

Universidad Nacional de Costa Rica

Facultad de Ciencias Sociales

Escuela de Psicología

Trabajo Final de Graduación para optar por el Grado de Licenciatura en Psicología:

Características socioemocionales de un grupo de pacientes en Rehabilitación Cardíaca, egresados y egresadas de la Fase Intrahospitalaria, en relación con su vivencia de la enfermedad cardiovascular.

Sustentantes:

Ariel Alexandra Guzmán Chaverri

Montserrat Melissa Valerio Morera

Tutora: M. Sc. María Gabriela Chaves Vindas

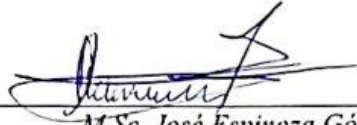
Lectoras:

M. Sc. Teresita Campos Vargas

M.Ed. Marcela Ríos Reyes


Agosto, 2025

Miembros del tribunal examinador



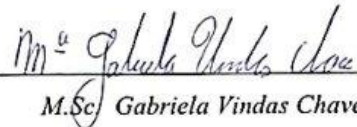
M.Sc. José Espinoza Góngora

Representante del Decanato de la Facultad de Ciencias Sociales



M.Ps Mayela Rodríguez Escalante

Representante de la Escuela de Psicología



M.Sc. Gabriela Vindas Chaves

Tutora



M.Sc. Teresita Campos Vargas

Lectora




M.Ed. Marcela Ríos Reyes

Lectora



Ariel Guzmán Chaverri

Sustentante



Monserrat Valerio Morera

Sustentante

Trabajo Final de Graduación sometido a consideración del Tribunal Examinador para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Cumple con los requisitos establecidos por el Reglamento de Trabajos Finales de Graduación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional.

Agradecimientos

Mi agradecimiento se dirige hacia aquellas personas que nos han ayudado a lo largo de este camino y que sin su apoyo incondicional durante estos años no lo habríamos logrado, a Bella por sus infinitas noches en vela a mi lado. A Tita que fue mi acompañante en esta aventura, cuya vida fue y seguirá siendo mi mayor fuente de motivación, la cual sé que hubiera estado orgullosa de este gran logro y a la cual le tengo una gratitud inmensa por todos los años compartidos y por darme aliento en todos aquellos momentos donde la carga se sentía especialmente pesada.

A Tere y a Gaby por confiar en nosotras durante tantos años y acompañarnos en este proceso mientras nos instruían a ser mejores profesionales, su orientación y apoyo fueron determinantes no solamente durante este trabajo, sino que durante toda nuestra carrera; a ustedes les voy a estar eternamente agradecida por las oportunidades ofrecidas a lo largo de este proceso.

A los participantes y programas de rehabilitación que con una gran valentía y generosidad abrieron sus puertas y corazones para compartir sus historias de vida y que sin los cuales este estudio no habría sido posible, de todo corazón gracias; y a mi compañera de tesis por aceptar realizar este difícil reto juntas. Este trabajo está dedicado a ustedes, quienes han sido el sostén en cada paso de este proceso.

Monserrat Valerio

Agradecimientos

Detrás de los finales se esconden cientos de pequeñas victorias y frustraciones que hicieron posible llegar hasta aquí. Por eso, agradezco al Señor y a María Santísima por las oportunidades y la fortaleza.

A mi Mamá, quien desde su incomparable amor me acompañó en muchas de esas situaciones, le agradezco su apoyo, su paciencia y, sobre todo, su inquebrantable confianza y esperanza en mí, y su sonrisa, que siempre fue motor de mi motivación y resiliencia.

También agradezco a mi Papá por su apoyo en todas mis decisiones académicas y profesionales, y por enseñarme el valor de la perseverancia y el trabajo duro. A Pucky, por su leal compañía, que—como en todas las etapas de mi vida—me ofreció también durante mi trayectoria universitaria. Así como a Teresita, Gabriela y Monserrat, por el espacio seguro que construyeron a mi alrededor, en el que me compartieron sus conocimientos y su esfuerzo.

Finalmente, agradezco a mi Abuela, quien portó la patología cardíaca con admirable valentía hasta el final, y a quién veo reflejada en cada paciente de rehabilitación cardíaca que con la misma fortaleza nos comparte su vida. Al concluir el proceso de la tesis, guardo la esperanza de que, entre el júbilo del cielo, ella perciba que este esfuerzo no es más que mi humilde forma de honrar su corazón y su vida.

Ariel Guzmán

Resumen

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen una de las principales causas de mortalidad y discapacidad a nivel mundial, representando un desafío para la salud pública en Costa Rica. Por eso, esta investigación se propuso analizar la vivencia de dichas patologías en relación con las características socioemocionales de pacientes egresadas y egresados de procesos de hospitalización por causa de ECV, pertenecientes al Programa de Rehabilitación Cardíaca de la CIEMHCAVI de la Universidad Nacional de Costa Rica.

Para efectos de la comprensión de este documento, se utiliza el término “Fase Intrahospitalaria” para referirse al proceso de hospitalización o internamiento, tras un evento cardiovascular, y no a la Fase I del proceso de Rehabilitación Cardíaca, ya que esta última no está suficientemente desarrollada ni accesible en el país.

Bajo el enfoque cualitativo y fenomenológico, se recolectaron datos mediante seis entrevistas semiestructuradas y un grupo focal, y se analizaron mediante una triangulación centrada en categorías de distintas características socioemocionales. Los resultados revelan que la vivencia de las ECV está marcada por procesos emocionales como ansiedad, depresión, estrés, y procesos de duelo, así como por el impacto de las características sociales (como la condición socioeconómica, la espiritualidad, y la relación médico - paciente) en el proceso tanto de hospitalización como posterior al egreso.

Abstract

Cardiovascular diseases (CVD) are among the leading causes of mortality and disability worldwide, posing a challenge to public health in Costa Rica. This study aimed to analyze the lived experience of CVD in relation to the socio-emotional characteristics of patients discharged from hospitalization due to cardiovascular events, who were participants in the Cardiac Rehabilitation Program at CIEMHCAVI of the National University of Costa Rica.

For the purposes of this document, the term "Intrahospital Phase" refers to the hospitalization or inpatient process following a cardiovascular event, and not to Phase I of the Cardiac Rehabilitation Process, as the latter is neither sufficiently developed nor accessible in the country.

Using a qualitative, phenomenological approach, data was collected through six semi-structured interviews and one focus group and analyzed through triangulation based on various socio-emotional categories. The results reveal that the experience of CVD is shaped by emotional processes such as anxiety, depression, stress, and grief, as well as by the impact of social factors—including socioeconomic status, spirituality, and the doctor-patient relationship—during both hospitalization and the period following discharge.

Índice

CAPÍTULO I: El Problema y su Importancia	1
1.1 Justificación	1
1.2 Antecedentes	6
1.3 Problema de Investigación	11
1.4 Objetivos.....	13
1.4.1 Objetivo General.....	13
1.4.2 Objetivos Específicos	13
CAPÍTULO II: Marco Teórico	14
2.1 Proceso de Rehabilitación Cardíaca	14
2.1.1 Fases y Objetivos del Programa	14
2.2 Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV)	16
2.3 Características Emocionales	18
2.3.1. Ansiedad	18
2.3.2 Estrés	19
2.2.3 Depresión.....	21
2.3.4 Tipos de Personalidad.....	22
2.3.5 Procesos de Duelo	24
2.4 Características sociales	25
2.4.1 Contexto Inmediato al período de hospitalización	25
2.4.2 Redes de Apoyo	26
2.4.3 Ámbito Familiar	28
2.4.4 Ámbito Laboral	29
2.4.5 Relación Médico Paciente	30

2.5	Enfoque teórico.....	32
2.5.1	Psicología de la Salud.....	32
2.5.2	Modelo de Creencias en Salud	33
2.5.3	Modelo Cognitivo.....	41
CAPÍTULO III: Metodología.....		42
3.1	Enfoque y diseño de investigación	42
3.2	Procedimiento para la selección de participantes	43
3.2.1	Criterios de Inclusión / Exclusión	44
3.3	Técnicas para recolección de datos o información.....	45
3.3.1	Entrevista semiestructurada.....	45
3.3.2	Grupo focal	45
3.4	Técnicas para la sistematización y análisis de la información	45
3.5	Criterios para garantizar la calidad de la información.....	48
3.6	Consideraciones éticas para la protección de los participantes de la investigación.....	48
CAPÍTULO IV: Análisis De Resultados		50
5.1	Ansiedad	50
5.2	Depresión.....	52
5.3	Estrés	55
5.4	Tipos de Personalidad.....	57
5.5	Redes de apoyo.....	59
5.6	Respuesta Familiar	59
5.7	Ámbito laboral.....	60
5.8	Creencias en Salud.....	61
5.9	Vivencia de la patología	64

5.10 Relación Médico Paciente	68
5.11 Espiritualidad.....	70
5.12 Situación Económica	72
CAPÍTULO V: Conclusiones y Recomendaciones	75
Conclusiones.....	75
Recomendaciones	80
Referencias	83
Anexos	102
Anexo 1: Procedimientos para el desarrollo de la investigación.....	102
Anexo 2: Consentimiento Informado	103
Anexo 3: Guía de Entrevista Semi Estructurada	107
Anexo 4: Guía de Grupo focal.....	111

CAPÍTULO I: El Problema y su Importancia

1.1 Justificación

La presente investigación se plantea bajo el marco de acción de la Psicología de la Salud, y está orientada al reconocimiento y al análisis de características tanto emocionales como sociales de pacientes egresados y egresadas del proceso intrahospitalario que participan en el programa de Rehabilitación Cardíaca de la Escuela de Ciencias del Movimiento Humano y Calidad de Vida (CIEMHCAVI) de la Universidad Nacional de Costa Rica, por su condición de salud cardíaca.

Según datos estadísticos del Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021), las enfermedades cardiovasculares (ECV) se destacan entre las principales causas de mortalidad en el mundo, pues solamente en 2019 murieron por dicha causa 17,9 millones de personas; lo que representa un 32% de las muertes a nivel mundial, y un 38% de las muertes prematuras causadas por enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), las cuáles, en más de tres cuartas partes ocurrieron en países de ingresos bajos y medios.

Costa Rica no se encuentra exenta de esta realidad, puesto que en la epidemiología nacional las ECV tienen una prevalencia alarmante. Jiménez (2018) expone que en el Primer Foro de Farmacia de la Universidad de Costa Rica en 2018; las ECV y específicamente las cardiopatías isquémicas fueron posicionadas entre las enfermedades que más causan muertes en Costa Rica.

Dicha información concuerda con estadísticas más recientes del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (2023), en donde se presenta que en 2023 ocurrieron 1962 defunciones por infarto al miocardio, 465 por enfermedad isquémica del corazón, 434 por enfermedad aterosclerótica del corazón, 223 por enfermedad cardíaca hipertensiva sin insuficiencia cardíaca, y 241 por enfermedad cardíaca hipertensiva con insuficiencia cardíaca, por mencionar solamente algunas, ubicando a este grupo de enfermedades dentro de las primeras causas de muerte en costarricenses, como por ejemplo, a la enfermedad

isquémica del corazón como primera causa de muerte en personas de 65 años o más, y como tercera causa en personas de 15 a 64 años.

Partiendo de esto, se reconoce que dichas enfermedades representan un problema para la salud pública costarricense, en la inmediatez y a largo plazo, puesto que los estudios de evolución de la mortalidad propuestos por Rayo (2013) en el Informe Estado de la Nación, señalan que se espera que las muertes por infarto agudo al miocardio aumenten en un 17,5% durante el lapso de 2013 a 2030. De igual manera, la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) invierte según Faba (2016) aproximadamente ₡2.785 millones al año para el tratamiento farmacológico de las enfermedades cardiovasculares; y, que el costo por hospitalización de un paciente que sufrió algún evento cardiovascular se estima en aproximadamente ₡250.000 al día.

Ante esta coyuntura mundial y nacional, la CCSS según Solís (2017) realiza distintos esfuerzos en el proceso de rehabilitación y en el proceso de prevención de las ECV, así como en la promoción de estilos de vida saludables y de conductas cardioprotectoras, desde los Programas de Rehabilitación Cardíaca (PRC) que están conformados por la Fase I o fase hospitalaria en dónde se estabiliza al paciente, la Fase II en la que los y las pacientes en conjunto con un equipo interdisciplinario (con profesionales de cardiología, enfermería, psicología, fisioterapia y nutrición) desarrollan un programa de ejercicio para el control de factores de riesgo y también, participan en un acompañamiento psicológico (por medio la psicoeducación); y la Fase III en que se monitorea la adherencia al tratamiento farmacológico y a las recomendaciones médicas.

A este esfuerzo se une de manera complementaria, desde la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional, la actividad académica integrada: APPSPENTO: Acompañamiento Psicológico en Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades No Transmisibles y Obesidad, el cual, surge de la experiencia derivada de los proyectos: “UNA Intervención Psicológica en Rehabilitación Cardíaca” (2014-2016, 2017-2019), y “Promoviendo la Salud Cardiovascular: de la intrahospitalario a lo comunitario” (2019-2023), los cuáles, según Campos y Vindas (2019), fueron una estrategia de atención que abogó por “[...] un ejercicio interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial orientado a mejorar niveles de salud y

calidad de vida, desde el acompañamiento a poblaciones portadoras de la enfermedad cardíaca” (p.2).

Dentro de dichos proyectos fue que se construyó la presente propuesta para trabajo final de graduación, la cual se enmarca actualmente en la actividad APPSPENTO, en vías de contribuir a la atención de la población cardiópata costarricense y a la prevención de las ECV, mediante los distintos PRC, frente a las altas tasas de mortalidad y de pérdida de años productivos que producen estas enfermedades, según las estadísticas presentadas anteriormente.

Ahora bien, se considera que la intervención de la psicología es fundamental si se quiere una atención integral de las ECV, puesto que, existen distintos estudios desde las ciencias médicas y la psicología de la salud, que señalan la presencia de características emocionales como factores de riesgo psicológico en la población cardiópata, como por ejemplo, el estrés, la ansiedad y la depresión; que son 3 estados emocionales que precipitan la aparición de la enfermedad y a su vez, la enfermedad misma los genera, obstaculizando los procesos de recuperación y deteriorando la calidad de vida, así como promoviendo creencias en salud que conducen a conductas no saludables (Larrianga y Hernández, 2016).

Así mismo, se reconoce que la presencia de características sociales como los estilos de vida no saludables en cuanto a: alimentación, sedentarismo y factores laborales (Barrera et al., 2015) así como con el apoyo familiar y social que se recibe; tienen que ver con la aparición de la enfermedad, la vivencia de esta; y la adherencia a los PRC. (Varela, 2011).

A pesar de que estas características socioemocionales se han determinado como factores de atención en la enfermedad cardiovascular, la información encontrada presenta que solamente han sido estudiados en población de Fase II y Fase III de los PRC, dejando entonces lo que Faba (2016) describe como un vacío, teórico y práctico, sobre el abordaje de dichos factores en la población de Fase I, o fase intrahospitalaria, es decir, durante el proceso de hospitalización. Esta falta de intervención y de estudios psicológicos es preocupante, puesto que Araya y Trejos (2014) señalan que la Fase I está -o debería estar- orientada a “identificar y modificar los factores de riesgo coronario y crear una actitud positiva que motive al paciente a adquirir un compromiso a largo plazo con su salud” (p.3).

Sin embargo, en nuestro país se ha dejado de lado asumir que como parte de esta fase se deben implementar acciones o estrategias para reducir o contener las condiciones emocionales que con frecuencia acompañan a los y las pacientes, para la mejoría de su salud y la prevención de nuevas complicaciones, en tanto que también inciden en la forma de percibir la nueva condición de salud y de posicionarse como entes activos en el proceso de rehabilitación.

En otros países como Cuba y España, se reconoce la importancia de la pronta intervención psicológica en los PRC. Por ejemplo, Rodríguez (2019) expresa que la Fase Intrahospitalaria en las ECV ofrece una oportunidad elemental para el comienzo de la prevención secundaria, así como para el alcance de la estabilidad clínica de las y los pacientes, y por eso, plantea que el intervencionismo psicológico en esta fase puede favorecer la modificación de conductas de riesgo, al control de las emociones, la práctica de estrategias de autocuidado y la participación de la familia en el proceso de rehabilitación, así como la mejoría de la calidad asistencial de estas personas, teniendo repercusiones positivas en variables fisiológicas como la respuesta respiratoria, la tensión arterial y la frecuencia cardíaca. De forma similar, Valls (2020) resalta la contribución beneficiosa que la intervención psicológica puede ofrecer a dicha fase, pues el tiempo de demora entre el egreso y el comienzo de los PRC suele ser diferente en cada caso, y, por ende, acompañar a las y los pacientes desde la psicología mejoraría significativamente rasgos de depresión, ira, ansiedad, y percepción de la calidad de vida.

Además de este acompañamiento, el ahondar en las creencias en Salud de los participantes y en sí de la percepción de su condición nos puede permitir no solamente hacernos una imagen del estado tanto emocional como psicológico de los pacientes una vez finalizada la hospitalización, sino que de alguna manera se puede abordar aquellos factores que les limitan en su proceso de recuperación entendiendo de dónde vienen estas creencias y como esto en lugar de afectarles, permita potenciar los beneficios en la intervención psicológica en las subsecuentes etapas; todo esto teniendo en cuenta que estas percepciones no solamente se aplican a sí mismos o al programa, sino que a todo su círculo socioemocional que como hemos comentado influye en los pacientes. Entonces, esta falta de investigaciones

nacionales en el ámbito psicológico de la Fase I evidencia la importancia de intervención e investigación en dicho espacio.

Se considera que, identificar las características socioemocionales que pueden convertirse en factores de riesgo para las y los pacientes, permite visibilizar posibles necesidades de atención psicológica durante esta fase, y así, como plantea Rodríguez (2008); realizar una intervención durante el período hospitalario podrá contribuir al desarrollo de conductas cardioprotectoras por parte de quienes portan las ECV, logrando mayor estabilidad clínica y mejor calidad de vida.

Es por esto que, se propone una investigación con pacientes egresados del proceso de hospitalización debido a un evento o diagnóstico de enfermedad cerebro cardiovascular, de manera que se pueda contextualizar su estadía hospitalaria y su visión de la patología; para profundizar en posibles características socioemocionales presentes en su historia de vida, que pudieron haber experimentado previamente al evento cardiovascular o al diagnóstico de la enfermedad y así, se plantea que el reconocimiento y análisis de estos factores de riesgo psicológico puede ser un precedente para intervenciones futuras, para que se establezcan aspectos a tratar de manera más específica en intervenciones concretas en los hospitales de nuestro país, de manera que le permitan a los y las pacientes adaptarse a su condición de salud y prepararse para los retos que van a enfrentar en las Fases II y III del PRC, y a su vez, contribuir a la promoción de la salud cardiovascular de la población.

Cabe mencionar que, esta propuesta de trabajo final de graduación se enmarca en la Psicología de la Salud, la cual es definida por Matarazzo (1980) como:

El conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad, a la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, a la mejora del sistema sanitario y a la formación de una política sanitaria. (p. 815)

Se entiende a la Psicología de la Salud entonces como un campo de acción; que propone una lectura psicosocial del fenómeno salud - enfermedad, aproximándose entonces a las ECV no solo desde la atención terciaria de la rehabilitación cardíaca sino desde un nivel

de atención preventivo, puesto que se busca disminuir el impacto de las patologías en la vida de quienes las portan, y también, a nivel salutogénico desde la promoción de conductas protectoras. Además, dentro de la Psicología de la Salud consideramos a la Psicocardiología como marco de referencia; al abogar por los procesos psicoeducativos de la población cardiópata. Y, al ser parte de la actividad académica APSSPENTO, esta propuesta se reconoce como un acercamiento pionero al diagnóstico de la población de Fase I, que parte de los principios humanistas que caracterizan a la Universidad Nacional de Costa Rica como la Universidad Necesaria; orientada a la extensión y al compromiso social.

En síntesis, ante la prevalencia de las ECV en el mundo y en Costa Rica y la falta de intervenciones en la Fase I de los PRC, este trabajo se va a enfocar en estas características socioemocionales presentes en pacientes participantes del Centro de Rehabilitación Cardíaca de la CIEMHCAVI, desde la Psicocardiología como rama de la Psicología de la Salud; con el fin de contribuir a la atención de esta población, aportando así al trabajo interdisciplinario que busca la prevención de las ECV y la promoción de conductas cardioprotectoras; así como a la psicocardiología en Costa Rica, en tanto que la psicología en el ámbito de la salud parte de teorías y constructos y a la vez los revisa y modifica, lo que conduce según Reyes (2011) a la mejora de las intervenciones según contextos y poblaciones específicas.

1.2 Antecedentes

El trabajo de las Unidades de Rehabilitación Cardíaca y el problema de salud colectiva que constituyen las ECV ha generado que en los últimos años se desarrollen estudios desde o la enfermería, la medicina, y la psicología, constituyendo así un campo de acción multidisciplinario que tiene como fin la prevención de esta condición de salud; lo que resulta vital en el proceso de atención, pues Cano et al. (2012) comentan que la prevención de esta patología es la herramienta más eficaz y eficiente con la que los sectores de cardiología — y por ende, los PRC — pueden contar.

Con base en las investigaciones previas encontradas, se identificaron estudios relacionados a las características emocionales de la población cardiópata, principalmente durante las Fases II y III del PRC, sin embargo, también se encontró que los estados de ansiedad y depresión se pueden presentar antes, durante, y después del proceso de hospitalización (Fase 1). Sobre esto, se encontró que gran parte de los y las pacientes

pertenecientes al área de cardiología durante su estadía hospitalaria mantenían síntomas depresivos tanto leves como agudos en relación con los porcentajes de estrés y ansiedad. (Preciado, Trujillo y Rojas, 2018; Grau et al., 2017; Del Río et al., 2011).

Los estudios apuntan a que la ansiedad en pacientes hospitalizados (en población general) suele manifestarse en fobias específicas y que existe una relación significativa entre esta y el género, pues las mujeres tienden a mostrar mayores niveles de ansiedad (26,1%) en contraste con los hombres (12,8%) y también; que se mantiene una asociación entre ansiedad y depresión (Hernández et al., 2005). Se encontró además que la ansiedad en pacientes hospitalizados suele asociarse a pensamientos distorsionados y a la carga somática - motivacional que experimentan (Muñoz et al., 2019), y, tanto la ansiedad como la depresión suelen prevalecer durante el ingreso hospitalario; con una tendencia a reducir de manera estadísticamente significativa después del alta (Costas, Prado y Crespo, 2013).

Así mismo, la depresión y la ansiedad se consideran factores de riesgo independiente para las ECV, y aunque estas pueden presentarse antes del diagnóstico y de la hospitalización, son determinantes en dichos procesos pues las personas que manifiestan sintomatología depresiva y ansiosa tienen recuperaciones más lentas y suelen presentar más arritmias después del evento cardíaco (Faba, 2016). Sobre esto, se encontró que un porcentaje de la población participante en unidades de Rehabilitación Cardíaca durante las Fases II y III manifiesta ansiedad, sintomatología depresiva, y hostilidad; y que, además, han experimentado acontecimientos desencadenantes previos al evento cardiovascular como: pérdida de familiares, separaciones de pareja, enfermedades de familiares, exigencias laborales o despidos, y ausencia de redes de apoyo familiar y social. Y, dentro de estos acontecimientos, se destacan también la vivencia de pérdidas en procesos de duelo, por lo que estos también pueden considerarse un factor de riesgo psicológico previo al diagnóstico de una ECV. (Orellano, 2015.; Aristizábal y Troncoso, 2006., Jurkiewicz y Romano, 2009).

También se encontró que el estrés que experimentan las personas con ECV puede causar isquemias miocárdicas por el espasmo producido en las arterias y el aumento de agregación plaquetaria, y que en pacientes hospitalizados con cardiopatías suele variar en relación con las estrategias de afrontamiento (García y Ramírez, 2019). Por tanto, las investigaciones consultadas apuntan a que existe una relación entre depresión, ansiedad, y

estrés, con las ECV (Cuartas et al., 2008, Varela, 2011) y con la asociación negativa de la calidad de vida en la población que la porta (García y Ramírez 2019).

