, reducción del estrés y búsqueda de apoyo social. Las respuestas de tipo depresivo manifiestan una sensación subjetiva de incapacidad psicofísica y estas personas presentan una tendencia a recluirse en sus domicilios, evitando en lo posible, todo contacto con el exterior (Esquivel et al., 2009; Laham, 2008).

2.2.5 Fisiopatología de la depresión

Se considera a la depresión como un trastorno biológico asociado a una respuesta al estrés psicosocial con una incapacidad del individuo para afrontarla. Los estímulos que pueden generar depresión son multifactoriales, todos ellos tienen como denominador común el constituir estresores con valor afectivo solo para el individuo afectado. Ese valor afectivo varía de un individuo a otro y la experiencia de cada individuo es la variable que introduce la diferencia en la respuesta. De modo que el estrés (como se mencionó anteriormente) es un factor importante para que

el estado depresivo se genere y éste no puede separarse de los cambios biológicos (fisiológicos y hormonales) que son concomitantes con el estrés, asociado todo ello al eje hipotálamo - hipófisis - suprarrenal. Por lo tanto, la depresión depende de la calidad y cantidad de estímulos ambientales estresores y de los substratos biológicos (genéticos, bioquímicos y moleculares) que determinan las alteraciones en la homeostasis y en la función cerebral (Guadarrama, Escobar y Zhang, 2006).

La depresión tiene muchas causas: factores genéticos, factores químicos como la alteración de los neurotransmisores, factores psicosociales como experiencias adversas en la infancia, dificultades cotidianas y crónicas, eventos indeseables en la vida, red social limitada y baja autoestima. En la mayoría de los pacientes los episodios depresivos surgen de la combinación de factores familiares, biológicos, psicológicos y sociales, los cuales operan a través del tiempo y progresivamente incrementan su capacidad patogénica (Guadarrama, Escobar y Zhang, 2006; Zandio, Ferrín y Cuesta, 2002).

A nivel genético, se ha visto que los individuos con una o dos copias del alelo corto del gen del transportador de serotonina mostraron más síntomas depresivos con relación a eventos estresantes en comparación con individuos con un solo alelo (Caspi et al, 2003).

A nivel químico, se sabe que la serotonina y la noradrenalina presentan una fuerte influencia en los patrones de conducta y la función mental, mientras que la dopamina está involucrada con el movimiento. Estas tres sustancias son por lo tanto fundamentales para la función normal del cerebro. La serotonina ejerce acción en

el ánimo, la conducta, el movimiento, la apreciación del dolor, la actividad sexual, el apetito, las secreciones endocrinas, las funciones cardíacas y el ciclo de sueño-vigilia. La noradrenalina se genera en el *locus coeruleus* en el tallo cerebral, se ha visto que la actividad de las neuronas del *locus coeruleus* aumenta significativamente en la vigilia y en episodios de estrés, en los cuales su actividad neuronal alcanza niveles de intensidad máxima, y de ese modo contribuye a alertar al individuo lo necesario para sobrevivir. Si el estrés es crónico, las reservas de noradrenalina en el LC tienden a depletarse, lo que conduce a mantener un estado de depresión. Por lo que la carencia de noradrenalina o su desequilibrio con la serotonina puede ser la causa de la psicosis depresiva unipolar o bipolar (Blows, 2000; Guadarrama, Escobar y Zhang, 2006).

Se ha propuesto un modelo neuroanatómico que comprende dos circuitos neuroanatómicos principales involucrados en la regulación del ánimo: uno, el circuito límbico-talámico-cortical, que incluye la amígdala, los núcleos dorsomediales del tálamo y la corteza prefrontal medial y ventrolateral; y dos, el circuito límbico-estriado-pálido-talámico-cortical. De acuerdo con este modelo, las alteraciones del ánimo podrían ser el resultado de disfunción o anomalías en diferentes partes de esos circuitos, que podrían ser el inicio de los trastornos del ánimo o conferir cierta vulnerabilidad biológica, que en combinación con factores ambientales, tenga como consecuencia alguno de estos desórdenes. El hallazgo en neuroimagen funcional más consistente ha sido la disfunción de la corteza prefrontal, como lo sugiere la disminución en el flujo sanguíneo y en el metabolismo de la glucosa de esta área. También se sugieren anomalías en los ganglios

basales, el lóbulo temporal y estructuras límbicas relacionadas. (Guadarrama, Escobar y Zhang, 2006; Zandio, Ferrín y Cuesta, 2002).

También, se ha sugerido que el estrés repetido durante episodios recurrentes podría resultar en daño acumulativo para el hipocampo, reflejado en pérdida de volumen del mismo (Eker y Gonul, 2010; MacQueen et al, 2003).

2.2.6 Relación de la depresión con la Enfermedad Arterial Coronaria

La depresión es considerada un factor de incidencia de la enfermedad coronaria así como un efecto post-infarto que se debe de atender en la rehabilitación cardíaca. La evidencia clínica permite señalar que: la enfermedad coronaria desencadena cuadros depresivos o agrava los preexistentes, aumentando el riesgo de mortalidad, y la depresión a su vez puede coadyuvar al desarrollo de la enfermedad coronaria y a desencadenar eventos agudos (Esquivel et al., 2009; Laham, 2008).

El estrés crónico y los desórdenes afectivos como la depresión pueden tener un profundo impacto en el sistema nervioso central, incluyendo un aumento en la salida desde el sistema nervioso central y el eje hipotálamo-pituitaria-adrenal (HPA). La estimulación crónica desde esta salida central puede inducir una amplia variedad de respuestas patofisiológicas. La depresión ha sido particularmente estudiada a este respecto (Rozanski et al, 2005).

Los numerosos mecanismos descritos para vincular la depresión con las enfermedades cardiovasculares pueden dividirse en 2 grupos principales (Barth, Schumacher y Herrmann-Lingen, 2004; Cabrera, Gandarilla y González, 2011):

1. Mecanismos biológicos directos.
2. Mecanismos indirectos mediados por la conducta, el estilo de vida y diversos factores psicosociales.

Mecanismos biológicos directos

- El eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HPA): en respuesta a un estresor, el hipotálamo aumenta la síntesis y liberación de la hormona corticotropa (CRH) por la hipófisis, la CRH, la cual promueve la secreción de la hormona adrenocorticotrófica (ACTH). La ACTH y el sistema nervioso simpático promueven la secreción de cortisol y catecolaminas, respectivamente. Los cambios asociados con la depresión producen un exceso en la secreción de cortisol, alteración en el mecanismo de retroalimentación del cortisol plasmático, concentraciones alteradas de CRH y de ACTH y la regulación anormal de catecolaminas, los cuales son similares a aquellos asociados con la exposición al estrés. Los niveles elevados de cortisol pueden acelerar el desarrollo de hipertensión y aterosclerosis y ocasionar daño del endotelio vascular. Los altos niveles de catecolaminas predisponen a la vasoconstricción, a la frecuencia cardiaca elevada y a la activación plaquetaria favoreciendo la trombogénesis. De hecho, el estrés emocional abrupto puede ocasionar disfunción del ventrículo izquierdo, incluso en

personas sin enfermedad arterial coronaria. Los potenciales mecanismos para estas asociaciones pueden ser complejos, involucrando no solo la estimulación del eje HPA y el sistema nervioso simpático, sino también una potencial sinergia inducida por efectos periféricos como la hiperglicemia (Rozanski et al, 2005; Wittstein et al, 2005).

- La hipercortisolemia presente en la depresión, en asociación con el debilitamiento de las hormonas sexuales y del crecimiento, promueve la obesidad central o aumento de la grasa intra-abdominal y a un incremento en los ácidos grasos a nivel periférico y porta. Estos cambios metabólicos también contribuyen al desarrollo de síndrome metabólico, una mayor resistencia a la insulina y diabetes entre los sujetos deprimidos, y a una alta frecuencia de complicaciones diabéticas (Kahl et al, 2005; Weber-Hamann et al, 2002).
- Disminución en la sensibilidad barorrefleja: el barorreflejo arterial es resultado del sistema nervioso simpático y parasimpático, así como de los mecanismos del sistema nervioso central involucrados en el control cardiovascular. Cambios en el flujo sanguíneo y en el metabolismo de la glucosa han sido reportados en las estructuras corticales, límbicas y del tronco encefálico de los pacientes deprimidos. Se ha demostrado que alteraciones en la actividad de ciertas estructuras cerebrales pueden afectar el tono cardíaco autónomo, por tanto la depresión favorece la hipofunción de los barorreceptores, reduciendo así la capacidad cardiovascular de amortiguar las variaciones en la tensión arterial (Cabrera, Gandarilla y González, 2011; Laham, 2008).

- La depresión altera la variabilidad de la frecuencia cardiaca: numerosos neurotransmisores que actúan al nivel central y periférico (dopamina, noradrenalina, acetilcolina y serotonina), están involucrados en la modulación de la variabilidad de la frecuencia cardiaca. Es común en la depresión, una mayor estimulación del sistema nervioso simpático y está asociado a altas concentraciones de noradrenalina circulante en el plasma y a un incremento de la actividad simpática corporal. Como consecuencia los pacientes deprimidos comúnmente manifiestan mayores frecuencias cardiacas en reposo que los controles saludables y exhiben disfunción del sistema nervioso autónomo que incluye variabilidad disminuida de la frecuencia cardiaca como reflejo del desbalance simpático-vagal presente en estos pacientes. Además, la disminución en la variabilidad de la frecuencia cardiaca es un factor predisponente para la aparición de arritmias ventriculares y muerte súbita cardiaca (Cabrera, Gandarilla y González, 2011; Laham, 2008; Rozanski et al., 2005).
- Disfunción del sistema inmune: los desarrollos logrados en la psico-neuro-inmunología sugieren que los episodios depresivos mayores pueden modificar la respuesta del sistema inmune y que, de manera inversa, las anormalidades inmunológicas desempeñan un rol en la causa de la depresión. La depresión mayor se asocia a una excesiva secreción de citoquinas proinflamatorias involucradas en la respuesta inmune inespecífica (IL-1B, TNF-alfa, IFN). Las interleucinas IL-1, IL-6 y el TNF-alfa están involucrados en el daño al endotelio vascular y en la cascada inflamatoria del proceso de aterosclerosis que favorecen la conversión de placas estables

en inestables con la consiguiente formación de trombos y oclusión vascular (Barth, Schumacher y Herrmann-Lingen, 2004; Esquivel et al, 2009; Mulvihill y Foley, 2002). Esta activación del sistema inmune está implicada tanto en el desarrollo de la placa aterosclerótica como en el aumento de la mortalidad de pacientes post infarto (Esquivel et al, 2009; García, Del Villar y García y García, 2007). También se ha visto que la depresión está asociada a incremento de la proteína C reactiva, interleucina 6, factor de necrosis tumoral y otras proteínas inflamatorias (Rozanski et al, 2005; Esquivel et al., 2009).

- Disfunción endotelial y activación plaquetaria: los individuos deprimidos presentan sustanciales anormalidades plaquetarias incluyendo incremento en la concentración de beta-tromboglobulina y factor plaquetario IV y un incremento en la concentración de los receptores de la glicoproteína funcional IIb/IIIa. Además, hay evidencia de que la depresión está asociada con una hiperactividad del receptor del transportador 5-hidroxitriptamina y que está relacionado con un aumento en la respuesta de las plaquetas a la serotonina (Cabrera, Gandarilla y González, 2011; Rozanski et al., 2005). Elmasian y Mikulic (2013), refieren que la depresión produce un efecto proaterogénico a través de una alteración en la adhesión plaquetaria y aumento de la producción de fibrinógeno.
- Fatiga e inactividad física: algunas de las similitudes conductuales entre la depresión y el síndrome de fatiga crónica indican que estas dos entidades comparten los mismos aspectos fisiopatológicos, por ejemplo, similar

elevación en los niveles de interleucinas IL-1, IL-6 y el TNF-alfa, así como desbalance en la inmunidad celular (Cabrera, Gandarilla y González, 2011).

2.2.7 Relación de la depresión con las enfermedades cardiovasculares (mecanismos indirectos)

En este aspecto los mecanismos indirectos están mediados por la conducta, el estilo de vida y diferentes factores psicosociales en que se ha constatado que la depresión:

- Favorece la adopción de hábitos nocivos para la salud cardiovascular: la depresión favorece la predisposición al tabaquismo y obstaculiza los intentos por dejar de fumar. Esto porque el tabaquismo crónico inhibe la monoaminoxidasa B, la enzima que participa en la degradación de la dopamina, lo cual explica en parte la acción antidepresiva de la nicotina (Mihailescu y Drucker-Colin, 2000). También, la depresión favorece el consumo de alcohol e induce a la vida sedentaria. En relación con la alteración alimentaria, aumenta la relación con hipercolesterolemia (Laham, 2008). La depresión está acompañada de hipercolesterolemia, que se presenta por la disfunción del eje hipotálamo-hipofisiario, que aumenta la producción de esteroides (hipercortisolemia) y ácidos grasos libres (Elmasian y Mikulic, 2013).
- Menor adherencia al tratamiento farmacológico: se ha evidenciado que los pacientes deprimidos tienen 3 veces mayores probabilidades de incumplimiento con el tratamiento médico que los no deprimidos (Cabrera,

Gandarilla y González, 2011; Elmasian y Mikulic, 2013); igualmente se ha estudiado esta relación en los pacientes con trastornos de ansiedad pero los resultados son variables y no significativos (DiMatteo, Lepper y Croghan, 2000). En un estudio que investigó la influencia psicosocial y conductual en la aceptación del tratamiento en pacientes hipertensos, se demostró que el incumplimiento del tratamiento se incrementaba con la severidad de los síntomas depresivos, y asombrosamente no estaba influenciada por el conocimiento de su patología, sus creencias de salud, el apoyo social o la satisfacción con los cuidados en salud, explicado por la actitud pesimista y la pobre motivación que presentan los pacientes deprimidos (Wang et al., 2002).

- Menor soporte social: existe una fuerte evidencia de la asociación independiente entre depresión, aislamiento social y falta de apoyo social de calidad con las causas y el pronóstico de la cardiopatía coronaria. Asimismo, la evidencia no es consistente en relación a la ansiedad, trastornos de pánico, hostilidad o comportamiento tipo A. Factores como vivir solos, estar socialmente aislados, la baja percepción de apoyo emocional y social, la falta de amigos o confidentes, aumentan la morbilidad y la mortalidad en estos pacientes (Bunker et al., 2003).

La comorbilidad de la depresión con la ansiedad promueve a su vez, la configuración de estados mixtos con diferentes proporciones de ambas, complicando el cuadro clínico y aumentando el riesgo de patología coronaria (Barth,

Schumacher y Herrmann-Lingen, 2004; Cabrera, Gandarilla y González, 2011; García, Del Villar y García, 2007; Laham, 2008; Rozanski et al., 2005).

2.3 Rehabilitación cardíaca

La rehabilitación cardíaca es definida por la Organización Mundial de la Salud como “la suma de las actividades requeridas para asegurar que el paciente cardíopata logre la mejor condición física, mental y social, que le permitan óptima adaptación a la vida activa y a la integración a la comunidad”. Esta definición tan amplia y general permite comprender la complejidad de la rehabilitación del paciente con enfermedad cardiovascular. En estos casos los pacientes se enfrentan a una situación orgánica grave, dolorosa y angustiante, que es producto en la mayoría de los casos de un componente genético y un estilo de vida inadecuado, lo cual va a afectar todas las áreas de su vida a nivel personal, sexual, familiar y laboral (López et al, 2008).

La rehabilitación cardíaca definida como una intervención no farmacológica, tiene la finalidad de restaurar y mantener a los pacientes cardíopatas en su estatus fisiológico o físico, laboral, psicológico y social óptimos, a la vez que trabaja como un programa multifactorial que integra al ejercicio físico con el consejo psicológico y la educación al paciente sobre adecuados cuidados en salud (Báez, Camacho, Abreu, Arenas y Jaimes, 2006; Escolar-Gutiérrez, 2014; Espinosa y Bravo, 2002; Shepherd y While, 2012).

La rehabilitación cardiaca es considerada como una intervención rentable debido a que mejora la capacidad funcional y la calidad de vida de los pacientes portadores de enfermedad coronaria y porque además ha demostrado reducir las admisiones hospitalarias agudas (Escolar-Gutiérrez, 2014; Elmasian y Mikulic, 2013; Shepherd y While, 2012).

Desafortunadamente, los programas son subutilizados y los datos reportan una baja tasa de referencia, pobre motivación de los pacientes y limitaciones geográficas que llevan a una participación escasa (Báez et al., 2006).

La rehabilitación cardiaca se ha dividido en fases.

2.3.1 Fases de la rehabilitación cardiaca

Fase I: la primera fase de la rehabilitación cardiaca es un programa hospitalario para quienes se recuperan de un infarto agudo de miocardio o de una cirugía de revascularización, angioplastia, cirugía valvular, trasplante cardíaco, angina estable o cardiopatía coronaria. El programa combina ejercicio suave y educación del paciente, por lo general de 3 a 6 días. El objetivo principal de este periodo de la rehabilitación es mantener el tono muscular, prevenir la hipotensión postural, disminuir el riesgo de trombosis venosa profunda y ajustar psicológicamente al paciente y su familia al evento en curso. La fase I es el paso inicial en la preparación del paciente para la vuelta a una vida activa y productiva (Báez et al, 2006; Fardy y Yanowitz, 2003).

Fase II: constituye un programa ambulatorio o post-hospitalario supervisado de ejercicio, prescrito individualmente con monitorización continua o intermitente con electrocardiograma (ECG) con una duración de 12 semanas o 36 sesiones. Puede realizarse en una instalación hospitalaria o en un local independiente dirigido por médicos. El programa de ejercicio se basa en una prescripción individualizada de la intensidad, duración, frecuencia y tipos de actividad. Los objetivos de esta fase son lograr la actividad física independiente dentro y fuera de la casa, la readaptación familiar, social y ocupacional, y la independencia física y psíquica del individuo. Es la etapa fundamental para generar adherencia al ejercicio regular y en que las intervenciones educativas logren cambios en el estilo de vida de los pacientes. La conclusión de la fase II debe marcar el comienzo de un compromiso de por vida con una conducta saludable. Al finalizar esta segunda fase debe realizarse una prueba de esfuerzo submáxima con el fin de valorar la capacidad funcional y las condiciones clínicas del paciente en términos de considerar el retorno al trabajo y las actividades de rehabilitación según sus propias inclinaciones, así como hacer las respectivas recomendaciones para continuar en la tercera fase del programa (Báez et al., 2006; Fardy y Yanowitz, 2003).

Fase III: también conocida como fase de mantenimiento, corresponde a la recuperación tardía y tiene una duración de cuatro a seis meses, la cual puede postergarse por tiempo indefinido. En esta etapa el programa tiene una directriz del grupo multidisciplinaria, pero no necesita supervisión directa de las sesiones de ejercicio físico, el cual usualmente es de tipo de resistencia. Se busca mantener la capacidad funcional ya adquirida. Se debe verificar el cumplimiento de los objetivos

de control de los factores de riesgo y la adherencia al ejercicio regular y al tratamiento farmacológico (Achury, Rodríguez-Colmenares, Agudelo-Contreras, Hoyos-Segura, Acuña-Español, 2011; Báez et al., 2006). Por lo general comprende la supervisión clínica a cargo de un profesional del ejercicio o un enfermero, así como la monitorización intermitente con ECG. Los objetivos primarios son mejorar la forma física, aumentar la sensación de bienestar y reducir el riesgo de una recurrencia (Fardy y Yanowitz, 2003).

Fase IV: es un programa a largo plazo, una vez superada la fase III, que no suele incluir supervisión clínica ni monitorización con ECG. Sus objetivos son mejorar y mantener la forma física, y en el programa pueden participar cardiopatas y adultos sanos.

2.3.2 El papel del ejercicio en la rehabilitación cardíaca

Cuando el ejercicio forma parte de las actividades laborales y recreativas, tiene un efecto beneficioso en la prevención de la cardiopatía isquémica, la disminución de la mortalidad global y la mejora de la calidad de vida. Esto supone que el ejercicio tenga un papel primordial en la prevención de numerosas afecciones y sea de gran utilidad para retrasar los efectos negativos del envejecimiento en el aparato cardiovascular (Boraita, 2008).

Los beneficios físicos de la rehabilitación cardíaca basada en ejercicio en los pacientes con enfermedad arterial coronaria están bien documentados (Hughes, Mutrie y MacIntyre, 2006; Yohannes et al, 2010). Los programas de rehabilitación

cardiaca que involucran ejercicio y sesiones de educación pueden reducir el riesgo de mortalidad cardiaca en un 26 % (Kirk et al, 2013).

El ejercicio físico de tipo aeróbico, de intensidad ligera a moderada (individualizado para cada persona) y realizado con reiteración, produce una serie de adaptaciones de distinta índole (osteomusculares, metabólicas, respiratorias y cardiovasculares) que producen beneficios para la salud (Boraita, 2008; Wilmore y Costill, 2010).

2.3.3 Cambios fisiológicos producidos por la rehabilitación cardiaca

En relación con su acción sobre el aparato cardiovascular se ha demostrado una relación inversa entre ejercicio habitual y riesgo de enfermedad coronaria, eventos cardiacos y muerte. El ejercicio tiene efectos beneficiosos en el perfil lipídico: reduce las lipoproteínas de baja densidad y los triglicéridos, y aumenta las lipoproteínas de alta densidad. También ejerce un efecto beneficioso sobre la composición corporal, la capacidad aeróbica y la hemostasia, disminuyendo el riesgo de trombosis. Previene o reduce la hipertensión arterial. Aumenta la utilización de la grasa corporal y ayuda a controlar el peso. El ejercicio mejora el control de la glicemia y la sensibilidad a la insulina y previene el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 en pacientes de alto riesgo. Además, disminuye el riesgo de enfermedad cardiovascular y accidentes cerebrovasculares (Boraita, 2008; Wilmore y Costill, 2010; Woolf-May, 2008).

La función autoinmunitaria también es modulada por el ejercicio, que cuando se realiza de manera moderada mejora la función normal de las células citolíticas,

los linfocitos T y B circulantes y los monocitos y macrófagos, con lo que puede disminuir la incidencia de infecciones y de algunos cánceres (Boraita, 2008).

El entrenamiento físico de tipo dinámico y de resistencia induce adaptaciones morfológicas y funcionales a nivel cardiovascular como por ejemplo: disminución de la frecuencia cardíaca, aumento del volumen de las cavidades y del grosor de los espesores parietales, incremento del volumen sistólico y aumento de la densidad capilar miocárdica (número de capilares por miofibrilla) y de su capacidad de dilatación aumentando la capacidad de bombeo que reduce el riesgo de ataques cardíacos. Se han encontrado adaptaciones estructurales y metabólicas, aumento de la densidad capilar proporcional al engrosamiento de la pared del miocardio, aumento del calibre de los vasos coronarios, especialmente de su capacidad de vasodilatación y aumento de la permeabilidad capilar. Todas ellas van dirigidas a mantener una adecuada perfusión miocárdica durante la práctica del ejercicio físico para facilitar el riego sanguíneo del músculo cardíaco (Boraita, 2008; Wilmore y Costill, 2010).

En pacientes con enfermedad coronaria, el entrenamiento físico mejora la función endotelial. Hay considerable evidencia que corrobora el efecto beneficioso del ejercicio físico en la reducción de la disfunción endotelial de los vasos coronarios epicárdicos y los vasos de resistencia en pacientes con arteriopatía coronaria e insuficiencia cardíaca crónica. Mejorando entonces el ejercicio, la liberación de óxido nítrico (que es un importante vasodilatador) y favoreciendo la relajación vascular. Asimismo disminuye los niveles séricos de homocisteína que es un marcador de la disfunción endotelial. Además, el entrenamiento disminuye la

activación plaquetaria, previniendo de esta manera la formación de trombos y de obstrucción arterial (Boraita, 2008; Márquez y Garatachea, 2009; Woolf-May, 2008).

Se ha demostrado también los sustanciales beneficios de la fase II de la rehabilitación cardiaca, que incluye beneficios en la capacidad de ejercicio, los lípidos plasmáticos, la obesidad, la inflamación, el síndrome metabólico, las funciones autonómicas, la viscosidad de la sangre y en la morbilidad y mortalidad cardiovascular (Artham, Lavie y Milani, 2008),.

En el año 2004, los investigadores Milani, Lavie y Mehra, realizaron un estudio en el que evaluaron a 277 pacientes con patología coronaria, de los cuales 235 completaron el programa de rehabilitación cardiaca fase II y demostraron que la rehabilitación cardiaca estaba asociada con cerca del 40% de reducción en la proteína C reactiva, relacionado en la prevención primaria y secundaria de la patología coronaria. Hallazgos similares también han sido descritos por Caulin-Glaser, Falko, Hindman et al (2005).

Posteriormente, en el 2011, Lavie y Milani realizaron un estudio en que describen que en los pacientes que participan de los programas formales de rehabilitación cardiaca fase II, se ha demostrado una mejoría del 35% en la capacidad estimada de ejercicio (definida como equivalentes metabólicos o METs), un 37 % de reducción en la prevalencia de síndrome metabólico en los pacientes con enfermedad coronaria, una mejoría de 17% ($P < 0,0001$) en los niveles de HDL colesterol y una reducción de 11% en la relación LDL-C/HDL-C ($P < 0,0001$)

después de la rehabilitación cardiaca, lo cual reafirma la trascendencia a nivel físico de la implementación de los programas de rehabilitación cardiaca.

Los hallazgos beneficiosos a nivel fisiológico mencionados con anterioridad fortalecen el hecho de que el ejercicio es una medida esencial en la prevención y en el tratamiento de numerosas afecciones que afectan a los seres humanos, debido a los considerables efectos beneficiosos que originan sobre los múltiples procesos fisiológicos que intervienen en la conservación de la salud. Por lo que el ejercicio se ha convertido en un aspecto primordial de la rehabilitación cardiaca. Se ha demostrado que el ejercicio de la rehabilitación cardiaca da lugar a reducciones del 20 al 25 % de la mortalidad por cualquier causa y de la mortalidad cardiaca, en comparación con pacientes con patología cardiaca que reciben un programa de atención convencional (Márquez y Garatachea, 2009; Woolf-May, 2008).

Además de los beneficios generados por el ejercicio comentados previamente, se presentan los siguientes (Boraita, 2008):

Efectos en la calidad de vida y la supervivencia

Mejora la fuerza y la resistencia muscular, lo que aumenta la capacidad para realizar actividades físicas de la vida diaria.

Puede retrasar o prevenir las enfermedades crónicas y las asociadas con el envejecimiento.

Disminuye el riesgo de muerte y aumenta la longevidad.

Favorece el manejo del estrés.

Ayuda a conciliar el sueño y mejorar su calidad.

Ayuda a combatir la ansiedad y la depresión y aumenta el entusiasmo y el optimismo.

Mejora la imagen personal.

Otros efectos

Mejor digestión y regularidad del ritmo intestinal.

Menor riesgo de algunos tipos de cáncer (mama, próstata, colon)

Previene la pérdida de hueso (mejor crecimiento óseo y retención de calcio)

Ayuda a establecer hábitos de vida cardiosaludables en los niños.

Reduce el gasto médico.

2.3.4 Cambios psicológicos producidos por la rehabilitación cardiaca

Si bien la relación entre los factores emocionales y conductuales con las enfermedades se han contemplado en la medicina, las investigaciones sobre los factores psicológicos concurrentes en la enfermedad coronaria deben centrarse en los últimos cuarenta años. Esto es debido al cambio en la visión de la relación entre la medicina y la salud como al desarrollo de la metodología de investigación (Laham, 2008).

Se ha visto que los programas de rehabilitación cardiaca logran que el paciente tenga un mejor control de su enfermedad y un mayor compromiso para cambiar sus hábitos alimentarios y disminuir la ansiedad y la depresión a los 2 y 8 meses de terminado el programa de rehabilitación cardiaca (PRC) comparado con el estado previo al inicio del PRC. Las reducciones en la depresión y en la ansiedad conducen

a la mejoría física, y aumenta el control de la percepción de la enfermedad, al reducir la depresión y la ansiedad (Michie, O'Connor, Bath, Giles y Earll, 2005; Lavie y Milani, 2011).

Artham, Lavie y Milani (2008), encontraron efectos beneficiosos de la rehabilitación cardiaca en pacientes con altos y bajos niveles de distrés psicológico (estrés negativo), aunque el beneficio global fue mucho más pronunciado en los pacientes con alto distrés psicológico. Realizaron un estudio en que trabajaron con pacientes referidos para el Programa de Rehabilitación Cardiaca fase II y compararon a los pacientes con las mayores puntuaciones en depresión, hostilidad, ansiedad y somatización, calificado como alto distrés psicológico con los pacientes que obtuvieron las puntuaciones más bajas que calificaron como bajo distrés psicológico. Encontraron que después de la rehabilitación cardiaca ambos grupos mostraron mejoría sustancial en los perfiles de riesgo cardiovascular (peso, índice de masa muscular (IMC), porcentaje de grasa, HDL colesterol, triglicéridos), en las características conductuales (depresión, hostilidad, ansiedad, somatización) y en la calidad de vida, pero el beneficio fue mucho mayor en aquellos pacientes con alto distrés psicológico.

