

Universidad Nacional
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Psicología

Proyecto de Graduación

“Grupos de apoyo con pacientes cardiopatas para el fortalecimiento del apoyo social y la adherencia al tratamiento: Una experiencia piloto en el Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE)”

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

Tutora:

M.Sc. Teresita Campos Vargas

Sustentantes:

Adrián González Villalobos

Víctor Ureña Fernández

Campus Omar Dengo, Heredia

Marzo, 2022

Miembros del Tribunal Examinador

M.Sc Adriana Salazar Miranda

Representante del Decanato Facultad de Ciencias Sociales

M.Sc. Gabriela Vindas Chávez

Representante

Dirección Escuela de Psicología

M.Sc. Teresita Campos Vargas

Responsable Académica

M.ag. Celia Viquez Rojas

Lectora

PhD. Santiago Sarceño Barquero

Lector

Bach. Víctor Ureña Fernández

Sustentante

Bach. Adrián González Villalobos

Sustentante

AGRADECIMIENTO

A mi familia Ilse, Roberto y Sofia por su apoyo incondicional, por comprender con amor y paciencia, por tolerar mis frustraciones, por ser mi sostén en los momentos difíciles cuando quise desistir, por rescatar mi esencia y mi dirección, por ser mis más amados modelos a seguir y mi orgullo más atesorado.

A mi pareja Lucia por ser una guía incondicional en este largo camino, por encaminarme siempre a la templanza en los momentos de desilusión, por no dejarme caer en las pasiones, por recordarme siempre el camino a la virtud y sobre todo por nunca soltar mi mano.

A mi compañero Víctor por haberme acompañado en este arduo proceso, por construir en mí lazos inquebrantables de hermandad, por darme perspectiva y objetividad, por vivir en carne propia cada esfuerzo sin importar lo pequeño que fuese, por ser mi heraldo negro y un maestro inolvidable para mi vida.

A Roberto y Andrés, mis hermanos de otras madres, por las incontables noches de cálida escucha, por su compañía, apoyo y entendimiento durante estos largos años, por confiar fielmente en mis habilidades cuando las dudas me atrapaban, por no dejarme retroceder ni un solo paso atrás y celebrar mis pequeñas victorias como propias. Gracias por tanto hermanos.

A los y las pacientes que compartieron sus vidas y experiencias, al personal médico del hospital CENARE, al Dr. Manuel Alvarado, a la Dra. Severita Carrillo y al Dr. Rodolfo Jiménez por sus aportes y perspectivas profesionales y a todas las personas que de algún modo aportaron para que este proyecto fuera posible.

Adrián González Villalobos

A María del Socorro, mi madre; a Víctor, mi padre; a mi hermano José Álvaro, por el apoyo, la paciencia, la tolerancia, por creer en mí, pero sobre todo por el amor que me han dado durante toda mi vida. Los amo.

A la familia González Villalobos, por el recibimiento cálido, afectuoso y sincero a su hogar y por las comodidades brindadas para poder trabajar tranquilamente. Les deseo lo mejor en todo momento.

A Adrian, mi compañero, de quién siempre aprendo. Gracias por tu tolerancia, paciencia, esfuerzo, intelecto, sinceridad, compañerismo y amistad. Por no dejarme desistir y en lugar de eso, apoyarme durante el proceso. Cualquier grupo desearía que formaras parte de él. Te quiero hermano.

A las personas que por alguna u otra razón ya no están en mi vida, pero me apoyaron en su momento.

A todas las personas que conocí durante el desarrollo del proyecto, pacientes y personal médico. Siempre voy a atesorar en mi corazón los aprendizajes que me otorgaron como ser humano.

Víctor Manuel Ureña Fernández

DEDICATORIA

A todas y todos los pacientes que compartieron sus vidas y su tiempo para que este proyecto fuera posible, gracias por dejar una huella de humanidad perenne en nuestros corazones.

DESCRIPTORES

Rehabilitación Cardíaca

Cerebro-Cardiovascular

Cardiopatía

Psicología de la Salud

Psicoeducación

Psicología Grupal

Grupos de apoyo

RESUMEN EJECUTIVO

El objetivo del presente proyecto de graduación para alcanzar el grado de Licenciatura en Psicología, fue potenciar el apoyo social en pacientes cardiopatas de fase II que asistieron al programa de Rehabilitación Cardíaca en el Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE) de Costa Rica, mediante una guía metodológica de grupos de apoyo, basada en el aporte de Psicología de la Salud y Psicología Grupal en el año 2019.

Se utilizó la metodología participativa, puesto que potencia el desarrollo de procesos grupales y de intervención social, fue la plataforma sobre la cual se basó el trabajo de campo del proyecto; enriqueciendo los procesos de interacción grupal haciéndolos más solidarios, respetuosos, inclusivos y afectivos.

Por otro lado, los objetivos específicos del proyecto se basaron en la identificación de las principales necesidades psicológicas y sociales, así como los recursos con los que cuentan los pacientes para afrontar su padecimiento; conocer las creencias y conocimientos que tienen los pacientes en relación al concepto de grupos y grupos de apoyo y por último diseñar una guía metodológica para la implementación de grupos de apoyo con dicha población.

Dentro de los principales resultados obtenidos se encuentra que la depresión es una enfermedad con un alto impacto en la vida de las personas cardiopatas, se podría considerar que hay una relación estrecha entre la cardiopatía y la depresión. Sumando a esto, el entorno familiar y social es fundamental para el proceso de rehabilitación, así como la adherencia al tratamiento, percibimos que los grupos sociales donde se desarrollan las personas cardiopatas afectan el proceso de

rehabilitación tanto en beneficio como en perjuicio, siendo en ocasiones elementos obstaculizantes.

Así mismo, los grupos de Rehabilitación Cardíaca desarrollan vínculos socio-afectivos, llegando a considerarse como una familia, propiciando espacios de escucha y expresión, así como contención entre pares, fortaleciendo la motivación y el sentido de pertenencia al grupo. Por estas razones, se comprueba la necesidad de crear, articular y gestionar grupos de apoyo paralelamente a las sesiones psicoeducativas para pacientes cardíacas dentro de los programas de rehabilitación cardíaca.

Cabe mencionar que, se cumplieron a cabalidad la mayoría de los indicadores de logro planteados para el cumplimiento de los objetivos del proyecto, como sería el caso de la asistencia constante de los pacientes cardíacas a las fases del proyecto, así como la contrastación del proceso de recolección de datos con relación a las entrevistas realizadas a los profesionales en salud consultados. La razón por la cual no se lograron concretar algunos indicadores, fue debido a la emergencia sanitaria del COVID-19.

Por último, dentro de las principales conclusiones del proyecto se encuentra que los temas fundamentales para la elaboración de una guía metodológica de grupos de apoyo para pacientes cardíacas son: depresión, dinámica familiar, autocuidado, comunicación asertiva, control del carácter, nutrición, sexualidad y autoconocimiento. Estos podrían ser temas base para una mejor profundización en la rehabilitación cardíaca, así como para la adherencia al tratamiento.

INDICE GENERAL

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1 JUSTIFICACIÓN.....	5
1.2 OBJETIVOS DEL PROYECTO	
1.2.1 Objetivo general	10
1.2.2 Objetivos específicos.....	10
1.3 APOORTE DE LA PSICOLOGÍA Y PROFESIONALES EN EL AREA.....	11
1.4 RESULTADOS GENERALES	12

CAPÍTULO II. REFERENTE CONTEXTUAL

2.1 CONTEXTO NACIONAL E INSTITUCIONAL:	15
2.2 DELIMITACIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA.....	18
2.3 DEFINICIÓN DEL GRUPO META.....	20

CAPÍTULO III. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

3.1 REFERENTE CONCEPTUAL	22
3.2 ANTECEDENTES.....	35
3.3 ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....	40
3.4 ETAPAS DE PROYECTO	
Etapa I: Contacto Inicial y Diagnóstico.....	45
Etapa II: Indagación conjunta sobre los grupos de apoyo.....	47
Etapa III: Diseño y validación de la guía metodológica de grupos de apoyo.....	49
3.5 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	51
3.6 FUNCIÓN DEL EQUIPO DE PROFESIONALES	54
3.7 MECANISMOS DE MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	55

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROCESO Y RESULTADOS OBTENIDOS.....	58
4.1.1 Contactos iniciales. Identificación de necesidades en la población.....	59
4.1.2 Etapa I.....	61
4.1.3 Etapa II.....	66
4.1.4 Etapas III.....	83
4.2 DISCUSION DE RESULTADOS.....	85
4.2.1 Necesidades Sociales.....	86
4.2.2 Necesidades Psicológicas.....	89
4.2.3 Perspectiva del Grupo y de los Grupos de Apoyo.....	92
4.2.4 Beneficios de los grupos de apoyo.....	97
4.2.5 Temáticas fundamentales y características de grupo de apoyo para la Guía Metodológica.....	101

CAPÍTULO V. CONSIDERACIONES FINALES

5.1 FACTORES OBSTACULIZADORES DEL PROCESO.....	104
5.2 PERSPECTIVAS A FUTURO.....	106
5.3 APRENDIZAJE.....	108
5.4 RECOMENDACIONES.....	110
5.5 CONCLUSIONES.....	111

BIBLIOGRAFÍA.....	114
--------------------------	------------

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado	119
Anexo 2. Presupuesto.....	122
Anexo 3. Herramienta de Monitoreo – Auto-evaluación de facilitadores.....	124
Anexo 4. Herramienta de Monitoreo - Valoración del taller por parte de participantes.....	125
Anexo 5. Cuestionario de Monitoreo para participantes del Plan Piloto.....	126
Anexo 6. Herramienta de Evaluación.....	127
Anexo 7. Tablas resumen – Herramienta de monitoreo por parte de pacientes.....	128
Anexo 8. Tabla resumen – Herramienta de auto-monitoreo por parte de facilitadores....	129
Anexo 9. Esquemas de Árbol de Problemas.....	130
Anexo 10. Sinopsis de Resultados de Árboles de Problemas.....	133
Anexo 11. Esquema de FODA.....	135
Anexo 12. Sinopsis de Resultados de FODA.....	138
Anexo 13. Indicadores de logro y productos.....	139
Anexo 14. Matrices de Grupos Focales.....	142
Anexo 15. Sinopsis de Grupos Focales.....	152
Anexo 16. Guía de Entrevista para profesionales.....	159
Anexo 17. Sistematización de Entrevista con Dr. Manuel Alvarado.....	160
Anexo 18. Sistematización de Entrevista con Dra. Severita Carrillo Barrantes.....	163
Anexo 19. Sistematización de Entrevista con Dr. Rodolfo Jiménez.....	166
Anexo 20. Cuadro Resumen de Resultados Generales.....	176
Anexo 21. Guía Metodológica para la implementación de Grupos de Apoyo.....	180

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1 JUSTIFICACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), las enfermedades cardíacas (cardiopatías coronarias, enfermedades cerebro-cardiovasculares, artropatías periféricas, cardiopatía reumática, cardiopatías congénitas, trombosis venosas profundas y embolias pulmonares) son la principal causa de muerte en todo el mundo, se estima que en el 2015 fallecieron alrededor de 17,7 millones de personas por esta causa; esto representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo.

En Costa Rica, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2019), denota que, dentro de las cinco primeras causas de muerte, las enfermedades del sistema circulatorio han constituido la principal razón. En el año 2019 se registraron un total de 6144 muertes por causas cerebro-cardiovasculares, siendo el infarto de miocardio la más mortal con un total de 1322 personas fallecidas. En el mismo año, el 80,19 % de estas muertes ocurrieron en personas de 65 años o más, lo cual impacta negativamente en el promedio de la esperanza de vida de la población costarricense, que corresponde a 82,7 años para mujeres y 77,6 años para hombres. De estas estadísticas se desprende que más de la mitad de estas muertes (un 53,48%), corresponde al sexo masculino.

Dentro de las enfermedades del sistema circulatorio mencionadas anteriormente, existen dos tipos de factores de riesgo que influyen en el desarrollo

de estas. Silva y Agudelo (2011) indican que el primer grupo son los factores de riesgo modificables, es decir, aquellas variables que se pueden modificar y cambiar para evitar el desarrollo o la continuidad del riesgo cardiovascular, por ejemplo, modificar hábitos alimentarios, sedentarismo, tabaquismo y consumo de otras sustancias como drogas y alcohol. El segundo grupo corresponden a los no modificables que se refiere a aquellos factores que distan al cambio, por ejemplo, la edad, el sexo biológico o etnia.

En el ámbito internacional, los programas de rehabilitación cardíaca (PRC) son abordados y estructurados de manera distinta en cuanto al orden de actividades, cantidad de sesiones y tipos de ejercicios. El Dr. Maroto (2009) coordinador de la Sociedad Española de Cardiología, y referente a nivel mundial de la medicina cardiovascular, lo engloba en tres ejes temáticos principales y lo nombra “Régimen Ambulatorio de Rehabilitación Cardíaca”. Este consiste en un proceso de aprendizaje tras sufrir eventos cerebro-cardiovasculares. Tiene una duración aproximada de dos a tres meses y comienza en la segunda o tercera semana del episodio agudo. Los pacientes acuden de forma ambulatoria, y realiza entrenamiento físico, sesiones de carácter psicosocial y pautas para el control de factores de riesgo.

Menciona como primer eje fundamental el entrenamiento físico, ya que este incrementa la capacidad física, reduce la isquemia miocárdica y reduce el deterioro ventricular. El protocolo de entrenamiento consiste en un esquema de tres días a la semana para realizar ejercicios físicos controlados consistentes en: fisioterapéuticos (estiramientos, movimientos de las distintas articulaciones,

abdominales, ejercicios del tren superior con pesas de 1 y 2 kg) durante 15-20 minutos. Seguido de entrenamiento, sobre bicicleta estacionaria o banda, de duración e intensidad progresivamente creciente hasta llegar a 45-50 minutos a las pocas semanas. Cabe mencionar que, el ejercicio dinámico se complementa con una rutina domiciliar de caminata o bicicleta en intensidades y distancias crecientes hasta llegar a una duración media de 60 minutos.

Asimismo, Maroto (2009) menciona como segundo eje fundamental la actuación psicológica. Describe que, en su unidad médica, se inicia con una entrevista individual efectuada por un profesional en psicología, esta incluye la aplicación de cuestionarios psicológicos que analizan ansiedad, depresión y patrón de conducta de tipo A. Los pacientes acuden a sesiones de relajación dos días a la semana y a terapia de grupo una vez a la semana. Cabe destacar que reciben tratamiento psicológico o psiquiátrico individualizado los pacientes que lo precisen.

Maroto (2009) expresa que:

Los fenómenos depresivos, el estrés, la ausencia de apoyo social y el patrón de conducta de tipo A, sobre todo algunas facetas del mismo como la hostilidad, han sido considerados factores de riesgo de la cardiopatía isquémica y, en ocasiones, desencadenantes de muerte súbita por elevación del tono simpático que favorecería la aparición de arritmias ventriculares letales en un miocardio isquémico. Los programas de rehabilitación cardíaca con actuaciones a nivel psicológico han demostrado menor incidencia de estos trastornos (depresión, ansiedad y altos niveles de hostilidad), con

aumento en la calidad de vida y disminución de isquemia por mejoría en la disfunción endotelial (p.7).

Por último, el autor menciona como tercer eje fundamental el control de los factores de riesgo. Recalca la importancia de la actuación intensiva durante los meses de asistencia al programa por parte de la psico-educación y la prevención secundaria. Esto con el objetivo de controlar la dislipidemia (niveles de lípidos), el síndrome metabólico, el sobrepeso, la diabetes, la hipertensión arterial y el cese del tabaquismo, ya que puede favorecer los resultados y debe formar parte de los PRC.

No obstante, dentro del modelo de Rehabilitación Cardíaca que se aplica a nivel nacional, y según las prácticas y observaciones realizadas, no existe un espacio exclusivo donde las mismas personas afectadas por alguna enfermedad cerebro-cardiovascular, puedan apoyarse, como podrían ser los grupos de apoyo, contando sus propias experiencias y acontecimientos vivenciales luego del evento o diagnóstico; como sucede, por ejemplo, con los pacientes sobrevivientes de algún tipo de cáncer (Morera et al, 2011). Además, es importante mencionar que los talleres psico-educativos, que se contemplan en la rehabilitación cardíaca, específicamente en fase II, movilizan en cada persona sentimientos desde la experiencia subjetiva, pero no son los espacios óptimos para que puedan expresarse libremente sobre sus vivencias, dado que el objetivo principal de los talleres es brindar información y orientación sobre aspectos psicológicos y emocionales con relación a la rehabilitación cardiovascular y su padecimiento.

Sumado a lo anterior Achury, Rodríguez-Colmenares, Agudelo-Contreras, Hoyos-Segura y Acuña-Español (2011) hacen énfasis en la importancia de la red de

apoyo social, como lo son los grupos, entendiéndose como un factor protector. Estos pueden brindar al paciente con enfermedad cerebro-cardiovascular una disminución del número de eventos adversos y de la posibilidad de nuevos episodios. Por tanto, disponer de una red de apoyo cumple varios propósitos, como la expresión de sentimientos, confirmación de creencias propias y motivación para expresión abierta de sentimientos; conclusiones similares a las de Morera et al. (2011) y García (2008).

Por otro lado, los grupos de apoyo pueden servir para que, personas que hayan vivido sucesos similares, puedan orientar, confortar o apoyar a otras personas que asistan al PRC desde su propia experiencia. Además, dichos grupos pueden favorecer una mejor adherencia al tratamiento y al proceso psico-educativo de las y los pacientes.

Es por esto que el presente proyecto propuso diseñar una guía metodológica que contuviera las temáticas fundamentales, propuestas por los mismos pacientes y validadas por especialistas, con el objetivo de fomentar espacios grupales de apoyo para los pacientes cardiopatas que están iniciando la fase II de rehabilitación cardiaca. Esto, procurando que logren consolidarse como grupo y se conviertan en agentes de su propio cambio, de manera que favorezca la adherencia al tratamiento y, además que, al finalizar su rehabilitación cuenten con las habilidades para auto gestionar sus necesidades de apoyo mutuo. La conformación de estos grupos de apoyo se pretenden realizar en el programa de Rehabilitación Cardiaca del CENARE. La participación tanto en los talleres psico-educativos como en estos espacios de apoyo grupal tiene el fin de propiciar que las personas que han sufrido

un evento cardíaco logren adaptarse a su condición de la manera más positiva posible y así alcanzar una mejor calidad de vida.

1.2 OBJETIVOS DEL PROYECTO

1.2.1 Objetivo general

Potenciar el apoyo psico-social en pacientes de fase II del Programa de Rehabilitación Cardíaca del Centro Nacional de Rehabilitación mediante una propuesta metodológica de grupos de apoyo.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar las principales necesidades psicológicas y sociales, que tienen los pacientes cardiopatas de fase II del Centro Nacional de Rehabilitación.
- Problematizar con los pacientes, conocimientos, creencias e ideas sobre los grupos de apoyo como agente coadyuvante a su proceso de rehabilitación cardiaca.
- Diseñar una guía metodológica para la implementación de grupos de apoyo con pacientes cardiopatas derivada de la experiencia vivida y aplicada en un plan piloto.

1.3 APOORTE DE LA PSICOLOGÍA Y PROFESIONALES EN EL AREA

Para entender los aportes que pueden hacer las personas profesionales en psicología dentro de los PRC y los grupos de apoyo, se debe comprender que los seres humanos, somos seres biopsicosociales. Esta perspectiva propuesta por Engel (1997) surge como crítica al modelo biomédico prevaleciente en ese momento y enmarca la relación que hay entre los factores biológicos (genética, fisiología, herencia biológica, sexo biológico, entre otros), psicológicos (procesos cognitivos, emociones y conductas) y sociales (socialización, oportunidades educativas, económicas entre otras) y como esta interacción afecta el estado de salud de las personas durante la vida. Estos tres ejes son incorporados dentro del protocolo de intervención de los PRC tanto a nivel teórico como práctico, siendo, por ejemplo, los biológicos considerados como factor de riesgo no modificable y los sociales y psicológicos como factores de riesgo modificables.

La psicología como ciencia que estudia los procesos cognitivos, conductuales y de interacción de los seres humanos, aporta en los PRC no solo para el entendimiento de la patología cardíaca, sino además para generar cambios en los modos de vida de las personas que padecen la enfermedad, desde diferentes saberes teóricos y prácticos, con el fin de propiciar un mayor y mejor manejo de las emociones, ansiedades, frustraciones, miedos, pensamientos, conductas y formas de interacción pudieron afectar su condición de salud. El rol de los profesionales en psicología, sería entonces, guiar y facilitar mediante los recursos teóricos técnicos necesarios, a nivel individual como grupal, la comprensión de las emociones,

conductas y pensamientos que interfieren o afloran a raíz del padecimiento cardiovascular.

Se podría decir que, aunque seamos entes individuales a nivel biológico, estamos inmersos en una dinámica grupal constante, nos vemos afectados por el ambiente en el que vivimos y las personas con las que convivimos, a nivel social. Ante esa dinámica, podemos inferir que las personas sienten, piensan y actúan de acuerdo a sus propias realidades y posibilidades. Por estas razones, el papel que juega la perspectiva psicológica es fundamental para los PRC y los grupos de apoyo, en tanto, se busca entender la génesis de la patología cardíaca desde realidades particulares, así como en el propio proceso de rehabilitación, buscando generar cambios significativos en los modos de vida de las personas para evitar una recaída, y para propiciar la adherencia al tratamiento, utilizando las herramientas y técnicas necesarias para el entendimiento, abordaje y proceso de construcción de conocimiento.

1.4 RESULTADOS GENERALES

A partir de los objetivos planteados, y la información que fue recopilada a lo largo del proyecto mediante técnicas y actividades participativas, se elaboró una propuesta metodológica para para potenciar el apoyo social y la adherencia al tratamiento en pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca del Centro Nacional de Rehabilitación. Dentro de los principales resultados obtenidos que se utilizaron para dicha propuesta se pueden rescatar los siguientes hallazgos:

- Se comprueba la necesidad de articular y gestionar grupos de apoyo para pacientes cardiopatas como una necesidad social y una necesidad psicológica. De manera que se gestionen espacios seguros de libre expresión paralelamente a los talleres psicoeducativos propios del programa.
- Se identificó la depresión como trastorno clave a considerar en pacientes que padecen enfermedades cerebro-cardiovasculares puesto que existe una cercana relación entre ambos padecimientos. Cabe mencionar que la depresión está presente tanto previo al evento cerebro-cardiovascular como posterior a este, por lo cual, se torna en un elemento de fundamental importancia ya que la depresión puede actuar como un factor de riesgo, o bien como en el producto de sufrir el evento.
- Los grupos del PRC desarrollan vínculos socio-afectivo, las personas que asisten al programa están comprometidos con una meta en común, y se describen como una “familia”. Además, brindan soporte, contención, escucha activa a sus participantes y de igual manera fomentan la motivación y el sentido de pertenencia.
- Los grupos del PRC promueven y fomentan la ayuda a sus pares, y por medio del aprendizaje vicario con las demás personas del grupo, el mismo posibilita dar y recibir apoyo.
- El entorno familiar y social de cada persona y el apoyo que reciben de las mismas pueden ser factores o entornos que propicien espacios positivos para la rehabilitación de la patología cerebro-cardiovascular, no obstante, a su vez

pueden representar factores que obstaculicen tanto la rehabilitación como su padecimiento.

CAPÍTULO II. REFERENTE CONTEXTUAL

2.1 CONTEXTO NACIONAL E INSTITUCIONAL

En Costa Rica, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) es el ente encargado de brindar atención integral de la salud y promover la conservación del individuo, la familia, la comunidad y el ambiente; asimismo la entidad cuenta con políticas específica, en el apartado de “Vigilancias de la Salud” se estipula que es la institución encargada de la reducción del riesgo de enfermar o morir por causas cardiovasculares (MIDEPLAN, s.f).

La CCSS cuenta con alrededor de cinco instituciones: Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE), Hospital San Vicente de Paul, Hospital San Juan de Dios, Hospital México y Hospital San Rafael de Alajuela, que implementan programas de Rehabilitación Cardíaca, los cuales, mantienen un modelo tradicional de programa de rehabilitación que consiste en un total de 3 fases, como detallan Hütt y Salas (2015). Sin embargo, cabe mencionar que existen algunas instituciones fuera de la seguridad social que brindan el servicio como por ejemplo el Centro de Rehabilitación Cardiovascular, programa de las Escuela de Ciencias del Movimiento Humano y Calidad de Vida.

La Rehabilitación Cardíaca (RC) se define como “el conjunto de intervenciones multifactoriales realizadas para optimizar la salud física y psíquica del cardiópata y para facilitar su integración social. También destinadas a estabilizar, enlentecer y

lograr la regresión de la ateromatosis, consiguiendo así reducir la mortalidad y morbilidad de estos pacientes.” (Maroto, 2009, p.26)

Asimismo, Maroto (2009) señala que los objetivos de la RC deben ser divididos en dos categorías las cuales se presentan a continuación:

De carácter general y de calidad de vida:

- Facilitar el control de los factores de riesgo.
- Mejorar la capacidad física.
- Evitar posibles alteraciones psicológicas.
- Normalizar las relaciones socio-familiares y sexuales.
- Facilitar la reincorporación laboral.

De carácter pronóstico:

- Disminuir la morbilidad. (reinfarto, angina, insuficiencia cardiaca etc...).
- Descenso de la mortalidad.

La primera fase o también llamada fase intrahospitalaria se inicia cuando el paciente es ingresado e intervenido (farmacológica o quirúrgicamente) en el centro médico debido a su evento cerebro-cardiovascular. El objetivo de esta fase es la estabilización de los pacientes que han sobrevivido al evento cerebro-cardiovascular para que logren, posteriormente, iniciar la fase II de la rehabilitación.

La segunda fase es ambulatoria y tiene como objetivo monitorear, bajo el control de profesionales en salud, el ejercicio físico que realizan los pacientes, con las rutinas de ejercicios que ha sido creada específicamente para cada uno de las y los pacientes. Las rutinas se aplican de manera progresiva, es decir, aumentando la

intensidad y el tiempo de duración, conforme avanzan las semanas. La duración de esta fase es de 3 meses aproximadamente, en la gran mayoría de Centros Hospitalarios de Costa Rica anteriormente mencionados.

Sumado a las sesiones de ejercicios y formando parte del protocolo de la Rehabilitación Cardiovascular, se imparten talleres psico-educativos, los cuales se realizan después de las sesiones de ejercicios y en donde se abordan temáticas como ansiedad, depresión, conductas favorables, no favorables para la salud, factores de riesgo modificables y no modificables y estrategias de afrontamiento al padecimiento. Dichos talleres son de fundamental importancia, debido a los componentes psicológicos, emocionales y sociales que entran en juego, no solo en la génesis de la patología cardíaca, sino también en el proceso de prevención y rehabilitación propiamente. Es justo en esta fase donde contar con espacio para grupos de apoyo se torna de vital importancia para el buen curso de la rehabilitación cardíaca, en tanto favorece el desarrollo de recursos personales para la adaptación psicológica a la nueva condición de salud, e incluso el sentido de grupalidad

La fase III de los PRC es de mantenimiento. Consiste en que los pacientes continúen realizando o mantengan, de la manera más sostenida posible, los ejercicios, además de los hábitos alimentarios, comportamientos saludables y estrategias o herramientas psicológicas que han sido desarrolladas en la segunda fase. Esto con la finalidad, no solo de reducir los factores de riesgo asociados con la enfermedad, sino además, que por sí mismos, pueda realizar actividades básicas de la vida diaria con la menor ayuda o asistencia posible.

2.2 DELIMITACIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

A partir de la experiencia derivada de las prácticas realizadas en los cursos de “Psicología Grupal”, “Psicodiagnóstico II”, “Diseño, Gestión y Evaluación de Proyectos” y la “Práctica Profesional Supervisada” en el periodo de 2014- 2016, las mismas englobadas en el proyecto UNA intervención psicológica en rehabilitación cardiaca, nace el interés de trabajar en conjunto con los Programas de Rehabilitación Cardiaca. Se realizó un diagnóstico participativo, por medio de las herramientas grupales, en el Hospital San Rafael de Alajuela con las personas que asistían al PRC. Se concluyó que uno de los principales problemas identificados por dicha población, responde a la carencia de espacios óptimos de expresión, para ellos mismos. Estos espacios grupales se plantean como necesarios para abarcar temáticas relacionadas, tanto directa como indirectamente, con su evento cardiaco. Aspectos como las preocupaciones familiares o preocupaciones económicas, por poner algunos ejemplos, no son posibles de abordar durante los talleres psicoeducativos, pues los objetivos centrales de los talleres consisten en brindar información y orientar a las y los pacientes en la rehabilitación cardíaca, con relación a sus modos de vida y factores de riesgo tanto biológicos, como conductuales y psicológicos.

En el caso de pacientes que asistieron al PRC del Hospital San Rafael de Alajuela, se confirmó que muchos de los pacientes no recibían terapia psicológica, ni de manera individual, grupal o familiar, por lo que el aporte de un grupo de apoyo podría representar un espacio en el cual los y las pacientes puedan externar sus emociones, preguntas o inquietudes con respecto al evento cardiaco y expresar

cómo éste afectó en las múltiples facetas de su vida. Asimismo, el espacio les brindaría la oportunidad de compartir experiencias tanto placenteras como dolorosas, dentro de un grupo de personas que podrían contener y dar apoyo desde su propia experiencia, lo cual representaría una herramienta mediante la cual sería posible compartir, descargar o alivianar sus preocupaciones tanto previas como paralelas a la condición cardíaca que presentan.

Los pacientes con los que se efectuó el diagnóstico reconocen, la importancia de la implementación de un grupo de apoyo, tanto para el contacto físico y socialización de sus vivencias, como para compartir sus preocupaciones diarias, obtener con sus compañeros y compañeras palabras de aliento que les podrían ayudar a seguir adelante, por lo que la mayoría expresó que estarían dispuestos a asistir a un grupo de apoyo si estuviese conformado, ya que ayuda a la motivación y empatía con otros que han pasado por la misma situación.

Entre los temas que propusieron podrían ser abordados en un grupo de apoyo señalan: cuidado de sí mismo, alimentación, implicaciones de la falta de ejercicio, revisión de los sentimientos, así como la aceptación de las diferencias con las demás personas. Cabe mencionar que se abordarían sólo los aspectos relacionados con la psicología y en el caso de ser necesario algún tipo de apoyo específico como lo es nutrición o medicina, se buscaría una persona experta en el área.

Finalmente, se identificó que los pacientes están conscientes de sus oportunidades para generar cambios de actitud o cambios a nivel interno, con respecto a su evento cardíaco con ayuda del PRC. Por tanto, el presente proyecto

buscó corroborar la necesidad de los pacientes, explorar las temáticas más importantes que deben tratarse en los grupos de apoyo y finalmente colaborar con una guía metodológica para la conformación de grupos de apoyo como producto concreto, que aporte a una mejor adherencia al proceso de rehabilitación, todo enmarcado desde los enfoques de la Psicología de la Salud y la Psicología Grupal, por medio de la metodología participativa.

2.3 DEFINICIÓN DEL GRUPO META

El proyecto estuvo dirigido a población que haya sufrido un evento cerebro-cardiovascular y que participe del programa de Rehabilitación Cardíaca del CENARE. El grupo meta específico del proyecto se concentró en los pacientes que asistieron a la fase II del PRC de dicho centro. Los pacientes que se encontraban en esta fase, oscilan en edades entre los 30 y 80 años, de distintos lugares de procedencia y condición socioeconómica, sin distinción de sexo o etnia.

Las personas que han sobrevivido a un evento cerebro-cardiovascular se caracterizan por sufrir altos niveles de estrés y ansiedad, además, usualmente, presentan pensamientos irracionales ligados a su condición. Según Achury et al. (2011), los sentimientos que pueden llegar a experimentar los pacientes que sufrieron una enfermedad cerebro-cardiovascular son ira, ansiedad, estrés, hostilidad y depresión. Dichos sentimientos podrían llegar a modificar las actividades diarias de las personas e intervenir en el cumplimiento adecuado del tratamiento, en la dificultad de cambiar factores de riesgo modificables, como realizar cambios en el modo de vida, o seguir las recomendaciones dietarias; lo que

podría desembocar en que la rehabilitación sea más lenta, más difícil y, por ende, menos exitosa.

En el caso particular del presente proyecto, se trabajó con pacientes que ingresaron a la Fase II del PRC del año 2019, se trabajó con un máximo de 20 personas por grupo. La fase II consiste en monitorizar el ejercicio y reducir de forma intensiva los factores de riesgo de los pacientes por medio de actividad física, acompañadas de sesiones semanales de psicoeducación de temas seleccionados especialmente para este tipo de padecimiento. Dicho esto, los beneficiarios directos fueron los y las pacientes participantes del PRC, los beneficiarios indirectos fueron las familias o allegados a los pacientes, ya que las instituciones en salud concientizan sobre el padecimiento y medidas que pueden ser aplicadas a manera de prevención. Asimismo, dichas instituciones mantienen en un monitoreo constante a los pacientes cardiopatas previniendo recaídas y posibles hospitalizaciones.

CAPÍTULO III. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

3.1 REFERENTE CONCEPTUAL

En el presente apartado se rescatan los planteamientos teóricos básicos que sirvieron como guía para la realización del proyecto. Se partió desde los conceptos de necesidades sociales y psicológicas para la etapa inicial, seguidamente con el enfoque de la Psicología de la Salud como campo de acción de la psicología, en el que se enmarca este proyecto, atendiendo a las aristas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. A su vez, se infiere que con la culminación de esta propuesta metodológica de grupos de apoyo se aportaría a la promoción de estrategias protectoras y de autocuidado en la población participante, por un lado, desde la movilización del grupo como cuerpo autorregulador del bienestar emocional y por otro lado hacia la prevención de recaída como recurso esencial de la rehabilitación cardíaca. Como soporte teórico-metodológico indispensable se recurrió a los principios de la Psicología grupal en articulación con la propuesta de intervención que ofrece los Grupos de apoyo y algunos elementos del aprendizaje social.

Necesidades Sociales y Psicológicas

Se identificaron las **necesidades sociales** de los pacientes cardiopatas como concepto clave para la elaboración de las herramientas diagnósticas de la etapa I del presente proyecto. Se entienden como los factores objetivos indispensables para la supervivencia y la integridad psicofísica de los seres

humanos (Ballester, 1999, citado por Herraiz y De Castro, 2013). Al profundizar en los requisitos que el constructo teórico de necesidades sociales básicas debe poseer, consideraremos que hace referencia a los factores objetivos indispensables para el mantenimiento de la vida y la reproducción social.

Igualmente, Herraiz y De Castro (2013) señalan que el origen y naturaleza de las necesidades básicas es social, puesto que constituyen un requisito indispensable para la plena integración y participación social. La cobertura de las mismas no es arbitraria, ya que su no cobertura supone un perjuicio para el individuo. No son contingentes ni relativas, no caducan cuando se satisfacen y, aun así, se seguirán necesitando. Tampoco son finitas ni se agotan porque nunca llegan a satisfacerse completamente. El concepto teórico de necesidades sociales permite tomar en consideración tanto los aspectos individuales como estructurales que pueden generar y configurar las situaciones de necesidad social; además, permite integrarlos en la conceptualización de las situaciones sociales concretas.

Se enfatiza dentro de la teoría que fundamenta este proyecto que para poder desarrollar una adecuada adaptación al entorno se deben cumplir tres **necesidades psicológicas** nombradas como básicas que se aplican tanto en la adolescencia como en toda la vida adulta, estas necesidades constan de 3 factores: la competencia (la necesidad de interactuar de forma óptima con el contexto), la autonomía (sentirse capaz de liderar su vida) y las relaciones sociales (deseo de generar una conexión con los demás de manera armoniosa) (Deci y Ryan, 2021).

De la misma forma los autores las definen como una sub teoría en donde convergen el bienestar, la integridad y el crecimiento psicológico, estas están

fundamentados en la satisfacción de los factores de necesidad de autonomía (poder vivir de acuerdo a sus deseos y valores), necesidad de competencia (interactuar con los demás de forma íntegra y eficaz, manteniendo el equilibrio en relación con el otro) y necesidad de relaciones interpersonales (necesidad de conexión y vínculos con los demás).

Asimismo, refieren que el concepto de necesidades psicológicas ha recibido menos atención y aceptación a diferencia de propiedades esenciales fisiológicas. En este punto, se hace la aclaración de que las necesidades psicológicas expresadas por parte de los pacientes, deben ser trabajadas en tanto, surgen como detonantes de su padecimiento cardiovascular, así como de su proceso de rehabilitación. Cuando las necesidades son satisfechas, promueven el bienestar tanto a nivel fisiológico como psicológico, pero cuando no se trabajan, pueden desencadenar consecuencias negativas.

Psicología de la Salud

Para Morales (2012) la **psicología de la salud** es la rama de la psicología que se dedica al estudio de los aspectos subjetivos y de comportamiento que afectan al proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud. La psicología de la salud se interesa por el estudio de aquellos procesos psicológicos que son determinantes en el estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación. Asimismo, discurre sobre las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en los servicios de salud. Contempla

diversas acciones para la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y sus secuelas psicológicas, así como, acciones para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de quienes los reciben. La definición que ofrece Morales se ajusta en gran medida a la orientación que tuvo el proyecto, enfocándose si no en todos los componentes descritos, directamente, sí de forma amplia en el proceso salud-enfermedad en una población que aunque estaba ubicada en el nivel de rehabilitación de la enfermedad cardíaca, en varias dimensiones de su condición podía atender a acciones concretas a nivel preventivo y de promoción, así como posicionarse de manera más saludable en el aquí y ahora de su condición de salud.

La **promoción** de la salud se instaura en este proceso como un eje fundamental, en tanto desde sus principios es posible orientar y desarrollar intervenciones que potencien la práctica de buenas conductas de salud, modificando todas aquellas conductas que resultan destructivas de la misma área (Taylor, 2007). Es importante mencionar que las conductas de salud se entienden como “conductas que adoptan las personas para mejorar o conservar la salud” (Taylor, 2007, p. 47). Aquellas que se consideran como inapropiadas son las que con mucha facilidad vienen en detrimento de la salud, provocando enfermedades.

La Organización Panamericana de la Salud (s.f) señala que la promoción de la salud implica una manera particular de colaborar: se basa en la población, es participativa, es intersectorial, es sensible al contexto y opera en múltiples niveles. Dichas características son claves del presente proyecto, aunadas con el trabajo

grupal y la psico-educación. Es por ello que se comparte un objetivo en común, el de potenciar las buenas prácticas para incrementar el control sobre la salud.

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

El mismo autor señala de igual manera la **prevención de la recaída**, como estratégica, ya que trabaja en el hecho de que las personas puedan determinar qué situaciones pueden propiciar la recaída y desarrollar habilidades de afrontamiento que les permita gestionar de forma eficiente los eventos estresantes. Basándose en que los sentimientos de autocontrol producen una adherencia exitosa y que contar con estrategias de afrontamiento personales aumenta la sensación de tener las cosas bajo control (Taylor, 2007), el abordaje en estas áreas se torna necesario en la rehabilitación cardiaca, en tanto gran parte del proceso radica en el grado de implicación y compromiso que adquieren las personas insertas en el programa. Tal compromiso se acentúa a medida que avanza el proceso de psicoeducación de las fases del PRC.

Asimismo, cabe destacar el concepto de **adherencia terapéutica** ya que es un factor determinante en los y las pacientes que han sufrido un evento cerebro-cardiovascular. Martin (2004) señala que este concepto, suele circunscribirse casi

exclusivamente al uso de los medicamentos por parte del paciente, de una forma determinada, pero debe ser considerado como un concepto amplio, que incluye aspectos higiénico–sanitarios, como seguir una dieta, no fumar, realizar ejercicios físicos regularmente, evitar el estrés, no tomar o al menos no abusar del alcohol, realizar visitas médicas periódicas y cumplir con las citas de seguimiento, programadas como parte del propio tratamiento.

Cabe mencionar que la psicoeducación en el amplio panorama interventivo que ofrece la psicología de la salud, según Lemes y Ondere Neto (2017) remite a las herramientas psicológicas y pedagógicas con el fin de enseñar a los pacientes y cuidadores sobre la condición física y/o psíquica, así como su tratamiento. Así que se puede desarrollar un trabajo de prevención y de concienciación sobre la salud. Asimismo, sugiere la práctica de esta técnica en contextos como: cuidados paliativos, enfermedades crónicas, terapia de grupo y salud pública. A partir de los resultados y de la discusión, parece que la psicoeducación es una técnica que tiene aplicaciones en muchas áreas de la salud, que abarca trastornos psicológicos y enfermedades orgánicas. Es por ello que la psicoeducación se vuelve una técnica invaluable para el PRC y para aquellas personas que padecen una enfermedad cerebro-cardiovascular.