Otras características emocionales de la población cardiópata son el patrón de personalidad tipo A, la ira, el deseo de afiliación. En primer lugar, el patrón de personalidad tipo A y la exteriorización de la ira son rasgos propios de una parte de la población que junto con la baja percepción de apoyo social se asocian con el avance de las ECV. Y, por otro lado, el deseo de establecer relaciones afectivas resulta una variable protectora ante la enfermedad. (Reyes et al., 2016, Moyano et al., 2011). Se encontró que también la hostilidad puede presentarse y es además un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) por su impacto a nivel cardíaco y neuroendocrino y por su relación con hábitos de vida malsanos relacionados con el escaso sueño y la alimentación no saludable, considerándose propia en algunos casos del patrón de Conducta Tipo A, que suele venir acompañada de características como la irritabilidad y el negativismo. (Portables et al., 2015).

En lo que a las ideas y percepciones de las personas con ECV respecta, se encontró que estas pueden cambiar dependiendo del tipo de padecimiento de cada paciente, pero por lo general, se suelen presentar crisis ante la nueva condición de salud. Las ideas pragmáticas de los y las pacientes acerca de los tratamientos médicos y de sus propias capacidades tienen que ver en la adherencia o el rechazo al tratamiento, y las ideas concretas enfocadas en la sintomatología física, la evolución percibida, y los síntomas somato - emocionales suelen influir en los juicios acerca del impacto que tiene la patología en sus vidas (Pires, 2014).

Además, estas personas suelen presentar sentimientos de amenaza de muerte y miedo a esta, así como a la reinserción laboral, a la actividad física, a la recaída, al dolor, a los cambios familiares y laborales que pueden experimentar a causa de sus limitaciones, así como preocupación por la familia; y la idea de que la cardiopatía es un desequilibrio biográfico que puede ser consecuencia del envejecimiento o de hábitos malsanos durante la vida (lo que suele generar culpa), y también la idea de que una actitud optimista puede combatir la depresión y permitirles el sobreponerse, así como una percepción de riesgo que no suele coincidir con su riesgo real. (Valle, 2015., Gómez et al., 2012)

En relación con la estadía hospitalaria, se encontró que en una población cardiópata de España existe satisfacción con la atención brindada, y que un 81% perciben que se

encuentran bien pese al infarto sufrido; también, en lo que al apoyo social y familiar se refiere; los y las pacientes perciben apoyo de la familia durante la hospitalización, pero una disminución de este después del alta (Gómez et al., 2012). No obstante, en la población costarricense se encontró que, durante el período hospitalario, los y las pacientes se dan cuenta de la gravedad de la patología y lo asocian con la posibilidad de morir; lo que resulta una experiencia emocional bastante fuerte que requiere contención (Faba, 2016).

Así mismo, se encontró que las percepciones de la enfermedad y los estilos de afrontamiento de la misma se relacionan, y se reconoce que gran parte de la población cardiópata no perciben su patología como una problemática con graves afectaciones físicas, pero que esto puede estar asociado a la negación y a la percepción del riesgo en contraste con el riesgo objetivo, y, por otro lado, suele existir una percepción más optimista sobre la calidad de vida y la salud, cuando no hay presencia de ansiedad, depresión, ni estrés; pues de esta forma no se tiende a catastrofizar la condición, propiciando estrategias de adaptación y disminuyendo la vulnerabilidad psicológica (Silva y Agudelo, 2010).

De igual manera, en relación con la percepción de su enfermedad se encontró que existían dificultades en los pacientes durante los procesos de recuperación al momento de adoptar estilos de vida más saludables debido a los diferentes factores propuestos en el modelo de creencias de salud, ya que al no sentirse vulnerables o susceptibles a las diversas complicaciones que traía la enfermedad no modificaban su comportamiento. (Jiménez, Orkaizaguirre y Bimbela, 2015).

Ahora bien, sobre las características sociales de esta población se encontró que pueden presentar factores de riesgo psicosocial para la salud cardiovascular y el bienestar psicológico, como los estilos de vida malsanos caracterizados por una alimentación no saludable, sedentarismo, fumado y consumo de alcohol, y también factores relacionados con trabajo: acoso psicológico en el lugar en que se labora, limitaciones organizacionales, carga de trabajo, jornadas de más de 8 horas, incivildad laboral, estrés laboral, entre otros (Barrera, 2015., Rosario et al., 2013, Weixian et al., 2009).

Otras características sociales tienen que ver con el apoyo social que esta población recibe, pues esta influye en su afrontamiento y en su autoeficacia en la recuperación y en la adherencia a los PRC así como las redes de apoyo comunitario (Varela, 2011., Guerra y

Luigui, 2010), además del apoyo familiar en tanto que este es una fuente de contención emocional que facilita el enfrentamiento de las complicaciones asociadas con el proceso de salud - enfermedad (Faba, 2016); y finalmente, con el agotamiento vital (Aranzazú y Jordá, 2019), el estado económico, el estado civil y el sexo (Varella, 2011).

Finalmente, se hallaron investigaciones relacionadas a la pertinencia e impacto emocional de los PRC, en las que se evidencia una disminución en los niveles de ansiedad estado, ansiedad rasgo, depresión, ira rasgo, expresión de ira y hostilidad después de la participación de los pacientes en el programa, es decir, postratamiento; aumentando además las medidas de autocuidado. (Jiménez et al., 2015, Portables et al., 2015). Así mismo, se halló que la relación profesional entre el personal sanitario de los PRC con los pacientes tiene relación con la adherencia al tratamiento, evidenciando la utilidad del apoyo emocional y el apoyo informacional brindado por los profesionales en salud (Escolar et al., 2014).

La mayoría de las investigaciones presentadas anteriormente, si bien contemplan la fase intrahospitalaria, suelen basarse en datos recopilados durante las Fases II y III de los PRC dejando un vacío teórico en la Fase I de este. Sobre la Fase I se encontró que su énfasis está en “unidades de terapia intensiva, intermedia y salas de medicina en función de mejorar la calidad de vida de estos enfermos, logrando en muchos casos actuar de forma muy positiva sobre el pronóstico.” (Hernández et al., 2017, p.3), y dentro de los objetivos planteados en este periodo se encuentra como parte de la mejora a la calidad de vida, prevenir aquellos posibles efectos fisiológicos y psicológicos indeseados.

Ante eso, resulta necesario destacar que lo encontrado hasta el momento indica que en otros países estos objetivos se consiguen incluyendo a profesionales en Psicocardiología, y en Costa Rica no se encontraron estudios que evidencien intervención psicológica en este tipo de programas, especialmente en la Fase I. La información recabada de otros países tiene una orientación más biomédica que psicológica, lo cual limita acceder a la comprensión de las características socioemocionales ligadas al desarrollo de las ECV, presentes en pacientes de Fase I o lo que podría considerarse como su equivalente el momento posterior a la hospitalización. Esto permite concluir que, tal y como lo plantean Anguiano et al. (2017) durante el periodo de hospitalización las intervenciones psicológicas son fundamentales ya que los y las pacientes en este proceso suelen padecer ansiedad y depresión, como se

reconoció en las investigaciones citadas, y, además, sus síntomas pueden empeorar por estar lejos de su familia y por el cambio abrupto de cotidianidad.

1.3 Problema de Investigación

Lo planteado hasta el momento permite reconocer que las ECV implican importantes consecuencias físicas, emocionales y sociales; y, además, es considerada como una enfermedad de carácter multifactorial ya que no existe una única causa responsable de su desarrollo. La incidencia a nivel mundial de estas enfermedades, según Faba (2016) es preocupante, no solo por las tasas de mortalidad que conlleva, sino también porque se estima que en los casos que los y las pacientes sobrevivieron al evento cardiovascular y a la etapa hospitalaria, todavía se encuentran en riesgo, pues se aproxima que entre un 10% y un 30% de estos tienen la “probabilidad de morir en los siguientes 2 años” (p.6).

La aparición y el desarrollo de una ECV puede significar para quién la porta una disminución en la funcionalidad relacionada con su bienestar personal, y por tanto, el PRC durante las Fases I, II, y III; promueve la adherencia de estas personas a nuevos tratamientos farmacológicos, rutinas personalizadas de ejercicio y cambios en la alimentación para asegurar una mejora en la calidad de vida. No obstante, a pesar de que las unidades de cardiología inician el proceso de rehabilitación y prevención desde el ingreso hospitalario (Fase I), las características emocionales y sociales asociadas a esta población se han estudiado, por lo general, únicamente durante las Fases II y III, dejando un vacío tanto a nivel teórico como de intervención psicológica en la Fase I.

Es propicio mencionar que son pocos los países en los cuales la intervención psicológica se realiza desde dicha fase, y, por tanto, si bien existen estudios que analizan las características socioemocionales de la población cardiópata y también, existen estudios que analizan los estados emocionales durante el período de hospitalización en población general; son muy pocos los que investigan específicamente a la población cardiópata en el período intrahospitalario.

Precisamente, Costa Rica forma parte de los países que no poseen intervención psicológica en la Fase I, y, por tanto, se trabaja solamente desde las características

socioemocionales que limitan la adherencia al tratamiento de las Fases II y III, conceptualizando estas únicamente dentro del proceso de enfermedad.

Debido a la falta de investigación que existe acerca de las características socioemocionales de la población cardiópata en la Fase I, es que resulta necesario investigar acerca de dichas características en el período intrahospitalario con el fin de comprender mejor la realidad que atraviesan los y las pacientes; en tanto que las ECV poseen implicaciones psicológicas y somáticas que según Langares (2011) deben considerarse para el enriquecimiento de los PRC específicamente en Fase I; ya que esta debe asegurar una atención integral de la patología desde el inicio de la misma para asegurar una verdadera adherencia en las fases posteriores del proceso.

Por otra parte, cabe mencionar que el reconocimiento de estas características socioemocionales e implicaciones de las ECV, no tiene que ver únicamente con el acercamiento bibliográfico al tema, sino que también tiene como origen algunas de las prácticas realizadas para obtener el bachillerato en psicología; que se realizaron precisamente con la población cardiópata perteneciente al PRC de la CCSS en distintos hospitales nacionales. Dicha experiencia permitió una familiarización con las distintas características sociales y emociones que acompañan a quienes portan una ECV y que representan un factor de riesgo. Estas prácticas se realizaron dentro del proyecto ya antes mencionado: “Promoviendo la Salud Cardiovascular, de lo Intrahospitalario a lo Comunitario” propio del Programa de Salud de la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional.

Debido a lo presentado anteriormente es que en el presente trabajo se pretende responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características socioemocionales en la vivencia de la enfermedad cardiovascular en pacientes egresados y egresadas de la Fase Intrahospitalaria?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Analizar cómo es la vivencia de la enfermedad cardiovascular en pacientes egresados y egresadas de la Fase Intrahospitalaria, pertenecientes al Centro de Rehabilitación Cardíaca de la Escuela de Ciencias del Movimiento Humano y Calidad de Vida de la Universidad Nacional de Costa Rica en relación con sus características socioemocionales y creencias en salud.

1.4.2 Objetivos Específicos

a) Identificar las características emocionales presentes en la enfermedad cardiovascular en pacientes del grupo participante.

b) Reconocer características sociales acerca de la enfermedad cardiovascular en pacientes del grupo participante.

c) Explorar la relación entre las características socioemocionales y las creencias en salud en función de la vivencia de la patología cardiovascular en pacientes del grupo participante.

CAPÍTULO II: Marco Teórico

2.1 Proceso de Rehabilitación Cardíaca

Las Unidades de Rehabilitación Cardíaca fueron propuestas por la Organización Mundial de la Salud en los años 60, y se fundaron con el objetivo de “mejorar la calidad de vida y el pronóstico de los enfermos cardiopatas (disminución de recaídas y mortalidad)” (Cruz, 2006, p.80). El accionar de estas unidades según Cruz (ibid.) va enfocado hacia el entrenamiento físico, las intervenciones psicológicas y el control de los diferentes factores de riesgo. Desde dicho enfoque se empezaron a desarrollar los primeros programas de Rehabilitación Cardíaca, sin embargo, la implementación de estos ha sido lenta; sobre todo en América Latina, pues Oliveros et al. (2019) mencionan que para el año 2013 se había reportado que solamente un 50% de los centros tan siquiera realizaban la Fase I; y específicamente en nuestro país, a nivel público solamente existen 4 centros en funcionamiento: CENARE (Fase II y III), Hospital Carit, Hospital San Juan de Dios, Hospital Calderón Guardia, Hospital San Vicente de Paúl, Hospital México, Hospital San Rafael y Hospital Monseñor Sanabria; sin embargo la presencia de intervenciones psicológicas es escasa por el poco personal sanitario del área de psicología frente a la gran cantidad de pacientes que ingresan al programa.

2.1.1 Fases y Objetivos del Programa

Tradicionalmente el proceso de rehabilitación se encuentra compuesto por tres fases:

2.1.1.1 Fase I o Fase Hospitalaria: inicia cuando el paciente ingresa al hospital; como parte de sus objetivos se encuentra disminuir cualquier tipo de complicación en relación con la intervención y el proceso de hospitalización, así como también movilizar al paciente tempranamente para que logre una mayor capacidad funcional cuando le den de alta. El paciente va a acudir a realizar 1 o 2 ocasiones ejercicios suaves como parte de la preparación de Fase II. En esta etapa se insertan el control de los factores de riesgo, la importancia del tratamiento, consejería, educación acerca de la enfermedad, y se involucra a la familia en el proceso como redes de apoyo social (Hutt y Salas, 2015; Oliveros et al., 2019; Rodríguez, 2010; Varela, 2011)

2.1.1.2 Fase II o Fase Ambulatoria: consiste en regular los factores de riesgo del paciente. Las sesiones de esta fase se encuentran diseñadas individualmente para que el paciente acuda dos veces a la semana para hacer ejercicio y relajación, tiene una duración aproximada de 12 semanas.

Como parte de la identificación y atención de factores de riesgo se hacen evaluaciones psicológicas y sociales del paciente, e incluso se realizan charlas con los familiares de manera que se les informa a ambos acerca de la enfermedad, nuevos estilos de vida y de los factores modificables. Los objetivos primordiales que se esperan alcanzar en esta fase son la readaptación, independencia física y adherencia al nuevo estilo de vida y tratamientos. (Hutt y Salas, 2015; Rodríguez, 2010; Varela, 2011; y Maroto, 2009).

Martín et al. (2015) destacan el tratamiento psicológico como elemento fundamental para la reducción de estos factores, no solamente porque en los países que han incorporado la Psicocardiología se ha visto beneficios en los pacientes, sino que también por las sesiones informativas para pacientes y los familiares; además de los entrenamientos en relajación, terapia de sintomatología depresiva y ansiosa que prevalece en gran medida en estos pacientes. La existencia de diversas características socioemocionales es esencial a tomar en cuenta como parte del desarrollo de la enfermedad y el proceso de rehabilitación cardíaca, ya que como menciona Rodríguez (2017) estas pueden vulnerabilizar al paciente de la misma forma que los factores biológicos no modificables que ya posee.

2.1.1.3 Fase III o Fase de Mantenimiento: busca mantener la capacidad funcional que el paciente adquirió; no se necesita supervisiones directas en las sesiones o controles médicos periódicos. Se continua con los programas educativos donde se trabaja la patología cardíaca, los factores de riesgo, modificación de hábitos no saludables de conducta esto para que los pacientes se adhieran al tratamiento. (Hutt y Salas, 2015; Sánchez, 2009)

2.1.1.4 Fase IV: esta fase no se realiza en todos los países u hospitales; en Costa Rica se encuentra ACO CARE como encargada de realizar la fase IV de rehabilitación. Faba (2016) comenta que este es un programa a largo plazo y como parte de sus objetivos se encuentran “mejorar y mantener la forma física, y en el programa pueden participar cardiopatas que han egresado de un programa de rehabilitación cardíaca y adultos sanos.” (p. 66)

2.2 Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV)

La apertura de las Unidades de Rehabilitación Cardíaca ha logrado que en las últimas décadas se hayan incrementado las investigaciones con pacientes cardiopatas y sus familias, estos estudios derivados del acompañamiento de los y las pacientes y sus diferentes fases y limitaciones durante el proceso han generado que una serie de factores resalten como primordiales al momento de hablar de la prevención de las enfermedades cardiovasculares.

Faba (2016) menciona respecto a este tema que las enfermedades coronarias son extremadamente complejas y se ha demostrado que son multifactoriales; y por lo tanto estamos ante procesos que tienen relación con el desarrollo de las ECV pero que no necesariamente tienen que desencadenarla; y es por esto que se habla de factores de riesgo que nos pueden predisponer a sufrir trastornos coronarios. Los Factores de Riesgo como señala Senado (1999) van a ser aquellos que van a atentar contra el equilibrio de nuestro cuerpo, por lo tanto, vulneran nuestra salud y nos pueden causar enfermedades, “a veces aparecen como características, rasgos, detalles o condiciones biológicas, psicológicas, sociales o ambientales, que se asocian con frecuencia significativa, que preceden a la enfermedad, que predicen su ulterior aparición, y que se relacionan con su patogenia.” (p.449)

Este riesgo mencionado, Pita et al. (2002) lo catalogan como “la presencia de una característica o factor (o de varios) que aumenta la probabilidad de consecuencias adversas.” (p.1) por lo tanto, la persona o grupo de personas van a estar posiblemente más expuestos a desarrollar o padecer de algún proceso mórbido con consecuencias adversas. Estos niveles de riesgo que la persona puede poseer han sido utilizados dentro del área de salud para predecir, diagnosticar y prevenir diversas enfermedades en los pacientes, de esta manera midiendo los niveles de riesgo de una persona de acuerdo con las características de riesgo establecidas que poseen, las cuales van a aumentar aquellas probabilidades de generar y/o desarrollar consecuencias adversas en su estado de salud.

A partir de lo anterior es que se habla acerca de factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular, los cuáles son definidos por Lobos y Brotons (2011) como aquellas “características biológicas o estilos de vida que aumentan la probabilidad de padecer o morir a causa de una Enfermedad Cardiovascular.” (p. 669), cabe destacar que a nivel investigativo

y teórico la presencia de estas diversas características en la enfermedad cardiovascular va a incrementar el nivel de riesgo mencionado con anterioridad, más sin embargo al ser una probabilidad tampoco su total ausencia va a descartar el desarrollo de la enfermedad en el futuro, al igual que su presencia no va a implicar su aparición inmediata.

Estos factores de riesgo reconocidos dentro de los PRC y Unidades de Cardiología se utilizan como parámetros para realizar la valoración del paciente y valorar el nivel de riesgo que estos pueden poseer. Es por esto, que es necesario mencionar que la Sociedad Española de Cardiología (2006) comienza a reconocer la existencia de características biológicas, psicológicas y sociales que van a ayudar a incrementar el alza de esta patología como una de las primeras causas de muerte a nivel mundial con el paso de los años.

Los factores determinados como biológicos van a ser aquellos que nos acompañan mediante nuestro código genético, con los cuales ya nacemos y no nos podemos desligar de estos ya que no van a ser susceptibles con ningún tipo de tratamiento (Valera, 2011; Faba, 2016.) entre estos se encuentran la edad, el sexo, la herencia y la etnia; y son estos cuatro los únicos que catalogados como factores no modificables. Por otro lado, Oblitas (2006) nos pone en perspectiva como estos son en realidad de naturaleza modificable, esto quiere decir que tenemos a nuestra disposición diversos métodos que nos puedan colaborar a reducir, en caso de poseerlos, el riesgo de la patología; en cuanto a estos se encuentran las dislipidemias, la diabetes, sedentarismo, la hipertensión arterial, la obesidad, la mala alimentación, tabaquismo, consumo de alcohol y tabaco, entre otros. (Rodríguez, 2017; Pérez y Soto, 2017; Valera, 2011.)

Sandrino y Hernández (2016) no excluye aquellos padecimientos físicos y su relación con específicos estados emocionales de las personas, al igual que aquellos estilos de vida que estas posean; ante esto Rodríguez (2017) también va a aclarar que “el malestar psicológico puede constituirse en un nivel riesgo que empeora el pronóstico de una enfermedad coronaria” (p.6). Lo anterior es importante a tomar en consideración ya que diversas características psicológicas han sido clasificadas también como modificables, debido a la influencia que en las últimas décadas se ha encontrado con el estado emocional de los pacientes es que se ha ampliado la investigación acerca de los factores que intervienen de manera negativa en el proceso, es por esto que Hernández (2017) menciona que el ámbito

emocional en esta enfermedad resulta un elemento fundamental a trabajar para el control de la misma y al momento de realizar un plan de rehabilitación individualizado; entre estas características las más investigadas en torno a esta enfermedad han sido la ansiedad, el estrés, la depresión, y diversos tipos de patrones de personalidad (A y D). (Guerrero y Sánchez, 2015; Oblitas, 2006, Rosario et al. 2014). Dichas características serán profundizadas en el apartado posterior.

2.3 Características Emocionales

Las características emocionales presentes en la patología han resultado fundamentales para entender el desarrollo de esta y su recuperación, ya que como señalan Fernández et al. (2003) se ha evidenciado que los factores mencionados anteriormente han incrementado el riesgo de sucesos coronarios en años posteriores a la rehabilitación y primer evento

2.3.1. Ansiedad

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2013) plantea que la ansiedad tiene que ver con la aparición temporal del miedo y otros malestares intensos, y que esta se considera “una respuesta ante la emergencia amenazante, hacia la conciencia de dolor, pensamientos inaceptables, impulsos o deseos, cuya intención es movilizarlos y evitar el daño a sí mismo.” (Cruz et al. 2019, p.878). Y, la ansiedad según Navas y Vargas (2012) puede presentar sintomatología por palpitaciones, sudoración, falta de aire, dolor o malestar torácico, náuseas, mareos, escalofríos, entre otros síntomas que aparecen ante una circunstancia que se considera como amenazante.

Ya que los eventos cardiovasculares pueden ser considerados como una situación de amenaza, es esperable que los y las pacientes que los han padecido desarrollen cierto grado de ansiedad, como una respuesta emocional adaptativa según lo plantea Cadena (2014). A propósito de esto, Hernández et al. (2014) expone que la ansiedad “es una emoción determinada por una sensación de tensión y preocupación reflejada en cambios psíquicos y físicos.” (p.28), que tiene variadas consecuencias médicas e impide la correcta adherencia a los tratamientos de las enfermedades cardíacas, así como los cambios en el estilo de vida que se recomiendan; lo que aumenta las posibilidades de sufrir eventos cardíacos agudos.

Así mismo, Jiménez et al. (2015) proponen que la ansiedad generalizada, la ansiedad rasgo, o la ansiedad fóbica, precipitan episodios isquémicos, esto debido a que cuando se alcanzan niveles medios y altos de ansiedad, esta puede ser perjudicial para los pacientes con enfermedades cardiovasculares ya que al mantenerse una alta activación fisiológica el paciente se puede inmuno-deprimir, además de que se va a activar el sistema nervioso autónomo, de esta manera afectando los procesos vasculares y respiratorios de la persona. Estos altos niveles de ansiedad pueden además provocar la reducción del control vagal, desarrollo de procesos de aterogénesis, aumentos en la producción de catecolaminas, trombosis, incremento en la tasa cardiaca y la contracción ventricular y la elevación de la presión arterial (Valera, 2011 y Laham, 2008)

Resulta importante mencionar que de acuerdo a García y Ramírez (2019) la población cardíopata va a presentar un mayor riesgo de desarrollar ansiedad debido a tener que lidiar emocionalmente con una condición de salud crónica, cambios a sus estilos de vida, eventos traumáticos generados a raíz del infarto, y su padecimiento y por ende, puede sufrir un gran impacto perjudicial sobre su calidad de vida, pero, estos señalan también que la ansiedad se reduce de forma considerable en esta población tras la intervención cognitivo-conductual.

Cadena (2014) plantea también que gran parte de los y las pacientes cardíopatas en edad adulta suelen tener niveles medios y altos de ansiedad, pues se relaciona con la percepción que se tiene sobre la gravedad de la condición de salud y con tensión financiera.