Yohannes, Doherty, Bundy y Yalfani, 2010, encontraron que un programa de rehabilitación cardiaca de 6 semanas de duración es beneficioso en mejorar la calidad de vida, el estado de actividad física, la ansiedad y la depresión; y que estos beneficios se mantienen durante 12 meses. Además, elevados niveles de depresión fueron asociados con una mala calidad de vida y recomiendan incorporar

estrategias de intervención sobre depresión y ansiedad a los programas de rehabilitación cardíaca.

Respecto a la ansiedad se ha encontrado que los adultos menores de 55 años con patología coronaria muestran mayores niveles de ansiedad que los pacientes mayores de 60 años, y que posterior al Programa de Rehabilitación Cardíaca la prevalencia de ansiedad disminuyó en un 61% en los pacientes jóvenes y en un 32% en los adultos mayores (Lavie et al, 2011).

En el estudio longitudinal realizado por Yohannes et al. (2010), se encontró que a las 6 semanas de la rehabilitación cardíaca mejora la depresión y la ansiedad. También manifiesta que aunque los mecanismos para que esto suceda pueden ser desconocidos, los desafíos y los pequeños cambios que presenta el contenido del programa probablemente cuenten para el cambio, en donde los pacientes se muestran más seguros de sí mismos y afrontan mejor su condición como resultado del apoyo entre pares ganado durante la rehabilitación. La depresión es un predictor independiente de la calidad de vida durante el periodo siguiente y que da a conocer la importancia de los cuidados psicológicos para los pacientes con problemas cardíacos.

La mejoría de los factores de riesgo psicológico (ansiedad, hostilidad, depresión) posterior a la rehabilitación cardíaca es debida a múltiples factores. Se ha demostrado que no solo mejora las características sanguíneas sino también la modulación del sistema nervioso autonómico, alterando significativamente las características psicológicas y conductuales, asociado a los efectos beneficiosos del

ejercicio en la función cognitiva y la plasticidad cerebral. También manifiestan que el aprendizaje del proceso de enfermedad, sus manifestaciones, y la importancia de la rehabilitación cardíaca en el tratamiento de conductas adversas y características psicológicas, hace que los pacientes se involucren más con el cuidado de su propia salud y recuperación. La socialización y la unión con otros participantes son también factores importantes de los beneficios notados en los programas de rehabilitación cardíaca. En suma, esta terapia mejora todo lo relacionado con la calidad de vida (Artham, Lavie y Milani, 2008).

CAPÍTULO III

Marco metodológico

3.1 Marco metodológico

En esta sección se describen los elementos, las técnicas, las categorías y los procedimientos utilizados en la investigación, con el objetivo de lograr un acercamiento global en el conocimiento de la experiencia personal y conjunta que tienen las personas con enfermedad coronaria sobre su percepción en el efecto que tiene el Programa de Rehabilitación Cardíaca Fase III (PRCFIII) de la Universidad Nacional (UNA) sobre su salud emocional, específicamente refiriéndose a la depresión y a la ansiedad.

3.1.1 Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo cualitativo, en el que se busca la obtención de datos, en este caso de las personas que han experimentado un evento cardiovascular, en las propias formas de expresión de cada uno de ellos. Al tratarse de seres humanos, los datos que interesan son conceptos, percepciones, imágenes mentales, creencias, emociones, pensamientos, experiencias y vivencias manifestadas en el lenguaje de los participantes. Esta clase de datos es muy útil para capturar de manera completa y entender los motivos subyacentes, los significados y las razones internas del comportamiento humano (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2007).

El abordaje es fenomenológico descriptivo, el cual explora la profundidad, riqueza y complejidad inherente a un fenómeno (en este caso el evento cardiovascular) desde la experiencia de la persona con enfermedad coronaria y el efecto que tiene el Programa de Rehabilitación Cardíaca Fase III en las vidas de los pacientes con patología coronaria (Vanegas, 2010). Asimismo, se pretende describir la experiencia vivida desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2007).

Lo que caracteriza a la fenomenología es la comprensión y descripción de la experiencia humana en el contexto del mundo de la misma persona. El contexto que forma la experiencia vivida consta de varios elementos: el tiempo (cuando ocurre el fenómeno), el espacio (donde), la persona que vivencia esa experiencia (quien), y la interacción con otros y el mundo que lo rodea. De este modo, las personas se consideran unidas a su mundo y solo son comprensibles en su contexto. La existencia en este sentido significa “estar en el mundo” y se centra en la “experiencia vivida”, que es la clave en la fenomenología (Palacios-Ceña y Corral, 2010).

3.1.2 Las fases de estrategia, abordaje y procedimiento

El trabajo en el campo se realizó casi en su totalidad en las instalaciones de la Escuela de Ciencias del Movimiento Humano y Calidad de Vida de la Universidad Nacional; éste consistió en dos sesiones de observación en el proceso de inmersión que fueron previas a la intervención propiamente dicha, con el fin de que los participantes del Programa de Rehabilitación Cardíaca Fase III, conocieran a la

investigadora y los objetivos del estudio a realizar; y a su vez, la investigadora podría conocer las actividades que se realizan durante la rehabilitación cardiaca fase III. Concluida esta primera fase de observación se procedió a realizar entrevistas en profundidad a los participantes voluntarios del estudio según la disponibilidad de tiempo de cada uno. Previo a cada entrevista se les invitó a firmar el consentimiento informado para certificar la decisión de participar en la investigación y se solicitaron datos demográficos. Todas las entrevistas fueron realizadas en el campus de la Escuela de Ciencias del Movimiento Humano y Calidad de Vida de la Universidad Nacional a excepción de una que por deseo manifiesto del participante la entrevista se realizó en su casa de habitación ubicada a escasos kilómetros del recinto universitario.

Posteriormente, se realizó la intervención de grupos focales con dos sesiones, momento en el cual se llegó a la saturación de los datos. Estas sesiones grupales se realizaron dentro de las instalaciones ya mencionadas.

La metodología desarrollada responde a los principios clásicos del análisis cualitativo en que hay que reflejar lo que dicen las personas estudiadas en “sus propias palabras” (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2007). En cada uno de los momentos, las personas participantes estuvieron anuentes a colaborar, y a todas las personas se les abordó en la entrevista con la mismas preguntas generadoras de dialogo, permitiendo que las respuestas fluyeran abiertamente y sin limitaciones, dejando espacio para la libre expresión de cada uno de los participantes.

3.1.3 Población

Corresponde a 18 personas con antecedente de patología cardiovascular que participan actualmente en el Programa de Rehabilitación Cardíaca Fase III de la Universidad Nacional (UNA).

3.1.4 Muestra participante

Se utilizó el muestreo por propósito o por conveniencia, tratándose de que se quería investigar la vivencia de las personas portadoras de patología coronaria que habían sufrido un infarto agudo de miocardio (IAM) y son quienes podrían brindar la información desde la primera persona del fenómeno en estudio. (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2007). Dado lo pequeño del total de personas participantes del PRCFIII, la investigadora procuró analizar el mayor número de casos posible, lo cual dependía del libre deseo de los participantes para colaborar en el estudio y de que cumplieran con los criterios de inclusión. Inicialmente se entrevistó a 11 individuos dispuestos a participar en la investigación; sin embargo, se excluyeron tres porque no cumplían con los criterios de inclusión.

3.1.5 Criterios de inclusión

Participante del Programa de Rehabilitación Cardíaca Fase III que tenga asistencia regular al programa, es decir de dos a tres veces por semana con al menos tres meses de acudir y que sea sobreviviente a un evento cardiovascular por enfermedad coronaria y sin alteraciones a nivel cognitivo.

3.1.6 Criterios de exclusión

Persona participante del Programa de Rehabilitación Cardíaca Fase III con algún tipo de patología cardiovascular diferente a la enfermedad coronaria, como personas hipertensas o diabéticas que participan del Programa de Rehabilitación Cardíaca Fase III por motivos preventivos en su salud cardiovascular.

3.1.7 Características de los participantes

Se entrevistaron en total 11 personas, 10 hombres y una mujer, todos participantes del Programa de Rehabilitación Cardíaca Fase III; sin embargo, de ellos se excluyó a la mujer y a dos de los hombres debido a que no cumplían con los criterios de inclusión anteriormente mencionados, de tal forma que el grupo de estudio quedó conformado por ocho hombres con edades comprendidas entre los 46 y 76 años, con un nivel educativo elevado en el rango que está entre la educación parauniversitaria y la universitaria completa. Al momento del estudio, cinco de ellos se dedicaban a actividades laborales y los otros tres estaban pensionados. Todos vivían con la esposa a excepción de uno que vivía solo. Dentro del grupo, dos personas habían padecido la enfermedad coronaria con anterioridad y habían sido revascularizados, pero ninguno tenía la experiencia de participar en un Programa de Rehabilitación Cardíaca Fase III. A continuación se detalla a los participantes voluntarios de la investigación.

Tabla 1. *Participantes y fuentes de información*

Sujetos	Edad	Patología cardíaca	Residencia	Profesión
E1	67	Triple bypass coronario	Montes de Oca	Contador
E2	75	Triple bypass coronario	Santo Domingo, Heredia	Geólogo
E4	76	Cateterismo. EAC no operable	Alajuela	Analista de sistemas
E5	60	Dos stent post IAM	Paso Ancho	Técnico en telecomunicaciones ICE
E6	70	Bypass coronario	Montes de Oca	Ingeniero agrónomo
E7	46	Cateterismo Stent	Heredia	Microbiólogo
E8	75	Triple bypass coronario	Alajuela	Biólogo
E9	65	Cateterismo Stent	Turrialba	Gestión parlamentaria

Fuente: información propia. Los nombres de los participantes han sido codificados según el orden en que se realizó la entrevista para proteger la identidad de los mismos.

3.1.8 Técnicas e instrumentos para la recolección de la información

Inicialmente se utilizó la observación para recoger información de primera mano en el lugar natural donde ocurre la situación (un día de práctica en el PRCFIII). Se plantea lo que está pasando ahí, es importante mirar y escuchar cuidadosamente. Burns y Grove (cit. por Vanegas, 2010), proponen que la observación se centra en los detalles de una rutina, tanto en el proceso de actividades como en los sucesos discretos o inesperados que ocurren durante la actividad rutinaria.

En un segundo paso, se procedió a recolectar información mediante una entrevista a profundidad o abierta (Hernández, Fernández-Collado y Baptista,

2007), donde se obtuvo una descripción de la vivencia de la patología coronaria y de la posterior recuperación de la enfermedad en los sujetos del estudio. Se decidió la entrevista abierta como técnica de recolección de la información con la intención de que los participantes expresaran de la mejor manera su experiencia en cuanto a la enfermedad coronaria y su percepción personal en cuanto a la influencia que ha tenido en sus vidas el participar en el Programa de Rehabilitación Cardíaca Fase III de la Universidad Nacional, indagando especialmente el aspecto emocional de depresión y/o ansiedad.

La entrevista constituyó el método esencial para recoger la información cualitativa, la cual fue efectuada a modo de conversación con los individuos. Cada entrevista tuvo una duración variable, desde 30 minutos hasta más de una hora, dependiendo de la disposición de cada individuo participante. Para ello se procuró por parte de la investigadora estimular un ambiente de confianza con los individuos entrevistados a fin de que hablaran con libertad de sus actitudes, creencias, sentimientos y emociones vinculados a la patología coronaria y al proceso de rehabilitación cardíaca fase III (Vanegas, 2010).

La tercera técnica de investigación manejada fue la de grupo focal, descrita como un grupo de individuos seleccionados y ensamblado por los investigadores con el fin de discutir y comentar un asunto, que es el objeto central de un estudio, a partir de la experiencia individual de sus participantes (Ospina y Gómez, 2001).

El propósito de los grupos focales es registrar cómo los participantes elaboran grupalmente su realidad y experiencia. Esta modalidad de entrevista es

abierta y estructurada, generalmente toma la forma de conversación grupal, en la cual el investigador plantea algunas temáticas, para orientar la dirección de la misma de acuerdo a los propósitos de la investigación. Esto permite que la entrevista, bajo esta modalidad grupal, se convierta en un intercambio real de experiencias; debido a que, generalmente cuando un entrevistado percibe que su interlocutor tiene una vivencia similar sobre el tema, reacciona positivamente, de modo que esta situación comunicacional retroalimenta su interés por el tema a discusión (Aigner, 2002).

Comparado con la observación, un grupo focal permite al investigador recolectar una cantidad de información en un periodo más corto, sin la necesidad de esperar a que las cosas sucedan, ya que el investigador sigue una guía de desarrollo del grupo focal. Esto hace que los grupos focales sean eventos organizados pero no naturales. Comparados con las entrevistas individuales que buscan explorar actitudes, creencias y sentimientos de manera individual, los grupos focales permiten apreciar la complejidad y multiplicidad de puntos de vista y procesos emocionales dentro de un contexto grupal. Son útiles cuando se quiere explorar el grado de consenso alrededor de un asunto determinado y también cuando se desea obtener diversas perspectivas acerca del mismo asunto en estudio (Ospina y Gómez, 2001).

En la presente investigación, fue en la realización de las sesiones grupales cuando se llegó a la saturación de los datos.

Dentro de los instrumentos utilizados para la recolección de la información se contó con los siguientes:

- La aplicación “grabadora de voz” del celular Samsung Galaxy SIII mini, como instrumento de grabación para las entrevistas y grupos focales.
- Bitácora de campo para anotaciones del investigador durante las observaciones, las entrevistas y las intervenciones con grupos focales.
- Equipo de cómputo para la digitación de los datos obtenidos.
- Bitácora de análisis.

3.1.9 Aspectos éticos

El abordaje de los participantes se realizó en las instalaciones del servicio de Rehabilitación Cardíaca de la Universidad Nacional, con la autorización del coordinador de dicho servicio.

Todas las fases del proceso investigativo han sido inspeccionadas por el tutor de la investigación, quien valoró que la metodología utilizada se ajustara a responder a la pregunta y subpreguntas de investigación, con el objetivo de favorecer la replicabilidad, credibilidad y transferibilidad del estudio.

En este estudio se han observado los principios éticos enunciados en la Declaración de Helsinki (2013). Los principios éticos que se tuvieron en cuenta en la presente investigación fueron los siguientes:

Todos los individuos participantes de la investigación fueron voluntarios e informados acerca de los objetivos, beneficios y riesgos del proceso investigativo,

en este sentido la autonomía para decidir si deseaban o no participar en el estudio se utilizó como criterio de inclusión. Se entregó el documento de consentimiento informado una vez que el individuo manifestaba verbalmente su libre deseo de participar en el estudio.

De igual forma se les manifestó que la presente investigación solo tiene fines académicos y que el material grabado de las entrevistas y sesiones grupales forman parte del material de estudio de la investigadora y su uso es únicamente con fines académicos.

Igualmente, la identidad de cada participante ha sido guardada, estableciendo códigos de identificación a las entrevistas, sin mencionar en ellas los nombres de los participantes, con el propósito de resguardar su integridad, protegiendo la intimidad de los mismos y la privacidad de la información, según lo propone la Declaración de Helsinki. Los sujetos participantes de la investigación no fueron expuestos a daños de ningún tipo, protegiéndolos de algún riesgo real o potencial, asegurando su bienestar debido a que en la investigación no se realiza ninguna intervención sobre variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio.

Esta investigación ha estado sujeta a normas éticas que promueven el respeto a todos los seres humanos y protegen su salud y derechos individuales.

Antes de proceder a realizar las técnicas investigativas se obtuvo el consentimiento informado de cada individuo, libremente sin coerción ni intimidación

ni entrega de incentivos y sin que existiera ningún tipo de relación con la investigadora.

3.1.10 Procedimiento

Una vez planteados los aspectos anteriores se procedió a continuar con el procedimiento de la investigación, el cual utilizó las técnicas para la recolección de los datos ya descritas: la observación, la entrevista en profundidad y las sesiones de grupo.

La recolección de los datos ocurrió en el ambiente natural y cotidiano de los participantes, es decir, en las instalaciones de la UNA, donde ellos realizan el entrenamiento físico e interactúan entre ellos.

3.1.11 Observación en el proceso de inmersión

Se utilizó la observación como técnica de investigación con el propósito de explorar el ambiente en que se iba a desarrollar el estudio, para ello se realizaron dos observaciones de la rutina del Programa de Rehabilitación Cardíaca Fase III en diferentes ocasiones. De esta manera se intentó conocer la cotidianidad del PRCFIII, así como el acercamiento de la investigadora hacia los participantes del programa, lograr su empatía y así obtener su consentimiento para la colaboración en la investigación.

Para registrar la información de las observaciones se tomaron notas detalladas durante el proceso las cuales están detalladas en la bitácora de campo.

3.1.12 La entrevista de investigación

La entrevista, como herramienta para recolectar datos cualitativos permitió obtener información personal detallada en el contexto de la conversación, teniendo en cuenta tanto lo expresado verbalmente por los participantes, como el lenguaje no verbal (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2007; Lagares, 2012; Martínez et al, 2005), de manera que la investigadora pudiera construir una descripción veraz de la experiencia del fenómeno en estudio.

Se procuró que las preguntas fueran abiertas, naturales, sensibles y claras para el entrevistado. Se inició con preguntas que fueran fáciles de responder para luego proceder con aquellas más difíciles o que cubrían aspectos más sensibles dentro de la situación de estudio (Ospina y Gómez, 2001). En la presente investigación las preguntas generadoras de diálogo fueron las siguientes:

1. ¿Cómo se sintió usted cuando se dio cuenta de que había tenido un evento cardiovascular?
2. ¿Cuál ha sido su experiencia en su vida personal, familiar, laboral y social en cuanto al padecimiento coronario?
3. ¿Qué le ha ayudado a salir adelante?
4. ¿Cuál ha sido su percepción o su experiencia en su participación en el PRCFIII con respecto a la ansiedad o depresión (o a los sentimientos o emociones que hayan mencionado los entrevistados) anteriormente percibidos?
5. ¿Por qué motivo usted ha continuado con las distintas fases del Programa de Rehabilitación Cardíaca?

6. ¿Qué cambios ha percibido en cuanto a su salud física y mental a partir de su participación en el PRCFIII?
7. ¿Cuál es su opinión con respecto al PRCFIII?
8. ¿Qué recomendaciones daría para mejorar el PRCFIII? (esta pregunta se realizó con el propósito de que los participantes como miembros activos del programa sintieran que sus opiniones constituyen aportes valiosos para el mejoramiento del mismo y de esta investigación).

Posteriormente, luego de la segunda entrevista se introdujo otra pregunta que fue la inicial para entrar en el tema con las demás entrevistas y fue la siguiente: ¿por qué lo refirieron al Programa de Rehabilitación Cardíaca fase III de la Universidad Nacional?. Con esta pregunta se iniciaba la conversación de una manera más clara para el entrevistado, dándole la oportunidad de que él mismo relatara abiertamente lo que le había sucedido en cuanto a su patología coronaria y a las emociones que presentó en el momento mismo del evento, para posteriormente, si el individuo no lo manifestaba por sí mismo, realizarle las otras preguntas ya mencionadas y a modo de conversación.

En este caso, las preguntas que la investigadora hizo, fueron surgiendo de las respuestas del entrevistado y se centran fundamentalmente en la aclaración de detalles con la finalidad de profundizar en el tema objeto de estudio. Asimismo, se debe recordar que las entrevistas abiertas (aunque se caracterizan por la carencia de estructura) deben desarrollarse bajo la dirección y el control sutil del investigador (Blasco y Otero, 2008).

3.1.12 Grupos focales

En un tercer momento se realizó la técnica de grupo focal o sesiones en profundidad, con el fin de recabar información que permitiera responder a las preguntas de la investigación pero de manera grupal; en ellas, los participantes conversaron en un ambiente relajado e informal en las mismas instalaciones donde realizan el ejercicio, en este caso se contó con un especialista en psicología para la conducción conjuntamente con la investigadora de la dinámica grupal.

Se realizaron dos sesiones grupales con los participantes del estudio. En la primera sesión la información obtenida coincidía plenamente con la adquirida en las entrevistas, sin encontrar aportes novedosos en cuanto a los datos obtenidos. En la segunda sesión se verificó que ya la recolección de la información estaba en el punto de saturación de los datos, por lo que no se hizo más entrevistas ni sesiones grupales. La saturación de los datos se presenta cuando se llega hasta el punto en que ya no se obtiene nueva información y ésta comienza a ser redundante (Salamanca y Martín-Crespo, 2007).

3.1.13 Análisis de los datos

Se basó en un proceso de lectura, reflexión, escritura y reescritura para que la investigadora pudiera llegar a tener acceso a la esencia de la experiencia. Este proceso de lectura y relectura, escritura y reescritura continua de las ideas y conceptos, es característico de la fenomenología y está descrito por autores como Van Manen y Giorgi (Palacios-Ceña y Corral, 2010). Para el análisis de los datos

del presente estudio se ha utilizado el método de Giorgi, el cual se caracteriza por cuatro pasos esenciales (descritos por Solano y Siles, 2005):

1. Sentido del conjunto: se realizó una lectura de la descripción total con la finalidad de encontrar el sentido general del conjunto.
2. Discriminar las unidades de significado, las cuales son segmentos de los datos que revelan algún aspecto.
3. Transformar las unidades de significado en expresiones adecuadas al fenómeno a investigar. El objetivo del método es llegar a una categoría general a través de expresiones concretas y no de abstracciones. Se trata de agrupar las unidades de significado en temas más amplios denominados temas comunes que le confiere la estructura al estudio.
4. Síntesis de transformación de las unidades de significado: el último paso del análisis es tratar de sintetizar e integrar los temas comunes a través de una descripción general que capte la esencia de la experiencia vivida por todos los participantes.

De este modo, una vez digitada la información brindada por los participantes en las entrevistas y sesiones grupales, se procedió a codificar las diferentes expresiones utilizadas por los participantes para posteriormente agruparlas en categorías y subcategorías de análisis. Asimismo, se asignó un código a cada participante con el fin de proteger su identidad y respetar su privacidad. Este código fue asignado con una letra "E" de entrevista y con un número que se anotó según el orden en que se realizó cada entrevista, de modo que al primer entrevistado se le asignó el código E1, al segundo E2 y así sucesivamente hasta llegar al E11; se

descartaron E3, E10 y E11 porque no cumplían con los criterios de inclusión mencionados anteriormente.

Para la fase de análisis se siguieron los siguientes pasos, según Ospina y Gómez, 2001:

- Verificar si hay vacíos de información.
- Transcribir el material (de manera literal, incluyendo pausas, información de tipo no verbal, impresiones del investigador).
- Registrar los datos en un procesador de palabras.
- Limpiar los datos (cambiar nombres de los participantes para garantizar la confidencialidad de la información).
- Codificar y construir categorías de análisis.

Los datos fueron examinados línea a línea y párrafo a párrafo, y las palabras, las frases y las oraciones fueron identificadas y etiquetadas con códigos de colores, preguntándose acerca de cuál es el tema del que hablaba cada fragmento. Los datos así obtenidos fueron agrupados en categorías más comprensivas (Martínez et al, 2005)

Las categorías de análisis se obtuvieron del análisis del contenido de cada segmento de la transcripción de datos, en donde segmentos que comparten naturaleza, significado y características similares se les asigna la misma categoría (Hernández, 2007). La comparación constante permite destacar semejanzas y diferencias entre las unidades incluidas dentro de una categoría (Martínez et al, 2005).

A partir del referente teórico se parte de las siguientes categorías: emociones (ansiedad/depresión) y apoyo social. Las demás categorías surgen de manera emergente del proceso de transcripción y análisis de los datos. A las diferentes categorías se les asignan diferentes colores en su transcripción para facilitar la codificación de las mismas.

3.1.14 Criterio de validez

La validación de los datos se realiza mediante los criterios de: saturación y triangulación que se describen a continuación.

3.1.14.1 Saturación

La saturación es entendida como aquella situación donde el investigador ya no encuentra datos adicionales para desarrollar el contenido de una categoría. Se emplea el término saturación teórica para aludir al momento del proceso de trabajo de campo en el que los datos comienzan a repetirse y no se logran nuevos hallazgos importantes, para el investigador, este es el momento de dejar el trabajo de campo. Con la saturación significa que el investigador ha hecho una exploración exhaustiva acerca del fenómeno en estudio (Aravena et al, 2006). En la presente investigación la saturación se presentó cuando se realizaron las sesiones grupales en que ya los participantes no aportaban información novedosa y más bien eran repetitivos en sus expresiones verbales.

3.1.14.2 *Triangulación*

La triangulación es una estrategia que permite asegurar que los hallazgos de un estudio cualitativo no sean artefacto producto de un solo método, una sola fuente o el sesgo de un solo investigador. La triangulación se refiere a la utilización de varios métodos (tanto cuantitativos como cualitativos), de fuentes de información, de teorías, de investigadores o de ambientes en el estudio de un fenómeno particular. Con ella se buscan patrones de convergencia para poder desarrollar o corroborar una interpretación global del fenómeno objeto de estudio. La triangulación ofrece la posibilidad de poder visualizar un problema desde diferentes ángulos y de esta manera aumentar la validez y consistencia de los hallazgos, de modo que pueda garantizar la confianza en la autenticidad de los datos y de su interpretación (Okuda y Gómez-Restrepo, 2005; Ospina y Gómez, 2001).

Para la presente investigación se trabaja con diferentes tipos de triangulación (Okuda y Gómez-Restrepo, 2005; Ospina y Gómez, 2001):

Triangulación de las fuentes de datos: implica comparar y verificar la consistencia de la información derivada en diferentes momentos a partir de diferentes medios y desde diferentes fuentes. Así por ejemplo, se compara datos observacionales con los datos de las entrevistas; se compara qué dicen las personas en público (en los grupos focales) con lo que dicen en privado (la entrevista a profundidad); se compara las perspectivas de los participantes con respecto a diferentes documentos escritos (soporte teórico).

Triangulación de los investigadores: implica utilizar más de una persona para recolectar y analizar los datos. Suele utilizar diferentes entrevistadores provenientes de diferentes disciplinas, lo cual se realizó en las sesiones grupales, de modo que los datos obtenidos no son un artefacto de un estilo particular de entrevista. Además, se contó con el análisis realizado por el grupo de expertos, que en este caso, los tres miembros del cuerpo asesor dieron su aporte profesional a la investigación de acuerdo a la información que daban los datos. De modo que la discusión de los datos obtenidos y la reflexión sobre el proceso de mediación con tutor y lectores se constituyen en validación de expertos.

Triangulación de la teoría o la perspectiva: involucra utilizar múltiples perspectivas o teorías para interpretar los datos. En este tipo de triangulación se establecen diferentes teorías para observar un fenómeno con el fin de producir un entendimiento de cómo diferentes suposiciones y premisas afectan los hallazgos e interpretaciones de un mismo grupo de datos o información.

3.1.15 Análisis de la información

Para el análisis de los resultados obtenidos en esta investigación se construyó un documento con las expresiones manifestadas por los individuos participantes del estudio teniendo como base las categorías y subcategorías de análisis obtenidas en el estudio.

CAPÍTULO IV

Resultados obtenidos

4.1 Resultados obtenidos

En este capítulo se realiza el análisis de los datos obtenidos en las entrevistas y en las sesiones grupales. Los datos se presentan en tablas con sus respectivas categorías y subcategorías de análisis, las cuales provienen de los enunciados significativos producto de la narración de la experiencia de los informantes.

La organización de la información se basó en seis grandes categorías surgidas de las preguntas y subpreguntas de investigación.

En un primer nivel de la codificación de los datos, se identificaron unidades de significado, se las analizó (cuestionando la significancia del segmento), luego se asoció con alguna de las preguntas o subpreguntas de investigación y se le asignó un código. Posteriormente se tomó otro segmento de información que también se analizó, y que fue comparado con el segmento previo en términos de similitudes y diferencias de significado, naturaleza o características; cuando los segmentos fueron similares en cuanto a naturaleza, significado o características inducían a una categoría común y se les asignó un mismo código, si eran diferentes se les asignaba un código distinto, generando una categoría diferente que respondía a otra subpregunta de investigación (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2007).

De este modo, se formó el proceso de generación de categorías, basado en la comparación constante entre unidades de análisis. El número de categorías

creció conforme se revisaron más unidades de análisis, pero luego el ritmo de generación de nuevas categorías descendió hasta el punto de encontrar información repetitiva, es decir, cuando hubo saturación de la información y ésta se presentó al analizar la información de las sesiones grupales.