Se ha evidenciado que conforme avanzan en su proceso de rehabilitación los pacientes cardiopatas aumentan sus conocimientos en torno a su patología y su proceso de adaptación comienza a verse enriquecido por nuevos elementos de regulación emocional que van permitiendo el desarrollo de mayor autonomía y compromiso frente a su salud. El trabajo grupal que ofrece la psicoeducación acerca

a las poblaciones a un sentido de pertenencia que les permite vincularse y autorregularse respecto a emociones, vivencias, demandas, temores, recursos, necesidades, se reconocen como entes activos de un proceso que en el grupo adquiere un espacio compartido con muchas más aristas para ser potenciadas. De ahí el aporte que ofrece la Psicología de los grupos y la línea estratégica de apoyo social de los grupos de apoyo.

Principios de la psicología de grupos y los Grupos de Apoyo como herramienta de acompañamiento a la rehabilitación cardíaca

El proyecto se propuso trabajar la salud desde lo colectivo, por lo que el abordaje de la psicología social y más específicamente la psicología grupal, se constituyó en elemento fundamental. Dar una sola definición al constructo “grupo” resulta complejo en tanto existen diversas perspectivas que giran en torno al mismo. Sin embargo, Casal et al. 2012 (p.49) definen el grupo desde 3 desde perspectivas que se vinculan, las cuales son, la identidad en el grupo definida como “dos o más individuos que comparten una identificación social de ellos mismos o se perciben a sí mismos como miembros de una categoría social”. Suman a su vez la perspectiva de estructura social de grupo como un “sistema organizado de dos o más individuos que llevan a cabo alguna función, relaciones de rol entre miembros y un conjunto de normas que regulan la función”. E incluyen la variable de interdependencia definiéndola como “un conjunto de personas que interactúan de forma regular, tienen vínculos afectivos, comparten un marco de referencia común y son interdependientes conductualmente”.

Por lo tanto, como se puede apreciar el concepto de grupo abarca diferentes posturas igualmente importantes, como lo son la identificación al grupo, la organización para regular y llevar a cabo una función, y la relación interdependiente entre las personas que forman el grupo, esto que se logra apreciar en los grupos de PRC, en donde los pacientes se sienten identificados por su condición de salud pero también hay un nivel de compromiso para lograr rehabilitarse de la mejor manera y dentro de este proceso, se crean vínculos afectivos que pueden propiciar a la adherencia al tratamiento.

En el caso de los **grupos de apoyo**, éstos se han considerado como “recursos de apoyo social desarrollados para hacer frente a las secuelas psicológicas y sociales derivadas del diagnóstico y tratamiento de una enfermedad grave y crónica” (Durá y Hernández, 2003, p. 21) para efectos del proceso desarrollado, posibilitó grandes insumos.

Los grupos de apoyo han sido definidos por Canals (2002) como pequeños grupos formados por personas a las que afecta un problema común, se reúnen de forma voluntaria para una finalidad concreta, con el deseo de cambio personal o social, piensan que sus necesidades no las resuelven las instituciones existentes. El grupo les ofrece la oportunidad de compartir experiencias, conocimientos, fuerzas y esperanzas para afrontar sus conflictos.

Para tener un mejor entendimiento de qué es un grupo de apoyo, cabe resaltar sus principales características. Según (Rivera, 2003) los grupos de apoyo están formados por un conjunto de personas que se interrelacionan e interactúan entre sí en un espacio colectivo. Reconocen que existe algo en común, como es el

caso de los PRC, el padecimiento cardiaco. El grupo puede constar de un número mínimo de dos personas o hasta 20, esto en el caso particular de los PRC. Existe una persona profesional que facilita el proceso de las sesiones tanto de rehabilitación o ejercicios físicos, como en los talleres psico-educativos y la interacción se podría basar tanto en el padecimiento en si mismo, como tal hasta en las repercusiones a nivel físico, mental, emocional, social, económico y espiritual que pueda tener la persona por su propia experiencia.

Los grupos de apoyo, por su parte, ofrecen un espacio y un sentido de pertenencia, abre la oportunidad para que las personas se puedan expresar, compartir, además, brinda seguridad de contención a nivel emocional y social entre los participantes.

Entre los beneficios obtenidos por quienes forman parte de este tipo de grupos, Canals (2002) y Durá y Hernández (2003), mencionan:

- Cada persona puede hallar una recuperación integral, al mismo tiempo que ayuda a las y los otros de forma solidaria, igualitaria y recíproca a lograr su propia recuperación.
- Por medio de la tarea realizada las personas son capaces de armonizar y perfeccionar sus capacidades y habilidades.
- Pueden intercambiar experiencias, ideas, sentimientos, opiniones, creencias, de tal manera que lleguen a mejorar su estilo y calidad de vida, al mismo tiempo que las y los demás integrantes lo hacen.
- Favorecen la interacción social frente a frente, responsabiliza a las y los integrantes del grupo por esta interacción.

- Cubren necesidades equivalentes a las de la familia, les brinda la oportunidad de compartir sus experiencias, conocimiento, deseos y esperanzas, para sobrellevar las secuelas y cambios.
- Generan vínculos entre sus integrantes, pues tienen una experiencia en común, produciendo sentimientos de empatía.
- Propicia el uso de la denominada “risa curativa o terapéutica” destacando la importancia del sentido del humor para fortalecerlos y contrarrestar lo doloroso de la experiencia en común.
- Brinda la oportunidad, a personas recién diagnosticadas, de conocer a sobrevivientes de la enfermedad, generando esperanzas respecto al futuro ante “la posibilidad de ver a otras personas que en su misma situación han conseguido una calidad de vida íntegra, buenas relaciones de amistad, etc.” (Durá y Hernández, 2003, p.23).
- Posibilitan dar y recibir apoyo ya que en un principio las personas que acuden al grupo necesitan apoyo del resto, pero con el paso del tiempo sienten también la necesidad de proporcionar dicho apoyo a los demás; existen asimismo integrantes cuyo único fin al integrarse en un grupo es proporcionar ayuda a los demás (Durá y Hernández, 2003, p.23).

Adicionalmente, estos grupos ofrecen a sus integrantes “... sus propios modelos para enfrentar con éxito los problemas comunes” (Canals, 2002, p.62), lo que fomenta el desarrollo y habilidades de afrontamiento ante la vida como personas que padecen de una cardiopatía.

Sumado a lo anterior, según Ferrari, Rivera, Morandé y Salido (2000) las aportaciones de los grupos de apoyo en la salud mental han ido en aumento durante las últimas dos décadas, sobre todo en la atención orientada a personas con enfermedades físicas y psicológicas, por esta razón, desde sus orígenes, estas redes de apoyo y ayuda mutua han creado una filosofía que desarrolla, estimula y reconoce el poder de las personas para ayudarse, pero además, para ayudar a otras personas a afrontar sus problemas por sí mismas. De esta forma, tras el grupo de apoyo se trataría de cumplir el paradigma de la autoayuda tomado desde los sistemas profesionales, al cambiar el objeto de intervención de: “persona en necesidad de ayuda” a “persona que puede ayudar”, resignificando la experiencia personal de sufrimiento o rehabilitación en un potencial de ayuda para sí misma y para otros.

El incremento de los grupos de apoyo se ha reflejado sobre todo en el campo de la salud mental y física, como lo son los grupos de personas con enfermedades como diabetes o el cáncer [Sánchez Vidal citado por Ferrari et al. (2000)]; los factores que originaron y aún se mantienen vigentes para la creación de estos grupos son: 1- La afiliación social como tendencia básica motivacional del comportamiento humano. 2- Desintegración social y rupturas o cambios en las redes sociales naturales. 3- Por insuficiencias y fallos de los sistemas de ayuda profesional, que no son capaces de responder a las necesidades psicosociales de las personas.

Dicho esto, los grupos de apoyo pueden ser una oportunidad para que, en primera instancia, brinden una contención en caso que alguno de los miembros lo

requiera, esto porque son momentos donde las personas pueden abrirse y expresar sus ideas y sentir que el grupo, al tener la misma identificación, en lugar de minimizarlo, más bien le apoye y contenga. En segunda instancia, las personas que, por la razón que fuese, llegaran al PRC, podrían tener y brindar perspectivas de su propia vivencia, a las personas que forman parte del mismo grupo y que quizá no hayan podido tomar en consideración. Esto se nota dentro de los talleres psicoeducativos de los PRC, donde se pueden abrir espacios para que las personas puedan compartir sus pensamientos, su sentir y a su vez, enriquecer o movilizar a otros individuos mediante sus propias experiencias o conductas, siendo los grupos de apoyo una herramienta no solo de contención, sino de aprendizaje.

Aprendizaje Vicario u Observacional como recurso para el desarrollo de conductas autoprotectoras de la salud cardiovascular

El aprendizaje vicario o aprendizaje por observación es un concepto fundamental en los grupos de apoyo, pues deriva en comportamientos que desarrollan los participantes al interactuar con los otros. Bandura (1987) señala que, mediante la observación de la actuación de los demás, los observadores pueden adquirir habilidades cognitivas y nuevos patrones de conducta. El aprendizaje puede consistir en patrones diferentes, criterios de evaluación, competencias cognitivas y reglas generativas de nuevas conductas (Bandura, 1987). Sumado a lo anterior, menciona que los tipos de modelos que prevalezcan en un medio social determinarán en parte las cualidades que serán activadas de forma selectiva, de entre todas las posibles a elegir. La influencia del modelaje puede actuar como

instructora, desinhibidora, facilitadora, incrementando los estímulos y activando las emociones (p.71).

Esta técnica consiste en que “el sujeto observe la conducta de un modelo y la imite...” (Olivares & Méndez, 1998, p.193), con el objetivo de aprender nuevas formas para responder a algún estímulo, ampliando el repertorio de respuestas que ya existen para la ejecución de conductas provenientes de un tercero o un colectivo. En el caso de los Programas de Rehabilitación Cardíaca, el modelaje de este tipo se puede apreciar en los pacientes, en diferentes ámbitos e inclusive de maneras sutiles, tanto en las sesiones psicoeducativas, como de ejercicio, pudiendo potenciar el aprendizaje o bien reforzando conocimiento y conductas mediante el compartir sus vivencias, conocimientos, experiencias y opiniones, asimilándolas y valorándolas.

Es decir, una vez dentro de los PRC, las y los pacientes, dentro de la dinámica grupal, se pueden ir moldeando, según las características propias y únicas tanto de las personas que pertenecen al grupo, como del grupo en su totalidad, en aspectos relacionados con sus emociones, sus vivencias así como del cuidado físico debido a su padecimiento, se podría decir entonces que este moldeamiento por medio del aprendizaje observacional, se da de manera recíproca, tanto a nivel individual como colectivo donde todas y todos aprenden y aportan por y para los demás.

3.2 ANTECEDENTES

En el presente apartado se exponen investigaciones previas, tanto a nivel nacional como internacional, con el objetivo de profundizar sobre los aspectos esenciales de la Rehabilitación Cardíaca, así como los grupos de apoyo.

A manera de introducción, los programas de Rehabilitación Cardíaca son recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a finales de los años sesenta (1964 y 1968) y actualmente Dalal, Doherty y Taylor citados en Rocha-Nieto, Herrera-Delgado y Vargas-Olano (2017) los definen como:

Programas integrales, a largo plazo, que involucran evaluación médica, la prescripción de ejercicio, la modificación de factores de riesgo cardíacos, educación y asesoría. Estos programas se diseñan para limitar los efectos fisiológicos y psicológicos de la enfermedad cardíaca, disminuir el riesgo de muerte súbita o reinfarto, controlar síntomas cardíacos, estabilizar o revertir el proceso aterosclerótico y aumentar el estado psicosocial y la orientación profesional de pacientes seleccionados (p. 64).

En Costa Rica no se cuenta con investigaciones que contemplen los efectos de la implementación de grupos de apoyo en poblaciones con enfermedades cerebro-cardiovasculares, menos aún, que logren integrar dichos grupos en el área de la psicoeducación y la rehabilitación. Sin embargo, se encontraron investigaciones relacionadas donde se expone la importancia del abordaje psicológico en personas que han vivido un evento cardíaco.

Sánchez (2009) señala, entre sus principales hallazgos, que la ira y la hostilidad son factores de riesgo de orden psicosocial que favorecen el padecimiento de enfermedades coronarias. Se encontraron entre pacientes que sufrieron un evento cerebro-cardiovascular, altos índices de ira y agresión verbal posterior al evento. En esta misma línea, Núñez (2015) pone en manifiesto cómo la hostilidad es un rasgo cognitivo de la personalidad que implica creencias y actitudes negativas hacia los demás o hacia la misma persona, que requieren un tratamiento psicológico debido a que se detectaron resistencias en la identificación de sentimientos y alexitimia (incapacidad de expresar sus emociones). Esto hace evidente, cómo los factores de riesgo psicológicos tienen repercusiones directas en las patologías cerebro-cardiovasculares y muestra un campo de acción donde se puede intervenir desde la psicología.

Por otro lado, se ha demostrado que los pacientes que completan todas las fases de la Rehabilitación Cardíaca tienen una mejoría sustancial. De acuerdo con la investigación de Gamboa (2016), al finalizar el programa se mejoró a nivel físico la capacidad funcional y el consumo máximo de oxígeno de los pacientes con enfermedad arterial coronaria y al mismo tiempo fue efectivo en mejorar el estrés percibido y los estados de ánimo: vigor, fatiga y tensión. No obstante, Barquero y Rojas (2010) señalan que, a pesar de que los programas existentes dan buenos resultados, tanto físicos como psicológicos, deben mejorarse en lo que respecta a la prevención de factores de riesgo y la modificación de modos de vida en general, lo que abre la puerta a optimizar dichos programas para lograr mejorar la calidad de vida en los pacientes que reciben este tipo de atención.

Cabe señalar que tanto Sánchez (2009) como Núñez (2015) encontraron una correlación entre la dimensión de ira y la categoría adaptativa de las estrategias de afrontamiento en la rehabilitación cardiaca, la cual está conformada por el afrontamiento activo de problemas, la búsqueda de apoyo social, concentración de esfuerzos para resolver situaciones, reinterpretación positiva, el crecimiento personal y reestructuración cognitiva para enfrentar las situaciones estresantes que experimentaron. Dichas relaciones pueden ser abordadas desde la psicología, sobre todo la dimensión de apoyo social que está relacionada intrínsecamente con los grupos.

Con relación a la aplicación de grupos de apoyo como metodología de trabajo con pacientes con algún tipo de enfermedad en Costa Rica, destaca el estudio sobre grupos de apoyo mutuo con sobrevivientes de cáncer efectuado por Morera, Pérez y Ulate (2011) en este se menciona que el trabajar en grupos es una forma muy eficaz para orientar, reorganizar sentimientos, relaciones y la posibilidad de un nuevo modo de vida, dentro de las posibilidades. Además, en el grupo de apoyo las personas son capaces de armonizar y perfeccionar sus capacidades y habilidades; también pueden intercambiar experiencias, ideas, sentimientos, opiniones, creencias; de tal manera que lleguen a mejorar su modo y calidad de vida. Esto evidencia cómo el trabajo en grupo provee de una herramienta importante que puede ser implementada en los programas de rehabilitación cardiaca existentes, donde cada paciente puede alcanzar una recuperación integral, al mismo tiempo que ayuda a sus compañeros y compañeras de forma solidaria e igualitaria a lograr su recuperación.

Desde el ámbito internacional y, haciendo eco a lo anterior, García (2008) desde su trabajo con pacientes cardiopatas, expresa que se debe tomar en cuenta que los estados alterados del ánimo de los pacientes ocasionan en ellos un mal procesamiento de la información; esto puede llevarlos a presentar aparte de su patología base, alteraciones como estrés, depresión, ansiedad, etc. Sin embargo, el conocimiento de la enfermedad, la motivación y la pertenencia a grupos de apoyo son sumamente importantes, ya que mejoran el proceso de adaptación a los cambios en los modos de vida (como la realización de ejercicio y las dietas especializadas). La investigación mostró que estos factores tienen una influencia fundamental en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

De acuerdo con Rocha-Nieto, Herrera-Delgado y Vargas-Olano (2017) para que los programas de rehabilitación cardíaca funcionen de manera óptima deben estructurarse en cuatro componentes específicos: sesiones educativas, sesiones psicológicas, actividades transversales (ejercicio físico) y actividades de seguimiento (visita a domicilio). Las fases intrahospitalarias deben estructurarse en 14 sesiones, seis educativas y ocho psicológicas, haciendo énfasis en que aquellas actividades del ámbito de la psicología siempre deben ser en modalidad grupal, ya que refuerzan los distintos tipos de autoeficacia y autorregulación que pueden enseñarse, entrenarse o desarrollarse en la población adulta, los cuales juegan un papel importante en el cambio y mantenimiento de conductas saludables.

Cabe destacar que, en contraposición con lo anterior, López et al. (2014) indican que en general los beneficios de la rehabilitación cardíaca tradicional son

transitorios, debido al abandono y a la escasa duración de la intervención, y que los efectos que perduran en el tiempo son aquellos de composición corporal, por ello realiza una apuesta hacia los hábitos dietéticos y consejo nutricional a los pacientes de rehabilitación cardíaca por un periodo mínimo de 12 meses.

Por otro lado, varios estudios llegan a la conclusión de que los programas de rehabilitación cardíaca, además del ejercicio y el tratamiento farmacológico, deben ser acompañados de un proceso educativo y psicológico esto con el objetivo de disminuir la morbilidad, mejorar la calidad de vida, así como un ahorro de costes sanitarios tanto directos como indirectos. A su vez que el proceso educativo debe ser direccionado a la comprensión de la enfermedad, a la modificación de factores de riesgo y la adopción de nuevos modos de vida, dentro de las posibilidades de cada persona (Barquero y Rojas, 2010; Rocha-Nieto et al., 2017; Villelabeitia, Caballero y Bravo, 2016).

Desde el punto de vista de la psicología, el apoyo debe ir más allá de la fase aguda, todos los sentimientos deben ser escuchados, acompañados y canalizados de la mejor manera posible en terapia grupal, como lo expresan Morera et al. (2011) y García (2008).

Laham (2008) señala, por su parte, que los procesos grupales permiten profundizar sobre los aspectos psicosociales de las enfermedades coronarias, lo que incluye el auto-involucramiento, la hostilidad, ira, alienación, aislamiento y la soledad. El componente de sostén de grupo forma parte importante de la terapia y la rehabilitación cardíaca ayudando a las personas a aprender mejor las habilidades interpersonales y, además, a crear vínculos con otros pacientes. Asimismo, es útil

en tanto favorece el aumento de la adherencia a las otras partes del tratamiento, a reducir la hostilidad, depresión o aislamiento, los cuales son factores que favorecen episodios cardiacos.

Los anteriores trabajos proveen una base de partida para la formulación de la propuesta del grupo de apoyo para pacientes cardiopatas, en tanto se evidencia la existencia de puntos clave como los son la importancia del proceso psico-educativo, que aunque es contemplado en el proceso desde el acercamiento a la comprensión de la patología, los factores de riesgo, la nueva condición de salud y herramientas psicológicas para la adaptación, puede ser enriquecido con la implementación del grupo de apoyo orientado al apoyo psico-social, enfatizando en la expresión emocional, lo cual por ende fortalecerá la adherencia al tratamiento e impactará de forma positiva la calidad de vida.

3.3 ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Para el presente proyecto, es necesario el desarrollo de un proceso que brinde las bases metodológicas y teóricas para el abordaje de grupos, es por eso que la Metodología Participativa se consideró la más adecuada, en tanto responde metodológica y teóricamente a los objetivos específicos del proyecto.

Para Abarca (2016), la metodología participativa es una alternativa al predominio cientificista y positivista que llega hasta mediados del siglo XX. Los fundamentos epistemológicos de la metodología participativa, están relacionados con los procesos de intervención social, garantizando la efectividad del trabajo, así

como su integralidad para la realización de trabajos que generen un impacto real en la vida de las personas. Por el contrario, la ausencia de la metodología participativa e integral en proyectos relacionados con trabajos grupales, nos remite a individualidades, a procesos aislados y de poca efectividad e impacto social.

Según Jara (2017), la metodología participativa ayuda al desarrollo de procesos de intervención social haciéndolos colectivos, solidarios, respetuosos, autónomos y participativos. Asimismo, señala que existen cuatro dimensiones que no pueden separarse debido a la complejidad de los procesos, puesto que no existe un momento aislado para investigar, otro para aprender, otro para comunicarse y otro para la creación de teoría. Sino, se dan de manera conjunta en un solo proceso integral y práctico, sin embargo, hay que considerar que cada proceso es diferente y depende de las particularidades de las personas participantes, el contexto en el cual se desarrollan, los objetivos investigativos o del proceso que se desea potenciar, el que una dimensión sobresalga más que otras.

Jara (2017) acota las siguientes dimensiones:

La primera dimensión responde a la investigativa, en la medida que se necesita conocer la realidad en la cual se desea intervenir, conociendo todos sus aspectos, por ejemplo, económico, social, político, cultural, salutogénico y de vida, tanto en la realidad inmediata en la que viven las personas, como en las relaciones anteriores. Esto se refleja en el presente proyecto mediante el uso de herramientas participativas de diagnóstico y recolección de datos en la fase inicial para delimitar y comprobar la necesidad de los pacientes del PRC y si dicha necesidad puede generalizarse en los distintos grupos de intervención.

La segunda dimensión pedagógica evoca a los procesos que requieren la articulación de conocimientos o saberes existentes con nuevos conocimientos, profundizando cada vez más en las temáticas u objetivos a tratar. Además, está constantemente presente para la creación de vías de conocimiento sobre fenómenos sociales o naturales. Es por ello que la psicoeducación en el PRC tiene una especial relevancia en los y las pacientes cardiopatas, puesto que brinda información y los acerca su padecimiento, les enseña medidas de control sobre los factores de riesgo modificables además de fomentar practicas saludables para la adherencia al tratamiento y prevención de recaídas.

La tercera dimensión hace referencia a la comunicación, en donde se fortalece los procesos realizados de forma grupal y en función de acciones colectivas y de impacto social, enriqueciendo el propio saber con el de otras personas, debido a que propicia el involucramiento activo de las personas. Con lo anterior, cabe destacar como las intervenciones realizadas en el presente proyecto desde las etapas tempranas buscaban permitir el diálogo creador, el intercambio de conocimientos, opiniones y conclusiones.

La cuarta dimensión corresponde a la creación de teoría, se considera como simultáneo o continuo a lo largo de la técnica y la metodología participativa, y no como un producto final, debido a que se manifiesta en el mismo momento en que las personas logran crear acciones generadoras que dinamizan y retroalimentan el proceso. Esta concomitancia se manifiesta por actitudes y capacidades que se potencian por medio de acciones variadas y permanentes. Dicho accionar se

evidenció en el momento mismo en que las personas lograron generar acciones creadoras que dinamizaron y retroalimentaron el proceso grupal.

La coordinación de estos grupos estuvo a cargo de los facilitadores del presente proyecto, estos debieron propiciar un ambiente en el que las y los integrantes del grupo participasen activamente, fomentando la capacidad grupal de funcionar, en el mejor de los casos de manera autogestionada.

Por su parte, se utilizó para el análisis de resultados, la “Estrategia Metodológica para el Análisis de Datos Cualitativos” según Sampieri (2014) consiste en obtener o recibir datos no estructurados, para justamente crear una estructura de análisis con el propósito de explorar la información, seguidamente organizar la misma en unidades o categorías específicas, describir las experiencias de las personas participantes. Según el autor se debe, descubrir categorías, temas, patrones o conceptos presentes en los datos obtenidos, así como su vinculación, sentido, interpretación y explicación según el planteamiento del problema, comprender el contexto que gira entorno a los datos, unificar y reconstruir hechos e historias, unir los resultados con los referentes conceptuales utilizados para el proyecto y finalmente crear un producto o teoría fundamentada en los datos y su correcto análisis.

En lo concerniente al presente proyecto, la creación de espacios junto con las técnicas y herramientas necesarias para la obtención y análisis de la información, así como la guía por parte de los facilitadores del proceso, fue basada en un enfoque metodológico participativo, donde las personas participantes

podieran expresar su sentir, pensamientos, inquietudes y experiencias de manera transparente.

Dentro de las técnicas utilizadas para la recolección de la información, en la primera etapa del proyecto se encuentran: árbol de problemas, análisis FODA, para indagar sobre las principales necesidades psicológicas y sociales de los pacientes. En la segunda etapa se profundizó con grupos focales para ahondar en el tema de grupalidad, qué se entiende por grupo y grupos de apoyo propiamente.

En la tercera etapa debido a la suspensión del plan piloto producto a la emergencia sanitaria del COVID-19 se modificó la propuesta y se realizaron entrevistas a profesionales expertos que trabajan en diversos PRC en los principales centros hospitalarios del país, con el objetivo de validar los principales resultados de la primera y segunda etapa.

Cabe mencionar que, a lo largo de las etapas, se realizaron observaciones participativas y no participativas para profundizar en las temáticas, además se aplicaron instrumentos de monitoreo para conocer el criterio de las personas participantes sobre las etapas.

La contrastación entre la teoría, los resultados obtenidos y las perspectivas de los profesionales en salud es fundamental para la creación del manual de trabajo para grupos de apoyo en pacientes de los PRC y que este pueda aportar tanto directa como indirectamente al proceso de la adherencia terapéutica.

3.4 ETAPAS DEL PROYECTO

Etapa I – Contacto Inicial y Diagnóstico.

La etapa inicial consistió en colaborar como facilitadores y como observadores participantes del proceso psicoeducativo desarrollado desde el “Proyecto UNA Intervención Psicológica en Rehabilitación Cardíaca” del Programa de Rehabilitación Cardíaca del CENARE. Se desarrolló con un grupo de menos de 20 personas que asistieron a la fase II con el objetivo de indagar sobre las principales necesidades psicológicas y sociales de las personas participantes para afrontar el proceso de rehabilitación cardíaca. Cabe mencionar que la Etapa I responde al primer objetivo específico del proyecto con los siguientes indicadores de logros (Anexo 13):

- Al menos 5 necesidades sociales asociadas al proceso de rehabilitación identificadas por parte de los participantes.
- Al menos 5 aspectos psicológicos identificados para abordar a nivel grupal durante la rehabilitación.
- 70 % de los pacientes en fase II participan del diagnóstico de necesidades
- Al menos 3 recursos personales reconocidos por parte de los pacientes para afrontar su padecimiento cardíaco.

Durante las primeras semanas de esta etapa, se apoyó al proyecto “UNA Intervención Psicológica en Rehabilitación Cardíaca” en la implementación de los talleres psicoeducativos que son parte de la del PRC, los mismos tuvieron el objetivo de informar, aclarar e instruir a los y las pacientes sobre temas fundamentales de

su padecimiento, del proceso y los cambios que estos conllevan. Entre estas temáticas se encuentran:

- Educación con respecto a la enfermedad y su rehabilitación. Las intervenciones quirúrgicas, dispositivos médicos (Stents y Bypass), importancia del control farmacológico y unidades de medición cardíaca, (MET'S, Fracción de eyección, etc)
- Factores de riesgo, modificables y no-modificables
- Factores de riesgo psicológicos, emocionales y conductuales (Tipología de personalidad)
- Principios de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)
- Relación entre pensamientos, emociones y conducta
- Familia y convivencia con un(a) integrante cardiópata
- Factores protectores de la salud
- Nutrición

Posteriormente a varias semanas de trabajo en taller, se aplicó la técnica de Árbol de Problemas, donde se trató de definir las principales problemáticas, tanto consecuencias psicológicas como sociales, que podrían experimentar a raíz del evento cerebro-cardiovascular. Posteriormente, se realizó un análisis FODA para indagar acerca de las debilidades y amenazas relacionadas al padecimiento cardíaco, así como las fortalezas y las oportunidades con las que cuentan los pacientes a nivel psicológico y social para su proceso de rehabilitación. Además, como se mencionó anteriormente, durante el desarrollo de las actividades antes mencionadas, se realizaron observaciones participativas y no participativas para

ahondar en las necesidades y recursos de los pacientes, así como temáticas no contempladas y emergentes.

Es importante señalar en esta etapa, que a pesar de que el proceso de enseñanza-aprendizaje de los talleres psicoeducativos es de vital importancia para la rehabilitación, también pretende consolidar los vínculos entre pacientes y facilitadores, fortalecer la confianza y la cohesión grupal, con el objetivo de afianzar los espacios de libre expresión. Se espera que, dicho accionar refuerce la participación y la sinceridad en las sesiones diagnósticas (Árbol de problema y FODA) y en la etapa posterior sobre grupos de apoyo.

Esta etapa correspondió al primer mes del programa de Rehabilitación Cardíaca. Al finalizar esta fase, se realizó un informe con los resultados para su debido análisis en las fases posteriores.

Etapa II – Indagación conjunta sobre los grupos de apoyo.

En esta etapa, se trabajó con un máximo de doce (12) personas voluntarias de cada grupo con el que se trabajó la etapa I. Se realizaron tres sesiones de grupo focal, las cuales consistían en primera instancia en un encuadre o un repaso del mismo, luego una actividad de cohesión grupal, seguido del grupo focal per sé y finalizando con un cierre de la actividad. Cabe mencionar que la Etapa II responde al segundo objetivo específico del proyecto con los siguientes indicadores de logro (Anexo 13):

- Ejecutados los 3 grupos focales con un 60% de asistencia del total de los pacientes.
- Obtenido, por medio de consenso, una definición de grupo y otra de grupo de apoyo.
- Definidos al menos 3 beneficios de los grupos para los pacientes de RC.
- Definidos al menos 5 temas importantes a tratar en los grupos de apoyo para personas en RC.

En el primer grupo focal (Anexo 14) se procuró indagar sobre qué se entiende como grupo, qué elementos incorpora en las personas el trabajo en grupo, qué se entiende como grupos de apoyo y si estarían dispuestos a asistir.

En la segunda sesión (Anexo 14) se indagó sobre lo que representa el apoyo, y cómo entendían los pacientes que un grupo de apoyo ayuda a sus miembros, así como la importancia de un grupo de apoyo en el proceso de rehabilitación cardíaca, además, la exploración de la empatía entre los mismos miembros del grupo, así como aporte de propuestas que mejoren la dinámica entre ellos.

La tercera sesión (Anexo 14) fue clave para la elaboración del producto final del presente proyecto ya que se discutieron cuáles temas deberían trabajarse en futuros grupos de apoyo, así como las disposiciones logísticas que consideren importantes. Para finalizar, y a manera de cierre se realizó, en cada grupo, un simulacro de grupo de apoyo para ejemplificar una experiencia de esta índole. Cabe mencionar que, el tema a tratar en el simulacro sería propuesto por las y los pacientes el mismo día de la sesión.

Vale la pena destacar, que las dos primeras etapas, se pretendieron implementar durante un periodo completo de participación en la Fase II del PRC, lo que corresponde aproximadamente a 3 meses, con una asistencia de dos veces por semana, sin embargo, fue necesario, extenderlo a la Fase III del PRC. Dicho esto, los facilitadores realizaron las actividades los días que los pacientes asistían al programa.

Finalmente, a partir de los resultados obtenidos, la sistematización de las sesiones semanales y la información obtenida en las observaciones, se elaboró un breve informe de resultados de la segunda fase de proyecto, la cual serviría de plataforma para la siguiente fase.

Etapa III – Diseño y validación de la guía metodológica de grupos de apoyo

En primera instancia, se planeó que en la etapa II a partir de los informes de resultados, se seleccionarían las principales temáticas del trabajo realizado en las etapas anteriores para la elaboración de la guía metodológica, la conformación y el funcionamiento de grupos de apoyo. Esto de forma tal, que la Etapa III respondiese al tercer objetivo específico del proyecto con los siguientes indicadores de logro (Anexo 13):

- Temario para la guía metodológica validada por al menos 2 expertos de rehabilitación cardiaca.
- Al menos 3 sesiones ejecutadas del plan piloto con un 70% de los participantes.

- Diseñado el manual de inducción con criterios y procedimientos claros, para el desarrollo de las sesiones de grupo de apoyo.

Como se mencionó en lo anterior, se realizarían dos entrevistas a profesionales en salud con un conocimiento y experiencia en PRC, como método de triangulación para validar los tópicos que presuntamente formaría parte de la guía metodológica. Se realizarían las respectivas correcciones y se mostraría preliminarmente el producto al grupo encargado de facilitar el proceso de rehabilitación cardíaca en el CENARE. Asimismo, se planeó un plan piloto de tres sesiones de grupo de apoyo con un grupo de Fase II, a partir de las temáticas que se plantearon en la guía metodológica y los contenidos emergentes de las sesiones.

Sin embargo, dichos planteamientos anteriores fueron truncados por la pandemia del COVID-19, debido a esta emergencia sanitaria se suspendieron todas las practicas hospitalarias incluyendo el presente proyecto. Además, el CENARE fue transformado en el Centro Especializado en Atención de Pacientes con COVID-19 mejor conocido por sus siglas CEACO. Por ello, el presente proyecto se vio obligado a rediseñar la Etapa III, donde se propuso cancelar el plan piloto de la guía metodológica por la imposibilidad de un espacio físico donde llevarlos a cabo y la imposibilidad de comunicarnos con el Centro Médico que atendía la emergencia. Por consiguiente, se optó por realizar tres entrevistas con expertos en el tema de RC, con el objetivo de validar las temáticas obtenidas en las etapas previas y con ello se elaboró la Guía Metodológica como producto final.

Asimismo, en la etapa final del proyecto se realizó la organización y análisis de todas las fases previas para la elaboración de resultados finales, conclusiones y recomendaciones con el objetivo de redactar la memoria del proyecto.

3.5 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

A continuación, se muestra la tabla correspondiente al cronograma original de actividades propuesto para el presente proyecto, el cual comprende tres etapas de trabajo y las actividades adicionales. Cabe mencionar que a pesar de que se pretendía cumplir en un periodo aproximado de 7 meses, este debió ser ampliado debido a las complicaciones producidas por la emergencia sanitaria del COVID-19, siendo afectadas únicamente las sesiones del plan piloto y la evaluación final del proyecto tal como se explica en el punto 3.4 específicamente en la etapa III y en el punto 3.7 de Mecanismos de Monitoreo y Evaluación.

Cronograma de Actividades

Actividad	Mes 1		Mes 2		Mes 3		Mes 4		Mes 5		Mes 6		Mes 7															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Etapa I																												
Árbol de Problemas																												
Análisis FODA																												
Sinopsis de Resultados																												
Etapa II																												
Grupo Focal 1																												
Grupo Focal 2																												
Grupo Focal 3																												
Simulacro de Grupo de Apoyo																												
Sinopsis de Resultados																												
Etapa III																												
Análisis de resultados																												
Entrevistas con Expertos																												
Desarrollo de propuesta para Guía Metodológica																												
Plan Piloto Sesion 1																												
Plan Piloto Sesion 2																												
Plan Piloto Sesion 3																												
Sesión de "Compartir" y evaluación de la experiencia																												

Cronograma de Actividades - Continuación

Actividad																														
	Mes 1				Mes 2				Mes 3				Mes 4				Mes 5				Mes 6				Mes 7					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28		
Otros																														
Observaciones participativas	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																		
Reunión con Tutora				■			■				■				■				■				■							
Reunión con Lectores											■				■									■						
Herramienta Monitoreo (Pacientes)				■		■	■	■	■	■	■																			
Herramienta Monitoreo (Auto-evaluación)				■		■	■	■	■	■	■							■	■	■										
Herramienta Monitoreo (Plan Piloto)												■			■	■	■	■	■											
Herramienta de Evaluación											■								■											
Análisis del la Información de fases previas																				■	■	■	■	■						
Correcciones finales de Guía Metodológica																				■	■	■	■	■						
Redacción de la Memoria del Proyecto																				■	■	■	■	■	■	■				
Presentación de Resultados a los Equipo Médico																												■		
Presentación de Resultados a los Participantes																														■

3.6 FUNCIÓN DE LOS PROFESIONALES

La función de los profesionales en psicología dentro de los grupos de apoyo es fundamental, tanto para formar el grupo, encuadrar las sesiones, guiar el proceso, propiciar espacios de expresión y orden dentro de las sesiones, como para brindar contención emocional, en caso que sea necesario y garantizar un espacio seguro, de respeto, sin juicios y de confidencialidad a la hora de que las y los pacientes compartan sus experiencias, ideas, sentimientos o aportes. Esto es de vital importancia para que las sesiones tengan un impacto significativo en las y los pacientes, puesto que la idea base de los grupos de apoyo es, justamente, crear un espacio para que las personas puedan expresarse y poderse acompañar, aunque sea en un breve espacio de tiempo, a raíz de su padecimiento cardíaco.

La persona profesional en psicología que facilita el proceso de los grupos de apoyo, es, por decirlo de algún modo, un centinela grupal que se encarga del desarrollo óptimo de las sesiones, esto implica que, debe formar parte del grupo, pero no debe mezclarse con él, es decir, limitar su acción al correcto desarrollo de las sesiones, no obstante, debe tener facilidad para empatizar con las personas y sus vivencias, teniendo una escucha activa y adecuando sus intervenciones, según las características del grupo, con el fin de que las personas puedan desahogarse dentro del espacio.

Por otro lado, una de las características fundamentales que debe tener la persona profesional en psicología que lleva el grupo de apoyo, es el conocimiento,

básico de eventos cerebro cardio vascular a nivel fisiológico, de intervención quirúrgica y de protocolos de rehabilitación cardiaca, pero además de eso también debe liberarse de juicios de valor, mitos, estereotipos y prejuicios que podría girar en torno al padecimiento, esto con el fin de obtener un proceso más limpio a nivel de interacción entre los pacientes.

3.7 MECANISMOS DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

Para el correcto desarrollo de las fases y por ende del proyecto, se decidió realizar una serie de actividades tanto de monitoreo como de evaluación, durante y después de cada fase con la finalidad de revelar los aciertos y desaciertos de las actividades, así como el desenvolvimiento por parte de los ejecutores del proyecto. Esto se hizo con la intención de corregir aquellos aspectos que fueran necesarios para el cumplimiento de los objetivos, de ahí que se decidió utilizar las siguientes herramientas>

- Bitácoras de campo.
- Instrumento de autoevaluación por parte de los facilitadores posterior a cada sesión. (Anexo 3)
- Herramienta de monitoreo “Valoración de taller por parte de los participantes” para los pacientes al finalizar cada sesión. (Anexo 4)
- Cuestionario de monitoreo para participantes de plan piloto. (Anexo 5)
- Instrumento de Evaluación de preguntas abiertas al final las Etapas II y III. (Anexo 6)

- Supervisión con la tutora al finalizar cada fase.
- Listas de asistencia.

Además de lo anterior, durante las fases de trabajo de campo, se realizaron supervisiones breves tanto previas a las sesiones, como posteriores a ellas, donde se discutió sobre aspectos relevantes de las actividades, información importante, vivencias generales y emergentes de las sesiones. Estas supervisiones se desarrollaron entre la tutora del proyecto y los estudiantes sustentantes.

En la misma línea, se realizaron reuniones semanales extendidas por parte de los facilitadores del proceso, para alinear y acomodar los puntos importantes de las sesiones realizadas con anterioridad, aspectos a considerar y posibles mejoras a la hora de realizar futuras sesiones, tanto en preparación como en manejo de las mismas. Se revisaron, además los resultados generales obtenidos durante las actividades. Todo esto, apoyados en las bitácoras y los demás instrumentos de monitoreo anteriormente mencionados.

Así mismo, se realizaron dos valoraciones generales de los talleres, por parte de las personas participantes de las actividades del proyecto, al finalizar tanto Etapas I y II, con el afán de obtener retroalimentación del desarrollo de las sesiones, así como los aprendizajes obtenidos durante las mismas. (Anexo 7)

Ligado con lo anterior, se realizará una evaluación luego de la aplicación de los simulacros de los grupos de apoyo para conocer las perspectivas y aprendizajes de las personas participantes con dicho proceso, y se elaborará un resumen con los resultados (Anexo 8).

Para la evaluación final del proyecto, se propuso programar una sesión abierta al finalizar el plan piloto, en donde se pretendía la participación activa de las personas con las que se trabajaron y que las mismas evaluaran, mediante la guía de preguntas generadoras (Anexo 5) y actividades programadas, no sólo el proyecto, sino además el trabajo de los facilitadores a lo largo del mismo, por medios físicos tales como, papelógrafos, fotografías, listas de asistencia y bitácoras, con el fin de obtener conclusiones del proyecto, así como lecciones aprendidas. Sin embargo, debido a la emergencia sanitaria por el COVID-19 esta sesión culminante debió ser suspendida al igual que el plan piloto.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

Para el presente capítulo y para la correcta presentación y orden de los resultados que se obtuvieron durante el trabajo de campo, se realizó, en un primer momento, una tabla resumen de resultados generales , seguida de una descripción general del proceso, en donde se realiza un recorrido desde las consideraciones que se originaron con la problemática observada, la gestación de las primeras ideas, la descripción de lo acontecido a lo largo de las fases del presente proyecto, la sinopsis de las entrevistas realizadas, retomando la experiencia de los estudiantes sustentantes, así como la vivencia de las personas participantes de los Programas de Rehabilitación Cardíaca.