2.3.2 Estrés

Otro de los factores de riesgo psicológico es el estrés, pues Hernández et al. (2014), señalan que muchos de los eventos cardiovasculares pueden ser consecuencia del estrés agudo emocional, por el sustrato anatómico y las vías fisiológicas que dicho estado altera. El estrés puede entenderse como “un proceso en el cual las demandas del medio ponen en tensión a un organismo adaptado, trayendo como resultado cambios a nivel psicológico y biológico y que pueden devenir en enfermedad.” (Zavala et al., 2015, p.8) y, el factor más crítico de este es su efecto crónico a largo plazo. Dentro de los cambios más nocivos que le ocurren al cuerpo cuando tenemos estrés se encuentran la elevación de la glucosa y plaquetas en sangre, se da un aumento de la frecuencia cardíaca, además de que la fuerza de contracción

del músculo cardíaco incrementa, por lo tanto, el estrés va a obligar al corazón a trabajar más; ante esto Fernández (2009) señala que

Las coronarias, que nutren al músculo cardíaco, requieren mayor aporte energético. Además, la sangre se espesa y las arterias se vuelven menos reactivas o elásticas; se acumulan así sustancias nocivas en su pared, de forma que la sangre circula con mayor dificultad. A su vez, la fibrinólisis, que es el mecanismo defensivo que destruye los trombos, pierde efectividad. Por tanto, nuestro sistema cardiovascular se hace vulnerable ante cualquier obstrucción y/o trombosis aguda o crónica de la placa aterosclerótica. (p.585)

Zavala et al. (2015) citando a Razali (2008) exponen que las cargas negativas de estrés son una causa muy frecuente de las visitas al médico, por dolores de cabeza, espalda, pecho, y estómago. Y, más específicamente, señalan que existen estudios sobre los niveles de estrés en los y las pacientes con infarto al miocardio, que indican la relación de dicho estado con estrés laboral, estrés en el desempeño de las actividades hogareñas, problemas económicos y estrés generalizado.

Por otra parte, también señalan Zavala et al. (2015) que el estrés crónico, que se sostiene en el tiempo de manera intensa, no solamente se asocia con las cardiopatías sino también con eventos cardiovasculares posteriores como los post infartos y las anginas de pecho; los y las pacientes reconocen al estrés como una de las principales causas por las cuáles regresan al internamiento hospitalario, percibiendo como principales causas: el diagnóstico de la enfermedad cardiovascular, la muerte de un familiar, y los problemas económicos.

Las respuestas fisiológicas mencionadas se ven favorecidas cuando los pacientes pasan por lo que ellos denominan acontecimientos frustrantes, estresores externos que exigen competitividad. (Fernández et al. 2004) Cabe señalar que lo expresado por Varela (2011) acerca de las situaciones estresantes que los pacientes pueden percibir, esta menciona que estas situaciones siempre van a estar sujetas a la valoración subjetiva que la persona va a realizar de la situación, lo que la convierte en una situación de estrés más no en sí misma la situación per se, sino que va a ser la percepción personal lo que le va a dar su significado a

esta situación estresante y por consiguiente esto va a mediar en las consecuencias físicas o emocionales que tenga sobre su salud.

2.2.3 Depresión

De igual manera la depresión, como se mencionó anteriormente ha sido un factor investigado en cuanto a las enfermedades cardiovasculares; esta es un estado emocional que, Pereira et al. (2019) citando a la Organización Mundial de la Salud (2018), asocian al sentimiento de tristeza, a una alteración del estado de ánimo, a la desesperanza, la desmotivación, y la incapacidad de desarrollar actividades básicas y cotidianas.

En pacientes con enfermedades cardiovasculares, la depresión suele presentarse con frecuencia, pues Hernández et al. (2014) siguiendo a Pennix et al. (2001) señalan que existe una posibilidad tres veces mayor de que pacientes con enfermedades coronarias padezcan depresión en comparación a población y general, y que a su vez, la presencia de este estado emocional se relaciona con un mayor riesgo de mortalidad en pacientes ambulatorios y hospitalizados, aumentando también el riesgo de padecer nuevos eventos cerebrovasculares ya que como menciona Romero (2007) se estima que estos poseen un riesgo de 81% mayor que aquellos pacientes que no están deprimidos.

Romero (ibid.) sí va a señalar que hay dos tipos de factores en los cuales la depresión va a influir en la enfermedad cardiovascular, primero estaría el comportamiento ya que se ha demostrado que tiende a desarrollar costumbres perjudiciales como el alcoholismo, sedentarismo, malos hábitos de alimentación, diabetes por el descontrol del metabolismo, poca o nula ingesta de los medicamentos; por lo tanto estaríamos hablando de la poca adherencia al tratamiento y el mantenimiento de conductas no saludables asociadas con estados depresivos y con la disminución del deseo de vivir. Se cree que este estado emocional puede aparecer y mantenerse debido a eventos altamente estresantes; por ejemplo, algunas personas dentro de la población cardiópata al enfrentarse a esta amenaza de muerte que surge con el evento cardiovascular y la posible pérdida o disminución de autonomía que pueden enfrentar después de este; consideran ambos elementos como altamente estresantes durante y después del alta, de manera que este sentimiento se mantiene en el tiempo y puede ser coadyuvante en la permanencia de la depresión.

El segundo factor para tomar en consideración son las alteraciones fisiológicas que intervienen, ya que según este mismo autor se van a elevar los niveles de catecolaminas, se varía la frecuencia cardíaca, se da una hipercortisolemia, vasoconstricción, elevación de la presión arterial, se genera una activación plaquetaria, una respuesta inflamatoria y depresión del sistema inmunitario. De forma similar, García y Ramírez (2019) expresan que la depresión está vinculada a un peor estado clínico y a un mal pronóstico en su enfermedad, así como al aislamiento social. Con respecto a la falla cardíaca, enfatizan las autoras que en pacientes con depresión ésta puede depender de dos factores: la propia personalidad de la persona, por su comportamiento y a factores fisiológicos o físicos, de acuerdo con esto si es necesario resaltar que a pesar de que los dos factores anteriores son los que se le da más énfasis, Faba (2016) señala que la depresión es multicausal ya que se involucran factores genéticos, químicos y psicosociales.

Hernández et al. (2014) de acuerdo con lo anterior sugieren que la sintomatología de la depresión es similar a la de la insuficiencia cardíaca, principalmente por la fatiga y la incapacidad funcional que padecen los y las pacientes, lo que termina por empeorar los síndromes clínicos, y así, afectando la calidad de vida relacionada con la salud. Esta calidad de vida se va a ver limitada también ya que después de un infarto se ha visto la aparición de las expectativas vitales, desarrollo de sentimientos de incapacidad, disminución de la autoestima, además de una serie de ideas de auto culpabilización por las conductas y estilos de vida antes del evento cardiovascular, es por esto que se menciona el valor afectivo que el individuo le otorga a su enfermedad y a las situaciones que vive. (Varela, 2011; Rodríguez, 2017; Trejos, 2016; Aguirre, 2017.)

2.3.4 Tipos de Personalidad

Urquijo et al. (2001) comentan que algunos factores de riesgo psicológico están relacionados con la evaluación subjetiva que va a realizar la persona, por ejemplo, estos autores hablan del grado de preocupación por el estado de salud y la presencia de trastornos emocionales preinfarto. Como parte de estas características emocionales también se encuentran los tipos de personalidad y su influencia en el desarrollo y la vivencia de la patología. Y es que se ha demostrado en los últimos años que la personalidad va a influir de

manera importante en cómo visualizamos los eventos estresantes, la manera en que lo percibimos y los afrontamos (Valls y Rueda, 2013).

Moyano et al. (2011) señalan la personalidad como factor de riesgo relevante, además de que esta variable ha tenido incidencia en cuanto a la contribución del aumento de enfermedades cardiovasculares; Moreno et al. (2005) mencionan que los tipos de personalidad parten de procesos psicopatológicos que influyen en el funcionamiento conductual, cognitivo y emocional de las personas, esto debido a que los “rasgos de personalidad son pautas duraderas en la forma de percibir, pensar y relacionarse con el ambiente y con uno mismo, y que se hacen presentes en una amplia gama de contextos personales y sociales” (Urquijo et al. 2001, p.7)

Se han destacado como más influyentes los tipos de personalidad A y D; en cuanto a este primer tipo se caracteriza por la impaciencia, conductas determinadas como agresivas y hostiles, necesidad de control, competitividad, sobrecarga, pérdida de control y baja tolerancia a la frustración. (Bonet y Suárez, 2011; Moyano et al., 2011)

Estas características que posee la persona con personalidad tipo A influyen en la salud cardiovascular ya que se ven influenciados cuatro mecanismos fisiológicos, “aumento de secreción de catecolaminas y reactividad cardiovascular, exceso de testosterona, aumento en los niveles de corticosteroides y disminución del antagonismo parasimpático a la activación de la respuesta simpática.” (Castellano y Nasarre, 2006, p.19). Ante esto Rodríguez (2017) señala que hacen efecto en el aumento del colesterol, la viscosidad de la sangre, el aumento de la frecuencia cardiaca, además de que se activan procesos denominados como psicobiológicos que activan respuestas ansiosas, de miedo, de depresión y de hostilidad.

En cuanto a la personalidad tipo D, Castellano y Nasarre (2006) comentan que se caracteriza por las emociones negativas y la inhibición de estas; Orellano (2015) añade a lo anterior que posee reacción de tensión, irritación, inhibición social, además de que presentan más emociones displacenteras como “ansiedad, depresión y hostilidad” (p. 53)

Castellano y Nasarre (ibid.) señalan que tienen una visión muy negativa hacia ellos mismos y presentan mayor incidencia a desarrollar síntomas somáticos; también Reyes et al. (2016) exponen que las personas con este tipo de personalidad tienden a practicar un mayor

número de conductas que son nocivas para su salud, además de que debido a su inhibición emocional y social la calidad del apoyo social recibido se ve afectada, además de que a nivel investigativo se ha asociado la inhibición a mayor grado de reactividad cardiovascular. A nivel fisiológico esta negatividad mencionada, el miedo y la ansiedad generan en el cuerpo un incremento en la secreción de cortisol, así que eventos estresantes y pensamientos negativos van a originar niveles elevados de esta hormona durante todo el día. Estos niveles altos de cortisol según Castellano y Nasarre (ibid.) aumenta la grasa visceral, altera los ciclos de sueño y aumenta los niveles de inflamación en el cuerpo.

2.3.5 Procesos de Duelo

Como parte de las características emocionales también se encuentran los procesos de duelo, de los cuales Mesa y Galindo (2015) mencionan que el duelo o luto ha sido asociado a un mayor riesgo de eventos cardiovasculares. El duelo lo define Carpenito (1995) como

el estado en el que un individuo o familia experimenta una pérdida real o percibida (persona, objeto, función, rol, estatus, relaciones), o estado en el que un individuo o familia responden al convencimiento de una futura pérdida (duelo anticipado) (p.128)

Este estado va a ser el encargado de permitir que la persona reconozca su pérdida y los sentimientos de tristeza que le generan, de manera que pueda superar la pérdida de una manera adecuada (Rivera, 2008) Cuando el proceso no se da o se niega esto puede generar enfermedades tanto físicas como mentales; Jurkiewicz y Romano (2008) añaden a esto que enfermarse es precisamente la reacción a una pérdida no elaborada.

Mesa y Galindo (2015) si especifican que el riesgo cardiovascular que este proceso presenta se ve asociado debido a que sentimientos como el desamparo y la desesperanza presentes en el duelo producen cambios en la actividad normal del sistema nervioso e incrementa procesos inflamatorios en el organismo.

Por otra parte, como lo mencionan Rodríguez et al. (2013) se ha demostrado que el estudio de la fase I de rehabilitación cardiaca ha permitido realizar cambios en estos programas, la psicología vista desde esta fase y gracias a percepciones de pacientes que han sido hospitalizados por la patología, ha permitido el aumento de la capacidad de relajación, mayor y mejor enfrentamiento de situaciones estresantes, cambios conductuales en relación

con hábitos tóxicos e incorporación de mecanismos de regulación emocional; además de la disminución de la deserción en Fase II y III y mayor aceptación a la rehabilitación.

2.4 Características sociales

El carácter multifactorial de las enfermedades cardiovasculares hace que la patología sea compleja debido al control de los diversos factores a tomar en cuenta, los programas de rehabilitación cardíaca cuentan con la capacidad para hacer frente a aquellas características de la enfermedad de carácter físico, químico, biológico y en algunos casos dependiendo del programa también las características de carácter emocional. Sin embargo, también se presentan características sociales a tomar cuenta que pueden incrementar el riesgo del paciente; Narváez et al. (2019) concuerdan que las características sociales del paciente van a tener una gran influencia en manera en que la persona va a vivir la enfermedad, los síntomas y las dificultades que puede manifestar a lo largo de la misma.

No es adecuado excluir al paciente de su contexto o incluso pensar que el mismo método para todos tiene que ser eficaz ya que por las particularidades de la persona va a necesitar hacer efectivo el objetivo primordial de la rehabilitación, un programa individualizado e integral que se adapte a sus necesidades de manera que pueda mejorar su salud; las determinantes de la salud van a estar entrelazadas también con estas características sociales ya que estas afectan los estilos de vida de manera que influyen la calidad de la salud en los pacientes. Respecto a esto, Tajer et al. (2014) menciona que los factores de riesgo tales como sedentarismo, diabetes, presión alta, tabaquismo y demás solo forman una pequeña parte del contexto en el cual la enfermedad se va a generar y desarrollar; más bien teniendo en cuenta aquellos fenómenos dentro proceso de hospitalización, el desequilibrio familiar y/o laboral como factores influyentes.

2.4.1 Contexto Inmediato al período de hospitalización

Como ya se ha mencionado con anterioridad, las enfermedades crónicas van a afectar directamente al paciente desde lo físico, lo social, lo económico y lo emocional, el momento en donde estos ámbitos se encuentran más vulnerables es en el proceso de hospitalización ya que los pacientes poseen mucha incertidumbre acerca de qué va a pasar con su vida y cómo van a poder sobrellevar la condición de salud. Uribe et al. (2010) mencionan que como parte

de los sentimientos y pensamientos recurrentes de los pacientes hospitalizados por enfermedades cardiovasculares se encuentran los sentimientos de culpa, castigo por creer que ellos mismos se provocaron la enfermedad, sentimientos de abandono, temor, etc.; estos sentimientos van unidos en parte a la poca información que poseen en el momento del internamiento y ante esto hacen una valoración de su patología y su estado de salud de acuerdo a las creencias que posee de la misma, ya que las dudas que puede tener acerca de la enfermedad no son totalmente respondidas hasta que empiezan las semanas de valoración de los programas de rehabilitación. Es por esto que la angustia es de los sentimientos que más se manifiestan en esta fase de hospitalización, además de que pensamientos acerca de la muerte por ser diagnosticado con una enfermedad cardiovascular que es crónica son frecuentes; aquí destaca la relación médico- paciente ya que lo comunicado de entrada a la fase de hospitalización por un evento cardiovascular les puede, ya sea generar una perspectiva positiva alejando a los pacientes de una posible estigmatización de la patología y así mismo generando mejores expectativas para su recuperación o por el contrario que la perciba como un evento negativo y como una condición sin esperanzas de mejora. (Álvarez et al., 2008)

Resulta importante como parte de esta etapa el apoyo social en especial el apoyo familiar ya que como señalan Roure et al., (2002) “el papel de la familia en el hospital es considerado imprescindible para la recuperación del enfermo tanto por el propio paciente como por el familiar.” (p.83).

2.4.2 *Redes de Apoyo*

Las redes de apoyo van a ser aquellas que define Sluki (1979), como el “nicho interpersonal de la persona que contribuye sustancialmente a su propio reconocimiento como individuo y a su imagen de sí, constituye pues, una de las claves de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo o autoría, incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y la capacidad de adaptación en una crisis o situación problemática.” (p: 47). Esto va a significar que es un grupo de personas importantes para el paciente con las cuales va a poseer un vínculo los cuales van a ser indispensables para ayudar, apoyar, acompañar al paciente en diversas situaciones sobre todo aquellas que catalogamos como difíciles.

Estas relaciones van a ser claramente significativas de manera que como mencionan López et al. (2001) va a existir también algún tipo de apego, es por esto por lo que en general no solamente estamos hablando de la familia, sino de compañeros de trabajo, amigos, vecinos, etc. Una de las funciones fundamentales que cumplen estas redes de apoyo las señala Elmasian (2012) mencionando que se fortalece la parte emocional de los pacientes ya que estas redes van a fungir como factores protectores de estrés y otros sentimientos negativos, esto debido a que al tener a alguien con quien hablar y discutir acerca de sus problemas y emociones estos van a generar una disminución de los niveles de estrés percibidos; esto resulta importante sobre todo en la parte social ya que como menciona este autor las personas que acaban de pasar una situación de infarto o diagnóstico de enfermedad cardiovascular perciben en ellos un deterioro tanto a nivel físico, como psicológico y social, sin embargo aquellos que perciben mayor apoyo social no solamente presentan mayor funcionalidad después del alta hospitalaria sino que se integran mejor a los nuevos estilos de vida que deben desarrollar y mantener.

Es importante señalar que estos vínculos emocionales comentados con anterioridad afectan directamente la relación de los pacientes con sus personas allegadas, ya que, si estos son negativos o contraproducentes para estos, van a ser presentados como factores de riesgo ya que aumentan los incidentes cardiovasculares, es por esto por lo que las personas que no poseen estas grandes redes o del todo no las poseen han demostrado que la incidencia de los eventos cardiovasculares se incrementa.

Núñez (2015) menciona que el beneficio directo al paciente cardiovascular de las redes de apoyo es que va a contribuir a la disminución de la reactividad del corazón, por lo tanto no solamente los niveles altos de apoyo social van a reducir la ansiedad, sino que también los niveles de depresión y accidentes cardiovasculares; esto es porque el apoyo social (familiar y laboral) favorece la adherencia los tratamientos debido a que la empatía y optimismo que demuestran estos grupos ayudan a que el paciente también se sienta en control de su situación y se adapte de mejor manera al programa ya que se va a sentir apoyado e incentivado a buscar atención médica cuando lo necesite, realizar los ejercicios, seguir el plan nutricional.

2.4.3 *Ámbito Familiar*

El ámbito familiar como red de apoyo es necesaria para los pacientes ya que es el grupo de personas inmediato con las cuales convive, de acuerdo con esto podríamos hablar acerca de cómo la interacción que se desarrolla entre la familia y el o la paciente va a afectar directamente en su salud debido a que un ambiente saludable y armonioso va a promover estas mismas características en sus miembros. Para Poma et al. (2018) se debería considerar la salud individual recíproca con la salud individual, esto porque necesariamente esta última se va a desarrollar en el seno de la familia ya que van a ser estos los que nos van a enseñar hábitos y de los cuales vamos a aprender las costumbres que poseemos en nuestra individualidad, además en cuanto a la relación con otros factores de riesgo cabe destacar que las conductas cardiosaludables son aprendidas, por lo tanto la disfuncionalidad familiar o incluso el bajo apoyo de este grupo tiene más incidencia en los hábitos alimenticios no saludables.

Debido a que como se mencionó es el grupo inmediato con el cual se convive, este estrés que se ha visto disminuido con los grupos de apoyo en el caso de problemas a nivel familiar iría en un mayor aumento, esto porque la familia en sí es presentada como un grupo de contención emocional para el paciente, no solo va a reducir el estrés, sino que también va a transmitir tranquilidad, fuerza para enfrentar situaciones difíciles, seguridad. No podemos olvidar que no solamente estamos hablando de estresores que se generan a lo externo, sino que hay que recordar que como mencionan Cruz et al. (2010) la enfermedad en sí va a generarlo porque va a ser un proceso que va a desequilibrar a toda la familia y a las relaciones que se dan entre estos debido al cambio abrupto que se va a desarrollar en los hábitos y estilo de vida del paciente y las nuevas limitaciones y requerimientos que esto le exige, de manera que al entrar en crisis va a producir cambios en la dinámica familiar.

En cuanto a las relaciones de pareja Elmasian (2012) también concluye que los problemas en estas relaciones van a predecir la adherencia al tratamiento y la evolución de la enfermedad porque el estrés conyugal está relacionado a menores índices en la calidad de vida de la persona, por lo tanto sin ese apoyo se vuelve a predecir para el paciente la baja adherencia a los tratamientos, y es que en muchos de los casos la misma familia puede limitar al paciente con actitudes sobreprotectoras o por el contrario no prestando atención a las

necesidades de la persona, de manera que le va a resultar más difícil apearse a este estilo de vida que se le va enseñar o se le está inculcando dentro de la rehabilitación ya que es el único el cual lo sigue, por lo tanto es especialmente difícil el tema de la alimentación o el ejercicio si recibe comentarios negativos respecto a estos cambios que está implementando. Todo este ámbito familiar como apoyo va a ayudar a que el paciente, como se mencionó anteriormente, se encuentre más enfocado en monitorear su salud, acudir a sus citas, comparta información y se informe más acerca de su condición, realice el ejercicio y demás.

2.4.4 *Ámbito Laboral*

En cuanto al ámbito laboral, este es tomado en cuenta como una característica social importante en la enfermedad cardiovascular por dos razones, una de estas sería que el trabajo puede ser también una red de apoyo, no solamente por los compañeros sino por la manera en que se realiza el trabajo y la interacción dentro de este; la segunda es debido a que a pesar de que la teoría no ha indagado tanto como con otras características, el trabajo puede ser un factor de vulnerabilidad de la enfermedad cardiovascular. Ramírez, et al. (2017) enfatizan en la prevalencia de altos niveles en los factores de riesgo como hipertensión, diabetes y sobrepeso en personas que se encuentran dentro de la fuerza laboral, además los niveles de estrés y ansiedad son más altos que en aquellas personas que no se encuentran laborando o que trabajan en lugares con menos cargas y menos competitividad; parte de esto se da por la sobrecarga laboral de algunos puestos y como se comentó con anterioridad, esto favorece el deterioro de la salud ya que disminuye la respuesta del sistema inmune y aumenta los niveles de colesterol en la sangre.

Parte de las cargas mencionadas en el ámbito laboral Jaimes et al. (2020) las clasifican en dos tipos las cuales deterioran nuestra salud, el primer tipo serían las cargas mentales laborales las cuales tienen relación según los autores con situaciones de estrés sostenido en el tiempo que requieran los mismos niveles de concentración; el segundo tipo es la sub-carga mental que plantea tareas sencillas para el trabajador sin embargo el trabajo debe presentar exigencias mentales para la persona, de lo contrario la persona también hará esfuerzos para mantener el estado de vigilancia. Es por esta razón que se ha reiterado la importancia de los ambientes laborales saludables, ya que las condiciones laborales son factores que predisponen y complican las enfermedades ya que en gran parte de los trabajos sobre todo de

oficina no existe la movilidad requerida, además los tiempos de trabajo extensos limitan los buenos hábitos alimenticios y las horas de comida (Arroyo et al. 2019)

2.4.5 *Relación Médico Paciente*

Como se deja entrever, la cantidad de información y la percepción del paciente de entrada a la experiencia de su enfermedad es fundamental para también las experiencias a futuro en cuanto a la adherencia y evaluación de su condición. Y es que la relación entre el médico y el paciente es vital para el proceso ya que la relación que se establecerá tiene mucho que ver con el primer encuentro, según Sánchez y Contreras (2014) se ha demostrado que los pacientes sienten más seguridad con aquellos médicos que se muestran interesados y empáticos ante su situación de salud, además de que sean comunicativos no solamente en términos del nivel de información ofrecida acerca de la condición sino que también les ayude a comprenderla y a manejar los niveles de ansiedad y/o estrés que vienen acompañados con el diagnóstico de una enfermedad crónica.

Esta empatía mencionada se debe dar al momento del diagnóstico ya que esto va a incidir en el peso de la noticia y las creencias que se vean envueltas acerca de la enfermedad de parte del paciente en ese momento, no solamente esto sino que también deberá explicarle con detalle la evolución de su cuadro clínico y posibles tratamientos esto con el fin de disminuir la incertidumbre que se pueda generar en el paciente, además cabe mencionar que a muchos de estos pacientes cardiopatas les acompañan sus familiares, ante esto el diagnóstico y el proceso en sí deberá ser informado a estos de igual manera. Parte de lo comentado por Arrubarrena (2011) es que dentro de la relación médico-paciente este primero debe ver a la persona con la enfermedad desde una visión integral de manera que este se sienta más acompañado y entendido en la misma, ya que algunos enfoques ven las patologías como partes dañadas del cuerpo dejando de lado todas las demás características de la persona, lo que tiene un efecto muy negativo para el paciente ya que su valor queda reducido a una dualidad de salud enfermedad en donde al tener una condición médica su autoimagen va a quedar estancada en este mismo concepto, este mismo autor menciona un factor importante acerca del rol del médico en la enfermedad “el médico pocas veces cura, algunas sana pero siempre debe consolar” (p. 122) .