Para dicho proceso se procedió a reducir la información utilizando una matriz de análisis, en donde se transcribieron los datos o unidades de significado utilizando las mismas expresiones de los participantes.

4.2 Estrategias para el análisis de los datos

En esta unidad se realizó un resumen de la información obtenida en forma de matriz, en la cual se transcribe textualmente las locuciones obtenidas por cada participante.

Previo a la recolección de los datos, suministrados por la técnica de entrevista a profundidad con los sujetos participantes de la investigación, se realizaron dos observaciones en el proceso de inmersión con la finalidad de examinar el ambiente en que se desarrolló el estudio, conocer la cotidianidad del PRCFIII y lograr la proximidad de la investigadora con los participantes del programa. La información así recolectada se anotó en la bitácora de campo.

Los datos se adquirieron inicialmente de manera individual cuando los participantes manifestaron de manera abierta su experiencia en cuanto al evento cardiovascular y sus percepciones en cuanto al momento mismo del infarto agudo de miocardio, las intervenciones médicas o quirúrgicas, sus relaciones familiares y

sociales y el proceso de participar en el Programa de Rehabilitación Cardíaca Fase III de la Universidad Nacional y el impacto que ha tenido en sus vidas. Se trabajó con un esquema base de ocho preguntas (al que luego de la primera entrevista se le agregó una pregunta más para un total de nueve preguntas base para las demás entrevistas), esto para no perder el hilo conductor de la conversación, dejando que cada participante relatara abiertamente la vivencia de la enfermedad coronaria con todas las implicaciones que fueron relevantes para ellos así como las razones por las que los habían referido al PRCFIII.

Finalmente, se investigó dicha información pero de manera colectiva mediante las sesiones grupales, en que de igual manera se les invitaba a los participantes a manifestarse sobre el mismo tema con la misma formulación de preguntas anterior, pero ya a nivel grupal.

La información es presentada en el mismo orden cronológico utilizado durante la recolección de los datos.

En la siguiente figura se esquematizan los resultados obtenidos en categorías y subcategorías obtenidas en el estudio del fenómeno “Efectos percibidos sobre la ansiedad y la depresión por personas con patología coronaria participantes de un Programa de Rehabilitación Cardíaca Fase III”.



Figura 1. Fenómeno de estudio y sus diferentes categorías y subcategorías.

Fuente: elaboración propia.

4.3 Categorías y subcategorías de análisis

Tabla 2. *Categoría Vivencia de la Enfermedad Coronaria. Subcategoría: fase pre hospitalaria*

Sujetos	Fase pre hospitalaria
E1	<p>“me empezó un dolor acá en la caja torácica que me irradiaba a los brazos (señala el tórax y los brazos), un dolor intenso, y yo tuve que levantarme de la cama a las cuatro de la mañana y empecé a caminar (ya antes yo había sentido algo así pero estaba yo corriendo afuera...y yo lo que hacía era que reducía el ritmo de pedaleo verdad de zancada y como que me pasaba) pero ya ese día, digo yo, me voy a levantar para no alarmar a la gente de la casa...yo empecé a caminar un poquito despacito dentro de la casa al comedor y la sala y volvía para acá...pero el dolor no cedía, entonces yo sentí que ya”</p> <p>“los días anteriores ya había sentido eso mismo pero se me pasaba”</p> <p>“yo creí que era una cosa también pasajera, yo no sabía la gravedad del asunto”</p>
E2	<p>“en ese tiempo cansado, falta el aire, un dolor de brazo, en esta mano (señala la mano izquierda), radial, es como yo tenía antes, cuando estaba en 40”.</p> <p>“yo no puedo caminar, lo hago pero tengo que parar para descansar”.</p>
E4	<p>“un día en el 2005 no sé porque fui a un cardiólogo y me dijo que tenía que hacerme un ecocardiograma y una prueba de esfuerzo...ni caso le hice”.</p> <p>“en el 2010 me iba a operar las cataratas, entonces la doctora que iba a autorizar la operación me puso un estetoscopio acá (señala el pecho) y me dijo: _usted va pa’l cardiólogo!_. Fui al cardiólogo, me revisó, me hizo un electro, me dijo:_ necesito un ecocardiograma y una prueba de esfuerzo_. Fui, me acosté ahí y empezó con el ecocardiograma y me dice: _cuándo tuviste el infarto?...nunca sentí un dolor de pecho, sigo sin haber sentido un dolor de pecho”</p> <p>“jamás se me ocurrió que tenía un infarto!</p>

Continúa en página 83

Continuación de tabla 2. Viene de la página 82

E5	<p>“Siento un mareo y ya se me empieza como a nublar todo y de pronto otro jalonazo en la parte izquierda del pecho y se me va como un dolor al brazo izquierdo y como que me llega donde termina la muñeca y empieza en la mano una presión muy grande, entonces yo me, o sea _qué raro que me está dando esto, pudiera ser un infarto_, yo mismo pensé esto y entonces empecé a ejercitar el brazo, empecé a toser porque eso había oído (por los correos que le mandan a uno), hacer toser y ejercitar el brazo, y moverme y seguir caminando suavemente, suavemente, ahí ese dolor me llegaba, se me iba y hasta como a las 9 de la noche decido ir a la clínica de ahí”.</p> <p>“Andaba de gira. Primero me metí a una piscina, y que va! Me agarró más el dolor, me salí, me eché agua fría, igual me dolía más, me bañé y me ponía en el chorro y rapidito me tiré a la cama, igual, me llegaba, se me iba, fui a comer y el mismo malestar en el brazo, siempre cuando podía ejercitaba el brazo, lo movía de arriba para abajo, cerraba y abría el puño, y como le digo como a las 9 de la noche me fui para la clínica”</p>
E6	<p>“trabajaba en el aeropuerto y a los 300 metros ya necesitaba descansar, ya era un agotamiento muy grande, un agotamiento tremendo y me dolían las piernas y que esto y que lo otro, y ya entonces yo recurrí donde un cardiólogo”</p> <p>“sí, ahogo sí, ahogo sí y cansancio”</p> <p>Como palpitaciones? “sí, a veces sí yo sentía, pero yo todo se lo atribuía a la fatiga verdad, por el trabajo, pero que va, no, _usted tiene obstrucciones_ y entonces la idea era ponerme los stents y bueno aquello fue una cosa terrible, un calvario”</p>
E7	<p>“fue un dolor insoportable y una sudoración... así típico, típico, típico infarto”</p>
E8	<p>“un día iba con mi hija cuando me sentí muy cansado, pero muy muy cansado, entonces ya me senté y le dije: _vaya y trae el carro, yo me quedo aquí... inmediatamente pedí una aspirina... nos fuimos donde el doctor”</p>
E9	<p>“dolor, dolor en el pecho en una forma progresiva, en el momento en que yo sentía que el dolor era extraño para mí”</p> <p>“dolor en el pecho y conforme iba pasando el tiempo, se iba extendiendo al brazo”</p>

Tabla 3. *Categoría: Vivencia de la Enfermedad Coronaria. Subcategoría: fase hospitalaria*

Sujetos	Fase hospitalaria
E1	<p>“fui a buscar al enfermero verdad, que si tenía que quitarme el calzoncillo, _diay, pero qué está haciendo usted aquí? No se da cuenta de que está infartado!_ y yo no sabía, hasta ese momento yo no sabía”.</p> <p>“entonces me dice el doctor: _vea señor, usted tiene su corazón muy enfermo, muy, muy enfermo y usted no se va a salvar de la ...de la operación”</p> <p>“yo entré el domingo once (...) y me mantuvieron ahí en agudos, inmediatamente me hicieron el cateterismo y se supone que después del cateterismo iba a la unidad de cuidados intensivos; sin embargo, no había espacio y entonces me dejaron ahí en agudos hasta el otro día, y dicen que el cuidado que hay que tener son las primeras 24 horas, y dicen que yo evolucioné bien y me pasaron a otro salón (ya no en cuidados intensivos), para recuperarme, verme un par de días más y ya el jueves iba saliendo”.</p> <p>“...ya me habían dicho que yo era una bomba de tiempo...”</p>
E2	<p>“encontraron tres problemas en las arterias y estaba cuatro, el reporte dice 3, pero estaba cuatro”.</p> <p>“primero estaba ahí esperando y esperando, y yo recuerdo hasta que pongo mi mano ya para inyección de medicina en la cirugía y ... para ese otro día...estuve unos días...yo recuerdo entrando por otro cateterismo, yo estaba despierto por eso y salgo yo y yo tengo esa mancha en el brazo.</p>
E4	<p>“a medio cateterismo que estaba la doctora con todos los aparatos le digo: ¿ya me pusiste los stents?_ me dice: _no hay donde poner stent, no tienes arterias, me iba a traer un dibujito para que yo lo vea, el arbolito ese de las coronarias, todo está negro... tengo las tres coronarias 100%, 97% y 97%... o sea yo estoy viviendo de circulación colateral probablemente”</p> <p>“cuatro meses después (...) estaba en el séptimo piso del hospital México, donde J.J.P., me vio la imagen del cateterismo éste y me hizo más ultra, más ecocardiograma y me dijo que no me iba a operar porque era muy peligroso... para mí fue un momento muy duro cuando me dijo eso, porque yo digo ¿y ahora qué?”</p>

Continúa en página 85

Continuación de la tabla 3. Viene de la página 84

-
- E5 “a las 9 de la noche me fui para la clínica y ahí me hicieron un electro, pero en el electro no salió nada y me dijeron que diay era por haber estado trotando, que era un malestar muscular, entonces me inyectaron un relajante muscular”
“me llevaron a la clínica Católica y ahí rapidito me metieron a emergencias, me empezaron a hacerme los exámenes y ahí fue donde me dijo el doctor que estaba infartado que tenía que hacer una intervención...pero eso costaba mucha plata, entonces que lo mejor era que me remitiera al San Juan de Dios”
“estaba con oxígeno y el cuidado y todo eso, y el otro día a las 6 de la mañana, toda la noche ahí me dejaron, me hacían exámenes cada 4 horas de sangre, me tomaban la presión cada hora y ahí estaba...”
“entonces el otro día a las 6 de la mañana ya me estaban interviniendo y con los exámenes que me hicieron vieron que de un lado tenía un 90% obstruida y del otro había un 80 ”
- E6 “estuve en el Calderón y no se pudo, no me acuerdo que fue la situación, que no me atendían y mejor que me fuera y que me llamaban. Entonces intenté en el México y costó y me llamaron y estuve 10 días y me dijeron que estaba muy difícil, y después me sentí bastante mal otra vez al tiempo verdad... y regresé y estuve un mes y diez días en el hospital y estaba obstinado de la vida de estar metido ahí, fui 6 veces al quirófano y me rechazaron por diferentes, una vez se fue la electricidad, otra vez los técnicos no tenían (entre risas) no sé qué...pero dureeé, otros se me iban arriba porque había otras emergencias (...), en la sexta vez me estaba atendiendo el doctor H. D. y me dice al día siguiente, y entonces ya trató de hacerme el cateterismo para tratar de colocar los stents, me dice: _mirá ya no sigo insistiendo porque lo voy a matar, no hay por por ...las vías están cerradas, no se puede esto, tenés que ir a bypasses. Entonces como a la semana me hicieron los bypasses, pero fue largo eso y ...que bueno eso...ya no me gusta (entre risas) ni pasar por los hospitales”.
-

Continúa en página 86

Continuación de la tabla 3. Viene de la página 85

E7	<p>“eso fue el 30 de noviembre del 2013, ese sí... ese sí fue grave porque fui a la Bíblica primero pero hasta que llegó el cardiólogo y me dijo que mejor fuera al México y pasaron muchas horas, ahí pasaron como 6 horas y entonces ahí sí tuve mucha suerte... en el corazón, porque quedé con una fracción de eyección de 18 en ese momento... entonces me pusieron el balón de contrapulsación, todo eso, todas las cuestiones, adrenalina, dopa, todo el asunto para mantenerme y eran como un 80 % de probabilidades de pasar al otro lado... bueno en una semana ya salí de ahí”</p> <p>“cuando me hicieron el eco había un coágulo en el corazón y grandísimo, él me lo mostró, el cardiólogo, estaba un coágulo apical...entonces uno se sentía que ...en cualquier momento se podía ir, se soltaba ese coágulo y ya! Adiós! Gigantesco!”</p> <p>“...los médicos hablaban que no pasaba la noche, después que tenía que esperar las 72 horas, bueno ahí...iba contando las horas...”</p>
E8	<p>“...me hizo el electro y vio que tenía problemas, me mandó al hospital y bueno ahí estuve internado ya un tiempo...me iban a hacer el cateterismo, me lo hicieron, pero resulta que con el cateterismo no pudieron, es decir, me metieron el aparato ese, pero no pudieron hacerlo porque algunas de las coronarias estaban bloqueadas...”</p> <p>“cuando me fui a operar les dije a mi esposa y a mis hijas, mire aquí está tal cosa, aquí está tal otra, ya pensando en que también podía morir ahí”</p>
E9	<p>“en el hospital ya se me aceleró más pero ya estaba ahí, y como la esposa mía trabaja en el hospital de una vez me pasaron, si me hubiera quedado sentado, me hubiera quedado sentado”</p> <p>“cuando ya el médico me vio, después de que ya me dieron el tratamiento, el médico me dijo, a usted lo que le acaba de dar fue un infarto”</p> <p>“me controlaron la presión, y como estaba votando sangre por la nariz y por la boca, ellos lo que se preocuparon fue un coágulo, no sé cosas ahí, hubo una hemorragia en el momento del infarto y ese coágulo se atravesó ahí y eso fue lo que hizo que trataron de diluirlo, de deshacerlo con tratamientos ahí y como no se pudo, fue que me trasladaron al hospital Calderón Guardia... de inmediato, ahí me hicieron el cateterismo el mismo día”</p>

Observaciones:

La categoría de la Vivencia de la Enfermedad Coronaria se ha dividido en dos subcategorías que relatan la vivencia de cada uno de los entrevistados según como ellos mismos la relatan. En primer lugar, en una fase pre hospitalaria mencionan lo que sintieron físicamente y lo que estaban haciendo en el momento en que aparecieron los síntomas del evento cardiovascular; en segundo lugar mencionan su vivencia dentro del sistema hospitalario donde fueron atendidos refiriéndose a la patología propiamente dicha.

En todas las entrevistas los individuos participantes del estudio iniciaron por iniciativa personal narrando la sintomatología que sintieron cuando se presentó el evento cardiovascular.

Los síntomas de dolor torácico o en el pecho con irradiación al brazo izquierdo y la sensación de ahogo y cansancio de intensidad elevada fueron las principales molestias expresadas por los participantes al referirse a la manifestación de la patología coronaria o más bien del evento coronario que sufrieron, lo cual coincide plenamente con lo descrito en la literatura en lo referente a la semiótica de la enfermedad coronaria (Fardy y Yanowitz, 2003; Kasper et al, 2006; López y Fernández, 2010; Lorenzini et al, 2013).

Por ejemplo:

E1: "...me empezó un dolor acá en la caja torácica que me irradiaba a los brazos (señala el tórax y los brazos), un dolor intenso..."

E2: "...en ese tiempo cansado, falta el aire, un dolor de brazo, en esta mano (señala la mano izquierda), radial...". "...yo no puedo caminar, lo hago pero tengo que parar para descansar..."

E5: "...siento un mareo y ya se me empieza como a nublar todo y de pronto otro jalonazo en la parte izquierda del pecho y se me va como un dolor al brazo izquierdo y como que me llega donde termina la muñeca y empieza en la mano una presión muy grande..."

E6: "...trabajaba en el aeropuerto y a los 300 metros ya necesitaba descansar, ya era un agotamiento muy grande, un agotamiento tremendo y me dolían las piernas y que esto y que lo otro, y ya entonces yo recurrí donde un cardiólogo"

E7: "...fue un dolor insoportable y una sudoración..."

E8: "...un día iba con mi hija cuando me sentí muy cansado, pero muy muy cansado, entonces ya me senté y le dije: _vaya y trae el carro, yo me quedo aquí... inmediatamente pedí una aspirina...nos fuimos donde el doctor..."

E9: "...dolor en el pecho y conforme iba pasando el tiempo, se iba extendiendo al brazo..."

Se desprende de lo anterior el carácter de urgencia del dolor de origen cardiovascular y de lo incapacitante o invalidante que es para quienes lo han padecido (Lagares, 2012; Solano y Siles, 2005). La intensidad del dolor para quienes lo manifestaron fue elevada, descrito como "intenso" o "insostenible", lo cual coincide con los hallazgos de Martínez et al., 2005. Otros participantes

refirieron no sentir dolor sino “agotamiento extremo”, “mucho cansancio” o “falta de aire”, lo cual concuerda con lo mencionado por Kasper et al., 2006, haciendo alusión a la angina de pecho.

También se presentó el caso particular de un individuo que no presentó síntomas clásicos de patología coronaria.

E4: “...en el 2010 me iba a operar las cataratas, entonces la doctora que iba a autorizar la operación me puso un estetoscopio acá (señala el pecho) y me dijo: _usted va pa’l cardiólogo!_. Fui al cardiólogo, me revisó, me hizo un electro, me dijo: _necesito un ecocardiograma y una prueba de esfuerzo_. Fui, me acosté ahí y empezó con el ecocardiograma y me dice: _cuándo tuviste el infarto?...nunca sentí un dolor de pecho, sigo sin haber sentido un dolor de pecho...”

Este es un caso que también se describe en la literatura, refiriéndose a éstos como pacientes asintomáticos, en que se les realiza el diagnóstico a través de chequeos médicos de rutina o de manera accidental, pero que suelen manifestar algún signo patológico en la exploración física, como un soplo cardiaco (lo cual queda en evidencia cuando el individuo manifiesta que después de que la doctora le puso el estetoscopio en el pecho lo refirió inmediatamente al cardiólogo) o una anomalía del electrocardiograma (lo cual se observa cuando el cardiólogo le solicita pruebas específicas para valorar la presencia de isquemia miocárdica) (Hernández Galvis, 2014; Kasper et al., 2006).

En cuanto a la vivencia personal en el centro hospitalario, la mayoría de los participantes expresan que ahí se dieron cuenta de la gravedad de la patología y

esto de manera indirecta lo relacionan con la posibilidad de morir, lo cual emocionalmente es una experiencia muy fuerte, tal y como lo señalan otros autores (Lagares, 2012; López, 2007; Solano y Siles, 2005).

E1: "...entonces me dice el doctor: _vea señor, usted tiene su corazón muy enfermo, muy, muy enfermo y usted no se va a salvar de la ...de la operación..."

E2: "...encontraron tres problemas en las arterias y estaba cuatro, el reporte dice tres, pero estaba cuatro..."

E4: "...cuatro meses después (...) estaba en el séptimo piso del hospital México, donde J. J. P., me vio la imagen del cateterismo éste y me hizo más ultra, más ecocardiograma y me dijo que no me iba a operar porque era muy peligroso... para mí fue un momento muy duro cuando me dijo eso, porque yo digo ¿y ahora qué?"

E5: "...me llevaron a la clínica Católica y ahí rapidito me metieron a emergencias, me empezaron a hacerme los exámenes y ahí fue donde me dijo el doctor que estaba infartado que tenía que hacer una intervención..."

E6: "...y entonces ya trató de hacerme el cateterismo para tratar de colocar los stents, me dice: _mirá, ya no sigo insistiendo porque lo voy a matar, no hay por... por ...las vías están cerradas, no se puede esto, tenés que ir a bypasses. Entonces como a la semana me hicieron los bypasses, pero fue largo eso y ...que bueno eso...ya no me gusta (entre risas) ni pasar por los hospitales".

E7: "...eso fue el 30 de noviembre del 2013, ese sí... ese sí fue grave porque fui a la Bíblica primero pero hasta que llegó el cardiólogo y me dijo que mejor fuera al

México y pasaron muchas horas, ahí pasaron como 6 horas y entonces ahí sí tuve mucha suerte... en el corazón, porque quedé con una fracción de eyección de 18 en ese momento... entonces me pusieron el balón de contrapulsación, todo eso, todas las cuestiones, adrenalina, dopa, todo el asunto para mantenerme y eran como un 80 % de probabilidades de pasar al otro lado...”

E7: “...cuando me hicieron el eco había un coágulo en el corazón y grandísimo, él me lo mostró, el cardiólogo, estaba un coágulo apical...entonces uno se sentía que ...en cualquier momento se podía ir, se soltaba ese coágulo y ya! Adiós! Gigantesco!...”

E8: “...cuando me fui a operar les dije a mi esposa y a mis hijas, mire aquí está tal cosa, aquí está tal otra, ya pensando en que también podía morir ahí”

E9: “...en el hospital ya se me aceleró más (el dolor precordial) pero ya estaba ahí, y como la esposa mía trabaja en el hospital de una vez me pasaron, si me hubiera quedado sentado, me hubiera quedado sentado...”

En un apartado más adelante se observará como estos síntomas físicos percibidos por los individuos participantes de la investigación van a afectar sus emociones de manera importante al estar asociados con la posibilidad de morir.

Tabla 4. *Categoría: emociones experimentadas por las personas que han presentado un evento cardiovascular (ECV). Subcategoría: ansiedad previa al ECV*

Sujetos	Ansiedad previa al ECV
E1	<p>“yo fumaba cuando cambiaba de trabajo, por asunto de la tensión que le produce a uno estrenar un trabajo”</p> <p>“yo era adicto al trabajo y que me gustaba en lo que me metiera meterme pero de lleno y no pasar desapercibido”</p> <p>“yo estaba metido en todas esas cosas y me ...diay pensaba mucho, padecía de mucho estrés”</p> <p>“otra situación tremenda en el transcurso del tiempo fue con mis hijos (...) tuvimos muchos problemas (...) nos ponía en situaciones muy fregadas, lo echaron del colegio, que llegaba tarde, que se había escapado y entonces uno con el temor”</p> <p>“yo toda la vida he sido muy ansioso”</p>
E5	<p>“sí, antes del infarto, yo creo que eso fue una llamita muy importante, pero sí, ese problema laboral, fue este ... me tiraron al piso, yo en lo laboral he sido muy responsable en todo sentido, y sin embargo, una persona ahí me hizo la vida imposible, hasta que de los tres jefes superiores que tengo, los dos inmediatos se pusieron en contra mío, y el superior por temor a que hicieran un problema sindical, diay yo fui el perjudicado: _mirá, no haga nada usted, usted esté tranquilo_. Pero sin embargo, me bajaron el piso, me bajaron el piso, y yo creo que eso fue uno de los detonantes, porque yo cuando salía de gira ya me liberaba un poco, pero siempre pensaba en esas cosas, no se me quitaban de la cabeza... como yo estoy seguro que eso fue un detonante, el estrés, porque yo tenía ese problema”</p>

Observaciones:

Con respecto a la ansiedad, dos de los participantes manifestaron haber presentado mucha ansiedad previa al evento coronario y lo asociaron a sus actividades laborales.

E1: "...yo estaba metido en todas esas cosas y me ...diay pensaba mucho, padecía de mucho estrés..."

E5: "...sí, antes del infarto (...), pero sí, ese problema laboral, fue este ... me tiraron al piso, yo en lo laboral he sido muy responsable en todo sentido, y sin embargo, una persona ahí me hizo la vida imposible, hasta que de los tres jefes superiores que tengo, los dos inmediatos se pusieron en contra mío, y el superior por temor a que hicieran un problema sindical, diay yo fui el perjudicado: _mirá, no haga nada usted, usted esté tranquilo_. Pero sin embargo, me bajaron el piso, me bajaron el piso, y yo creo que eso fue uno de los detonantes, porque yo cuando salía de gira ya me liberaba un poco, pero siempre pensaba en esas cosas, no se me quitaban de la cabeza... como yo estoy seguro que eso fue un detonante, el estrés, porque yo tenía ese problema..."

En el caso de E5, sus palabras hacen alusión a lo referido por Laham (2008), con respecto a que el estrés a nivel laboral destaca como uno de los factores sociales de mayor influencia e impacto sobre la salud cardiovascular. Esta misma autora, también refiere que las organizaciones de trabajo exigen a las personas un equilibrio aparente que permita soportar todo tipo de presiones sin posibilidad de protesta (como le sucedía al individuo en cuestión), lo cual puede potenciar el estrés

negativo y conducir a la adquisición y adherencia de hábitos nocivos, como pueden ser los desórdenes alimentarios, el tabaquismo o etilismo que representan un riesgo coronario y que son percibidos como una salida o alivio momentáneo de estas situaciones. Asimismo, Elmasiam y Mikulic (2013) y Lorenzini et al., (2013), corroboran que el estrés a nivel laboral representa un factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular y se asocia con un pronóstico negativo y mayor mortalidad después de la ocurrencia de un infarto de miocardio.

Además, cuando el estrés persiste en el tiempo, como sucede en los casos anteriormente señalados, fallan los mecanismos de afrontamiento adecuados, se rompen los mecanismos de equilibrio neuro-hormonales y sobreviene con ellos una amplia cascada de respuestas fisiológicas y psicológicas que repercuten negativamente en la vida emocional y fisiológica de los individuos que lo vivencian (Rodríguez, 2012).

Tabla 5. *Categoría: emociones experimentadas por las personas que han presentado un ECV. Subcategoría: ansiedad posterior al ECV*

Sujetos	Ansiedad posterior al ECV
E1	<p>“esos primeros meses si fueron muy muy tensos, también porque yo sentía como cuando hay un terremoto... en que hay réplicas, y uno está en un estado en que ... y también después de la cirugía uno cree que cualquier cosa es YA (refiriéndose a otro IAM)”</p> <p>“como a la expectativa, como inseguro...”</p>

Continúa en página 95

Continuación de tabla 5. Viene de la página 94

-
- E2 “yo estaba loco porque todo estaba matándome, yo puedo entender qué están diciendo, van a hacer balas, es horrible, es horrible”
“es desesperación, un tiempo estaba...enfermero estaba haciendo algo en su mano, yo entiendo que está contando las balas que va a dar en la mañana, y yo decir estaba llamando black en la noche, llame a la policía, para tatatata y después dice no, estoy tratando de recordar conversación no mucho, pero yo saco varillas de sangre y shuuu, porque yo caminar afuera, es un susto, un susto”
“estaba en medicina yo tenía mucha ansiedad, con la medicina del hospital pero después nada...”, (se refiere a que se le prescribió un ansiolítico que todavía toma).
- E4 “...me asustó...”
“...me vio la imagen del cateterismo éste y me hizo más ultra, más ecocardiograma y me dijo que no me iba a operar porque era muy peligroso... para mí fue un momento muy duro cuando me dijo eso, porque yo digo ¿y ahora qué?...”
- E5 “al principio era como con ese temor porque ...diay uno queda como sin fuerzas”
“en cuanto a esta terapia en un principio sí me daba temor, a cada rato veía el reloj (monitor cardiaco)”
“antes era muy inseguro y sabía que tenía que venir puntualmente y estar aquí, no faltaba precisamente por eso, por el temor”
- E6 “yo quise matarme una vez, estaba yo en el sétimo piso ahí, y no me atendían, comiendo mal, durmiendo mal, había un tipo que llegaba ahí y se orinaba en las sábanas mías, y aquel desastre, como se llama?, la comida pésima, eh como se llama?, los sanitarios en aquella porquería ah!, y mala atención de todo, yo no sé, yo no me imagino eso. Yo no creí que hubiera un hospital así en el mundo como el hospital X! Y tenía la fama de que como decimos nosotros, estando adentro cambian las cosas, y que va...era peor. Mala atención de las enfermeras, un enfermero del otro equipo por ahí verdad, ¿qué va?, digo yo, todo se juntó, o es que soy demasiado susceptible pero ... yo ya no soportaba, ya no soportaba aquello y una vez que ya tenía más de un mes de estar ahí, y es que yo vivía en un estrés porque me hacían el ayuno, me ponían la cuestión verde, ya va pa´dentro... y ya no se pudo! Y más salado el hombre!”
-

Continúa en página 96

Continuación de tabla 5. Viene de la página 95

-
- E6 “vea, la muerte no me estresaba, no me estresaba nada, e inclusive yo había llamado al capellán y me había dado la unción y toda la cuestión, verdad, porque estaban cayendo los muertos pero como locos, y los últimos 5 que quedaban, 3 se murieron y ... pero ya eso, la cuestión era la claustrofobia que tenía, el asco, la mala condición de vida y todo eso, y tanto así, que un día lo pensé y ya! Yo me subo ahí en esa ventana y me tiro... se acaban todos, todos los problemas que tengo yo, ya es cuestión de tomar la decisión y me quedé así, así, así, pero tal era el grado de infelicidad... tremendo!”
- E7 “yo sentía que me iba a morir...como que ya en cualquier momento... uno sentía que en cualquier momento se podía ir”
“...me provocó mucha inseguridad... por lo que ellos (los médicos) habían dicho”
“...me decían: _éste no llega a las citas... tuve un proceso de mucha inseguridad...”
- E8 “esperé con ansia porque al principio tenía mucho miedo”
“cuando me iban a hacer el cateterismo, ahí fue donde yo me asusté un poco más”
“tengo el aparato de la presión, entonces cuando me siento un poco que no duermo muy bien, me voy y me tomo la presión de una vez, si la tengo un poquito alta bueno ahí estoy un poquito preocupado, y entonces espero un poquito por ahí levantado, porque siempre uno, el problema de uno es como dormirse cuando tiene eso y bueno y si me duermo es capaz que se me sube tanto que (entre risas) después no me despierto, ja ja ja”
“estoy un poquito pendiente de eso”
- E9 “me sentía nervioso porque cualquier dolorcito que sentía, yo pensaba que ya otra vez me iba a volver”
“uno cuenta con preocupación de que sí me dio a mí, le puede dar a cualquiera”
_ya no tiene ese susto que tenía antes? “_siempre vive, a pesar de que uno está en esto, yo de vez en cuando siento algún dolorcillo por ahí...”
“si yo me esperara a la cita cada año...gracias a Dios que puedo pagarle a ese médico, quién sabe cómo pasaría anímicamente esperar de un año a otro”
“cuando alguien no viene o no vuelve, lo único que uno piensa es “que raro, ese hombre
-

Continúa en página 97

Continuación de tabla 5. Viene de la página 96

E9	o esa persona sino es que se murió debe estar mal” pero si uno lo ve constantemente sabe que está bien, y cuando alguien no viene siempre preocupa, a todos no solamente a mí” “si no vengo siento que no, que no...que se me hace la vida como a trozos” “...yo siempre estoy a la espera de que... se me de otro...” “...yo siempre paso con ese tipo de ansiedad...”
----	--

Observaciones

En lo referente a la ansiedad presentada después del evento cardiovascular, se observa que ésta estuvo presente en todos los entrevistados que presentaron sintomatología en el tiempo de la hospitalización, lo cual es concordante con los estudios de Lorenzini et al., 2013; de Rodríguez (2012) y de Szczepanska-Gieracha et al., (2012), que encontraron un alto porcentaje de ansiedad de los individuos portadores de cardiopatía coronaria al iniciar el periodo de hospitalización.