Ligado a lo anterior, en un segundo momento, se realizó la presentación de las tablas de resultados, tomando como base los datos de la matriz de planificación de cada etapa del proyecto, las mismas contienen, los objetivos planteados, indicadores de logros esperados y obtenidos en cada etapa, así como sus correspondientes productos. De esta manera, se pudo contrastar la información y los productos esperados con los obtenidos durante el proceso.

4.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROCESO Y RESULTADOS OBTENIDOS

En la presente sección, se expone de forma narrativa, una descripción del trabajo realizado para la elaboración del proyecto final de graduación, así como los aciertos y desaciertos obtenidos durante las diferentes etapas del mismo. Este

segmento incluye la conceptualización del problema a tratar (el porqué del tema planteado), así como un repaso por el proceso vivido y las actividades realizadas durante las fases de trabajo de campo; las mismas vinculadas con los objetivos propuestos y las herramientas utilizadas en las sesiones de trabajo llevadas a cabo con las personas participantes (pacientes) del PRC del Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE).

Asimismo, se realizará la narración del proceso vivido de cada fase, con una breve reseña de los principales resultados y productos obtenidos. Se describirán aspectos relacionados con las vivencias grupales, emergentes de las sesiones y dificultades durante el proceso; haciendo énfasis en los aportes elaborados desde la grupalidad, ya que conforma la materia prima para el diseño de la propuesta metodológica.

4.1.1 Contactos iniciales. Identificación de necesidades en la población.

Como se mencionó con anterioridad en la delimitación de la situación problema, durante los años 2016 y 2017, se realizaron prácticas dirigidas para varias materias de la malla curricular de la carrera de Psicología de la Universidad Nacional, tales como “Psicología Grupal”, “Psicodiagnóstico II”, “Diseño, Gestión y Evaluación de Proyectos” y la “Práctica Profesional Supervisada” las mismas, englobadas en el proyecto “UNA intervención psicológica en rehabilitación cardiaca”. Esta última fue de vital importancia para el planteamiento del presente proyecto; se trabajó de forma directa, en diferentes momentos, con pacientes

cardiópatas en diferentes centros de rehabilitación cardiovascular, siempre bajo la tutela y supervisión de las profesoras y profesionales a cargo.

Cabe mencionar que los procesos de Rehabilitación Cerebro-Cardiovascular son variables según las instituciones, no obstante, la mayoría de instituciones del país contemplan sesiones de rehabilitación que no se extienden a más de 4 meses, por lo que la rotación de pacientes es constante. Esto es particularmente necesario de mencionar, en tanto, se dificulta realizar seguimientos con los pacientes, por lo que, el diagnóstico realizado para el actual proyecto, se trata de una verificación de los resultados obtenidos de los cursos anteriores, principalmente la Práctica Profesional Supervisada.

Dentro de las principales actividades realizadas durante los cursos, arriba mencionados, se encuentra la actualización de temáticas y ejecución de los talleres psicoeducativos que se impartían en dichos centros, desde el Proyecto “UNA Intervención psicológica en Rehabilitación Cardíaca”, como reforzamiento para los PRC. De esta manera, se tuvieron los primeros acercamientos con las interacciones y las diferentes realidades de las y los pacientes que han sufrido un evento cardiovascular. Dicho esto, y debido a las experiencias mencionadas, surgió la idea de crear espacios grupales para las personas sobrevivientes de eventos cardíacos, tal como se hace con pacientes sobrevivientes de cáncer, por ejemplo. Esta idea surgió a su vez, como complemento al tiempo reducido que se tiene dentro de los talleres, para que las personas puedan expresarse libremente en relación a sus miedos, vivencias, incertidumbres, es decir, no existen espacios específicos propios

para que los pacientes se desahoguen o compartan, de manera grupal, entre los mismos pacientes, sus vivencias de forma pertinente.

Si bien es cierto, el sistema de salud costarricense propicia espacios terapéuticos individuales para las personas que lo solicitan, incluidas las personas que asisten a los PRC. Sin embargo, la propuesta del presente proyecto es fomentar espacios grupales adicionales a las sesiones psicoeducativas, de manera más eficiente del modelo tradicional de terapia centrada en el individuo. Desde un enfoque grupal, se puede atender a una mayor cantidad de población y utilizando menos recursos. Esto con el objetivo de incrementar el alcance de los espacios de libre expresión, en un lugar seguro y acuerpados por una red apoyo de pacientes que sufren el mismo padecimiento.

4.1.2 Etapa I

Dentro de la primera etapa y teniendo como base el enfoque de psicología grupal, se realizó un acercamiento con las y los pacientes de Fase II de los PRC entre abril y mayo del año 2019, con la finalidad de familiarizarse y generar confianza entre los sustentantes y las personas participantes. Esto se logró por medio de la realización de actividades de cohesión grupal, las mismas inmersas en los talleres psicoeducativos y en donde se desarrollaron temáticas como: Factores de riesgo modificables y no modificables, ansiedad, depresión, introducción a la Terapia Racional Emotivo Conductual, entre otros. Esto logró que no fuésemos

desconocidos para los pacientes a la hora de realizar el diagnóstico propio de esta fase.

Luego de realizados estos primeros acercamientos y en concordancia con el primer objetivo específico del proyecto: “Identificar las principales necesidades psicológicas y sociales, así como los recursos de afrontamiento que tiene los pacientes cardiopatas de fase II del Centro Nacional de Rehabilitación” se aplicaron las técnicas de árbol de problemas y análisis F.O.D.A para recopilar la información.

Como principales resultados construidos con la técnica de árbol de problemas (Anexos 9 y 10) desde la perspectiva de las y los pacientes, se encuentran lo que consideran como las causas y los efectos de su evento cerebro-cardiovascular. Cabe señalar que se hace la división entre los resultados obtenidos entre los factores de riesgo modificables y no modificables, para ser consecuentes con los talleres psicoeducativos de los PRC.

Como principales causas del evento, destacaron como factores de riesgo modificables:

- Depresión,
- Mala Alimentación.
- Ira / mal carácter.
- Preocupaciones (generales como familia, economía, trabajo, entre otros).
- Consumo de drogas (alcohol, tabaco, etc).

Por su parte, los principales temas relacionados con factores de riesgo NO modificables se encuentran:

- Genética.
- Entorno (factores externos que podrían afectar en el desarrollo del evento).

Siguiendo con lo anterior, otros temas que fueron menos consistentes, pero igualmente determinantes son (todos catalogados como factores de riesgo modificables):

- Problemas familiares/pareja.
- Falta de control médico / descuido en la salud propia.
- Exceso de trabajo y estrés.

Igualmente, dentro de la técnica de árbol de problemas, de los principales efectos, derivados de las causas anteriormente mencionadas, los principales temas que surgieron son:

- Sentimientos de inutilidad / discapacidad.
- Cambios de vida prioridades/pensamiento.

No obstante, también hay temas que, aun no siendo remarcados, son igualmente importantes, como, por ejemplo:

- Afectación en la sexualidad.
- Afectación en la familia.
- Afectación del ámbito laboral.
- Afectación a nivel emocional y psicológico.

Sin embargo, estos temas mencionados no deben considerarse como únicamente negativos, puesto que hay también, efectos positivos en los mismos, por ejemplo, las personas participantes hacen referencia a mejoras a raíz del evento

en ámbitos como la comunicación y relaciones familiares, así como mejoras emocionales y creación de nuevas metas y perspectivas a raíz del evento cerebro-cardiovascular. Cabe mencionar que, los efectos que se podrían considerar tanto positivos como negativos, podrían depender de las diferencias culturales, económicas, educativas, relacionales y sociales de cada persona.

Posteriormente, dentro de esta misma etapa del proyecto, se utilizó la herramienta F.O.D.A para ampliar las perspectivas de las y los pacientes en relación a las Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas, que intervinieron en su proceso de rehabilitación a raíz del evento cerebro-cardiovascular.

Dentro de las **fortalezas** más consistentes que se pudieron obtener gracias a las personas participantes, se encontraron:

- Autoconocimiento / autocontrol (propio de cada persona).
- Entendimiento del padecimiento (qué fue lo que les sucedió, así como la intervención médica).
- Educación Nutricional (hábitos alimenticios más sanos).
- Consistencia en el ejercicio.
- Redes de apoyo (entre mismos pacientes, familia y amistades).

En cuanto a las **debilidades**, destacaron:

- Preocupaciones y estrés (independientemente del acontecimiento).
- Pensamientos negativos y miedo.
- Falta de ejercicio y disciplina.

Por otro lado, dentro de las **oportunidades**, resaltaron:

- Programas de RC a nivel profesional.
- Integrantes del programa (tanto pacientes como profesionales) y los espacios grupales en los que se desarrollan.
- Apoyo en diferentes ámbitos (familiar, laboral y de los integrantes de los programas).

Así mismo, en relación con las **amenazas**, se encuentran:

- Acontecimientos externos negativos.
- Relaciones interpersonales negativas (familiares y personas externas).
- Situación económica del país.

Cabe resaltar que los hallazgos de la actividad en cuanto a las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas surgieron, por una parte, propiamente del evento Cerebro-cardiovascular, y también por el PRC, es decir, que muchas de las temáticas obtenidas, surgen propiamente del proceso de RC y no solamente del evento cardíaco.

En lo que concierne a las dificultades que se presentaron durante esta etapa, una que estuvo constantemente presente fue el tema del tiempo de las sesiones, los horarios de los ejercicios físicos y los talleres psicoeducativos estaban ajustados, debido a que eran 3 grupos de trabajo diferentes, en tres horarios diferentes que iban de 9:30 am a 10:30 am, de 10:30 am a 11:30 am y de 11:30 am a 12:30 pm, esto producía que en la mayoría de las veces se iniciara las sesiones al menos 5 minutos tarde o terminar antes de la hora programada para que las personas pudiesen asearse luego de los ejercicios o bien, realizarse los controles

protocolarios de signos vitales y glicemia antes de las sesiones de ejercicio, por lo que el espacio de tiempo se vio reducido frecuentemente.

Por otra parte y en concordancia con la metodología participativa que se planteó para este proyecto y por las experiencias mencionadas tanto en al inicio de este capítulo como en el apartado de la delimitación del problema a tratar, los estudiantes sustentantes optaron por alejarse de la posición de poseedores del saber, para fungir solamente como facilitadores del proceso de construcción entorno a las perspectivas de las y los pacientes en relación a su padecimiento, esto con el fin de crear espacios para que la participación de los y las pacientes fuera constante, constructiva y sincera, lo cual es considerado como un logro del proceso.

4.1.3 Etapa II

La segunda etapa comenzó el 11 de julio del año 2019, donde se trabajó con el mismo grupo proveniente de la Fase II del PRC, y con quienes se compartió los meses anteriores. Sin embargo, en esta ocasión fue notable la ausencia de muchos pacientes, ya que esta etapa se considera como “fase de mantenimiento”, y la gran mayoría decidió retirarse por diversas razones. Cabe mencionar que de los 3 grupos de Fase II, sobrevivieron dos grupos: uno conformado por 5 personas y otro de 10 personas; empero, se debe tomar en cuenta que la invitación para formar parte de los grupos focales era completamente voluntaria, y a pesar que se les contactó individualmente para recordarles el compromiso cada semana, varios estuvieron

ausentes por motivos de salud, procedimientos quirúrgicos, actividades con el equipo médico del PRC o por falta de interés por parte de los y las pacientes.

En concordancia con el segundo objetivo específico “Problematizar con los pacientes, conocimientos, creencias e ideas sobre los grupos de apoyo como agente coadyuvante a su proceso de rehabilitación cardíaca”, se diseñaron 3 sesiones de grupos focales por medio de preguntas cuidadosamente seleccionadas, con el objetivo de abrir un espacio de construcción grupal por medio de la participación activa de las personas voluntarias. A continuación, se detallan los contenidos de cada grupo focal.

Sesión de Grupo Focal I - Grupo 1

La asistencia del primer grupo fue de 3 personas. De las personas ausentes, uno padecía de un resfriado y la otra tenía una operación programada, más hicieron énfasis en que estaban interesados en participar. Se empezó la sesión en ambos casos realizando el encuadre de trabajo tanto para la presente sesión como para las posteriores, además de la entrega y lectura en conjunto del consentimiento informado. Previo a dar inicio con la descripción propiamente, y con el objetivo de mantener el orden y claridad del material obtenido, se realizó una descripción de un grupo en primera instancia y luego se continuo con la construcción grupal.

El grupo se caracterizó por ser activo desde el inicio, a pesar de que en su totalidad reconocieron ser personas que tenían dificultades de expresión; desde la pregunta inicial se mostraron muy participativos, inclusive aquellas personas que se

mantuvieron bastante herméticas en la Fase II. Ante las primeras interrogantes de la matriz (Anexo 14) donde se preguntó sobre las concepciones de grupos y las funciones de los participantes, se hizo énfasis en la aceptación de las diferencias de cada quien, de los aportes individuales que se hacen al grupo y al aprendizaje que obtienen de dichos aportes cuando se elaboran en conjunto por medio de la discusión.

Seguidamente surgieron preguntas emergentes relacionadas a los cambios desde la RC y a problematizar el sentido apoyo de ese grupo, a lo cual respondieron que definitivamente han sentido un gran cambio que implica más responsabilidad. Sin embargo, cabe mencionar que los pacientes denotan que el grupo era de su agrado, pero era particularmente irresponsable y poco comprometido con el seguimiento de la rehabilitación; señalaron que el grupo anterior estaba más coaccionado.

Se continuó con la pregunta de “¿Qué creen que es un grupo de apoyo?” a lo que respondió uno de los participantes: “un espacio que sirve para darse fuerza, y motivar, tanto directa como indirectamente a los demás”. En ese momento ocurre un acontecimiento emergente, donde dicha pregunta moviliza de tal manera a otro de los pacientes, y lo hace romper en llanto. El paciente “L” comenzó a compartir su historia de cómo quedó en la bancarrota y perdió su casa por malas decisiones financieras y cómo por medio de un grupo de apoyo pudo salir adelante.

Se debe destacar que el paciente “L”, en la Etapa I del proyecto, correspondiente a la Fase II del PRC mostró poca o nula participación en los talleres psicoeducativos y en las actividades realizadas. Por ello es de fundamental

importancia señalar cómo estos espacios propician la libre expresión tanto de sentimientos como historias de vida en un ambiente seguro. Con lo anterior es relevante evidenciar ante lo ocurrido, que el mismo grupo brindó empatía, escucha, apoyo y contención, inclusive antes que los sustentantes tuvieran la posibilidad de hacerlo. El accionar de sus compañeros y compañeras tuvo un impacto positivo en “L” y el resto de la sesión se mostraron bastante alegres; pareciera hasta cierto punto que dicho hecho unió más al grupo en ese momento.

Finalmente, se les preguntó si estarían dispuestos a asistir a un grupo de apoyo y cuáles aportes creían que iban a recibir del grupo. Los y las pacientes unánimemente expresaron que asistirán a dichos grupos de ser articulados y como principales aportes recibirán la experiencia de otras personas y la seguridad que brinda el grupo.

Sesión de Grupo Focal I - Grupo 2

Para esta sesión se presentaron 11 personas, un paciente adicional a la lista de voluntarios, algunos los acompañaba algún familiar, sin embargo, se les solicitó permanecer en la sala de espera para mantener el espacio exclusivo para el trabajo grupal del PRC. Al dar inicio y cuestionar sobre la concepción de grupo respondieron “familia” como primera respuesta, luego se elaboró como grupo “la unión de varias personas con el objetivo de compartir y apoyarse mutuamente, siempre con una meta en común y por el bien de sus integrantes”. Asimismo, lo externaron como un espacio donde se comparten ideas, conocimientos, vivencias y experiencias.

Seguido se exploró en relación a los roles que cada quien, en el grupo, a lo que la mayoría, respondieron que todos cumple una función distinta; denotan que hay personas que motivan particularmente al grupo y lo hacen sentir importante, otras que activan por medio del humor, la alegría y la participación (característica representativa del grupo), y otras que acompañan y promueven la sensación de “abrazo y seguridad” según lo mencionó la paciente “Nel”.

Por otro lado, se mencionó que se puede aportar inclusive sin decir nada, y que representa un ejemplo para los demás. Para finalizar el paciente “Ju” relató una anécdota que le llamó la atención, esta ocurrió cuando recién empezaban sus visitas al CENARE. Contó que iba caminando y divisó un grupo (el grupo del PRC que antecedió al presente), donde los y las pacientes se veían alegres y se preguntó a sí mismo ¿Porque están felices si se encuentran en un hospital? Con el pasar del tiempo y al formar parte del grupo de RC pudo identificar que dentro de la dinámica nació “un tipo de amor e interacción grupo” según dijo. Al concluir comentó que luego de pasar un tiempo en el programa pudo comprender las reacciones de los pacientes de aquella anécdota y que era un rasgo que disfrutaba del grupo

La intervención de “Ju” movilizó al grupo y surgió la pregunta emergente de si alguien se sentía de la misma forma que él, lo cual asintieron y lo describieron en varias ocasiones como la unión de una familia, donde se sienten acogidos y apoyados por el grupo. A su vez señalaron que se preocupan por aquellas personas que no pueden asistir y se comunican para cerciorarse de que estén bien. Inclusive una paciente menciona que cuando no viene algún compañero o compañera la inunda una profunda nostalgia.

Seguidamente, cuando se les preguntó de sus conocimientos sobre grupos de apoyo, existieron opiniones divididas. Por un lado, se explicó como un espacio de apoyo mutuo donde se ayudan a los demás; a su vez, que existen personas más fuertes que otras en diferentes aspectos y que en dichos espacios se suplen y complementan las habilidades de unos para con los otros. El paciente “Moi” hizo referencia al soporte, solidaridad y consejo que reciben del grupo. Sin embargo, por otro lado, dos pacientes mencionaron que la familia y los hijos podían ser un grupo de apoyo.

Finalmente, cuando se le preguntó si asistirán a estos grupos respondieron que sí unánimemente, el paciente “Ma” expresa la importancia de compartir la experiencia con los demás, y la importancia que tiene el haber sufrido el evento. “Ju” por su parte expresa que “sería bonito apoyar a los demás” siempre y cuando se tenga la experiencia y el conocimiento.

Sesión de Grupo Focal II - Grupo 1

La segunda sesión de grupos focales se realizó 18/07/19. Al mismo asistieron solamente 2 pacientes, “ME” y “AL”. En los casos de pacientes ausentes, de “Me” no pudo asistir por causa de enfermedad que no se detalló. Y con respecto al paciente “L”, no se supo el motivo de su ausencia. Cabe señalar que el paciente “JL”, aunque inicialmente decidió participar en las sesiones, nunca se presentó a las mismas, por lo que al ser la segunda sesión se considera como fuera del proceso.

Cabe mencionar que la intención de esta sesión es de profundizar en la percepción de apoyo, así como de grupo de apoyo de las y los pacientes.

En relación a la pregunta ¿Qué significa el apoyo para ustedes? Se decantaron por el apoyo familiar y la expectativa que tienen sobre ello, sin embargo, que el apoyo no debería ser solo por motivo de enfermedad, sino en todos los aspectos de la vida. Además, la confianza de contar con círculos (en este caso, familiares) que van a estar ahí cuando se necesite. También se hace referencia a que el apoyo no se trata solamente de apoyo financiero, sino que, en muchas ocasiones puede ser psicológico.

Debido a que, dentro de las respuestas de la pregunta anterior iban dirigidas al apoyo familiar, se planteó la pregunta emergente de ¿Sólo la familia apoya? A lo que una de las pacientes respondió directamente el Grupo de Rehabilitación Cardíaca como otra familia que brinda apoyo, hay pertenencia al grupo y hay cariño para con el mismo. Mencionaron que en su mayoría siempre se presentan y muestran compromiso con el PRC, además que es notable el apoyo en personas que han pasado por lo mismo, es decir, apoyo de manera recíproca. Por otro lado, reconocieron que las y los profesionales que trabajan para la institución como otro grupo que apoya y les hace sentir bien.

En relación a la pregunta de “¿El apoyo se siente igual cuando se da, como cuando se recibe?” “ME” hace el señalamiento de que se siente mejor desde que asiste al PRC, y que es más satisfactorio para ella brindar la ayuda. Por su parte “AL” mencionó que al ver la necesidad de alguien, le nacen ganas de apoyarla y ayudarla. Sumado a lo anterior, ambas hicieron referencia a que, el apoyo, si no es

bien recibido, las haría sentir mal. “ME”, posteriormente, trajo a colación el suceso de la semana anterior, donde el paciente “L” se desahogó y contó su historia, a lo que ella mencionó que le conmovió a todos y quería ayudarle de igual manera. Por su parte “AL” menciona que luego de la operación que le realizaron (operación bucodental), la mayoría de pacientes del PRC estuvieron pendientes de ella y mostraron preocupación por su salud.

Uniendo el último punto con la pregunta: ¿Hubiera sido diferente llevar la RC sin apoyo? “AL” mencionó que el grupo refleja lo que ella siente, se siente parte del mismo y eso la motiva a seguir asistiendo. “ME” mencionó por su parte que, si fuese sola, le daría “pereza” asistir, pero con el grupo del PRC se siente acompañada; agregó, además, el compromiso y el tiempo por parte del personal y equipo de trabajo del CENARE, aspectos por los cuales se siente agradecida. Destaca que en el EBAIS donde asiste no le brindan un buen trato. A lo que “AL” aportó diciendo que todos son importantes (pacientes y profesionales), y que desde que asiste al CENARE todo el personal la tratando de manera intachable.

Siguiendo con el hilo de la sesión, se realizó la pregunta de “¿Qué importancia ha tenido este grupo para su RC?” A lo que “ME” mencionó que ha sentido un aporte en el ámbito familiar, porque ahora sale de su casa sin compromisos (haciendo referencia a que era la ama de casa) o dividirse entre los hijos, ahora sabe la necesidad de cuidarse a ella misma también, por su parte, “AL” comentó que después del evento, ella también aprendió a ser responsable con ella misma, a lo que “ME” comentó que sale a relucir el elemento de “mi responsabilidad”.

Se plantea la pregunta “¿Qué es lo que más le gusta del grupo?” A lo que, de manera general, comentaron que el compartir con todas las personas es lo más agradable, además de la confianza y las bromas.

Para finalizar la sesión, se les preguntó “¿Qué mejorarían del grupo?” “AL” comentó que ella no cambiaría nada, se siente plena y muy bien no solo con los compañeros sino con el equipo de trabajo del CENARE. “ME” comentó que “ha sido una de las bendiciones más grandes de la vida, luego de 64 años, ya tiene tiempo para ella misma”. Por otro lado, su familia ya no es dependiente de ella, anteriormente se sentía mal o inútil pero ahora ella toma, aunque sea 4 horas diarias se dedica para cuidarse a sí misma. El comentario en general de ambas, fue que disfrutaban de gran manera el grupo de RC.

Sesión de Grupo Focal II - Grupo 2

Posteriormente, se recibió al grupo número 2 con la misma primera pregunta ¿Qué significa el apoyo para ustedes? El paciente “Ra” menciona que es “cuando se da la mano a alguien que no puede hacerlo por sí misma y se le ayuda para lograrlo”. “Ma” dice que es cuando “no se puede hacer solo”, comentario muy similar al de “Ju” quien mencionó que es “cuando se enfrenta una situación difícil y está alguien incondicional tanto económica y psicológicamente”, “Be” por su parte menciona que es sinónimo de ayuda y que en el grupo se puede compartir las experiencias y mejorar. “Ya” comentó que es la “compañía que uno tiene en la aventura de la vida”. “Nelvi” acotó que es la “ayuda ante una necesidad”. En el caso

de “Fra”, amplió un poco más la perspectiva de apoyo y mencionó que es todos juntos para un objetivo.

En relación a la segunda pregunta ¿El apoyo se siente igual cuando se da, como cuando se recibe? “Ju” hizo referencia a que se siente mejor dar apoyo y ser uno capaz de ayudar a otro. “F” comentó que es bueno hacerlo, pero de manera desinteresada. “Fr”, por su parte, mencionó que la otra persona se lo gana (a la que se le brinda la ayuda) y no puede devolver nada. “Ra” dijo que lo hace sentirse útil y hay satisfacción personal. “Ma” recalcó el apoyo por parte de todo el equipo que trabaja en el CENARE. Si se comparan las respuestas del grupo 1 y el grupo 2 a esta pregunta, se puede notar que hay ciertas similitudes en tanto que se percibe mejor brindar apoyo que recibirlo.

En cuanto a la pregunta ¿Hubiera sido diferente llevar la rehabilitación sin apoyo? Casi al unísono el grupo contestó que no lo hubieran logrado. “Ma” mencionó que es más sencillo debido a que es más dinámico y lo motivan a seguir. Debido a estas respuestas se hace la pregunta del: ¿por qué creen que no lo lograrían? A lo que “Nel” comentó que es porque necesitan una guía. “Ros” por su parte mencionó que el grupo la motiva. “Fra” expresó que cuando fueron por primera vez, iban nerviosos y pensativos. Las personas que son más tranquilas apoyaron a las demás a calmarse. “Be” comentó que él cree que, si hubiera podido lograrlo, pero sin el programa de RC no hubiera sido integral.

Posteriormente hubo un comentario que hace eco en el grupo y corresponde al “mantenimiento” en tanto es una razón de peso para seguir haciendo los ejercicios y asistir a las sesiones de RC. “F” por su parte, comentó sobre el sentido de

responsabilidad que deben tener para con ellos mismos. “Ju” mencionó por su parte que la dieta y ejercicio es importante en tanto se puede poner en práctica también con la familia para prevenir el padecimiento a nivel familiar. “Ya” hizo una referencia a las etapas del duelo, mencionó que es más fácil vivirlas acompañado, para no sentirse como “único”, “aunque las personas la sufren, es mejor hacerlo en grupo”. “Ra” expresó que el grupo se siente como su familia, son sus hermanos y amistades los demás miembros del grupo. “RB” aclaró que, gracias al grupo, sale de la rutina de la casa, llega feliz a pesar de todos los preparativos que debe hacer. “F” partió de los comentarios anteriores y comentó que cuando alguna de las personas del grupo no asiste, se preocupan y lo contactan. “Ju” cerró la participación a esta pregunta haciendo referencia a que el grupo es motivación para todo, sin el sentimiento de competencia, más bien es de apoyo.

Debido a que en la pregunta anterior hubo mucha participación, se decidió a realizar la pregunta de “¿Cómo se siente el apoyo en el grupo?” a lo que “Nel” comentó el seguirse hablando y la comunicación que tienen denota un buen apoyo. “RB” mencionó que se nota el apoyo cuando quieren saber cómo se encuentran los demás pacientes.

Se continuó con la pregunta “¿Qué es lo que más les gusta de este grupo?” a lo que “Ma” describió como confianza. “Nel” por su parte mencionó que son las reuniones en conjunto. “Ra” comentó que es el respeto que se tienen entre ellos. “Be” expresó que todos se sienten iguales, “ahí todos tenemos el mismo estatus”. “Ya” aclaró que ahí todos están por un sentido “Estamos agarrados de la misma cuerda”. “Fra” mencionó que le aprecia que se mantenga la comunicación, aunque

cada quien esté en su casa, ya que es el momento donde sobre piensan diferentes situaciones. “Ju” comentó que le agradaba compartir los que acontece en sus vidas. Por su parte “F” hizo referencia a que de cierta forma es comprender a las familias y situaciones específicas de los demás pacientes.

Para finalizar se abrió la pregunta ¿Cómo se sienten? La respuesta general del grupo, de manera resumida fue que se sienten muy bien y seguros.

Sesión de Grupo Focal III - Grupo 1

En esta última ronda de grupos focales, se inició la primera sesión con dos participantes, las mismas que estuvieron presentes en la semana anterior. Se comenzó con la pregunta generadora en relación a la necesidad de consolidar grupos de apoyo en el proyecto de rehabilitación cardíaca, a la que ambas pacientes respondieron afirmativa. Expresaron que “todos necesitamos apoyo, ya que uno se siente solo” además que lo ven como un espacio para compartir sus experiencias; se visibilizan los procesos de los compañeros y compañeras, que en algunos casos llevan años de trabajo. También acotaron a que mientras “están enfermos”, han sufrido de depresiones y que se alarman fácilmente cuando piensas que pueden morir, por ello el grupo es de vital importancia en la motivación y el acuerpamiento que les genera.

Seguidamente, se les pregunta si este grupo (RC) ha sido un grupo de apoyo, a lo cual ambas respondieron que sí. Mencionaron que sienten que nosotros como facilitadores nos hemos preocupado por el grupo, que han sentido nuestro apoyo y

que el espacio se siente muy a gusto y en confianza para “hablar de todo”. Asimismo, aludieron a que el proceso ha ayudado para salir de la depresión y a continuar su vida “como antes”, tanto así que la paciente ME comentó que ya ni siquiera le pasa por la cabeza la idea de morir.

En cuanto a la pregunta de ¿cuáles son los temas de mayor relevancia para un grupo de apoyo para personas que hayan sufrido un evento cerebro-cardiovascular? Enumeraron los siguientes temas:

- Depresión.
- ¿Cómo pasó y qué me pasó?
- Salir a la calle solo nuevamente.
- ¿Normalidad? (Tenemos una vida normal)
- Familia (Dinámica familiar, Historial médico familiar, Sobre protección.)
- Aprender a quererse uno mismo. (ME: Como mamá uno siempre está para los demás. Hay que dejar que los demás hagan los suyos)
- Qué hacer en mi casa cuando estoy solo.
- Trabajo grupal de cohesión y para poder expresarse.
- Acompañamiento a otros pacientes.
- Aprender a cuidarse.
- El valor del programa de rehabilitación cardíaca (Los hacen con amor. Se siente en familia, muy amables) en contraste con lo que reciben en los EBAS.

Para finalizar se realizaron preguntas de logística en cuanto a la duración, frecuencia y espacio ideal para realizar los grupos. Respondieron que la duración

óptima podría ser de aproximadamente dos horas, con una frecuencia de una vez por semana y que el espacio que puede utilizarse son las mismas aulas de PRC o las áreas verdes de las instalaciones del CENARE.

Sesión de Grupo Focal III - Grupo 2

Se abrió la tercera sesión del grupo 2 con la pregunta ¿Creen necesario que se consolide un grupo de apoyo para pacientes de Rehabilitación Cardíaca? El paciente “RB” comentó que sí, les levantaría el ánimo, no dejarían que ninguno se desmotive. “Nel” por su parte mencionó que puede servir para ver segundas oportunidades y nuevas formas de ver la vida. “Be” hizo un comentario relacionado con la familia, mencionó que lo verán hacer cosas que no había hecho antes, anteriormente se cuidaba por el “ridículo” o por lo que pensarán de él, pero ahora no iba a ser así. “RB” aprovechó el comentario de “Be” y comentó que le gustaría que existiese un taller para familiares y el tema fuese “Paz Familiar”, lo que resumió en sus propias palabras como “traer a los familiares para que entiendan la enfermedad”.

Se prosiguió a plantear la pregunta ¿Creen que esto ha sido un grupo de apoyo para ustedes? ¿Porqué? “RB” expresó que el grupo representa relajación a los problemas familiares y eso aporta a controlar los impulsos. “Be” señaló que es un espacio para “reventar la olla de presión”. “Nel” posteriormente comentó que el trabajo en grupo la empodera en diferentes aspectos de su vida.

En relación a la pregunta ¿cuáles son los temas de mayor relevancia para un grupo de apoyo para personas que hayan sufrido un evento cerebro-cardiovascular? Enumeraron los siguientes temas:

- Familia. Dinámicas, vínculos y actores del proceso de rehabilitación cardiaca.
- Estrés y depresión.
- Control de carácter.
- Nutrición.
- Aprender a cómo discutir.
- Aspecto económico.
- La sexualidad.
- Autocuidado físico y mental.
- ¿Qué pasó y cómo fue el evento? (Para motivación y sentimiento de estar acuerpados)

Para finalizar se realizaron preguntas de logística en cuánto tiempo deberían durar las sesiones, frecuencia y espacio ideal para realizar los grupos. Respondieron que la duración óptima podría ser de aproximadamente hora y media, con una frecuencia de una vez por semana y acomodarlas con la sesión de ejercicio, aparte, si se hacen más, puede ser que se acaben los temas o se aburran. En relación a los espacios para realizar las sesiones, mencionan que el aula está bien, pero se puede aprovechar los espacios de afuera también.

Sesión de Simulacro - Grupo 1

Lamentablemente no se logró realizar el simulacro con el Grupo 1 debido a los siguientes acontecimientos:

- La paciente “AL” no pudo asistir debido a que la invitaron para dar testimonio en el Auditorio a las personas de nuevo ingreso al Programa de Rehabilitación Cardíaca.
- Recibimos la noticia que la paciente “ME” había sufrido un nuevo evento cerebro-cardiovascular y que se encontraba internada en el Hospital Calderón Guardia.
- El paciente “L” luego de hacer la sesión de ejercicio y al ver que no estaban presentes las compañeras del grupo, se despidió y agradeció por el tiempo compartido.

Sesión de Simulacro - Grupo 2

A la sesión de simulacro del grupo 2 asistieron 5 pacientes, Moi, Ma, Ros, Ra y Fra. Se dio inicio haciendo una remembranza en conjunto con los y las pacientes sobre las sesiones anteriores. Luego se realizó una explicación sobre los conceptos de grupo y grupos de apoyo, adicionalmente se habló de los posibles beneficios que pueden obtener.

Seguidamente se les brindó una lista de temas a escoger para dar inicio al simulacro de grupos de apoyo. El tema que se eligió a nivel grupal fue el del Control de Carácter. El grupo comienza mencionando que el tema del carácter personal

está relacionado con todo, si no se controla puede desencadenar en depresión y ansiedad, lo que podría afectar en diferentes ámbitos de la vida de las personas. Por otro lado, también comentaron que es tema que se relaciona con el aspecto comunitario, genera tensión y preocupación.

El enojo es importante en el control del carácter, está relacionado con otras personas y acciones que afectan el corazón (palpitaciones rápidas). Al ingresar al tema del enojo, hicieron hincapié a que “llamar la atención” es diferente a enojarse. Un paciente comentó que ha cambiado mucho por el accidente cerebro-cardiovascular y que existe una diferencia en la forma en la que discute, en relación a como lo hacía antes; se controla un poco más. Además, recalco sobre la importancia de reconocer en ciertas ocasiones por el motivo de estar enojado pueden lastimar a las demás con sus palabras, por eso se debe aprender a controlarse.

Los familiares, según mencionó otra paciente, le apoyan para el control del carácter, le hacen notar que se está enojando o alterando. Luego hubo otro aporte en relación a “amor propio” menciono que es lo más importante para el proceso de rehabilitación y que ayuda a controlar el carácter.

Por otro lado, un paciente comentó que aprendió el manejo del carácter por experiencia previa. Le estresaba el manejo del dinero (cuentas), pero que ya no le presta tanta importancia. Comenta que el compartir con compañeros y compañeras, el valorarse más y el vivir el día a día le ha ayudado en su proceso de rehabilitación.

Hubo un comentario particularmente interesante con respecto a que el proceso de rehabilitación, se mencionó que es un proceso de aprendizaje donde todos aprenden y enseñan al mismo tiempo. Comentaron a su vez, que los espacios de autopresentación a nivel grupal son importantes para observar y entender otras perspectivas de personas que han padecido un evento cerebro cardiovascular. El mismo paciente hace el siguiente comentario: “El problema más grande del hombre es existir, pero no haber vivido”. Haciendo referencia al vivir el día al día sin tantas preocupaciones.

Añade la pregunta: “¿Qué es vivir?” y contestó: “Vivir es vivir tranquilo. Uno puede parecer triste por fuera, pero por dentro es feliz. La vida de campo (haciendo referencia a cómo vivían las personas décadas atrás) es muy tranquila.”

A manera de cierre los pacientes elaboraron una reflexión donde convergen los tres ejes principales del simulacro, señalaron que “Todo se relaciona, carácter, vivir tranquilo y amarse uno mismo.”

4.2.3 Etapa III

Como se mencionó en apartados anteriores debido a la emergencia Sanitaria del COVID-19 se debió suspender el plan piloto de la guía metodológica para la articulación de los grupos de apoyo. Sin embargo, se modificó la propuesta y se realizaron con éxito tres entrevistas con expertos en el tema de rehabilitación cardíaca con el objetivo de validar los resultados obtenidos en las Etapas I y II del proyecto, a partir de la experiencia y el conocimiento de los mismos. Debe tomarse

en cuenta que debido al inmenso tamaño de las transcripciones se realizaron cuadros resúmenes con el objetivo de delimitar las respuestas a las Guía de Entrevista (Anexo 16) para su debida interpretación en los apartados posteriores; se indicará a continuación una breve descripción de los profesionales seleccionados además del anexo correspondiente a cada entrevista.

En primera instancia se entrevistó al Doctor Manuel Alvarado Arce, jefe de Cirugía de Tórax y cardiovascular del Hospital México, especialista en cardiología con 37 años de experiencia en atención primaria en Hospitales Nacionales como Internacionales, quien además cuenta con formación en hospitales europeos pioneros de la rehabilitación cardiaca a nivel mundial. Se encuentra la sistematización de la entrevista en el Anexo 17.

Como nuestra segunda experta se entrevistó a la Doctora. Severita Carrillo Barrantes, médico cirujano y especialista en medicina física y rehabilitación, Coordinadora del Programa de Rehabilitación Cardio-pulmonar y Oncológico del Hospital San Juan de Dios. Asimismo, cabe destacar sus aportes tanto a nivel nacional e internacional, convirtiéndola en una figura clave a inigualable ya que es pionera y fundadora del Programa de Rehabilitación Cardiaca del Centro Nacional de Rehabilitación Dr. Humberto Rojas (CENARE). Se puede encontrar la sistematización de la entrevista en el Anexo 18

Y finalmente se entrevistó al Doctor Rodolfo Jiménez, especialista en medicina familiar y médico del programa de rehabilitación Cardiaca del Hospital San Juan de Dios, coordinado por la Dra. Carrillo. Debido a su formación en rehabilitación cardiaca bajo el modelo cardiológico británico se consideró como una

figura clave ya que aporta una perspectiva objetiva y diversa en relación al modelo utilizado en nuestro país (modelo cardiológico español), además de su abordaje de la patología desde la familia. Se encuentra la sistematización de la entrevista en el Anexo 19.

4.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados del proyecto fueron diversos, ya que a diferencia de la investigación tradicional, se tuvo un mayor y más dinámico contacto con la población cardiópata, por tanto su análisis incluye, no solo objetivos e indicadores de logro planteado, sino otros hallazgos que permitieron identificar elementos esenciales que mediaron a lo largo del proceso y explicaron la lógica y el sentido de la experiencia, de tal forma que posibilitaron la construcción de nuevas herramientas, además que posibilitaron la identificación más clara del papel que pueden desarrollar los grupos de apoyo para esta población.

Como se mencionó anteriormente en el apartado de estrategia metodológica, se utilizó la “Estrategia metodológica para el análisis de datos cualitativos” según Sampieri (2014), con el objetivo de interpretar los resultados obtenidos y contrastarlos con los fundamentos teóricos del presente proyecto. Como bien lo menciona el autor, los datos obtenidos provienen de una manera no estructurada, puesto que todos los y las participantes contribuyen de forma activa al proceso de enseñanza-aprendizaje, en lugar de recibir pasivamente la información de expertos

de afuera, que en ocasiones pueden desconocer o no entender debidamente los temas locales.

Los hallazgos se identificaron y se organizaron por unidades o categorías específicas para su debida discusión y finalmente poder crear como producto la guía metodológica para la implementación de grupos de apoyo para pacientes cardiopatas.

A continuación, se abordan los principales hallazgos del proceso, por categorías:

4.2.1 Necesidades Sociales

Se identificaron las **necesidades sociales** de los pacientes cardiopatas como nuestra primera categoría y en respuesta a primer indicador de logro de la matriz de planificación 1 (Anexo 13). La concepción que nos concierne es la de necesidades sociales básicas. Es decir, aquellas que tiene el ser humano como ser social, tienen un carácter básico y refieren a la supervivencia e integridad. Son los factores objetivos indispensables para la supervivencia y la integridad psicofísica de los seres humanos (Ballester, 1999, citado por Herraiz y De Castro, 2013). Al profundizar en los requisitos que el constructo teórico de necesidades sociales básicas debe poseer, consideraremos que hace referencia a los factores objetivos indispensables para el mantenimiento de la vida y la reproducción social. Asimismo, Herraiz y De Castro (2013) señalan que el origen y naturaleza de las necesidades básicas es social, puesto que constituyen un requisito indispensable para la plena integración y participación social. La cobertura de las mismas no es arbitraria, ya

que su no cobertura supone un perjuicio para el individuo. No son contingentes ni relativas, no caducan cuando se satisfacen y, aun así, se seguirán necesitando. Tampoco son finitas ni se agotan porque nunca llegan a satisfacerse completamente.