Se presenta el médico entonces como una entidad a la cual se le va a recargar una parte del bienestar del paciente ya que va a ser el encargado, además de los allegados de la persona, de estar acompañando y guiando a este en su proceso, es por esto que el uso de lenguaje meramente técnico dentro de los servicios de salud causa una desconexión con los pacientes debido a que parte de esta conducta afectiva se va a transmitir mediante la información brindada; cuando el paciente no entiende el diagnóstico o no se le informa de manera que este pueda comprender no se van a seguir las instrucciones de tratamiento tal y como se necesitan para su mejoría; ante esto Hernández et al. (2006) señalan que cuando no se da un intercambio de información, cuando no se comprende el tratamiento esto va a ocasionar la falta de adherencia terapéutica. Otra variable para tomar en cuenta son las creencias y las expectativas del paciente, puesto que si no son abordadas pueden incrementar los factores de riesgo, en tanto que si el paciente visualiza su propia enfermedad como limitante puede incrementar estados emocionales como el estrés, la ansiedad y la depresión; o por el contrario, si la percibe como algo no importante, puede mantener sus estilos de vida no saludables. (Cruz et al., 2010)

Maguirre (2002) comenta que al médico ser capaz de atender empáticamente los problemas importantes para el paciente esto va a incrementar los niveles de satisfacción que este posee, incrementando de igual manera los índices de adherencia, es por esto que los pacientes de entrada van a necesitar que “el médico que entienda y responda a los sentimientos, miedos, percepciones y expectativas, así como la relación entre el sufrimiento y la vida del paciente. ... cada paciente es único.” (Hernández et al., 2006, p.140). Cuando la relación se desarrolla de esta manera se va a generar una mejor y más rápida recuperación, esto porque el paciente se siente con la libertad y la seguridad de aproximarse a esta entidad con sus preocupaciones sabiendo que serán atendidas, además de que se disminuye el riesgo de que el o la paciente se retire del programa, pues, por el contrario, se ha documentado mayor asistencia.

2.5 Enfoque teórico

2.5.1 *Psicología de la Salud*

La presente investigación se enmarca en el campo de acción que ofrece la Psicología de la Salud, para Matarazzo (1980) esta es un ámbito de la psicología en la cual se inmiscuyen la promoción y protección de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, identificación de la etiología y diagnóstico relacionado con la salud, enfermedad y disfunciones asociadas, análisis y mejora del sistema de cuidados de salud, y perfeccionamiento de la política de salud. Cabe destacar que como parte de la psicología de la Salud como bien se menciona esta prevención de las enfermedades es base importante del accionar de la misma y de sus investigaciones; Redondo (2013) nos menciona los tipos de prevención:

- La Prevención primaria es aquella que va a consistir en evitar de manera anticipada tanto el desarrollo como aparición de enfermedades.
- La Prevención Secundaria consiste en reducir la evolución de la enfermedad cuando los síntomas no se encuentran totalmente desarrollados, pero se poseen factores de riesgo a padecerla.
- La Prevención Terciaria va a tratar de minimizar aquellos efectos de la enfermedad mediante tratamiento, en esta la enfermedad se encuentra completamente manifestada.

Lo anterior resulta importante de comprender ya que los procesos de rehabilitación se encuentran ubicados dentro de las acciones que se desarrollan en esta tercera fase de prevención, un acercamiento desde la psicología permitiría entender sus condiciones y percepciones en cuanto a la enfermedad y cómo se podría disminuir la probabilidad de generar nuevas afectaciones en su salud cardiovascular o consecuencias de lo ya existente. La Psicología de la salud se ve involucrada en gran parte debido a que como lo menciona Redondo (2013) esta toma en cuenta para realizar los programas de intervención no solamente las condiciones de vida de cada sujeto, sino que las vincula desde sus conductas de salud o riesgo para abordar de mejor manera el proceso de enfermedad de la persona y lograr fomentar modos de vida más saludables.

Este abordaje tan amplio que posee esta disciplina, para Castellanos (1998) se puede generar en tres dimensiones:

1. Como primera dimensión se toma en cuenta el estilo de vida, el cual como el autor menciona puede ser modificado mediante procesos de aprendizaje e imitación.
2. La segunda dimensión tiene que ver con las condiciones de vida de la persona, poniendo énfasis en el grupo cercano al individuo, es decir sus relaciones sociales; de esta manera se tiene la percepción de que la persona puede verse afectada por su contexto y por las masas.
3. Como Tercera Dimensión se encuentra el llamado ambiente macrosocial en donde influye la cultura y se involucran factores propios de esta como la ideología, la economía, y demás.

Estas dimensiones permiten abarcar de manera integral a la persona, de modo que tanto el área personal, como el área social y cultural inciden en sus procesos de salud y enfermedad, y la manera en que vayan a ser abordadas por la persona y los profesionales de la salud para crear estas intervenciones. Parte de esto también lo propone la División 38 de la APA (2016) según Palacios y Pérez (2017) las cuales comentan que parte de los objetivos de la Psicología de la Salud van dirigidos a las interacciones del estado físico de las personas y sus diversos factores Biopsicosociales, de igual manera tratan de entender cómo el estrés afecta el proceso de enfermedad, aquellos factores que van a interferir en la adherencia al tratamiento y el impacto de las familias en el diagnóstico.

De igual manera, estos autores mencionan que, como parte de los procesos de recuperación, es de interés de la Psicología de la salud las diversas implicaciones emocionales que puedan afectar a las personas, tales como “pérdida del rol familiar por la dependencia física y emocional producida por la enfermedad, fobias al tratamiento médico, dificultades en la relación médico paciente, problemas de adherencia al tratamiento, dificultades para instaurar hábitos saludables, etc.” (Palacios y Pérez, 2017, p.10)

2.5.2 Modelo de Creencias en Salud

El Modelo de creencias en Salud, como uno de los modelos de abordaje del fenómeno salud enfermedad que ofrece la Psicología de la Salud, se desarrolla en los años cincuenta

para explicar la baja afluencia de personas en diversos programas de prevención. A partir del desarrollo de esta teoría es que se menciona que los factores que influyen en que una persona realice o tome decisiones con la finalidad de prevenir una enfermedad van a depender de sus cogniciones y creencias respecto al nivel de vulnerabilidad en que sienta se encuentra, en este caso si la persona cree firmemente que no posee factores para desarrollar por ejemplo una enfermedad crónica como la enfermedad cardiovascular o del todo no conoce aquellas características que influyen en el aumento del riesgo de padecerla, entonces no evitará o controlará sus hábitos alimenticios, no tendrá en cuenta hacer ejercicio como parte de un estilo de vida saludable y demás.

Ante esto, el modelo propone ciertas variables que describen los procesos por los cuales pasa un individuo para que éste prevenga la enfermedad o que también limite sus correspondientes complicaciones; como primera variable se habla de la susceptibilidad la cual está dada por la percepción de la persona acerca de su grado de vulnerabilidad a contraer una enfermedad, aquí entran en juego las creencias las cuales le van a reforzar a la persona la idea ya sea de que puede que tenga una probabilidad estadística a generarla, que del todo piense que no tiene posibilidad de enfermar o que en el caso de que esta ya esté diagnosticada según sus creencias acerca de la misma es que va a aceptar el diagnóstico de manera positiva o negativa, además de que valorará los nuevos riesgos que conllevan en su vida la nueva situación de salud. Como segunda variable se propone la severidad percibida, esta va a estar dada por el grado de seriedad de las consecuencias que cree que la enfermedad le puede traer, estas consecuencias no van a ser solamente a nivel físico, sino también a nivel social como lo es la familia, el trabajo, amigos, además las consecuencias a nivel emocional y económico; cabe destacar que en esta variable sus consecuencias van a ser más intensas en aquellos individuos que presentan síntomas o que inclusive han tenido algún tipo de contacto con la misma anteriormente. (Lostao, 2000; Moreno y Roales, 2003; Díaz, 2020; Soto et al, 1997)

La tercera variable son los Beneficios percibidos, estos son aquellas acciones o conductas que va a desarrollar el individuo con el fin de prevenir la enfermedad o el agravamiento de esta, las creencias de la persona en cuanto a la modificación de su conducta para llevar a cabo estas acciones parten del sentido de efectividad y valor médico de estos nuevos hábitos para contrarrestar el riesgo que la persona ya posee. (Moreno y Roales, 2003;

Cabrera et al. 2001) Y por último la cuarta variable está relacionada con las barreras percibidas por los individuos, esto quiere decir como lo mencionan García y Baltazar (sf.) aquellas limitaciones u obstáculos que la persona puede presentar y que le imposibilitan enfrentarse a una enfermedad o le limitan realizar acciones preventivas; estas barreras van a implicar aspectos tales como el ámbito social, aspectos psicológicos y económicos.

Las creencias entonces sobre una patología van a ser fundamentales para determinar el tipo de afrontamiento que utilice frente a esta, ya que las ideas preconcebidas que poseemos van a dirigir nuestra conducta hacia esta; como bien lo señala Moreno y Roales (2003) estas ideas o creencias preconcebidas nos van a preparar psicológicamente para enfrentar una enfermedad específica.

2.5.2.1 Creencias: Son aquellas:

Ideas y prácticas generalizadas basadas en la tradición, las cuales son aceptadas regularmente de forma acrítica por los miembros de un específico grupo, comunidad o sociedad, las cuales se van formando a través de las ideas provenientes de diversas fuentes, que la persona va acomodando hasta establecer su explicación propia. (Sánchez, 2004 citando a Álvarez, 2002; p.79).

Estas como se menciona dentro del Modelo de Creencias en salud dejan en claro que las ideas preconcebidas sobre un tema son las que van a mediar para que enfrentemos un diagnóstico, en el caso de las enfermedades mientras vamos creciendo escuchamos como se menciona la mortalidad de algunas patologías sobre otras, lo peligrosas que son, de cuales nos debemos de cuidar y cómo tenemos que hacerlo; más sin embargo viene dada la información desde el clamor popular en cuanto a su experiencia con las mismas, de acuerdo a la experiencia que tengamos sobre determinada patología, así será el grado de experticia que podemos manejar en cuanto a la misma. Es por esta razón que al momento del diagnóstico la información al paciente resulta primordial ya que de lo contrario convergen todas estas nociones de la persona que pueden resultar no ser ciertas y a la larga genera otras ideas o sentimientos nocivos para el proceso de recuperación y el tratamiento.

Sánchez (2004) comenta que las enfermedades siempre van a ser entendidas desde una cultura determinada la cual va a influir en sobremanera la manera en que se vivencia,

esto porque las creencias contribuyen a que se incrementen incluso los síntomas de la persona ya que los métodos de afrontamiento no sólo van a estar dados por el sujeto en sí mismo sino que también por su contexto ya que su entorno le impulsará o no a buscar ayuda en cuanto al desarrollo de la enfermedad, sus tratamientos y nuevos hábitos o limitantes que debe asumir.

Esta influencia que se menciona, puede establecer aquellas amenazas que los pacientes perciben de su enfermedad y en el caso de que le otorgue más valor a los beneficios que a las barreras también esto tendrá que ver el contexto y lo que estos creen, ya que si estos individuos asumen un rol en donde lo social, lo familiar o lo laboral por ejemplo tienen más valor que el nivel de riesgo que poseen por tener diagnosticada una enfermedad a pesar de que exista un nivel de riesgo real y peligroso para su salud, si creen que el valor de estos componentes sociales están por encima de su estado de salud no tomarán acciones para prevenir el avance de la patología.

En este caso, la enfermedad cardiovascular ha sido percibida mundialmente como una enfermedad peligrosa, sobre todo por el aumento de casos y la mortalidad que ha tenido esta durante la última década; este sentido de riesgo va ligado a las emociones ya que además de percibir la enfermedad como algo peligroso para su vida, esto vino acompañado de sentimientos de temor frente a la condición lo cual como vimos en el Modelo de Creencias puede generar un cambio de conducta debido al riesgo percibido. Es importante mencionar que como lo menciona Barraza et al. (2021) afrontar un diagnóstico de enfermedad crónica no resulta fácil en parte por la cantidad de cambios que el paciente debe afrontar, estas resistencias que el autor comenta están dadas por aspectos contextuales de la persona ya que estos cambios le pueden afectar de manera negativa otros aspectos de su vida. Es por esta razón que las creencias van a influir en la adherencia al tratamiento, ya que Melo (2018) comenta que gran número de pacientes se adhieren al tratamiento, pero dependiendo de los síntomas que creen tener de su enfermedad.

La información de cómo va evolucionando el diagnóstico hasta en la etapa hospitalaria es básico ya que todos poseemos creencias y representaciones sociales que influyen en el afrontamiento de la enfermedad como es en el caso de aquellas enfermedades que se representan en sinónimos de muerte o de sufrimiento para la persona por lo cual puede hacer que esta se relegue a un estado de enfermedad o se activen procesos ansiosos o

depresivos por el diagnóstico, es por esto que identificar las creencias de los pacientes siempre resulta importante ya que de entrada se podrían modificar estas creencias con información acerca del diagnóstico y pronóstico de la enfermedad de manera que los pacientes puedan adherirse de mejor manera a los tratamientos y recomendaciones médicas.

2.5.2.2 Modelo de percepción de la enfermedad: Este modelo que surge desde las creencias que se posee de la enfermedad nos permite comprender la complejidad del impacto del diagnóstico de una enfermedad, estas percepciones van a ser “entendidas como el conjunto de pensamientos, emociones y actitudes que las personas desarrollan para hacer frente y convivir con ésta, se asocian a ciertos comportamientos de afrontamiento y de adaptación”. (Pacheco, 2011. p.71)

Es por esto que se propone que los pacientes mediante los modelos cognitivos que poseen van a tratar de explicar su enfermedad y su vivencia con la misma. (Quiceno y Vinaccia, 2010). Este modelo se enfoca en las percepciones de salud y enfermedad, las cuales van a influir en cómo el paciente recibe el diagnóstico, los síntomas desarrollados y la adherencia al tratamiento que se menciona en el apartado anterior; y es que debido a las experiencias previas de la persona ya sea a nivel personal o familiar con determinada patología es que va a percibir el nivel de riesgo que le genera su condición, de aquí que se desarrollen los mecanismos de afrontamiento. De igual manera como percibe su futuro y recuperación se va a ver mediado por estas percepciones que la persona haya interiorizado de los estados de salud, básicamente Quiceno y Vinaccia (2010) señalan qué variables se ven envueltas en los procesos de enfermedad:

- La identidad: Las enfermedades socialmente vienen con etiquetas, además de que dentro de nuestra cultura se tiene un pensamiento de presencia o ausencia de enfermedad lo cual impide visualizar estados de bienestar aun así estando enfermos (as).
- Las Consecuencias: estas son “las percepciones de los pacientes acerca de las implicaciones físicas, sociales y económicas que tendrá la enfermedad, así como a las reacciones emocionales que podrán surgir como consecuencias de las mismas” (p.61)
- Las Causas: estas son las ideas (reales o no) que posee la persona en relación precisamente a las causas de la enfermedad.

- La duración de la enfermedad: Aquí entran las expectativas de la persona en cuanto al tiempo en que puede tener la enfermedad, además del proceso de evolución de esta.

Cabe destacar también que Lugo et al. (2014) también identifican componentes que colaboran con esta percepción, primeramente, tenemos un componente emocional que se va a involucrar en estas creencias que poseemos como lo son la depresión, la ansiedad, el enojo o el miedo como parte del padecimiento y el diagnóstico y su tratamiento, este componente emocional siempre se va a ver involucrado en el momento de la noticia. También mencionan estos autores el componente cognitivo que va a involucrar lo señalado por Quiceno y Vinaccia (2010) sobre la identidad, sus causas, la temporalidad y consecuencias.

Para la elaboración de estos modelos de la enfermedad, Quiceno y Vinaccia (2010) mencionan a Meyer et al. (1985) y proponen que estas percepciones de la enfermedad pueden derivarse de diversas fuentes de información; estas son:

1. Las experiencias corporales del paciente como son la naturaleza, persistencia y severidad de sus síntomas
 2. Concepciones predominantes sobre la enfermedad en la cultura del individuo.
 3. La comunicación social obtenida por familiares o amigos o profesionales de la salud.
 4. Experiencias personales que en el pasado han tenido los sujetos con enfermedad.
- (p.62)

Este modelo nos permite entender las creencias del paciente no solamente como un fenómeno interno, sino que también como parte de un proceso de socialización que determina nuestra salud y nuestra enfermedad; esto es necesario de señalar ya que muchas de las percepciones de los pacientes de entrada a una enfermedad involucra muchas ideas erróneas acerca de las mismas, además que estas percepciones van a influir en sus ideas acerca del tratamiento, eficacia de la rehabilitación, efecto sobre los factores de riesgo y más importante su vivencia de la enfermedad.

2.5.2.3 Vivencias: Van a ser aquellas experiencias significativas que se son parte de un entorno en el cual vive la persona, para Guzmán y Saucedo (2015) la vivencia es la parte subjetiva de la cultura en donde la persona va a recibir los procesos del exterior y estos van

a ser interiorizados de manera que se pueda comprender la información y se transforma según la subjetividad de la persona. Aquellas vivencias significativas van a generar una transformación a nivel subjetivo por lo tanto pueden cambiar las cogniciones de la persona, la manera de ver el mundo y cómo va a percibir en este caso su patología.

En el caso de la enfermedad Cardiovascular Guillen et al. (2015) resalta que no podemos concebir las enfermedades desde la mirada médica únicamente, el estudio de diversos factores de riesgo reconocido y etapas de rehabilitación tienen que ser leídos desde los pacientes ya que de lo contrario estaríamos minimizando su realidad y su sufrimiento; la vivencia de un padecimiento conforma sentires desde los imaginarios de la persona, de aquellas nociones que pueden o no ser reales pero que son percibidas por estos y que siempre van a influir en la toma de decisiones del paciente en su día a día.

Vargas y Pulido (2012) señalan al respecto que entender cómo viven, qué piensan, qué sienten los pacientes con diversas enfermedades crónicas va a permitir entender el impacto que tiene la enfermedad en la vida del paciente y en sus familiares que en muchos casos sufren la enfermedad tanto o más que el mismo individuo; este tipo de intervenciones desde las vivencias no solamente a nivel psicológico, sino que también a nivel físico dentro de las unidades de rehabilitación y su introducción al proceso puede permitirnos desarrollar programas o intervenciones que procuren disminuir aquellas causas de estrés y/o ansiedad de manera que se pueda mejorar la calidad de vida de entrada a estos y que el impacto no sea tan grande.

2.5.2.4 Recibimiento del diagnóstico – Impacto de la Noticia: La enfermedad cardiovascular impacta la vida del paciente en sus diversos ámbitos, ya que la instancia psicológica se va a ver involucrada debido a que se va a afectar el sentido de sí mismo, las concepciones que poseía de lo que era ser él o ella. Parte de los primeros acercamientos que la persona va a tener con la patología además de la posible presencia de los síntomas, se encuentra el momento del diagnóstico el cual es el momento inicial de los cambios mencionados; Herrera et al. (2014) señala que la manera en que el profesional de salud entrega la noticia deja una marca no solamente en la persona, sino que también en la manera en que éste se dirija a los servicios de salud debido a la relación médico- paciente.

Estos autores comentan enfáticamente que la manera en que va a ser conversado el diagnóstico puede afectar también la comprensión de la información que el paciente reciba de su enfermedad ante lo cual si no se deja claro su pronóstico el nivel de esperanza frente a la misma puede variar dependiendo de las creencias que el individuo tenga y si estas no son aclaradas la adaptación a la patología puede resultar más complicada. Como hemos venido mencionando, el contexto y las creencias de una persona van a influir de gran manera en las actitudes de la persona, es por esto que no todas las personas necesariamente van a recibir la noticia de la misma manera, Rodríguez (sf.) señala que “Las reacciones a la mala noticia dependen también de la edad, las obligaciones personales y familiares, la experiencia previa de enfermedad, los valores y las creencias, etc. de los pacientes” (p. 30).

Konstantinidis y Cabello (2008) describen el modo de reaccionar de una gran parte de la población frente al diagnóstico de enfermedades que son consideradas “peligrosas” para la salud, como primera fase se da un choque inicial en donde se va a sentir como desconectado de su realidad en donde no cree el diagnóstico, como segunda fase se ha caracterizado por la desorganización de su pensamiento ya que este proceso de enfermedad se ve percibido como la pérdida de la salud ante lo cual se puede generar un proceso de duelo, y por último en la tercera fase se va a generar un retroceso que puede involucrar la evasión de la realidad el cual va a ir gradualmente transformándose en un proceso de adaptación. Es por esto que en algunas ocasiones es común que se perciba el diagnóstico como una crisis no solamente por el paciente sino también por su contexto ya que es una situación que implica reorganizar todos nuestros ámbitos tanto internos como externos; Carvajal (2017) señala que no en todos los casos este va a ser un proceso traumático, sino que también puede ser terapéutico debido al pronóstico de la enfermedad y entender aquellos síntomas que tal vez lo estaban aquejando.

Es requerido un seguimiento por estas fases desde el apoyo médico de manera que puedan sentirse acompañados en estos sentimientos y nuevos retos que van surgiendo día con día al inicio del proceso; el personal médico tiene que tener aspectos significativos del contexto del paciente de manera que se pueda anticipar dentro del proceso de rehabilitación la manera en que va a recibir esta noticia ya que el diagnóstico en sí mismo puede ser amenazante para la persona elevando los niveles de estrés y ansiedad en el cuerpo que pueden perdurar en el tiempo ya que se ha identificado trastornos de estrés postraumático derivados

del impacto de una enfermedad en especial crónica como lo es la enfermedad cardiovascular. (Carvajal, 2017; García et al. 2010).

2.5.3 Modelo Cognitivo

La base fundamental de estos modelos mencionados reside en el modelo Cognitivo en el cual se enfoca nuestra investigación, es de gran importancia analizar las creencias en salud de los pacientes desde este modelo ya que como lo menciona Álvarez (2002) estos pacientes desarrollan modelos cognitivos similares a partir de cambios corporales y los síntomas presentados durante la enfermedad. La psicología cognitiva sostiene que las creencias es una de las partes centrales de cada ser humano, pero aún más importante estas también se pueden ir modificando en el transcurso de la condición y durante el proceso de tratamiento para el mejoramiento de la salud.

Recordemos que la psicología cognitiva busca el entendimiento de diversos aspectos de las personas, tales como sus percepciones, la manera en que aprenden, la manera en que recordamos, pensamos y sentimos acerca de la información que se nos provee, por lo tanto, es un modelo que estudia la representación del conocimiento. (Sternberg & Sternberg, 2011). Asimismo, Schwartz (2021) nos habla como desde este enfoque se prioriza la comprensión de la adquisición de conocimientos, y como es la percepción y la memoria de los principales factores a tomar en cuenta para explicar nuestros procesos, es por esto que consideramos como parte de este encuadre teórico la comprensión de las características emocionales ya que nos permite ahondar no solamente en las percepciones de los pacientes, sino también en sus emociones, sensaciones, la memoria, representaciones que aporta el mundo, pensamientos; todos estos variables presentes en la teoría cognitiva. (Díaz, 2007).

CAPÍTULO III: Metodología

3.1 Enfoque y diseño de investigación

La presente investigación se desarrolló bajo el enfoque cualitativo, el cual, según Hernández et al. (2014) es el que permite “examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados.” (p.358).

Tuvo como objetivo indagar las características socioemocionales de los y las pacientes egresados de Fase Intrahospitalaria, en relación con sus vivencias sobre las Enfermedades Cardiovasculares (ECV), por lo que el enfoque cualitativo resultó pertinente de utilizar en tanto que, según Bedregal et al. (2017), este es idóneo para comprender en el ámbito clínico aquello que no se puede cuantificar. Estas mismas autoras exponen que los objetos de estudio del enfoque cualitativo pueden ser “las opiniones...creencias, percepciones, emociones de las personas, frente a problemáticas relacionadas con su salud.” (p.374), utilizando una lógica inductiva que implica la consideración del conocimiento emergente producto de las propias características de la población participante.

Así mismo, se utilizó el enfoque fenomenológico descriptivo, pues este indaga la comprensión de las características y experiencias en su complejidad, mediante los relatos y las historias que llevan a comprender el componente dinámico de los fenómenos de interés (Fuster, 2019). Y en esta misma línea, Hernández et al. (2014) explican que dicho enfoque tiene como principal propósito explorar, describir y comprender las experiencias de las personas en relación con un tema de estudio; descubriendo elementos comunes en dichas experiencias, es decir, “la esencia de la experiencia compartida” (p.493).