Además, como refieren Rodríguez (2012), y López (2007), el requerir hospitalización es una condición que provoca temor, estrés y ansiedad por ser una experiencia emocional intensa. Sin embargo, también cabe mencionar que el nivel de ansiedad percibido por los individuos fue diferente en cada uno de ellos, lo cual se explica por las diferencias genéticas, psicológicas y sociales de cada individuo, concordando con la mención sobre este tema de Rodríguez, (2012).

Esta ansiedad se refleja en los entrevistados con la manifestación de una mezcla de sentimientos que brotan ante el diagnóstico de la enfermedad coronaria la cual es considerada como grave e invalidante y durante el proceso crítico de la

hospitalización, refiriendo que en cualquier momento podrían tener otro evento cardiovascular o una muerte cercana, con la sensación de miedo, de inseguridad, de incertidumbre, de desesperación, de impotencia, referida por ellos mismos, y que coinciden con la expresión de emociones en otros estudios realizados (Solano y Siles, 2005; Rodríguez, 2008). Así por ejemplo manifestaron:

E1: "...esos primeros meses si fueron muy muy tensos, también porque yo sentía como cuando hay un terremoto... en que hay réplicas, y uno está en un estado en que ... y también después de la cirugía uno cree que cualquier cosa es YA (refiriéndose a otro IAM o a la posibilidad de morir)..."

E2: "...yo estaba loco porque todo estaba matándome, yo puedo entender qué están diciendo, van a hacer balas, es horrible, es horrible..."

E5 : "...al principio era como con ese temor porque ...día uno queda como sin fuerzas..."

E7 : "...yo sentía que me iba a morir...como que ya en cualquier momento... uno sentía que en cualquier momento se podía ir..."

E8 : "...esperé con ansia porque al principio tenía mucho miedo..."

E9: "...me sentía nervioso porque cualquier dolorcito que sentía, yo pensaba que ya otra vez me iba a volver..."

Como se observa, el temor a la muerte durante el proceso crítico de la enfermedad coronaria fue constante en los individuos participantes, y esto ha sido referido por otros investigadores (Lagares, 2012; López, 2007; Lorenzini et al., 2013;

Solano y Siles, 2005). Lorenzini et al., (2013), mencionan que aguardar por la cirugía aumenta la ansiedad y puede ocasionar empeoramiento de la condición clínica de salud.

Tabla 6. *Categoría: emociones experimentadas por las personas que han presentado un ECV. Subcategoría: depresión*

Sujetos	Depresión
E1	<p>“...pero así fue, ya yo en ese momento empecé a decaerme...”</p> <p>“...viera que la cosa era seria, yo diría que me deprimí...”</p> <p>“...yo diría que llegué hasta deprimirme pero ya en el transcurso de las siguientes horas...”</p> <p>“...porque así como entra uno con el autoestima por el suelo, así va viendo uno después entrar a los demás...”</p> <p>“...digamos que yo venía triste...venía triste por dos razones, la primera vez que vine me trajo mi hijo (pero a hablar con “J” y quedar matriculado), pero las siguientes veces durante casi tres meses tuve que contratar a un señor para que me trajera todos los días y me esperara ahí y me regresara. Eso me hacía sentir impotente, inútil, porque bueno hay que pagar para que lo trasladen a uno y diay yo no podía manejar en ese momento, entonces me sentía limitado...”</p>
E2	<p>“...estaba muy triste, yo estaba llorando cuando ella vino a visitarme...”</p> <p>“...yo no puedo... hacer eso, porque yo mucho dolor aquí (señala el esternón) en los huesos, yo estaba indefenso, quieren mis manos agarrar, no me gusta eso...”</p> <p>“...inútil, yo no puedo hacer nada, no puedo servir, yo no puedo nada, entonces es como eso. Ah, yo pienso que yo estaba enojado conmigo porque no puedo hacer esas cosas y entonces estás usando otra persona, se ocupa y dice: _tráigame grrrr_(gruñe)...”</p>
E5	<p>“...al principio, diay, de verdad uno lloraba en las noches, porque uno decía: _qué raro, yo... como me descuidé y dejé de hacer ejercicio, si dijeron que era porque me había hecho muy sedentario y entonces sí me deprimía...”</p>

Continúa en página 100

Continuación de tabla 6. Viene de la página 99

E5	...como me descuidé y dejé de hacer ejercicio, si dijeron que era porque me había hecho muy sedentario y entonces sí me deprimía”. “...sí claro, como le digo, yo en las noches pues lloraba, incluso en ciertos momentos en la oficina también, me iba al baño y ahí me sentía diay me sentía mal, deprimido...”
E6	“...pues sí me sentí... no, me sentí mal, de hecho, porque digo yo, me sentí mal, pero diay no importa...” “...tuve unos días muy difíciles...”
E9	“bueno, me sentí triste sí porque nunca esperaba que me diera un infarto” “quedé todo demacrado... porque perdí un montón de libras, porque queda uno hecho una pistola...todo con esa...a uno lo ven como... como... un pobrecillo..._mirá a ese le dio un infarto_”

Observaciones

Los enunciados expuestos en la tabla anterior dejan en evidencia la tristeza que sufrieron los sujetos después del evento coronario. Tristeza asociada al deterioro en el estado físico del individuo, agregado a sentimientos de culpa, de “como me descuidé”, de impotencia, de inutilidad, de limitación, de que otros tengan que hacer las cosas por ellos, de indefensión, asociado al dolor postquirúrgico en algunos casos o al dolor emocional de haber perdido la salud de una manera repentina.

A este respecto, Rodríguez (2012), manifiesta que la hospitalización en la fase aguda del padecimiento coronario y el estado de gravedad del enfermo crea malestar psicológico y por ende la aparición de emociones negativas como en este caso sentimientos depresivos. Asimismo, la presencia de síntomas depresivos es

frecuente en el paciente hospitalizado por un infarto tal como refiere la literatura (Blümel et al., 2005; Cabrera, Gandarilla y González, 2011; García, Del Villar y García y García, 2007; Romero 2007).

Con respecto a los sentimientos de inutilidad referidos por los participantes, la presente investigación coincide con Lagares (2012), quien refiere que en su estudio los individuos al experimentar la sintomatología de la enfermedad coronaria y verse obligados a ser cuidados y protegidos por los miembros de la familia, experimentaron sentimientos de minusvalía e inutilidad, teniendo en cuenta que durante toda su vida los sujetos han sido personas trabajadoras y cabezas de familia que brindaban sustento al hogar y tomaban las decisiones familiares (al igual que los sujetos de la investigación) y que posterior al evento coronario ese rol cambió drásticamente, generando en ellos estos sentimientos negativos.

El hecho de que tres de los participantes del estudio no manifestaran haber presentado síntomas depresivos durante el episodio del infarto o en la hospitalización, está acorde a lo manifestado con Calderón et al., (2010), en cuanto a que los síntomas depresivos posterior al IAM tienden a desaparecer en alrededor de 50 % de los casos en el seguimiento a mediano plazo, sugiriendo un carácter transitorio y reactivo al IAM, lo cual concuerda con los sujetos estudiados en que en ellos el evento cardiovascular más reciente fue hace más de un año, en algunos 5 o 6 años, y el IAM ya es un evento lejano. Además uno de los participantes nunca presentó síntomas de infarto según él mismo lo manifestó, por lo cual es poco probable que alrededor del evento fuera a presentar alguna reactividad emocional.

Asociado a lo anterior destaca el estudio de Calderón et al., (2010), el cual reveló que, los síntomas depresivos disminuyeron significativamente al control de los 3 meses, y que esta disminución se produjo a expensas de los pacientes que no fueron sometidos a revascularización en comparación con los que sí fueron sometidos a revascularización en quienes no hubo disminución significativa de los síntomas depresivos. En la presente investigación, los sujetos que manifestaron sintomatología depresiva fueron los que tuvieron una recuperación más lenta, presentaron arritmias posteriores al evento coronario o tuvieron que esperar varios meses para el proceso quirúrgico de revascularización, lo cual podría relacionarse con los hallazgos del estudio mencionado anteriormente y con el de Romero (2007) que muestra datos afines en cuanto a la manifestación de síntomas depresivos relacionados con el infarto. Sin embargo, se desconoce si estos individuos presentan un trasfondo depresivo y que hayan experimentado un mayor grado de depresión durante la hospitalización y después de ser dados de alta (Sandín, 2001) en comparación con los que negaron claramente síntomas depresivos al realizar las entrevistas.

Todo lo anterior concuerda con lo mencionado por Rodríguez García (2014), en que una vez superada la fase cercana al evento coronario, las personas experimentan sensaciones de miedo, de preocupación, de inseguridad ante el futuro, de negación de la enfermedad, de soledad, de incertidumbre, de pérdida de la salud y de la autoimagen, restricciones de la actividad que venían desarrollando y del tipo de ocio, una brusca sacudida que altera su equilibrio y que hace necesario un proceso de adaptación en el plano personal, familiar, social y laboral.

Tabla 7. *Categoría: confrontación de emociones*

Sujetos	Confrontación de emociones
E1	<p>“bueno aquí lo que hay que hacer es mantener la calma y confiar en Dios, verdad nada más”</p> <p>“en primer lugar...diay mi fe, Dios, porque diay yo acudí a Él”</p> <p>“después de este evento, diay yo me acerqué todavía mucho más y ya estaba cerca del Señor y yo confiaba en que Él me iba a sacar de esto, diay si me sacó del infarto, ya después tenía que someterme a la cirugía pero en un proceso que yo decía: bueno, si eso es lo que es, si eso es lo que me toca, Dios me está proveyendo...”</p> <p>“mi esposa también aportando los cuidados , gracias a Dios ya estaba retirada pero adentro de la casa, aportando la parte de nutrición , y ahora que le hago de comida, y ella iba conmigo a las citas con la nutricionista y el gallito pero así..”</p> <p>“ella apoyaba en eso y muchos, muchos digámoslo así chineos de otros miembros de la familia, los hijos por supuesto se volcaron los dos, uno todavía estaba ahí adentro y era pendiente conmigo y el que estaba en la universidad estudiando pero muy pendiente de la situación me apoyó”</p> <p>“como se da uno cuenta del amor de la familia, como se congrega alrededor de un evento de estos verdad y entonces hermanos y hermanas y gente que inclusive de vez en cuando (pues somos familia numerosa) se separan un poco pero que en esta circunstancia acuden verdad”</p>
E2	<p>“cuando yo estaba esperando en venir acá, yo estaba un poquito más feliz, porque yo sé eso está cambiando, yo estaba muy, yo tuve muchas ilusiones de este programa, entonces yo estaba trabajando duro demasiado duro”</p>
E4	<p>“pero después pensé: si he vivido un montón de años con eso, sin darme cuenta, porque cuando me he dado cuenta va a haber alguna diferencia, no tiene porqué. Entonces empecé a averiguar y me hablaron de... yo ya sabía, ya me habían contado de la universidad (refiriéndose al Programa de Rehabilitación Cardíaca)”</p> <p>“empecé a leer lo de la cirugía y como no me sirvió entonces empecé a ver lo de la rehabilitación cardíaca”</p> <p>“pero tampoco estoy dejando que eso se me haga importante en mi vida, no es</p>

Continúa en página 104

Continuación de tabla 7. Viene de la página 103

-
- E4 importante. No es importante, el día en que me muera se acabó el negocio. Entonces, para qué voy a preocuparme por eso, no tengo ningún control, cero, no importa lo que haga, el control mío sobre lo que me pasa no existe”
“pero ahí está, no lo puedo corregir así que no le hago caso”
“ni me preocupo de la frecuencia, me importa cero, no voy a dejar que esas cosas influyan”
“busqué mi alternativa, que me cuesta plata, me cuesta plata. Pero tiene otra cosa, como estoy tratándome en privado, estoy tomando medicinas que no da la caja”
“yo puedo moverme por mi cuenta, puedo cocinarme, puedo servir mi comida, puedo lavar platos, puedo hacer lo que quiera”
- E5 “bueno, primero el respeto a la enfermedad, yo sé que si quiero seguir vivo tengo que cuidarme tanto en las dietas como en las comidas, y mi quehacer diario, verdad”
“en eso mi esposa me ayuda mucho, ella me chinea en ese sentido, muchas verduras, muchas frutas”
“el apoyo de mi esposa, porque ella está muy al tanto con las comidas (...), todas las indicaciones ella las cumple”
“a partir de ahí he disfrutado bastante, vivo el presente y estar tranquilo, porque sé que igual que yo con la enfermedad, otra persona que anda en la calle buena y sana que se puede morir en cualquier momento”
- E6 “me concentré con un pensamiento muy optimista, esto... esto se supera bien y vamos para adelante y con muchos proyectos”
“siempre he sido optimista, siempre he sido como empresario”
- E7 “...la familia, mi cuñado (entre risas), me trajo un carro a venderme casi saliendo del hospital, eso me ayudó, ¡es increíble!”
“yo ahí lo asimilé, bueno ya después fui a Heredia, ya ahí tenía acompañamiento, tenía cardiólogos, entonces ellos como que lo tranquilizan...y también fui a otra terapia alternativa que me ayudó bastante”
“...conocí a una señora que hace reike, una terapia ahí de mucha fuerza, mucha energía, todo eso me quitó el miedo, todo eso es parte de ir quitando el miedo, la
-

Continúa en la página 105

Continuación de tabla 7. Viene de la página 104

E7	ansiedad, encauzar los sentimientos...” “...reike se llama, eso me ayudó bastante...y entonces empecé a salir...”
E8	“...mire, yo no tuve miedo de nada porque ya estaba decidido... “...tenía un primer nieto que tenía como 6 o 8 meses y estaba con ese entusiasmo de verlo, y entonces yo dije: no, aquí lo más rápido que me lo hagan...” “...conocí a los doctores, conocí a todo el equipo y conocí mucha gente, éste se operó ayer, el otro se operó antier, entonces uno dice: no, eso es cualquier cosa. Además comencé a conocer gente ya en la calle, cuando iba: _mirá no te preocupés a mí me lo hicieron hace 2 años_” “uno debe afrontar el problema que tiene y resolverlo de la mejor forma, y la mejor forma es operar” “y bueno, sí... podía morir, si me salvaba mejor todavía, pero ya estaba decidido a afrontar la situación como fuera” “el segundo día después de operado me fui a bañar solo, sí, ya uno se lo llevan que ya me sentía con el coraje”

Observaciones

Dentro de las estrategias de afrontamiento se observa diferencias entre todos los participantes, tal como lo mencionan Cassaretto y Paredes (2006) y Sandín y Chorot (2003), relativo a que las respuestas del individuo suelen estar determinadas por una interacción entre las situaciones externas y las disposiciones personales de cada individuo, por lo que el afrontamiento estaría determinado por la persona y por la situación.

A este respecto y siguiendo a estos mismos autores, hay que mencionar que el concepto de afrontamiento del estrés hace referencia a los esfuerzos conductuales y cognitivos que se llevan a cabo para hacer frente a las demandas

externas o internas generadoras de estrés, que son evaluadas como algo que excede los recursos personales.

El afrontamiento está constituido por aquellas conductas o pensamientos que son utilizados conscientemente por el individuo para controlar los efectos producidos por la anticipación o experiencia de la situación estresante (Rodríguez y Frías, 2005).

Uno de los participantes manifestó la espiritualidad como principal mecanismo de afrontamiento o lo que más le ayudó a salir adelante:

E1: "...bueno aquí lo que hay que hacer es mantener la calma y confiar en Dios, verdad nada más..."

A este respecto, la literatura plantea que el afrontamiento espiritual tiene un impacto favorable en los procesos cerebrales, ya que se ha observado un mejor funcionamiento del sistema inmune y del metabolismo en general, disminuyendo los niveles de presión arterial y la frecuencia cardiaca, los cuales son aspectos favorables en la recuperación del paciente cardiópata. Además, se ha evidenciado que la espiritualidad puede ayudar a las personas a sobrellevar el estrés del día a día, sobre todo en aquellas sometidas al estrés agudo como en el caso del evento coronario, aunado al efecto positivo en la disminución de estados emocionales negativos como la ansiedad, la depresión o la hostilidad (Navas y Villegas, 2006; Rodríguez et al., 2011; Quinceno y Vinaccia, 2009). En el estudio de Lorenzini et al., 2013, los autores señalan la utilización de recursos espirituales por los pacientes como una fuente de esperanza y para el afrontamiento del proceso quirúrgico.

Otro de los mecanismos de confrontación presentados fue la negación, la cual es considerada como el esfuerzo por negar el problema o acontecimiento estresante, donde el sujeto repite en varias ocasiones la levedad de la patología, minimizando el impacto de la enfermedad (Martínez et al., 2005). La negación se caracteriza por comportamientos evasivos (evitación) y represivos (Sánchez y Ureña, 2011), en donde el individuo, tal como lo manifiestan Sandín y Chorot (2003) prefiere no pensar en el problema, tratar de olvidarse de todo o volcarse al trabajo u otras actividades para olvidarse del problema, así como se refleja en las expresiones siguientes:

E4: "... pero tampoco estoy dejando que eso se me haga importante en mi vida, no es importante...", "...pero ahí está, no lo puedo corregir así que no le hago caso...", "...yo puedo moverme por mi cuenta, puedo cocinarme, puedo servir mi comida, puedo lavar platos, puedo hacer lo que quiera..."

Contiguo a la negación de la patología aparece la negativa a reconocer el estado emocional, tal como lo refieren Martínez et al., 2005:

E8: "...mire, yo no tuve miedo de nada porque ya estaba decidido..."

También se observa la negación de las consecuencias de la enfermedad:

E4: "...ni me preocupo de la frecuencia, me importa cero, no voy a dejar que esas cosas influyan..."

Contrastando con el estudio de Martínez et al., (2005), en donde la negación resultó ser la estrategia de afrontamiento más frecuente en los pacientes ingresados

en una unidad de coronarias, en el presente estudio solo se presentó básicamente en un sujeto. Esto podría ser debido a que como lo refieren Sánchez y Ureña (2011), la negación como mecanismo de afrontamiento se asocia con resultados emocionales positivos en el corto plazo, es decir inmediatamente después del evento cardiovascular (momento en que Martínez y colaboradores realizaron dicho estudio) y se vincula con una estancia hospitalaria menor, una tasa de mortalidad más baja y menos interferencia en las actividades cotidianas.

Otra estrategia de afrontamiento presentada y que fue la utilizada con mayor frecuencia por los participantes en la presente investigación fue la focalización en la solución del problema, en que según Sandín y Chorot (2003), el individuo analiza las causas del problema, sigue pasos concretos, establece un plan de acción, habla con las personas implicadas para poner en acción soluciones concretas, como se observa a continuación:

E4: "...empecé a leer lo de la cirugía y como no me sirvió entonces empecé a ver lo de la rehabilitación cardiaca", "...busqué mi alternativa, que me cuesta plata, me cuesta plata. Pero tiene otra cosa, como estoy tratándome en privado, estoy tomando medicinas que no da la caja"

E5: "...bueno, primero el respeto a la enfermedad, yo sé que si quiero seguir vivo tengo que cuidarme tanto en las dietas como en las comidas, y mi quehacer diario, verdad...", "el apoyo de mi esposa, porque ella está muy al tanto con las comidas (...), todas las indicaciones ella las cumple".

E7: "...yo ahí lo asimilé, bueno ya después fui a Heredia, ya ahí tenía acompañamiento, tenía cardiólogos, entonces ellos como que lo tranquilizan..."

E8: "...uno debe afrontar el problema que tiene y resolverlo de la mejor forma, y la mejor forma es operar..."

E9: "...yo he tratado de continuar la vida normalmente, nada más que ya sé que tengo que estar en un proceso de rehabilitación, que tengo que estar en ejercicios y haciendo que no lo hacía, no tenía un tratamiento porque no tenía eso, ahora estoy con un tratamiento y medicamentos y la alimentación ya ahora es diferente".

Estos mecanismos de confrontación focalizados en la solución del problema coinciden con los encontrados por Sánchez y Ureña (2011), sobre mecanismos de afrontamiento en pacientes que han sufrido un evento cardiovascular, quienes encontraron una tendencia importante hacia conductas orientadas al enfrentamiento del problema así como hacia la organización y planificación de estrategias de acción o mecanismos dirigidos hacia el problema; lo cual también coincide con el estudio de Ofman et al., (2014), en cuanto a que la resolución planificada de problemas es una de las estrategias de afrontamiento más utilizada en individuos varones como es la totalidad de los sujetos estudiados en esta investigación, y asimismo concuerda con el estudio de Cassaretto et al., (2006), en cuanto al afrontamiento a la enfermedad crónica y la resolución planificada de problemas como estrategia de confrontación a la enfermedad como la más frecuente.

Aunado a lo anterior Martin y Brantley (2002) citado por Cassaretto y Paredes (2006), sostienen que en el caso de las enfermedades crónicas el afrontamiento

activo y el enfocado en el problema parecen estar asociados a los resultados psicológicos más positivos al favorecer la adaptación a la nueva condición del enfermo y agregan que el afrontamiento enfocado en el problema presenta mayores resultados positivos cuando la enfermedad es percibida como un evento que puede ser controlado por quien la padece.

En lo referente a la estrategia de afrontamiento de búsqueda de apoyo social, la mayoría de los participantes coinciden en que el apoyo de la familia fue fundamental para salir adelante en el período de convalecencia. Del mismo modo, en el estudio realizado por Lagares (2012), en pacientes coronarios, la autora manifiesta que “el apoyo familiar fue fundamental, desde el simple acompañamiento a las citas médicas hasta la preparación de una dieta recomendada para los pacientes, la vigilancia estricta del cumplimiento de los hábitos de vida y la protección ante situaciones poco recomendadas”. Aunado a esto, Rodríguez (2012), refiere que la familia se establece como agente de apoyo social y facilitadora del cambio, lo cual concuerda con las expresiones de los participantes, por ejemplo:

E1: “como se da uno cuenta del amor de la familia, como se congrega alrededor de un evento de estos verdad, y entonces hermanos y hermanas ...”

La familia es una fuente de apoyo emocional y social que contribuye a enfrentar problemas relacionados con el proceso salud-enfermedad, así como otros inconvenientes sociales que envuelven el cotidiano de estos pacientes, por lo que el apoyo familiar es considerado por estos pacientes como muy importante (Achury et al., 2011; Bastidas, Olivella y Bonilla, 2015).

Como puede observarse, el apoyo de la esposa ha sido muy importante para algunos participantes lo cual es apoyado por la investigación de Achury et al., (2011), quien manifiesta que los pacientes casados o con un compañero estable presentan una mayor satisfacción con el apoyo familiar; relacionándolo positivamente con la disminución de la ansiedad y la depresión, y apoyo en cambios en el estilo de vida (dieta para estos casos). Ello facilita la adherencia terapéutica.

E1: "...mi esposa también aportando los cuidados, (...) aportando la parte de nutrición , y ahora que le hago de comida, y ella iba conmigo a las citas con la nutricionista y el gallito pero así..."

E5: "...en eso mi esposa me ayuda mucho, ella me china en ese sentido, muchas verduras, muchas frutas..."

E7: "...la familia, mi cuñado (entre risas), me trajo un carro a venderme casi saliendo del hospital, eso me ayudó, ¡es increíble!..."

E8: "...tenía un primer nieto que tenía como 6 o 8 meses y estaba con ese entusiasmo de verlo, y entonces yo dije: no, aquí lo más rápido que me lo hagan...".
"...además comencé a conocer gente ya en la calle, cuando iba _mirá no te preocupés a mí me lo hicieron hace 2 años..."

E9: "...el apoyo de mi familia, de la doña, de las hijas, sí eso, ellas me han ayudado ahí bastante..."

Como se deriva de las expresiones anteriores, el apoyo social dado por la familia o amigos, amortigua los efectos adversos de la enfermedad; las personas

que cuentan con buenas redes sociales se adaptan fácilmente a su enfermedad y mejoran la adherencia. El apoyo social protege contra el estrés generado por la enfermedad y capacita al paciente para reevaluar la situación y adaptarse mejor a ella, ayudándole a desarrollar respuestas de afrontamiento (Bastidas, Olivella y Bonilla, 2015).

El apoyo social puede reducir la reactividad fisiológica e inhibir el desarrollo de lesiones vasculares, disminuyendo así la probabilidad de eventos clínicos agudos, también parece amortiguar el gran impacto que tiene la depresión sobre la mortalidad cardiaca (Barra, 2004).

El apoyo social dado por familiares o amigos, ha mostrado tener influencia en diversos aspectos relacionados con los procesos de salud y enfermedad, como la forma de afrontar el estrés, la progresión, el ajuste y la recuperación de la enfermedad, la recuperación postquirúrgica y el inicio y mantenimiento de los cambios conductuales necesarios para prevenir complicaciones (Barra, 2004; Elmasian y Mikulic, 2013; Lorenzini et al., 2013).

Sin embargo, si bien la familia desempeña un papel importante en el acompañamiento del paciente en el cuidado para favorecer la recuperación del mismo, Laham, (2008) y Lorenzini et al., (2013), señalan que las fricciones familiares causan perjuicios emocionales, de interacción social y familiar, en especial por las cobranzas de los familiares a los pacientes por los cambios en el estilo de vida. De ahí la importancia de estimular la autonomía del paciente para el autocuidado. No

obstante, en el caso de la presente investigación ninguno de los entrevistados manifestó problemas de ese tipo.

Otro mecanismo de afrontamiento encontrado en los participantes fue el optimismo, el cual según Saldívar, Vázquez y Martínez (2011), puede ser conceptualizado en términos de expectativas positivas generalizadas de resultado, esto es, la creencia de que el futuro depara más éxitos que fracasos. Los optimistas tratan de distraer su atención de los aspectos de la situación en relación con sus éxitos pasados y fijan unas altas expectativas de rendimiento, como se observa en las siguientes expresiones:

E6: "...me concentré con un pensamiento muy optimista, esto... esto se supera bien y vamos para adelante y con muchos proyectos", "...siempre he sido optimista, siempre he sido como empresario"

El optimismo definido como una actitud mental que interpreta positivamente los acontecimientos de la vida, es un recurso psicosocial consistentemente asociado con salud cardiovascular. Se ha reportado que el optimismo predecía mejor recuperación y menor tasa de rehospitalización posterior a la revascularización miocárdica (Nitsche et al., 2014). El optimismo se ha asociado con mejores resultados de salud en pacientes con cardiopatía isquémica. El estudio de Giltay (2006), de 15 años de seguimiento demostró una fuerte y consistente asociación entre el optimismo y una mortalidad cardiovascular 50% menor en hombres de edad avanzada. Resultados similares fueron encontrados en los estudios de Whitehall II (Tajer, 2012).