Dentro de los resultados del proyecto se encontró que, tanto los pacientes como por los profesionales entrevistados, reconocen la atención médica como una necesidad social fundamental, sin embargo, identifican carencias a nivel de sistema de salud social, una problemática en la cual convergen múltiples factores, siendo el factor económico como el principal problema a nivel estatal el cual dificulta que dichas necesidades sean satisfechas para toda la población en el momento necesario.

... *“Situación económica del país”*. (FODA, Debilidades, Anexo 12)

... *“Debemos recordar que hay muchas limitaciones de tipo económica, Costa Rica es un país pobre”* (Entrevista Dr. Manuel Alvarado, Min 16:54)

“... tenemos una gran falta de infraestructura en los centros de salud, y sobre todo que cumpla con las regulaciones internacionales para este tipo de rehabilitación [...] la falta de equipamiento, ya que en los hospitales se prioriza la compra de rayos-X, incubadoras, etc.; pero no así con bandas sin fin, equipo de telemetría entre otros. Hemos tenido que romper paradigmas y demostrar que también es medicina.”(Entrevista Dra. Severita Carrillo, Min 20:20)

Aunado con lo anterior, podemos observar como la falta de recursos económicos repercute directamente en la necesidad de recurso humanos calificado

para el tratamiento integral, tanto en el PRC como en atención general. En las entrevistas podemos identificar de manera unánime que no se cuenta con suficientes profesionales que ejerzan dichos puestos para dar atención a la gran demanda social, en el caso específico de RC, así como deficiencias en la formación educativa en donde el tratamiento farmacológico y quirúrgico cuenta con mayor credibilidad que el movimiento humano y el componente psicológico de enfermedad cerebro-cardiovascular.

... *“Nosotros tenemos un problema de necesidad de recurso humano, y yo soy uno de los que pelea por conseguir plazas para psicología. Estos grupos que ustedes proponen son el ejemplo de la necesidad que tenemos, se requiere personal que se dedique específicamente a atender y cubrir toda la dinámica de los pacientes que se encuentran en el proceso de rehabilitación cardíaca”* (Entrevista Dr. Manuel Alvarado, Min 30:48)

... *“El segundo problema fueron las plazas, ya que el servicio social de salud de nuestro país no contaba con los puestos establecidos en los hospitales nacionales y ligado a esto, no se contaba con personal especializado en el área”.* (Entrevista Dra. Severita Carrillo, Min 20:20)

... *“Tenemos un vacío en la parte de Rehabilitación, en la parte, incluso, en la formación de los profesionales, hablo por el cuerpo médico, si usted hace una encuesta y le pregunta a los médicos si saben prescribir ejercicio, el 99.9% no sabe prescribir ejercicio”* (Entrevista Dr. Rodolfo Jiménez, Min 18:25)

Por consiguiente, es de fundamental importancia la ampliación de una red de apoyo profesional e integral para pacientes cardiopatas en las distintas áreas que conforman el Programa de Rehabilitación Cardíaca. Además, es necesario el acondicionamiento de espacios multiusos que puedan utilizarse de manera grupal y adquisición de equipo necesario para el PRC para una mejor intervención tanto a nivel preventivo como interventivo.

4.2.2 Necesidades Psicológicas

De igual manera, los autores refieren que el concepto de necesidades psicológicas ha recibido menos atención y aceptación a diferencia de propiedades esenciales fisiológicas. En este punto, se hace la aclaración que las necesidades psicológicas expresadas por parte de los pacientes, deben ser trabajadas en tanto, surgen como detonantes de su padecimiento cardiovascular, así como de su proceso de rehabilitación. Cuando las necesidades son satisfechas, promueven el bienestar tanto a nivel fisiológico como psicológico, pero cuando no se trabajan, pueden desencadenar consecuencias negativas.

Dentro de las principales necesidades psicológicas, destacaron 5, las cuales son reiterativas tanto en las sesiones psicoeducativas, como en las técnicas de recolección de datos y en las entrevistas realizadas a los profesionales en salud, las mismas son:

- Depresión.
- Ira / mal carácter.

- Preocupaciones y estrés.
- Pensamientos negativos / miedo.
- Sentimientos de inutilidad / discapacidad (en relación a trabajo o actividades diarias).

La depresión, como una necesidad psicológica a abordar, es una de las más consistentes, expuesta tanto por los pacientes como por los profesionales consultados. Este trastorno psicológico puede surgir a raíz de la enfermedad cardíaca o, bien, ser una de las principales causas de la misma, como veremos más adelante. Trabajar el tema de la depresión, su origen, la forma en la que afecta tanto a nivel emocional, como cognitivo, físico y social es fundamental no solo a un nivel primario de prevención de las cardiopatías, sino para el proceso interventivo de rehabilitación cardíaca.

Sumado a lo anterior, otras necesidades psicológicas relevantes para su debido desarrollo dentro de los talleres psicoeducativos y en los grupos de apoyo, son temas relacionados con las preocupaciones, ansiedad, estrés, pensamientos negativos y carácter, como factores de riesgo modificables para la prevención, génesis o tratamiento y rehabilitación de las patologías cardíacas.

Dentro de los principales hallazgos obtenidos en relación a las necesidades psicológicas anteriormente expuestas, se encuentran:

... *“Mientras estamos enfermos, nos da depresión y nos podemos alarmar fácilmente cuando pensamos que vamos a morir”* (Grupo Focal #3, grupo #1. Anexo

15)

... *“La psicología es importante en todas las ramas, pero en la enfermedad cardíaca (angina), el factor de riesgo más determinante es la depresión, aparte de otros factores como la ansiedad y el estrés crónico”* (Entrevista Doctora Severita Carrillo, Min: 45:23 Anexo 18)

... *“el psicólogo tiene la posibilidad de identificarlo, pueda clasificarlo en un trastorno "X" de corte psicopatológico y que pueda brindar o recomendar un tratamiento terapéutico, ya sea individual o colectivo, y de ser necesario una referencia al área de psiquiatría, ya sea que tenga una patología desde una depresión hasta un comportamiento agresivo y que derivó en una enfermedad cardiovascular, esto tiende a ser muy frecuente”*. (Entrevista Doc. Manuel pregunta #7 Min: 28:50 Anexo 17)

... *“la RC sabe que la depresión por ejemplo y la ansiedad se asocian de una manera bidireccional con la enfermedad cardiovascular. No se sabe si la depresión lleva a la enfermedad cardiovascular o la enfermedad lleva a la depresión”*. (Entrevista Dr. Rodolfo Jiménez pregunta #7 min 28:07 Anexo 19)

Por lo tanto, se hace evidente la importancia de la perspectiva psicológica para el abordaje de las personas sobrevivientes de una patología cardiovascular en el tratamiento integral de la enfermedad, pero no solamente a nivel interventivo, sino a nivel relacional, donde se pueda guiar procesos grupales para la expresión adecuada de sus vivencias, experiencias, sentimientos y conocimientos, no solo para compartirlas, sino por el simple hecho de expresarlas en un ambiente óptimo.

... "Yo creo que la salud de los costarricenses mejoraría si se contratara más profesionales en psicología, porque hay mucho problema emocional y cognitivo"
(Entrevista Doctora Severita Carrillo, Min: 50:30 Anexo 18)

4.2.3 Perspectiva del Grupo y de los Grupos de Apoyo

De igual manera se encuentra la función de **grupo y grupo de apoyo** como tercera categoría y en respuesta al segundo indicador de logro de la Matriz de panificación 2 (Anexo 13). Como se mencionó en el apartado de estrategia metodológica, definir el concepto de grupo se torna complejo, debido a la variables y perspectivas que entran en juego, no obstante, Casal et al. 2012 (p.49) definen el concepto de grupo desde tres perspectivas que se vinculan entre sí y son igualmente importantes, brindando una base sólida para el entendimiento del concepto como tal, estas son: 1) La identificación al grupo. 2) La organización para regular y llevar a cabo una función o tarea del grupo. 3) La relación interdependiente entre las personas que forman el grupo.

Sumando a lo anterior, profundizando un poco más en el tema de los grupos de apoyo, encontramos que, según Canals (2002) se definen como grupos pequeños formados por personas que tienen un problema en común y que se unen de forma voluntaria, con la finalidad de lograr alcanzar un cambio a nivel personal o social.

En lo que respecta a los PRC, podemos observar cómo se cumplen éstas perspectivas y características propias de los grupos y los grupos de apoyo en tanto,

hay un grupo de personas que, tienen algo en común, como es el padecimiento cardiovascular, cuya meta es lograr recuperarse y tratar de mejorar su propia calidad de vida luego del padecimiento de su enfermedad mediante la rehabilitación y adherencia al tratamiento, mientras se va creando una relación entre los pacientes que asisten a los PRC.

Dentro de los principales resultados obtenidos en los grupos focales realizados para conocer las opiniones y conocimientos de los pacientes que asistieron a los PRC encontramos que consideran como grupo:

... *“Varias personas unidas para buscar respuestas”* (Paciente, grupo focal #1, Grupo #1. Anexo 15)

... *“Todos aportamos porque somos diferentes y tenemos experiencias diferentes, pero estamos aquí por una razón que nos une”* (Paciente, grupo focal #1, Grupo #1. Anexo 15)

... *“Para darse fuerza unos a otros. Motivación indirecta de otras personas.”* (Paciente, grupo focal #1, Grupo #1. Anexo 15)

“Cuando hay más de 2 personas que transmiten ideas y conocimientos” (Paciente, grupo focal #1, Grupo #2. Anexo 15)

... *“Debe haber metas en común, interés en grupo. Tenemos algo en común como vivencias y experiencias”* (Paciente, grupo focal #1, Grupo #2. Anexo 15)

... *“Unión de personas para apoyarse y compartir”* (Paciente, grupo focal #1, Grupo #2. Anexo 15)

“Conjunto de personas con un fin específico. Para tener una meta.” (Paciente, grupo focal #1, Grupo #2. Anexo 15)

“Una persona que apoya es aquella que ayuda, que es incondicional en las buenas y en las malas. Así es cuando uno trabaja cuando se enfoca en enfermedades, esos grupos de apoyo significan que yo voy a ser fiel al trabajo, es tener personas, que a pesar que falte yo, el proceso va a continuar” (Entrevista Doc. Manuel Min:22:47 Anexo 17)

Por consiguiente, podemos inferir que la identificación al grupo, la organización para regular y llevar a cabo una función o tarea del grupo y la relación interdependiente entre las personas que forman el grupo se hace presente en lo expresado por parte de los pacientes que asistieron a los PRC. Cabe señalar que los grupos de apoyo fueron realizados aproximadamente en la primera semana del tercer mes de trabajo (cronograma de actividades, pág. 35) por lo que el grupo ya tenía una cohesión, vinculación y sentido de pertenencia con respecto al grupo, por lo que, aunque no hayan tenido información teórica sobre lo que son los grupos, por su desarrollo dentro de estos, expresaron sus sentires de la manera menos sesgada. Haciendo notar que las principales perspectivas de grupos propuestas por Casal y colaboradores, se cumplen.

Ya abordado el concepto de grupo tanto a nivel teórico, como con las respuestas de los pacientes, es necesario profundizar en el concepto de grupos de apoyo. Rivera (2003) define las características de los grupos de apoyo, las cuales consisten en; un conjunto de personas que se interrelacionan, interactuando entre sí en un espacio colectivo; reconocen que existe un común denominador; hay un

número mínimo y máximo de personas, y cuya finalidad de lograr un cambio, sea cual fuese.

Dentro de los principales resultados tanto por parte de los pacientes, como de los profesionales consultados se encuentran:

... “Apoyo de personas que pasaron por lo mismo.” (Paciente, grupo focal #2, Grupo #1. Anexo 15)

... “El grupo como parte de uno. Como familia” (Paciente, grupo focal #2, Grupo #1. Anexo 15)

... “Cuando se da la mano a alguien que no puede hacerlo por sí misma y se le ayuda para lograrlo” (Paciente, grupo focal #2, Grupo #2. Anexo 15)

... “El grupo refleja lo que siento, me siento parte, me motivan a seguir viniendo” (Paciente, grupo focal #2, Grupo #1. Anexo 15)

... “Sinónimo de ayuda. En el grupo se puede compartir las experiencias y mejorar” (Paciente, grupo focal #2, Grupo #2. Anexo 15)

... “Aquí todos estamos por un sentido “Estamos agarrados de la misma cuerda” (Paciente, grupo focal #2, Grupo #2. Anexo 15)

Detectamos que hay una vinculación socio-afectiva con relación a los grupos de apoyo, a diferencia de concepto de grupos, en tanto, hay expresiones que hacen referir a que son “una familia”, esto es de vital importancia por la interrelación de los miembros que se afianzan a lo largo de las sesiones de rehabilitación, esto podría no suceder con todos los pacientes, pero sí con la mayoría.

En lo que respecta a los profesionales consultados, logramos detectar que hay una relación con respecto a lo que consideran como grupos de apoyo:

... *“El grupo de apoyo no necesariamente tiene que ser de profesionales, también puede ser de pacientes que van a estar abiertos para oír.”* (Entrevista Doctora Severita Carrillo Min: 40:35 Anexo 18)

... *“Los grupos de apoyo pueden ser grupos más pequeños, que tengan como algo en común, no solamente la patología, sino que sean grupos donde se tome en cuenta otros factores psicosociales propios de los pacientes. Si los grupos son más homogéneos, para que mucha gente se vea beneficiada”* (Entrevista Doctora Severita Carrillo, Min: 40:35 Anexo 18)

... *“estos grupos de apoyo son los que maneja uno con la parte de psicología, pero a veces esos grupos de apoyo son sus mismos pares, son un grupo de gente que tienen patologías similares que se dan cuenta que ellos pueden salir adelante”* (Entrevista Dr. Rodolfo Jiménez Min 25:23 Anexo 19)

Cabe hacer mención que los facilitadores de los grupos de apoyo, fungen como guías del proceso, pero no necesariamente forman parte del grupo, es decir, están en el grupo, pero no interactúan en la dinámica del mismo, solo facilitan el desarrollo de las sesiones para con los pacientes. Esto puede ser debatible, en tanto, independientemente que se forme parte o no del grupo, puede haber una movilización de emociones por parte de los profesionales, debido a las temáticas y experiencias que se podrían abordar.

4.2.4 Beneficios de los grupos de apoyo

En cuarto lugar, encontramos los **beneficios de los grupos** para los pacientes del PRC, en respuesta a tercer indicador de logro de la Matriz de planificación 2 (Anexo 13). Esta categoría en particular fue la que arrojó más resultados a lo largo del proyecto tanto en la fase de diagnóstico, como en la fase de grupos focales y las entrevistas a personas expertas.

Para comenzar, Rivera (2003) señala que los grupos de apoyo ofrecen un espacio y un sentido de pertenencia, abre la oportunidad para que las personas se puedan expresar, compartir, además, brinda seguridad de contención a nivel emocional y social entre los participantes.

“...sentirse acompañado y cómodo. “Abraza y da seguridad” Nos hace sentir importantes para los demás.” (Paciente, Grupo Focal #1, grupo #1. Anexo 15)

“...el grupo de apoyo es un sostén para esas personas que tienen patologías parecidas”. (Entrevista Dr. Rodolfo Jiménez, Min 25:23. Anexo 19)

“... una parte importante de los grupos de apoyo es el sentirse parte de ese grupo, la pertenencia [...] entonces el hecho que yo tenga ese sentido de pertenencia a un grupo me permite hablar y expresar más libremente lo que yo siento” (Entrevista Dr. Rodolfo Jiménez, Min 33:49 Anexo 19)

“... es ahí donde la persona puede expresar realmente lo que siente y puede llegar a ser líder [...] el hecho de poder expresar y el hecho de que una persona pueda llorar en un grupo de apoyo es simple y sencillamente parte de los beneficios que se van a obtener” (Entrevista Dr. Rodolfo Jiménez, Min 40:12 Anexo 19)

Con lo anterior se puede evidenciar que tanto Rivera (2003) como los hallazgos obtenidos en las entrevistas y el grupo focal hacen referencia a la importancia del sentido de pertenencia, a la capacidad de libre expresión y la seguridad de contención que brinda el grupo. Esto se logró observar en varias ocasiones donde algún paciente tuvo un “punto de quiebre” durante la sesión y rompió en llanto, en dichas ocasiones el grupo realizó contención de forma inmediata y exitosa, sin ningún tipo de sugerencia por parte de los facilitadores.

Además, cabe destacar como beneficio de la experiencia en el proceso de rehabilitación cardíaca, puede dar paso al nacimiento de una figura de liderazgo para el grupo, esto correlacionado a la propuesta que una vez articulados los grupos exista la posibilidad que continúen de forma autogestionada.

Por otro lado, Canals (2002) describe otros de los beneficios de los grupos de apoyo, donde cada persona puede hallar una recuperación integral, al mismo tiempo que ayuda a las y los otros de forma solidaria, igualitaria y recíproca a lograr su propia recuperación, de manera que los y las pacientes son capaces de armonizar y mejorar sus capacidades y habilidades. Asimismo, manifiesta que en los grupos de apoyo intercambian experiencias, ideas, sentimientos, opiniones, creencias, de tal manera que lleguen a mejorar su estilo y calidad de vida, al mismo tiempo que las y los demás integrantes lo hacen.

... *“Cambios de vida, prioridades y pensamiento, mejoras a nivel emocional y nuevas metas (Paciente, Árbol de Problemas, grupo #. Anexo 10)*

... *“Espacios grupales de acompañamiento, motivación, andamiaje, aceptación del padecimiento, visualización de otras realidades. (Paciente, FODA, grupo #1. Anexo 11 y 12)*

... *“Pensamientos y expresiones diferentes, todos aportamos y aprendemos algo bueno, más cuando es un grupo grande.” (Paciente, Grupo Focal #1, grupo #2. Anexo 15)*

... *“Hay personas que aportan mucho y que no dicen nada. Algunos tienen ejemplos a seguir dentro del mismo grupo” (Paciente, Grupo Focal #1, grupo #2. Anexo 15)*

... *“Suplir y complementar habilidades entre ellos mismos”. (Paciente, Grupo Focal #1, grupo #2. Anexo 15)*

... *“Para finalizar el paciente “Ju” relató una anécdota que le llamó la atención, esta ocurrió cuando recién empezaban sus visitas CENARE. Contó que iba caminando y divisó un grupo (el grupo del PRC que antecedió al presente), donde los y las pacientes se veían alegres y se preguntó a sí mismo ¿Porque están felices si se encuentran en un hospital? Con el pasar del tiempo y al formar parte del grupo de RC pudo identificar que dentro de la dinámica nació “un tipo de amor e interacción grupo” según dijo. Al concluir comentó que luego de pasar un tiempo en el programa pudo comprender las reacciones de los pacientes de aquella anécdota y que era un rasgo que disfrutaba del grupo” (Paciente, Grupo Focal #1, grupo #2. Bitácora de campo 11/7/2019)*

... *“Las etapas del duelo es más fácil vivirlas acompañado, no sentirse único. Aunque uno lo sufra, vale más la pena hacerlo en grupo.”* (Paciente, Grupo Focal #2, grupo #2. Anexo 15)

Gracias a los previos ejemplos se puede afirmar que los grupos promueven y fomentan la ayuda a sus pares, y por medio de la identificación con las demás personas del grupo, expresan sus realidades, sus emociones y experiencias de manera que el grupo funciona como ente unificado que enseña, aprende, contiene y deja liberar preocupaciones y sentimiento en un ambiente seguro e igualitario. De igual manera se logra comprobar lo propuesto por Durá y Hernández (2003, p.23) donde el grupo posibilitan dar y recibir apoyo ya que en un principio las personas que acuden necesitan apoyo del resto, pero con el paso del tiempo sienten también la necesidad de proporcionar dicho apoyo a los demás; existen asimismo integrantes cuyo único fin al integrarse en un grupo es proporcionar ayuda a los demás.

Por último, se encontró como un hallazgo significativo el desarrollo de responsabilidad personal como agente de cambio en el proceso de rehabilitación cardiaca, el cual fue descrito tanto por pacientes como por profesionales de la siguiente manera:

... *“Después del evento aprende a ser responsable de uno mismo. De quererse a uno mismo”* (Paciente, Grupo Focal #2, grupo #1. Anexo 15)

... *“Sentido de responsabilidad con nosotros mismos.”* (Paciente, Grupo Focal #2, grupo #2. Anexo 15)

“...podemos notar cambios cuando los pacientes hacen preguntas y entre ellos se responden, lo que refleja el dominio de conceptos básicos de su enfermedad [...] una responsabilidad del paciente sobre su accionar ante el padecimiento.”

(Entrevista Dra. Severita Carrillo, Min 8:24. Anexo 18)

4.2.5 Temáticas fundamentales y características de grupo de apoyo para la Guía Metodológica.

Finalmente nos encontramos con la última categoría que responde a los **temáticas fundamentales y características de grupo de apoyo** para ser trabajados mediante la guía metodológica para los pacientes cardiopatas del PRC en respuesta al cuarto indicador de logro de la Matriz de planificación 2 (Anexo 13).

Gracias a la etapa I del proyecto pudimos identificar y comprobar la necesidad de los espacios de expresión y comunicación empática que pueden proveer los grupos de apoyo para una patología cardiológica. Luego en la etapa II por medio de los grupos focales se discutieron y se propusieron las temáticas que los y las pacientes consideraban fundamentales para el trabajo en dichos grupos de apoyo. Finalmente, gracias a las entrevistas que se realizaron con expertos del área de RC se lograron validar por medio de triangulación las siguientes temáticas para la guía metodológica:

- Depresión
- Dinámica familiar
- Autocuidado

- Comunicación asertiva
- Control de carácter
- Nutrición
- Sexualidad
- Autoconocimiento

Asimismo, los y las pacientes describieron las consideraciones logísticas que podían requerir los grupos de apoyo si estos fueran implementados. Como podemos evidenciar en los resultados finales del grupo focal III (Anexo 15) ambos grupos consideran ideal una sesión grupal una vez por semana, con una duración entre una hora y media, y dos horas; de ser posible el mismo día que asisten a las sesiones de ejercicio. De igual manera, señalaron que puede utilizarse tanto las instalaciones del hospital como las áreas verdes dentro del mismo.

Como consideración final, cabe señalar que se cumplieron los indicadores de logro referentes a participación grupal ya que se superaron con creces la asistencia mínima a las actividades grupales referentes al Árbol de Problemas, FODA, grupos focales y simulacro. (Anexo 13).

CAPÍTULO V. CONSIDERACIONES FINALES

5.1 FACTORES OBSTACULIZADORES DEL PROCESO

A continuación, se hace referencia a los factores que dificultaron la ejecución del proyecto, que se hicieron presentes por medio de elementos que se encontraban fuera del control de los estudiantes que sustentan el proyecto, así como de los participantes y otros actores involucrados en el Trabajo Final de Graduación.

- Un factor obstaculizador que no fue previsible a la hora de diseñar, planificar y ejecutar el Proyecto Final de Graduación fue la emergencia sanitaria mundial del COVID-19. Esta situación implicó la cancelación de todas las prácticas intrahospitalarias a nivel nacional, por lo cual el presente proyecto no fue la excepción. Debido a esto, se suspendió cualquier tipo de interacción presencial con los pacientes de RC, además que el Hospital CENARE fue transformado en el CEACO para optimizar la atención especializada para las personas que contrajeron el virus. Producto de esto se debieron realizar modificaciones en la propuesta para su conclusión siendo la cancelación del plan piloto de la guía metodológica como principal problemática, y su correspondiente evaluación.
- El tiempo fue un obstáculo importante a la hora de realizar las sesiones debido a que solo se contaba con una hora exacta para cada grupo y la forma en que se acomodan dichos grupos para aprovechar el tiempo; mientras un grupo realizaba ejercicio el otro asistía a las sesiones psicoeducativas y

viceversa. Esto sin tomar en cuenta que muchos de los pacientes debían retirarse con anterioridad para cambiarse y cumplir con el monitoreo de signos vitales previos a las sesiones de ejercicio, y por otro lado en los casos que llegaban posterior al ejercicio, llegaban tarde ya que aprovechaban para asearse y cambiarse de ropa luego del mismo. Por ello como se observa en la tabla resumen de herramientas de monitoreo (Anexo 7) como muchos de los pacientes sugieren, el tiempo de las sesiones no era suficiente. Sin embargo, se intentó aprovechar de la mejor manera, aunque en ciertas ocasiones terminaron antes de tiempo.

- La asistencia de los pacientes fue otro de los factores obstaculizadores que se lograron identificar, no obstante, es un problema multicausal. En primera instancia debe considerarse que el hospital CENARE atiende pacientes de todo el país, se logró identificar que el transporte desde lugares lejanos implicaba un problema para muchos de los pacientes de RC ya que debían viajar desde muy temprano o inclusive con un día de antelación, además del alto costo que esto conlleva. Esto se traspola al factor económico ya que los pacientes que se encuentran en el programa no pueden trabajar en el tiempo que dure la rehabilitación, por lo cual era frecuente que los pacientes no concluyeran el proceso (estando en fase III, cuando ya han cumplido las 10 primeras semanas de fase II) y optarán por trabajar, sobre todo en pacientes más jóvenes.
- Durante el proceso se presentaron en repetidas ocasiones problemas con la Dirección y Subdirección de la Escuela de Psicología de la Universidad

Nacional y la Comisión de Trabajos Finales de Graduación en el periodo del 2017 la 2021. Debido a la falta de organización, en reiteradas ocasiones se solicitaron documentos que habían sido enviados de manera puntual desde un inicio y firmados por las mismas personas que posteriormente los solicitaban. Cabe hacer la aclaración tuvieron que ser presentados en tres ocasiones adicionales bajo los mismos argumentos y realizando pausas obligatorias en el proceso hasta ser aclarados dichos impedimentos. Esto generó incomodidad y desmotivación por parte de los sustentantes con un proceso que ya de por sí es arduo, debido a la incisiva insistencia y falta de organización a lo interno de la propia escuela.

5.2 PERSPECTIVAS A FUTURO

Si bien es cierto, el proceso de realización del proyecto tiene un objetivo general, así como específicos, no podemos descartar los aprendizajes obtenidos de manera indirecta, así como perspectivas a futuro que se pueden considerar tanto para mejorar el desarrollo de los trabajos, como para incrementar el conocimiento del tema propuesto:

- Posibilidad de replantear la forma en la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional plantea la malla curricular de los cursos de investigación, así como el seguimiento de los trabajos finales de graduación, pues si bien es cierto, el proceso depende enteramente del estudiantado, hay que recordar que es un proceso de enseñanza y aprendizaje, por eso, como

bien sabemos, el acompañamiento es fundamental para adquirir los conocimientos teórico prácticos de manera adecuada, así como el desarrollo de las actividades. Si bien es cierto, estos procesos son demandantes en términos de tiempo, cognitivos, emocionales y relacionales los mismos, consideramos, podrían ser menos tensos para las y los estudiantes.

- Pensar en una vinculación entre las emociones y nuestro organismo se torna fundamental para profundizar en cómo aquellas afectan al cuerpo. El corazón, al ser el primer órgano del ser humano que se forma durante el proceso de gestación, nos puede dar un indicio de por qué es tan importante y cómo nuestras emociones lo pueden afectar. En el caso de la depresión, estrés o ansiedad al ser estados emocionales alterados y poco saludables, afectan nuestro corazón. A lo largo del proyecto, logramos ver que los temas como duelos, miedos, ansiedades, estrés son tan determinantes como temas relacionados con el ejercicio físico y la alimentación balanceada. Por esta razón, profundizar en cómo nuestras emociones y pensamientos pueden afectar nuestro cuerpo y en específico, el corazón, se podría considerar un tema para profundizar.
- Por otro lado, se podría considerar profundizar en la vinculación que surge a raíz de un evento percibido como negativo, en este caso una enfermedad cardíaca, y cómo esto puede conllevar a la creación de relaciones positivas sanas que favorezcan los modos de vida de las personas, el tema de la resiliencia a un nivel más profundo, nos podría llevar a tener un mejor

entendimiento de nuestras relaciones tanto con otras personas, como con nosotros mismos.

- Finalmente, se podría complementar el modelo actual de rehabilitación cardiaca en nuestro país con la inserción de grupos de apoyo en la Fase III en los programas, de manera que pueda implementarse la “Guía metodológica para la implementación de grupos de apoyo con pacientes cardiopatas” el cual fue el producto del presente proyecto.

5.3 APRENDIZAJES

El acercamiento inicial para generar confianza, empatía y rapport con los pacientes es fundamental para un proceso grupal, debemos recordar que somos seres humanos trabajando con otros seres humanos, por lo que al iniciar cualquier proyecto que se trate de la vinculación de personas, se debe iniciar, conociendo y generando empatía con las personas. Estos procesos, dentro de nuestra experiencia, hacen crecer a todos los participantes, tanto a los profesionales como a los pacientes puesto que va más allá del conocimiento profesional, lo consideramos como un conocimiento para la vida.

La comunicación, coordinación y apoyo por parte de los sustentantes a la hora del trabajo de campo, así como la sana resolución ante a los inconvenientes que se presentaron, fue de vital importancia para el desarrollo del proyecto. Hay que recordar que un grupo, como mínimo, es formado por dos personas y este proceso

ha demostrado que el trabajo grupal trasciende al cumplimiento de la tarea, puesto que en el proceso en donde realmente está lo importante para el logro de aquella.

Sumado a lo anterior, en el trabajo de campo, el conocer de la mejor manera posible al compañero de trabajo es una base fundamental tanto para la coordinación a nivel teórico cómo práctico; previo, durante y posterior de las sesiones. Esto también ayuda a la lectura a nivel grupal, compartiendo las perspectivas y manteniendo una atención plena durante el proceso, para lograr intervenciones adecuadas o evitar pasar por alto algún tema emergente. Esta vinculación también permite empatía entre los sustentantes y logrando compartir el sentimiento experimentado en diferentes momentos del proceso.

Por otro lado, la creación de un cronograma es útil para el desarrollo de cualquier proyecto, se debe tener en cuenta la flexibilidad ante las vicisitudes que se pueden presentar a lo largo del proceso. Un ejemplo de esto es la pandemia mundial del 2020 provocada por el virus del SARS COV 2, lo que detuvo y modificó este proyecto.

Asimismo, una de las consideraciones más importantes a la hora de trabajar con población cardiópata, es la capacidad de tratar temáticas que no solamente están relacionadas con las de los objetivos del proyecto o los talleres psicoeducativos, por poner algunos ejemplos, factores económicos, duelos, temas de relaciones familiares, miedos, inseguridades, adicciones, giran en torno al padecimiento cardiaco. Cabe mencionar que, no siempre es posible abordar los temas de forma extensa durante los talleres psicoeducativos; cuando surgen se abordan y se trata de dar seguimiento por parte del proyecto, sin embargo los

grupos de apoyo que se proponen en el presente proyecto serían excelente recurso de complemento a los talleres psicoeducativos que permitirían dar continuidad a casos identificados a partir de los talleres y favorecer el abordaje psicológico en tales áreas con mayor libertad y tiempo requerido.

Finalmente, es de suma importancia destacar el papel determinante que tuvo el proyecto “UNA Intervención en Rehabilitación Cardíaca”, y las prácticas universitarias realizadas del año 2014 al 2016 puesto que fue la piedra angular para ubicar el presente proyecto, de manera que con el apoyo a los talleres psicoeducativos se permitió precisamente generar un espacio de empatía con los y las pacientes. Además que fue gracias a la coordinación del PRC del Hospital CENARA nos fue posible realizar el presente Trabajo Final de Graduación de forma fluida y contando con total aceptación y respeto por parte del equipo interdisciplinario del PRC.

5.4 RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que se harán en este apartado, están dirigidas al Programas de Rehabilitación Cardíaca del CENARE con el objetivo de facilitar espacios para la apertura a nivel grupal de los pacientes que asisten a los PRC.

- Dentro de las principales recomendaciones, se hace notablemente importante abrir espacios óptimos para que las personas puedan expresar sus emociones, perspectivas y conocimientos a raíz del padecimiento cardíaco, de manera directa o “in situ”, durante el proceso. Si bien es cierto,

los talleres psicoeducativos son espacios donde se pueden abarcar y profundizar a nivel teórico en temáticas como depresión, ansiedad, pensamientos irracionales, no resultan suficientes. Es necesario que los pacientes expresen, si así lo desean, sus emociones con relación a esas temáticas.

- En caso de que los pacientes no puedan asistir a las sesiones de ejercicio físico de los PRC, ya sea mediante la virtualidad o bien mediante otras plataformas, brindar la oportunidad para que participen de los talleres psicoeducativos y de espacios de libre expresión, para que puedan contar con apoyo a nivel psicológico, en caso que así lo requiera.
- A pesar de que recursos físicos institucionales son limitados, se recomienda una mejor coordinación y ampliación del tiempo entre las sesiones de ejercicio y las sesiones psicoeducativas para un mejor aprovechamiento del mismo ya que para el cumplimiento riguroso de dichas actividades se sacrifica cierto tiempo de abordaje psicológico. Ambos espacios deben ser considerados de igual importancia para una atención integral y fomentar una mayor adherencia al tratamiento.

5.5 CONCLUSIONES

- Se logra comprobar la necesidad articular y gestionar grupos de apoyo para pacientes cardíopatas como una necesidad social y una necesidad psicológica. Es de fundamental importancia la perspectiva psicológica para

el abordaje de las personas sobrevivientes de una patología cardiovascular en el tratamiento integral de la enfermedad, no solamente a nivel interventivo, sino a nivel relacional, donde se pueda guiar procesos grupales para la expresión adecuada de sus vivencias, experiencias, sentimientos y conocimientos, de manera que puedan ser expresadas en un ambiente seguro y adecuado.

- Se identificó la depresión como enfermedad clave dentro de pacientes que padecen enfermedades cerebrovasculares puesto que existe una cercana correlación entre ambos padecimientos. Esto es un indicador alarmante en relación a la salud mental a nivel nacional ya que es evidente la urgencia de atención de la misma, debido a que es un tema recurrente en la mayoría de actividades realizadas durante el proyecto y reafirmadas por los expertos. Por ello es necesario tanto la atención primaria como la necesidad de la prevención y promoción en torno a la salud mental.
- Los grupos de RC desarrollan vínculos socio-afectivo de los cuales describen como una “familia” que están ahí por una meta en común. Además, brindan soporte, contención, escucha activa a sus participantes y de igual manera fomentan la motivación y el sentido de pertenencia. Gracias a la información recopilada, los y las pacientes consideran que dichos espacios grupales les proveen seguridad y un entorno de confianza, los cuales pueden generar efectos terapéuticos
- Los grupos promueven y fomentan la ayuda a sus pares, y por medio de la identificación con las demás personas del grupo, el mismo posibilita dar y

recibir apoyo; inclusive algunos integrantes tienen como único fin al integrarse para proporcionar ayuda a los demás. Cabe mencionar que dicha identificación desarrolla responsabilidad personal como agente de cambio en el proceso de rehabilitación, además que la misma experiencia puede dar paso al nacimiento de una figura de liderazgo para el grupo.

- El entorno familiar y social de cada persona y el apoyo que reciben de las mismas pueden ser factores o entornos que propicien espacios positivos para la rehabilitación de la patología cerebro-cardiovascular, no obstante, a su vez pueden representar factores que obstaculicen tanto la rehabilitación como su padecimiento.
- A partir de los datos obtenidos en las herramientas de diagnóstico, en los grupos focales y de las entrevistas especializadas se concluyen que los temas fundamentales para la elaboración de la guía metodológica son: depresión, dinámica familiar, autocuidado, comunicación asertiva, control de carácter, nutrición, sexualidad y autoconocimiento

BIBLIOGRAFÍA

- Achury, D., Rodríguez-Colmenares, S. M., Agudelo-Contreras, L. A., Hoyos-Segura, J. R., & Acuña-Español, J. A. (2011) Calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asiste al programa de rehabilitación cardiaca. *Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo*, 13(2), 49-74.
- Abarca, F. (octubre, 2016). Metodología participativa para la intervención social: Reflexiones desde la práctica. *Ensayos pedagógicos*, 11(1). Recuperado de: <http://www.revistas.una.ac.cr/ensayospedagogicos>.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción: Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Barquero León, A. Rojas Campos, L. (2010) *Intervención en el Actual Programa de Rehabilitación Cardíaca del Hospital San Vicente de Paúl, Heredia*. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional. Costa Rica.
- Canals, J. (2002) *El regreso de la reciprocidad: Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en la crisis del Estado del Bienestar*. Tesis doctoral Universitat Rovira I Virgili, Tarragona: España.
- Casal, C. H., Alonso, F. M., Jiménez, Á. G., Domínguez, J. F. M., Falomir-Pichastor, J. M., Steward, E. G., & Berrocal, C. G. (2012). *Psicología de los grupos*. UNED-Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2012). Self-determination Theory. En P. A. M. Van Lange, A. W. Kruglanski, & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of Theories of Social Psychology* (pp.416-437). doi: 10.4135/9781446201022
- Durá, E. y Hernández, S. (2003). Los grupos de auto-ayuda como apoyo social en el cáncer de mama. Las asociaciones de mujeres mastectomizadas en España. *Boletín de Psicología [En línea]*, N°78. 21-39 <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N78-2.pdf>
- Engel, G. (1997). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 129,136, 196.
- Ferrari, L. Rivera, A. Moradén, G. y Salido, G. (2000). Las aportaciones de los grupos de autoayuda a la salud mental. *Clínica y Salud*, 11(2). 231-256.

- Gamboa Salas, J. (2016) Efecto de un Programa de Rehabilitación Cardíaca fase II por medio de ejercicio físico en el estrés percibido y estados de ánimo de pacientes con enfermedad arterial coronaria. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional. Costa Rica.
- García Leguizamón, M. (2008) Factores relacionadas con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con post infarto agudo al miocardio en una institución de cuanto nivel. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.
- Gómez Araya, V & Montoya Trejos, A. (2014). Rehabilitación cardíaca. Revista Costarricense de Cardiología, 16(2), 3-4. Retrieved October 16, 2018, from http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422014000200003&lng=en&tlng=es.
- Herráiz, E. D., & De Castro, P. F. (2013). Conceptualización del diagnóstico en Trabajo Social: necesidades sociales básicas. Cuadernos de trabajo social, 26(2), 431-443.
- Hutt Centeno, E., & Salas Segura, J. (2015). Rehabilitación cardíaca para el médico general.
- Instituto Nacional de Estadística y Censo - Unidad Información Estadística Ministerio de Salud (2019) 2019- Tablas completas de mortalidad. Recuperado de <http://www.inec.go.cr/poblacion/defunciones>
- Instituto Nacional de Estadística y Censo - Unidad Información Estadística Ministerio de Salud (2019) 2019- Estadísticas demográficas. 2019. Boletín de indicadores demográficos. Datos preliminares. Recuperado de <https://www.inec.cr/poblacion/temas-especiales-de-poblacion>
- Jara, O. (2017). La concepción metodológica dialéctica, los métodos y las técnicas participativas en la educación popular. . San José, Costa Rica: Centro de Estudios y Publicaciones Alforja.
- Laham, M. (2008) Psicocardiología su importancia en la prevención y la rehabilitación coronarias. Suma Psicológica, 15(1), 143-170.