Por tanto, este enfoque de investigación fue adecuado para la presente propuesta, ya que permite conocer desde la propia historia de la población sus vivencias relacionadas a las ECV, sus experiencias compartidas al ser pacientes de un mismo programa, y todo aquello que les caracteriza como sujetos, alcanzando de esta manera la comprensión más exhaustiva del fenómeno de interés pues Monje (2011) asegura que “la fenomenología trata de

comprender los fenómenos a partir del sentido que adquieren las cosas para los individuos en el marco de su proyecto del mundo donde se originan” (p.12).

Finalmente, el tipo de estudio utilizado fue el estudio descriptivo, el cual, según Hernández et al. (2014) es aquél que “busca especificar características importantes de cualquier fenómeno que se analice” (p.92), así como las tendencias de una población, recogiendo información sobre los conceptos relacionados. Su pertenencia tiene que ver con que como su nombre lo indica, este tipo de estudio permitió describir la vivencia de las ECV en un grupo de pacientes egresados de Fase Intrahospitalaria en relación con sus características sociales y emocionales, así como con sus creencias en salud.

3.2 Procedimiento para la selección de participantes

Inicialmente, se tenía la intención de trabajar con pacientes hospitalizados y hospitalizadas en hospitales de la CCSS, no obstante, por regulaciones sanitarias asociadas a la pandemia de Covid-19, así como por el escaso desarrollo de la Fase I en el país, y por inconvenientes protocolarios; no fue posible acceder a población hospitalizada.

Por tanto, se trabajó con una población de pacientes pertenecientes al Centro de Rehabilitación Cardiovascular de la Escuela de Ciencias del Movimiento Humano y Calidad de Vida de la Universidad Nacional de Costa Rica (CIEMHCAVI), egresados y egresadas de la Fase Intrahospitalaria, es decir, que estuvieron en internamiento hospitalario a causa de su diagnóstico y/o patología, por la necesidad de investigación que presenta dicha fase. Se trabajó con seis pacientes, cumpliendo con la cantidad de personas recomendadas (de 3 a 8 personas) por Hernández et al. (2014) para el desarrollo de las técnicas de investigación que se presentarán posteriormente.

Respecto a características sociodemográficas, la población participante estuvo compuesta por cuatro hombres y dos mujeres, de entre los 60 y los 74 años, procedentes de contextos urbanos y correspondientes a un estrato socioeconómico medio.

El acercamiento a esta población fue posible gracias a la participación de las investigadoras en la Actividad Académica: APPSPENTO: Acompañamiento Psicológico en Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades No transmisibles y Obesidad, que se deriva del proyecto Promoviendo la Salud Cardiovascular: de lo Intrahospitalario a lo

Comunitario, propia de la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional, y a la colaboración de la CIEMHCAVI.

La selección de los participantes se realizó con el apoyo de las personas encargadas del Programa de Rehabilitación Cardiovascular de la CIEMHCAVI, y se trabajó con quienes cumplieran con los criterios de inclusión y que de forma voluntaria decidieron participar del estudio, según Hernández et al. (2010) esto correspondería a una muestra voluntaria o autoseleccionada ya que en esta “las personas se proponen como participantes en el estudio o responden activamente a una invitación” (p.396).

3.2.1 Criterios de Inclusión / Exclusión

A continuación, se presentan los criterios de inclusión y exclusión que fueron considerados en la realización de nuestro estudio.

Tabla 1

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
<ul style="list-style-type: none">- Que sean pertenecientes al programa de Rehabilitación Cardiovascular de la CIEMHCAVI.- Egresadas y egresados de la Fase Intrahospitalaria.- Que voluntariamente accedan a participar en la investigación, para respetar el principio de voluntariedad de los y las pacientes.	<ul style="list-style-type: none">- Personas que se comuniquen mediante LESCO, pues el equipo investigador no cuenta con una persona que pueda comunicarse de esta forma.- Personas con algún tipo de lesión importante a nivel cognitivo a raíz del evento cerebro cardiovascular u otras situaciones, que devengan en barreras en la comunicación.

Fuente: Elaboración propia

3.3 Técnicas para recolección de datos o información

La información de la investigación fue recabada mediante las siguientes técnicas de recolección:

3.3.1 Entrevista semiestructurada

Según Hernández et al. (2014) “las entrevistas semi estructuradas se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener más información” (p. 403). Este tipo de entrevista permite al entrevistado expresarse con mayor detalle sobre los aspectos de interés, pues según Schettini y Cortazzo (2016) mediante este tipo de entrevista es posible acceder a las percepciones y sentimientos de las personas entrevistadas. Así mismo, la entrevista semiestructurada mantiene suficiente flexibilidad para que quien entrevista pueda profundizar en temáticas emergentes durante la entrevista que resulten importantes para la investigación.

3.3.2 Grupo focal

Hernández et al (2014) definen los grupos focales como espacios en que la población participante y quienes investigan conversan a profundidad sobre los temas de interés de la investigación, pues en estos existe la intención prioritaria por saber “cómo los individuos forman un esquema o perspectiva de un problema a través de la interacción.” (p.408). Esto aportó a la recopilación de la información respecto a las características socioemocionales de la población en relación con sus vivencias individuales y grupales de la enfermedad cardiovascular.

3.4 Técnicas para la sistematización y análisis de la información

La principal técnica utilizada para la sistematización fue la triangulación, en tanto que, siguiendo a Hernández et al. (2014), por medio de esta se obtiene mayor profundidad y especificidad en el análisis al estar involucrados varios actores del proceso en estudio, así como distintas fuentes de información.

Se utilizó la triangulación de datos, planteada por Okuda y Gómez (2005) como aquella que involucra “la verificación y comparación de la información obtenida en diferentes momentos mediante los diferentes métodos” (p.121), logrando así reconocer las características de cada categoría de análisis, así como las similitudes y diferencias entre estas.

A continuación, se presentan de forma breve las categorías análisis de la información, y posteriormente, la relación de estas con nuestros objetivos y técnicas de recolección:

Tabla 2

Categorías de análisis de la información

Categoría	Descripción teórica breve
Ansiedad	Sensación de miedo u otros malestares emocionales intensos, en respuesta a una amenaza real o imaginaria; que puede desarrollar sintomatología fisiológica como palpitaciones, sudoración, falta de aire, entre otros. (Navas y Vargas, 2012, DSM V, 2013, Cruz et al, 2019.)
Depresión	Malestar emocional asociado al sentimiento de tristeza, alteración del ánimo, desesperanza, desmotivación, y en casos graves, incapacidad para desarrollar actividades básicas y cotidianas (OMS, 2019)
Estrés	Respuesta al proceso en que las demandas del entorno ponen en estado de alta tensión a la persona, trayendo cambios psicológicos y biológicos que, de presentarse de forma crónica, pueden ser perjudiciales para la salud. (Zavala et al., 2015)
Personalidad tipo A (Ira – Hostilidad)	Personalidad caracterizada por la impaciencia, conductas agresivas, hostilidad, competitividad, sobrecarga emocional, pérdida de control (explosiones de ira) y baja tolerancia a la frustración (Bonet y Suárez, 2011; Moyano et al., 2011).
Personalidad tipo D	Personalidad caracterizada por emociones desagradables e inhibición de estas, tensión, irritación, inhibición social, ansiedad, y depresión, visión negativa hacia si misma (o), y percepción de poco apoyo social. (Castellano y Nasarre, 2006, Reyes et al., 2016)
Redes de apoyo	Grupos de personas importantes para la persona paciente, con la cual mantiene un vínculo significativo basado en ayuda, apoyo, y acompañamiento en el proceso de salud – enfermedad (Shuki, 1979), funcionan como factores

	protectores y son fundamentales en el ámbito emocional y cognitivo (López et al., 2001).
Ámbito familiar	Grupo de personas inmediato al paciente, que pueden contribuir o afectar sus estados emocionales, así como el desarrollo de conductas cardioprotectoras. (Cruz et al., 2010), y que supone una modificación tras el evento o el diagnóstico de un miembro de la red.
Ámbito laboral	Trabajos con altos niveles de estrés o con sobrecarga laboral contribuyen al desarrollo de factores de riesgo como hipertensión, diabetes, sobrepeso, sedentarismo, entre otras complicaciones asociada al deterioro de la salud. (Ramírez et al., 2017)
Creencias en salud	Percepciones, creencias, ideas, u otras cogniciones asociadas al proceso de salud – enfermedad, específicamente a la vulnerabilidad ante la enfermedad, a la severidad de esta, y hacia los beneficios percibidos del tratamiento, que influyen en las decisiones que se toman sobre dicho proceso. (Lostao, 2000; Moreno y Roales, 2003; Díaz, 2020; Soto et al, 1997)
Vivencias relacionadas a la patología cardíaca	Experiencias significativas de la persona en relación con la enfermedad que porta (Guzmán y Saucedo, 2015), las cuales tienen un impacto en sus percepciones y conductas.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3

Categorías de análisis en relación con objetivos y técnicas

Objetivos	Categorías de análisis	Técnicas de recolección de la información	Técnicas de procesamiento de la información
Identificar las características emocionales presentes en la enfermedad cardiovascular en pacientes del grupo participante.	Características emocionales: -Ansiedad. -Depresión. -Estrés. -Personalidad tipo A (Ira – Hostilidad) Tipo D.	Entrevista semiestructurada y grupo focal	Triangulación

Reconocer características sociales acerca de la enfermedad cardiovascular en pacientes del grupo participante.	Características sociales: -Redes de apoyo. -Ámbito familiar. -Ámbito laboral.	Entrevista semiestructurada y grupo focal	Triangulación
Explorar la relación entre las características socioemocionales y las creencias en salud en función de la vivencia de la patología cardiovascular en pacientes del grupo participante.	-Creencias en salud. -Vivencias relacionadas a la patología cardíaca.	Entrevista semiestructurada y grupo focal	Triangulación

Fuente: Elaboración propia

3.5 Criterios para garantizar la calidad de la información

Para garantizar la calidad de la información se consideraron los criterios de inclusión y exclusión presentados en los apartados 3.2.1 y 3.2.2, asegurando así que la población entrevistada fuera la propicia para la investigación, posteriormente se registraron en audio (con la debida autorización de las y los participantes) las entrevistas semiestructuradas y grupos focales y se procedió a la sistematización de la información de estas.

3.6 Consideraciones éticas para la protección de los participantes de la investigación

En la investigación cualitativa la ética es particularmente importante, pues según Bedregal et al. (2017) en esta existe un encuentro entre quienes investigan y la población participante; y es mediante el diálogo que se desarrolla la construcción del conocimiento. Por ende, se contemplaron las principales consideraciones éticas expuestas por dichos autores: Aseguramiento de la voluntariedad y de la participación y el conocimiento de quienes participan (consentimiento informado), confidencialidad, y trato cuidadoso de la información, a su vez, se consideró el principio del valor científico (González, 2002) que en

este caso tiene que ver con el aporte a la Psicología de la Salud y a la Psicocardiología, así como el principio de no maleficencia y una proporción favorable de riesgos y beneficios.

Cabe mencionar que el presente Trabajo Final de Graduación fue presentado en su versión preliminar como anteproyecto de graduación, al Comité Ético Científico de la Universidad Nacional (CECUNA), en donde fue aprobado con correcciones que fueron incorporadas tanto en el protocolo como en el presente documento.

CAPÍTULO IV: Análisis De Resultados

A continuación, se exponen los resultados de la recolección de información, sintetizados según las categorías de análisis presentadas en apartados anteriores. Estos surgen de la realización de seis entrevistas con cuatro pacientes hombres y dos pacientes mujeres; de los cuales, tres (dos hombres y una mujer) participaron posteriormente en la realización del grupo focal.

5.1 Ansiedad

En el presente trabajo partimos de la conceptualización de la ansiedad como la aparición de emociones desagradables como el miedo, la tensión, y la preocupación; manifestadas de forma cognitiva, emocional y física ante situaciones amenazantes (DSM-V, 2013., Hernández, 2014., Cruz et al., 2019.), que puede presentarse en pacientes con enfermedades cardiovasculares como una respuesta emocional al diagnóstico y a la enfermedad (Cadena, 2014).

Dentro de la información recolectada en las entrevistas y el grupo focal, se encontró que las manifestaciones de sintomatología ansiosa expresada por las y los pacientes, era coincidente con la descripción anterior, y aparecía tanto antes, como durante y después de la hospitalización.

En los momentos previos al período de hospitalización podemos identificar dos escenarios: el breve paso por el servicio de urgencias en que se determina el evento cardiovascular y la necesidad de internamiento en cuatro de las personas participantes, y el proceso de preparación para una hospitalización programada previa a una intervención quirúrgica, para las otras dos personas.

En dichos escenarios que anteceden al internamiento, las personas participantes asociaron a la ansiedad con los nervios, las dudas, y la incertidumbre de cómo sería dicho proceso. Además, tres de los pacientes mencionaron experimentar preocupación no solo por si mismos sino por su familia, tanto por las consecuencias emocionales como económicas que dejaba su diagnóstico, su proceso de hospitalización, y el miedo de complicación de su enfermedad y de la muerte. Los pacientes conceptualizaron este sentimiento como “una preocupación paternal”, que les ocasionaba ansiedad de forma constante, al no querer causar

tristeza ni angustia a sus familias, ni a dejarles con complicaciones económicas asociadas a deudas y a gastos funerarios.

“Mi mayor preocupación era la muerte, y no porque tuviera miedo a la muerte, no, yo pienso que, diay, la muerte es parte de la vida, pero sí me preocupaba morirme porque hay muchas cosas que yo tengo pendientes y que indudablemente si yo me muero le van a quedar a mi esposa, no tenía miedo de morir, pero sí me preocupaba por los enredos que le quedaban a mi esposa” (Entrevista L)

“Mi mayor preocupación cuando me diagnosticaron fue la paternal. No puedo ser más honesto que eso. Me dolió que mis hijos supieran que su padre tiene un problema cardíaco y que lo están entendiendo, porque ellos saben, una cosa es decir tiene un problema cardíaco y ya. Pero no, no, ellos saben que Papá tiene una insuficiente cardíaca congestiva con un corazón con un 20% de vida, y ellos me aman, eso me causa dolor, ¿Por qué? Porque a mis seres amados les estoy provocando un dolor.” (Entrevista, A).

Con respecto al período de hospitalización propiamente, la ansiedad fue descrita por los pacientes como una sensación de impotencia, nervios, miedo e incertidumbre:

“Cuando uno entra al hospital, no tiene nada seguro”. (Grupo Focal)

Así como sensaciones de inseguridad e indefensión frente a la figura de médicos u otras personas del personal de salud cuyo trato no siempre es adecuado:

“Esa gente lo enferma a uno.” (Grupo Focal)

En relación con el período posterior a su egreso, mencionaron que han experimentado desesperación, sentido de urgencia, incertidumbre, y preocupación por no entender qué pasa en su corazón y en el resto de su cuerpo, así como por la adaptación a la nueva normalidad.

“La operación fue un alivio. Pero no queda uno tranquilo, queda uno muy afectadillo psicológicamente en el sentido en que te dan miedo las cosas” (Entrevista L).

Cabe hacer énfasis en que cinco de las seis personas participantes coincidieron en la experiencia constante del miedo: a complicaciones de la enfermedad, duración de la enfermedad (como “una enfermedad larga y dolorosa”), incapacidad, muerte, y también miedo a actividades diarias.

Acerca el miedo hacia las actividades diarias, se considera que este puede ser en alguna medida paralizante puesto que limita su cotidianidad y la realización de actividad física recomendada, y esto concuerda con Hernández et al. (2014), quienes aseguran que la ansiedad puede impedir la correcta adherencia a los tratamientos, pues si bien en el caso de las personas participantes de este estudio no se identificaron complicaciones asociadas a la adherencia del tratamiento farmacológico, sí se presentaron en cuanto a la adherencia a la actividad física y el ejercicio regulado (indicado entre el egreso hospitalario y la entrada a un PRC), ante el cual existe resistencia por el miedo a la aparición de un nuevo evento cardiovascular.

Finalmente, en cuanto a la experiencia fisiológica de la ansiedad tanto antes, como durante y después del período de hospitalización, se mencionó al llanto y a las alteraciones del ritmo cardíaco y respiratorio, lo cual coincide con la sintomatología expuesta por Navas y Vargas (2012) caracterizada por las palpitaciones y la falta de aire.

5.2 Depresión

La depresión se encuentra asociada con sentimientos de tristeza, desesperanza, desmotivación, e incapacidad de desarrollar actividades cotidianas (Pereira et al, 2019.), así como con fatiga (Hernández et al, 2014).

En cuatro de los seis casos, se identificó que esta sintomatología depresiva en las personas participantes precedía al proceso de hospitalización e incluso al diagnóstico de la enfermedad cardiovascular. Es decir, los sentimientos que las personas participantes asocian a la depresión se presentaban desde antes de desarrollar alguna complicación cardiovascular, y a la luz de la teoría, esto cobra relevancia pues la depresión es un factor de riesgo psicológico para las ECV no solo en cuanto a su progresión una vez que se padece, sino que puede preceder e influir en su aparición. Este hallazgo concuerda entonces con los planteamientos que indican que la depresión es un factor de riesgo que empeora la condición clínica de las personas con ECV y que es resultado del enfrentamiento a los cambios de vida que estas y otras enfermedades crónicas suponen (Lee, 2018), pero, que también representa un riesgo considerable desde antes de desarrollar este tipo de enfermedades, pues se relaciona con la adopción de conductas de riesgo para la salud (Vicario et al., 2020), así como con las posibilidades de padecer cardiopatía isquémica (Baeza et al., 2021) u otras ECV de forma

prematura en adultos que no necesariamente poseen otro tipo de factores de riesgo (Kwapong et al. 2023), y en general, las posibilidades de sufrir accidentes cardiovasculares con una mayor incidencia de cualquier ECV (Krittanawong et al. 2023).

Las causas de los episodios depresivos descritos tuvieron que ver con problemas familiares, experiencias traumáticas de otras enfermedades previas a la cardiovascular, y procesos de duelo: por pérdida de actividades laborales y por pérdida de familiares cercanos, por muerte o por separación:

“Yo me había pensionado, tenía seis meses de pensionado, y por situaciones propias de estar en mi casa, estar desocupado y ahí sin mucha cosa que hacer, eso me afectó un poquillo, yo me deprimí un poquito, eso hizo que se me elevara la presión y empezara a haber problemas, el médico se preocupó y vio una relación, me hizo exámenes a fondo y encontró que había un bloqueo en una de las arterias entonces me operaron.”

(Entrevista L)

“Esto (síntomatología depresiva) no es de ahora, esto lo traigo desde hace muchos años. De hecho, después de que muere mi madre, empecé con grupos de psicología, estuve en grupos de apoyo, porque la muerte de mi mamá yo como que no la asimilaba y ya tenía 5 años de muerta y yo la lloraba y la lloraba, entonces esto lo traigo arrastrando desde antes de la pandemia.” *(Entrevista N)*

“Yo siempre he padecido de depresiones, yo en la pandemia tuve una depresión como del 2021 al 2022 y yo pensé que me iba a morir.” *(Entrevista V)*

Este último punto podría reforzar la teoría de Mesa y Galindo (2015), quienes asocian el duelo con los eventos cardiovasculares, considerando los procesos de duelos como respuesta a las pérdidas reales o percibidas de personas, funciones, roles y relaciones (Carpenito, 1995).

Durante el proceso de hospitalización, las personas participantes aseguran haber sentido tristeza, nostalgia por su casa y su familia, y anhelo del egreso, además de experimentar un impacto emocional por ver el malestar físico y emocional de otras personas hospitalizadas. También, se encontró que la experiencia de dependencia de pacientes hacia el personal de salud para actividades básicas de higiene y alimentación produjo una sensación

de “denigración” por la pérdida de autonomía, impactando así en su autoestima y generando ideas de culpa por la omisión de hábitos saludables durante su vida; lo cual coincide con la información recopilada en nuestro marco teórico sobre los sentimientos de incapacidad, la disminución del autoestima, y las ideas de auto culpabilización (Varela, 2011., Rodríguez, 2017., Trejos, 2016., Aguirre, 2017.)

“Estar ahí y que te tengan que bañar en la cama, que te tengan que cambiar la bolsa, no poder moverte, es denigrante” (Entrevista M)

“No hice lo suficiente en cuestiones propias, mías, de estilos de vida saludables como para prevenir. Yo debí haber sido una persona de aplicar a mi vida más de lo que sabía, y no lo hice.” (Entrevista L)

Y, en los casos de pacientes que ya habían estado hospitalizados de forma previa por otras causas (como cáncer, malas praxis, complicaciones quirúrgicas, neumatosis uterina, entre otras patologías) se identificaron sentimientos de decepción, desesperanza, estrés y frustración:

“Dios mío, otra vez yo internado” (Entrevista M)

“Me sentía sola y yo decía ¿Por qué todo me pasa esto a mí? ¿Dios qué quieres más de mí?” (Entrevista N)

Esto brinda a nuestra investigación información que no se había considerado antes; que tiene que ver con la diferencia en la experiencia emocional de una persona que está por primera vez hospitalizada, en contraste con quienes ya han tenido procesos intrahospitalarios que han resultado particularmente estresantes y dolorosos. Al respecto, encontramos que Borsini y Young (2019) partiendo del concepto propuesto por Krumholz “Síndrome Post-Hospitalización”, expresan que los re - internamientos suelen deberse a: deterioro de comorbilidades previas, aparición de nuevas condiciones, o complicaciones asociadas a tratamientos, como lo es en el caso de las personas participantes de nuestra investigación, y que dichos procesos representan en sí mismos factores de estrés multifactoriales que promueven cambios tanto psicológicos como la ansiedad y la depresión, como fisiológicos y sociales.

También, existía cierto reclamo de las personas participantes hacia ellas mismas (auto culpabilización) y hacia el personal sanitario, por no haber contemplado el riesgo cardíaco durante los tratamientos de sus patologías previas, lo que conllevó a una decepcionante (según sus palabras) recaída en el hospital.

“No pensaba en el corazón, después me castigué, ¿Cómo es posible que yo no pensara que también el corazón se iba a afectar?” (Entrevista A)

En cuanto al período posterior al egreso, cinco de las seis personas participantes aseguran que la tristeza y la desesperanza han disminuido, sin embargo, una de ellas expresó que, si bien durante el período de hospitalización se sintió tranquilo, la afectación vino después, pues siente que perdió su sentido del humor y que se convirtió en alguien más silencioso y aislado.

“Tal vez yo no diga que la situación de mi estado emocional llevó a esa obstrucción del corazón, porque ya eso es de muchos años, pero pienso que al revés, esa obstrucción que yo estaba teniendo, y todos los efectos que yo estaba teniendo de presión alta, alteración de potasio, inflamación de un ganglio, no sé qué fue, me hicieron exámenes de todo, pero todas esas alteraciones que estaban siendo producto del problema cardíaco que estaba teniendo me afectaron anímicamente y hay una conexión directa: anímica – fisiológica, por ambos lados, si estás mal emocionalmente te vas a enfermar, y si estás enfermo te vas a sentir mal anímicamente, es en ambas vías” (Entrevista L)

5.3 Estrés

El estrés, entendido como la respuesta de tensión de una persona ante un proceso demandante (Hernández et al. 2014), producido por factores externos o por percepciones personales (Varela, 2011), cuando presenta cargas negativas (distrés), tiene relación a mediano y largo plazo con múltiples padecimientos de salud, incluyendo las ECV. (Zavala et al, 2015).

Las personas entrevistadas asociaron el estrés a la tensión y la preocupación que han experimentado de forma constante en sus vidas, no solamente durante el proceso hospitalario. Y, cabe mencionar que existía conocimiento en al menos dos de los pacientes, sobre la relación entre las cargas negativas de este sentimiento y el estado de salud:

“Todo eso afecta, el estrés mata gente” (Entrevista R)

“Estaba muy nervioso en el período entre el diagnóstico y la operación entonces me daba miedo infartarme” (Entrevista L)

En términos generales, entre los factores estresores se mencionaron los conflictos laborales, el endeudamiento económico, y los problemas familiares. Sobre estos últimos, también en dos de las entrevistas se mencionó que el estrés había sido un fenómeno constante en sus vidas por la historia familiar, desde la niñez marcada por el empobrecimiento y los entornos violentos, hasta la actualidad por la responsabilidad de proveer para sus familias y también, por el esfuerzo de mantener a estas unidas a pesar de los conflictos.