El optimismo se correlaciona significativa e independientemente con menos biomarcadores intermedios de enfermedad, menor incidencia de patologías y mayor salud física a largo plazo (Nitche et al., 2014).

El optimismo está relacionado con un mejor comportamiento de afrontamiento, esfuerzos dirigidos a la meta, vitalidad y flexibilidad emocional. El optimismo está correlacionado positivamente con un afrontamiento enfocado en el problema y una búsqueda de apoyo social, con una mejor adherencia al tratamiento y un incremento del ejercicio en la rehabilitación cardiaca (Giltay et al., 2006).

Se ha observado una relación entre una predisposición optimista y un mejor enfoque para manejar estrategias para enfrentar situaciones complejas o negativas, y que la visión optimista puede mejorar la evolución a través de aspectos conductuales en el manejo de la enfermedad y también a través de mecanismos biológicos antiaterogénicos. También se menciona la vinculación entre los estados de bienestar, afectos positivos y el optimismo con una posibilidad menor de enfermar y una posibilidad mejor de recuperación cuando se padece un problema cardiovascular (Tajer, 2012).

Tabla 8. *Categoría: experiencia en el PRCFIII. Subcategoría: beneficios percibidos a nivel físico y mental*

Sujetos	Beneficios percibidos en el ámbito físico y mental
E1	<p>“me integré un poco a la oficina y entonces como que me iba haciendo sentir cada vez mejor”</p> <p>“en el 2010 ya vieron que yo era una bala en la pista, entonces empiezo a sacar pecho”</p> <p>“casi todos los días yo vengo aquí con camisetas de carreras que he hecho”</p> <p>“...yo dejé de ser ansioso a los 15 días de estar aquí...”</p>
E2	<p>“yo sé que con este programa estoy mejorando, yo no sé cuánto, porque es solo un poquito cada día”</p> <p>“estoy orgulloso de las cosas que yo puedo hacer, y ya estoy más delgado, no tengo panza como antes y ... comiendo como loco”</p> <p>“más fuerte sí, más joven”</p> <p>“estoy otra vida, otra vida ya estoy, ya no tengo miedo subiendo montaña o si vamos por un viaje cualquiera, me gusta eso, ayudando personas, ayudar como cuando yo estaba joven”</p>
E4	<p>“me siento mucho mejor...”</p> <p>“no me estoy deteriorando”</p> <p>“yo me siento bien, ahora puedo caminar más, puedo hacer más cosas, me agito menos... me siento mejor, además es un incentivo para hacer algo diferente de lo normal (bueno ya se volvió rutina naturalmente), pero es algo que uno está mirando y piensa: tengo que hacerlo!</p> <p>“me ha hecho mucho bien, mentalmente y físicamente, los dos”</p> <p>“todavía puedo cambiarle la llanta a un carro”</p>
E5	<p>“yo siento una gran evolución con el sistema este, esta terapia cardiaca creo que me ha ayudado mucho...como lo traen a uno mucho, o sea en un principio ya más monitoreado y después lo dejan un poquito, entonces sí he notado el cambio,</p>

Continúa en la página 116

Continuación de tabla 8. Viene de la página 115

-
- E5 entonces eso me ha ayudado a sentirme más seguro, y a sentirme más seguro, que yo sé que aguanto, por los controles que le llevan a uno aquí”
“primero los músculos míos estaban todos suaves, suaves, no tenía fuerza y una bolsa de arroz tenía que agarrarla con las dos manos, esas de dos o tres kilos, la de azúcar de cinco kilos igual, ya ahora no, la agarro con la mano, eh! Andaban detrás de mí, viendo a ver que no alzara esto y que sí en un principio la casa mía es de alto, que subiera despacito, y ahora subo corriendo, verdad, pero antes no”
“...me ha fortalecido aquí, y que sé yo, los pulmones también y el corazón”
“...yo sinceramente me siento muy seguro ahorita...”
“...hago lo mismo, incluso trote igual (que antes del evento cardiovascular)...”
“...ya puedo alzar cosas más pesadas, puedo amarrarme los zapatos, en fin voy viendo la diferencia...”
- E6 “físicamente yo he avanzado, ya me canso menos, logré en un momento tener el hábito de venir aquí, y a mí me cuesta obtener hábitos”
“físicamente diay digamos, caminar más, bailar más y estoy muy integrado a la realidad, ya casi que hago lo mismo de antes, claro (entre risas) en la parte de los vicios pues un poquito menos”
“me hace sentir que estoy ... a pesar de mi edad y todo eso, que todavía estoy vivo, que soy parte de la sociedad”
“...esa ansiedad desapareció, no siento temor de que esto se volviera a dar...”
“...yo superé una etapa y eso me ha dado mucha tranquilidad...”
Y emocionalmente? “ah, muy bien, muy bien, tengo novias y todo eso (entre risas)”
- E7 “los ejercicios, la condición física, bajar de peso”
“en la condición física, no me canso, a pesar de tener así la fracción de eyección, no me canso, yo hago ejercicio, camino y no me canso. También lo he visto en la frecuencia cardiaca que ha ido bajando”
“...ya no me canso...”
“...bueno mejora en lo físico, va a mejorar en lo físico, otra cosa también, eso le ayuda a la gente al hacer el ejercicio verdad, porque cuando uno entra prácticamente no quiere caminar porque le da miedo que le vaya a dar otro infarto en el momento...”
-

Continúa en la página 117

Continuación de tabla 8. Viene de la página 116

E7	“...voy bien, voy bien, yo me siento bien, ya no tengo miedo...” “...más seguridad, confianza, vivir en día a día...”
E8	“...para decirle este fin de semana fui a Monteverde, y tanto el sábado y el domingo, caminé por lo menos 2 horas cada día, en los senderos de la reserva y lo pude hacer, y lo hice bien, a veces hay gradas, bueno me detengo un poquito después seguimos, creo que esto aquí ayuda, sin duda ayuda para uno mantenerse mejor...” “...ya bailo y a veces bailo más de una pieza para decir, y me siento bien...” “...ya ahora estoy tranquilo, yo no siento preocupación...”
E9	“...Se siente mejor anímicamente o físicamente? “las dos, las dos y cuando uno no viene (risa) más bien le hace falta” “...os cambios que he tenido son la condición física, el estado anímico” “...a mí siempre me ha ayudado” “...me siento físicamente bien por esa parte emocional que me hace estar asistiendo aquí recibiendo la terapia, la rehabilitación, van juntos no lo puedo separar...”

Observaciones:

En cuanto a los beneficios de la rehabilitación cardíaca percibidos por los participantes la mayoría manifiestan sentirse cada vez mejor, se han reintegrado a sus actividades cotidianas, pueden hacer más cosas, ya no tienen miedo, se sienten más jóvenes, más fuertes, más seguros. Así, por ejemplo declaran:

E1: “...me integré un poco a la oficina y entonces como que me iba haciendo sentir cada vez mejor...”.

E2: “...yo sé que con este programa estoy mejorando...”, “...estoy orgulloso de las cosas que yo puedo hacer...”, “...ayudando personas como cuando era joven...”

E4: "...me siento mucho mejor...", "...puedo hacer más cosas...", "...me ha hecho muy bien, mentalmente y físicamente, los dos"

E5: "...sí, he notado el cambio, entonces eso me ha ayudado a sentirme más seguro, y a sentirme más seguro que yo sé que aguanto, por los controles que le llevan a uno aquí..."

E6: "hago lo mismo (que antes del evento)", "caminar más, bailar más"

E7: "...voy bien, voy bien, yo me siento bien, ya no tengo miedo", "ya no me canso"

E8: "...creo que esto aquí ayuda, sin duda ayuda para uno mantenerse mejor..."

E9: "...a mí siempre me ha ayudado"

De manera semejante, Lagares (2012), en su estudio sobre la Experiencia del paciente coronario frente a la terapia de rehabilitación cardiaca en una institución de cuarto nivel en Cartagena, encontró que las personas que presentan una enfermedad coronaria y participan de la rehabilitación cardiaca, poseen una sensación interior de bienestar, que resulta de la impresión hecha a través de lo experimentado durante la terapia, manifiestan ya no sentirse tan pesados, lo cual los ha llenado de energía y optimismo, físicamente se perciben mejor, se sienten más saludables, más jóvenes, se sienten vivos otra vez. Datos similares han sido reportados por Shepherd y While (2012), Stein et al., (2014) y Yohannes et al., (2010).

A nivel físico se observa como todos los participantes de la investigación refieren notoria mejoría en este ámbito, como se refleja en sus propias expresiones:

E1: "...después de todo esto en mi renacimiento, corro una que otra carrerita"

E2: "... más fuerte sí, más joven..."

E4: "...yo me siento bien, ahora puedo caminar más, puedo hacer más cosas, me agito menos...", "...me siento mejor...", "...todavía puedo cambiarle la llanta a un carro..."

E5: "...andaban detrás de mí, viendo a ver que no alzara esto y que sí en un principio la casa mía es de alto, que subiera despacito, y ahora subo corriendo..."

E6: "...físicamente díay digamos, caminar más, bailar más y estoy muy integrado a la realidad, ya casi que hago lo mismo de antes..."

E7: "...en la condición física, no me canso, a pesar de tener así la fracción de eyección, no me canso, yo hago ejercicio, camino y no me canso. También lo he visto en la frecuencia cardiaca que ha ido bajando..."

E8: "...ya bailo y a veces bailo más de una pieza para decir, y me siento bien..."

Esta mejoría a nivel físico también ha sido señalada por numerosos autores (Lavie y Milani, 2011; Martínez, 2011; Williams et al., 2006), que se ha relacionado con la mejoría a nivel fisiológico, composición corporal, niveles de lípidos, capacidad de ejercicio, mejoría en la presión arterial y la frecuencia cardiaca, mejoría en la vasodilatación coronaria dependiente del endotelio y en la sensibilidad a la insulina y mejoría en la supervivencia, entre otros.

A nivel psicológico/emocional

Como se ha visto en las expresiones analizadas anteriormente acerca de los beneficios físicos apreciados por los participantes, se percibe como el factor psicológico está presente o combinado con los beneficios físicos, en algunos casos muy sutilmente, en otros se advierte en las propias palabras de los participantes:

E1: "...en el 2010 ya vieron que yo era una bala en la pista entonces empiezo a sacar pecho...", "...una maravilla...un milagro...desde el infarto..."

En este caso, a raíz de que el individuo mejora su capacidad funcional, es decir su velocidad para correr en la pista, entonces mejora su estado de ánimo lo cual queda de manifiesto cuando dice "entonces empiezo a sacar pecho".

E2: "...estoy orgulloso de las cosas que yo puedo hacer...", "...estoy otra vida, otra vida ya estoy, ya no tengo miedo subiendo montaña o si vamos por un viaje cualquiera, me gusta eso, ayudando personas, ayudar como cuando yo estaba joven..."

En este otro caso el sujeto manifiesta que ya no tiene miedo al subir una montaña, lo cual se percibe como una disminución de la ansiedad inicialmente presentada y posterior al evento coronario cuando realiza una actividad que requiera esfuerzo físico. Además, menciona estar orgulloso por las cosas que puede hacer, lo cual podría interpretarse, como con base a su mejoría a nivel físico mejora también a nivel psíquico.

Otras expresiones dadas por los participantes que ejemplifican esta relación entre el bienestar psicológico con el bienestar físico son:

E4: "...me ha hecho mucho bien, mentalmente y físicamente, los dos"

E5: "...yo sinceramente me siento muy seguro ahorita"

E6: "...me hace sentir que estoy ... a pesar de mi edad y todo eso, que todavía estoy vivo, que soy parte de la sociedad". Y emocionalmente? "ah, muy bien, muy bien, tengo novias y todo eso (entre risas)..."

E7: "...voy bien, voy bien, yo me siento bien, ya no tengo miedo...", "...en lo psicológico, ésta (la terapia de rehabilitación cardíaca) nos ayuda estar en conjunto, a compartir..."

E8: "...caminé por lo menos 2 horas cada día, en los senderos de la reserva y lo pude hacer, y lo hice bien..."

E9: "...me siento físicamente bien por esa parte emocional que me hace estar asistiendo aquí recibiendo la terapia, la rehabilitación, van juntos no lo puedo separar..."

Estos resultados coinciden con los encontrados por Lagares (2012), quien refiere que la terapia de rehabilitación cardíaca les hace sentir que si es posible que realicen actividad física, sin temor a desencadenar algún evento de dolor torácico o fatiga, lo cual los hace sentirse útiles nuevamente, esto les devuelve la seguridad y la confianza en sí mismos, las ganas de seguir viviendo y la fuerza de voluntad

para no decaer durante su recuperación, pues comprenden que esta dura toda la vida.

Por su parte, Michie et al., (2005), encontraron que las reducciones en la depresión y la ansiedad son impulsores de la recuperación física, y que el aumento en la percepción de control sobre la propia enfermedad juega un papel en la reducción de la depresión y la ansiedad, lo cual concuerda con lo mencionado por uno de los participantes cuando dice: “van juntos los dos no lo puedo separar”, refiriéndose a los beneficios físicos y psíquicos. Asimismo, Rozanski et al., (2005), manifiestan que el ejercicio puede modificar los factores de riesgo psicosociales incluyendo la depresión.

Estudios más recientes (Escolar-Gutiérrez et al., 2014; Lavie et al., 2011 y Yohannes et al., 2010), han encontrado de manera similar al presente estudio, disminución en los estados de ánimo ansiosos o depresivos posterior a un Programa de Rehabilitación Cardíaca.

Estos hallazgos son consecuentes por los encontrados por Achury et al., (2011), que exteriorizan que el programa de rehabilitación cardíaca es un espacio que permite una cohesión social y se convierte en un escenario muy especial, donde se interactúa con otros pacientes y familiares que también están pasando por el sufrimiento de una enfermedad cardiovascular, con ello el paciente conoce otras vivencias y a su vez, enriquece las propias.

Por su parte Stein et al., (2014), exponen que el ejercicio potencia los recursos motores en beneficio de la salud psicosocial y de la autonomía e independencia en el desempeño de las actividades de la vida diaria.

No obstante, todos los estudios encontrados a la fecha de esta investigación evaluaban solamente la fase II de la rehabilitación cardiaca.

Se ha mostrado fehacientemente la relación íntima entre la mente y el cuerpo, que la una y la otra se afectan mutuamente, es por ello que en este punto se vuelve importante destacar el hecho de que un padecimiento no tiene una solución totalmente clínica, sino que conlleva también una recuperación en el orden psicológico y emocional (Saldívar, Vázquez y Martínez, 2011).

Además se ha observado, que en los programas de rehabilitación cardiaca al tiempo que disminuye el sentimiento de incapacidad, mejora la autoconfianza, disminuyen la ira y el miedo, aumenta la percepción de control del paciente sobre su enfermedad, se gana mayor confianza y seguridad al mejorar su capacidad funcional, y todo ello proporciona una buena reintegración social (Achury et al, 2011). Hallazgos que coinciden plenamente y han quedado plasmados como pudo observarse en las expresiones de los participantes de esta investigación.

Además, los programas de rehabilitación cardiaca promueven la participación y ello puede ser la causa de la mejoría en los aspectos psicológicos, esto debido a que los programas de ejercicio proveen una base social de contactos y contención de los pacientes cardiopatas que permiten la reintegración y socialización, al tiempo que recuperan la confianza en sí mismos (Achury et al, 2011). Es por este motivo,

la importancia del estudio cualitativo, particularmente de la intervención fenomenológica en este caso, la cual ahonda en el entramado del pensamiento y del sentir de cada uno de los participantes, de los seres humanos que vivenciaron en primera persona un suceso extraordinario como ha sido la sobrevivencia a un infarto agudo de miocardio, y la consecuente participación en el Programa de Rehabilitación Cardíaca de la UNA y su posterior reintegración a la sociedad.

Diversos estudios epidemiológicos han mostrado una reducción de la morbilidad y un retraso de la mortalidad entre las personas socialmente integradas; además, se ha visto que la calidad de las relaciones sociales influye de manera decisiva en la salud física y mental de las personas. De igual forma, existen factores de protección psicosocial que promueven la salud, como poseer una visión optimista de la vida, utilización adecuada de estrategias de afrontamiento, sentir control sobre los acontecimientos vitales, poseer expresiones emocionales positivas y estar satisfecho con la percepción del apoyo social recibido. Asimismo, se postula a las emociones positivas como promotoras de salud (Pereyra, 2012).

Tabla 9. *Categoría: experiencia en el PRCFIII. Subcategoría: apoyo y compañerismo*

Sujetos	Apoyo y compañerismo
E1	<p>“aquí me he encontrado yo con un ambiente muy muy gratificante diría yo”</p> <p>“la fraternidad digamos de todos y que hemos logrado hacerla”</p> <p>“se ha logrado integrar que es parte de los que vacilan y todo”</p> <p>“claro el humor, y empezamos a animar cristianamente este ambiente y entonces ya hacíamos un vacilón”</p> <p>“..donde todos nos damos una buena acogida...”</p> <p>“...yo veo que entra una persona nueva y entra en esas circunstancias: _no, no, venga para acá”</p> <p>“...creo que aquí somos felices y se nos olvida todo...”</p>
E2	<p>“oh! Eso es parte de mi vida, por eso yo traigo a mi esposa, porque es algo bueno, tengo amigos aquí, otras personas que tienen los mismos problemas”</p>
E4	<p>“esto es algo que tengo que hacer porque necesito esa cochina caminadora, mentira no la necesito, la calle funciona igualito, pero me gusta la caminadora por los comentarios, por el montón de tonterías que hablamos, ja ja ja ”</p> <p>“aquí quedan un grupito que se ha hecho muy simpático”</p> <p>“este grupo que aquí es donde nos vemos, esta es la razón de nuestro grupito, sí me ha hecho mucho bien, mentalmente y físicamente, los dos”</p>
E6	<p>“me ha gustado el grupo”</p> <p>“hay mucha camaradería”</p>
E7	<p>“bueno ir ahí...con los compañeros, eso sirve mucho porque como todos estamos en lo mismo, psicológicamente le ayuda mucho el acompañamiento a nivel emocional”</p> <p>“todo eso lo calma, uno los ve a ellos, si usted ve, todos vienen con una actitud muy positiva y vivir ahora, cada hora, y la mayoría son muy positivos, se hizo un grupo muy bonito ahí, al principio como todo, al principio es difícil ir acoplándose y todo,</p>

Continúa en página 126

Continuación de tabla 9. Viene de la página 125

E7	pero ya después uno se va metiendo y va compartiendo más” “eso de compartir ayuda bastante, el compañerismo, compartir con ellos que tienen lo mismo” “es un buen grupo” “en lo psicológico, ésta nos ayuda estar en conjunto, a compartir”
E9	“lo tomamos en forma de vacilón ahí porque es parte del grupo” “el enfermo se siente menos triste si tiene el apoyo y la sonrisa de un amigo, entonces hay eso, y tocándoles la espalda yo les digo: ya ahorita se repone y ahorita está ahí donde estamos nosotros y no deje de venir”

Observaciones

La tabla 9 muestra en las expresiones propias de los individuos del estudio, cómo éstos han encontrado en el Programa de Rehabilitación Cardíaca fase III, un ambiente gratificante, donde hay humor, hay camaradería, y que este acompañamiento que se da entre ellos ayuda a nivel emocional, debido a que todos están en lo mismo o se ven como otras personas con los mismos problemas.

Estos hallazgos coinciden con lo referido por Barra (2004), quien manifiesta que las víctimas de crisis vitales aprecian el contacto con otras personas que han vivido circunstancias similares, debido a que es más probable que esos individuos comprendan y acepten sus sentimientos. Además, estas personas desean afiliarse con otras que han enfrentado la misma crisis vital a fin de comparar sus reacciones emocionales y habilidades de afrontamiento. Estos compañeros les brindan evidencia de que se puede superar la crisis y además les brindan inspiración y

esperanza. A continuación se presentan algunas locuciones que hacen referencia a lo previamente comentado, por ejemplo:

E2: "... otras personas que tienen los mismos problemas..."

E7: "...eso de compartir ayuda bastante, el compañerismo, compartir con ellos que tienen lo mismo..."

E9: "...el enfermo se siente menos triste si tiene el apoyo y la sonrisa de un amigo, entonces hay eso, y tocándoles la espalda yo les digo: ya ahorita se repone y ahorita está ahí donde estamos nosotros y no deje de venir..."

Manifestaciones similares fueron encontradas por Lagares (2012), quien manifiesta que los participantes de la terapia de rehabilitación cardiaca se sienten más unidos, por el hecho de haber experimentado la enfermedad coronaria, en que comparten experiencias, sentimientos de amistad, respeto y comprensión, brindándose apoyo en caso de crisis.

Los efectos benéficos de la interacción con otras personas que han tenido vivencias similares se manifiesta también a largo plazo, pues la frecuencia de conversaciones con otros pacientes se asociaba con el bienestar físico y emocional hasta doce meses después de la cirugía cardiaca. La percepción de sentirse apreciado por otros y de poder contar con ellos en momentos difíciles puede tener importantes implicaciones para el bienestar psicológico, el estado de salud y el afrontamiento de la enfermedad (Barra, 2004).

El apoyo social tiene un efecto protector sobre la salud, y el aislamiento y la falta de soporte social se encuentran asociados con un riesgo aumentado de enfermar y morir por causas cardíacas (Elmasian y Mikulic, 2013). De modo que, el grupo de RCFIII se constituye en un pilar más del apoyo social con que cuentan los individuos participantes en dicho programa, en donde además del ejercicio físico que realizan y la educación en temas relacionados con la salud que reciben los participantes, el grupo brinda un espacio para la conversación, la camaradería y el apoyo.

E1: "...aquí me he encontrado yo con un ambiente muy muy gratificante diría yo...",
"...la fraternidad digamos de todos y que hemos logrado hacerla..."

E2: "...oh! Eso es parte de mi vida, por eso yo traigo a mi esposa, porque es algo bueno, tengo amigos aquí..."

E4: "...aquí quedan un grupito que se ha hecho muy simpático...", "...este grupo que aquí es donde nos vemos, esta es la razón de nuestro grupito..."

E7: "...todos vienen con una actitud muy positiva y vivir ahora, cada hora, y la mayoría son muy positivos, se hizo un grupo muy bonito ahí, al principio como todo, al principio es difícil ir acoplándose y todo, pero ya después uno se va metiendo y va compartiendo más..."

La red de apoyo social ocupa un papel protector que brinda al paciente con enfermedad cardiovascular una disminución del número de eventos adversos y de la posibilidad de nuevos episodios de infarto. Por lo tanto, disponer de una red social cumple varios propósitos: expresión de sentimientos positivos, confirmación de las

propias creencias y motivación para la expresión abierta de sentimientos. De esta manera ocurre una creación de sistemas de apoyo mutuo (Achury et al., 2011).

Otro aspecto a comentar en este apartado está dado por el buen humor o buen ambiente generado durante la terapia:

E1: "...claro el humor, y empezamos a animar cristianamente este ambiente y entonces ya hacíamos un vacilón..."

E4: "...me gusta la caminadora por los comentarios, por el montón de tonterías que hablamos, ja ja ja..."

E9: "...lo tomamos en forma de vacilón ahí porque es parte del grupo..."

A este respecto, se postula que la risa transmite modos de solidaridad social positiva, promoviendo formas cooperativas de relación; conjugando así la percepción de pertenencia y vínculo positivo, fortaleciendo la camaradería y el buen ambiente generado durante la terapia de rehabilitación cardiaca. Asociado a esto, se plantea la hipótesis de que la risa libera beta endorfinas y se ha demostrado la presencia de receptores μ -3 para las endorfinas a nivel endotelial que aumentarían la liberación de óxido nítrico, y que esa mayor liberación de óxido nítrico tendría efecto antiinflamatorio crónico, inhibiendo la adhesión leucocitaria y disminuyendo la agregación plaquetaria a través de la vía del GMP cíclico (Tajer, 2012).

Otro aspecto que se ha observado es que las personas rodeadas de otras que se veían felices tendían en menor grado a sentirse así en el futuro y que la influencia

de personas con felicidad personal se ejercía hasta el tercer grado de relación (Fowler y Christakis, 2008).

Vale la pena mencionar en este apartado que, en una revisión de la relación entre los afectos positivos y los procesos biológicos, los afectos positivos se asocian con (Dockray y Steptoe, 2010):

- Disminución de la activación adrenérgica y aumento parasimpático; el hallazgo más reiterado es que el bienestar y los afectos positivos contribuyen a una recuperación cardiovascular acelerada luego de situaciones de estrés o estados emocionales negativos.
- Disminución de los niveles de cortisol plasmático y en la saliva.
- Mejoría del funcionamiento del sistema inmune, con aumento de los niveles de anticuerpos.
- Disminución de los niveles de interleucinas IL-6 e interferón gamma.
- Disminución del incremento de los niveles de fibrinógeno y de los niveles de proteína C reactiva frente a situaciones de estrés.

Asimismo, la afectividad positiva (experiencia de emociones placenteras como alegría, dicha y felicidad) por sí misma, se asocia a protección cardiovascular debido a que aumenta los niveles de acetilcolina, la variabilidad de la frecuencia cardiaca, la recuperación post-estrés y mejora el control de la presión arterial, mientras reduce los niveles de norepinefrina, la frecuencia cardiaca basal y la hiperreactividad cardiovascular frente a estrés, siendo todos estos indicadores de un sistema cardiovascular más saludable y menos propenso a enfermedad cardiovascular

(Nietche et al., 2014). Como puede inferirse, este ambiente de buen humor y alegría que se desarrolla en el ambiente del “grupo” que asiste al PRCFIII, constituye otra vía que se presenta de manera indirecta para la rehabilitación de la patología coronaria y de bienestar físico y emocional, asociada al ejercicio físico estructurado y la educación que se brinda en el PRCFIII.

Tabla 10. *Categoría: experiencia en el PRCFIII. Subcategoría: apoyo del personal del PRCFIII*

Sujetos	Apoyo del personal del PRCFIII
E1	<p>“muy pronto aquí los instructores me decían aquí que iba muy bien”</p> <p>“un día que me preguntó un muchacho: y usted corría antes? Yo veo que usted se ha recuperado muy rápido. Entonces todas esas cosas (...) me iba haciendo sentir cada vez mejor”</p> <p>“cuando yo veo en el 2010 que todo el mundo me tira pa’ arriba y están maravillados con la recuperación mía, entonces yo hablé con la gente aquí y les dije que si podía volver a competencias y sí, no solo me creyeron, sino que me apoyaron y me acompañaron”</p>
E2	<p>“acá es un programa planeado, con técnicos aquí, con médicos aquí y con muchas actividades, es importante”</p>
E6	<p>“aquí hay diferentes alternativas, bueno, hoy fue una muestra...un baile, estábamos bailando a las ocho de la mañana, si no, nos vamos ahí a hacer aeróbicos, caminatas, hay gimnasio, y uno sabe que es una institución pública y tiene sus cosas y todo, pero me parece que se esfuerzan y todo”</p> <p>“aquí cumple un papel muy importante la diversidad de todo”</p>
E7	<p>“lo que a mí me importaba era esa parte aeróbica, más que todo de cardio, ellos me explicaron que también esa otra parte es importante, y si a uno le explican bien, yo lo veo bien”</p> <p>“la gente que está ahí, yo los veo que son muy buenos, ayudan, no excluyen”</p>
E8	<p>“eso de saber que uno está amparado o apoyado por un programa como esto en que todas las personas que están tienen capacidad para de alguna manera para recomendarte algo, algo que hacer o algo que comer, bueno charlas, pero en todo esto, eso le ayuda a uno a sentirse mejor (...), porque en Alajuela hay gimnasios en cada cuadra casi, pero no va a tener uno la verdadera recomendación que tiene aquí, donde los que trabajan se han especializado en este campo”</p>

Continúa en página 133

Continuación de tabla 10. Viene de la página 132

E8	“creo que todos los funcionarios son buenos y tienen capacidad (...) me parece que está bien como se está trabajando”
E9	“como me llevan un control y como me van controlando y me tienen todo ese tipo de cosas, entonces yo siento que voy bien, siento que voy progresando” “la gente que nos atiende, todos, todos son escogidos, son de buena calidad, llenos de paciencia, porque hay cada uno de nosotros que se vuelve terco o alguna cosa verdad, pero de una calidad humana muy bonita, con una paciencia de aquí al cielo y todos” “se mantiene T. y G., y esos desde que yo vine y veo, no han cambiado nada, siempre siguen siendo igual con todos, y así son todos los que están en la fase 3 que se mantienen, sabemos que son jóvenes, que van y cada día más bien van aprendiendo porque se van haciendo viejos con todo el montón de cosas, pero sí son muy buena calidad”

Observaciones

La tabla 7 muestra de que forma las palabras del personal del PRCFIII sirvieron de manera positiva para la recuperación de los participantes, así se muestra:

E1: “...cuando yo veo en el 2010 que todo el mundo me tira pa’ arriba y están maravillados con la recuperación mía, entonces yo hablé con la gente aquí y les dije que si podía volver a competencias y sí, no solo me creyeron, sino que me apoyaron y me acompañaron”

E7: “...la gente que está ahí, yo los veo que son muy buenos, ayudan, no excluyen...”