- Lemes, Carina Belomé, & Ondere Neto, Jorge. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicologia*, 25, 17-28. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-02>
- López Frías, M., Gómez Martínez, M., Ramírez López Frías, M., De Teresa Galván, C., Díaz Castro, J., & 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.
- Maroto, J. (2009) *Rehabilitación Cardíaca*. España. Sociedad Española de Cardiología Grupo Acción Médica.
- Martín Alfonso, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista cubana de salud pública*. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000400008&script=sci_arttext&tlng=pt
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN). (s.f). *Caja Costarricense del Seguro Social*. Recuperado de: https://www.mideplan.go.cr/pnd-19982002/actores/sector_publico/ccss/pndcaja.htm
- Morera Morera, N. Pérez Ramírez, C. Ulate Herrera, E. (2011) *Apoyo psicosocial para sobrevivientes de cáncer experiencias en la coordinación y formación de multiplicadores de grupos de apoyo mutuo*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional. Costa Rica.
- Morales, F. (2012). *Psicología de la Salud. Realizaciones e interrogantes tras cuatro décadas de desarrollo*. Psiencia. *Revista latinoamericana de ciencia psicológica*. 4(2). 98-104. Doi: 10.5872/psiencia/4.2.71
- Núñez Salazar, J. (2015) *Evaluación del programa de prevención de enfermedades cardiovasculares del Hospital San Vicente de Paúl (HSVP) sobre indicadores antropométricos, bioquímicos, fisiológicos, y psicosociales en pacientes con riesgo cardiovascular*. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional. Costa Rica.
- Organización Mundial de la Salud (2017) *Enfermedades Cardiovasculares*. Recuperado del enlace: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

- Organización Panamericana de la Salud (S.f) Promoción de la Salud. Recuperado del enlace: <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>
- Olivares, J. Méndez, F. (1998) Psicología. Técnicas de modificación de conducta. Editorial Biblioteca Nueva. España.
- Rivera, S. (2003). Manual para realizar grupos de apoyo con mujeres sobrevivientes de violencia doméstica. Tegucigalpa: Litografía López.
- Rocha-Nieto, L. M., Herrera-Delgado, C., & Vargas-Olano, M. O. (2017) Adherencia al Tratamiento en Rehabilitación Cardíaca: Diseño y Validación de un Programa de Intervención Biopsicosocial. Revista Colombiana De Psicología, 26(1), 61-81.
- Sánchez Ureña, B. (2009) Complejo de Ira- Hostilidad y mecanismos de afrontamiento en la vivencia de evento cardiovascular. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional. Costa Rica.
- Sampieri, R. (2014). Metodología de la Investigación. México D.F.: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Silva, C. & Agudelo, D. (2011) Creencias sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento como predictores de la calidad de vida en pacientes en rehabilitación cardiovascular. Acta colombiana de psicología, 14(1), 47-60.
- Soriano, M. C. L., & Salas, M. S. V. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. Papeles del psicólogo, 27(2), 79-91.
- Villelabeitia Jaureguizar, K., Caballero Encinar, N., & Bravo Toledo, R. (2016) Rehabilitación cardíaca: la cara oculta de la prevención secundaria cardiovascular. AMF: Actualización En Medicina De Familia, 12(2), 89-93.
- Taylor, Sh., (2007) Psicología de la Salud. México: McGrawHill

Bibliografía Adicional Consultada:

- Centeno, E. H., & Segura, J. S. (2015). Rehabilitación cardíaca para el médico general. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica*, 5(2), 30-36.
- Holst-Schumacher, F., & Quirós-Morales, D. (2015). Control del estrés, ira y ansiedad en pacientes con hipertensión arterial mediante TREC. *Revista Costarricense de Psicología*, 29(43), 35-46.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavior disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hayes, S.C., y Strosahl, K.D. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer-Verlag.
- Ministerio de Salud (2010) Análisis y determinantes sociales de la situación de salud. Memoria institucional. pp 23- 84.
- Nieto, L. Delgado, C. y Olano, M. (2017) Adherencia al tratamiento en rehabilitación cardíaca: diseño y validación de un programa de intervención biopsicosocial. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(1), 61-81.
- Taylor, S., Falke, R., Shoptaw, S y Lichtman, R. (1986). Social support, Support Groups and the Cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 608-615.
- Wilson, K.G., y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento Informado

Consentimiento informado

El propósito de este consentimiento informado es proveer a los participantes del proyecto: “Grupos de apoyo con pacientes cardíopatas para el fortalecimiento del apoyo social y la adherencia al tratamiento: Una experiencia piloto en el Centro Nacional de Rehabilitación “CENARE” una clara explicación de la naturaleza del mismo, así como de su rol en el cómo participantes.

El proyecto constituye el trabajo final de graduación conducido por los bachilleres en Psicología Adrián González Villalobos y Víctor Ureña Fernández, para obtener el grado de Licenciatura de Psicología de la Universidad Nacional de Costa Rica, bajo la tutoría de la M.Sc. Teresita Campos. Además, esta propuesta está enmarcada en el proyecto “UNA intervención psicológica en Rehabilitación Cardíaca” de la Escuela de Psicología de la UNA.

El objetivo principal de este proyecto es la creación de una guía metodológica para la implementación de grupos de apoyo en pacientes de Rehabilitación Cardíaca con el propósito de propiciar espacios de apoyo mutuo y fortalecer la adherencia al tratamiento que llevan debido a su padecimiento cardíaco vascular.

Se espera la participación de aproximadamente 12 personas que hayan sufrido algún evento cerebro-cardiovascular, tanto hombres como mujeres, entre los 30 a 80 años de edad, provenientes de cualquier parte del país y de cualquier nacionalidad, que participen activamente en la fase II de rehabilitación cardíaca del Centro Nacional de Rehabilitación.

La duración aproximada de su participación en este proceso será alrededor de 3 meses, correspondientes a las 10 semanas de fase II de su rehabilitación. Dentro de ese tiempo, se procederá a realizar varios talleres participativos, grupos focales, entrevistas, encuestas y pruebas psicológicas en las cuales se le solicitará su participación.

A pesar de que es poco probable que se presente una situación de molestia debido al proceso, es importante mencionar que dentro de los posibles riesgos o molestias que podría experimentar a lo largo del proceso, están: sentimientos de angustia, miedo, ansiedad, expresiones de llanto o sensaciones de incomodidad relacionados con los temas que sean tratados. Las medidas

que se proponen para responder a los riesgos anteriormente mencionados son: 1) Apoyo directo por parte de la profesora tutora a cargo de la supervisión de los estudiantes. 2) Coordinación con el departamento de psicología del Hospital para una inmediata atención con respecto a la molestia presentada.

Entre los beneficios que podría obtener al participar en este proceso están, mayor autoconocimiento con respecto a su proceso de salud – enfermedad relacionado al evento cerebro-cardiovascular, espacios de expresión o desahogo libres y seguros, acompañamiento grupal para sobrellevar su enfermedad y generación de una mejor adherencia al tratamiento. Además, estará colaborando para que otras personas que estén sufriendo o lleguen a sufrir eventos cerebro-cardiovasculares, puedan sobrellevar su enfermedad acompañados de manera grupal, con personas que conocen y han vivido padecimientos similares anteriormente.

Por otro lado, solamente podrán tener acceso a la información del proyecto la profesora tutora M.Sc. Teresita Campos Vargas, dos personas lectoras asignadas (POR ASIGNAR), los dos estudiantes a cargo del proyecto Bach. Adrián González Villalobos y Bach. Víctor Ureña Fernández y el tribunal examinador que evaluará la presentación final. La información obtenida del proceso se utilizará solo para fines académicos y formarán parte del documento del Trabajo Final de Graduación, no obstante, se mantendrá completa confidencialidad de los datos personales que pueda aportar al proceso.

En caso de tener alguna consulta con respecto al proyecto puede contactar a las siguientes personas, por los siguientes medios:

Nombre	Teléfono	Correo
Adrián González Villalobos	8818-0390	ad.gonzalez128@gmail.com
Víctor Ureña Fernández	8560-5042	vicufer07@gmail.com
Teresita Campos V.	8704-2312	teresitacamposvar@yahoo.es

La participación en este estudio es voluntaria y puede retirarse en cualquier momento si así lo desea, sin que esto implique un detrimento en la atención que recibe en el PRC. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este proyecto. Sus respuestas a los cuestionarios y a las entrevistas serán codificadas usando un número

de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, cualquier evidencia será destruida para evitar filtración de información.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si en algún momento las preguntas de alguna actividad le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al facilitador o de no responderlas.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá participar en actividades, así como responder preguntas en una entrevista, completar una encuesta, o lo que fuera según el caso. Esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo, según los días que se tengan planeados.

Agradecemos su participación de antemano.

<p>Yo _____, acepto participar voluntariamente en este proyecto. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es la creación de una guía metodológica para la implementación de grupos de apoyo en pacientes de Rehabilitación Cardíaca con el propósito de propiciar espacios de apoyo mutuo y fortalecer la adherencia al tratamiento que llevan debido a su padecimiento cerebro-cardíaco vascular.</p> <p>Reconozco que la información que yo provea en el curso de este proyecto es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado (a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.</p> <p>Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a los encargados de la investigación a los teléfonos y direcciones de correo electrónico anteriormente mencionado.</p> <p>-----</p> <p>Nombre del Participante: _____</p> <p>Firma del Participante: _____</p> <p>Fecha: _____</p> <p style="text-align: center;">CENARE. COSTA RICA. 2019.</p>
--

Anexo 2. Presupuesto

Presupuesto del Proyecto

Descripción	Cantidad de días	Unidad Requerida	Precio Unitario	Total	Aporte Interno (coordinadores)		Aporte Externo (institución)	
					Efectivo	Especie	Efectivo	Especie
Etapa I								
Transporte	8	2	¢1.500,00	¢24.000,00	x			
Papelería y Folders	1	20	¢500,00	¢10.000,00	x			
Gafetes para pacientes	1	20	¢175,00	¢3.500,00	x			
Sala de reuniones	2	1	¢40.000,00	¢80.000,00				x
Refrigerios	2	20	¢2.500,00	¢100.000,00	x			
Equipo Informático	1	1	¢20.000,00	¢20.000,00		x		
Transporte Reunión Tutora	1	2	¢1.500,00	¢3.000,00	x			
Transporte Reunión Lectores	1	2	¢1.500,00	¢3.000,00	x			
Etapa II								
Transporte	16	2	¢1.500,00	¢48.000,00	x			
Refrigerios	3	12	¢2.500,00	¢90.000,00	x			
Sala de reuniones	3	1	¢40.000,00	¢120.000,00				x
Papelería	1	20	¢300,00	¢6.000,00	x			
Equipo Informático	1	1	¢20.000,00	¢20.000,00		x		
Transporte Reunión Tutora	2	2	¢1.500,00	¢6.000,00	x			
Transporte Reunión Lectores	1	2	¢1.500,00	¢3.000,00	x			
Etapa III								
Transporte	7	2	¢1.500,00	¢21.000,00	x			
Refrigerios	7	20	¢2.500,00	¢350.000,00	x			

Equipo Informático	1	1	¢20.000,00	¢20.000,00		x		
Sala de reuniones	7	1	¢40.000,00	¢280.000,00				x
Transporte Reunión Tutora	4	2	¢1.500,00	¢12.000,00	x			
Transporte Reunión Lectores	1	2	¢1.500,00	¢3.000,00	x			
Otros Costos								
Servicios Profesionales (cuarto de tiempo)	210 (7 meses)	2	¢131.120,00	¢1.835.680,00		x		
Imprevistos	7	1	¢10.000,00	¢70.000,00	x			
Costo Total del Proyecto				¢3.128.180,00				

Resumen de Presupuesto de Proyecto	
Descripción	Costo
Fases:	
Etapa I	¢243.500,00
Etapa II	¢293.000,00
Etapa III	¢686.000,00
Otros Costos:	
Servicios Profesionales	¢1.835.680,00
Imprevistos	¢70.000,00
Costo Total:	¢3.128.180,00

Anexo 3. Herramienta de Monitoreo – Auto-evaluación de facilitadores

La siguiente rúbrica consiste en la evaluación del desempeño de los pacientes y el trabajo durante el taller presentado.

Instrucciones: Marque con una equis (X) la casilla que usted considera es correspondiente con la evaluación del criterio, donde: 5 significa excelente, 4 muy bueno, 3 bueno, 2 puede mejorar, 1 deficiente y 0 no aplica.

Criterios	5	4	3	2	1	0
Muestran motivación y actitud positiva por la temática y las actividades al realizarlas						
Muestran respeto hacia los facilitadores y compañeros						
Habilidad para trabajar en equipo						
Presentan compromiso individual durante el taller						

Observaciones: _____

Anexo 4. Herramienta de Monitoreo - Valoración del taller por parte de participantes

La siguiente rúbrica consiste en la evaluación del trabajo y desempeño de los facilitadores durante el mismo.

Instrucciones: Marque con una equis (X) la casilla que usted considera es correspondiente con la evaluación del criterio, donde: 5 significa excelente, 4 muy bueno, 3 bueno, 2 puede mejorar, 1 deficiente y 0 no aplica.

Criterios	5	4	3	2	1	0
Evidencia de puntualidad en la asistencia de las sesiones						
Demuestran haber preparado el taller con anticipación						
El material didáctico utilizado es oportuno para las actividades						
Habilidad para abordar el contenido del taller de forma clara, lógica y dinámica						
Logran comunicarse de manera asertiva						
Considera que el tiempo empleado es el necesario						
Considera que la temática abordada es de validez para el desarrollo personal y social						
El taller cumplió sus expectativas ayudándole a tomar conciencia sobre la temática abordada						
Muestra habilidad para relacionar el taller con situaciones de la vida real						

Comentarios:

Anexo 5. Cuestionario de Monitoreo para participantes del Plan Piloto

1. ¿Cómo se sintió durante la realización de estas actividades?

2. ¿Cambiaría o mejoraría algún aspecto de las actividades?

3. ¿Cómo resumiría lo que hemos discutido hasta el momento?

4. ¿Cree usted que con estas actividades ha aprendido algo relacionado con grupos de apoyo?

Respuesta sí/no. _____

5. ¿Hasta el momento, cual ha sido su experiencia con respecto a los grupos de apoyo?

6. ¿Qué recomendaciones brindaría a las personas que coordinan el proyecto?

Anexo 6. Herramienta de Evaluación

1. ¿En general, que piensan de la aplicación de grupos de apoyo para pacientes de rehabilitación cardiaca?

2. ¿Cuáles aspectos consideran positivos del proyecto y cuáles consideran negativos?

3. Con respecto a los facilitadores y lo labor a lo largo del proyecto. ¿Cuáles aspectos consideran positivos y cuáles negativos?

4. ¿Han obtenido algún aprendizaje de este proyecto? En caso de ser así, brevemente resuma cuáles serían.

5. ¿Desde su experiencia, qué harían diferente y por qué?

6. Ligado a la pregunta anterior, ¿qué harían igual y por qué?

7. ¿Queda alguna duda o inquietud con respecto al proyecto que desee aclarar?

Anexo 7. Tablas resumen – Herramienta de monitoreo por parte de pacientes

Tabla resumen - Herramientas de monitoreo por parte de pacientes - Etapa I						
Preguntas:	Excelente (5)	Muy Bueno (4)	Bueno (3)	Puede mejorar (2)	Deficiente (1)	No aplica (0)
1. Evidencia de puntualidad en la asistencia de las sesiones.	12	0	2	0	0	0
2. Demuestran haber preparado el taller con anticipación	13	1	0	0	0	0
3. El material didactico utilizado es oportuno con las actividades	9	3	0	0	0	2
4. Habilidad para abordar el contenido del taller de forma clara y lógica	12	2	0	0	0	0
5. Logran comunicarse de manera asertiva	14	0	0	0	0	0
6. Considera que el tiempo empleado es el necesario	6	3	1	4	0	0
7. Considera que la temática abordada es de validez paa el desarrollo personal y social	13	1	0	0	0	0
8. El taller cumplio con sus expectativas ayudadole a tomar consciencia sobre la tematica abordada	13	1	0	0	0	0
9. Muestra habilidad para relacionar el taller con situaciondes de la vida real	12	2	0	0	0	0
	83%	10%	2%	3%	0%	2%

Tabla resumen - Herramientas de monitoreo por parte de pacientes - Etapa II						
Preguntas:	Excelente (5)	Muy Bueno (4)	Bueno (3)	Puede mejorar (2)	Deficiente (1)	No aplica (0)
1. Evidencia de puntualidad en la asistencia de las sesiones.	9	1	0	0	0	0
2. Demuestran haber preparado el taller con anticipación	9	1	0	0	0	0
3. El material didactico utilizado es oportuno con las actividades	8	0	1	0	0	1
4. Habilidad para abordar el contenido del taller de forma clara y lógica	9	1	0	0	0	0
5. Logran comunicarse de manera asertiva	8	2	0	0	0	0
6. Considera que el tiempo empleado es el necesario	5	2	0	3	0	0
7. Considera que la temática abordada es de validez paa el desarrollo personal y social	10	0	0	0	0	0
8. El taller cumplio con sus expectativas ayudadole a tomar consciencia sobre la tematica abordada	10	0	0	0	0	0
9. Muestra habilidad para relacionar el taller con situaciondes de la vida real	9	1	0	0	0	0
	86%	9%	1%	3%	0%	1%

Anexo 8. Tabla resumen – Herramienta de auto-monitoreo por parte de facilitadores

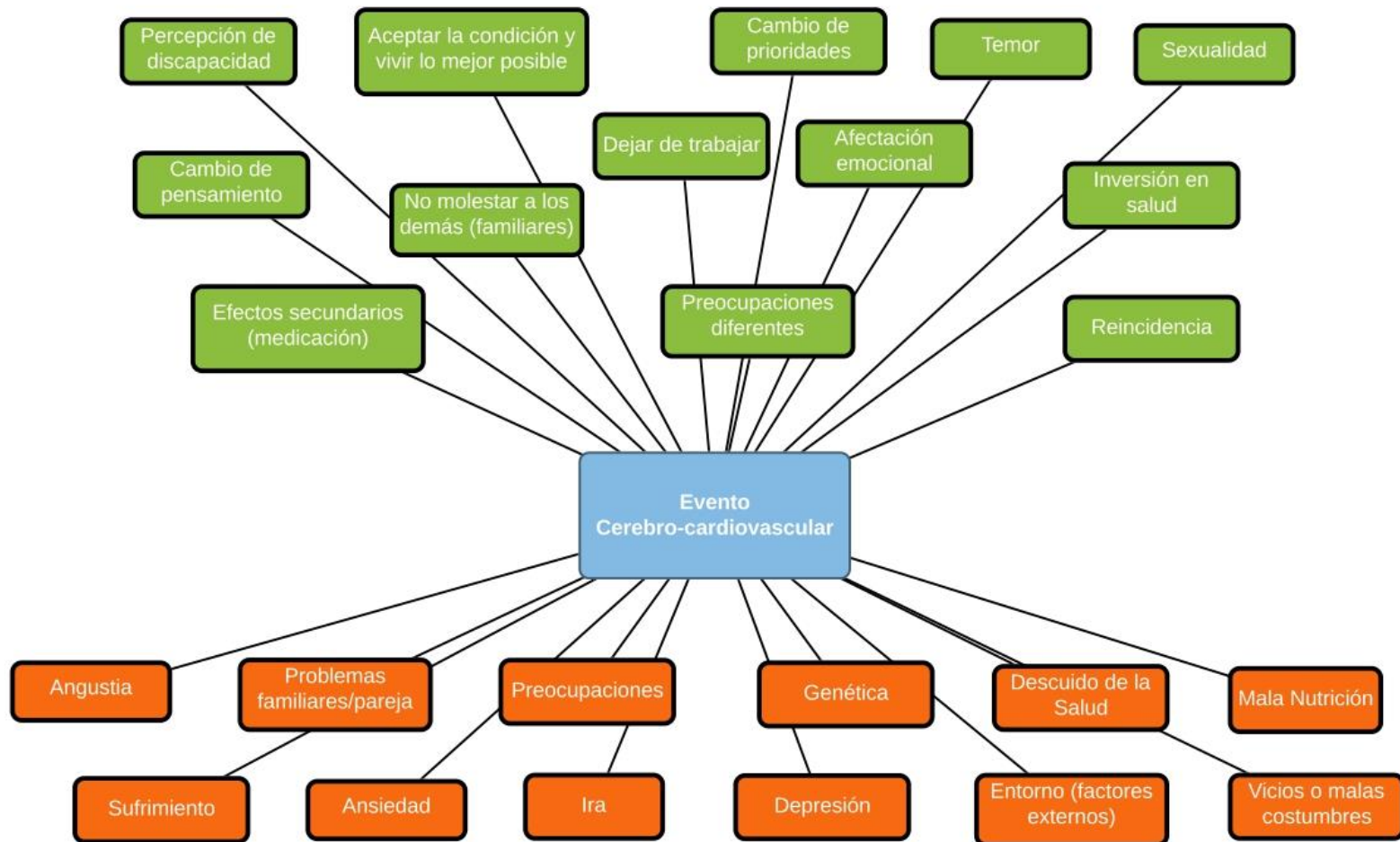
Tabla resumen - Herramientas de auto-monitoreo - Etapa I						
Preguntas:	Excelente (5)	Muy Bueno (4)	Bueno (3)	Puede mejorar (2)	Deficiente (1)	No aplica (0)
1. Muestran motivación y actitud positiva por la temática y las actividades al realizarlas	1	3	0	0	0	0
2. Muestran respeto hacia los facilitadores y compañeros	1	2	1	0	0	0
3. Habilidad para trabajar en equipo	1	3	0	0	0	0
4. Presentan compromiso individual durante el taller	2	2	0	0	0	0
	31%	63%	6%	0%	0%	0%

Tabla resumen - Herramientas de auto-monitoreo - Etapa II						
Preguntas:	Excelente (5)	Muy Bueno (4)	Bueno (3)	Puede mejorar (2)	Deficiente (1)	No aplica (0)
1. Muestran motivación y actitud positiva por la temática y las actividades al realizarlas	5	3	0	0	0	0
2. Muestran respeto hacia los facilitadores y compañeros	4	4	0	0	0	0
3. Habilidad para trabajar en equipo	4	3	1	0	0	0
4. Presentan compromiso individual durante el taller	4	3	1	0	0	0
	53%	41%	6%	0%	0%	0%

Anexo 9. Esquemas de Árbol de Problemas

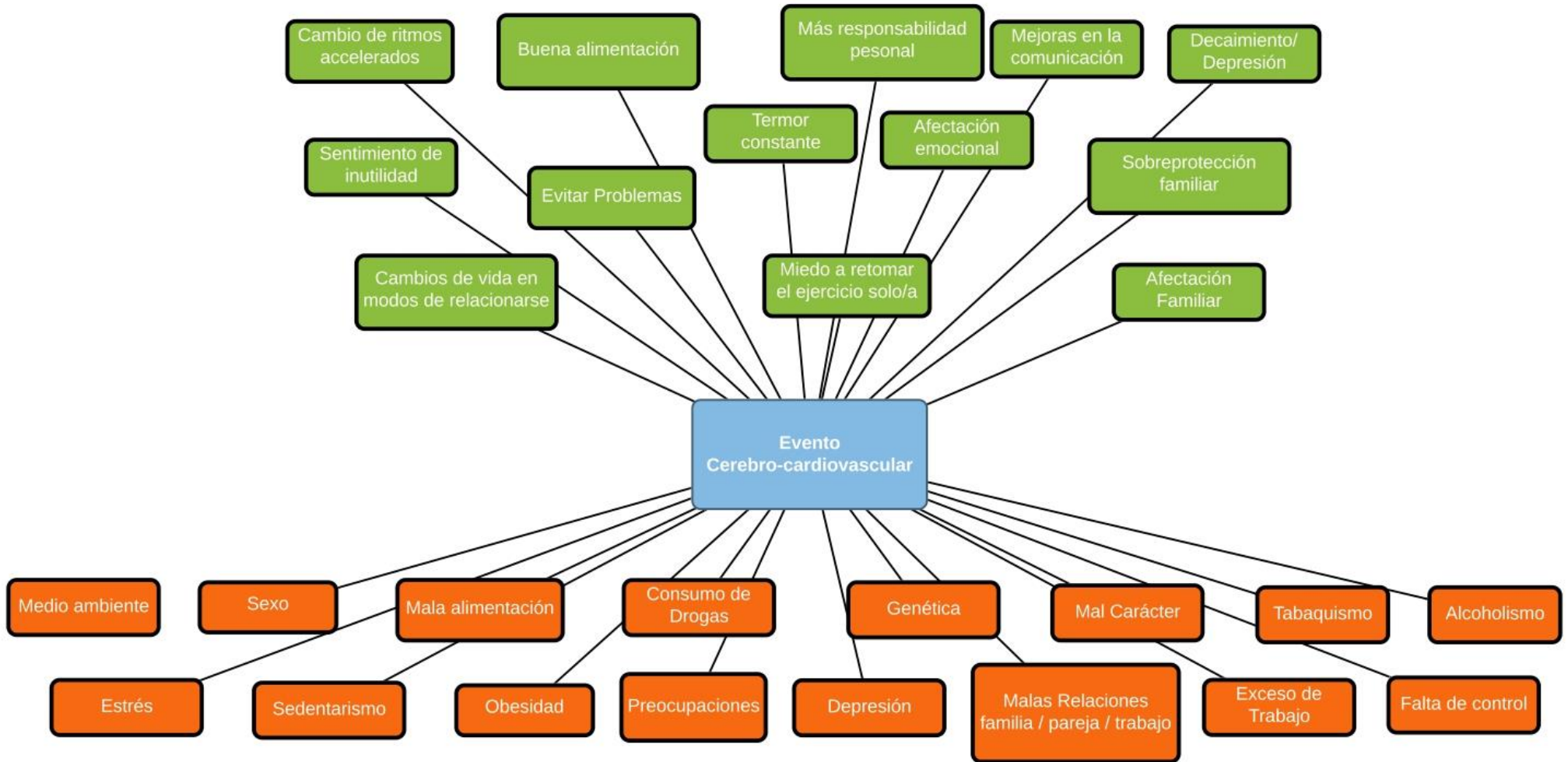
Árbol de Problemas - Grupo 1

Hospital Nacional CENARE, 2019



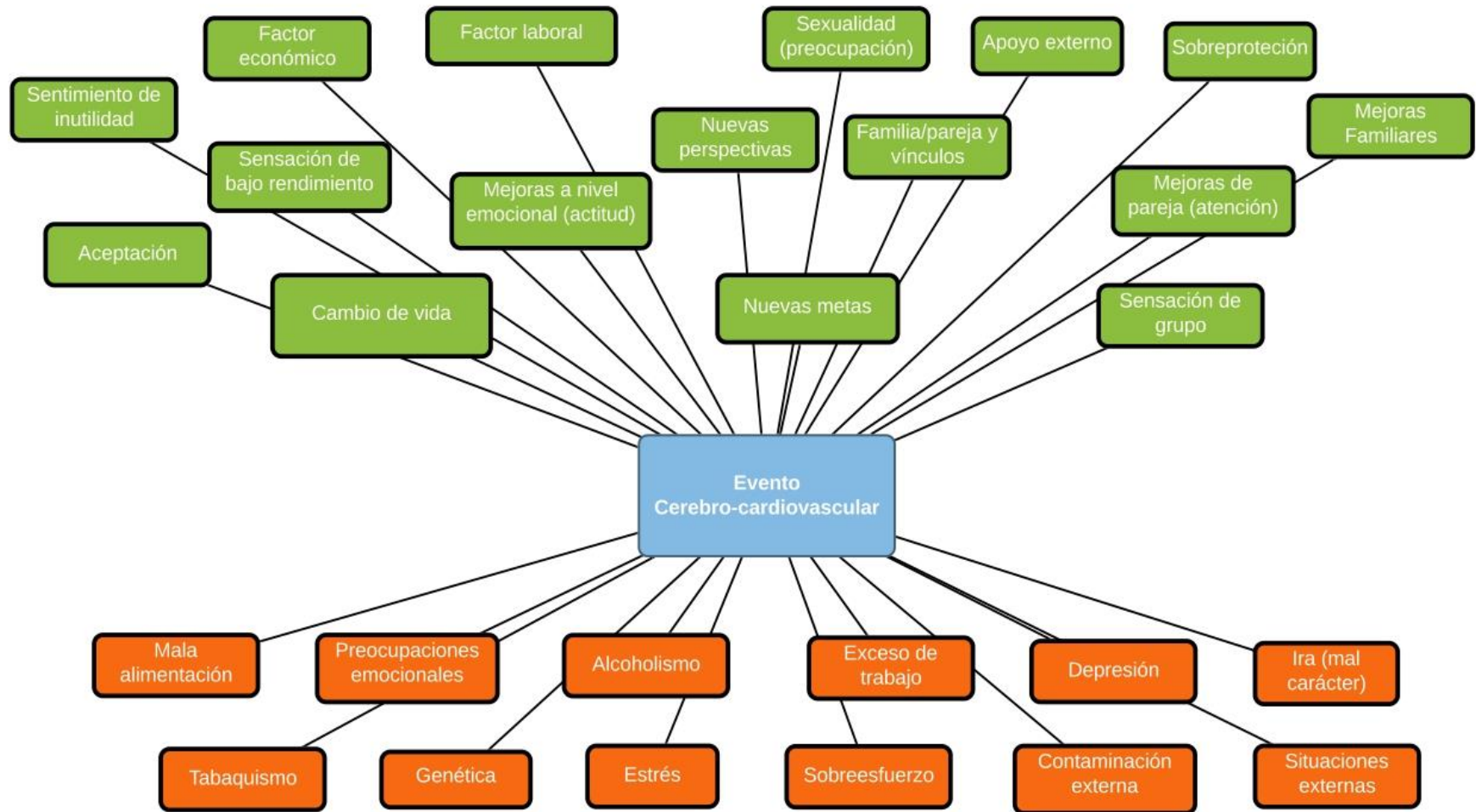
Árbol de Problemas - Grupo 2

Hospital Nacional CENARE, 2019



Árbol de Problemas - Grupo 3

Hospital Nacional CENARE, 2019



Anexo 10. Sinopsis de Resultados de Árboles de Problemas

Durante la etapa I del proyecto se realizaron 3 árboles de problemas, correspondientes a los 3 grupos de Rehabilitación Cardíaca de fase II.

Causas:

Temas que se repitieron en todos:

- Depresión
- Genética
- Mala Alimentación
- Ira/Mal Carácter
- Preocupaciones
- Consumo de drogas (alcohol, tabaco, etc.)
- Entorno (factores externos)

Temas aparecieron 2 veces

- Problemas familiares/pareja
- Falta de control médico/ descuido en la salud.
- Exceso de trabajo
- Estrés

Temas únicos:

- Contaminación del Ambiente
- Sexo
- Obesidad
- Sedentarismo
- Angustia
- Sufrimiento

Efectos

Temas que se repitieron en todos:

- Sentimiento de inutilidad/discapacidad.
- Cambios de vida/prioridades/pensamiento

Temas aparecieron 2 veces

- Aceptación
- Sobreprotección
- Temor constante
- Factor Laboral (dejar de trabajar)
- Afectaciones Emocionales/Psicológicas
- Sexualidad

- Afectación a la familia

Temas únicos:

- Efectos secundarios de la medicación
- Inversión en salud
- Preocupación de reincidencia
- Cambio de ritmos acelerados
- Buena alimentación
- Evitar problemas
- Más responsabilidad personal
- Miedo a retomar actividad física solo/a
- Sensación de bajo rendimiento
- Sensación de decaimiento/depresión.
- Mejoras en la comunicación
- Preocupaciones de factor económico
- Mejoras a nivel emocional
- Nuevas metas
- Nuevas perspectivas
- Apoyo externo
- Mejoras familiares
- Mejoras de pareja (les prestan más atención)
- Sensación de Grupo

Anexo 11. Esquema de FODA

Grupo #1	
Internas	Externas
<p style="text-align: center;"><u>Fortalezas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Autoconfianza. • Resiliencia. • Aprendizaje Nutricional. • Alegría. • Control de impulsos / reacciones. • Ejercicio. • Cesación de fumado. • Autocontrol. • Autoconsciencia. • Entendimiento de la enfermedad. • Nuevas amistades (Motivación). 	<p style="text-align: center;"><u>Oportunidades</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descubrimiento de nuevas posibilidades / oportunidades. • Programas de RC. • Espacios grupales / acompañamiento / Motivación. • Andamiaje.
<p style="text-align: center;"><u>Debilidades</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Preocupación de Autocontrol / autocuidado. • Darle cabida a pensamientos poco saludables. 	<p style="text-align: center;"><u>Amenazas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo / exigencias. • Actitudes de otras personas (podría cambiar el estado de ánimo). • Acontecimientos externos (vistos de manera negativa) • Dinámicas familiares / Fallecimientos. • Situación del país / Noticias negativas.

Grupo #2

Internas

Fortalezas

- Control de impulsos / reacciones.
- Querernos mas y a quienes nos rodean.
- Autoconocimiento.
- Auto control / Auto cuidado / Auto consciencia.
- Entendimiento de la enfermedad y Medicamentos.
- Educación Nutricional.
- Capacidad de adaptación al ambiente.
- Responsabilidad.
- Consistencia en el ejercicio.
- Aceptación del padecimiento.
- Sentimiento de Utilidad.
- Ver otras realidades.

Debilidades

- Estrés.
- Poco tiempo para hacer ejercicio.
- Preocupaciones económicas.
- Enfermedades paralelas.
- Miedo

Externas

Oportunidades

- Programa de rehabilitación cardiaca.
- Personal del programa (Profesionales en salud).
- Compañeros del programa.
- Apoyo familiar / Vecindarios.

Amenazas

- Situaciones externas peligrosas / inesperadas.
- Situación país (económica).
- Noticias Negativas.
- Problemas Familiares / sobre protección.
- Actitudes /accionar de personas externas.
- Trabajo (Exigencia).

Grupo #3

Internas	Externas
<p data-bbox="499 375 653 407"><u>Fortalezas</u></p> <ul data-bbox="121 418 869 873" style="list-style-type: none">• Madurez.• Red de apoyo.• Rutina deportiva / ejercicios.• Responsabilidad.• Autocontrol /autoconocimiento/ autoconfianza.• Aceptación positiva de la muerte.• Educación Nutricional.• Tiempo para ocio.• Entendimiento del padecimiento.• Sociabilidad.• Comunicación / Escucha.	<p data-bbox="1409 375 1633 407"><u>Oportunidades</u></p> <ul data-bbox="1066 418 1801 711" style="list-style-type: none">• Sesiones grupales educativas / analíticas.• Apoyo familiar / Laboral.• Programa de rehabilitación cardíaca / personal.• Capacidad de investigar y pronunciación.• Grupo RC Apoyo / Motivación.• Apoyo comunitario, nuevos ingresos.• Buen trato de personas.
<p data-bbox="489 906 663 938"><u>Debilidades</u></p> <ul data-bbox="121 950 743 1240" style="list-style-type: none">• Estrés.• Desconocimiento.• Preocupaciones por personas externas.• Negativismo.• Falta de disciplina.• Vicios.• Formas negativas de relaciones.	<p data-bbox="1444 906 1598 938"><u>Amenazas</u></p> <ul data-bbox="1066 950 1814 1198" style="list-style-type: none">• Contaminación / Clima / Plagas.• Edad / Cambios / Deterioro.• Relaciones humanas / interpersonales.• Condiciones externas peligrosas / impactantes / accidentes.• Dinámicas familiares / pareja.

Anexo 12. Sinopsis de Resultados de FODA

Sinopsis FODA	
Fortalezas más consistentes: <ol style="list-style-type: none">1. Autoconocimiento / Auto control.2. Entendimiento del padecimiento.3. Educación Nutricional.4. Consistencia en el ejercicio.5. Red de apoyo (entre mismos pacientes).	Debilidades más consistentes: <ol style="list-style-type: none">1. Preocupaciones y estrés.2. Pensamientos negativos y miedo.3. Falta de ejercicio y disciplina.
Oportunidades más consistentes: <ol style="list-style-type: none">1. Programas de RC a nivel profesional.2. Integrantes del programa (pacientes y profesionales) Espacios grupales.3. Apoyo en diferentes ámbitos (familiar, laboral y de los integrantes de los programas)	Amenazas más consistentes: <ol style="list-style-type: none">1. Acontecimientos externos negativos.2. Relaciones interpersonales negativas (familiares y personas externas).3. Situación económica del país.

Anexo 13. Indicadores de logro y productos

Matriz de planificación 1				
Objetivo 1	Indicadores de Logros Esperados	Indicadores de logros alcanzados	Producto Esperado	Producto alcanzado
Identificar las principales necesidades psicológicas y sociales que tienen los pacientes cardiopatas de fase II del CENARE.	Al menos 5 necesidades sociales asociadas al proceso de rehabilitación identificadas por parte de los participantes.	Se lograron identificar, gracias a las personas participantes (pacientes del PRC) las siguientes necesidades sociales asociadas con el proceso de rehabilitación cerebro-cardiovascular: Atención en salud/farmacologica, promocion de la salud física, red de apoyo, espacio de libre expresion.	Informe de resultados sobre necesidades psicológicas y sociales de los pacientes cardiopatas durante el proceso de RC	Se recopiló información gracias a la observación participativa que se incluyen en las bitácoras de campo. Por otro lado, se trabajó con las personas participantes a la hora de realizar el árbol de problemas, para conseguir su percepción con respecto a las causas y consecuencias de su padecimiento cerebro-cardioascular. Se realizaron resúmenes de las actividades consideradas para la construcción de la información con el fin de compactar los resultados y poder contrastarlos bajo la metodología de sábanas.
	Al menos 5 aspectos psicológicos identificados para abordar a nivel grupal durante la rehabilitación.	Se lograron obtener 5 necesidades psicológicas asociadas al proceso de rehabilitación por parte de los pacientes cardiopátas, las mismas son: Depresión, Ira/mal carácter, Preocupaciones y estrés, cambio de pensamientos negativos / miedo, Sentimientos de inutilidad / discapacidad (en relación a las posibilidades de trabajo o actividades)		
	70 % de los pacientes en fase II participan del diagnóstico de necesidades	En las listas de asistencias de los días 6/05/19 y del 27/05/19 se contabilizan un total de 20 pacientes y 17 pacientes respectivamente según el día de la aplicación del árbol de problemas y la técnica de FODA, lo que correspondería a un 100% de participación en la primera técnica y un 85% de participación en la segunda técnica		
	Al menos 3 recursos personales reconocidos por parte de los pacientes para afrontar su padecimiento cardiaco.	Se lograron obtener 3 recursos personales, reconocidos por los pacientes, para afrontar su padecimiento y sobre llevar su proceso de rehabilitación, los mismos son: Autocontrol / Autoconocimiento, Red de apoyo en diferentes ámbitos (Familiar, entre mismos pacientes y profesionales de los PRC), Entendimiento del padecimiento y por último, cambios de prioridades.		

Matriz de planificación 2

Objetivo 2	Indicadores de Logros Esperados	Indicadores de logros alcanzados	Producto Esperado	Producto alcanzado
<p>Problematizar con los pacientes, los conocimientos, creencias e ideas sobre los grupos de apoyo como agente coadyuvante a su proceso de rehabilitación cardiaca.</p>	<p>Ejecutados los 3 grupos focales con un 60% de asistencia del total de los pacientes.</p>	<p>Para los grupos focales, se debe considerar que eran dos grupos diferentes, así mismo, es importante reclarcar que la participación a los mismos era voluntaria. Se desarrollaron un total de 6 sesiones (3 con cada grupo). Para el grupo 1 el total de la participación fue de un 77.73%. Con respecto al grupo 2, cuya participación era más grande, se alcanzó un total de 80% de asistencia.</p>	<p>Informe de resultados sobre las percepciones de los grupos de apoyo como coadyuvante al proceso de RC.</p>	<p>Se realizaron tablas resumen de las actividades considerardas para la reconstrucción de la información con el fin de compactar los resultados y poder contrastarlos bajo la metodología de sábanas.</p>
	<p>Obtenido, por medio de consenso, una definición de grupo y otra de grupo de apoyo.</p>	<p>Ambos grupos lograron elaborar varias perspectivas sobre la misma línea de lo que se entiende como grupo y grupo de apoyo.</p>		
	<p>Definidos al menos 3 beneficios de los grupos para los pacientes de RC.</p>	<p>Ambos grupos lograron definir varios beneficios de los grupos, entre las respuestas se encuentran: Motivación, compañerismo preocupación por los demás, confianza, responsabilidad y empatía al compartir experiencias.</p>		
	<p>Definidos al menos 5 temas importantes a tratar en los grupos de apoyo para personas en RC.</p>	<p>Con ambos grupos de pacientes, se lograron identificar varios temas en común tales como: 1. Depresión. 2. Qué pasó y cómo fue el evento. 3. Dinámicas familiares. 4. Auto cuidado físico y mental. 5. Agentes del proceso de rehabilitación cardiaca.</p>		

Matriz de planificación 3

Objetivo 3	Indicadores de Logros Esperados	Indicadores de logros alcanzados	Producto Esperado	Producto alcanzado
Diseñar una guía metodológica para la implementación de grupos de apoyo con pacientes cardiopatas derivada de la experiencia vivida y aplicada en un plan piloto.	Temario para la guía metodológica validada por al menos 2 expertos de rehabilitación cardiaca.	Se logran realizar con éxito 3 entrevistas con personal experto en Rehabilitacion cardiaca para la validacion del temario de la guia metodologica	Diseñado el manual de inducción con criterios y procedimientos claros, para el desarrollo de las sesiones de grupo de apoyo.	Se culmina exitosamente con la elaboración de la guía metodológica para el desarrollo de las sesiones de grupos de apoyo.
	Al menos 3 sesiones ejecutadas del plan piloto con un 70% de los participantes.	Se anula el Plan Piloto debido a la Pandemia de COVID-19 por motivo de cancelación de prácticas hospitalarias.		
	Diseñado el manual de inducción con criterios y procedimientos claros, para el desarrollo de las sesiones de grupo de apoyo.	Se elabora con éxito la guía metodológica con criterios y procedimientos claros para el desarrollo de las sesiones de grupo de apoyo.		