En lo que respecta al proceso de hospitalización propiamente, se mencionó que el estrés se relacionaba con el deseo de salir pronto, y con la convivencia con los diferentes miembros del personal de salud tanto con la persona misma como con personas hospitalizadas, pues:

“Hay gente inconsciente, a la que le da igual que usted esté bien o mal, que tenga o no tenga dolor, y no están pendientes, no tienen esa vocación para cuidar. Y cuando usted está ahí aprende a conocer los turnos de quiénes sí y quiénes no, y tiene que lidiar con los humores”. (Entrevista M)

“El personal deshumanizante, eso me frustraba. Los doctores no sacaban ni un minuto para explicarle a los otros pacientes y ellos tenían derecho a entender”

(Entrevista A)

Así mismo, encontramos que el entorno en que estaban las personas participantes y la capacidad de moverse por sí mismas fueron determinante en su vivencia del estrés, pues personas que estuvieron hospitalizadas en salones destinados a dichos procesos y que tenían mayor posibilidad de moverse de forma autónoma, aseguran haberse sentido más tranquilas, mientras las que estuvieron hospitalizadas en pasillos o espacios no adaptados dentro del área de emergencias y con complicaciones de movilidad y por ende, dependencia del personal sanitario, aseguran haber experimentado grandes cargas de estrés. Esto concuerda con la teoría de Borsini y Young (2019), quienes dividen los factores estresores del proceso de hospitalización en: Estrés físico (inmovilización, dolor, restricción de alimento, sedación y

anestesia, procedimientos, cirugía), estrés ambiental (ruido y luz, temperatura, pérdida de ritmos circadianos, cuidadores y acompañantes ajenos, ansiedad de familiares), y estrés psicológico (miedo a la enfermedad, miedo a la muerte, ansiedad y depresión, aislamiento social, abstinencia y pérdida de autonomía).

Con respecto al período post egreso, el estrés se asocia a la sintomatología propia de la ECV o esperable tras los procesos operatorios, pues expresan que:

“Cualquier síntoma puede ser alarmante, eso genera estrés al hacer los ejercicios”

(Entrevista L)

5.4 Tipos de Personalidad

Al considerar entonces los múltiples procesos que rodean la vivencia de una ECV (diagnóstico, hospitalización, intervenciones, sintomatología, rehabilitación, gravedad, etc.), como eventos estresores, partimos de que la percepción y las estrategias de afrontamiento ante ellos, van a estar relacionadas con los tipos de personalidad (Valls y Rueda, 2013), específicamente, con la personalidad tipo A y tipo D, como se mencionó anteriormente en la fundamentación teórica de esta investigación, las cuales se consideran factores de riesgo psicológicos.

Recordemos que la personalidad tipo A, está asociada con conductas agresivas, hostiles, necesidad de control, competitividad, sobrecarga, pérdida de control y baja tolerancia a la frustración (Bonet y Suárez, 2011., Moyano et al., 2011).

Cinco de las seis personas entrevistadas tienen características coincidentes con la descripción de la Personalidad tipo A:

“Yo soy personalidad tipo A, hice mucho estudio de eso” (Entrevista L)

“Soy sumamente inteligente entonces ténganme miedo, yo puedo hacer cosas muy altruistas y geniales, pero tengo la misma mente para ser perverso” (Entrevista A)

“Yo le pedía a Dios un corazón de carne, porque yo era muy duro, muy indiferente”

(Entrevista M)

En términos generales, las personas que se identifican con rasgos tipo A destacan características beneficiosas como la firmeza de carácter, la capacidad de decisión, la responsabilidad, la sociabilidad, la consideración, la fortaleza, y el cuidado; lo cual resulta oportuno para su adherencia al tratamiento y el cuidado general de su enfermedad. Y, por otra parte, como características perjudiciales de su personalidad mencionan la agresividad, irresponsabilidad afectiva, la obsesión con ciertos temas, el orgullo, la exaltación de sí mismos, la preocupación constante y la incapacidad de desprenderse de ella, así como la dificultad para relacionarse.

Por el contrario, la personalidad tipo D, se caracteriza por la inhibición de emociones desagradables, tensión, irritación, inhibición social, ansiedad, y depresión, y mala percepción de la persona misma (Bonet y Suárez, 2011., Moyano et al., 2011) y puede relacionarse también con actitudes de amabilidad, altruismo y de ayuda (Lemos, 2020). Solo una de las personas participantes mencionó características que pueden asociarse con la personalidad tipo D, entre ellas: la preocupación excesiva por las demás personas, la ansiedad y la inhibición social, y la disposición para ayudar. Con respecto a esta última característica, existe una ambigüedad entre el beneficio y perjuicio de esta, porque si bien se percibe como una virtud, se reconoce que tiene implicaciones negativas para su propia salud:

“Yo soy una persona muy humanitaria, me gusta ayudar, pero eso tiene consecuencias negativas porque por mi personalidad me preocupo mucho siempre y me entrego hasta lo último” (Entrevista V)

En cuanto al proceso de hospitalización, los aspectos que destacaron en tres de las personas que se identificaron con rasgos de la personalidad tipo A, fueron la preocupación constante por la salud propia y por su familia, así como la baja tolerancia a la frustración en cuánto a la sensación de pérdida de control, y en el caso de la paciente con personalidad tipo D, la inhibición de emociones con el fin de “no preocupar” a sus personas allegadas, así como una preocupación por ellas. En ambos casos, se identificó que dichos aspectos permanecieron en el período posterior al egreso, no obstante, en este también resultó elemental la fortaleza y disciplina que caracteriza a las personas con personalidad tipo A para la adherencia a su tratamiento.

Lo anterior resalta la importancia de la personalidad como un factor que puede vulnerabilizar o proteger frente a la aparición, el desarrollo, y el pronóstico de ECV.

5.5 Redes de apoyo

Las redes de apoyo, fundamentales en el ámbito emocional y cognitivo de la persona paciente (López et al., 2001) funcionan como factores protectores frente al estrés y otros sentimientos desagradables y fortalecen la funcionalidad personal después de los procesos de hospitalización (Elmasian, 2012), así mismo, pueden reducir la sintomatología ansiosa y depresiva y la reactividad cardiovascular, y favorecer la adherencia a los tratamientos (Núñez, 2015).

Sobre esto, encontramos que las principales redes de apoyo de las personas participantes durante la vivencia de su ECV han sido: sus familias nucleares (pareja e hijas o hijos) y extendidas (hermanos y hermanas), amistades, compañeros y compañeras de trabajo, y personas de iglesias cristianas en las que participan.

5.6 Respuesta Familiar

En términos generales, la familia tiene un papel elemental en el soporte de las personas con ECV, al ser en muchos de los casos, el grupo inmediato de personas con las cuales se convive y, por tanto, la principal fuente de apoyo emocional e instrumental (Arteaga et al., 2019). A su vez, las dinámicas familiares influyen en los estilos de vida saludables o malsanos (Poma et al, 2018) relacionándose así con el mantenimiento o la ausencia de conductas cardioprotectoras.

La totalidad de pacientes que participaron en la investigación aseguraron sentir satisfacción con la respuesta familiar recibida en cuanto al apoyo de sus hijas e hijos. Aseguran haber recibido apoyo emocional y económico, cuidado, atención, y acompañamiento durante el proceso de hospitalización y después de su egreso; lo que ha contribuido a la disminución de emociones desagradables.

“Somos muy prácticos. Yo diría que eso ayuda porque le da a uno tranquilidad”

(Entrevista R)

“En mi familia hubo una total unión” (Entrevista L)

“Hasta me dan ganas de llorar porque me prometieron que me iban a cuidar, y lo hicieron” (Entrevista N)

No obstante, se mencionó también que a veces el cuidado puede resultar abrumador, cuando las personas participantes lo perciben como excesivo.

“He tenido un exceso de cuidado, mis hijos me sobreprotegen y no me dejan hacer nada y me cae mal estar dependiendo.” (Entrevista N)

“Me siento presionado cuando me preguntan siempre por la presión arterial” (Entrevista L)

Por otro lado, si bien en todos los casos se aseguró que se recibe apoyo por parte de hijas e hijos, en lo que respecta a las parejas, hubo una diferencia entre quienes cuentan con ese apoyo y quiénes no: quiénes se encuentran en una relación y reciben apoyo de parte sus esposas y esposos, lo mencionaron como parte del apoyo y el cuidado general en su núcleo familiar, sin embargo, quiénes tienen pareja y no perciben que esta les apoye, hicieron hincapié en lo que les significa dicha ausencia.

Sobre esto, Elmasian (2012) asegura que las dinámicas de pareja influyen en la evolución de la enfermedad, puesto que el estrés conyugal se relaciona con menores índices de calidad de vida; y en el relato de una de las personas participantes, se identificó que esta ha recibido violencia emocional y verbal por parte de su cónyuge, así como comportamientos caracterizados por el machismo y la indiferencia, lo que aumenta la sensación de intranquilidad y la preocupación.

5.7 Ámbito laboral

Las actividades laborales de las personas participantes son muy variadas. Contamos con personas trabajadoras del hogar (dos) pensionadas del sector tanto público (una) como privado (dos), y asalariadas en empresas privadas (una).

Durante los procesos de hospitalización y también, durante la investigación realizada, solo una de las personas se encontraba laborando. Esta aseguró que, tras el evento cardiovascular y el internamiento, se forzó a delegar algunas tareas y a buscar formas de facilitar otras a través de medios digitales, con el fin de aligerar todo lo posible la carga

laboral que podía resultarle estresante. No obstante, en ninguna de las personas participantes se identificó que el trabajo significara o hubiera significado en algún momento, una carga mental y física demasiado pesada que influyera en su proceso de hospitalización. Y, por el contrario, la persona asalariada reconoció la empatía y el cuidado de su equipo de trabajo, lo cual coincide con el planteamiento de Ramírez et al. (2017) al considerar el trabajo como una posible red de apoyo.

5.8 Creencias en Salud

Una de las teorías ampliamente utilizadas en la promoción de la salud es precisamente el modelo de creencias en salud, el cual como parte de este tiene un importante elemento cognitivo como la percepción la cual es una de las bases para entender y explicar una variedad de conductas tales como la respuesta individual ante el diagnóstico de una enfermedad y sus síntomas. La diversidad de factores que influyen en que las personas no solamente prevengan una enfermedad, si no que comprendan su diagnóstico y logren adherirse tanto a tratamientos como al proceso de rehabilitación va a estar determinada mediante estas creencias ya que como mencionan Anokye et al. (2023):

Las creencias de las personas sobre su susceptibilidad, los beneficios percibidos y su sentido de autoeficacia están estrechamente vinculados con la adopción y el uso de medidas preventivas para enfermedades comunes tratables (...) estas intervenciones fomentaban la confianza individual al adoptar comportamientos beneficiosos para la salud. (p. 38)

A partir de la información brindada por los pacientes se encuentran creencias en torno al nivel de vulnerabilidad donde los participantes en su totalidad antes del diagnóstico mencionan que no tenían presente a las enfermedades cardiovasculares en donde sí las percibían como patologías “*serias o peligrosas*”, pero no sentían ningún tipo de vulnerabilidad frente a estas. En la gran mayoría de los casos mencionaron que previo a su valoración médica no había pensado en realizar acciones para su prevención y que fue hasta después de esta que dimensionaron la “*seriedad*” de las mismas; de igual manera estas hicieron que valoraran los nuevos riesgos y dificultades que implicaba en su vida la nueva situación de salud.

Uno de los participantes menciona respecto a la enfermedad cardiovascular que _
“Me cambió la percepción totalmente, antes lo veía desde la teoría pero que vivirlo es otra realidad cuando siente los dolores de pecho, ahí ya es diferente la teoría a la vivencia” (Entrevista L)

Y es que como lo menciona el Modelo de Creencias en Salud la severidad percibida es una de las variables fundamentales en los procesos de enfermedad ya que la gran mayoría de participantes comentaron que a partir del momento en que sufrieron el evento o fueron diagnosticados se sintieron “preocupados” a nivel familiar, a nivel social, y principalmente en el ámbito personal debido a que deben ser más cuidadosos siendo este cuidado parte de las Barreras percibidas “que la persona presenta y que le pueden imposibilitar enfrentarse a su diagnóstico o le limiten realizar cualquier tipo de acción preventiva para detener el avance y gravedad de la misma” (Díaz, 2020) . Aunado a esto, es importante mencionar que las creencias acerca de una enfermedad van a ser entendidas siempre desde el contexto inmediato de quien las padece, en este caso influyendo en su vivencia; es por esto que es fundamental rescatar que de acuerdo a lo mencionado por los pacientes una vez que los doctores les informaron acerca de padecer esta enfermedad, en su gran mayoría, pensaron en la probabilidad de la muerte ya que aunque sí reconocen el avance de la tecnología en ese campo, comentan que han conocido o escuchado de personas que han muerto de las mismas por lo tanto se convirtió en una “amenaza latente” ya que

“No solamente te puede matar sino dejar imposibilitado” (Entrevista M)

Y es que como lo mencionan Quiceno y Vinaccia (2010) acerca del modelo de la percepción de la enfermedad, las 4 variables que analizan se encuentran presentes en el discurso de los pacientes donde la identidad de la enfermedad, en este caso de la enfermedad cardiovascular para los pacientes venía acompañada de una etiqueta la cual era la muerte al ser una de las patologías con más riesgo de presentarse en el país. De igual manera las variables de consecuencias y causas se mencionaron por los participantes donde una vez realizado el diagnóstico pensaron en las repercusiones que esta les podía generar tanto a corto como largo plazo, cabe destacar que la gran mayoría de estas limitaciones mencionadas venían dadas por lo que han escuchado previamente ya fuera en la televisión, como de personas cercanas o familiares y no necesariamente de lo comentado por el personal médico.

“Percibo la enfermedad como algo muy dañino, algo que lo puede llevar a la muerte, de las enfermedades más complicadas que hay... te podés morir en cualquier momento” (Entrevista L)

Como podemos apreciar, toda enfermedad siempre va a venir acompañada de percepciones que se convertirán en pensamientos y acciones para hacerle frente a la misma (Pacheco 2011), donde a raíz de nuestra investigación podemos estar de acuerdo con lo mencionado por este autor ya que todos los participantes desde antes de ser intervenidos y recibir las ordenes médicas, tuvieron un pensamiento casi fatalista acerca de esta, ya que, no solamente habían escuchado lo difícil que era convivir con ella, sino que también imaginaban que las probabilidades de vivir se les había disminuido y en el caso de sobrevivir lo difícil que serían las limitaciones a las que tenían que someterse. Estas creencias mediaron en el proceso de hospitalización de los pacientes ya que generaron un conjunto de síntomas psicológicos tanto antes como después de la misma al fundar sus opiniones las concepciones previas que tenían acerca de la enfermedad.

“Pensaba primero que qué bonito morirse del corazón de un momento a otro, pero que del otro lado que preocupante porque si existe una afección al corazón ya tiene que hacer una vida diferente.” (Entrevista V)

Mendoza et al. (2008) mencionan que al hablar de las enfermedades cardiovasculares son muchas las personas las que consideran que estas están relacionadas en muchos casos con muerte súbita, que como podemos ver los participantes de nuestro estudio pensaban de la misma manera, ya que su primer pensamiento no fue de rehabilitarse sino pensar en la muerte y las consecuencias de la misma; y es que estas percepciones pueden tener un impacto en el estado emocional de la persona durante la recuperación ya que al día de la realización de las entrevistas y grupos focales, esta era aún una posibilidad para ellos. Y es que parte de lo que les generaba y genera mucha incertidumbre durante el proceso es este concepto de las ECV que tienen en torno al peligro de este tipo de operaciones o la recuperación, además del temor a la enfermedad misma, que como podemos observar persisten concepciones negativas relacionadas siempre a dos factores: muerte e invalidez.

5.9 Vivencia de la patología

Rodríguez (s.f.) menciona que las enfermedades, en especial las crónicas van a tener un gran impacto no solamente en la vida de las personas que las padecen sino que también en los diversos ámbitos que los rodean, una parte fundamental de lo que comenta es el cambio que se genera en el autoconcepto el cual se puede ver afectado desde el momento del diagnóstico, ya que para muchos pacientes esto conlleva un cambio en su estilo de vida más teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente acerca de los tipos de personalidades tan marcadas de los participantes. Al vivirse la patología desde el momento del diagnóstico y/o subsecuente proceso de hospitalización que en muchas ocasiones como en el caso de estos fue sorpresiva ya que no tenían síntomas tan marcados anteriormente que les hiciera pensar que podían estar vulnerables a una ECV, esto puede generar una crisis para la persona que pasa por este proceso que como lo menciona Peña et al. (2019) este tipo de hospitalización puede generar alguna alteración en el paciente de índole psicológico como ansiedad y estrés.

Además, al ser un proceso patológico es común que los pacientes experimenten cambios relacionados con pérdidas de rol, su estatus, alteraciones corporales y de autoimagen, y tan solo el hecho de tener altos grados de incertidumbre en lo que respecta a su propia vida esto hace que como lo comentan Guzmán y Saucedo (2015) se genere una transformación a nivel subjetivo que conforme avanza la enfermedad sus cogniciones van cambiando mientras entiende y vive la misma; en el caso de los participantes el concepto de la muerte todavía es muy vivido y hacen referencia en este tiempo que llevan conviviendo con la patología ya que al ahondar en este tiempo que ha pasado desde su hospitalización mencionan que

“Mi mayor miedo es la muerte, no tanto en si por morirme ya que es parte de la vida, sino porque tengo muchas cosas pendientes” (Entrevista L)

“He pasado por mucho, si yo voy a quedar así prefiero morirme, yo quiero hacer todavía mucho” (Entrevista A)

“Una de mis mayores preocupaciones cuando me diagnosticaron fue morirme, pensaba en mi familia en que ellas van a sufrir; y mi esposo, porque yo soy muy atenta con las cosas de él...como les puedo dar un susto tan grande” (Entrevista V)

“Esta es una enfermedad caracterizada por incertidumbre y temor” (Grupo Focal)

Como se puede apreciar se caracteriza la enfermedad mediante la incertidumbre que esto les genera y les puede generar a su familia ya que al estar saliendo de un proceso de hospitalización, todavía persiste este sentimiento de pérdida siendo este uno de los descubrimientos durante la investigación ya que abarca no solamente el ámbito personal, de sus proyectos, sueños y metas que las conceptualizan como pausadas por la patología, además el ámbito familiar mencionado anteriormente también resurge cuando se habla de su vivencia ya que para todos los entrevistados este es uno de sus pilares en la recuperación. De igual manera, de acuerdo con lo que comentan su vivencia de cierto modo ha logrado ir cambiando les “*ha tocado*” reinventarse para poder sobrellevar a la enfermedad y en si poder llevar de mejor manera el proceso de rehabilitación que tienen por delante.

“Ha sido un estate quieto, está tranquilo... sé que tengo que hacer cosas con calma y despacio” (Entrevista R)

Este sentimiento es compartido por los participantes que comentan han tenido que ir cambiando sus viejos hábitos ya que

“Uno todo lo hacía, ay no yo hacía de todo en mi casa y son cosas que he tenido que aprender que puedo hacerlas, pero no recargarme”

“Ah sí, yo también, es que parecía un trompo, no tenía descanso” (Grupo Focal)

Los pacientes informaron sentir al principio temor por dejar de hacer las actividades que usualmente hacían, sin embargo, refirieron que ahora han ido aceptando su realidad y se sienten alegres de poder contar con el sistema de salud, además de que el hecho de empezar propiamente la Rehabilitación Cardíaca les ha dado esperanza pero que eso va de la mano con los cambios realizados. Vargas y Pulido (2012) señala la importancia de la resignificación de la enfermedad, además de observarla mediante los ojos de los pacientes ya que la vivencia

de un padecimiento se conforma en gran parte desde los imaginarios y percepciones de la persona pero que esto va a influir en gran manera en las decisiones de los pacientes día a día, y es que este cambio en su estilo de vida fue visto en la gran mayoría de los participantes como algo positivo para su vida ya que lo ven como un medio para lograr recuperarse y pieza básica de su tratamiento lo cual fue un descubrimiento durante la presente investigación.

“Sí, tuve temor de morirme, pero eso me llevo a cuidarme.... he hecho cambios drásticos en la alimentación y el ejercicio; y simplemente me cambió la vida. Esto hace que vuelva a poner en perspectiva los cambios que debo hacer... volver a estar activo y estar haciendo caminatas por mi salud” (Grupo Focal)

“A veces me pone un poco frustrado porque yo era muy energético y hacia muchas cosas... aun así yo he hecho exactamente casi lo mismo de siempre, tengo muchos sueños por cumplir, si yo llego a rehabilitarme del corazón yo puedo volver a disfrutar muchas cosas, tengo la esperanza de que se recupere.” (Entrevista A)

La información recolectada nos permite coincidir con el planteamiento de Ledón (2011), quién entiende que una enfermedad crónica, requiere un reajuste de actividades no quién la porta, sino de todo su entorno. Estos reajustes sociales, familiares e individuales, despiertan preocupaciones; relacionadas con la sensación que la persona experimenta de estar imposibilitada o limitada en actividades diarias como las tareas domésticas y el cuidado familiar, y esto, lo podemos observar en el discurso de las personas participantes; sin distinción de género.

“Una de las mayores preocupaciones cuando me diagnosticaron fue morirme, es que no puede uno dejar de pensar en la familia” (Grupo Focal)

“Si tengo temor a morirme, más que todo por el impacto que eso causaría en mi familia.” (Entrevista M)

Otro de los hallazgos durante la investigación es la relación tan estrecha que tienen la salud y la enfermedad en los pacientes donde la enfermedad fue conceptualizada como ausencia de salud, no como una condición o un estado, más sin embargo en su gran mayoría la enfermedad es un medio para ser saludable; y es que como menciona Hirsch (2010) las personas que padecen de una enfermedad crónica también pueden pasar por un proceso de

duelo en este caso ante la pérdida de salud, y mucho de esto lo podemos encontrar como parte de lo comentado por los participantes en donde parte de esta vivencia ha sido aprender a amoldarse a los requerimientos médicos y nuevos estilos de vida donde han tenido que modificar o aplazar mucha de sus actividades cotidianas, además de percibirse desde otro rol dentro de la dinámica familiar ya que mencionan que en su mayoría los hijos e hijas o esposas que se mantienen muy pendientes de su salud a diferencia de la dinámica que tenían antes del evento, “La experiencia de la enfermedad es representada como pérdida de algo considerado muy importante e insustituible para que el individuo pueda vivir: la salud.” (Simoes y Souza, 2011, p.66)

Es importante señalar que para los participantes asociar la palabra salud viene de gran manera ligada a retomar actividades ya que ese es una de las razones mencionadas por los cuales se sienten motivados por el proceso de Rehabilitación pero sin dejar de lado como mencionan que son conscientes que es una enfermedad de la que el cuidado es para toda la vida, y es que Ledón (2011) señala la importancia de aceptar la enfermedad ya que se ha relacionado con la resiliencia y mayor apoyo familiar y social ya que dar este paso permite en la mayoría de casos a darle un nuevo significado a la vida ante este tipo de eventos que como se mencionó anteriormente resignificar el concepto de enfermedad.

“He vivido la enfermedad tranquila, pero siempre trato de hacer las cosas tranquilas, mientras pueda lavar, limpiar, cocinar, pasear a algún lado la vida sigue.”
(Entrevista V)

Si usted me preguntara que es la enfermedad cardiovascular para mí... le diría que invertir en su vejez y le diría los jóvenes... invertir en vida saludable, menos estrés y vida más calmada. (Entrevista L)

Como se hizo mención, la vivencia ha ido modificando día con día y es que Ledón (ibid.) argumenta que este proceso de duelo es gradual y mientras se va completando y transcurre el tiempo desde el diagnóstico y la hospitalización el paciente va generando herramientas y mecanismos de adaptación a la misma.

5.10 Relación Médico Paciente

La entrada a la enfermedad en los y las pacientes se da siempre de la mano del personal de salud, ya sea en una consulta médica de chequeo, en emergencias, en sala de recuperación, o en cualquier otro espacio de los centros de salud, esta relación va a ser fundamental ya que va a moldear las primeras creencias y percepciones de la persona, al ser su primera impresión determinante en la vivencia de su enfermedad, la adherencia al tratamiento e incluso estados psicológicos que pueden o no repercutir en la rehabilitación; es por esto que indagar en este lazo es indispensable para entender cómo fue su proceso de hospitalización y posterior recuperación.