E9: "...la gente que nos atiende, todos, todos son escogidos, son de buena calidad, llenos de paciencia..."

De manera análoga, Lorenzini et al., (2013), mencionan que las atenciones del equipo de salud, sean clínico o interactivos son considerados esenciales para el paciente cardíaco. Asimismo, Escolar-Gutiérrez et al., (2014), manifiestan que la buena relación profesional sanitario-paciente en los Programas de Rehabilitación Cardíaca favorece la educación de los pacientes y sus familiares para adquirir y mantener un mejor estilo de vida. Además refieren que, el apoyo emocional es el más útil independientemente de quien lo proporcione, y que el apoyo informacional es especialmente importante procedente de los profesionales de la salud y no de otra fuente como familia o amigos. Lo cual queda en evidencia en esta investigación, al analizar las expresiones de los participantes y descubrir en ellas la importancia que tiene para ellos el hecho de que el personal que brinda la terapia de rehabilitación cardíaca sea personal adecuadamente capacitado. Así manifiestan:

E2: "...acá es un programa planeado, con técnicos aquí, con médicos aquí y con muchas actividades, es importante..."

E8: "...eso de saber que uno está amparado o apoyado por un programa como esto en que todas las personas que están tienen capacidad para de alguna manera para recomendarte algo, algo que hacer o algo que comer, bueno charlas, pero en todo esto, eso le ayuda a uno a sentirse mejor..."

Similarmente Achury et al., (2011), refieren que el equipo interdisciplinario que trabaja en el programa de rehabilitación cardíaca ocupa un lugar muy

importante en la interacción del paciente cardiópata, ya que refuerza sus conocimientos y se involucra de manera terapéutica con el paciente, al permitirle expresar sus sentimientos y vivencias.

En este sentido Barra (2004), menciona que el apoyo del personal de salud junto al apoyo brindado por otros pacientes y el dado por las redes sociales naturales del individuo, constituyen recursos básicos para afrontar adecuadamente el estrés asociado a la enfermedad y con los procedimientos médicos.

Tabla 11. *Categoría Motivación para adherirse al ejercicio o continuar en el PRCFIII*

Sujetos	Motivación para continuar en el PRCFIII
E1	<p>“...aquí la gente se prodiga porque uno tenga ejercicio, y científicamente y todo...”</p> <p>“...diay uno piensa solo Dios... solo Dios que lo saca de estas cosas y le está dando una oportunidad. Y entonces ya vi a mi hijo graduarse de bachiller de la secundaria, vi graduarse al menor, vi casarse a mi hijo el mayor, vi a mi hijo graduarse ahora esta maestría, casarse hace 3 años que se casó, ver a mi nieto...”</p> <p>“...yo siempre decía a Dios: si tengo que terminar mis días así, si me da chance de escribir un libro. Y me dio chance, ya voy por tres...” “...yo aspiro volver a correr competitivamente...”</p> <p>“...lo que me tiene aquí y con cierta ilusión porque ahora además tengo al nieto y quiero que el nieto me vea llegando a la meta de alguna carrera pronto y no solo hasta entrar con él alzado...”</p>
E2	<p>“...porque no quería la fase 4” (hace una mueca con la lengua de medio lado y cierra los ojos, luego sonrío, y todos reímos)...”</p> <p>“...yo quiero vivir y ver mucho más...”</p> <p>“...yo decía: un poquito es bueno, mucho es mejor. Pero yo estaba empujando y empujando y después de tres meses yo fue de fase 2 a fase 3, fase 3 estaba una gold porque es como una graduación, porque yo puedo hacer gimnasio, yo puedo hacer otras cosas, entonces yo sé, yo sabía que era importante que me quedara...”</p>

Continúa en página 136

Continuación de tabla 11. Viene de la página 135

E2	<p>“...tenemos que buscar cosas para hacer juntos y esto es muy sano”, (se refiere a que la esposa lo acompaña en la realización de los ejercicios, lo cual lo motiva a seguir en el Programa)...”</p> <p>“...sí, sí, perfecto, él (el cardiólogo) está muy feliz con este programa, dice que yo voy a vivir otros cuarenta años, oh no! (ríe)...”</p>
E4	<p>“...no quiero que ese músculo vaya deteriorándose, por eso estoy aquí...”</p> <p>“...que funcione lo mejor que pueda la mayor cantidad de tiempo posible, eso es todo...”</p> <p>“...ver a toda esa gente por ejemplo. Una cosa muy curiosa, en los 5 años que tengo acá ninguno de los que están en el programa conmigo ha pasado a la fase 4...”</p> <p>“...para mí esto es un desvío, pero es un desvío que me gusta, que me interesa, porque he probado ir a otros gimnasios, es un montón de gente punto...”</p> <p>“...yo sé que hay gente que no le da la gana de que la operen, y se han metido a clínicas de rehabilitación y se han rehabilitado como para correr maratones (...), es que a mí me pusieron a pensar, bueno si pueden pescar a un fulano y ponerlo a correr la maratón de Boston a pesar de que no le hicieron nada ¿tiene que servirme a mí!...”</p>
E5	<p>“...me compré un carro nuevo que lo estoy pagando, eh...un viaje, hago los viajes claro con permiso de los doctores...”</p> <p>“...soy consciente de que es muy bueno esto, yo lo veo así, en un principio el corazón tenía cuatro ruedas, se le murió una parte, quedaron tres o cuatro personas, y ahora son tres personas y están jalando y tienen que otra vez reacomodar las fuerzas, con esta terapia lo que hace es que fortalece (...), ya esto no se regenera, pero entonces, las venas con el ejercicio picos y bajos picos, eso hace que se fortalezca...”</p> <p>“...como le digo yo veo que si evoluciono, mi fe es que ya el corazón como no se regenera, es difícil, porque en un principio yo creía que tal vez haciéndolo sí podría lograr eso; pero no, ya me explicaron, lo que se logra es fortalecer las otras, que el cuerpo es muy inteligente, trata de buscar otros caminos para las funciones que hacía, tratarlas de igualar pero que eso se hace con el ejercicio y con ejercicio moderado y que no es cualquier ejercicio son los ejercicios, que los cardio, las planificaciones que se hacen aquí...”</p>

Continúa en página 137

Continuación de la tabla 11. Viene de la página 136

-
- E5 “...los últimos electros que me han hecho: _no usted parece que no tiene nada, que nada le hubiera pasado_. Entones sí, ya ahí me siento más seguro...”
“...cada vez que vengo aquí me siento seguro...”
- E6 “...me gusta esa cuestión de que o sea, se siente uno más si uno hace la actividad, entonces cuando uno la hace de esa manera ni la siente verdad, entonces me parece que crear un hábito en las personas, bueno el hábito viene porque hay buen ambiente, porque hay resultados positivos...”
“...me han gustado los negocios, me gusta mucho viajar, las muchachas ja ja ja, yo quiero muchísimo a mis hijos aunque estén... o sea hay muchas cosas en la vida, me gusta los deportes, me gusta el arte, yo digo que pinto, ayer terminé un cuadro ja ja ja, y sí, tengo muchas metas, y ahora tengo más, y ahora el negocio me ha crecido mucho...”
“...sigo trabajando, trabajando en mi empresita, bueno yo soy el regente, ahorita mismo me voy a atender ahí el público y todo...”
“...yo sé que hay progreso, yo sentí el progreso, tanto así que pasé de nivel eh!, otra cuestión que yo investigué (entre risas) que no hubo muertos el año pasado...”
“...no me siento presionado y eso me ha ayudado mucho a venir, porque la presión en algunas partes le puede producir a uno un rechazo...”
“...y me dice: estás muy bien y todo (...) y te autorizo que tomés Viagra y toda la cosa (...), pero con la edad que yo tengo y toda esa cuestión, yo nunca he necesitado ayudarme con eso y me dice: bueno si la usas date cuenta de que no te va a afectar el corazón...”
- E7 “...el acompañamiento y todo lo que uno tiene aquí, hacerlo solo es más difícil, entonces por eso cuando salí del hospital de fase 3 vine directamente...”
“...en cambio aquí no, aquí es como más relax (sonríe), si uno llega tarde no anda así, porque ahí uno iba tarde y como que sentía (respira profundo) que se iba a morir de la charla (...), yo cuando llegué aquí sentí que era como el lugar, estaba bonito, no había estrés, esa parte no estaba, eso lo cubren ellos muy bien, lo manejan muy bien... el coordinador insiste en que es importante que vayan tres veces, por todo el asunto, pero no es como si usted no vino, como en el hospital...”
-

Continúa en página 138

Continuación de tabla 11. Viene de la página 137

E8	<p>“...de seguir viviendo lógicamente, yo vivo bien, en familia, tengo dos hijas, ahora hay dos nietos, entonces todo eso me llama a querer seguir viviendo lógicamente...”</p> <p>“...siempre he tenido deseos de vivir, seguir viviendo y creo que así va a ser hasta el último día...”</p> <p>“...aquí van a hacer el ejercicio que necesiten estando siempre a la par de funcionarios que tienen capacidad para valorar lo que está haciendo y lo que puede hacer...”</p>
E9	<p>“...siento que si dejo esto, que me voy a ir, voy a abandonarme, entonces no he dejado de venir porque siento que con venir me siento mejor, que estoy entonces activo...”</p> <p>“...uno está pensando en eso, en que en cualquier momento le viene otro, por eso estamos acá para fortalecer y evitar, y yo me siento tranquilo...”</p> <p>“...el año pasado nadie se murió...”</p> <p>“...en el caso mío, me he recuperado muchísimo y yo tengo una actividad perfectamente normal...”</p> <p>“...mire yo pasé por la fase dos (...), y yo ya tengo cinco, seis años y mire como estoy, estoy pura vida...”</p> <p>“...uno está pensando en eso, en que en cualquier momento le viene otro, por eso estamos acá para fortalecer y evitar, y yo me siento tranquilo...”</p>

Observaciones

De la tabla anterior se extrae una variedad de motivos que tienen los participantes portadores de enfermedad coronaria para adherirse al PRCFIII, entre ellos: el deseo de prolongar la vida o vivir más tiempo, la sensación ansiosa de que se puede producir otro evento cardiovascular, de no morir aún, el deseo de permanecer con la familia, en algunos sujetos el deseo de ver a los nietos y en otros las metas relacionadas con el proyecto de vida personal. Así por ejemplo manifiestan:

E1: "...y entonces ya vi a mi hijo graduarse de bachiller de la secundaria, vi graduarse al menor, vi casarse a mi hijo el mayor, vi a mi hijo graduarse ahora esta maestría, (...), ver a mi nieto...", "yo siempre decía a Dios: si tengo que terminar mis días así, si me da chance de escribir un libro. Y me dio chance, ya voy por tres..." "...yo aspiro volver a correr competitivamente...", "...lo que me tiene aquí y con cierta ilusión porque ahora además tengo al nieto y quiero que el nieto me vea llegando a la meta de alguna carrera pronto y no solo hasta entrar con él alzado..."

E2: "...porque no quería la fase 4" (hace una mueca con la lengua de medio lado y cierra los ojos, luego sonrío, y todos reímos)...", "...yo quiero vivir y ver mucho más..."

E4: "...no quiero que ese músculo vaya deteriorándose, por eso estoy aquí...", "...que funcione lo mejor que pueda la mayor cantidad de tiempo posible, eso es todo..."

E5: "...me compré un carro nuevo que lo estoy pagando, eh...un viaje, hago los viajes claro con permiso de los doctores...", "...cada vez que vengo aquí me siento seguro..."

E6: "...me han gustado los negocios, me gusta mucho viajar, las muchachas ja ja ja, yo quiero muchísimo a mis hijos ... o sea hay muchas cosas en la vida, me gusta los deportes, me gusta el arte, yo digo que pinto, ayer terminé un cuadro ja ja ja, y sí, tengo muchas metas, y ahora tengo más, y ahora el negocio me ha crecido mucho..."

E8: "...de seguir viviendo lógicamente, yo vivo bien, en familia, tengo dos hijas, ahora hay dos nietos, entonces todo eso me llama a querer seguir viviendo lógicamente..."

E9: "...uno está pensando en eso, en que en cualquier momento le viene otro, por eso estamos acá para fortalecer y evitar, y yo me siento tranquilo...", "...siento que si dejo esto, que me voy a ir, voy a abandonarme, entonces no he dejado de venir porque siento que con venir me siento mejor, que estoy entonces activo..."

Otro aspecto importante en la motivación para continuar en la terapia de rehabilitación cardíaca en la fase III, ha sido la confianza en el profesionalismo del personal del PRCFIII y el "buen ambiente" y acompañamiento percibido mientras se realiza la terapia de rehabilitación cardíaca, aunado a la sensación de "relax", en que no se les presiona para ir a la terapia sino que se les motiva por lo que no se genera "estrés", como ellos mismos lo refieren:

E1: "...aquí la gente se prodiga porque uno tenga ejercicio, y científicamente y todo..."

E6: "...no me siento presionado y eso me ha ayudado mucho a venir, porque la presión en algunas partes le puede producir a uno un rechazo...", "bueno el hábito viene porque hay buen ambiente, porque hay resultados positivos..."

E7: "...el acompañamiento y todo lo que uno tiene aquí, hacerlo solo es más difícil, entonces por eso cuando salí del hospital de fase 3, vine directamente...", "...en cambio aquí no, aquí es como más relax (sonríe), (...), yo cuando llegué aquí sentí que era como el lugar, estaba bonito, no había estrés, esa parte no estaba, eso lo

cubren ellos muy bien, lo manejan muy bien... el coordinador insiste en que es importante que vayan tres veces, por todo el asunto, pero no es como: ¡si usted no vino!, como en el hospital...”

E8: “...aquí van a hacer el ejercicio que necesiten estando siempre a la par de funcionarios que tienen capacidad para valorar lo que está haciendo y lo que puede hacer...”

Se ha observado que, los espacios de rehabilitación cardíaca brindan la posibilidad a los pacientes de interactuar con pares en la misma situación, lo cual favorece la motivación en la adherencia al comparar su situación con la de otros y ver la eficacia de los cuidados en la salud cardiovascular de otros. Esto es fundamental en la generación de sentimientos de seguridad, confianza y tranquilidad, por la posibilidad de mejoría y por lo tanto de la adherencia (Hernández Galvis, 2014). También, se ha señalado que la presencia de factores psicosociales positivos mejora la adherencia a los tratamientos (Nietche et al, 2014).

Al mismo tiempo, los participantes mencionan, la sensación de mejoría y los resultados positivos a nivel físico confirmados por los médicos cardiólogos en las evaluaciones de rutina y a que no ha habido fallecidos dentro del grupo de las personas participantes en el programa en los últimos 5 años, como aspectos motivadores para continuar asistiendo al PRCFIII, expresándolo en palabras como las siguientes:

E2: "...después de tres meses yo fui de fase 2 a fase 3. Fase 3 (...) es como una graduación, porque yo puedo hacer gimnasio, yo puedo hacer otras cosas, entonces yo sé, yo sabía que era importante que me quedara..."

E4: "...ver a toda esa gente por ejemplo. Una cosa muy curiosa, en los 5 años que tengo acá ninguno de los que están en el programa conmigo ha pasado a la fase 4...", "...yo sé que hay gente que no le da la gana de que la operen, y se han metido a clínicas de rehabilitación y se han rehabilitado como para correr maratones (...), es que a mí me pusieron a pensar, bueno si pueden pescar a un fulano y ponerlo a correr la maratón de Boston a pesar de que no le hicieron nada ¿tiene que servirme a mí!..."

E5: "...los últimos electros que me han hecho: _no usted parece que no tiene nada, que nada le hubiera pasado_. Entonces sí, ya ahí me siento más seguro..."

E6: "...yo sé que hay progreso, yo sentí el progreso, tanto así que pasé de nivel eh!, otra cuestión que yo investigué (entre risas) que no hubo muertos el año pasado..."

E9: "...mire yo pasé por la fase dos (...), y yo ya tengo cinco, seis años y mire como estoy, estoy pura vida..."

Estos datos coinciden con la literatura, en que dentro de las motivaciones para realizar actividad física en los adultos, se incluye el asesoramiento por profesionales de la salud, la mejoría en el aspecto físico o motor, beneficios para la salud y razones psicosociales tales como disfrutar de la interacción grupal y de reunirse con amigos (Klompstra, Jaarsma y Stromberg, 2015).

También, se ha demostrado que la percepción que tienen los pacientes del apoyo recibido por los profesionales de los Programas de Rehabilitación Cardíaca ejerce un efecto positivo en la adhesión al tratamiento prolongado, manteniendo los cambios en el estilo de vida promovidos por el tratamiento a largo plazo (Escolar-Gutiérrez et al., 2014).

De manera que, con la orientación y acompañamiento del equipo de salud el paciente comprende que la actividad física es una herramienta de superación, facilitadora y benéfica para su buen vivir (Lorenzini et al., 2013), motivando así la continuidad en el PRCFIII.

Lagares (2012), coincide en que este tipo de pacientes ha experimentado la disminución de la sintomatología de la enfermedad como la sensación de disnea, fatiga al caminar, lo cual ocasiona que no vean esta actividad física como una obligación, sino como una actividad placentera que además de proporcionar beneficios físicos, brinda mejoría en otros aspectos relacionados como el cansancio físico, la pérdida de la agilidad, el sobrepeso, la pérdida de la vitalidad y la energía.

La adhesión es influenciada por el significado de salud, enfermedad cardíaca y riesgo personal atribuidos por los pacientes, así como por el estatus socioeconómico, motivación y deseo de cambio, auto eficacia y por fuentes de información de salud consideradas seguras, siendo constituida de una relación concordante entre profesionales de salud y pacientes por medio de la utilización de herramientas adecuadas en el proceso interactivo (Lorenzini et al., 2013).

En este estudio todos los participantes tienen un nivel educativo elevado o muy elevado (educación parauniversitaria en tres de ellos y los demás con educación universitaria completa), lo cual, según Achury et al., (2011), tiene relevancia en la adherencia terapéutica de los programas, pues a las personas con nivel educativo bajo se les dificulta la comunicación con el personal de salud y con su familia. Además, refiere que los pacientes con alto nivel educativo presentan una calidad de vida satisfactoria que puede atribuirse a un mejor estado de salud, mayores ingresos económicos y un adecuado conocimiento de los factores de riesgo cardiovasculares reflejado en un buen control sobre ellos.

La OMS describe la adherencia al tratamiento como un comportamiento complejo del paciente influido por múltiples factores clasificados en 5 dimensiones (tomado de Sandoval et al., 2014):

1. Factores socioeconómicos (educación e ingreso).
2. Factores relacionados con la atención médica (acceso y relación médico-paciente).
3. Factores relacionados con la enfermedad o condición del paciente (severidad de los síntomas, presencia de comorbilidades).
4. Factores relacionados con el tratamiento (efectos secundarios y complejidad del régimen farmacológico).
5. Factores relacionados con la autonomía del paciente (percepciones de la efectividad del tratamiento, creencias personales).

Estos autores también mencionan que la adherencia se favorece cuando tanto el proveedor de salud como el paciente asumen un rol activo en el diseño de un plan y régimen terapéutico.

En el primer punto relacionado con los factores socioeconómicos, como se ha mencionado con anterioridad, los participantes presentan un nivel educativo elevado con ingresos proporcionales al mismo, según es relatado por los propios individuos. En cuanto al punto dos relacionado con la atención médica, todos los participantes habitan en el área metropolitana por lo cual presentan adecuada accesibilidad a los servicios de salud. Respecto a los factores relacionados con la condición del paciente, ninguno presentaba discapacidad o comorbilidades previas al evento cardiovascular; y en relación a la cuarta y quinta dimensión, ninguno de los sujetos manifestó problemas asociados a la complejidad del tratamiento ni acerca de efectos secundarios, sino que más bien el tratamiento fue visto como un medio idóneo para la recuperación del trastorno cardiovascular, probablemente asociado al status educativo y a la capacidad financiera de los sujetos, lo cual a su vez les brinda mayor autonomía. De esta manera, se observa como en el caso del presente estudio, las cinco dimensiones proporcionadas por la OMS están presentes en los participantes de la investigación de manera que influyen positivamente en cuanto a la adherencia al PRCFIII.

Tabla 12. *Categoría: Aprendizaje y modificaciones en la valoración de la salud*

Sujetos	Aprendizaje y modificaciones en la valoración de la salud
E1	<p>“...yo lo que siento es que Dios me dio una segunda oportunidad...”</p> <p>“...uno no tiene que rendirse ni morirse por un infarto, que así como Dios le da... es decir un infarto no es el fin de la vida...”</p> <p>“...si uno tuvo un infarto y no se fue, pues diay tiene que aprender y someterse a las indicaciones que le digan los médicos y una de esas indicaciones que me dieron a mí fue: _vaya inmediatamente y métase en ese programa, yo vengo aquí y ya le conté todos los beneficios que he recibido y los que he visto aquí que se dan...”</p> <p>“...yo me baño en aceite todos los días para que todo me resbale...”</p> <p>“...yo comprendí, concienticé eso y entonces ya dejé de ser el tipo aquel ansioso (...), todo lo ha llevado ahí a medio vapor...”</p> <p>“...trato de comer bien, trato de hace este ejercicio, que más bien me ha dado muchas satisfacciones porque de pronto puedo competir en carreras...”</p> <p>“...el programa está abierto para los que se quieren quedar, y entonces hay que creérselo, hay que creerse eso en los beneficios que le produce este programa...”</p>
E2	<p>“...hay que cambiar su vida, hacer casi un vicio de esto, incluyendo endorfins, pero yo puedo sentir como electricidad cuando estoy haciendo eso (se refiere al ejercicio)...”</p> <p>“...este programa es más que terapia del corazón, allá en los Estados Unidos caminamos haciendo cosas, jugando voleibol, pero aquí es más un proyecto, es otra cosa, yo pensaba que íbamos a caminar e ir al gimnasio, pero ya tenemos yoga, baile, todas esas cosas aquí, y teníamos esos ejercicios para coordinación y equilibrio...yo entendí que es más que ayudando al corazón, es ayudando actitud, equilibrio y emoción y yo estoy de acuerdo que es importante...”</p>
E4	<p>“...para mí esto no es algo que quiero hacer, es algo que tengo que hacer porque me hace bien, que yo sé que si voy a ponerme a caminar o hacer push ups en mi casa eventualmente voy a dejarlo...”</p>

Continúa en página 147

Continuación de tabla 12. Viene de la página 146

E4	<p>“...yo lo encuentro para mí buenísimo, o sea yo no pienso dejarlo...”</p> <p>“...yo estoy convencido de que si estos cinco años no habría estado viniendo acá, probablemente me hubiera deteriorado mucho...”</p>
E5	<p>“...soy consciente de que tengo una limitante...”</p> <p>“...yo sé que si uno deja de venir aquí...es fundamental esto, porque mentiras que uno solo en la casa (de hecho cuando se va de vacaciones, le dicen haga esto, haga lo otro y uno no lo hace), solo estando aquí, sí, sí, es que así es, entonces yo trato de venir por lo menos dos días a la semana...”</p> <p>“...yo ya me mentalicé que ciertas cosas no, ya no tengo que hacerlas, antes me decían que podía tomar una cerveza y realmente el licor para mí murió, los chocolates normales, antes me comía esas barras de chocolate...”</p>
E6	<p>“...tal vez sino hubiera venido aquí, hubiera sentido que tenía que tener cierta autodisciplina y toda la cuestión, es muy difícil que yo me hubiera adaptado a estar yendo a algún lugar, y muy posible ya lo hubiera abandonado, si es ir a un gimnasio, una cosa así, aquí me parece que aquí, le inculcan aquí mucho que es bueno que estén viniendo sin exigirlo...”</p> <p>“...claro es obligación de uno cuidar su salud y estar pendiente de eso...”</p> <p>“...ir a rehabilitación (...) es un paso que es necesario, inclusive yo no sabía que es la continuidad de lo que te hicieron, para por lo menos para que no desmejore o una cosa así verdad...”</p> <p>“me parece que una persona no puede vivir sin metas (...), hay que seguir con metas (...), uno no debe renunciar a la vida.</p> <p>“...yo estoy muy agradecido con Dios”</p>
E7	<p>“...yo vivo el momento y vivo feliz y no pierdo el tiempo, trato de aprovechar, eso le cambia la filosofía de vida mucho, ya usted vio que en cualquier momento, mi vida es así, nadie sabe cuándo le llega, entonces mejor aprovechar todo, quitarse la pereza...”</p>

Continúa en página 148

Continuación de tabla 12. Viene de la página 147

E7	“...es otra filosofía, es parecido, vivir el momento, olvidarse del pasado y no estar viendo el futuro, qué es lo que va a pasar...”
E8	“...yo sé que ahora tengo algo y antes no sabía, entonces ahora ya me cuido un poco más, con las comidas me cuido un poquito más...” “...yo creo que es muy bueno, que es excelente, porque le voy a decir una cosa, uno en la casa no (...), pero si uno no viniera aquí no va a hacerlo, lo que hace aquí jamás, porque aún podría hasta comprar una máquina, pero de la máquina no pasa. A veces ve uno cosas que son tonteras, que en la casa le parecería tonteras, como mantener un pie de una manera o de otra o inclinarse, en cambio aquí lo tiene que hacer y ya lo hace con técnica como se lo dictan aquí...”
E9	“...yo quisiera que nadie dejara de venir, es prácticamente quien lo tiene con vida, lo tiene con vida, porque está uno con salud, está físicamente bien, está dándole seguimiento a un proceso...” “...lo hago con la intención de que tengo que venir aquí, porque tengo que estar bien...”

Observaciones

Puede denotarse con la lectura de la tabla 12, cómo los participantes de la terapia de rehabilitación cardiaca fase III han interiorizado la importancia de haber realizado un cambio en el estilo de vida y la trascendencia de mantenerse activos en el PRCFIII.

E1: “...el programa está abierto para los que se quieren quedar, y entonces hay que creérselo, hay que creerse eso en los beneficios que le produce este programa...”

E4: “...yo estoy convencido de que si estos cinco años no habría estado viniendo acá, probablemente me hubiera deteriorado mucho...”

E5: "...yo sé que si uno deja de venir aquí...es fundamental esto, porque mentiras que uno solo en la casa (de hecho cuando se va de vacaciones, le dicen haga esto, haga lo otro y uno no lo hace), solo estando aquí, sí, sí, es que así es, entonces yo trato de venir por lo menos dos días a la semana..."

E6: "...ir a rehabilitación (...) es un paso que es necesario, inclusive yo no sabía que es la continuidad de lo que te hicieron, para por lo menos para que no desmejore o una cosa así verdad..."

E8: "...si uno no viniera aquí no va a hacerlo, lo que hace aquí jamás, porque aún podría hasta comprar una máquina, pero de la máquina no pasa..."

E9: "...yo quisiera que nadie dejara de venir, es prácticamente quien lo tiene con vida, lo tiene con vida, porque está uno con salud, está físicamente bien, está dándole seguimiento a un proceso..."

Así, el haber sobrevivido al infarto es visto como una segunda oportunidad, y ven necesario el "cambiar de vida", el someterse a las indicaciones médicas, al "cuidarse con las comidas" como ellos mismos dicen, refiriéndose al consumo de alimentos saludables y el acudir rutinariamente a la terapia de rehabilitación cardíaca fase III. A este respecto señalan:

E2: "...hay que cambiar su vida, hacer casi un vicio de esto, incluyendo endorfins, pero yo puedo sentir como electricidad cuando estoy haciendo eso (se refiere al ejercicio)..."

E4: "...para mí esto no es algo que quiero hacer, es algo que tengo que hacer porque me hace bien..."

E6: "es una obligación de uno cuidar su salud"

E8: "...en la casa no...si uno no viniera aquí no va a hacerlo (el ejercicio)..."

E9: "...tengo que venir aquí porque tengo que estar bien..."

Se observa entonces como los participantes ven el ejercicio realizado en el PRCFIII como un elemento necesario para el mantenimiento de su salud, lo cual ha sido interiorizado por ellos, y que si bien no es algo que todos deseen hacer, lo hacen conscientes de los beneficios obtenidos y de los riesgos que correrían si dejaran de realizarlo.

A este respecto, Lorenzini et al., (2013), refieren que el paciente denota la idea de privación y de limitación de las actividades habituales, tenidas como de gran placer, pero malélicas para la salud. Lo cual es concordante con los hallazgos de la presente investigación, al analizar expresiones como las siguientes:

E5: "yo ya me mentalicé que ciertas cosas no, ya no tengo que hacerlas", "soy consciente que tengo una limitante",

E8: "yo sé que tengo algo y antes no sabía, entonces ahora me cuido un poco más, con las comidas me cuido un poquito más..."