Anexo 14. Matrices de Grupos Focales

Grupo Focal #1

Grupos de apoyo con pacientes cardiopatas para el fortalecimiento del apoyo social y la adherencia al tratamiento: Una experiencia piloto en el Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE).

Recursos y Técnicas Grupales
Universidad Nacional, Escuela de Psicología

11 de Julio, 2019

Objetivo:

1. Describir en qué consiste el trabajo final de graduación de los facilitadores.
2. Realizar el encuadre de trabajo construido en conjunto que guiará la primera sesión, así como las siguientes.
3. Indagar sobre los conocimientos de los y las pacientes sobre la grupalidad y grupos de apoyo.

Facilitadores (as):

- Adrián González Villalobos.
- Víctor Ureña Fernández.

Participantes:

Pacientes de la Fase III del Programa de Rehabilitación Cardíaca del Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE).

Descripción de actividades:

Duración	Objetivo	Actividad	Descripción de la Actividad	Contenidos	Materiales	Facilitadores
5 min	Describir en qué consiste el trabajo final de graduación de los facilitadores.	Descripción del objetivo del trabajo	✓ Presentación de los facilitadores para explicar de manera general, en que consiste el trabajo final de graduación.		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Anexo 1 Consentimientos informados ✓ Lapiceros 	
10 min	Realizar el encuadre de trabajo construido en conjunto que guiará la primera sesión, así como las siguientes.	Encuadre	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Los facilitadores, en conjunto con las y los pacientes, crean un encuadre de trabajo que guiará la primera sesión, así como las próximas sesiones. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Puntualidad. ✓ Respeto a la hora de hablar. ✓ Uso del celular solamente en caso de emergencia. ✓ Confidencialidad del proceso. ✓ Algún otro aspecto que deseen agregar los participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pilots ✓ Pizarra ✓ Lapicero ✓ Cuaderno 	
40 min	Indagar sobre los conocimientos de los y las pacientes sobre la grupalidad y grupos de apoyo.	Grupo Focal	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se les pide a los pacientes discutir las siguientes preguntas estímulo desde la experiencia personal : 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Grupo ✓ Grupalidad ✓ Grupo de Apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Matriz de taller ✓ Lapicero ✓ Cuaderno 	

			<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Qué se entiende como Grupo? ✓ ¿Qué podría aportar el trabajo grupal? ✓ ¿Creen que todos y todas tiene la misma función en un grupo? ✓ ¿Qué creen que es un grupo de apoyo? ✓ ¿Estarían dispuestos a asistir? 			
5 min	Compartir lo vivido durante la experiencia y monitorear la sesión.	Cierre	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se le pide a los pacientes si voluntariamente quieren compartir como se sintieron. ✓ Se les pide a los pacientes llenar el instrumento de monitoreo. ✓ Agradecimientos finales. 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Anexo 5 Herramienta de Monitoreo ✓ Lapiceros 	

Grupo Focal #2

Grupos de apoyo con pacientes cardiopatas para el fortalecimiento del apoyo social y la adherencia al tratamiento: Una experiencia piloto en el Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE).

Recursos y Técnicas Grupales
Universidad Nacional, Escuela de Psicología

18 de Julio, 2019

Objetivo:

4. Re encuadrar lineamientos básicos tratados en la primera sesión.
5. Indagar sobre los conocimientos de los y las pacientes sobre el apoyo y la grupalidad directamente en su proceso de rehabilitación cerebro cardiovascular.

Facilitadores (as):

- Adrián González Villalobos.
- Víctor Ureña Fernández.

Participantes:

Pacientes del Centro Nacional de Rehabilitación del Programa de Rehabilitación Cardiovascular.

Descripción de actividades:

Duración	Objetivo	Actividad	Descripción de la Actividad	Contenidos	Materiales	Facilitadores
5 min	Re encuadrar lineamientos básicos tratados en la primera sesión.	Re encuadre	Re encuadrar los lineamientos básicos estipulados en la primera sesión para tener un mejor manejo grupal, así como orientar a las personas que no hayan asistido a la primer sesión. ✓	Puntualidad Respeto a la hora de hablar Uso del celular Confidencialidad del proceso. Aspectos adicionales.	Pilots Pizarra Cuaderno de bitácora	Adrián González
10 min	Rompehielo: Movilizar el grupo para captar la atención y generar un ambiente de confianza y cuidado para el trabajo grupal.	Dos verdades y una mentira	✓ Se le solicita al grupo que comparta un dato verdadero y otro falso de su vida y el resto del grupo debe descubrir cuál es la mentira.	✓ .Cohesión de grupo. ✓ Vínculos con distintas personas pertenecientes al grupo.	Pilots Pizarra Cuaderno de bitácora	Adrián González
	Indagar sobre los conocimientos de los y las pacientes sobre el apoyo y la grupalidad directamente en su	Grupo Focal	Se les solicita a las personas que discutan las siguientes preguntas: 1. ¿Qué significa el apoyo para ustedes?	✓	Pilots Pizarra Cuaderno de bitácora	Victor Ureña

	proceso de rehabilitación cerebro cardiovascular.		<p>2. ¿El apoyo se siente igual cuando se da, como cuando se recibe?</p> <p>3. ¿Hubiera sido diferente llevar la rehabilitación sin apoyo?</p> <p>4. ¿Qué importancia ha tenido este grupo para su Rehabilitación Cerebro cardiovascular?</p> <p>¿Qué es lo que más me gusta de este grupo?</p> <p>¿Qué mejorarían del grupo?</p>			
	Compartir lo vivido durante la experiencia y monitorear la sesión.	Cierre	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se le pide a los pacientes si voluntariamente quieren compartir como se sintieron. ✓ Se les pide a los pacientes llenar el instrumento de monitoreo. ✓ Agradecimientos finales. 		✓ Anexo 5 – Herramienta de Monitoreo	Victor Ureña

Grupo Focal #3

Grupos de apoyo con pacientes cardiopatas para el fortalecimiento del apoyo social y la adherencia al tratamiento: Una experiencia piloto en el Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE).

Recursos y Técnicas Grupales
Universidad Nacional, Escuela de Psicología

1 de Agosto, 2019

Objetivo:

6. Re-encuadrar lineamientos básicos tratados en la primera sesión.
7. Indagar sobre las temáticas fundamentales y las disposiciones logísticas para el desarrollo de grupos de apoyo para pacientes que hayan sufrido un evento cerebro-cardiovascular.

Facilitadores (as):

- Adrián González Villalobos.
- Víctor Ureña Fernández.

Participantes:

Pacientes del Centro Nacional de Rehabilitación del Programa de Rehabilitación Cardiovascular.

Descripción de actividades:

Duración	Objetivo	Actividad	Descripción de la Actividad	Contenidos	Materiales	Facilitadores
5 min	Re encuadrar lineamientos básicos tratados en la primera sesión.	Re encuadre	Re encuadrar los lineamientos básicos estipulados en la primera sesión para tener un mejor manejo grupal, así como orientar a las personas que no hayan asistido a la primer sesión. ✓	Puntualidad Respeto a la hora de hablar Uso del celular Confidencialidad del proceso. Aspectos adicionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Pilots • Pizarra • Cuaderno de bitácora 	
10 min	Rompehielo: Relacionar un ejercicio de psicomotricidad con la coordinación grupal.	Actividad de estimulación Psicomotriz	✓ Se le solicita al grupo que se pongan de pie y estiren ambos brazos con las palmas abiertas. Seguidamente se les pide que cierren un puño y dejen el pulgar extendido y con la otra mano realicen lo opuesto, abrir los dedos y “esconder” el pulgar.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cohesión de grupo. ✓ Vínculos con distintas personas pertenecientes al grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pilots • Pizarra • Cuaderno de bitácora 	

			Luego se les solicita realizarlo lo más rápido posible que pueda.			
	Indagar sobre las temáticas fundamentales y las disposiciones logísticas para el desarrollo de grupos de apoyo para pacientes que hayan sufrido un evento cerebro-cardiovascular.	Grupo Focal	<p>Se les solicita a las personas que discutan las siguientes preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Creen necesario que se consolide un grupo de apoyo para pacientes de Rehabilitación Cardíaca? 2. ¿Creen que esto ha sido un grupo de apoyo para ustedes? ¿Por qué? 3. Según su experiencia, cuales temas debería ser trabajados en un grupo de apoyo para pacientes que sufrido un evento cerebro-cardiovascular? 4. ¿Cuánto deberían de durar las sesiones? 	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Pilots • Pizarra • Cuaderno de bitácora 	

			<p>5. ¿Cuántas veces por semana consideran importante realizarlas?</p> <p>6. ¿En dónde les gustaría que se realizaran los grupos de apoyo?</p>			
	Compartir lo vivido durante la experiencia y monitorear la sesión.	Cierre	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se le pide a los pacientes si voluntariamente quieren compartir como se sintieron. ✓ Se les pide a los pacientes llenar el instrumento de monitoreo. ✓ Agradecimientos finales. 		✓ Anexo 5 – Herramienta de Monitoreo	

Anexo 15. Sinopsis de Grupos Focales

Sinopsis Grupo Focal 1		
Preguntas	Grupo #1	Grupo #2
Pregunta emergente: ¿Han participado en un grupo focal?		No, respuesta general del grupo.
¿Qué se entiende como Grupo?	<p>ME: Parte de aprender de otras personas y también lo que nosotros podamos aportar.</p> <p>L: Varias personas unidas para buscar respuestas.</p> <p>M: Participación y aprendizaje de otros compañeros. Nunca había estado en uno.</p> <p>M, comentario: "Ya agarró velocidad".</p>	<p>Ma: Cuando hay más de 2 personas que transmiten ideas y conocimientos.</p> <p>Ra: Aquí lo que hemos formado es más que una familia nos comunicamos, se comparte como una familia, hay preocupación por el otro.</p> <p>Fra: Unión de personas para apoyarse y compartir.</p> <p>Moi: Conjunto de personas con un fin específico. Para tener una meta.</p> <p>Nelvi: Si no hay bien común, no hay grupo.</p> <p>Ros: Debe haber metas en común, interés en grupo. Tenemos algo en común como vivencias y experiencias.</p> <p>Ma: Buena salud y buena calidad de vida en futuro.</p>
¿Creen que todos y todas tiene la misma función en un grupo?	<p>M: No, pensamientos y expresiones diferentes, todos aportamos y aprendemos algo bueno, más cuando es un grupo grande.</p> <p>L: Uno aprende, comprende que es estar en un grupo. Hay muchos grupos dependiendo de lo que haya pasado.</p> <p>ME: Todos aportamos porque somos diferentes y tenemos experiencias diferentes pero estamos aquí por una razón que nos une.</p> <p>ME: Motivación para seguir, participación.</p>	<p>Ra: Algunos sí, otros no.</p> <p>Be: No, somos diferentes, en el grupo hay ejemplos de personas que sirven de motivación.</p> <p>Nel: Sentirse acompañado y cómodo. "Abraza y da seguridad" Nos hace sentir importantes para los demás.</p> <p>Ma: Alguien activa el grupo y eso es importante (temas o actitudes graciosas). Hay diferencias, pero todos aportan en algo.</p> <p>Be: Hay personas que aportan mucho y que no dicen nada. Algunos tienen ejemplos a seguir dentro del mismo grupo. (Quiere un montón a Ramón, por su energía y carisma con el grupo).</p> <p>Ju: (llegó un poco tarde) "y yo no puedo decir nada?" (quiere hablar con lo que logró escuchar del grupo). Vio un grupo de gente en un momento dentro del hospital que le llamó la atención por su forma de interacción (un grupo de rehabilitación anterior) y se preguntó ¿Por qué están felices si están dentro de un hospital? Nota que con el pasar del tiempo, se forma un tipo de amor e interacción dentro del grupo. Tuvimos un evento similar, estamos aquí por eso y es muy bonito conocer a otras personas.</p>
Pregunta emergente: ¿Alguien se ha sentido como Juan con el grupo?		<p>F: Si, mucho apoyo. Se siente motivada y acogida en el grupo. Le dicen "tía" se sienten en confianza.</p> <p>Nel: Unidos como una familia. Le hace falta venir a ver los demás compañeros cuando no puede asistir por una u otra razón. Pero también extrañas a las personas que no pueden asistir por alguna razón.</p>

<p>Pregunta emergente: ¿Sintieron cambios desde la RC?</p>	<p>ME: Si, es diferente, un cambio. M: Todo es individual pero con apoyo de otras aspectos. Si el programa sirve, se queda, sino, no. L: Vino a sentirse responsable. ME / L: RC del Cenare es mejor que el del San Juan de Dios. Sirve y el lo recomendaría. L: Apoyo familiar importante.</p>	
<p>Preguntas Emergente: ¿Han sentido apoyo del grupo?</p>	<p>M: Si, pero el primer grupo era más activo. Este grupo en bonito pero muy irresponsables. Grupo anterior era más coaccionado. Ponen muchas excusas. L: Se espera que el grupo se una más. ME: Es cuestión de acomodarse, no hay excusas.</p>	
<p>¿Qué creen que es un grupo de apoyo?</p>	<p>L: Para darse fuerza unos a otros. Motivación indirecta de otras personas. Comentan experiencia previa de grupo de apoyo / profundiza un poco en tema personal. Observación: No se obtuvieron más respuestas, ya que "L" rompe en llanto al contar su historia y el resto de participantes le da contención.</p>	<p>Ro: Ayudar a una persona en cualquier caso. Luz: Un grupo de apoyo pueden ser los hijos. F: Otro grupo de apoyo puede ser la familia en general. Ra: Llegamos solos pero encontramos la familia (haciendo referencia a los pacientes que asisten a los PRC) Ma: Apoyar a los mismos miembros, es algo solidario, apoyo mutuo. Moi: Soporte y solidaridad, consejo. Ra: Algunas personas son más fuertes que otros en diferentes aspectos. Be: Concavo y convexo, ayuda y levanta el ánimo. Fra: Suplir y complementar habilidades entre ellos mismos.</p>
<p>¿Estarían dispuestos a asistir?</p>	<p>ME: Sí, me hace sentir muy cómoda. Me: Sí, por que ayuda y ha ayudado menciona que es un grupo antisocial pero que debe relacionarse más en estos grupos, aprovechar esas oportunidades. L: Menciona perspectiva del grupo al que asiste y menciona que si participaría en un grupo de apoyo.</p>	<p>Si, respuesta general. Ju: Si tiene habilidad o conocimientos, sería bonito apoyar a los demás. Ma: Importancia de haber pasado el evento y tener experiencia para ayudar a los demás. Nelvi: Doctores y demás personal siempre apoyan.</p>
<p>¿Qué podría aportar el trabajo grupal?</p>	<p>Me: Aporta experiencias diferentes y puede ser que se agarre experiencia. ME:Aporta experiencia de proceso y lo que hace se siente segura, que no le va a pasar nada.</p>	

Sinopsis Grupo Focal 2

Preguntas	Grupo #1	Grupo #2
¿Qué significa el apoyo para ustedes?	<p>AL: Confianza de que siempre van a estar ahí cuando lo necesite</p> <p>ME: Apoyo en la enfermedad en la vida</p> <p>ME: Ayuda que espera de la familia</p> <p>AL: No es dinero, muchas veces es psicológico.</p>	<p>Ra: Cuando se da la mano a alguien que no puede hacerlo por sí misma y se le ayuda para lograrlo.</p> <p>Ma: Cuando no se puede hacer solo</p> <p>Ju: Cuando se enfrenta una situación difícil y esta alguien incondicional. Económica y psicológicamente.</p> <p>Be: Sinónimo de ayuda. En el grupo se puede compartir la experiencias y mejorar</p> <p>Ya: Compañía que uno tiene en la aventura de la vida.</p> <p>Nelvi: Ayuda ante una necesidad.</p> <p>Fra: Todos juntos para un objetivo.</p>
Pregunta emergente: ¿Sólo familia apoya?	<p>AL: En el Grupo de Rehabilitación Cardíaca</p> <p>AL / ME: Nunca faltamos, siempre mostramos compromiso.</p> <p>AL: Apoyo de personas que pasaron por lo mismo.</p> <p>ME: El grupo como parte de uno. Como familia</p> <p>AL: Sentimiento de cariño por el grupo</p> <p>AL / ME: Apoyo de nosotros (facilitadores) las hace sentir bien y felices.</p>	
¿El apoyo se siente igual cuando se da, como cuando se recibe?	<p>ME: Dar apoyo me hace sentir mejor: satisfacción personal, “ se siente uno bien”</p> <p>AL: “ Al ver la necesidad de alguien, me nace las ganas de apoyarla y ayudarla”</p> <p>AL / ME: Siempre y cuando sea bien recibida, sino se sentiría mal</p> <p>AL: Tuvo depresiones y que quiere devolver el favor: “ dar lo que me dieron a mi”</p> <p>ME: Revive la historia de Lubin. “ Nos conmovió a todos. Yo quería ayudarlo porque si no me ponía a llorar con él.”</p> <p>AL: “en la operación todos me llamaron. Todos no preocupamos por todos”</p>	<p>Ju: Se siente mejor dar apoyo, ser uno capaz de ayudar a otro</p> <p>F: Hacerlo desinteresadamente</p> <p>Fr: La otra persona se lo gana y no puede devolver nada</p> <p>Ra: Sentirse útil y satisfacción personal</p> <p>Ma: Apoyo por parte de todo el equipo que trabaja en el CENARE</p>

<p>¿Hubiera sido diferente llevar la rehabilitación sin apoyo?</p>	<p>AL / ME: Todo sería diferente AL: El grupo refleja lo que siento, me siento parte, me motivan a seguir viniendo ME: Solas posiblemente nos daría pereza, entonces nos sentimos acompañadas. ME: Resalta el compromiso del personal: Nos lo dan todo gratis. El tiempo de todo el personal. ¿Cómo no agradecer? AL: Todos son importantes. ME: En el Ebais no nos tratan bien, no les preguntan nada. AL: Aquí todos nos tratan bien, cualquier molestia corren para ayudarnos. Ej: Doc. Moraga.</p>	<p>“No lo hubiéramos logrado” dijo el todo el grupo con resonancia. Ma: Todo es más dinámico, me motivan</p>
<p>¿Por qué?</p>		<p>Nelvi: Porque necesitamos un guía Ros:El grupo nos motiva Fra: Cuando vinimos por primera vez, veníamos nerviosos y pensativos. Las personas más tranquilas apoyaron a los demás. Be: Si lo hubieran podido hacer, sin embargo el programa de RC no hubiera sido integral. Comentario grupal: El hecho del mantenimiento: Razón del grupo para seguir haciendo ejercicio. F: Sentido de responsabilidad con nosotros mismos. Ju: Dieta y ejercicio: Ponerlo en práctica con la familia para prevenir enfermedades cardiacas. Yayo: Las etapas del duelo es más fácil vivirlas acompañado, no sentirse único. Aunque uno lo sufra, vale más la pena hacerlo en grupo. Ra: El grupo se siente como mi familia, mis hermanos y mis amistades. RB: Salgo de la rutina de la casa. Vengo feliz a pesar de todos los preparativos. F: Cuando no viene alguien nos preocupamos y preguntamos a ver como están. Ju: El grupo es motivación para todo, sin sentimientos de competencia.</p>
<p>Pregunta emergente: ¿Cómo siente el apoyo del grupo?</p>		<p>Nelvi: El seguirnos hablando, la comunicación que tenemos. RB: Cuando queremos saber de los otros.</p>

<p>¿Qué importancia ha tenido este grupo para su Rehabilitación Cerebro cardiovascular?</p>	<p>ME: Aporte en el ámbito familiar: salir de mi casa sin compromisos (como la cuida casa ME) o dividirme entre los hijos. AL: Después del evento aprende a ser responsable de uno mismo. De quererse a uno mismo ME: Cuidase uno mismo ME: Después del evento sale a relucir el elemento de “ Mi responsabilidad”</p>	
<p>¿Qué es lo que más me gusta de este grupo?</p>	<p>AL: El compartir, el compañerismo, la confianza, las bromas y vaciladas. ME: Es bonito cuando estamos todos juntos</p>	<p>Ma: La confianza. Nelvi: Las reuniones en conjunto. Ra: El respeto que nos tenemos. Be: Todos nos sentimos iguales, aquí todos tenemos el mismo estatus. Yayo: Aquí todos estamos por un sentido “Estamos agarrados de la misma cuerda”. Fra: Hablarse cuando estamos en la casa, que es cuando más pensamos. Ju: Contarse las cosas que suceden. Flor: Entender las familias de los demás.</p>
<p>Pregunta emergente: ¿Cómo sienten?</p>		<p>Respuesta grupal: Muy bien, seguros.</p>
<p>¿Qué mejorarían del grupo?</p>	<p>AL: Nada, yo así me siento plena y súper bien, no solo con los compañeros sino con el equipo de trabajo. ME: “ La bendición más grande de mi vida” ME: “A veces no se da el tiempo para uno mismo, hasta mis 64 años lo pude tener ME: Familia: ya no se atenían a mí. Yo me culpaba y lloraba por sentirme inútil, pero ahora tomo mi tiempo aunque sean 4 horas. AL /ME: Les encantan los grupos.</p>	

Sinopsis Grupo Focal 3

Preguntas	Grupo #1	Grupo #2
<p>¿Creen necesario que se consolide un grupo de apoyo para pacientes de Rehabilitación Cardíaca?</p>	<p>ME: Si, el apoyo en la casa es muy importante. AL: Todos necesitamos un grupo. Uno se siente solo. Podemos compartir lo que nos pasó. Nos motivamos y nos apoyamos. Se da uno cuenta que lo demás llevan más o menos años en el proceso, uno o dos años. Mientras estamos enfermos, nos da depresión y nos podemos alarmar fácilmente cuando pensamos que vamos a morir.</p>	<p>RB: Si, nos levantamos el ánimo, no dejamos que ninguno se desmotive. Nelvi: Segundas oportunidades y nueva forma de ver la vida. Be: Familia: Me van a ver hacer cosas que nunca he hecho. Antes me cuidaba por el ridículo o por lo que pensaban de mi, ya no. RB: Ojalá hubiera un taller para familiares y el tema sería "Paz Familiar". Traer a los familiares para que entiendas la enfermedad</p>
<p>¿Creen que esto ha sido un grupo de apoyo para ustedes? ¿Porqué?</p>	<p>AL: Si claro, ustedes se han preocupado por nosotros, nos sentimos muy a gusto y podemos hablar de todo. Ayudan en el proceso para salir de la depresión. Ayudan para seguir la vida "como antes". ME: Ni siquiera me pasa por la cabeza la idea de morir.</p>	<p>RB: El grupo representa relajación a los problemas familiares. Control de impulsos. Be: Señala que es un espacio para reventar la olla de presión.</p>
<p>¿Según sus experiencias, cuáles temas deberían ser trabajados en un grupo de apoyo para pacientes que hayas sufrido un evento cerebro-cardiovascular?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. AL: Depresión. 2. ME: ¿Cómo pasó y qué me pasó? 3. ME: Salir a la calle solo nuevamente. 4. AL: ¿Normalidad? (Tenemos una vida normal) 5. ME: Familia: Dinámica familiar, Historial médico familiar, Sobre protección. 6. ME: Aprender a quererse uno mismo. (Elena: Como mamá uno siempre está para los demás. Hay que dejar que los demás hagan los suyos) 7. AL: Qué hacer en mi casa cuando estoy solo/a. 8. ME: Trabajo grupal de cohesión y para poder expresarse. 9. AL: Acompañamiento a otros pacientes. 10. ME: Aprender a cuidarse. 11. AL: El valor del programa de rehabilitación cardíaca (Los hacen con amor. Se siente en familia, muy amables) vs lo que reciben en los EBAIS. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ros: Familia. Dinámicas, vínculos y actores del proceso de rehabilitación cardíaca. 2. Nel: Estrés y depresión. 3. Nel: Control de carácter. 4. Be: Nutrición. 5. Ros: Aprender a como discutir. 6. Rps: Aspecto económico. 7. Be: La sexualidad. 8. Be: Autocuidado físico y mental. 9. Nel: ¿Qué pasó y cómo fue el evento? (Para motivación y sentimiento de estar acuerpados) <p>Emergente: (Nelvi comenta que el trabajo en grupo la empodera)</p>

¿Cuánto deberían de durar las sesiones?	AL/ME: Dos horas o dos horas y un poquito, dependiendo de cuanta gente sea.	Consenso grupal: Hora y media
¿Cuántas veces por semana, consideran importante realizarlas?	AL/ ME: Una vez por semana (de una buena terapia), dos sería complicado	Be: De un día por semana y ojalá sea de un tirón con el ejercicio. Nel: Si se hacen más se aburren y se acaban los temas.
¿Dónde les gustaría realizar los grupos de apoyo?	AL/ME: En un espacio cerrado, pero también al aire libre, puede ser una combinación.	Consenso: El aula está bien, pero podrían utilizarse los espacios de afuera.

Anexo 16. Guía de Entrevista para profesionales

Guía de Entrevista para profesionales en salud:

1. ¿Qué es rehabilitación cardíaca en sus palabras?
2. ¿Cuáles son los cambios más relevantes que ha notado en los pacientes que asisten a rehabilitación cardíaca?
3. ¿Cómo se compone el equipo de Rehabilitación Cardíaca en el hospital donde labora y cómo funciona la dinámica de trabajo?
4. ¿Puede identificar algún vacío en el proceso de rehabilitación?
5. ¿Desde su experiencia, hay algún tema en específico que considere debería trabajarse con la población cardíaca?
6. ¿Qué entiende usted por grupo de apoyo?
7. ¿De qué manera considera que podría aportar la Psicología a los grupos de Rehabilitación Cardíaca?
8. ¿Qué elementos significativos cree, podrían diferenciar el trabajo de un grupo de apoyo en relación al abordaje psicoeducativo, en un programa de rehabilitación cardíaca?
9. En su opinión, ¿qué beneficios / riesgos podría encontrar en que un paciente cardíopata participe en un grupo de apoyo?
10. De la siguiente lista, descarte 4 temáticas que considere menos relevantes para trabajar en un grupo de apoyo para pacientes de Rehabilitación Cardíaca.

Depresión	¿Cómo pasó y que me pasó?
Salir a la calle solo/a nuevamente	Comunicación asertiva
¿Tenemos una vida normal?	Estrés
Dinámica familiar	Control del carácter
Autocuidado	Nutrición
¿Qué hacer en mi casa cuando estoy solo/a?	Sexualidad
¿Cómo acompañar a otros pacientes?	Autoconocimiento

Anexo 17. Sistematización de Entrevista con Dr. Manuel Alvarado

Sistematización de Entrevista #1 - Doctor Manuel Alvarado	
Preguntas	Respuestas
1. ¿Qué es rehabilitación cardíaca en sus palabras?	MIN 2:01 - " es una especialidad que requiere el recurso interdisciplinario de muchas personas. Este tipo de rehabilitación cardíaca da las herramientas para que muchos padecimientos cerebro-cardiovasculares puedan ser favorecidos con un proceso profesional e integral. Caben destacar las áreas de cardiología, psicología, fisioterapia, terapia física, nutrición."
2. ¿Cuáles son los cambios más relevantes que ha notado en los pacientes que asisten a rehabilitación cardíaca?	MIN 5:54 - "Los cambios son relevantes, hay que ver al paciente que no se incorpora a los procesos de RC tiene un atraso significativo con el resto. Ya se sabe a grandes rasgos que un paciente que lleva un programa de rehabilitación cardíaca tiene posibilidades de recuperarse más rápidamente hasta en un 70%-75%. Es un tratamiento muy integral que responde al concepto de salud, (es un bienestar físico, mental, psicobiológico) los principales cambios responden a una mejoría significativa a nivel físico, una mejor tolerancia a los tratamientos, una rehabilitación psicológica, un retorno más rápido a sus labores previas al evento y en algunos casos hasta una mejoría en las interacciones familiares."
3. ¿Cómo se compone el equipo de Rehabilitación Cardíaca en el hospital donde labora y cómo funciona la dinámica de trabajo?	MIN 9:41 " En la mayoría de casos los pacientes son ingresados en menos de 48 al programa de rehabilitación cardíaca luego de sufrir un evento para realizar los primeros ejercicios. Desde el inicio lo recibe un equipo médico interdisciplinario conformado por personas especialistas del área de cardiología, fisioterapia, terapia física, psicología y nutrición. Además de ser necesario, se brindan valoraciones neurológicas a los pacientes que lo requieran . "
4. ¿Puede identificar algún vacío en el proceso de rehabilitación?	MIN 11:11 "Bueno no todo es perfecto, más aún dentro de la salud social. Un gran vacío apareció en los últimos ocho meses con la explosión epidemiológica del COVID-19 que se convirtió en una nebulosa; un punto negro en el progreso. Los programas (RC) iban evolucionando y derribando paradigmas, aún con la tormenta de la pandemia encima, sin embargo, el COVID interrumpió los pasos que estaba dando el programa con excelencia." MIN 13:08 " Otro de los vacíos que se presenta es la poca credibilidad que tenía la rehabilitación cardíaca en los últimos 20 años, de parte de los médicos y el resto del personal, sobre todo el administrativo ya que implicaba acondiciona un espacio y la compra de equipo especializado". MIN 15:22 " El vacío fue reemplazado por una muy buena actitud conforme nosotros fuimos tomando el comando y demostrando la importancia que tenía este tipo de procesos en relación a la rehabilitación cardíaca". MIN 16:24 " Debemos recordar que hay muchas limitaciones de tipo económica, Costa Rica es un país pobre".

<p>5. ¿Desde su experiencia, hay algún tema en específico que considere debería trabajarse con la población cardíaca?</p>	<p>MIN 18:53 " Un tema específico que de debería trabajar más para la población cardíaca es el problema epidemiológico, ya que los eventos cerebro-cardiovasculares son la principal causa de muerte en nuestro país. Debemos aferrarnos a estas cifras y trabajar fuertemente en la prevención, sobre todo de ser posible desde edades tempranas, de manera conjunta con otras campañas de prevención como la del tabaquismo y farmacodependencia a cargo de del IAFA".</p>
<p>6. ¿Qué entiende usted por grupo de apoyo?</p>	<p>MIN 21:56 " Bueno los grupos de apoyo para mí son grupos de trabajo. Un grupo de apoyo, a como decían nuestros abuelos, es tomar en pico, la pala y el machete para laborar juntos. Debemos quitar la idea que los médicos deben comandar y mandar todo, ya que hay que ser sinceros, en los grupos la distribución de las funciones es fundamental, y el paradigma donde el médico lo sabe todo ya está bastante obsoleto". MIN 22:47 " Una persona que apoya es aquella que ayuda, que es incondicional en las buenas y en las malas. Así es cuando uno trabaja cuando se enfoca en enfermedades, esos grupos de apoyo significan que yo voy a ser fiel al trabajo, es tener personas, que a pesar que falte yo, el proceso va a continuar. MIN 25:11 "La unión hace la fuerza, eso es lo que para mi es un grupo de apoyo; siempre son la regla de nunca subestimar al resto de compañeros. Debemos tomar encuentra que otro apoyo fundamental es del de la familia".</p>
<p>7. ¿De qué manera considera que podría aportar la Psicología a los grupos de Rehabilitación Cardíaca?</p>	<p>MIN 27:26 "El psicólogo tiene la particularidad, de poder medir a cada individuo y ayuda a manejar situaciones complejas, en especial con pacientes que presentan dificultades comportamentales o de aprendizaje." Min 28:50 " En todo este vaivén puede que pase desapercibido un problema psicológico como tal. En este común denominador que yo llamo conducta, el psicólogo tiene la posibilidad de identificarlo, pueda clasificarlo en un trastorno "X" de corte psicopatológico y que pueda brindar o recomendar un tratamiento terapéutico, ya sea individual o colectivo, y de ser necesario una referencia al área de psiquiatría, ya sea que tenga una patología de fonde desde una depresión hasta un comportamiento agresivo y que derivó en una enfermedad cardiovascular, esto tiende a ser muy frecuente."</p>
<p>8. ¿Qué elementos significativos cree, podrían diferenciar el trabajo de un grupo de apoyo en relación al abordaje psicoeducativo, en un programa de rehabilitación cardíaca?</p>	<p>MIN 30:48 " Nosotros tenemos un problema de necesidad de recurso humano, y yo soy uno de los que pelea por conseguir plazas para psicología. Estos grupos que ustedes proponen son el ejemplo de la necesidad que tenemos, se requiere personal que se dedique específicamente a atender y cubrir toda la dinámica de los pacientes que se encuentran en el proceso de rehabilitación cardíaca. Debemos hacer más conciencia respecto a la necesidad de los servicios la de salud que brinda el área de psicología. Siendo los problemas cerebro-cardiovasculares tan prevalentes y con altísima mortalidad y morbilidad, debemos enfocarnos en que nos den recurso humano de alto nivel y presupuesto".</p>

<p>9. En su opinión, ¿qué beneficios / riesgos podría encontrar en que un paciente cardíopata participe en un grupo de apoyo?</p>	<p>MIN 32:22 " Yo lo veo de una forma muy positiva, si uno pone en la balanza los riegos y beneficios, los beneficios son inmensurables. El único riesgo que puedo pensar es perder al paciente, y no me refiero a un fallecimiento, sino a que no asistan, por ejemplo, el caso de pacientes que viven muy lejos de los centros médicos y en muchos casos no pueden costear los viajes constantes y dejan de asistir". MIN 36:03 " Cuando se trabaja con pacientes cardíopatas nosotros hacemos una clasificación y hacemos un escor de riesgo a partir de una serie de pruebas médicas hasta darle luz verde para inicia"</p>
<p>10. De la siguiente lista, descarte 4 temáticas que considere menos relevantes para trabajar en un grupo de apoyo para pacientes de Rehabilitación Cardíaca.</p>	<p>Salir a la calle solo, acompañar a otros pacientes, que me paso y como paso, tenemos una vida normal</p>

Anexo 18. Sistematización de Entrevista con Dra. Severita Carrillo Barrantes

Sistematización de Entrevista #2 - Doctora Severita Carrillo Barrantes	
Preguntas	Respuestas
1. ¿Qué es rehabilitación cardíaca en sus palabras?	MIN 2:13 - " La rehabilitación es un término que va más allá de la terapia física, y se caracteriza por la integralidad; el ser humano como un ente bio-psico-social y espiritual. Por ello se trabaja con muchas áreas como la terapia ocupacional, física, respiratoria, recreacional, farmacológica, etc. Sin embargo, se realiza un trabajo de contextualización del paciente a partir de su realidad inmediata; familiar, comunitaria, social, laboral, etc. Los grupos que solo se reúnen a realizar actividad física no está realizado una verdadera rehabilitación integral."
2. ¿Cuáles son los cambios más relevantes que ha notado en los pacientes que asisten a rehabilitación cardíaca?	MIN 4:33 " El contexto clínico lleva siempre un descriptor de mejoría, en el caso de rehabilitación cardiaca se determina por "METS" y está muy ligado al ejercicio. Los y las pacientes reportan una disminución en el dolor cardiaco, mejora la capacidad para realizar tareas días y laborales, inclusive hasta el uso del transporte público que en muchos casos representa la independencia y libertad de movimiento. Sin embargo, desde mi punto de vista un 70%-75% corresponde al acompañamiento bio-psico-social y espiritual que se les brinda a los pacientes. Con ayuda de profesionales de distintas áreas se trabaja la educación del paciente y la familia con el objetivo se fomente adherencia al ejercicio, la adherencia al tratamiento farmacológico, a tener hábitos de vida más saludables, a dormir mejor, al control del carácter, alimentación saludable, etc. De manera que se promueva una dirección más saludable tanto a los pacientes como a sus allegados. MIN 8:24 "podemos notar cambios cuando los pacientes hacen preguntas y entre ellos se responden, lo que refleja el dominio de conceptos básicos de su enfermedad, y de esta manera los distintitos profesionales en salud logran entretejer por medio de la educación y capacitación, una responsabilidad de paciente sobre su accionar ante el padecimiento."
3. ¿Cómo se compone el equipo de Rehabilitación Cardíaca en el hospital donde labora y cómo funciona la dinámica de trabajo?	MIN 9:25 " La rehabilitación cardiaca como le comenté es un ejercicio integral, por lo que se necesitan de otros profesionales además de los médicos. En el CENARE se cuenta con una psicóloga, una trabajadora social, personal de enfermería, una cardióloga, una médico de familia, dos médicos especialistas en rehabilitación, un odontólogo, una terapeuta física y mi persona como fisiatra."

<p>4. ¿Puede identificar algún vacío en el proceso de rehabilitación?</p>	<p>MIN 20:20 "Esto ha sido una lucha constante por muchos años, cuando comencé con el tema de rehabilitación cardiaca nadie los conocía, y se entendía como "poner a los pacientes a moverse". Por ello, el primer vacío fue el desconocimiento, lo que pasa aun hoy en día por ejemplo con la rehabilitación pulmonar o la rehabilitación post-COVID. El segundo problema fue las plazas, ya que el servicio social de salud de nuestro país no contaba con los puestos establecidos en los hospitales nacionales y ligado a esto, no se contaban con personal especializado en el área. En tercer lugar, tenemos una gran la falta de infraestructura en los centros de salud, y sobre todo que cumpla con las regulaciones internacionales para este tipo de rehabilitación. Y en último lugar la falta de equipamiento, ya que en los hospitales se prioriza la compra de rayos-X, incubadoras, etc.; pero no así con bandas sin fin, equipo de telemetría entre otros. Hemos tenido que romper paradigmas y demostrar que también es medicina."</p>
<p>5. ¿Desde su experiencia, hay algún tema en específico que considere debería trabajarse con la población cardiaca?</p>	<p>MIN 31: 41 "Escoger uno es difícil, pero evitar el sedentarismo sería de los temas primordiales para cualquier ser humano. De ese se pueden agarrar todos los demás, pero es fundamental. Se debe trabajar en todos los niveles"</p>
<p>6. ¿Qué entiende usted por grupo de apoyo?</p>	<p>MIN 33:25 "El grupo de apoyo no necesariamente tiene que ser de profesionales, también puede ser de pacientes que van a estar abiertos para oír. El paciente necesita que se le escuche, tiene que ser un grupo que sepa escuchar, pero teniendo cuidado con la interpretación de lo que escucha, para poder brindar un mejor apoyo. Tiene que ser un grupo neutral, no solamente ver desde sus propios conceptos de salud, enfermedad, creencias, religiosidad y hay que tener cuidado con eso, para que lo que se vaya a ser sea eficaz."</p>
<p>7. ¿De qué manera considera que podría aportar la Psicología a los grupos de Rehabilitación Cardiaca?</p>	<p>MIN 35:40 "Una antigua jefa hace varios años atrás me dijo "Yo creo que la salud de los costarricenses mejoraría si se contratara más profesionales en psicología, porque hay mucho problema emocional y cognitivo" Los rehabilitadores no podemos ver a los seres humanos solamente como un ser biológico. La importancia de la intervención de la psicología es importante debido a las circunstancias sociales, emocionales, familiares. La psicología es importante en todas las ramas, pero en la enfermedad cardiaca angina el factor de riesgo más determinante es la Depresión, aparte de otros factores como la ansiedad y el estrés crónico. La psicología ayuda a detectar, controlar y educar al paciente en esos aspectos."</p>
<p>8. ¿Qué elementos significativos cree, podrían diferenciar el trabajo de un grupo de apoyo en relación al abordaje psicoeducativo, en un programa de rehabilitación cardíaca?</p>	<p>MIN 42:34 "Si tiene que ser separado. En los grupos psicoeducativos, puedes encontrar desde personas con alto nivel intelectual, como personas que no saben leer ni escribir. Los grupos de apoyo pueden ser grupos más pequeños, que tengan como algo en común, no solamente la patología, sino que sean grupos donde se tome en cuenta otros factores psicosociales</p>

	<p>propios de los pacientes. Si los grupos son más homogéneos, para que mucha gente se vea beneficiada."</p>
<p>9. En su opinión, ¿qué beneficios / riesgos podría encontrar en que un paciente cardíopata participe en un grupo de apoyo?</p>	<p>MIN 52:40 "En los talleres psicoeducativos hemos tenido casos de pacientes que les produce mucha angustia, pueden llegar a deprimirse al ver el impacto que ha generado la enfermedad en un paciente, en un par suyo. Desde el punto de vista médico, no hay problema, es poco probable que pase algo a nivel fisiológico. En sesiones de psicología no pasa nada, en sesiones de ejercicio, la sumatoria total de los minutos de los 60 pacientes que tenemos son aproximadamente 800.000 mil horas, ya uno sabe que puede ser que uno de los pacientes tenga un evento cardiovascular, pero eso en las sesiones de ejercicios solamente, pero lo más recomendable es preguntar primero, antes de las sesiones, si han sentido algún síntoma relacionado con la enfermedad."</p>
<p>10. De la siguiente lista, descarte 4 temáticas que considere menos relevantes para trabajar en un grupo de apoyo para pacientes de Rehabilitación Cardíaca.</p>	<p>MIN 1:00:33 "No quitaría ninguno. Metería el tema del autocuidado en autoconocimiento. Depresión y estrés podrían trabajarse juntos. Que me pasó y cómo pasó, salir a la calle, qué hacer si estoy solo lo metería en "Tenemos una vida normal". Nutrición es muy importante. Control del carácter es muy importante. Los otros entrarían en un solo rubro."</p>

Anexo 19. Sistematización de Entrevista con Dr. Rodolfo Jiménez

Sistematización de Entrevista #3 - Rodolfo Jiménez	
Preguntas	Respuestas
1. ¿Qué es rehabilitación cardíaca en sus palabras?	<p>MIN 0:20: “La rehabilitación cardíaca es un proceso multidisciplinario y multidimensional. El ejercicio es un componente más de la rehabilitación cardiopulmonar. La RCC incluye una serie de factores de como modificación de estilos de vida, control de peso, controlar presión arterial, controlar diabetes, está la parte de apoyo social, que muchas veces se deja de lado. Por eso decimos que es un programa multi disciplinario e interdisciplinario. Por eso está la parte de psicología, la parte de los ejercicios, la parte médica, la parte nutricional que no se pueden dejar de lado. Es un programa que está estructurado para que sea interdisciplinario. Min 2:30: Lo que buscamos es que tenga un mejoría física, mental y social. Lo que buscamos es que al final, es reincorporar a esa persona de la manera más independiente a la sociedad.”</p>
2. ¿Cuáles son los cambios más relevantes que ha notado en los pacientes que asisten a rehabilitación cardíaca?	<p>MIN 1:18: “Lo más evidente y quizá es en lo que más se enfoca la RCC y cerebral es la parte física, es condición funcional de la persona. Las mejorías que uno nota a nivel físico son importantes. Este año ha sido un poco atípico en el sentido que mucho de los pacientes en donde han tenido más mejoría es en ese sustento mental, psicológico de haber pasado esta pandemia, sintiéndose parte de un grupo, que tal vez, nunca hayan pertenecido y se sienten ahí acompañados durante todo este tiempo. Entonces cambios evidentes a nivel físico y mental. Siempre nos hemos enfocado en hacer mediciones más cuantitativas, por eso a veces es más fácil para uno poder medir ejercicios desde ese punto, pero dejamos de lado hacer esas mediciones cualitativas en la parte de estilo de vida incluso para aplicar instrumentos de funcionalidad, mentales, psicológicos que los dejamos de lado, por eso creo que es tan evidente medir la parte cuantitativa que se pueden medir por medio de caminatas de 6 minutos, por medio de pruebas de esfuerzo, por medio de diferentes formas, pero dejamos de lado las mediciones cualitativas y que es calidad de vida”</p>

3. ¿Cómo se compone el equipo de Rehabilitación Cardíaca en el hospital donde labora y cómo funciona la dinámica de trabajo?