A partir de lo comentado por las personas participantes, rescatamos que en su totalidad expresaron sentirse agradecidos y satisfechos por el trato médico con los doctores que estuvieron a cargo de sus diferentes procedimientos y seguimiento ya que señalan que les “salvaron la vida” y que siempre se “preocupaban mucho por ellos”, sin embargo es con el personal auxiliar que cuatro de los seis participantes expresan una leve molestia ya que al encontrarse en un estado que ellos consideran vulnerable necesitan constantes cuidados y comentan que existían enfermeras que cuando sabían le tocaba el turno era mejor no pedir nada hasta que lo cambiaran; esto concuerda con lo expresado en nuestro marco teórico en relación a la necesidad de empatía en el personal de salud ya que como lo mencionan Sánchez y Contreras (2014) los pacientes se sienten más seguros con aquel personal que demuestren más empatía hacia la situación de salud en la que se encuentran.

“El personal médico deshumanizado, yo ponía a los pacientes a respetar sus derechos, algunos se rebelaron, yo los ayudaba y les leía los signos y lo que tenían y llegaban y no sacaban ni un minuto para explicar y todos tenemos derecho a entender por qué.” (Entrevista A)

Como se ha expresado con anterioridad y como lo menciona estos mismos autores, las decisiones que tomen los médicos y lo que se le diga al paciente va a marcar su destino, donde la comunicación resultó ser el común denominador en los participantes ya que señalaron que eso los hizo tener el sentir de que realmente estaban siendo “cuidados”, es importante mencionar que la información acerca del diagnóstico que se le brinde al paciente en muchos casos ayuda a limitar la respuesta ansiosa que se genera al no saber qué cuidados

tener o que actividades puede realizar, y en este caso se logra identificar que efectivamente conocer a detalle su patología los ayudó a estar un poco más tranquilos tanto en la hospitalización como al momento de las entrevistas; caso contrario al personal que no tenía esta flexibilidad de hablar con ellos o preguntarles cómo se estaban sintiendo donde más bien había que “aguantarse” hasta que ese turno terminara para poder pedir algo. Si es primordial como parte de esta investigación recalcar nuevamente que estos fueron casos aislados, donde fueron más experiencias positivas las que mencionan los participantes que negativas.

“No puedo hablar absolutamente nada, no tengo queja del trato o del personal”
(Entrevista N)

Debemos enfatizar que los procesos de rehabilitación en el que se encuentran y por lo tanto su posterior comunicación se ha realizado en gran medida con el personal de la Escuela de Ciencias del Movimiento Humano y Calidad de Vida de la Universidad Nacional, cuatro de las personas participantes llevan su proceso médico tanto en la CCSS como en privado, y dos de ellas únicamente en hospitales privados. De igual manera, a nivel general mencionan que se han sentido “acuerpados” por el personal y en especial por aquellos que estuvieron en su hospitalización ya que cuatro de las seis personas participantes señalan que les explicaron tan bien que sintieron confianza en su pronóstico.

“Las citas con los doctores me ayudaron a tener confianza, la verdad.” (Entrevista L)

“Me explicaron todo tan bien que yo sí me sentí muy agradecido porque estando hospitalizado uno está muy asustado, pero que lleguen y le pregunten que como se siente y se vea que se toman su tiempo yo lo agradecí mucho... hasta le explicaron a mi familia”
(Grupo Focal)

Parte de los pacientes que sí mostraron cierto grado de incertidumbre por el proceso mencionaron que no se sintieron “escuchados”, ya que todavía tenían muchas dudas de los procedimientos realizados y en si de los cuidados pero que nadie había sido claro con ellos, además de esto en uno de los casos menciono que se sintió triste ya que una de las primeras cosas que le dijo el médico en el hospital fue

“No se me emocione para nada, ira, enojo, risa, diversión... mejor evite.”

(Entrevista A)

Esto le hizo sentir que ya no iba a poder disfrutar nada de la vida nunca más y menciona además que le sirvió muchísimo su doctor de cabecera para entender realmente que era lo que padecía y ver que realmente si podía seguir con su vida, pero que si se preocupó mucho en un inicio con esa frase porque consideró que era mejor morir que vivir así; y con esto volvemos a hacer énfasis en el poder que sostiene el médico ante el paciente ya que a pesar de ser un caso aislado dentro de esta investigación, la manera en que se comunica un diagnóstico tiene mucho peso para la persona que lo padece, más si no tiene conocimientos respecto a la patología o no tiene recursos para escuchar una segunda opinión. Esto coincide con la información recopilada en el marco teórico donde Arrubarrena (2011) manifiesta que dependiendo de lo que el médico exteriorice y cómo lo haga que esto pueda generar un efecto extremadamente negativo para el paciente si este llega a visualizar su patología como un daño en el cuerpo irreparable, las dudas de la persona deben ser abordadas ya que pueden incrementar factores de riesgo de índole emocional al generar estrés, depresión o ansiedad, e incluso factores de riesgo físicos como en el caso de uno de los pacientes entrevistados.

“Siento mucho miedo porque no entiendo cómo funcionan los procedimientos que me hicieron en el corazón, y como no puedo entender bien mi estado y mi recuperación me asusta y me tiene muy preocupado” (Entrevista M)

“A mí es que no me gusta tanto el trato de la Caja, me daba pereza hasta operarme por esto, a veces duran demasiado y las citas duran mucho y me da preocupación” (Grupo Focal)

5.11 Espiritualidad

Una de las temáticas que no habíamos considerado en las categorías de análisis, fue la espiritualidad como parte del sostén de los pacientes durante el proceso de hospitalización. Tanto en las entrevistas como en el grupo focal se hizo especial énfasis en diversas ocasiones del apoyo que esto les hizo sentir, ya que les permitió no sentirse “solos” y que actualmente ha contribuido en mantenerlos motivados durante la vivencia de la Enfermedad Cardiovascular. Como lo mencionan diversos autores, la enfermedad crónica en muchas

ocasiones genera una transformación, lo que ocasiona nuevas herramientas de afrontamiento, en este caso siendo la espiritualidad la manera en que logran entender y darle sentido a su situación de salud.

Castro et al. (2013) conceptualizan la espiritualidad como la “búsqueda personal del propósito y significado de la vida pudiendo incorporar o no a la religión” (p.21) y es que estos mismos autores señalan que muchos pacientes retrataban este concepto como de los más vitales en su proceso de aceptación ya que les permitía sobrellevar la enfermedad en donde generaba una sensación de “menguar” la incertidumbre generada por el diagnóstico. Como parte de los resultados obtenidos en relación con esta variable, les brinda un marco interpretativo que les permite regularse tanto psicológicamente como fisiológicamente al pensar que su destino “*quedaba en manos de Dios*”.

Es fundamental recordar que a lo largo de las investigaciones en pacientes crónicos, las prácticas religiosas han tenido efectos favorables sobre medidas fisiológicas como lo son la presión arterial, la función inmunológica y sobre la depresión y la ansiedad presentes en los pacientes; y es que la espiritualidad les permite disminuir la presencia de emociones negativas constantes que les genera su enfermedad; además de esto es importante mencionar que estas prácticas le permiten a la persona a tener esperanza y optimismo, emociones que son vitales en los procesos de hospitalización y de rehabilitación.

Y es que como lo mencionan Balboni et al. (2022) para una gran cantidad de pacientes la parte espiritual es vital ya que influye en los momentos críticos de la enfermedad como la calidad de vida, e incluso disminución de estados de depresión en los pacientes; es necesario tener en cuenta que bajo la mirada de la espiritualidad en los procesos de salud esta “puede ser utilizada como estrategia de afrontamiento de situaciones críticas de la vida de las personas, ya que puede aumentar el sentido de propósito y significado de la vida, los cuales se asocian con una mayor resistencia al estrés, el cual se relaciona con las enfermedades” (Albiero e Itsuko, 2014, p.87)

En nuestra investigación se recalcó en sobremanera desde lo individual y lo grupal que fue la creencia en Dios y en la oración lo que les dio “la fuerza para seguir adelante” lo cual nos hizo ver cómo una situación catalogada como crítica o traumática para ellos se transformó en algo un poco más positivo que les permitió enfrentar esa situación difícil.

“Mientras yo estaba internada le pedía mucho a Dios que me sacara de esa situación y de ese lugar” (Grupo Focal)

*“Para mí fue vital, yo pude ver la mano de Dios por medio del apoyo de la gente”
(Entrevista M)*

Puentes, Urrego y Sánchez (2015) señalan que la espiritualidad/religión permite la búsqueda de conexión y sentido a lo sagrado donde con solo pedir la ayuda de su Dios se sienten apoyados por esta idea de ser supremo que les ayudará con cualquier limitación, de igual manera comentan que la oración por sí sola ha demostrado generar una sensación de control redimensionando el sufrimiento y convirtiéndose al final del día en una fuente de autocuidado para los pacientes ya que se transforma en una fuente de soporte y esperanza.

“Yo siempre me sentí fortalecida porque tengo mucha fe, creo que uno le pide a Dios con fe desde el corazón y Él me escucha, y también sabía que mi familia estaba en la casa también pidiendo a Dios para que yo saliera... la oración también fue muy importante para mí” (Grupo Focal)

“Yo le dije que si tenía que llevarme pues que me llevara entonces yo me encomendé, pero todo el tiempo que estuve ahí no eché para atrás ni me puse a renegar de Dios, ni nada; más bien él me estaba dando otra oportunidad” (Grupo Focal)

5.12 Situación Económica

La situación económica de los participantes fue parte de la información recopilada durante las entrevistas y el grupo focal, la cual no se había tomado en consideración con anterioridad aportando información nueva a las variables mencionadas. Resulta fundamental tomarla en cuenta ya que como lo menciona Sen (1999) cuando hablamos de un grupo tenemos que analizar la vida de quien los integran. Recordemos que la salud también depende en gran parte de las condiciones socioeconómicas de la persona, si bien no es la única variable a tomar en consideración, sí es parte de los factores que la componen siendo las “Formas de vida” como lo llaman London et al. (2023) las que van a condicionar en gran manera la salud de todos los individuos.

Parte de lo expuesto por los participantes es que mencionan que la atención médica desde lo “privado” les ha permitido una mejor recuperación y sentirse más “cuidados” ya que tienen a su doctor “a la mano” en caso de emergencia, debemos reiterar que cuatro de las seis personas participantes además de recibir sus citas de control en la CCSS tienen médicos que los atienden como parte de la consulta privada y dos de ellas solo mantienen control con hospitales privados.

En el segundo escenario, las citas son más frecuentes que en el sector público, además de que el servicio lo sienten más “personalizado” esto porque tienen la libertad, como se mencionó con anterioridad de poder llamar a su médico en caso de emergencia o si tiene algún tipo de consulta, esto les permite estar más tranquilos ya que saben que cuentan con esa ventaja, además de que algunos también han tenido la posibilidad de ver esto en conjunto con nutricionistas que les ayudan en el proceso. De igual manera en cuestión de medicamentos, expresaron que en diversas ocasiones, incluida la hospitalización, tuvieron la posibilidad de comprar medicamentos en farmacias ya que se los recomendaron debido a que eran “de mejor calidad”; y es que respecto a esto London et al. (2023) señalan que se ha visto cómo a mayor ingresos económicos existe un mejor acceso a los servicios de salud, que si bien esto no necesariamente implica tener mejor salud, sí tiene un peso importante para nuestra investigación y los resultados obtenidos.

“Atender eficientemente una determinada patología, enviando posteriormente al paciente a una vivienda precaria, con dificultades para alimentarse correctamente y sin un nivel de conocimientos mínimos solo será una medida paliativa poco duradera.” (London, London et al. (2023) p.140) es por esta razón que a la luz de esta información debemos considerar englobar la información ya que uno de los pacientes que tiene su atención por parte de la CCSS comenta lo siguiente:

“Ay es que si tuviera dinero quisiera hacer los procedimientos por privado.”

(Entrevista R)

Una de las palabras que más se mencionó en relación con la consulta privada y la posibilidad de poder asistir a la misma fue que les brindaba una “ventaja y tranquilidad” ya que esta cercanía con el personal de salud los hace sentir verdaderamente apoyados en el

proceso donde a pesar de que la atención no es “24/7” sí tienen al alcance a estos en caso de dudas las cuales son atendidas casi que de manera inmediata.

“Yo si digo que si de algo sirve el dinero es para comprar atención” (Entrevista A)

“Eso me da tranquilidad que, aunque no tengamos un montón, puedo comprarme o tener las cosas necesarias para mi salud, y si no hubiera tenemos amistades o familia que le puede aportar a uno... Imagínese uno necesitar algo y no tener ni un cinco, entonces si me da tranquilidad” (Grupo Focal)

“Yo estoy tranquilo y estaba tranquilo. Es que imagínese estar uno ahí internado y pensar que la doña no tiene ni que comer, ‘no sea bárbaro verdad’... yo sabía que la familia estaba ahí respondiendo (económicamente)” (Grupo focal)

“Hay un simple hecho en el caso mío que es tener los recursos... tener una buena pensión, este seguro por privado que es un complemento que te permite un montón de cosas” (Grupo Focal)

Cabe mencionar que, la experiencia de las personas participantes que pasaron por la CCSS, no fue en el Programa de Rehabilitación Cardíaca, sino en servicios de urgencias y de hospitalización cuyo funcionamiento es ajeno a dichos programas y es desde ese contexto que nace su perspectiva. Por tanto, lo expuesto en este apartado no sugiere en ninguna medida que las Fases II, III o IV de los PRC de la CCSS sean deficientes o no brinden el acompañamiento adecuado o personalizado que las personas cardiopatas necesitan, sino que, en el contexto de esta investigación, las personas participantes tuvieron acceso a medicina privada y al PRC de la Escuela CIEMHCAVI y esa es la atención que conocen en cuanto a rehabilitación cardíaca.

CAPÍTULO V: Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

Las ECV impactan a millones de personas a lo largo y ancho del globo, pues no cobran solamente una cantidad inquietante de vidas de forma prematura, sino que también impactan la calidad de vida y el funcionamiento de quiénes las portan y de sus círculos sociales cercanos. Desde esa coyuntura es que se considera necesario dirigir la mirada a la vivencia de las ECV desde el marco de la psicología de la salud, como parte del conjunto de ciencias que, de forma interdisciplinaria, buscan contribuir en la búsqueda de soluciones a dicho problema de salud colectiva, sobre todo, en un proceso que hasta el momento no ha sido lo suficientemente profundizado: el proceso de hospitalización por una causa cerebro-cardiovascular.

La recopilación de información sobre la vivencia de pacientes que estuvieron hospitalizados y hospitalizadas por ECV - desde el inicio de nuestro estudio - fue desafiante debido a que no se encontró nada al respecto en las bases de datos tanto nacionales como latinoamericanas, lo que sugería un vacío teórico en el tema que, a su vez, representaba un reto para nosotras como profesionales en psicología. Así mismo, el acceso a población hospitalizada conllevó distintas dificultades relacionadas con las restricciones sanitarias por la Pandemia por Covid-19, así como por el poco desarrollo que posee la Fase Intrahospitalaria de los Programas de Rehabilitación Cardíaca en el país.

Desde dichas dificultades, se reafirma la necesidad de promover el desarrollo de una mayor cantidad de estudios relacionados con las características socioemocionales de las ECV durante sus primeras etapas, considerando que estas han sido separadas de la visión integral con la que se ve – o debería verse – a la población de pacientes, desde una perspectiva que supere las reducciones del modelo biomédico, en el que se pasa por alto la importancia de dichas características y su influencia directa o indirecta en el proceso de adaptación a las vivencias inherentes a la enfermedad y a la recuperación de la misma.

En relación con lo anterior, en este estudio se logró evidenciar -desde las voces de pacientes con ECV egresados de un proceso de hospitalización- que la serie de emociones, temores, esperanzas, resignificaciones, relaciones y posibilidades que acompañan el tránsito

por las ECV sí tienen una influencia considerable en su vivencia y en su rehabilitación, las cuales detallamos en los párrafos siguientes.

En cuanto a las características emocionales, encontramos que la ansiedad considerada como un factor de riesgo cardiovascular, en la vivencia de las personas participantes durante el proceso de hospitalización, se presenta en forma de “nervios”, dudas, incertidumbre, preocupación por la salud propia y por la reacción familiar ante la enfermedad y las complicaciones asociadas (emocionales y económicas) en caso de un eventual fallecimiento. Así mismo, está implícita la sensación de inseguridad y de indefensión ante la enfermedad y ante el mismo equipo médico, acompañada del miedo a las posibles complicaciones y la progresión de la patología, a la incapacidad o la muerte y, en un contexto más inmediato, a las actividades diarias y a la actividad física como parte del tratamiento de recuperación, por el riesgo —real o imaginario— que estas actividades pueden suponer para la salud cardíaca.

La sintomatología depresiva presente en el proceso de hospitalización se percibía como tristeza, desesperanza, desmotivación, nostalgia, sensación de pérdida de dignidad por la falta de autonomía, y malestar emocional por el sufrimiento propio y el de otros pacientes dentro de las mismas instalaciones hospitalarias, sin embargo, cabe mencionar que esta, en cuatro de los seis casos, precedía a dicho proceso por diversas razones ajenas a su situación específica de salud cardiovascular, como problemas familiares y económicos, procesos de duelo por pérdida de trabajo o de familiares tanto por muerte como por separación, así como por experiencias traumáticas de enfermedades previas, lo cual también influía en la vivencia del proceso de hospitalización, pues al haber estado en dicho proceso previamente, experimentaban estrés y culpa por estar viviéndolo nuevamente. Esto posiciona a la depresión como un factor de riesgo que precede y que puede contribuir a la aparición de una ECV, pero que también, puede intensificarse durante el proceso de hospitalización y prevalecer tras el egreso, aumentando el riesgo de complicaciones.

El estrés durante el proceso de hospitalización se reconoce como una experiencia de tensión en la convivencia con el personal de salud, así como por una desesperación y deseo de egresar del hospital y, un hallazgo importante tiene que ver con que, la experiencia de este estado emocional está mediada por distintos factores ambientales (espacios adecuados o por el contrario espacios incómodos, ventilación, iluminación, etc.) en su período de estancia

hospitalaria, factores físicos (capacidad de moverse por sí mismos o dependencia absoluta del personal de salud) y psicológicos (ansias por salir, preocupación por el estado de salud, así como por conflictos laborales, económicos y familiares).

Entre los tipos de personalidad identificados en las personas participantes, se reconoció a la personalidad Tipo A en cinco de estas personas y a la personalidad Tipo D en una de ellas. La relación que se puede establecer entre ambos tipos de personalidades con la vivencia de la ECV es atravesada por beneficios como la responsabilidad, la fortaleza, la disciplina y la capacidad de toma de decisiones, características asociadas a mejor adherencia al tratamiento, pero también, por complicaciones emocionales asociadas a la agresividad, la preocupación, la baja tolerancia a la frustración, y la tendencia a priorizar la atención a otras personas sobre el autocuidado y la propia salud.

Como principales redes de apoyo de las personas participantes, durante su proceso de hospitalización, se destacan la familia nuclear (parejas, hijas e hijos) y extendida (hermanos y hermanas) amistades, compañeras y compañeros de trabajo y personas cercanas de las iglesias cristianas en las que las y los pacientes participan. En términos generales, la red de apoyo que perciben como más importante es la familiar, y con respecto a esta, todas las personas aseguran sentir acompañamiento y apoyo (emocional, económico y de cuidado) por parte de hijas e hijos, no obstante, dicho cuidado se reconoce como abrumador en algunas ocasiones y, en el caso del apoyo conyugal, existe una diferencia entre quiénes lo perciben y quiénes no, pues estos últimos experimentan intranquilidad y preocupación por dicha ausencia de acompañamiento y cercanía emocional.

Ahora bien, con respecto a las características sociales, encontramos que, en el ámbito laboral, a pesar de la variedad de profesiones y ocupaciones de las personas participantes y de que al momento de la investigación solo una persona se encontraba laborando, no se identificó al trabajo como una carga mental o física demasiado pesada que influyera en el desarrollo de la ECV o en el proceso de hospitalización.

En relación con las creencias en salud, se evidenció que la percepción del concepto de salud que tenían las personas participantes cambió a partir del evento cardiovascular y de las intervenciones médicas a las que se vieron sometidas. Esto sugiere que la percepción de la gravedad de la nueva enfermedad influyó significativamente en su vivencia, ya que en un

inicio la asociaron principalmente con la muerte o con la pérdida de autonomía. Dichas interpretaciones estuvieron marcadas por ideas preconcebidas y, en gran medida, por el desconocimiento sobre lo que una ECV puede significar. Estas percepciones fueron determinantes para el proceso de hospitalización y para los primeros meses de recuperación, pues muchas personas no recibieron atención médica constante ni suficiente información sobre su estado de salud durante el período entre el egreso hospitalario y el ingreso al PRC. Esto resalta la importancia de promover el acompañamiento psicológico en esta etapa, donde el estrés, la ansiedad y la depresión fueron constantes en la vivencia de las personas participantes.

En otra línea, rescatamos que la totalidad de pacientes mencionan tener una buena relación médico – paciente a pesar de las posibles tensiones, no obstante, se debe prestar atención a la comunicación de los diagnósticos, ya que el tener información completa sobre su estado de salud, les permitió no solamente entender mejor su nueva situación, sino controlar la respuesta ansiosa determinada por la incertidumbre y el desconocimiento de las patologías.

Así mismo, debemos recalcar que existe una diferencia entre las personas cuyo proceso de hospitalización y seguimiento es en un hospital público, y aquellas que los han tenido en hospitales privados, pues parte de la seguridad percibida por las personas durante el internamiento y tras su egreso, es en gran parte fortalecida por el control médico en el sector privado, por cuanto esto les permite tener citas y revisiones de forma más constante, además del acceso al personal de salud no solamente por emergencias, sino por consultas que pueden hacer vía telefónica. Es por esto por lo que la situación socioeconómica en que se encuentran las y los pacientes sobresale como un punto importante dentro de este estudio, considerando que esto les ha permitido tener una atención más personalizada y completa, así como el acceso a medicamentos de mejor calidad, lo cual reconocen como un elemento imprescindible en su bienestar físico y psicológico tras el evento cardiovascular.

De forma similar, también se reconoce que la espiritualidad se convirtió en un factor protector y de apoyo, pues las personas participantes mencionan que esto fue su principal soporte emocional, medio por el cual pudieron sobrellevar la incertidumbre de su diagnóstico y su proceso en general, lo que resulta en una variable importante a considerar, pues puede

representar un complemento para los acompañamientos psicológicos y médicos a dicha población.

Se considera que los hallazgos presentados en esta investigación permiten evidenciar la importancia de abordar las ECV desde una perspectiva integral, que contemple no solo la dimensión biomédica, sino también las experiencias subjetivas y las características socioemocionales propias de cada persona. Reconocer y atender dichas características en relación con la vivencia de la enfermedad, resulta fundamental para el diseño de estrategias de acompañamiento más humanas, empáticas y centradas en las necesidades reales de quienes transitan por un proceso de rehabilitación cardíaca. Concluimos en que este acompañamiento debe iniciarse idealmente durante el proceso de hospitalización, o en su defecto, tan pronto como sea posible tras el egreso, en vista de que como planteamos anteriormente, en estas etapas tempranas la vulnerabilidad emocional es evidente y es ahí también donde se pueden prevenir complicaciones futuras. A través de este enfoque temprano e integral, se busca favorecer no solo la recuperación física, sino también el bienestar psicológico y la calidad de vida en general, promoviendo intervenciones interdisciplinarias que sitúen a la persona en el centro de la atención en salud.

Finalmente, partiendo de la poca exploración de la Fase I, consideramos que los resultados de este estudio pionero en el campo, representan un aporte teórico significativo para el abordaje de las ECV, que, por tanto, puede funcionar como insumo para intervenciones e investigaciones posteriores en dicha fase, desde la Actividad Académica APPSPENTO así como desde proyectos futuros relacionados a la Psicología de la Salud y la Psicocardiología en la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional.