También se ha observado, como los grupos de rehabilitación cardiaca proporcionan motivación para el cambio y son importantes para la evolución y continuidad del proceso educativo; en otras palabras, el hecho de realizar el

ejercicio físico de manera grupal y planificada por profesionales del ejercicio, asociado a los beneficios percibidos y a la educación que se les da en el programa, es motivación suficiente para continuar con la terapia (Lorenzini et al., (2013). De igual manera, Hillsdon, Hersten y Kirk, (2013), encontraron que los participantes de un programa de rehabilitación cardíaca exhaustivo valoran la camaradería del grupo y el apoyo del personal clínico, además del ejercicio y los aspectos educativos, todo lo cual concuerda con los hallazgos encontrados en la presente investigación.

De forma que, el hecho de haber sufrido un infarto, cambia la perspectiva de vida de los individuos participantes del estudio: “eso (el IAM) le cambia la filosofía de vida mucho...vivir el momento”, a la vez que los impulsa para realizar cambios en su estilo de vida de manera consciente y personal. Algunos sujetos refieren que luego del infarto tuvieron un renacimiento, un milagro, y se muestran agradecidos por ello.

E1: “...yo lo que siento es que Dios me dio una segunda oportunidad...”, “...una maravilla... un milagro, desde el infarto...”

Tabla 13. *Categoría: recomendaciones al PRCFIII*

Sujetos	Recomendaciones al PRCFIII
E1	<p>“yo no me atrevería a decirle, me parece que es hasta falta de respeto decirle a ustedes qué hay que hacer aquí más”</p> <p>“yo me siento tan complacido, me siento tan lleno que hasta siento que me alcahuetean”</p> <p>“...este programa tiene tres pilares o ejes, uno es el ejercicio, dos es para mí la nutrición, la parte en que si uno no come sano de nada le sirve estar haciendo tanto ejercicio (...) y tercero es para mí lo fundamental (no es que es más que los otros dos elementos), es la fraternidad...”</p>
E2	<p>“...por mí, solo mejorar la comunicación, porque hay veces no entiendo qué está pasando, solo persiguiendo qué está pasando y si yo conoce more, más, tal vez es mejor, pero ...a primer año no entendí nada, solo motion, ya vamos aquí a hacer eso, pero yo no sé porqué”</p> <p>“...pienso que el gimnasio es un poquito pequeño y hay muchas personas, yo pienso que la pista, la condición de la pista es muy mala, y por eso hay veces cuando estoy caminando y mi tobillo, tengo dolor después de eso, y cuando fuimos allá al zacate caminando es horrible, es horrible, después tengo dolor, ah... esas dos cosas...”</p> <p>“me gustaría como prueba o algo para decir aquí está su progresión, aquí está, su beneficio está aquí en blanco y negro...”</p>
E4	<p>“...yo lo haría más exacto en cuanto a tiempos, a horas (...) yo veo gente que llega a un cuarto para las siete, gente que llega diez para la siete, exigiría un poquito más de puntualidad...”</p> <p>“...hay ejercicios que a mí no me gustan o con los que no estoy de acuerdo (...) ejercicios de coordinación, ejercicios de yoga, por ahí abajo, que yo no voy a poder hacer porque tengo las rodillas rotas... y me cuesta mucho trabajar en el piso...”</p>
E5	<p>“...se debe poner de vez en cuando si estamos cumpliendo con el programa, si estamos yendo ahí, y lo más importante decirle a la persona, hacer una valoración y decirle vea que bien o vea que mal, en este mes usted ha hecho esto y esto (...), hacer una relación más estrecha con las personas verdad...”</p>

Continúa en página 153

Continuación de tabla 13. Viene de la página 152

E6	“...aquí hace falta un cardiólogo y el otro día pusieron una encuesta, una sala de masajes, masajes decentes sí, pero (mucho ruido) un equipo de masajes hay que hacerlo verdad...” “...sí me parece que debería haber un monitoreo como más estricto de uno mismo, de la condición cardíaca de cada persona...”
E7	“...individualizar un poco el avance (...) como que le expliquen, bueno el avance ha sido eso, vea esto es importante...”
E8	“...creo que el programa va bien, sí por ejemplo veo que hay una caminadora que si pone el televisor, no funciona (...) son cosas que no tienen ninguna importancia...”
E9	“...yo le diría que excelente en el caso mío...”

Observaciones

De la tabla 9 se puede extraer como punto principal y más mencionado por los participantes, el hecho de individualizar el avance de cada uno a nivel físico, dado que cada persona tiene capacidades y limitaciones diferentes para la realización de ejercicio físico. Por ejemplo:

E7: “individualizar un poco el avance (...) como que le expliquen, bueno el avance ha sido eso, vea esto es importante”

Asociado a lo anterior, se ha visto que los programas de rehabilitación cardíaca deben tener en cuenta las características, requerimiento y preferencias

individuales de los pacientes, lo que incluye un análisis de sus necesidades laborales o vocacionales, de manera que se propicie una adherencia prolongada a la rehabilitación (Escolar-Gutiérrez et al., 2014).

Asimismo se ha encontrado que los diferentes aspectos del programa de rehabilitación cardíaca proporcionan beneficios más integrales a los participantes que la reducción del riesgo inducido por el ejercicio solo (Kirk et al., 2014). Esto es concordante con lo encontrado en la presente investigación, en que se puede inducir según las propias palabras de los participantes que los beneficios del PRCFIII van más allá de solo la reducción del riesgo cardiovascular, así uno de los participantes lo manifestó de la siguiente forma:

E2: "...este programa es más que terapia del corazón, (...), pero aquí es más un proyecto, es otra cosa, yo pensaba que íbamos a caminar e ir al gimnasio, pero ya tenemos yoga, baile, todas esas cosas aquí, y teníamos esos ejercicios para coordinación y equilibrio...yo entendí que es más que ayudando al corazón, es ayudando actitud, equilibrio y emoción y yo estoy de acuerdo que es importante..."

Puede notarse en general que los participantes del PRCFIII de la UNA están satisfechos con la atención suministrada por el personal del programa y los beneficios recibidos relacionados con su salud física y emocional, valoran el hecho de que si bien hay cosas que mejorar en cuanto a infraestructura, pero en palabras de uno de ellos "son cosas que no tienen ninguna importancia", más bien dan mayor valor al aspecto humano, al buen trato, al ambiente relajado y/o gratificante, al buen humor, al compañerismo y al apoyo asistencial por los profesionales que los

atienden, los educan y los motivan, junto al bienestar físico y emocional que manifiestan, generando expresiones como:

E1: "...yo me siento tan complacido, me siento tan lleno que hasta siento que me alcahuetean", "...este programa tiene tres pilares o ejes, uno es el ejercicio, dos es para mí la nutrición, la parte en que si uno no come sano de nada le sirve estar haciendo tanto ejercicio (...) y tercero es para mí lo fundamental (no es que es más que los otros dos elementos), es la fraternidad..."

E9: "...todo lo que hacemos, pienso que lo hacemos con alegría, pero alegría de vivir, con ganas de seguir viviendo..."

Aplicación del instrumento IDARE (Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado)

Se utilizó el instrumento IDARE, con el propósito de indagar sobre el rasgo y el estado de ansiedad de los sujetos participantes y su relación con la participación en el PRCFIII.

El Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE, versión en español) está constituido por dos escalas de autoevaluación separadas que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad:

1. La llamada ansiedad-rasgo (A-Rasgo) y
2. La denominada ansiedad-estado (A-Estado).

La escala A-Rasgo del Inventario consta de veinte afirmaciones en las que se pide a los individuos describir cómo se sienten generalmente. La escala A-Estado también consiste en veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren

que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado. Se podría anticipar en general que quienes califican alto en A-Rasgo, exhibirán elevaciones de A-Estado más frecuentemente que los individuos que califican bajo en Ansiedad-Rasgo, ya que los primeros tienden a reaccionar a un mayor número de situaciones como si fuesen peligrosas o amenazantes (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975). Las definiciones de ansiedad-rasgo y ansiedad-estado fueron descritas en el apartado teórico de ansiedad.

Tabla 14. *Resultados del Inventario de autoevaluación IDARE aplicado a un grupo de participantes del PRCFIII, primer semestre, 2015.*

Sujetos	Ansiedad-estado	Ansiedad-rasgo
E1	Medio	alto
E2	Medio	alto
E4	Medio	medio
E5	Bajo	medio
E6	Bajo	medio
E7	Bajo	medio
E8	medio	medio
E9	bajo	medio

Fuente: elaboración propia. Participantes del PRCFIII, primer semestre, 2015.

Como puede observarse en la tabla 14, de los ocho participantes del estudio, seis presentan un rasgo de ansiedad medio y dos de ellos lo presentan alto, lo cual como se ha mencionado anteriormente, influye en los estados de ansiedad, de modo que las personas que presentan elevaciones de la ansiedad-rasgo, mostrarán estados de ansiedad más frecuentemente que los individuos que califican bajo en ansiedad-rasgo, ya que los sujetos con estas elevaciones en el rasgo de ansiedad tienden a reaccionar a un mayor número de circunstancias como si fuesen

peligrosas o amenazantes, lo cual los hace más vulnerables a los cambios fisiopatológicos que se desencadenan con la presencia de la ansiedad cuando ésta se manifiesta de manera persistente en el tiempo o muy intensamente. Así, estos resultados están acordes con lo referido en la literatura respecto a la ansiedad como un trastorno psicológico de riesgo para el desarrollo de patología cardiovascular (Cabrera, Gandarilla y González, 2011; Fernández-Abascal, Martín y Domínguez, 2003; Ladwig, 2013; Laham, 2008; Lavie et al., 2011).

Cabe destacar, que estos dos participantes con rasgo elevado de ansiedad, presentaron en el momento del estudio un estado medio de ansiedad, lo cual podría comprenderse como una disminución de su ansiedad comparado con el rasgo, eventualmente relacionado con su participación en el PRCFIII. Por otro lado, de los seis individuos que puntuaron un rasgo de ansiedad medio, cuatro de ellos presentaron un estado bajo de ansiedad, lo cual también podría relacionarse con la participación dentro del PRCFIII. Sin embargo, dos de los sujetos no tuvieron ninguna diferencia en cuanto a su rasgo y su estado de ansiedad. Esto podría relacionarse a las individualidades de cada persona a nivel fisiopatológico, a sus gustos, preferencias, al momento por el que atravesaba cada individuo mientras realizaba el test y que le pudo generar mayor ansiedad que a otros, a su satisfacción con el programa o a una serie de situaciones que se salen de los propósitos de esta investigación.

CAPÍTULO V

Limitaciones, conclusiones y recomendaciones

5.1 Limitaciones

Una de las limitaciones de esta investigación es que no se valora la afectación a nivel emocional de los sujetos asociado a la condición económica y financiera de los mismos, lo cual en otras investigaciones (Lorenzini et al., 2013; Klompstra, Jaarsma y Stromberg, 2015), mencionan como esto puede afectar la adhesión al tratamiento y a la participación en un programa de rehabilitación cardíaca. Lo anterior debido a que en esta investigación todos los participantes son de clase media-alta, con elevada escolaridad, y no permite ver diferencias en este aspecto.

Otra de las limitaciones es que todos los participantes son del género masculino, no permite valorar aspectos emocionales que en el caso de las mujeres se podrían observar, ya que es bien conocido que la vivencia de las emociones es diferente entre hombres y mujeres.

Otro aspecto limitante fue que no se valoró la presencia de depresión en los participantes lo cual eventualmente podría generar resultados distintos a los encontrados. Ni tampoco existe una escala previa para evaluar las diferencias en cuanto a la ansiedad, donde se registre los valores de ansiedad que presentaban los sujetos cuando iniciaron la rehabilitación cardíaca y que pueda ser comparado con registros actuales.

También se presentó el caso de un participante con medicación ansiolítica y otro que asistía a terapia reike, en ambos casos estos factores pudieron haber influenciado en la disminución de la ansiedad que los participantes manifestaron al principio, no solamente por el efecto del PRCFIII sino también por la ingesta de medicamentos ansiolíticos o la asistencia a la terapia reike, por lo que constituyen limitantes del estudio. No obstante, esto deja en evidencia la importancia de un manejo integral y multidisciplinario en las terapias de rehabilitación cardíaca.

El desconocimiento de cuantas personas estuvieron en la fase II de la rehabilitación y qué porcentaje de ellos fue el que decidió quedarse para continuar la fase III, constituyen otros factores limitantes en esta investigación.

5.2 Conclusiones

El haber sufrido un evento cardiovascular relacionado con la posibilidad de morir y haber sobrevivido a ello, constituye una experiencia emocional negativa muy intensa, donde confluyen gran variedad de sentimientos como miedo, tristeza, negación, culpa, incapacidad, minusvalía, deterioro de la autoimagen.

La presencia de ansiedad fue una constante en todos los participantes de la investigación, sobretodo en el periodo cercano al evento coronario.

La tristeza como emoción fue manifestada por cinco de los ocho participantes, y se asoció al deterioro en el estado físico de los sujetos posterior al infarto agudo de miocardio (IAM). La tristeza estuvo relacionada con sentimientos de culpa, de impotencia, de inutilidad, de indefensión, asociado al dolor postquirúrgico en los casos a los que se les realizó cirugía de revascularización o al dolor emocional por haber perdido la salud de manera tan repentina. Sin embargo, no se presenta en todos los participantes del estudio, tal como lo manifiestan Calderón et al., (2010), refiriéndose a que los síntomas depresivos posterior al evento cardiovascular tienden a desaparecer en cerca del 50% de los casos a mediano plazo, sugiriendo un carácter transitorio y reactivo al IAM.

Dentro de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los participantes ante la presencia de la enfermedad coronaria, la más utilizada por los individuos fue la focalización en la solución del problema, la cual se ha encontrado es la más utilizada por los varones (Ofman et al., 2014), como son la totalidad de los participantes del estudio. Estos mecanismos de afrontamiento adoptados por los

participantes se asocia a resultados psicológicos positivos, por lo que se consideran estrategias de afrontamiento adecuadas (Cassaretto y Paredes, 2006). Además, la familia fue un pilar fundamental para la mayoría de los sujetos estudiados en cuanto al apoyo brindado para superar la crisis dada por el evento coronario.

Respecto a los beneficios percibidos, todos los participantes de la investigación refieren notoria mejoría en el ámbito físico, manifestando que se sienten más jóvenes, más fuertes, pueden “hacer más cosas”, y actividades que demanden algún esfuerzo físico como caminar más, “cambiar la llanta de un carro”, “subir una montaña”, “subir corriendo las gradas de la casa”, “bailar más”. También, refieren que ya no se cansan, o se agitan menos. Toda esta mejoría a nivel físico produce bienestar en la esfera mental y se refleja en las expresiones de orgullo de los participantes por los logros obtenidos posterior al evento coronario y que se han generado con la rehabilitación cardiaca, como correr en una pista y participar en carreras de atletismo, ayudar a otras personas, sentirse vivos o que son parte de la sociedad. Aunado a ello, refieren disminución de la ansiedad que presentaron en los momentos críticos, dicen ya no tener miedo y se sienten bien tanto física como psicológicamente.

Se ha encontrado en la presente investigación cómo el espacio generado por el Programa de Rehabilitación Cardiaca Fase III, ha permitido la conexión social entre los individuos, que tienen un vínculo en común (el sobrevivir a un IAM), y que ese interactuar con otras personas que han pasado por una situación semejante, da soporte a su vivencia enriqueciéndola al permitir la recuperación de la confianza en sí mismos, todo lo cual favorece la reintegración social. De modo que, la asistencia

regular a la terapia de rehabilitación cardíaca fase III fomenta un círculo virtuoso, en función de la realización de ejercicio físico como potenciador de los recursos motores de los individuos participantes. Lo cual, aumenta la autonomía e independencia de los sujetos e incrementa la percepción de control sobre la propia enfermedad. Todo ello, trae como consecuencia la disminución de los estados emocionales negativos (depresión y/o ansiedad) generados con el evento cardiovascular. Favoreciendo la recuperación física de estas personas que a la vez promueve aumento de la confianza y seguridad en ellos mismos, al mejorar su capacidad funcional, mejorando así la reintegración social y la realización de ejercicio físico.

Los participantes del estudio han encontrado en el PRCFIII un ambiente gratificante, relajado, con humor y camaradería, lo cual les ayuda a nivel emocional, según ellos mismos refieren porque “todos están en lo mismo” y se ven como “otras personas con los mismos problemas”. Asimismo, esta red social constituida por el grupo de rehabilitación cardíaca en general, favorece la expresión de emociones positivas y motiva para continuar con la terapia en sus distintas fases, creando entre los mismos participantes una red de apoyo mutuo donde los participantes nuevos son motivados por los participantes que ya son veteranos en la terapia de rehabilitación cardíaca.

Igualmente, es de gran valor para los individuos participantes el apoyo y acompañamiento profesional suministrado por el personal de salud y de acondicionamiento físico que trabajan con ellos en las distintas etapas de la rehabilitación cardíaca, lo cual a su vez estimula la adhesión al PRCFIII.

De este modo, en el PRCFIII se logra que los participantes vean la realización de ejercicio físico como una actividad placentera y beneficiosa para su propia salud, que no realizarían en su casa o en algún otro lugar, dado el ambiente relajante y gratificante en que se desarrolla la terapia; y la constancia y planificación que requiere por parte del personal a cargo, lo cual es altamente valorado por las personas que asisten a dicha terapia.

Los participantes del PRCFIII han interiorizado los cambios en el estilo de vida, el someterse a las indicaciones médicas, el cuidar de la alimentación y el acudir rutinariamente a la realización de ejercicio físico en las instalaciones de la UNA, lo cual es valorado por ellos como “necesario” para continuar con vida, mejorar su salud física y mental y evitar los riesgos potenciales de la enfermedad coronaria.

Dentro de las recomendaciones al PRCFIII brindadas por los propios participantes, el aspecto mayormente mencionado, fue el de individualizar el seguimiento de cada uno a nivel físico, asociado a que cada uno tiene capacidades y limitaciones diferentes para la realización del ejercicio físico; por lo demás están muy satisfechos con el PRCFIII según las opiniones que ellos relatan.

El Programa de Rehabilitación Cardíaca Fase III, ha mostrado beneficiar a las personas portadoras de patología cardiovascular en los ámbitos físico y mental, no solo por el trabajo a nivel de ejercicio físico sino también por el apoyo social y profesional que conllevan, dándole un carácter integral al mismo, en el que se trabaja, la esfera psicológica, nutricional y social de las personas participantes del programa junto al aspecto biológico como un conjunto, sin que se vea la asistencia

al programa como una obligación sino como una necesidad que se satisface de manera jovial y agradable.

5.3 Recomendaciones

Dar a conocer por medio de programas educativos a los profesionales en salud y a la población en general, todos los beneficios que obtienen las personas con patología coronaria al participar de un Programa de Rehabilitación Cardíaca y de darle continuidad con el tiempo en una Fase III, dado que los beneficios del ejercicio se obtienen durante el tiempo en que la persona es físicamente activa.

Acercar a la población de bajos ingresos económicos hacia los programas de rehabilitación cardíaca, así como a las mujeres. Ambos grupos requieren mayores estudios, relacionados con la adherencia al ejercicio físico y a su mantenimiento dentro de un Programa de Rehabilitación Cardíaca. En el caso particular de esta investigación, se encontró que todos los participantes presentaban un nivel educativo elevado, por lo que se desconoce claramente las razones por las que personas con menor escolaridad no participan o no continúan participando del PRCFIII.

Se desconoce cuántas personas que acuden a la fase II de la rehabilitación cardíaca deciden retirarse y no continuar con la fase III, y parece necesario estudiar los factores de abandono para la continuación de la terapia en su fase III y si ese abandono tiene alguna relación con el grado de escolaridad o los ingresos económicos o con mitos o creencias particulares.

Se debe tener presente el estudio de los factores de riesgo psicosocial como valoración estándar junto a la valoración de los factores de riesgo tradicionales, de todo sujeto con patología cardiovascular que ingresa en el sistema sanitario, ya que los factores psicosociales negativos han quedado demostrados como factores de riesgo cardiovascular. Asimismo, sería conveniente valorar el estado emocional de los sujetos portadores de coronariopatía al ingreso del programa de rehabilitación cardiaca (debido a la ya conocida afectación emocional que puede tener el evento cardiovascular en la psique de las personas), para valorar los cambios emocionales que puedan presentar los individuos con la participación en la terapia de rehabilitación cardiaca y sus diferentes fases. Asimismo, el tener el conocimiento previo de los pacientes que toman algún tipo de medicamento ansiolítico o antidepresivo, para evitar otros factores influyentes en los resultados de las indagaciones del estudio.

Además, el informe regular de los avances o beneficios observados tanto a nivel físico como a nivel psicológico relacionados con la participación en la terapia de rehabilitación cardiaca, podría constituirse en un fuerte elemento motivador para continuar en el Programa de Rehabilitación Cardiaca y adherirse al mismo.

Se debe implementar el uso de estrategias que aumenten la afectividad positiva, el buen trato y la generación de espacios para el enriquecimiento de las relaciones sociales dentro de los programas dirigidos a la promoción de la salud, la prevención, la curación y la rehabilitación de las patologías cardiovasculares.

Referencias

- Acevedo, M., Kramer, V., Bustamante, M. J., Yañez, F., Guidi, D., Corbalán, R., Godoy, I., Vergara, I., Jalil, J., y Fernández, M. (2013). Rehabilitación cardiovascular y ejercicio en prevención secundaria. *Rev Med Chile.* 141(10), 1307-1314. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid.
- Achury, D., Rodríguez-Colmenares, S., Agudelo-Contreras, L., Hoyos-Segura, J. y Acuña-Español, J. (2011). Calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asiste al programa de rehabilitación cardiaca. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo.* 13(2): 49-74. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145222559004>
- Aignerren, M. (2002). La técnica de recolección de información mediante los grupos focales. *Revista electrónica: la Sociología en sus Escenarios.* Centro de Estudios de Opinión. Universidad de Antioquía. 6: 1-32. Recuperado de: www.aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/view/1611/1264
- American Heart Association. (2011). Heart Disease and Stroke Statistics_2011 Update: A Report from the American Heart Association. [Estadísticas del 2011 de enfermedad cardiaca y accidente cerebro-vascular]. *Circulation.* 123(6), e18-e209. doi: 10.1161/CIR.0b013e3182009701
- Antepara, N., Parada, M.I., Antepara, A. y Tahuil, C. (2006). Efecto de la rehabilitación cardiaca sobre la percepción de la calidad de vida en pacientes con cardiopatía isquémica. *Revista de la Facultad de Medicina, Caracas.* 29(2), 149-152.

Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692006000200011&lng=es.

Aravena, M., Kimelman, E., Micheli, B., Torrealba, R. y Zúñiga, J. (2006). *Investigación Educativa I*. Recuperado de: <https://es.scribd.com/doc/16556090/Investigacion-Educativa-como-el-de-metodologia-de-investigacion>

Araya-Ramírez, F., Ureña-Bonilla, P., Sánchez-Ureña, B., Blanco-Romero, L., Rodríguez-Montero, A. y Moraga-Rojas, C. (2013). Influencia de la Capacidad Funcional Inicial en Marcadores Fisiológicos después de un Programa de Rehabilitación Cardíaca. *Revista Costarricense de Cardiología*. 15(1), 5-11. Recuperado de www.scielo.sa.cr/pdf/rcc/v15n1/art02v15n1.pdf

Artham, S., Lavie, C., y Milani, R. (2008). Cardiac Rehabilitation Programs Markedly Improve High-Risk Profiles in Coronary Patients with High Psychological Distress. [Los programas de rehabilitación cardíaca mejoran marcadamente los perfiles de alto riesgo en pacientes coronarios con alto estrés psicológico]. *Southern Medical Journal*. 101(3), 262-7. doi: 10.1097/SMJ.0b013e318164dfa8.

Asociación Médica Mundial. (2015). Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Recuperado de: www.wma.net

Báez, L., Camacho, P., Abreu, P., Arenas, I. y Jaimes, G. (2006). La importancia de la rehabilitación cardiovascular: experiencia en la Fundación Cardiovascular de Colombia. *Revista Colombiana de Cardiología*. 13(2), 90-96. Recuperado de: www.scielo.org.co/pdf/rcca/v13n2/v13n2a9.pdf

- Baeza, J.C. (2008). Clínica de la Ansiedad. Psicólogos especialistas en el tratamiento de la ansiedad. Madrid y Barcelona. Tomado de: <http://www.clinicadeansiedad.com>.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*. 14(2): 237-246.
Recuperado: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/download/848/1562>.
- Barth, J., Schumacher, M. y Herrmann-Lingen, C. (2004). Depression as a Risk Factor for Mortality in Patients with Coronary Heart Disease: A Meta-analysis. [La depresión como un factor de riesgo de mortalidad en pacientes con enfermedad coronaria: un meta-análisis]. *Psychosomatic Medicine*. 66(6), 802-813. doi: 10.1097/01.psy.0000146332.53619.b2
- Bastidas, C., Olivella, M. y Bonilla, C. (2015). Significado del autocuidado en la persona que vive con enfermedad coronaria. *Salud Uninorte*. 31(1): 78-90. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.14482/sun.30.1.4309>
- Blasco, N. y Otero, L. (2008). Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: la entrevista. *Nure Investigation*. 33: 1-5. Recuperado de: www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/408
- Blows, W. (2000). Neurotransmitters of the brain: serotonin, noradrenaline and dopamine. [Neurotransmisores del cerebro: serotonina, noradrenalina y dopamina] *J Neurosci Nurs*. 32(4), 234-8.
- Blümel, B., Gibbons, A., Kanacri, A., Kerrigan, N. y Florenzano, R. (2005). Síntomas depresivos posinfarto al miocardio: detección precoz en una población

hospitalizada. *Revista médica de Chile*. 133(9): 1021-1027. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872005000900004>

Boraita, A. (2008). Ejercicio, piedra angular de la prevención cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 61 (5): 514-528. doi: 10.1157/13119996

Bunker, S. J., Colquhoun, D. M., Esler, M. D., Hickie, I. B., Hunt, D., Jelinek, V. M.... y Tonkin, A. M. (2003). "Stress" and coronary heart disease: psychosocial risk factors. [Estrés y enfermedad coronaria: factores de riesgo psicológico]. *The Medical Journal of Australia*. 178(6), 272-6.

Recuperado de: <https://www.mja.com.au/journal/2003/178/6/stress-and-coronary-heart-disease-psychosocial-risk-factors>

Cabrera, J. O., Gandarilla, J. C., y González, I. (2011). Nuevos aspectos fisiopatológicos en la intervención psicosocial de las personas con enfermedad arterial coronaria. *Revista Cubana de Medicina*. 50(1), 83-93. Recuperado de:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/med/vol50_01_11/med08110.htm

Calderón, J., Gabrielli, L., González, M., Villarroel, L., Castro, P. y Corbalán, R. (2010). Prevalencia y evolución de síntomas depresivos en pacientes hospitalizados por infarto agudo al miocardio y su relación con procedimientos de revascularización. *Rev Med Chile*. 138:701-706. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000600006>

Caspi, A., Sugden, K., Moffit, T., Taylor, A., Craig, I., Harrington, H. ... y Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT

gene. [Influencia del estrés de la vida sobre la depresión: moderación en el polimorfismo en el gen 5-HTT]. *Science*. 301(5631), 386-9. Doi: 10.1126/science.1083968

Cassaretto, M. y Paredes, R. (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de Psicología de la PUCP*. 24(1):109-140.

Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337829536005>

Caulin-Glaser, T., Falko, J., Hindman, L., La Londe, M. y Snow, R. (2005). Cardiac rehabilitation is associated with an improvement in C-reactive protein levels in both men and women with cardiovascular disease. [La rehabilitación cardíaca está asociada con una mejora en los niveles de proteína C reactiva en hombres y mujeres con enfermedad cardiovascular]. *J Cardiopulm Rehabil*. 25(6), 332-6.

Cuartas, V., Escobar, A., Lotero, E., Lemos, M., Arango, J. y Rogers, H. (2008). Los factores psicosociales implicados en la cardiopatía isquémica. *Revista CES Psicología*. 1(2), 19-40.

Recuperado de: www.revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/77

DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., y Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. [La depresión como un factor de riesgo para el incumplimiento con el tratamiento médico: meta-análisis de los efectos de la

ansiedad y la depresión en la adherencia de los pacientes]. *Arch Intern Med.* 160(14), 2101-7. Doi:10.1001/archinte.160.14.2101

Dockray, S. y Steptoe, A. (2010). Positive affects and psychobiological processes. [Afectos positivos y procesos psicobiológicos]. *Neurosci Biobehav Rev.* 35(1): 69-75. Doi: 10.1016/j.neubiorev.2010.01.006

Eker, C. y Gonul, A. (2010). Volumetric MRI studies of the hippocampus in major depressive disorder: meanings of inconsistency and directions for future research. [Estudios volumétricos MRI del hipocampo en el desorden depresivo mayor: significados de inconsistencias y directrices para futuras investigaciones]. *World J Biol Psychiatry.* 11(1), 19-35. Doi: 10.1080/15622970902737998.