MIN 5:26 “Yo trabajo en el Hospital San Juan de Dios. Antes de la pandemia, trabajábamos con un terapeuta respiratorio, el Dr. Moreria emergenciológico, un poco con la medicina del deporte que es el que hace las pruebas de esfuerzo con consumo de oxígeno, había un médico general, una enfermera y el apoyo desde la parte de psicología lo recibíamos del convenio con la Universidad Nacional. MIN: 6:50 (¿cómo es la dinámica de trabajo?) ¿Desde la pandemia o antes de la pandemia? Porque son 2 espacios distintos. Nos hemos tenido que adaptar y yo creo que esta parte de virtualidad no se va a ir del todo cuando esto pase yo creo que vamos a tener que trabajar con esa dualidad. Creo que tuvimos que reinventarnos en la forma de tener un manejo. Cuando no estábamos en tiempo de pandemia, al paciente se le daban 2 opciones. 1) Ingresar al programa de manera presencial, que tenía que estar yendo al programa 4 días a la semana, lunes, martes, jueves y viernes. 36 sesiones presenciales. Si el paciente no podía ingresar de manera presencial se le da la opción de hacer el programa de rehabilitación cardíaca domiciliar, es decir, el paciente asume una responsabilidad se le hace la caminata de 6 minutos se le hace el programa de las recomendaciones de cuánto tiempo tiene que caminar, cuánto tiempo, cuántos días de la semana, qué intensidades y se le hace toda la explicación e igual se le deja cita control a los 3, 6 y nueve meses y otra vez al año de iniciado el programa. Ahorita que estamos en la parte virtual trabajamos igual, si el paciente acepta ingresar al programa virtual y a veces no acepta porque a veces tiene problemas de conectividad. Es en esos casos donde valoramos el riesgo - beneficio de dejarlos por ejemplo de manera virtual o dejarle un "Plan de Caminatas".”

<p>4. ¿Puede identificar algún vacío en el proceso de rehabilitación?</p>	<p>MIN 18:25 “Yo creo que el vacío todavía que uno tiene y que le gustaría más a nivel Nacional como país, el vacío que tenemos es poder trabajar en red con diferentes niveles de atención. Una cosa que uno debe tomar en cuenta la rehabilitación cardíaca o cardiopulmonar-cerebral, nunca se termina, ósea, esto no es que yo empiezo y termino en 2 meses. La RCP nunca termina, la persona envejece, la patología avanza, mis factores de riesgo, si yo no los cambios van a seguir avanzado, entonces la rehabilitación cardiopulmonar cerebral también, nunca se termina. Tenemos un vacío en la parte de Rehabilitación, en la parte, incluso, en la formación de los profesionales, hablo por el cuerpo médico, si usted hace una encuesta y les pregunta a los médicos si saben prescribir ejercicio, el 99.9% no sabe prescribir ejercicio y que le decimos a la persona? Tiene que hacer ejercicio. "¿Y qué clase de ejercicio hago?" " Di vaya y camine. Decirles eso es como decirle a alguien que "Estos son sus medicamentos, vaya y tómeselos" "¿y cómo me los tomo? "En la cantidad que quiera y la forma que quiera", decir eso es igual a decir que vaya y camine.”</p>
<p>5. ¿Desde su experiencia, hay algún tema en específico que considere debería trabajarse con la población cardíaca?</p>	<p>SE DECIDE OMITIR LA PREGUNTA</p>

6. ¿Qué entiende usted por grupo de apoyo?

MIN: 25:23: “Vea, los grupos de apoyo depende de cómo lo pueda ver uno, inclusive puede haber grupos de pacientes apoyando a pacientes, que es un grupo de apoyo. Ósea son todas aquellas personas... y podemos ver grupos de apoyo desde un punto de vista profesional de diferentes profesionales trabajando con diferentes grupos. Ósea yo creo que estos grupos de apoyo deben estar siempre eso si liderados por alguien con conocimiento más profundo del tema son aquellos grupos en los cuales una persona se siente parte del grupo. Lo que uno tiene que ver es que, en ese grupo, lo que yo haga, vivimos en un sistema, yo pertenezco a una familia, pertenezco a una comunidad, pertenezco a un país. Desde el punto de vista médico, el grupo de apoyo es un sostén para esas personas que tienen patologías parecidas. Eso es lo que buscamos, por ejemplo, en la parte cardiovascular estos grupos de apoyo son los que maneja uno con la parte de psicología, pero a veces esos grupos de apoyo son sus mismos pares, son un grupo de gente que tienen patologías similares que se dan cuenta que ellos pueden salir adelante. Entonces yo lo veo desde el punto de vista de grupos de apoyo, pacientes ayudando pacientes y personas profesionales que forma grupos para trabajar patologías no de una manera individual, sino de una manera grupal y que le da al final ese soporte donde la gente puede expresar mucho lo que está sintiendo y lo que está pasando y que lo hacen sentir parte de esa comunidad.”

7. ¿De qué manera considera que podría aportar la Psicología a los grupos de Rehabilitación Cardíaca?

MIN: 28:07: “La parte de psicología es un componente central de la rehabilitación cardio pulmonar, cuando hablábamos al inicio de que componentes la RCP y no solamente el ejercicio uno de los componentes centrales, parte de factores de riesgo, sensación de fumado de actividad física de ejercicio uno de esos componentes centrales es la psicología, no se puede dejar de lado. En un programa de RCP bien estructurado uno no puede dejar de lado la parte psicológica y el que ha leído el tema de la RCP sabe que la depresión por ejemplo y la ansiedad se asocian de una manera bidireccional con la enfermedad cardiovascular. No se sabe si la depresión lleva a la enfermedad cardiovascular o la enfermedad lleva a la depresión. Por eso hablamos de que es bidireccional, entonces la parte de la psicología uno no la puede dejar de lado y la psicología también entra en la parte que nos ayuda a nosotros en la parte de la red social, para valorar la parte de con quién convive que está en el programa de RCP. Incluso unas de las cosas que uno ve en el paciente con un problema cardiovascular, el único factor de riesgo es que tiene una personalidad tipa A, no toma, no fuma, pero tiene una personalidad tipo A que se ha asociado con la parte de los problemas cerebro-cardiovasculares entonces en un programa de RCP bien estructurado no se puede dejar de lado la parte de psicología.”

8. ¿Qué elementos significativos cree, podrían diferenciar el trabajo de un grupo de apoyo en relación al abordaje psicoeducativo, en un programa de rehabilitación cardíaca?

MIN: 33:49 “Yo creo que una parte importante de los grupos de apoyo es el sentirse parte de ese grupo, la pertenencia. No es lo mismo que uno llegue a un lugar donde se es extraño, donde se maneja un ambiente de verticalidad, donde solo habla el profesional, a cuando yo tengo sentido de pertenencia, es igual que en una comunidad, si y vivo en una comunidad y yo no me siento parte de esa comunidad, no me involucro en nada. Entonces el hecho que yo tenga ese sentido de pertenencia a un grupo me permite hablar y expresar más libremente lo que yo siento y a veces cuando yo tengo un sentido de pertenencia, hablando con el grupo de apoyo, me doy cuenta que hay otras personas que están pasando por lo mismo, entonces para mí es más fácil saberlo manejar, donde incluso se pueden presentar experiencias de como otras personas pudieron manejar ese problema que yo tengo y que no necesariamente lo puedo aplicar pero se podría intentar, yo creo que para mí lo más importante es el sentido de pertenencia que uno tiene en un grupo de apoyo. No es lo mismo en las charlas psicoeducativas donde nosotros los profesionales hablamos en términos que nosotros creemos que nos están entendiendo y no están entendiendo absolutamente nada, entonces a veces el hecho, incluso para mis charlas a veces, utilizo expresiones y términos que utilizan los mismos pacientes en consulta, porque yo ya sé cómo lo expresa el paciente, como lo siente. En los grupos de apoyo, la gente expresa lo que siente, cómo se siente. MIN: 36:38: Lo otro es que un grupo de apoyo, para mí, son grupos de largo plazo, algo parecido a los grupos de AA, la gente puede ir casi que de por vida, que las puertas estén abiertas para este tipo de personas, no ser tan estrictos en decir que si el paciente no asiste a una sesión, no puede ir a al siguiente, sino que existe esa parte, que los grupos de apoyo son de puertas abiertas.”

<p>9. En su opinión, ¿qué beneficios / riesgos podría encontrar en que un paciente cardiópata participe en un grupo de apoyo?</p>	<p>MIN: 40:12: “No, yo creo que riesgos como tal, no. Ósea para mí los grupos de apoyo es beneficio por lo que hablábamos, creo que es ahí donde la persona puede expresar realmente lo que siente y puede llegar a ser líder, incluso no es que uno lo va a dejar a la libre, siempre debe haber alguien, un guía para que los grupos de apoyo no sean realmente un desorden. Definitivamente son beneficios, existe ya mucha literatura para saber que los grupos de apoyo son beneficios en los programas de RCP, Oncológica. Como riesgos como tal, no le veo ninguno, pero si muchos beneficios. MIN: 42:32: (Luego de un aporte hecho por Víctor en relación a una anécdota que sucedió en durante la Práctica Profesional supervisada en el Hospital San Rafael de Heredia) Dr. Rodolfo: Los riesgos que pueden pasar es que, en un grupo de apoyos, en algún tema determinado tengan que hacer una intervención en crisis. Por eso debe estar alguien acompañándolos y todo, pueda ser que haya que darle intervención en crisis por un paciente en específico, pero riesgos desde un punto de vista de salud, no, porque el hecho de poder expresar y el hecho de que una persona pueda llorar en un grupo de apoyo es simple y sencillamente parte de los beneficios que se va a obtener. El Dr. Rodolfo cuenta 2 anécdotas relacionadas con 2 pacientes diferentes, que evidencian la importancia de los grupos de apoyo.”</p>
<p>10. De la siguiente lista, descarte 4 temáticas que considere menos relevantes para trabajar en un grupo de apoyo para pacientes de Rehabilitación Cardíaca.</p>	<p>MIN: 48:56: “Voy a ir diciéndole las más importantes, para ir descartando: "Dinámica Familiar" hay que dejarla. "Autocuidado" hay que dejarlo. "Comunicación Asertiva" es importante. "Estrés" también es importante. "Nutrición y Sexualidad" Son importantes. "Autoconocimiento". Las que quitaría serían: "Salir a la calle Solo nuevamente" porque si yo tomo en cuenta la dinámica familiar voy a tomar en cuenta el hecho de que, si la persona puede andar solo, no puede andar solo, porque cuando yo valoro "Dinámica Familiar" me doy cuenta que tan protectora o no es la familia, entonces se incluiría dentro de la Dinámica Familiar se incluye dentro de esa parte de salir o no. "¿Qué hacer en mi casa cuando estoy solo?" También es la quitaría, porque entraría también en la "Dinámica Familiar". ¿Cómo acompañar a otros pacientes? Hay que dejarla. "Control del Carácter" (la quitaría) porque si metemos "Autoconocimiento" debo saber si tengo un problema, si no tengo Autoconocimiento, no puedo saber que tengo un problema de carácter. Y tal vez en la parte de grupo como tal, que es como más individual, "¿Cómo pasó y qué me pasó?" La quitaría porque es como más individualizado y tal vez no tanto para manejo de grupo y el resto, definitivamente todos los dejaría. Quitaría esas 4 y no</p>

porque no sean importantes sino porque están dentro de otras.”

Anexo 20. Cuadro Resumen de Resultados Generales

Cuadro Resumen de Resultados Generales

			Necesidades Sociales	Necesidades Psicológicas	Perspectiva de Grupo y Grupo de Apoyo	Beneficios de los Grupos de Apoyo	Temáticas fundamentales y características de grupo de apoyo para la Guía Metodológica.
Etapa I		Arbol de problemas	Atención Médica, Atención farmacológica	Depresión, Ira/Mal carácter, preocupaciones/estrés, angustia, miedo y sentimientos de inutilidad/incapacidad.		Cambios de vida/prioridades/pensamiento, aceptación, responsabilidad personal, mejoras en la comunicación, mejoras a nivel emocional y nuevas metas	
		FODA	Red de apoyo, situación económica a nivel país,	Negatividad, control de la impulsividad, autocuidado, conocimiento del padecimiento y medicación, miedo		Espacios grupales de acompañamiento, motivación, andamiaje, aceptación del padecimiento, visualización de otras realidades.	
Etapa II	Grupo Focal 1	G1			Pregunta: 2, 3, 5 y 7	Pregunta: 2, 3, 7, 8 y 9	
		G2			Pregunta: 2, 4 y 7	Pregunta 3, 4, 7 y 8	
	Grupo Focal 2	G1			Pregunta: 1, 2 y 4	Pregunta: 1, 3, 4, 7 y 10	
		G2	Pregunta: 4		Pregunta: 1, 5 y 8	Pregunta : 1, 3, 4, 5 y 9	
	Grupo Focal 3	G1		Pregunta: 1 y 2			Pregunta: 3, 4, 5 y 6
		G2			Pregunta: 2	Pregunta: 2	Pregunta: 3, 4, 5 y 6
Etapa III		Entrevista - Dr. Manuel Alvarado	Pregunta: 4 y 8	Pregunta: 2 y 7	Pregunta: 6	Pregunta: 2	Pregunta: 5 y 10
		Entrevista Dra. Severita - Carrillo	Pregunta: 4	Pregunta: 6, 7 y 9	Pregunta: 1,6 y 8	Pregunta: 2	Pregunta: 5 y 10
		Entrevista - Dr. Rodolfo Jiménez	Pregunta: 1 y 4	Pregunta: 2 y 7	Pregunta: 6	Pregunta: 6, 8 y 9	Pregunta: 10



GUÍA METODOLÓGICA

para la implementación
de grupos de apoyo con
pacientes cardiópatas

Adrián González Villalobos
Víctor Ureña Fernández

Universidad Nacional
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Psicología

Guía metodológica para la implementación de grupos de apoyo con pacientes cardiopatas

Esta guía es un producto del proyecto “Grupos de apoyo con pacientes cardiopatas para el fortalecimiento del apoyo social y la adherencia al tratamiento: Una experiencia piloto en el Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE)”

Supervisada por:

M.Sc. Teresita Campos Vargas

Sustentantes:

Adrián González Villalobos
Víctor Ureña Fernández

Campus Omar Dengo, Heredia
Diciembre, 2021



Agradecimiento

A todas y todos los pacientes que compartieron sus vidas y su tiempo para que este proyecto fuera posible, gracias por dejar una huella de humanidad perenne en nuestros corazones.



Índice

Presentación de la Guía	5
Contexto Institucional	7
Perfil de personas facilitadoras	9
Perfil de personas a quienes va dirigida la guía	10
Referentes teóricos	10
Acerca del manual	18
¿Cómo usar la Guía?	18
Sesiones de Grupo de Apoyo	19
Sesión 1 - Cohesión grupal	
Sesión 2 - Dinámica Familiar	
Sesión 3 - Autocuidado	
Sesión 4 - Comunicación Asertiva	
Sesión 5 - Control del Carácter	
Sesión 6 - Depresión	
Sesión 7 - Nutrición	
Sesión 8 - Sexualidad	
Sesión 9 - Autoconocimiento	
Consideraciones Finales	33
Bibliografía	34



Presentación de la guía

Las enfermedades cardíacas son la principal causa de muerte en el mundo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) se estima que fallecen alrededor de 17,7 millones de personas por esta causa; esto representa un 31% de todas las muertes registradas a manera global. Por su parte, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2019), denota que dentro de las cinco primeras causas de muerte, las enfermedades del sistema circulatorio han constituido la principal razón en nuestro país; solamente en 2019 se registraron un total de 6144 muertes por causas cerebro-cardiovasculares, siendo el infarto de miocardio la más mortal con un total de 1322 personas fallecidas; así mismo, de estas muertes, el 80,19% ocurrieron en personas de 65 años o más, lo cual impacta negativamente en el promedio de la esperanza de vida de la población costarricense. De estas estadísticas se desprende que más de la mitad de estas muertes (un 53,48%), corresponde al sexo masculino.

Existen dos tipos de factores de riesgo que influyen en el desarrollo de las cardiopatías. Silva y Agudelo (2011) indican que el primer grupo son los factores de riesgo modificables, es decir, aquellas variables que se pueden modificar y cambiar para evitar el desarrollo o la continuidad del riesgo cardiopático, por ejemplo, modificar hábitos alimenticios, sedentarismo, tabaquismo y consumo de otras sustancias como drogas y alcohol. El segundo grupo corresponde a los no modificables que se refiere a aquellos factores que distan al cambio, por ejemplo, herencia, edad, el sexo biológico, papadecimientos congénitos o etnia.

El Dr. Maroto (2009) coordinador de la Sociedad Española de Cardiología, y referente a nivel mundial de la medicina cardiovascular, señala la importancia que tiene la Rehabilitación Cardíaca para este padecimiento. El autor lo engloba en tres ejes temáticos principales y lo nombra “Régimen Ambulatorio de Rehabilitación Cardíaca”. Este consiste en un proceso de aprendizaje tras sufrir eventos cerebro-cardiovasculares. Tiene una duración aproximada de dos a tres meses y comienza en la segunda o tercera semana del episodio agudo. Los pacientes acuden de forma ambulatoria, y realizan entrenamiento físico, sesiones de carácter psicosocial y pautas para el control de factores de riesgo.

No obstante, dentro del modelo de Rehabilitación Cardíaca que se aplica a nivel nacional, y según las prácticas y observaciones realizadas, no existe un espacio exclusivo donde las mismas personas afectadas por alguna enfermedad cerebro-cardiovascular, puedan apoyarse, como podrían ser los grupos de apoyo, contando sus propias experiencias y acontecimientos vivenciales luego del evento o diagnóstico; como sucede, por ejemplo, con los pacientes sobrevivientes de algún tipo de cáncer (Morera et al, 2011). Además, es importante mencionar que los talleres psico-educativos, que se contemplan en la rehabilitación cardíaca, específicamente en la fase II, movilizan en cada persona sentimientos desde la experiencia subjetiva, pero no son los espacios óptimos para que puedan expresarse libremente sobre sus vivencias, dado que el objetivo principal de los talleres es brindar información y orientación sobre aspectos psicológicos y emocionales con relación a la rehabilitación cardiovascular y su padecimiento.

Sumado a lo anterior Achury, Rodríguez-Colmenares, Agudelo-Contreras, Hoyos-Segura y Acuña-Español (2011) hacen énfasis en la importancia de la red de apoyo social, como lo son los grupos, entendiéndose como un factor protector. Estos pueden brindar al paciente con enfermedad cerebro-cardiovascular una disminución del número de eventos adversos y de la posibilidad de nuevos episodios. Por tanto, disponer de una red de apoyo cumple varios propósitos, como la expresión de sentimientos, confirmación de creencias propias y motivación para la expresión abierta de sentimientos.

Por otro lado, los grupos de apoyo pueden servir para que, personas que hayan vivido sucesos similares, puedan orientar, confortar o apoyar a otras personas que asistan al PRC, desde su propia experiencia. Además, dichos grupos pueden favorecer una mejor adherencia al tratamiento y al proceso psico-educativo de las y los pacientes.

Debe tomarse en consideración que las sesiones de la presente guía metodológica fueron elaboradas desde un modelo multi-paradigmático, puesto que se utilizaron varios enfoques de la psicología (psicología grupal, psicología de la salud y modelo cognitivo-conductual). Además, contiene temáticas fundamentales, propuestas por los mismos pacientes y validadas por especialistas, con el objetivo de fomentar espacios grupales de apoyo para pacientes cardiopatas que están iniciando la fase II de rehabilitación cardíaca. Esto, procurando que logren consolidarse como grupo y

se conviertan en agentes de su propio cambio, de manera que favorezca la adherencia al tratamiento y, además que, al finalizar su rehabilitación cuenten con las habilidades para auto gestionar sus necesidades de apoyo mutuo.

La conformación de estos grupos de apoyo se propone para el programa de Rehabilitación Cardíaca del CENARE en tanto fue en ese espacio desde donde surgió el contenido de la presente guía; además de que su estructura interna permitiría habilitar el espacio para implementarla. Así, la participación tanto en los talleres psico-educativos como en estos espacios de apoyo grupal permitiría que las personas que ingresan al PRC, logren adaptarse a su condición de la manera más positiva posible y así alcancen una mejor calidad de vida.

Contexto Institucional

En Costa Rica, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) es el ente encargado de brindar atención integral de la salud y promover la conservación del individuo, la familia, la comunidad y el ambiente; asimismo la entidad cuenta con políticas específicas que apartado de “Vigilancias de la Salud” en el cual se estipula que es la institución encargada de la reducción del riesgo de enfermar o morir por causas cardiovasculares (MIDEPLAN, s.f).

La CCSS cuenta con alrededor de cinco instituciones: Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE), Hospital San Vicente de Paul, Hospital San Juan de Dios, Hospital México y Hospital San Rafael de Alajuela, que implementan programas de Rehabilitación Cardíaca, los cuales, mantienen un modelo tradicional de programa de rehabilitación que consiste en un total de 3 fases, como detallan Hütt y Salas (2015). Sin embargo, cabe mencionar que existen algunas instituciones fuera de la seguridad social que brindan el servicio como por ejemplo el Centro de Rehabilitación Cardiovascular, programa de las Escuela de Ciencias del Movimiento Humano y Calidad de Vida.

La primera fase o también llamada fase intrahospitalaria se inicia cuando el paciente es ingresado e intervenido (farmacológica o quirúrgicamente) en el centro médico debido a su

evento cerebro-cardiovascular. El objetivo de esta fase es la estabilización de los pacientes que han sobrevivido al evento cerebro-cardiovascular para que logren, posteriormente, iniciar la fase II de la rehabilitación.

La segunda fase es ambulatoria y tiene como objetivo monitorear, bajo el control de profesionales en salud, el ejercicio físico que realizan los pacientes, con las rutinas de ejercicios que ha sido creada específicamente para cada uno de las y los pacientes. Las rutinas se aplican de manera progresiva, es decir, aumentando la intensidad y el tiempo de duración, conforme avanzan las semanas. La duración de esta fase es de 3 meses aproximadamente, en la gran mayoría de Centros Hospitalarios de Costa Rica anteriormente mencionados.

Sumado a las sesiones de ejercicios y formando parte del protocolo de la Rehabilitación Cardiovascular, se imparten talleres psico-educativos, los cuales se realizan después de las sesiones de ejercicios y en donde se abordan temáticas como ansiedad, depresión, conductas favorables, no favorables para la salud, factores de riesgo modificables y no modificables y estrategias de afrontamiento al padecimiento. Dichos talleres son de fundamental importancia, debido a los componentes psicológicos, emocionales y sociales que entran en juego, no solo en la génesis de la patología cardíaca, sino también en el proceso de prevención y rehabilitación propiamente. Es justo en esta fase donde contar con espacio para grupos de apoyo se torna de vital importancia para el buen curso de la rehabilitación cardíaca, en tanto favorece el desarrollo de recursos personales para la adaptación psicológica a la nueva condición de salud, e incluso el sentido de grupalidad

La fase III de los PRC es de mantenimiento. Consiste en que los pacientes continúen realizando o mantengan, de la manera más sostenida posible, los ejercicios, además de los hábitos alimentarios, comportamientos saludables y estrategias o herramientas psicológicas que han sido desarrolladas en la segunda fase. Esto con la finalidad, no solo de reducir los factores de riesgo asociados con la enfermedad, sino además, que por sí mismos, pueda realizar actividades básicas de la vida diaria con la menor ayuda o asistencia posible.

Perfil de personas facilitadoras

La función de los profesionales en psicología dentro de los grupos de apoyo es fundamental, tanto para formar el grupo, encuadrar las sesiones, guiar el proceso, propiciar espacios de expresión y orden dentro de las sesiones, como para brindar contención emocional en caso que sea necesario y garantizar un espacio seguro, de respeto, sin juicios y de confidencialidad a la hora de que las y los pacientes compartan sus experiencias, ideas, sentimientos o aportes. Esto es de vital importancia para que las sesiones tengan un impacto significativo en las y los pacientes, puesto que la idea base de los grupos de apoyo es, justamente, crear un espacio para que las personas puedan expresarse y acompañarse mutuamente, aunque sea en un breve espacio de tiempo, a raíz de su padecimiento cardíaco.

La persona profesional en psicología que facilita el proceso de los grupos de apoyo, es, por decirlo de algún modo, un centinela grupal que se encarga del desarrollo óptimo de las sesiones, esto implica que, debe formar parte del grupo, pero no debe mezclarse con el mismo, es decir, limitar su acción al correcto desarrollo de las sesiones, no obstante, debe tener facilidad para empatizar con las personas y sus vivencias, teniendo una escucha activa y adecuando sus intervenciones, según las características del grupo, con el fin de que las personas puedan desahogarse dentro del espacio.

Por otro lado, una de las características fundamentales que debe tener la persona profesional en psicología que lleva el grupo de apoyo, es el conocimiento básico de eventos cerebro cardio vasculares a nivel fisiológico, de intervención quirúrgica y de protocolos de rehabilitación cardíaca; pero además de eso también debe liberarse de juicios de valor, mitos, estereotipos y prejuicios que podría girar en torno al padecimiento, esto con el fin de obtener un proceso más limpio a nivel de interacción entre los pacientes.

Perfil de personas a quienes va dirigida la guía

La presente guía metodológica está dirigida a población que haya sufrido un evento cerebro-cardiovascular o cuente con un diagnóstico desde el cual haya sido referida a un PRC y que participe del programa de Rehabilitación Cardíaca del CENARE. Los grupos de apoyo promueven la inclusión por lo cual serán abiertos sin importar lugares de procedencia, condición socioeconómica, sexo o etnia.

Las personas que han sobrevivido a un evento cerebro-cardiovascular se caracterizan por sufrir altos niveles de estrés y ansiedad, además, usualmente, presentan pensamientos irracionales ligados a su condición. Según Achury et al. (2011), los sentimientos que pueden llegar a experimentar los pacientes que sufrieron una enfermedad cerebro-cardiovascular son ira, ansiedad, estrés, hostilidad y depresión. Dichas condiciones podrían llegar a modificar las actividades diarias de las personas e intervenir en el cumplimiento adecuado del tratamiento, en la dificultad de cambiar factores de riesgo modificables, como realizar cambios en el modo de vida, ó seguir las recomendaciones dietarias; lo que podría desembocar en que la rehabilitación sea más lenta, más difícil y, por ende, menos exitosa.

Referentes Teóricos

Necesidades Sociales Psicológicas

Se identificaron las **necesidades sociales** de los pacientes cardíacas como concepto clave para la elaboración de las herramientas diagnósticas de la etapa I del presente proyecto. Se entienden como los factores objetivos indispensables para la supervivencia y la integridad psicofísica de los seres humanos (Ballester, 1999, citado por Herraiz y De Castro, 2013). Al profundizar en los requisitos que el constructo teórico de necesidades sociales básicas debe poseer, consideraremos que hace referencia a los factores objetivos indispensables para el mantenimiento de la vida y la reproducción social.

Igualmente, Herraiz y De Castro (2013) señalan que el origen y naturaleza de las necesidades básicas es social, puesto que constituyen un requisito indispensable para la plena integración y participación

social. La cobertura de las mismas no es arbitraria, ya que su no cobertura supone un perjuicio para el individuo. No son contingentes ni relativas, no caducan cuando se satisfacen y, aun así, se seguirán necesitando. Tampoco son finitas ni se agotan porque nunca llegan a satisfacerse completamente. El concepto teórico de necesidades sociales permite tomar en consideración tanto los aspectos individuales como estructurales que pueden generar y configurar las situaciones de necesidad social; además, permite integrarlos en la conceptualización de las situaciones sociales concretas.

Se enfatiza dentro de la teoría que fundamenta este proyecto que para poder desarrollar una adecuada adaptación al entorno se deben cumplir tres **necesidades psicológicas** nombradas como básicas que se aplican tanto en la adolescencia como en toda la vida adulta, estas necesidades constan de 3 factores: la competencia (la necesidad de interactuar de forma óptima con el contexto), la autonomía (sentirse capaz de liderar su vida) y las relaciones sociales (deseo de generar una conexión con los demás de manera armoniosa) (Deci y Ryan, 2021).

De la misma forma los autores las definen como una sub teoría en donde convergen el bienestar, la integridad y el crecimiento psicológico, estas están fundamentados en la satisfacción de los factores de necesidad de autonomía (poder vivir de acuerdo a sus deseos y valores), necesidad de competencia (interactuar con los demás de forma íntegra y eficaz, manteniendo el equilibrio en relación con el otro) y necesidad de relaciones interpersonales (necesidad de conexión y vínculos con los demás).

Asimismo, refieren que el concepto de necesidades psicológicas ha recibido menos atención y aceptación a diferencia de propiedades esenciales fisiológicas. En este punto, se hace la aclaración de que las necesidades psicológicas expresadas por parte de los pacientes, deben ser trabajadas en tanto, surgen como detonantes de su padecimiento cardiovascular, así como de su proceso de rehabilitación. Cuando las necesidades son satisfechas, promueven el bienestar tanto a nivel fisiológico como psicológico, pero cuando no se trabajan, pueden desencadenar consecuencias negativas.

Psicología de la Salud

Para Morales (2012) la psicología de la salud es la rama de la psicología que se dedica al estudio de los aspectos subjetivos y de comportamiento que afectan al proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud. La psicología de la salud se interesa por el estudio de aquellos procesos psicológicos que son determinantes en el estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación. Asimismo, discurre sobre las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en los servicios de salud. Contempla diversas acciones para la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y sus secuelas psicológicas, así como, acciones para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de quienes los reciben.

Debemos tomar en cuenta a la promoción de la salud como un eje fundamental, este concepto consiste en desarrollar intervenciones que potencien la práctica de buenas conductas de salud, modificando todas aquellas conductas que resultan destructivas de la misma área (Taylor, 2007). Es importante mencionar que las conductas de salud se entienden como “conductas que adoptan las personas para mejorar o conservar la salud” (Taylor, 2007, p. 47). Aquellas que se consideran como inapropiadas son las que con mucha facilidad vienen en detrimento de la salud, provocando enfermedades.

La Organización Panamericana de la Salud (s.f) señala que la promoción de la salud implica una manera particular de colaborar: se basa en la población, es participativa, es intersectorial, es sensible al contexto y opera en múltiples niveles. Dichas características son claves del presente proyecto aunada con el trabajo grupal y la psico-educación. Es por ello que se comparte un objetivo en común, el de potenciar las buenas prácticas para incrementar el control sobre la salud.

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

El mismo autor señala de igual manera la prevención de la recaída, la cual es estratégica, ya que trabaja en el hecho de que las personas puedan determinar qué situaciones pueden propiciar la recaída y desarrollar habilidades de afrontamiento que les permita gestionar de forma eficiente los eventos estresantes. Basándose en que los sentimientos de autocontrol producen una adherencia exitosa y que contar con estrategias de afrontamiento personales aumenta la sensación de tener las cosas bajo control (Taylor, 2007), el abordaje en estas áreas se torna necesario en la rehabilitación cardíaca, en tanto gran parte del proceso radica en el grado de implicación y compromiso que adquieren las personas insertas en el programa. Tal compromiso se acentúa a medida que avanza el proceso de psicoeducación de las fases del PRC.

Cabe mencionar que la psicoeducación en el amplio panorama interventivo que ofrece la psicología de la salud, según Lemes y Ondere Neto (2017) remite a las herramientas psicológicas y pedagógicas con el fin de enseñar a los pacientes y cuidadores sobre la condición física y/o psíquica, así como su tratamiento. Así que se puede desarrollar un trabajo de prevención y de concienciación sobre la salud. Asimismo, sugiere la práctica de esta técnica en contextos como: cuidados paliativos, enfermedades crónicas, terapia de grupo y salud pública. A partir de los resultados y de la discusión, parece que la psicoeducación es una técnica que tiene aplicaciones en muchas áreas de la salud, que abarca trastornos psicológicos y enfermedades orgánicas. Es por ello que el concepto de psicoeducación se vuelve una técnica invaluable en para el PRC y para aquellas personas que padecen una enfermedad cerebro-cardiovascular.

Se ha evidenciado que conforme avanzan en su proceso de rehabilitación los pacientes cardiopatas aumentan sus conocimientos en torno a su patología y su proceso de adaptación comienza a verse enriquecido por nuevos elementos de regulación emocional que van permitiendo el desarrollo de mayor autonomía y compromiso frente a su salud. El trabajo grupal que ofrece la psicoeducación acerca a las poblaciones a un sentido de pertenencia que les permite vincularse y autorregularse respecto a emociones, vivencias, demandas, temores, recursos, necesidades, se reconocen como entes activos de un proceso que en el grupo adquiere un espacio compartido con muchas más aristas para ser potenciadas. De ahí el aporte que ofrece la Psicología de los grupos y la línea estratégica de apoyo social de los grupos de apoyo.

Principios de la psicología de grupos y los Grupos de Apoyo como herramienta de acompañamiento a la rehabilitación cardíaca

El proyecto busca trabajar la salud desde lo colectivo, por lo que el abordaje de la psicología social y más específicamente la psicología grupal, se torna fundamental. Tratar de darle una sola definición al constructo “grupo” resulta complejo en tanto existen diversas perspectivas que giran en torno al mismo. Sin embargo, Casal et al. 2012 (p.49) definen el grupo desde 3 desde perspectivas que se vinculan, las cuales son, la identidad en el grupo definida como “dos o más individuos que comparten una identificación social de ellos mismos o se perciben a sí mismos como miembros de una categoría social”. Suman a su vez la perspectiva de estructura social de grupo como un “sistema organizado de dos o más individuos que llevan a cabo alguna función, relaciones de rol entre miembros y un conjunto de normas que regulan la función”. E incluyen la variable de interdependencia definiéndose como “un conjunto de personas que interactúan de forma regular, tienen vínculos afectivos, comparten un marco de referencia común y son interdependientes conductualmente”.

Por lo tanto, podemos apreciar que el concepto de grupo abarca diferentes posturas, las cuáles son igualmente importantes, como lo son la identificación al grupo, la organización para regular y llevar a cabo una función, así como la relación interdependiente entre las personas que forman el grupo, esto que se logra apreciar en los grupos de PRC, en donde los pacientes se sienten identificados por su condición de salud pero también hay un nivel de compromiso para lograr rehabilitarse de la mejor manera y dentro de este proceso, se crean vínculos afectivos que pueden propiciar a la adherencia al tratamiento.

En el caso de los grupos de apoyo, éstos se han considerado “uno de los más recientes recursos de apoyo social desarrollados para hacer frente a las secuelas psicológicas y sociales derivadas del diagnóstico y tratamiento de una enfermedad grave y crónica” (Durá y Hernández, 2003, p. 21).

Los grupos de apoyo han sido definidos por Canals (2002) como pequeños grupos formados por personas a las que afecta un problema común, se reúnen de forma voluntaria para una finalidad concreta, con el deseo de cambio personal o social, piensan que sus necesidades no las resuelven las instituciones existentes. El grupo les ofrece la oportunidad de compartir experiencias, conocimientos, fuerzas y esperanzas para afrontar sus conflictos.

Para entender mejor qué es un grupo de apoyo, podemos resaltar sus principales características, según (Rivera, 2003) los grupos de apoyo están formados por un conjunto de personas que se interrelacionan e interactúan entre sí en un espacio colectivo. Reconocen que existe algo en común, como es el caso de los PRC, el padecimiento cardíaco. El grupo puede constar de un número mínimo de dos personas o hasta 20, esto en el caso particular de los PRC. Existe una persona profesional que facilita el proceso de las sesiones tanto de rehabilitación o ejercicios físicos, como en los talleres psico-educativos y la interacción se podría basar tanto en el padecimiento en sí mismo, como en las repercusiones a nivel físico, mental, emocional, social, económico y espiritual que pueda tener la persona por su propia experiencia.

Los grupos de apoyo, por su parte, ofrecen un espacio y un sentido de pertenencia, abren la oportunidad para que las personas se puedan expresar, compartir, además, brinda seguridad de contención a nivel emocional y social entre los participantes.

Entre los beneficios obtenidos por quienes forman parte de este tipo de grupos, Canals (2002) y Durá y Hernández (2003), mencionan:

- Cada persona puede hallar una recuperación integral, al mismo tiempo que ayuda a las y los otros de forma solidaria, igualitaria y recíproca a lograr su propia recuperación.
- Por medio de la tarea realizada las personas son capaces de armonizar y perfeccionar sus capacidades y habilidades.
- Pueden intercambiar experiencias, ideas, sentimientos, opiniones, creencias, de tal manera que lleguen a mejorar su estilo y calidad de vida, al mismo tiempo que las y los demás integrantes lo hacen.
- Favorecen la interacción social frente a frente, responsabiliza a las y los integrantes del grupo por esta interacción.
- Cubren necesidades equivalentes a las de la familia, les brinda la oportunidad de compartir sus experiencias, conocimiento, deseos y esperanzas, para sobrellevar las secuelas y cambios.
- Generan vínculos entre sus integrantes, pues tienen una experiencia en común, produciendo sentimientos de empatía.
- Propician el uso de la denominada “risa curativa o terapéutica” destacando la importancia del sentido del humor para fortalecerlos y contrarrestar lo doloroso de la experiencia en común.

- Brindan la oportunidad, a personas recién diagnosticadas, de conocer a sobrevivientes de la enfermedad, generando esperanzas respecto al futuro ante “la posibilidad de ver a otras personas que en su misma situación han conseguido una calidad de vida íntegra, buenas relaciones de amistad, etc.” (Durá y Hernández, 2003, p.23).
- Posibilitan dar y recibir apoyo ya que en un principio las personas que acuden al grupo necesitan apoyo del resto, pero con el paso del tiempo sienten también la necesidad de proporcionar dicho apoyo a los demás; existen asimismo integrantes cuyo único fin al integrarse en un grupo es proporcionar ayuda a los demás (Durá y Hernández, 2003, p.23).