Elmasian, M. y Mikulic, I. (2013). Avances en la construcción del Inventario de Factores Psicosociales asociados a Enfermedad Cardíaca (IFPEC). *Anu. Investig.* 20(1): 347- 355.

Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862013000100036&lng=es&tlng=es

Emdin, C., Odutayo, A., Wong, C., Tran, J., Hsiao, A. y Hunn, B. (2016). Meta-analysis of anxiety as a risk factor for cardiovascular disease. [Meta-análisis de ansiedad como factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular]. *The American Journal of Cardiology.* 118 (4), 511-519.

Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjcard.2016.05.041>

Escolar-Gutiérrez, M.c., López-Moya, B., Portabales, L., Carcedo-Robles, C. y Alonso-Abolafia, A. (2014). Influencia de la relación profesional sanitario-paciente en la adherencia al tratamiento en un programa de rehabilitación cardiaca. *Proceedings of 6th International and 11th National Congress of Clinical Psychology. Santiago de Compostela-Spain.* P.50-55.

Recuperado de: www.aepc.es/PsClinicalX/PROCEEDING/8.pdf

Espinosa, S. y Bravo, C. (2002). *Rehabilitación Cardiaca y Atención Primaria.* Editorial Médica Panamericana.

Esquivel, C., Gámez, J., Villa, F., García, F., Martínez, J., Aguirre, B. y Velasco, V. (2009). Ansiedad y depresión en síndrome coronario agudo. *Medicrit.* 6(1): 18-23. Disponible en: www.medicrit.com

Estado de La Nación. (2013). Costa Rica: Evolución de la mortalidad y los días de estancia por egresos hospitalarios en el periodo 2013-2030. Tomado el día 25 de marzo 2014 de: <http://www.estadonacion.or.cr>

Fardy, P., y Yanowitz, F. (2003). *Rehabilitación cardíaca, la forma física del adulto y las pruebas de esfuerzo.* Editorial Paidotribo.

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. Disponible en www.psycothema.com/pdf/1115.pdf

Fowler, J. y Christakis, N. (2008). Dynamic spread of happiness in a large social networks longitudinal analysis over 20 years in the Framingham Heart Study. [Difusión

dinámica de la felicidad en una amplia red social, un análisis longitudinal de 20 años en el Framingham Heart Study]. *BMJ*. 4: 337-338. Doi: 10-1136/bmj.a2338.

Frasure-Smith, N., Lespérance, F., y Talajic, M. (1995). Depression and 18-Month Prognosis After Myocardial Infarction. [Depresión y pronóstico 18 meses después del infarto de miocardio]. *Circulation*. 91(4), 999-1005. Doi: 10.1161/01.CIR.91.4.999

García, E., Del Villar y García y García, E. (2007). La depresión tras el infarto agudo del miocardio. *Anales de Medicina Interna*. 24(7), 346-351. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4321/S0212-71992007000700010>

Giltay, E., Kamphuis, M., Kalmijn, S., Zitman, F. y Kromhout, D. (2006). Dispositional Optimism and the Risk of Cardiovascular Death. *Arch Intern Med*. 166: 431-436. Recuperado de: <http://archpedi.jamanetwork.com/>

Gort, M. García, R., Osmín, T., Cabrera, B. y Díaz, Y. (2013). Factores de riesgo de eventos coronarios agudos. Importancia del factor psicosocial. Área terapia intensiva municipal. *Revista de Ciencias Médicas*. 17(3): 3-15. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arltext&pid=S156131942013000300002&lng=es&nrm=iso

Guadarrama, L., Escobar, A., y Zhang, L. (2006). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*. 49(2), 66-72.

Disponible en: www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/12916/12234

Hernández Galvis, D. (2014). Relación entre estado de salud y riesgos de no adherencia al tratamiento en pacientes en rehabilitación cardiaca. *Av Enferm.* 33(1): 114-123.
Doi:<http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.41825>

Hernández, R., Fernández-Collado, C, y Baptista, P. (2007). *Metodología de la investigación*. Cuarta edición. Mc Graw-Hill Interamericana Editores S. A.

Heyward, V. (2008). *Evaluación de la aptitud física y prescripción del ejercicio*. Editorial Médica Panamericana.

Hillsdon, K., Kersten, P. y Kirk, H. (2013). A qualitative study exploring patients' experiences of standard care or cardiac rehabilitation post minor stroke and transient ischaemic attack. [Un estudio cualitativo que explora las experiencias de los pacientes de los cuidados estándar o rehabilitación cardiaca posterior a un derrame cerebral menor y ataque isquémico transitorio]. *Clinical Rehabilitation*. 27(9), 845-53.

Hughes, A., Mutrie, N., y MacIntyre, P. (2007). Effect of an exercise consultation on maintenance of physical activity after completion of phase III exercise-based cardiac rehabilitation. [Efecto de la consulta de ejercicio en el mantenimiento de la actividad física después de completar la fase III de la rehabilitación cardiaca basada en ejercicio]. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*. 14(1), 114-21. Doi: 10.1097/HJR.0b013e3280116485

Kahl, K., Bester, M., Greggersen, W., Rudolf, S., Stoeckelhuber, B., Gehl, H. ...y Schweiger,U. (2005). Visceral fat deposition and insulin sensitivity in depressed women with and without comorbid borderline personality disorder. [Disposición de la

grasa visceral y sensibilidad a la insulina en mujeres depresivas con o sin comorbilidad en desorden de personalidad límite]. *Psychosom Med.* 67(3), 407-12.

Doi: 10.1097/01.psy.0000160458.95955.f4

Kasper, D., Fauci, A., Longo, D., Braunwald, E., Hauser, S. y Jameson, J. (Ed.). (2006).

Harrison: Principios de Medicina Interna. McGraw-Hill Interamericana Editores. S.A.

Kirk, H., Kersten, P., Crawford, P., Keens, A., Ashburn, A. y Conway, J. (2014). The cardiac model of rehabilitation for reducing cardiovascular risk factors post transient ischaemic attack and stroke: a randomized controlled trial. [El modelo de rehabilitación cardíaca para reducir los factores de riesgo cardiovascular después de un ataque isquémico transitorio]. *Clinical Rehabilitation.* 28(4), 339-49.

Doi: 10.1177/0269215513502211

Klompstra, L., Jaarsma, T. y Stromberg, A. (2015). Physical activity in patients with heart failure: barriers and motivations with special focus on sex differences. [Actividad física en pacientes con insuficiencia cardíaca: barreras y motivaciones con especial atención a las diferencias de sexo]. *Patient Preference and Adherence.* 9: 1603-1610. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S90942>

La Nación 16-feb-2014. www.nacion.com/.../Cerca-males-adultos-ticos-prevenible_0_139706033.

Lagares, M. R. (2011). *Experiencia del paciente coronario frente a la terapia de rehabilitación cardíaca en una institución de cuarto nivel en Cartagena.* Tesis de Maestría en Enfermería con énfasis en cuidado para la salud cardiovascular.

Universidad Nacional de Colombia. Cartagena, Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/7071/1/539499.2012.pdf>

Laham, M. (2008). Psicocardiología: su importancia en la prevención y la rehabilitación coronarias. *Suma Psicológica*. 15(1), 143-170. Recuperado de <http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/view/20>

Lavie, C. y Milani, R. (2011). Cardiac Rehabilitation and Exercise Training in Secondary Coronary Heart Disease Prevention. [Rehabilitación cardíaca y entrenamiento con ejercicio en prevención secundaria en la enfermedad coronaria]. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 53(6), 397-403. Doi: 10.1016/j.pcad.2011.02.008

Lavie, C., Milani, R., Artham, S. y Guilliland, Y. (2007). Psychological factors and cardiac risk and impact of exercise training programs-A review of Ochsner studies. [Factores psicológicos y riesgo cardíaco e impacto de los programas de entrenamiento con ejercicio- una revisión de los estudios Ochsner]. *The Ochsner Journal*. 7 (4), 167-172.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3096413/>

Lavie, C., Milani, R., O'Keefe, J. y Lavie, T. (2011). Impact of Exercise Training on Psychological Risk Factors. [Impacto del entrenamiento con ejercicio en los factores de riesgo psicológico]. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 53(6), 464-70.

Doi: 10.1016/j.pcad.2011.03.007

López, M., Gómez, M., Ramírez, M., De Teresa, C., Díaz, J. y Nestares, T. (2014). Beneficio del seguimiento de un programa de rehabilitación cardíaca sobre algunos

parámetros de la composición corporal. *Nutrición Hospitalaria*. 30(6): 1366-1374.

Disponible en www.redalyc.org/pdf/3092/309232644023.pdf

Lorenzini, A., Marcellino, G., Dorneles, G., Baggio, M. y Koerick, C. (2013).

Comprendiendo el proceso de vivir significado por pacientes sometidos a la cirugía de Revascularización del Miocardio. *Rev.Latino-Am.Enferm-gem*. 21(1): 1-8.

Disponible en www.eerp.usp.br/rlae

MacQueen, G., Campbell, S., McEwen, B., Macdonald, K., Amano, S., Joffe, R., Nahmias,

C., y Young, L. (2003). Course of illness, hippocampal function, and hippocampal volume in major depression. [Curso de la enfermedad, función y volumen del hipocampo en depresión mayor]. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 100(3), 1387-92. Doi:

10.1073/pnas.0337481100

Márquez, S., y Garatachea, N. (Ed.). (2009). *Actividad física y salud*. Ediciones Díaz de

Santos.

Martínez, A. A., Rodríguez, R. A., Rodríguez, F. C. y Rodríguez, F. A. (2005). Percepción

de las estrategias de afrontamiento ante el estrés en pacientes ingresados en una unidad de coronarias. *Enfermería en Cardiología*. 34 (1): 15-21. Disponible en

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2331645>

Martínez, S. (2011). Beneficios de la práctica motora en rehabilitación cardiovascular. IX

Congreso Argentino y IV Latinoamericano de Educación Física y Ciencias. Objeto de Conferencia.

Recuperado de: <http://congresoeducacionfisica.fahce.unlp.edu.ar>

Michie, S., O'Connor, D., Bath, J., Giles, M. y Earll, L. (2005). Cardiac rehabilitation: The psychological changes that predict health outcome and healthy behaviour. [Rehabilitación cardiaca: los cambios psicológicos que predicen los resultados de salud y conductas saludables]. *Psychology, Health & Medicine*. 10(1), 88-95. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1080/135485005123331315398>

Milani, RV., Lavie, CJ. Y Mehra, MR. (2004). Reduction in C-reactive protein through cardiac rehabilitation and exercise training. [Reducción de la proteína C reactiva a través de la rehabilitación cardiaca y el entrenamiento con ejercicio]. *J Am Coll Cardiol*. 43(6):1056-61. Doi:10.1016/j.jacc.2003.10.041

Ministerio de Salud de Costa Rica. (2012). Memoria Institucional. Recuperado de www.ministeriodesalud.go.cr/...ministerio/memorias/memoria_institucion.

Mulvihill, N. T. y Foley, J. B. (2002). Inflammation in acute coronary syndromes. [Inflamación en síndromes coronarios agudos]. *Heart*. 87(3), 201-4. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1767031/>

Mihailescu, S. y Drucker-Colin, R. (2000). Nicotine, brain nicotinic receptors, and neuropsychiatric disorders. [Nicotina, receptores nicotínicos cerebrales y desórdenes neuropsiquiátricos] *Arch Med Res*. 31(2), 131-44. Doi: [http://dx.doi.org/10,1016/S0188-4409\(99\)00087-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0188-4409(99)00087-9)

Navas, C. y Villegas, H. (2006). Espiritualidad y Salud. *Revista Ciencias de la Educación*. 1(27): 29-45.

Disponible en www.servicio.bc.uc.edu.ve/educación/revista/volln27/27.2.pdf

- Nitsche, M., Bitran, M., Pedrals, N., Echeverría, G. y Rigotti, A. (2014). Recursos psicosociales positivos y salud cardiovascular. *Revista Médica de Chile*. 142: 1316-1323. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000012>
- Okuda, M. y Gómez-Restrepo, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 34(1), 118-124. Disponible en <http://www.redayc.org/articulo.oa?id=80628403009>
- Ofman, S., Pereyra, C., Cofreces, P. y Stefani, D. (2014). Importancia de las diferencias por género en el afrontamiento a la enfermedad: el caso de la hipertensión arterial esencial. *Apuntes de Psicología*. 32(2): 153-160.
- Disponible: www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/viewFile/508/402
- Ospina, MB., y Gómez, C. (2001). ¿La investigación cuantitativa frente a la investigación cualitativa? En: Ruiz, A., Gómez, C., y Londoño, D. (Eds.), *Investigación clínica: epidemiología clínica aplicada* (333-355).
- Recuperado de [http:// books.google.com/books?isbn=9586833720](http://books.google.com/books?isbn=9586833720)
- Palacios-Ceña, D. y Corral, I. (2010). Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Enfermería Intensiva*. 21(2): 68-73. Doi: 10.1016/j.enfi.2009.11.003
- Park, N., Peterson, C. y Sun, J. (2013). La psicología positiva: investigación y aplicaciones. *Terapia psicológica*. 31(1): 11-19. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082013000100002>

- Pereyra Girardi, C. (2012). Nuevos aportes para el estudio integral de la enfermedad coronaria. *Psicología y Psicopedagogía*. 27: 13-24. Disponible en www.p3.usal.edu.ar/index.php/psico/article/download/579/795
- Pereyra, C., Milei, J. y Stefani, D. (2011). Factores Psicosociales de Riesgo en la Enfermedad Cardíaca. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 20(3): 221-229. Disponible en: <http://www.redayc.org/articulo.oa?id=281922826004>
- Piqueras, J. A., Ramos, V., Martínez, A. E. y Oblitas, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*. 16(2): 85-112. doi: <http://dx.doi.org/10.14349/sumapsi2009.136>
- Pozzi, M. (2004). Estudio de los diferentes tipos de descripción de conceptos especializados. En Cabré, M., Estopá, R. y Tebé, C. *La Terminología en el siglo XXI: contribución a la cultura de la paz, la diversidad y la sostenibilidad: actas del IX Simposio Iberoamericano de Terminología RITEM04*. (634). Recuperado de http://books.google.co.cr/books?id=sz1Udyg-u_8C&pg=PA634&dq=definicion+de
- Quinceno, J. y Vinaccia, S. (2009). La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Divers. Perspect. Psicol.* 5(2): 321-336. Disponible en: www.usta.ed.co
- Ramos, V., Piqueras, J., Martínez, A. y Oblitas, L. (2009). Emoción y cognición: implicaciones para el tratamiento. *Terapia Psicológica*. 27(2): 227-237. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000200008>

Ries, F., Castañeda, C., Campos, M. y Del Castillo, O. (2012). Relaciones entre ansiedad rasgo y ansiedad estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de Psicología del deporte*. 12: 2, p 12-16.

Disponible en www.scielo.isciii.es/pdf/cpd/v12n2/articulo01.pdf

Rodríguez, M., Fernández, M., Pérez, M. y Noriega, R. (2011). Espiritualidad variable asociada a la resiliencia. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*. 11(2): 24-49. Disponible en:

www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen11:numero2/articulo_2.pdf

Rodríguez, M. y Frías, L. (2005). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. *Psicología y Salud*. 15(2): 169- 185. Disponible en www.revistas.uvmx/index.php/psicysalud/article/viewFile/802/1452

Rodríguez, T. (2008). Estrategia de atención psicológica a pacientes con infarto agudo del miocardio hospitalizados Tesis. La Habana: Biblioteca Virtual de Salud. Disponible en: <http://tesis.repo.sid.cu/117/>.

Rodríguez, T. (2012). Factores emocionales en el abordaje de las enfermedades cardiovasculares. Valoración actualizada desde la Psicocardiología. *Revista Finlay*. [Revista en Internet]. 2(3): 202-214. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/132>

Romero, C. (2007). *Depresión y enfermedad cardiovascular*. *Rev Urug Cardiol*. 2007(22), 92-109. Recuperado de http://www.suc.org.uy/revista/v22n2/pdf/rcv22n_2_4.pdf

Roselló, M. y Guzmán, S. (2003, dic). Mortalidad por infarto agudo de miocardio: distribución geográfica y lugar de ocurrencia. Costa Rica, 1970 – 2002. *Revista Costarricense de Cardiología (on line)*. 5(3). Recuperado de <http://in/home/scielo/www/htdocs/class.XSLTransformerPHP5.php> on line 36

Rosengren, A., Hawken, S., Ounpuu, S., Sliwa, K., Zubaid, M., Almahmeed, W. A. y Yusuf, S. (2004). Association of psychosocial risk factor with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 control from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. [Asociación de factores de riesgo psicosocial con el riesgo de infarto agudo de miocardio en 11119 casos y 13648 controles de 52 países (el estudio INTERHEART): estudio caso-control]. *Lancet*. 364(9438), 953-62. Doi: 10.1016/S0140-6736(04)17019-0

Rozanski, A., Blumenthal, J., Davidson, K., Saab, P., y Kubzansky, L. (2005). The epidemiology, pathophysiology and management of psychosocial risk factors in cardiac practice. [La epidemiología, fisiopatología y el manejo de los factores de riesgo en la práctica cardiaca]. *Journal of the America: College of Cardiology*. 45(5), 637-51. doi: 10.1016/j.jacc.2004.12.005

Salamanca, AB., y Martín-Crespo, C. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investigación*. 27. Recuperado de http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS.../F.../FMetodologica_27.pdf

Saldívar, A., Vásquez, F. y Martínez, G. (2011). Estrategias de afrontamiento: psicología positiva y optimismo. *Revista electrónica medicina, salud y sociedad*. 2(1): 1-8. Disponible en www.cienciasdelasaluduv.com/revistas/index.php/mss/article/view/47

Sánchez, B. y Ureña, P. (2011). Complejo ira-hostilidad y mecanismos de afrontamiento en pacientes que han sufrido un evento cardiovascular. *Revista Costarricense de Cardiología*. 13(1): 13-18.

Disponible en www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409

Sandín, B. (2002). Papel de las emociones negativas en el trastorno cardiovascular: un análisis crítico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 7(1), 1-18.

Disponible en www.revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/viewFile/3918/3773

Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 8(1): 39-54.

Disponible: www.consejeria.net/uploads/3/4/1/6/34163570/cuestionario_afrontamiento_estrs.pdf

Sandoval, D., Chacón, J., Muñoz, R., Henríquez, O., Koch, E. y Romero, T. (2014). Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. Resultados de una cohorte del Programa de Salud Cardiovascular de la Región Metropolitana, Chile. *Rev Med Chile*. 142: 1245-1252. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000003>

Sheline, Y., Sanghavi, M., Mintun, M., y Gado, M. (1999). Depression duration but not age predicts hippocampal volumen loss in medically healthy women with recurrent major depression. [La duración de la depresión pero no la edad predice la pérdida de

volumen del hipocampo en mujeres saludables medicamente con depresión mayor recurrente]. *J Neurosci.* 19(12), 5034-43.

Disponible en www.jneurosci.org/content/19/12/5034.long

Shepherd, C. y While, A. (2012). Cardiac rehabilitation and quality of life: a systematic review. [Rehabilitación cardiaca y calidad de vida: una revisión sistemática]. *International Journal of Nursing Studies.* 49(6), 755-71. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.11.019

Smith, P. y Blumenthal, J. (2011). Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular: epidemiología, mecanismos y tratamiento. *Rev Esp Cardiol.* 64(10): 924-933. Doi: 10.1016/j.recesp.2011.06.003

Solano, R. y Siles, G. (2005). Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos. *Index Enferm.* 14(51), 29-33. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es>

Spielberger, C. y Díaz-Guerrero, R. (1975). IDARE. *Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado. Manual e instructivo.* Editorial El Manual Moderno

Stein, A., Molinero, O., Salguero, M., Correa, S. y Márquez, S. (2014). Actividad física y salud percibida en pacientes con enfermedad coronaria. *Cuadernos de Psicología del Deporte.* 14(1), 109-116.

Disponible en www.revistas.um.es/cpd/article/view/191021

Szczepanska-Gieracha, J., Morka, J., Kowalska, J., Kustrzychi, W. y Rymaszewska, J. (2012). The role of depressive and anxiety symptoms in the evaluation of cardiac

rehabilitation efficacy after coronary artery bypass grafting surgery. [El rol de los síntomas de depresión y ansiedad en la evaluación de la eficacia de la rehabilitación cardiaca después de la cirugía de puente coronario]. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*. 42(5), 108-114. Doi: 10.1093/ejcts/ezs463

Tajer, C. (2012). Alegría del corazón. Emociones positivas y salud cardiovascular. *Rev Argent Cardiol*. 80: 325-32.

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v80.i4.1498>

Tobo-Medina, N. y Canaval-Erazo, G. (2010). Las emociones y el estrés en personas con enfermedad coronaria. *Aquichan*. 10(1): 19-33. Disponible en: www.scielo.org.co

Viedma, M. (2008). *Mecanismos psicofisiológicos de la ansiedad patológica: implicaciones clínicas*. Tesis Doctoral en Psicología. Editorial de la Universidad de Granada. España. Recuperado de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/2017/1/17626791.pdf>

Wang, P. S., Bohn, R. L., Knight, E., Glynn, R. J, Mogun, H., y Avorn, J. (2002). Noncompliance with antihypertensive medications: the impact of depressive symptoms and psychosocial factors. [El incumplimiento con la medicación antihipertensiva: el impacto de los síntomas depresivos y los factores psicosociales]. *J Gen Intern Med*. 17(7), 504-11. Doi: 10.1046/j.1525-1497.2002.00406.x

Weber-Hamann, B., Hentschel, F., Deuschle, M., Colla, M., Lederbogen, F., y Heuser, I. (2002). Hypercortisolemic depression is associated with increased intra-abdominal fat. [La depresión hipercortisolemica está asociada con aumento de la grasa intra-

abdominal]. *Psychosom Med.* 64(2), 274-7. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11914443>

Williams, M., Ades, P., Hamm, L., Keteyian, S., LaFontaine, T., Roitman, J. y Squires, R. (2006). Clinical evidence for a health benefit from cardiac rehabilitation: an update. [Evidencia clínica del beneficio para la salud de la rehabilitación cardiaca: una actualización]. *Am Heart J.* 152(5), 835-41. Doi: 10.1016/j.ahj.2006.05.015

Williams, R. B. (2006). Blood pressure reactivity to psychological stress: a new risk factor for coronary disease? [Reactividad de la presión arterial al estrés psicológico: un nuevo factor de riesgo para la enfermedad coronaria]. *Hypertension.* 47: 329-330. Doi: <http://dx.doi.org/10.1161/01.HYP.0000200688.37802.01>

Wilmore, J. y Costill, D. (2010). *Fisiología del esfuerzo y del deporte*. Editorial Paidotribo.

Wittstein I. S., Thiemann, D. R., Lima, J. A., Baughman, K. L., Schulman, S. P., Gerstenblith, G. y Champion, H. C. (2005) Neurohumoral features of myocardial stunning due to sudden emotional stress. [Características neurohumorales del aturdimiento miocárdico debido al estrés emocional repentino]. *N Engl J Med.* 352(6), 539-48. Doi: 10.1056/NEJMoa043046

Woolf-May, K. (2008). *Prescripción de ejercicio: fundamentos fisiológicos*. Elsevier Masson.

Yohannes, A., Doherty, P., Bundy, C. y Yalfani, A. (2010). The long-term benefits of cardiac rehabilitation on depression, anxiety, physical activity and quality of life. [Los beneficios en el largo plazo de la rehabilitación cardiaca sobre la depresión, la

ansiedad, la actividad física y la calidad de vida]. *Journal of Clinical Nursing*. 19(19-20), 2806-13. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03313.x

York, K. M., Hassan, M., Li, Q., Li, H., Fillingim, R. B., y Sheps, D. S. (2007). Coronary artery disease and depression: patients with more depressive symptoms have lower cardiovascular reactivity during laboratory- induced mental stress. [Enfermedad arterial coronaria y depresión: pacientes con más síntomas depresivos tienen menor reactividad cardiovascular durante el estrés mental inducido en laboratorio] *Psychosomatic Medicine*. Doi: 10.1097/PSY.0b013e3180cc2601

Yusuf, S., Rangarajan, S., Teo, K., Islam, S., Li, W., Liu, L. y Dagenais, G. (2014). Cardiovascular Risk and Events in 17 Low-, Middle-, and High- Income Countries. [Riesgo cardiovascular en 17 países de ingresos bajos, medios y altos]. *The New England Journal of Medicine*. 371:818-27. Doi: 10.1056/NEJMoa1311890

Zandio, M., Ferrin, M., y Cuesta, M. J. (2002). Neurobiología de la depresión. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 25 (supl.3), 43-62. Disponible en: www.recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5543

Ziegelstein, R. (2001). Depression in patients recovering from a myocardial infarction. [Depresión en pacientes que se recuperan de un infarto de miocardio]. *JAMA*. 286(13), 1621-7. Doi: 10.1001/jama.286.13.1621

CAPÍTULO VII

ANEXOS

Anexo 1: Fórmula de consentimiento informado

UNIVERSIDAD NACIONAL
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN SALUD INTEGRAL Y MOVIMIENTO HUMANO

Fórmula de consentimiento informado

(Para ser sujeto de investigación)

Proyecto: Tesis de Maestría

Nombre de la investigadora principal: Nancy María Faba Ibáñez

Nombre del participante: _____

Propósito del proyecto

La estudiante Nancy María Faba Ibáñez, cédula 108520961, estudiante del programa de Maestría en Salud Integral y Movimiento Humano de la Universidad Nacional, está realizando una investigación con abordaje cualitativo para describir las experiencias de las personas con patología coronaria con respecto a su participación en el Programa de Rehabilitación Cardíaca Fase III. La evaluación de la misma será a través de entrevistas ya sea individuales o en grupo. En todo momento se resguardará la identidad de los participantes.

Tema de investigación: Efectos percibidos sobre la ansiedad y la depresión en personas con patología coronaria participantes de un programa de rehabilitación cardíaca fase III.

Objetivo: describir la experiencia de las personas con patología coronaria sobre la ansiedad y la depresión al asistir al Programa de Rehabilitación Cardíaca Fase III de la Universidad Nacional.

Consentimiento informado

Yo _____, mayor de edad, vecino de _____, Acepto en forma voluntaria, colaborar con la investigadora de este estudio, en manifestarle mi experiencia en el Programa de Rehabilitación Cardíaca Fase III de la Universidad Nacional. Se me ha explicado el objetivo de dicha investigación el cual entiendo claramente. También se me informó la posibilidad de abandonar el estudio en el momento en que yo lo desee, sin necesidad de dar explicaciones, ya que mi participación es voluntaria.

También comprendo que la investigación será evaluada por personal experto en el tema y tendrá en cuenta los principios éticos de las investigaciones con seres humanos. Asimismo, se me explicó que los datos brindados serán tratados de manera confidencial y anónima, resguardando y protegiendo mi identidad.

He entendido las condiciones y el objetivo de la investigación en la que voy a participar, me siento satisfecho con la información recibida por la investigadora, quien ha utilizado un lenguaje claro y sencillo, y me ha dado la oportunidad de manifestar mis dudas o preguntas relacionadas con el tema de investigación. Además, he autorizado a la investigadora de volver a mí para esclarecer cualquier información que no resulte clara.

Firma del participante: _____

Firma de la investigadora: _____

Fecha: _____

IDARE

INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

Nombre: _____

Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente ahora mismo**, o sea, en estos momentos.

No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Me siento a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy alterado por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4

12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Estoy agitado	1	2	3	4
14. Me siento “a punto de explotar”	1	2	3	4
15. Me siento relajado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

IDARE

INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente generalmente**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente generalmente.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECIENTE- MENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz	1	2	3	4
25. Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4

26. Me siento descansado	1	2	3	4
27. Soy un persona “tranquila serena y sosegada”	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se amon- tonan al punto de no poder soportarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33. Me siento seguro	1	2	3	4
34. Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1	2	3	4
35. Me siento melancólico	1	2	3	4
36. Estoy satisfecho	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

Calificación

Sumar el puntaje marcado por el sujeto

Ansiedad como estado

Items 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 = Total A

Items 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 = Total B

$(A - B) + 50 =$

Nivel de ansiedad

_____ Bajo (<30)

_____ Medio (30-44)

_____ Alto (>45)

Ansiedad como rasgo o peculiar

Items 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40 = Total

Items 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 = Total B

$(A - B) + 35 =$

Nivel de ansiedad

_____ Bajo (<30)

_____ Medio (30-44)

_____ Alto (>45)