Adicionalmente, estos grupos ofrecen a sus integrantes “... sus propios modelos para enfrentar con éxito los problemas comunes” (Canals, 2002, p.62), lo que fomenta el desarrollo y habilidades de afrontamiento ante la vida como personas que padecen de una cardiopatía.

Sumado a lo anterior, según Ferrari, Rivera, Morandé y Salido (2000) las aportaciones de los grupos de apoyo en la salud mental han ido en aumento durante las últimas dos décadas, sobre todo en la atención orientada a personas con enfermedades físicas y psicológicas, por esta razón, desde sus orígenes, estas redes de apoyo y ayuda mutua han creado una filosofía que desarrolla, estimula y reconoce el poder de las personas para ayudarse, pero además, para ayudar a otras personas a afrontar sus problemas por sí mismas. De esta forma, tras el grupo de apoyo se trataría de cumplir el paradigma de la autoayuda tomado desde los sistemas profesionales, al cambiar el objeto de intervención de: “persona en necesidad de ayuda” a “persona que puede ayudar”, resignificando la experiencia personal de sufrimiento o rehabilitación en un potencial de ayuda para sí misma y para otros.

El incremento se ha reflejado sobre todo en el campo de la salud mental y física, como lo son los grupos de personas con enfermedades como diabetes o el cáncer [Sánchez Vidal citado por Ferrari et al. (2000)]; los factores que originaron y aún se mantienen vigentes para la creación de estos grupos son: 1- La afiliación social como tendencia básica motivacional del comportamiento humano. 2- Desintegración social y rupturas o cambios en las redes sociales naturales. 3- Por insuficiencias y fallos de los sistemas de ayuda profesional, que no son capaces de responder a las necesidades psicosociales de las personas.

Dicho esto, los grupos de apoyo pueden ser una oportunidad para que, en primera instancia, brinden una contención en caso que alguno de los miembros lo requiera, esto porque son momentos donde las personas puedan abrirse y expresar sus ideas y sentir y el grupo, al tener la misma identificación, en lugar de minimizarlo, más bien le apoye y contenga. En segunda instancia, las personas que, por la razón que fuese, llegaran al PRC, puedan tener y brindar perspectivas de su propia vivencia, a las personas que forman parte del mismo grupo y que quizá no hayan podido tomar en consideración. Esto se nota dentro de los talleres psicoeducativos de los PRC, donde se pueden abrir espacios para que las personas puedan compartir sus pensamientos, su sentir y a su vez, enriquecer o movilizar a otros individuos mediante sus propias experiencias o conductas, siendo los grupos de apoyo una herramienta no solo de contención, sino de aprendizaje.

Aprendizaje Vicario u Observacional como recurso para el desarrollo de conductas autoprotectoras de la salud cardiovascular

El aprendizaje vicario o aprendizaje por observación es un concepto fundamental en los grupos de apoyo, pues deriva en comportamientos que desarrollan los participantes al interactuar con los otros. Bandura (1987) señala que, mediante la observación de la actuación de los demás, los observadores pueden adquirir habilidades cognitivas y nuevos patrones de conducta. El aprendizaje puede consistir en patrones diferentes, criterios de evaluación, competencias cognitivas y reglas generativas de nuevas conductas (Bandura, 1987). Sumado a lo anterior, menciona que los tipos de modelos que prevalezcan en un medio social determinarán en parte las cualidades que serán activadas de forma selectiva, de entre todas las posibles a elegir. La influencia del modelaje puede actuar como instructora, desinhibidora, facilitadora, incrementando los estímulos y activando las emociones (p.71).

Esta técnica consiste en que “el sujeto observe la conducta de un modelo y la imite...” (Olivares & Méndez, 1998, p.193), con el objetivo de aprender nuevas formas para responder a algún estímulo, ampliando el repertorio de respuestas que ya existen para la ejecución de conductas provenientes de un tercero o un colectivo. En el caso de los Programas de Rehabilitación Cardíaca, el modelaje de este tipo se puede apreciar en los pacientes, en diferentes ámbitos e inclusive de maneras sutiles, tanto en las sesiones

psicoeducativas, como de ejercicio, pudiendo potenciar el aprendizaje o bien reforzando conocimiento y conductas mediante el compartir sus vivencias, conocimientos, experiencias y opiniones, asimilándolas y valorándolas.

Es decir, una vez dentro de los PRC, las y los pacientes, dentro de la dinámica grupal, se pueden ir moldeando, según las características propias y únicas tanto de las personas que pertenecen al grupo, como del grupo en su totalidad, en aspectos relacionados con sus emociones, sus vivencias así como del cuidado físico debido a su padecimiento, se podría decir entonces que este moldeamiento por medio del aprendizaje observacional, se da de manera recíproca, tanto a nivel individual como colectivo donde todas y todos aprenden y aportan por y para los demás.

Acerca del manual

Objetivo general

- Potenciar el apoyo psico-social en pacientes de fase II del Programa de Rehabilitación Cardíaca del Centro Nacional de Rehabilitación mediante una propuesta metodológica de grupos de apoyo.

Objetivos específicos

- Propiciar espacios de grupos de apoyo óptimos para la libre expresión y el diálogo de pacientes cardiopatas por medio de actividades y sugerencias de preguntas generadoras para las sesiones propuestas.
- Problematizar con los pacientes, temáticas seleccionadas para grupos de apoyo como agente coadyuvante a su proceso de rehabilitación cardíaca.

¿Cómo usar la Guía?

La guía consta de nueve sesiones temáticas, los temas propuestos se obtienen de la triangulación de la información obtenida, gracias a la colaboración de pacientes cardiopatas que voluntariamente formaron parte del proceso, así como de la debida validación por profesionales expertos en el área de la rehabilitación cardíaca.

Algunas disposiciones generales para la articulación de grupos de apoyo se presentan a continuación

- Cantidad máxima de personas en grupo de apoyo: 12 personas.
- Cantidad mínima de personas en grupo de apoyo: 2 personas.
- Duración máxima de las sesiones: 2 horas.
- Duración mínima de las sesión: 1 hora.
- Se recomienda un espacio para refrigerio compartido.

Sesiones de Grupo de Apoyo

Sesión 1: Cohesión grupal

“Conozca todas las teorías, domine todas las técnicas, pero al tocar un alma humana, sea apenas otra alma humana”.

- Carl Jung

Objetivo:

Promover un espacio de confianza, seguridad y confidencialidad que permita generar un grupo cohesionado que trabaja con una meta en común.

Descripción de Cohesión Grupal:

La primera sesión consiste en la generación de cohesión grupal, para la creación de un espacio óptimo para la expresión de las personas participantes, esta sesión es fundamental para que las personas se sientan cómodas y seguras dentro del espacio de las sesiones, con el fin de que puedan expresar de la manera más libre y sin prejuicios sus sentimientos, emociones y pensamientos a raíz del evento cardiovascular.

La cohesión grupal es un proceso clave para la formación y desarrollo de los equipos de trabajo y en este caso, para los grupos de apoyo. Carron, Brawley y Widmeyer (1998) citados en Picazo et al. (2009) definen la cohesión como un proceso dinámico que se refleja en la tendencia del grupo a mantenerse y permanecer unidos para el logro de los objetivos planteados o bien para la satisfacción a nivel afectivo y emocional de los miembros del grupo. A su vez, el constructo de cohesión grupal está formado por dos enfoques básicos; la cohesión de la tarea, que se refiere al grado con que los miembros del grupo trabajan para alcanzar

los objetivos propuestos; y la cohesión social, que hace referencia al grado de simpatía y disfrute mutuo, de compañerismo que se puede generar en el grupo.

La cohesión grupal dentro de un proceso de grupos de apoyo es necesaria, en tanto, los temas a desarrollar son personales y puede movilizar sentimientos en las personas, por lo que la confianza entre los miembros del grupo se torna de vital importancia para las sesiones, con el fin que las personas puedan expresarse con la mayor libertad posible y poder ofrecer un acompañamiento ante los acontecimientos que surjan.

Guía del taller

Presentación de las personas profesionales facilitadoras del proceso.

- Presentarse ante el grupo es fundamental para generar un clima de confianza, si bien es cierto, las personas facilitadoras solamente guían el proceso, no forman parte del grupo, pero sí están con el grupo, por lo que darse a conocer y mostrarse es importante para que las personas no lleguen a sentirse cohibidas por la presencia de la persona facilitadora.

Encuadre de trabajo:

- Realizar un encuadre de trabajo es necesario para un desarrollo ordenado de las sesiones, el encuadre serían las reglas a cumplir dentro de las sesiones de grupo de apoyo.
- Existen lineamientos básicos que se proponen dentro del encuadre, sin embargo, hay que aclarar que es necesario tomar en cuenta las opiniones y sugerencias de las personas participantes, por esa razón se deja el último punto abierto.

Dentro de los principales lineamientos a considerar dentro del encuadre se encuentran:

- Preguntar al grupo cuáles son sus expectativas individuales y grupales
- Puntualidad.
- Respeto y tolerancia por las y los compañeros.
- No juzgar.
- Evitar aconsejar.
- Orden a la hora de tomar la palabra.
- “Lo que pasa en el grupo, se queda en el grupo”.
- Confidencialidad.
- Reglas propuestas por el grupo.

Actividades Sugeridas:

1- Actividad Rompe Hielo: "2 verdades, 1 mentira."

Tiempo estimado: 15 minutos.

La actividad consiste en que las personas participantes piensen y mencionen 2 verdades de su propia vida, cualquier aspecto que consideren pertinente y 1 "mentira" o información falsa. No deben mencionar cuáles son las verdades y cuál es la mentira. Los demás miembros del grupo deben adivinar cuáles son ciertas y cuál es falsa.

El objetivo de la actividad es que las personas mencionen aspectos de su vida, para ir conociéndose poco a poco y que el ambiente de las sesiones sean menos impersonales.

2- Actividad: Preguntas Generadoras.

Tiempo estimado: 35 Minutos

Este espacio se plantea para que las personas puedan abrirse y comentar de manera libre, las preguntas son una guía, no obstante, el grupo decide cuál es la dirección que puede tomar la sesión, siempre enmarcada en la temática propia de la sesión.

- Presentación personal de las personas integrantes del grupo: Nombre, lugar de residencia, edad. Mencionar un poco su historia de vida.
- ¿Cuál creen que es el objetivo de estos espacios (sesiones de grupos de apoyo)?
- ¿Por qué estoy aquí?

3- Actividad: Cierre de sesión

Tiempo estimado: 10 minutos.

En esta primera sesión se proponen 2 preguntas centrales de cierre:

- ¿Cómo se sintieron y qué se llevan de la primera sesión?
- ¿Qué esperan de las sesiones de grupos de apoyo?

Sesión 2 : Dinámica Familiar

Objetivo:

Problematizar con los y las pacientes el concepto de dinámica familiar y como las enfermedades cerebro-cardiovasculares convergen con esta.

Descripción de Dinámica Familiar:

No hay una definición universal de lo que se considera “Familia” sin embargo, es cierto que es lo que las personas consideran familia, son los principales núcleos de interacción y socialización de las personas. La familia puede constituirse tanto un sostén en relación a la enfermedad, como en un ente obstaculizador para una correcta rehabilitación, por esta razón aclarar la importancia de la familia con respecto al proceso de rehabilitación es necesario. Demarchi et al. (2016) define que “la dinámica familiar es el clima relacional que se establece entre los integrantes de las familias, es móvil y permanece en un equilibrio inestable y complejo”.(p.118)

Si bien es cierto, las personas cardiopatas son las que sufren el evento cardíaco, su familia o grupo cercano se pueden ver afectados de manera indirecta. La forma de reacción de estos grupos puede ser muy variada, y esto a su vez, puede afectar el propio proceso de rehabilitación. Ihnen (2018) menciona que uno de los problemas a los que se puede enfrentar una familia es una enfermedad y los efectos que genera esta en la familia. En relación a los roles y las normas, la enfermedad produce una inversión de roles repentina, reemplazando funciones del miembro enfermo. El afecto se observa en su expresión de este en relación a la enfermedad ya sea negación, esperanza, miedo, ansiedad, rabia, entre otros. Luego se encuentra la comunicación, la cual se construye en torno a la forma de hablar que tienen los miembros de la familia sobre lo que está sucediendo. Finalmente, en cuanto a la imposición o enfermedad, esta se caracteriza según la cultura y el sistema de significados que la familia le entrega a los síntomas.

Actividades Sugeridas:

1- Actividad: Preguntas generadoras

Tiempo estimado: 20 minutos.

Este espacio se plantea para que las personas puedan abrirse y comentar de manera libre, las preguntas son una guía, no obstante, el grupo decide cuál es la dirección que puede agarrar la sesión, siempre enmarcado en la temática propia de la sesión.

- ¿Cómo ha afectado mi padecimiento cardiaco a mi familia y cómo mi familia ha respondido ante el mismo?
- ¿Cómo me he sentido frente a la forma en que mi familia ha reaccionado a mi condición de salud

2- Actividad: Propio concepto de familia.

Tiempo estimado: 20 Minutos

Materiales: Papel y lápiz

En subgrupos con la misma cantidad de participantes, crearán una definición de familia, que seguidamente se expondrán a los demás integrantes del grupo.

Posteriormente, cuando todos los grupos hayan expuesto, se creará una definición general de lo que es una familia para el grupo de apoyo.

3- Actividad: Cierre de sesión

Tiempo estimado: 10 minutos.

El cierre de la sesión variará según los emergentes del grupo en torno al tema de la dinámica familiar, no obstante, es trabajo del profesional facilitador estar al tanto de los mismos. El cierre de esta sesión estará orientado a fortalecer aún más la confianza entre los miembros del grupo.

Sesión 3: Autocuidado

Objetivo:

Fomentar prácticas de autocuidado en pacientes cardiopatas de manera que puedan mejorar tanto física, como mental y socialmente.

Descripción de Autocuidado:

Debido a su condición, las personas cardiopatas, al sobrevivir a su evento y si así lo desean, deben prestar más atención a sus conductas, para propiciar un autocuidado no sólo a nivel físico y en específico a su corazón, sino que además a nivel de salud mental. Si bien es cierto, los Programas de Rehabilitación Cardiovascular (PRC) brindan las herramientas necesarias, las y los pacientes deben ser protagonistas de su proceso.

Podría considerarse el autocuidado como la capacidad de una persona para llevar a cabo actividades necesarias para vivir y sobrevivir; siendo una conducta humana que es aprendida a medida que los individuos se encargan de proteger o mejorar el funcionamiento y desarrollo de sí mismos en ámbitos como físico, psicológico y social (Álvarez, 2006).

Asimismo, Naranjo et al. (2017) describen que el autocuidado es “una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar” (p.4)

El autocuidado, además, está relacionado con la autopercepción, es decir, cómo nos vemos a nosotros mismos, así como el afecto que nos tenemos a para consigo mismo.

Actividades Sugeridas:

1- Actividad: Auto anuncio

Tiempo estimado: 15 minutos

Las personas participantes deben imaginar que saldrán un anuncio de sí mismas en el periódico, en el cual pueden describirse como son, con todas las características que tienes. Es muy importante que piensen en todo lo positivo que tienen como personas y que puedan ofrecer a las demás. Deberán presentarlo para que todos sepan algo que posiblemente no sabían antes.

2- Actividad: Preguntas Generadoras.

Tiempo estimado: 45 minutos

- ¿Cómo era mi estilo de vida antes del evento cardíaco y como es ahora, posterior al evento cardíaco?
- ¿Qué es el autocuidado para ustedes?
- ¿Cuáles prácticas de autocuidado conocen?
- ¿He estado realizando acciones o he realizado acciones para auto cuidarse luego de mi evento cardíaco?
- ¿De qué manera podemos darles continuidad a las prácticas de autocuidado?

3- Actividad: Cierre de sesión

Tiempo estimado: 10 minutos

El cierre de la sesión variará según los emergentes del grupo en torno al tema de Autocuidado, no obstante, es trabajo del profesional facilitador estar al tanto de los mismos. El cierre de esta sesión estaría orientado a reconocer, en caso de ser necesario, la importancia de querernos a nosotros mismos y auto cuidarnos, no solamente a nivel físico, sino a nivel psicológico también.

Sesión 4: Comunicación Asertiva

Objetivo:

Desarrollar el concepto de comunicación asertiva en relación al padecimiento cardiovascular, así como su utilidad en la vida diaria.

Descripción de Comunicación Asertiva:

Esta sesión, a diferencia de las cuatro anteriores, será más dinámica, debido al tema a desarrollar. La comunicación asertiva es una herramienta útil, no solamente para sobrellevar el padecimiento cardíaco, sino, además, para crear mejores relaciones tanto fuera, como dentro de los espacios de rehabilitación y grupos de apoyo.

La comunicación asertiva tiene que ver con la capacidad de expresarse de forma preverbal (proceso anterior a ser formulado con palabras) y verbal, apropiadamente y en correspondencia con la cultura y las situaciones. Un comportamiento asertivo implica un conjunto de pensamientos, sentimientos y acciones que ayudan a la persona a alcanzar sus objetivos personales de forma socialmente aceptable. La comunicación efectiva también se relaciona con la capacidad de solicitar consejo o ayuda en momentos de necesidad (Mantilla, 2002; OMS, 1999 citados en Corrales et al. 2017).

Actividades Sugeridas:

1- Actividad: Evaluación de la comunicación.

Tiempo estimado: 40 minutos.

Materiales: Papel y lápiz.

Se harán varias parejas al azar. Sentadas frente a frente una persona estará dando la espalda a la pizarra teniendo la comodidad para dibujar sobre el papel, pero viendo de frente a su pareja; por su parte, la persona que estará viendo la pizarra, solamente podrá hablar, no puede usar sus manos para dar indicaciones a su pareja.

El ejercicio consiste en que la persona facilitadora dibuje en la pizarra cualquier cosa que quiera, pueden ser figuras geométricas, un paisaje, un objeto, lo que desee, mientras tenga cierto grado de dificultad. La persona que está viendo la pizarra, deberá dar las instrucciones a su pareja para que dibuje exactamente lo mismo que está en la pizarra.

Luego de 10 minutos, se acabará el primer turno. Antes de revelar los dibujos, la persona que dio las indicaciones, deberá dar una nota de 1 al 10 al dibujo que realizó su pareja (esta nota realmente corresponde al grado de comunicación que tuvo ella misma, es decir, se estará autoevaluado), posteriormente, se repetirá el mismo ejercicio, pero cambiando los roles de las parejas.

Luego del ejercicio, se tomará un tiempo para que las personas participantes compartan su experiencia con respecto al mismo y a la comunicación, así como los principales aprendizajes que obtuvieron de la actividad.

2- Actividad: Tips para comunicación asertiva.

Tiempo estimado: 20 minutos.

Se entregarán una serie de “tips” para la comunicación asertiva, en subgrupos, las personas se encargarán de desarrollarlos, a continuación, se presentan los tips básicos para una comunicación asertiva:

- Ser claros.
- Ser concisos.
- Ser honestos.
- Ser coherentes.
- Evitar la agresividad.
- Observar el lenguaje corporal como emisor de mensaje.

Posteriormente, se hará una discusión del desarrollo de los tips a nivel grupal.

3- Actividad: Cierre de sesión

Tiempo estimado: 10 minutos.

El cierre de la sesión variará según los emergentes del grupo en torno al tema de Comunicación asertiva, no obstante, es trabajo del profesional facilitador estar al tanto de los mismos. A continuación, se plantea preguntas tentativas para cierre de esta sesión:

- ¿Qué debo hacer para comunicarme más asertivamente de ahora en adelante?
- ¿Qué he logrado reconocer de mis patrones o estilos de comunicación que podría mejorar de ahora en adelante?
- ¿Cómo la comunicación puede afectar mi propio proceso de rehabilitación?

Sesión 5: Control del Carácter

Objetivo:

Discutir la relación entre la modulación del carácter y la enfermedad cardíaca, tanto en su génesis, como en el desarrollo y en el propio proceso de rehabilitación.

Descripción de Control del Carácter:

Según Martínez (2002) cuando se habla del carácter de una persona, se hace alusión al conjunto de rasgos personales; una estructura que entrelaza los instintos y emociones, los estados de ánimo y los sentimientos de la persona con el contenido de sus percepciones, representaciones, pensamientos, valores y determinaciones en relación a una situación determinada.

Bajo este contexto, se entiende como control del carácter a las reacciones habituales de una persona frente a una situación determinada. Estas reacciones, pueden o no, ser controladas por las personas. Por esa razón, en esta sesión, se explora la modulación de carácter y su vinculación con el padecimiento cardiovascular, así como las posibles afectaciones en otros ámbitos.

Otro concepto a considerar dentro del control del carácter es la autorregulación. La autorregulación es una herramienta para manejar nuestras propias emociones, no hacemos nada si conocemos nuestras emociones y lo que hace que se activen, si no implementamos el control sobre las mismas.

Actividades Sugeridas:

1- Actividad: Preguntas generadoras

Tiempo estimado: 45 minutos.

- ¿Qué entendemos como control del carácter?
- ¿El control de carácter tiene que ver solamente con un aspecto negativo o hay otras emociones que entran en juego?
- ¿Cómo percibo o creo que mi carácter ha afectado mi condición cardíaca?
- ¿Puedo manejar mi carácter o mi carácter me maneja a mí?
- ¿Cuáles acciones puedo hacer para controlar mis emociones en caso de ser necesario?

2- Actividad: Cierre de sesión

Tiempo estimado: 15 minutos.

El cierre de la sesión variará según los emergentes del grupo en torno al tema de Control de carácter. No obstante, es trabajo del profesional facilitador estar al tanto de los mismos. A continuación, se plantea el cierre de esta sesión con un espacio para reflexionar sobre la siguiente frase:

“Enojarse es fácil. Enfadarse con la persona adecuada, en el grado exacto, en el momento oportuno, con el propósito justo y del modo correcto; eso, es difícil”

-Aristóteles

Sesión 6: Depresión

“Aunque nadie puede volver atrás y comenzar de nuevo, cualquiera puede comenzar desde ahora y hacer un final completamente nuevo”

-Carl Brad

Se considera necesario hacer un breve repaso de la sesión anterior, para reforzar el sentido de pertenencia y la cohesión grupal, recabando aspectos tales como el por qué están ahí y los objetivos de las sesiones.

También es importante hacer un repaso del encuadre de trabajo para fortalecer aspectos logísticos y relacionales para las sesiones, esto importante debido que para la presente sesión se va a abarcar un tema que podría ser sensible.

Objetivo:

Brindar un espacio seguro donde se permita abordar el tema de la depresión sin juicios de valor acompañada de información veraz sobre el trastorno.

Descripción del Trastorno de la Depresión:

Hacer una definición de Depresión resulta complejo, puesto que entran múltiples variables a considerar, tanto a nivel biológico, como individual, social, cultural, económico y contextual. No obstante, desde una perspectiva psicológica, la depresión es un síndrome o trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por un conjunto de síntomas tales como tristeza, anhedonia (no experimentar o no querer tener placer), astenia (falta de energía o vitalidad), disminución de la atención y concentración, pérdida de la autoconfianza, pesimismo hacia el presente o futuro, ideación de muerte o suicidio, insomnio, entre otras.

Pereira et al. (2019) señalan que la depresión es una alteración del estado mental que afecta a muchas personas alrededor del mundo. Actualmente este trastorno mental representa una gran carga socioeconómica para todos los estados y se considera la principal causa de discapacidad a nivel global.

Asimismo, la OMS (2017) expresa que la depresión comúnmente está asociada al sentimiento de tristeza, alteración del estado de ánimo y la esperanza, y la ausencia de motivación. Así como también, es la falta de interés por las actividades de ocio acompañado por la incapacidad para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

El trastorno de la depresión es uno de los más expuestos tanto por pacientes cardiopatas como por profesionales en salud en la génesis o desarrollo de los padecimientos cardíacos. Podríamos inferir que hay una relación entre el trastorno de depresión y las enfermedades cardíacas, siendo aquel producto de esta o viceversa, por esta razón es importante, no solamente abarcar el tema, sino tratar de buscar soluciones o perspectivas positivas que actúen como “antídoto” para afrontar la enfermedad cardíaca y su relación con la depresión.

Actividades Sugeridas:**1- Actividad: Imagen Positiva**

Tiempo estimado: 20 minutos.

Antes de iniciar propiamente con el tema de la depresión y cómo pudo haber afectado la génesis y

desarrollo de la enfermedad cardiaca, se considera necesario iniciar con una actividad positiva.

Se recomienda hacer un círculo o rueda con las personas integrantes incluyendo la persona facilitadora. Cada integrante del grupo tomará alrededor de dos minutos para mencionar su nombre nuevamente y expresar conceptos, cualidades, atributos o lo que consideren positivo de sí mismas.

Una vez terminada la actividad anterior, se les mostraran los 4 conceptos de estado de ánimo saludables (Calmado-Activo, Calmado-Cansado, Tenso-Activo y Tenso Cansado) de nuevo los integrantes del grupo tomarán la palabra para decir lo con cuál estado se identifican en este momento, Finalmente se hará una reflexión por parte de la persona facilitadora, de que estas dificultades, si es que se presentan, pueden ser producto de los estados de ánimo que tenemos y como la depresión puede afectar.

2- Actividad: Preguntas generadoras

Tiempo estimado: 30 minutos.

Este espacio se plantea para que las personas puedan abrirse y comentar de manera libre, las preguntas son una guía, no obstante, el grupo decide cuál es la dirección que puede tomar la sesión, siempre enmarcado en la temática propia de la sesión.

- ¿Qué saben de la depresión?
- ¿Cómo creen que la depresión ha afectado su condición cardiaca? O ¿la depresión ha afectado su condición cardiaca?
- ¿Han descubierto algún mecanismo para afrontar la depresión?

3- Actividad: Cierre de sesión

Tiempo estimado: 10 minutos

El cierre de la sesión variará según los emergentes del grupo en torno al tema de la depresión, no obstante, es trabajo del profesional facilitador estar al tanto de los mismos. A continuación, se sugieren preguntas para ser consideradas:

- ¿Qué puedo rescatar de la sesión de hoy?
- ¿Hay algún cambio que deba hacer según lo conversado en esta sesión?

Sesión 7: Nutrición

Objetivo

Indagar sobre la relación entre los hábitos alimentarios, el padecimiento cardíaco y el papel de la ansiedad en el proceso de rehabilitación desde una perspectiva psicológica.

Descripción de Nutrición

La dieta juega un rol importante en el desarrollo de las enfermedades cardíacas. A su vez, las conductas alimentarias pueden verse afectadas por los estados de ánimo de las personas. La nutrición es un tema importante para los pacientes cardíacos, no solamente porque puede ser considerado un factor para la génesis de la enfermedad cardiovascular (siendo un factor de riesgo modificable) sino que, además, como tema importante a nivel social y familiar. Por esta razón, profundizar en lo que representa la comida y la nutrición para las personas cardíacas resulta de suma importancia.

Pereira et al. (2009) señalan que las alteraciones sobre la función cerebral, como la ansiedad y depresión pueden estar ligadas a trastornos alimenticios, como el hambre emocional. Esta alteración psicológica hace referencia a la utilización de comida como una estrategia para afrontar emociones negativas, con un aumento de la ingestión de carbohidratos y azúcar. Asimismo, Silva (2008) menciona que la restricción alimenticia crónica y la sobrealimentación son parte de un mecanismo de regulación de los afectos que emerge en personas con una vulnerabilidad emocional, asociada a un estilo afectivo particular.

Con lo anterior, se puede evidenciar la cercana relación que tienen los hábitos alimenticios, la ansiedad y los estados de vulnerabilidad emocional, por lo que se sugiere hacer énfasis en la profunda problematización en conjunto con los y las pacientes del tema de la ansiedad, el desarrollo de herramientas de afrontamiento y control de la misma, siendo este un factor indiscutible para la ingesta de alimentos perjudiciales para la condición cardíaca.

Actividades Sugeridas:

1- Actividad: Preguntas generadoras:

Tiempo estimado: 40 minutos.

- ¿Cómo se vieron afectados mis hábitos alimenticios en mi condición cardíaca?

- ¿Qué valor le doy a la nutrición en mi proceso de rehabilitación?
- ¿Me ha costado dejar algunos alimentos que son nocivos para mí salud cardiovascular?
- ¿Cómo me hace sentir el tener que hacer cambios de hábitos a raíz del padecimiento cardiovascular?
- ¿Cómo afecta la ansiedad mis hábitos alimenticios?
- ¿Me cuesta controlarme con algunas comidas o productos?

2- Actividad: Cierre de sesión

Tiempo estimado: 30 minutos

El cierre de la sesión variará según los emergentes del grupo en torno al tema de Nutrición. No obstante, es trabajo del profesional facilitador estar al tanto de los mismos. Para el cierre de esta sesión, se puede coordinar una invitación a un profesional en nutrición que aporte al tema a tratar, para reforzar desde su quehacer profesional, abriendo el espacio para que las y los pacientes hagan las preguntas que crean pertinentes.

Sesión 8: Sexualidad

Objetivo

Profundizar en el tema de la Sexualidad en relación al padecimiento cardíaco.

Descripción del tema de Sexualidad

Cuando se habla de sexualidad es necesario aclarar que el concepto es más amplio que solamente las relaciones sexuales íntimas de pareja. Sexualidad es todo lo que se piensa, hace y expresa de manera individual y con las demás personas, según las enseñanzas adquiridas a lo largo de la vida y según el sexo (hombre, mujer). Es un tema fundamental porque está presente de una u otra forma en la vida de todos los seres humanos.

Existen criterios médicos a considerar, relacionados con las relaciones sexuales, no obstante, profundizar en la opinión de las personas es fundamental para el abordaje del tema.

Actividades Sugeridas:

1- Actividad: Preguntas generadoras

Tiempo estimado: 50 minutos

- ¿Cómo ha afectado mi evento cardiaco en mi sexualidad?
- ¿Tengo miedo de mantener relaciones sexuales luego de mi cardiopatía?
- ¿Creo que puedo llevar una vida sexualmente activa luego de mi padecimiento cardiaco?
- ¿Cómo se afectaron mis relaciones con mi pareja, mis hijos e hijas, amistades y familia por el evento cardíaco?

2- Actividad: Cierre de sesión

Tiempo estimado: 30 minutos.

El cierre de la sesión variará según los emergentes del grupo en torno al tema de Sexualidad. No obstante, es trabajo del profesional facilitador estar al tanto de los mismos. Para el cierre de esta sesión, se puede coordinar una invitación a un sexólogo o sexóloga o un médico especialista que aporte al tema a tratar, para reforzar desde su quehacer profesional y aclarando dudas de los pacientes con relación al tema.

Sesión 9: Autoconocimiento

“El que domina a los otros es fuerte; el que se domina a sí mismo es poderoso”

Lao-tsé

Objetivo

Examinar el término “Autoconocimiento” junto con los pacientes y profundizar su relación con respecto al proceso de rehabilitación cardiaca unido al constructo de autoaceptación.

Descripción de tema Autoconocimiento

Al ser esta la última sesión, es de vital importancia hacer un cierre apropiado. A lo largo de las 8 sesiones anteriores, se han abordado temas, los cuáles, como se mencionó al inicio, fueron propuestos tanto por población cardíopata, como por expertos que laboran en los PRC. Este proceso pretende propiciar el autoconocimiento de las personas participantes y a su vez, el objetivo es observar, cuánto se han transformado las personas participantes durante, para que puedan sobrellevar su evento cardiovascular de la manera más sana posible.

Para Lazos (2008) el autoconocimiento es, saber hechos acerca de mí mismo, siempre que sean éstos del tipo relevante, esto es, mental o psicológico, y siempre que nuestro acceso a ellos sea inmediato. Esta definición nos puede dar una guía en relación al tema del autoconocimiento, pero a su vez, este mismo proceso ha propiciado, en cierta parte, que las personas cardiopatas se conozcan así mismas en relación a su evento cardiaco. Conocerse así mismo, podríamos decir, es un proceso de nunca acabar, es una constante, debido que a lo largo de nuestras vidas, siempre vamos a experimentar cambios y esos cambios, a su vez, nos transforman.

Ligado al concepto de autoconocimiento planteado anteriormente, encontramos el concepto de autoaceptación desarrollado principalmente por Albert Ellis (1990), el cual lo explica como la capacidad del individuo para adoptar una actitud de autoaceptación, aceptando las diferentes realidades de su vida, incluyendo los infortunios, por medio del reconocimiento de su propia existencia, sin intentar ignorarlas o desviarlas mediante pensamiento ilusorios, mágicos o supersticiosos.

La autoaceptación sería entonces, parte del autoconocimiento o mejor dicho, del proceso de autoconocimiento, considerando las experiencias que se han vivido y en especial, relacionadas al padecimiento o enfermedad cardiaca.

Actividades Sugeridas:

1- Actividad: Preguntas generadoras

Tiempo estimado: 50 minutos

- Qué es conocerse así mismo o misma?
- ¿Cómo podría conocerme mejor?
- ¿Este proceso ha aportado a conocerme a mí mismo?
- ¿Qué pienso de mí mismo con relación a mi padecimiento cardiaco?
- ¿Cómo creo que he afrontado mi padecimiento o enfermedad cardiaca?

2- Actividad: Cierre de sesión. Carta o dibujo de despedida

Tiempo estimado: 20 minutos

Materiales: Papel y lápices de colores

Se les indicará a las personas, que realicen una carta o dibujo de despedida de las sesiones, considerando lo que sienten hacia el grupo y lo que han aprendido en el desarrollo de los grupos de apoyo.

Se dará un espacio para que las personas que quieran mostrar o comentar lo que hicieron, lo hagan.

Por último, en caso que se considere pertinente, se proponen las siguientes preguntas para la evaluación de los grupos de apoyo:

- ¿Cuánto alcanzaron conocerse y aceptarse en este proceso?
- ¿A cuáles cambios de vida debo comprometerme para tener una mejor calidad de vida?
- A partir de todo lo que aprendí, ¿cómo esto me ayuda a mi proceso de rehabilitación cardíaca?

Se agradece por la participación de las y los pacientes que asistieron a las sesiones y se recomienda que el profesional facilitador haga una devolución de su propio aprendizaje con relación al grupo.

Consideraciones Finales

Debe tomarse en consideración que consolidar la presente guía metodológica, implicó a partir de la información sugerida por los y las participantes, adicionalmente de la correspondiente triangulación de hallazgos y validación por parte profesionales expertos en el área, acudir a nuevas fuentes de consulta y sustento teórico para cristalizar la propuesta de un espacio de co-construcción en torno a elementos constituyentes de la condición cardíaca y del proceso de rehabilitación cardíaca.

La presente guía metodológica busca promover mayor autonomía por parte de los y las pacientes en el proceso de rehabilitación. Además, posteriormente a la conclusión del PRC busca fomentar la adaptación psicológica a su nueva condición de salud y a la implicación emocional en torno a la responsabilidad que le demanda la reincorporación a su cotidianidad como fin último de la rehabilitación.

Bibliografía:

Achury, D., Rodríguez-Colmenares, S. M., Agudelo-Contreras, L. A., Hoyos-Segura, J. R., & Acuña-Español, J. A. (2011) Calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asiste al programa de rehabilitación cardiaca. *Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo*, 13(2), 49-74.

Álvarez, L. (2006). Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado. *Avances En Enfermería*, 24(2), 91-98. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35969/37129>

Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción: Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.

Canals, J. (2002) El regreso de la reciprocidad: Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en la crisis del Estado del Bienestar. Tesis doctoral Universitat Rovira I Virgili, Tarragona: España.

Casal, C. H., Alonso, F. M., Jiménez, Á. G., Domínguez, J. F. M., Falomir-Pichastor, J. M., Steward, E. G., & Berrocal, C. G. (2012). *Psicología de los grupos*. UNED-Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Corrales, A.; Quijano, N. K. y Góngora, E. A. (2017). Empatía, comunicación asertiva y seguimiento de normas. Un programa para desarrollar habilidades para la vida . *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(1), 58-65.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2012). Self-determination Theory. En P. A. M. Van Lange, A. W. Kruglanski, & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of Theories of Social Psychology* (pp.416-437). doi: 10.4135/9781446201022

Demarchi Sánchez, G., Aguirre Londoño, M., Yela Lozano, N., & Viveros Chavarria, E. (2016). Sobre la dinámica familiar. Revisión documental. *CULTURA EDUCACIÓN Y SOCIEDAD*, 6(2). Recuperado a partir de <https://revistascientificas.cuc.edu.co/culturaeducacionysociedad/article/view/1049>

Durá, E. y Hernández, S. (2003). Los grupos de auto-ayuda como apoyo social en el cáncer de mama. Las asociaciones de mujeres mastectomizadas en España. *Boletín de Psicología [En línea]*, N°78. 21-39 <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N78-2.pdf>

Ellis, A. Grieger, R. (1990). Terapia racional-emotivo en Grupo. en R. Wessler (Ed.), *Manual de Terapia Racional-Emotiva* (Vol. 2, pp.311-330).

Ferrari, L. Rivera, A. Moradén, G. y Salido, G. (2000). Las aportaciones de los grupos de autoayuda a la salud mental. *Clínica y Salud*, 11(2). 231-256.

Herráiz, E. D., & De Castro, P. F. (2013). Conceptualización del diagnóstico en Trabajo Social: necesidades sociales básicas. *Cuadernos de trabajo social*, 26(2), 431-443.

Hutt Centeno, E., & Salas Segura, J. (2015). *Rehabilitación cardíaca para el médico general*.

Ihnen, M. J. (2018). Vivencias de las mujeres sobre la dinámica familiar en relación a la enfermedad cardiovascular vivida por su pareja. *Revista Sul-Americana De Psicología*, 6(1), 127-156. Recuperado a partir de <http://190.96.76.12/index.php/RSAP/article/view/1709>

Instituto Nacional de Estadística y Censo - Unidad Información Estadística Ministerio de Salud (2019) 2019- Estadísticas demográficas. 2019. Boletín de indicadores demográficos. Datos preliminares. Recuperado de <https://www.inec.cr/poblacion/temas-especiales-de-poblacion>

Lazos, E. (2008), "Autoconocimiento: una idea tensa", *Diánoia*, Vol. 50(61), 169-188.

Lemes, Carina Belomé, & Ondere Neto, Jorge. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicologia*, 25, 17-28. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-02>

Maroto, J. (2009) *Rehabilitación Cardíaca*. España. Sociedad Española de Cardiología Grupo Acción Médica.

Martínez, A. (2002). Temperamento, carácter, personalidad. Una aproximación a su concepto e interacción. *Revista Complutense de Educación*, Vol. 13(2), 617-643

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN). (s.f). *Caja Costarricense del Seguro Social*. Recuperado de: https://www.mideplan.go.cr/pnd-1998-2002/actores/sector_publico/ccss/pndcaja.htm

Morales, F. (2012). Psicología de la Salud. Realizaciones e interrogantes tras cuatro décadas de desarrollo. *Psiciencia*. *Revista latinoamericana de ciencia psicológica*. 4(2). 98-104. Doi: 10.5872/psiciencia/4.2.71

Morera Morera, N. Pérez Ramírez, C. Ulate Herrera, E. (2011) *Apoyo psicosocial para sobrevivientes de cáncer experiencias en la coordinación y formación de multiplicadores de grupos de apoyo mutuo*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional. Costa Rica.

Naranjo Hernandez, Y., Concepción Pacheco, J., Rodríguez Larreynaga, M.(2017) *La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem*. *Gaceta Médica Espirituana*. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77397>

Olivares, J. Méndez, F. (1998) *Psicología. Técnicas de modificación de conducta*. Editorial Biblioteca Nueva. España.

Organización Mundial de la Salud (2017) *Enfermedades Cardiovasculares*. Recuperado del enlace:[https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Pereira-Rodríguez, Javier E., Velásquez-Badillo, Ximena, Peñaranda-Florez, Devi G., Pereira-Rodríguez, Ricardo, Quintero-Gómez, Juan C., Durán-Sánchez, Rogelio, & Solorzano, Alejandro. (2019). Depresión y ansiedad y su relación con el perfil antropométrico de los pacientes en rehabilitación cardíaca fases I y II. *CorSalud*, 11(4), 287-295. Epub 01 de diciembre de 2019. Recuperado en 03 de diciembre de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2078-71702019000400287&lng=es&tlng=es.

Picazo, C. Ana Zornoza, A. Peiró, J. (2003). *Psicothema*, 21(2), 274-279. <http://www.psicothema.com/pdf/3626.pdf>

Rivera, S. (2003). *Manual para realizar grupos de apoyo con mujeres sobrevivientes de violencia doméstica*. Tegucigalpa: Litografía López.

Silva, C. & Agudelo, D. (2011) Creencias sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento como predictores de la calidad de vida en pacientes en rehabilitación cardiovascular. *Acta colombiana de psicología*, 14(1), 47-60.

Silva, J. R. (2008). Sobrealimentación inducida por la ansiedad, Parte II: un marco de referencia neurocientífico para el desarrollo de técnicas psicoterapéuticas y programas de prevención. *Terapia psicológica*, 26(1), 99-115.

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