Recomendaciones

Las siguientes recomendaciones nacen como una forma de reconocer y agradecer el valioso aporte de todas las personas e instituciones que, de diversas formas, hicieron posible esta investigación, y que, además, día con día se esfuerzan para contribuir a la atención de la población cardiópata costarricense. Cada uno de los grupos a quienes se dirigen —desde profesionales y académicos, hasta las propias personas participantes— desempeña un papel fundamental en la comprensión y el acompañamiento de la vivencia socioemocional asociada a las ECV. Por esto, reconociendo las limitaciones de nuestro estudio, pero también sus alcances, y con el debido respeto, presentamos las siguientes sugerencias:

Para el Centro de Rehabilitación Cardíaca de la Escuela de Ciencias del Movimiento Humano y Calidad de Vida (CIEMHCAVI) de la Universidad Nacional de Costa Rica

A partir de los hallazgos obtenidos, se sugiere al CIEMHCAVI continuar fortaleciendo la incorporación de intervenciones psicoemocionales en su Programa de Rehabilitación Cardíaca, tan pronto como sea posible tras el egreso hospitalario de las personas que se incorporarán a dicho Programa. Esto permitiría atender de manera oportuna los estados emocionales identificados, como la ansiedad, la depresión y el estrés, favoreciendo una mayor adherencia al tratamiento, disminuyendo el riesgo de complicaciones y promoviendo un proceso de adaptación más integral. Asimismo, se recomienda sensibilizar al personal del Centro sobre la importancia de la dimensión socioemocional en las ECV, así como fomentar espacios de escucha activa donde las personas usuarias del programa puedan expresar sus preocupaciones y temores, fortaleciendo así el vínculo terapéutico y la percepción de seguridad durante su recuperación.

Para la Actividad Académica: Acompañamiento Psicológico en Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades No Transmisibles y Obesidad:

Se recomienda mantener e incluso ampliar el alcance de los talleres psicoeducativos que se brindan a personas con enfermedades crónicas y a sus familiares, incorporando temáticas específicas relacionadas con la gestión emocional durante los procesos de hospitalización y el período inmediato posterior al egreso. Resulta fundamental integrar contenidos que permitan a las personas participantes reconocer sus emociones, identificar redes de apoyo, y fortalecer estrategias de afrontamiento saludables frente a las ECV y sus implicaciones en la vida cotidiana de quiénes las portan y quiénes les rodean. Además, se recomienda fortalecer la participación de las familias como redes de apoyo por su acompañamiento emocional, ofreciendo herramientas para apoyar de forma empática, pero también, promoviendo el autocuidado de quiénes funcionan como personas cuidadoras y, además, de quiénes portan factores de riesgo hereditarios.

Para la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional de Costa Rica, docentes encargadas y encargados de cursos asociados a la Psicología de la Salud y futuras personas estudiantes investigadoras:

A la luz de los vacíos teóricos identificados en la literatura nacional y latinoamericana, así como a la imposibilidad que tuvimos de acceder a la población durante el proceso hospitalario mismo, se recomienda a la Escuela de Psicología y a las personas docentes responsables de cursos vinculados a Psicología de la Salud promover espacios académicos y de extensión que fomenten la investigación y la intervención psicoeducativa sobre la vivencia emocional de pacientes con enfermedades crónicas, especialmente durante la etapa de hospitalización. Así como incluir en los planes de estudio mayor profundización en psicocardiología y psicooncología.

Asimismo, se invita a futuras personas estudiantes investigadoras a profundizar en esta línea de estudio, considerando el valor que tiene comprender las experiencias subjetivas en la construcción de intervenciones psicológicas más sensibles y contextualizadas a nuestra

realidad, cumpliendo así con el compromiso ético y político que supone ser estudiante de la Universidad Pública Costarricense.

Para las personas participantes en la investigación:

A las personas que participaron en este estudio, tras reiterar nuestro profundo agradecimiento; se les recomienda mantener y fortalecer las estrategias de autocuidado en salud aprendidas durante sus distintos procesos de rehabilitación, procurando atender los aspectos físicos, pero también su bienestar emocional, cognitivo, y espiritual.

También, resulta relevante continuar identificando y cultivando las redes de apoyo disponibles, así como buscar acompañamiento profesional psicológico o psiquiátrico, en caso de ser necesario, especialmente ante la presencia de estados emocionales difíciles como la ansiedad, la depresión, y los procesos de duelo. Asimismo, se les invita a compartir —en espacios seguros— sus experiencias, pensamientos, emociones y aprendizajes con otras personas que transiten procesos similares, pues el intercambio de vivencias puede convertirse en una fuente valiosa de fortaleza y resiliencia.

Referencias

- Aguirre, J. (2017) Factores de riesgo que afectan la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca en el hospital de especialidades de Guayaquil Dr. Abem Gilbert Pontón 2016. [Tesis de grado de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil].
- Albiero, A & Itsuko, S. (2014) Chronic Disease in the Elderly: Spirituality and Coping. *Rev Esc Enferm;* 48(Esp2). 87-93.
<https://www.scielo.br/j/reusp/a/PHQFN5dnHNDxBNmWKrm3Qhp/?format=pdf&lang=en>
- Álvarez, J. (2002). Estudio de las creencias, salud y enfermedad. México: Trillas.
<https://www.worldcat.org/title/estudio-de-las-creencias-salud-y-enfermedad-analisis-psicosocial/oclc/50604316>
- Álvarez, L., Acevedo, A., & Durán, A. (2008). Representaciones sociales de la salud y de la enfermedad en pacientes hospitalizados de Bucaramanga y Floridablanca, Colombia. *Universitas Médica*, 49(3), 328–343.
<https://www.redalyc.org/pdf/2310/231016421004.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5(r))* (5th ed.). American Psychiatric Association Publishing
- Anguiano, S., Mora, M., Erazo, R. & Vega, C. (2017) Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados. *Revista Eureka*, 14(1), 24-38.
<https://psicoeureka.com.py/publicacion/14-1/articulo/9>
- Anokye R, Jackson B, Dimmock J, Dickson JM, Kennedy MA, Schultz CJ, Blekkenhorst LC, Hodgson JM, Stanley M, Lewis JR. (2023) Impact of vascular screening interventions on perceived threat, efficacy beliefs and behavioural intentions: a systematic narrative review. *Health Promot Int*, 01. 38(3). DOI: [10.1093/heapro/daad040](https://doi.org/10.1093/heapro/daad040)

- Araya, V. & Trejos, A. (2014) Rehabilitación Cardíaca. *Revista Costarricense de Cardiología*, 16(2), 3-4. <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/handle/20.500.11764/1127>
- Aristizabal, J., & Troncoso, S. (2006). Depresión y Factores de Riesgo en Pacientes Coronarios Internados en el Hospital de Caldas, año 2021. *Archivos de Medicina*, 5, 47-50. <https://doi.org/10.30554/archmed.5.0.1632.2002>
- Baeza, A., Arias, J., & Chávez, A. (2021). Nivel de estrés, calidad de sueño, ansiedad y depresión como factores de riesgo de cardiopatía isquémica en el Hospital Central Militar. *Revista de Sanidad Militar*, 75(1), 1-5. <https://doi.org/10.56443/rsm.v75i1.56>
- Balboni, T; VanderWeele, J., & Koh, H. (2022) Spirituality in serious illness and health. *Jama*, 328(8), 184-197. DOI: [10.1001/jama.2022.11086](https://doi.org/10.1001/jama.2022.11086)
- Barraza, M., Pibernat, L. & Silva, M. (2021) Creencias de pacientes con riesgo cardiovascular sobre la efectividad de las medidas higiénico-dietéticas y los tratamientos farmacológicos. *Revista Clínica Médica Familiar*, 14(2), 118-119. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2021000200018
- Barrera, D. (2015). Factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares según los determinantes de la salud presentes en los choferes de transporte público. [Tesis, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio Institucional de tesis y trabajos de Titulación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Bedregal, P., Besoain, C., Reinoso, A., Zubaew, T. (2017). La investigación cualitativa: un aporte para mejorar los servicios de salud. *Rev Med Chile*, 145,373-379. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000300012>
- Bonet, J., & Suárez, M. (2011). Revisión breve: Diagnóstico clínico de los ataques de ira y la hostilidad en pacientes con enfermedad coronaria. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(3), 231–237. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281922826005.pdf>

- Borsini, E., & Young, P. (2019). Síndrome Post-Hospitalización. Crónica de un largo camino a casa. *Revista Americana de Medicina Respiratoria*, 19(1), 105-108. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-236X2019000100011
- Cabrera, G., Tascón, G., & Lucumi, C. (2001). Creencias en salud: Historia, constructos y aportes al modelo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(1), 91–101. <https://www.redalyc.org/pdf/120/12019107.pdf>
- Cadena, J., Sonalí, S., Ortiz, A., Rodríguez, M., Quintero, M., & Cruz, G. (2014). Análisis del nivel de ansiedad en el paciente adulto con cardiopatía congénita en una institución de alta especialidad. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 22(2), 46–52. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2014/en142b.pdf>
- Campos, T. & Vindas, G. (2019). Promoviendo la salud cardiovascular: de la intrahospitalario a lo comunitario. Universidad Nacional de Costa Rica.
- Cano, R., Alguacil, I., Martín, J., Molero, A. & Miangolarra, J. (2012) Cano, R., Alguacil, I., Martín, J., Molero, A. & Miangolarra, J. (2012) Programas de rehabilitación cardíaca y calidad de vida relacionada con la salud. Situación actual. *Revista Española de Cardiología*, 65(1), 72-79. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.07.016>
- Carpenito, L. (1995). *Diagnóstico de enfermería*. McGraw-Hill Interamericana. <https://es.scribd.com/document/462082739/Manual-de-diagnosticos-enfermer-Lynda-Juall-Carpenito-pdf-versi-n-1-pdf>
- Carvajal, C. (2017) El impacto del diagnóstico médico como experiencias traumática: Algunas Reflexiones. *Revista Médica Clínica las Condes*, 28(6), 841-848. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-el-impacto-del-diagnostico-medico-S0716864017301463>
- Castellanos, P. (1998). Los modelos explicativos del proceso salud enfermedad: los determinantes sociales. En Martínez, F., Castellanos, P. L., Navarro, V., *Salud Pública*. Ciudad de México: Mc Graw-Hill. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6697060>

- Castellano, J., & Nasarre, E. (2006). a personalidad como factor de riesgo. En Pla, J. y Salvador, J. *Aspectos psicológicos en las enfermedades cardiovasculares*. Sociedad Española de Cardiología. <https://secardiologia.es/images/publicaciones/libros/2006-sec-monografia-aspectos-psicologicos.pdf>
- Costas, M., Prado, V. & Crespo, J. (2013). Ansiedad y depresión entre los pacientes hospitalizados en el complejo hospitalario de Ferrol. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 107, 16-22. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4394399>
- Cuartas, V., Lotero, E., Lemos, M., Arango, J., Rogers, H. (2008). Los factores psicosociales implicados en la cardiopatía isquémica. *Revista CES Psicología*, 1(2), 20-40. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3179008>
- Cruz, L. (2006). Impacto de la rehabilitación cardiaca intrahospitalaria en pacientes con I.M.A. *Revista de Ciencias Médicas*, 10(3), 81–90. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156131942006000300009&script=sci_abstract
- Cruz, M; López, S; & Carranza, J. (2019) Ansiedad y riesgo cardiovascular. *Medicina Interna de México*, 35(6):877-884. <https://doi.org/10.24245/mim.v35i6.2815>
- Cruz, O., Fragoso, M., González, I., Sierra, D., & Labrada, J. (2010). La relación médico paciente en la actualidad y el valor del método clínico. *MediSur*, 8(5), 110–120. <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1347/362>
- Del Río, S., Macías, A., Bernal, G., Ramírez, A., Rosales, K., & Ramírez, V. (2011). Incidencia de depresión y factores asociados en pacientes hospitalizados del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde. Un análisis de acuerdo al MINI Neuropsychiatric International Interview. *Revista Médica MD*, 2(3), 135–140. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2011/md113e.pdf>
- Díaz, J.L. (2007). De la mente al conocimiento mediante la ciencia cognitiva. *Ciencias* (88) 4-17.

- Díaz, G. (2020). Una Aproximación desde el modelo de creencias en salud y del modelo de información, motivación y habilidades conductuales a los comportamientos sexuales de riesgo de un grupo de hombres bisexuales en Lima. [Tesis de la Universidad Peruana Cayetano Heredia] Escuela de Postgrado.
- Elmasian, Mariana (2012). Revisión del papel del apoyo social en la enfermedad cardíaca. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-072/283.pdf>
- Escolar, M., Lopez, B., Portables, M., Carcedo, C., & Alonso, A. (2014). Influencia de la relación profesional sanitario paciente en la adherencia al tratamiento en un programa de rehabilitación Cardíaca (PCR). En *Proceedings of 6th International and 11th National Congress of Clinical Psychology* (pp. 50-55). Asociación Española de Psicología Conductual. <http://www.aepc.es/PsClinicaX/PROCEEDING/PROCCEDINGCOMPLETO.pdf#page=54>
- Faba, N. (2016). Efectos Percibidos sobre los estados emocionales de ansiedad y depresión en personas con patología coronaria participantes de un programa de Rehabilitación Cardíaca Fase III. [Tesis, Universidad Nacional de Costa Rica]. Repositorio Universidad Nacional de Costa Rica.
- Fernández, E., Martín, M., & Domínguez, F. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*, 15(4), 615–630. <http://www.psicothema.com/pdf/1115.pdf>
- Fernández, C. (2009). El estrés en las enfermedades cardiovasculares. En C, Fernández. *Libro de la salud cardiovascular del hospital clínico San Carlos y la Fundación BBVA*. Editorial Nera. https://www.fbbva.es/wpcontent/uploads/2017/05/dat/DE_2009_salud_cardiovascular.pdf

- Fernández, M., Bas, P., González, R., Aranda, J., & Martelo, M. (2004). Estrés y enfermedad cardiovascular: un abordaje conductual para la prevención. *Metas de Enfermería*, 7(3), 14–18. https://www.researchgate.net/publication/262635712_Estres_y_enfermedad_cardi_ovascolar_un_abordaje_conductual_para_la_preencion
- Fuster, D. (2019) Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Monográfico: *Avances en investigación cualitativa en educación*, 7(1), 201-229. <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
- García, L & Baltazar, A. (sf.) *La educación para la salud: Adopción de actitudes y mantenimiento de nuevos comportamientos saludables*. https://www.enfermeriaencardiologia.com/wpcontent/uploads/cap_02_sec_02.pdf
- García, C., Gomez, D., Medina, M.; Gómez, V & Solano, G (2010). El impacto del diagnóstico: Experiencia descrita por mujeres con hipertensión arterial. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 14(1), 33-38. <https://www.scielo.br/j/ean/a/ZJyxmYsS6yzC7LnLqHL6yJ/?lang=es>
- García, M. & Ramírez, L. (2019). García, M. & Ramírez, L. (2019). *Calidad de vida, depresión y ansiedad con pacientes con diagnóstico de falla cardíaca*. [Tesis, Universidad del Rosario]. Repositorio Universidad del Rosario.
- Gómez, M., Casajús, G., Gómez, C., & Martínez, A. (2012). Percepciones y experiencias vividas por el paciente con un primer infarto, e impacto en su entorno social, familiar y laboral. *Enfermería en Cardiología*, 55, 67-75. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6294185>
- González, M. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Revista Iberoamericana de Educación*, 29, 85-103. <https://www.redalyc.org/pdf/800/80002905.pdf>
- Grau, J. (2016). Enfermedades crónicas no transmisibles: un abordaje desde los factores psicosociales. *Salud & Sociedad*, 7(2), 138-166. <https://repositorio.unan.edu.ni/1370/1/52212.pdf>

- Guerra, D., & Luigui, Z. (2010). Variables psicosociales en la adherencia a programas de rehabilitación cardíaca. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 18(1), 167-181. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3289255>
- Guerrero, J., & Sánchez, J. (2015). Factores protectores, estilos de vida saludable y riesgo cardiovascular. *Psicología y Salud*, 25(1), 57–71. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/1339>
- Guillén, D., Aristizábal, G., Flores, B. & Beltrán, N. (2015) Anclado a una máquina: Vivencias de pacientes con enfermedad renal crónica. *CONAMED*, 20(1), 16-20. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79582>
- Guzmán, C. & Saucedo, C. (2015) Experiencias, vivencias y sentidos en torno a la escuela y a los estudios. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 20(67), 1019-1054. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-66662015000400002
- Hernández, M. (2017). *Componentes psicológicos en las enfermedades cardiovasculares*. [Tesis de grado de la Universidad de la República de Uruguay].
- Hernández, I., Fernández, M., Irigoyen, A., & Hernández, M. (2006). Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar*, 8(2), 137–144. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2006/amf062k.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Sexta Edición. Editorial Mc Graw Hill.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Quinta Edición. Editorial Mc Graw Hill.
- Hernández, T., Figueroa, C., Ramos, B., & Alcocer, A. (2014). Relación de la depresión, ansiedad y calidad de vida en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardíaca. *Psicología y Salud*, 24(1), 25–34. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/717/1263>

- Hernández, G., Orellana, G., Kimelman, M., Nuñez, C., & Ibáñez, C. (2005). Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. *Rev Med Chile*, *133*, 895–902. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872005000800005>
- Herrera, A., Ríos, M., Manríquez, J. M., & Rojas, G. (2014). Entrega de malas noticias en la práctica clínica. *Revista médica de Chile*, *142*(10), 1306–1315. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872014001000011>
- Hutt Centeno, E., & Salas Segura, J. (2015). REHABILITACIÓN CARDÍACA PARA EL MÉDICO GENERAL. *Revista Clínica Escuela de Medicina*, *5*(2) 30–36. https://doi.org/10.15517/rc_ucr-hsjd.v5i2.18875
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2017). *Estadísticas Vitales 2017: Población, nacimientos, defunciones y matrimonios*. INEC. https://www.inec.cr/sites/default/files/documentos-bibliotecavirtual/repoblacev2017_0.pdf
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2023). *Estadísticas Vitales 2023: Población, nacimientos, defunciones y matrimonios*. INEC. https://www.inec.cr/sites/default/files/documentos-bibliotecavirtual/repoblacev2024_0.pdf
- Jaimes, A., Rodríguez, D., & Vargas, G. (2020). *Estrés y factores de riesgo cardiovascular en trabajadores de diferentes perfiles ocupacionales*. [Tesis de la Universidad Cooperativa de Colombia].
- Jiménez, M. J. (2015). Rehabilitación Cardíaca y Emociones Negativas en Cardiópatas. *Revista de Psicología de la Salud*, *3*(1), 1–36. <https://doi.org/10.21134/pssa.v3i1.675>
- Jiménez, J. (2018, 7 febrero). Enfermedades cardiovasculares y cáncer siguen incrementando muerte prematura en Costa Rica. Universidad de Costa Rica. <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2018/02/07/enfermedades-cardiovasculares-y-cancer-siguen-incrementando-muerte-prematura-en-costa-rica.html>

- Jiménez, M., Carballo, J. (2016). Intervención Psicológica en la Rehabilitación Cardíaca. [Tesis de Maestría]. Universitat Miguel Hernández. <https://dspace.umh.es/bitstream/11000/5723/1/JIMENEZ%20Monica%20TFM.pdf>
- Jiménez, M., Tirado, S., Martínez, R., & Martín, P. (2015). Rehabilitación Cardíaca y Emociones Negativas en Cardiopatas. *Revista de Psicología de la Salud (New Age)*, 3(1), 1-36. <https://revistas.innovacionumh.es/index.php/psicologiasalud/article/view/686/1034>
- Jiménez, M., Orkaizaguirre, A., Bimbela, M. (2015). Estilo de vida y percepción de los cuidados en pacientes crónicos: hipertensos y diabéticos. *Index Enferm.* 24(4):217-227.
- Jurkiewicz, R., & Romano, B. (2009). Enfermedad arterial coronaria y vivencia de pérdidas. *Arq Bras Cardiol.*, 93(4), 345-352. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2009001000007>
- Konstantinidis, A., & Cabello, M. (2008). La notificación del diagnóstico y las primeras reacciones de personas infectadas por el virus VIH. Un estudio cualitativo realizado en el área metropolitana de Monterrey, NL. *Revista Perspectivas Sociales*, 10(1), 87-112. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2964215>
- Krittanawong, C., Maitra, N., Qadeer, Y., Wang, Z., Fogg, S., Storch, E., Celano, C., Huffman, J., Jha, M., Charney, D., & Lavie, C. (2023). Association of Depression and Cardiovascular Disease. *The American Journal of Medicine*, 136, 881-895. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2023.04.036>
- Kwapong, Y., Boakye, E., Khan, S., Honigberg, M., Martin, S., Okeya, C., Hays, A., Natarajan, P., Mamas, M., Blumenthal, R., Blaha, M., & Sharma, G. (2023). Association of Depression and Poor Mental Health with Cardiovascular Disease and Suboptimal Cardiovascular Health Among Young Adults in the United States. *Journal of the American Heart Association*, 12(3), 1-16. <https://doi.org/10.1161/JAHA.122.028332>
- Lagares, M. (2011). Experiencia del paciente coronario frente a la terapia de rehabilitación cardíaca en una institución de cuarto nivel en Cartagena. [Tesis de grado,

Universidad Nacional de Colombia]. Repositorio Universidad Nacional de Colombia.

- Laham, M. (2008). Psicocardiología: Su importancia en la prevención y la rehabilitación coronarias. *Suma Psicológica*, 15(1), 143–169.
<https://www.redalyc.org/pdf/1342/134212604006.pdf>
- Lee, T. (2018). Treating Comorbid Depression in CVD Patients. *US Pharm*, 43(2), 2-6.
<https://www.uspharmacist.com/article/treating-comorbid-depression-in-cvd-patients>
- Lobos Bejarano, J. M., & Brotons Cuixart, C. (2011). Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. *Atención Primaria*, 43(12), 668–677.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.10.002>
- López, F., Bilbao, I., Fuentes, M., & Ortiz, M. (2001). *Desarrollo afectivo y social*. Pirámide.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=298992>
- Lostao, L. (2000). Factores predictores de la participación en un programa de «screening» de cáncer de mama: implicación del modelo de creencias de salud y de las variables sociodemográficas. *Reis*, 92, 169. <https://doi.org/10.2307/40184298>
- Lugo-González, I. V., Reynoso-Erazo, L., & Fernández Vega, M. (2014). Percepción de enfermedad, depresión, ansiedad y control del asma: Una primera aproximación. *NCT Neumología y Cirugía de Tórax*, 73(2), 114–121.
<https://doi.org/10.35366/51624>
- Maguirre, P. (2002). *Key communication skills and how to acquire them*. PMC.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1124224/>
- Maroto, J. M. (2009). *Rehabilitación cardíaca*. Editorial Médica Panamericana.
<https://secardiologia.es/publicaciones/catalogo/libros/5482-rehabilitacion-cardiaca>
- Martín, M., Vega, M., Vásquez, M., García, F., & Álvarez, E. (2015). Programa de rehabilitación cardíaca: estudio de la eficacia del tratamiento psicológico sobre el estado de ánimo. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 114, 13–22.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5208725>

- Matarazzo, J D. (1980): Behavioural health and behavioural medicina. *Frontiers of a new health psychology. American Psychologist*, 35, 807-817.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.9.807>
- Melo, O. (2018) Enfermedad cardiovascular: creencias y prácticas en la adherencia al tratamiento. *Revista Ciencia y Cuidado*, 15(2), 164-176.
<https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1410>
- Mesa, L., & Galindo, L. (2015). Factores de riesgo de infarto agudo al miocardio: Revisión de estudios observacionales. *Revista Facultad Ciencias de la Salud. Universidad del Cauca*, 17(3), 10–20.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5816966>
- Moreno, B., Garrosa, E., & Galv3ez, M. (2005). Personalidad Positiva y Salud. *Psicología de la Salud. Temas actuales de investigación en Latinoam3rica*, 59–76.
https://www.academia.edu/9178674/PERSONALIDAD_POSITIVA_Y_SALUD
- Moreno, E., & Roales, J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisi3n Te3rica, Consideraci3n Cr3tica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un An3lisis Funcional de las Creencias en Salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1), 91–109. <https://www.redalyc.org/pdf/560/56030105.pdf>
- Moyano, E., Icaza, G., Ni3ez, L., Leiva, E., V3zquez, M., Palomo, I. (2011). Patr3n de comportamiento tipo A, ira y enfermedades cardiovasculares (ECV) en poblaci3n urbana chilena. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(3), 43-453.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80522599004>
- Monje, C. (2011). *Metodolog3a de la Investigaci3n cuantitativa y cualitativa*. Universidad Surcolombiana, Colombia. <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>
- Mu3oz, A., Tejada, M., Gallegos, S., Guerra, M., Ocharan, A., Zeballos, E., & Inofuente, A. (2019). Ansiedad y depresi3n en pacientes internados en dos hospitales de Arequipa, Per3. *Revista de Psicología de la Salud (New Age)*, 17(1), 333–348.
<https://revistas.innovacionumh.es/index.php/psicologiasalud/article/view/874/1219>

- Narváez, C., Díaz, A., & Berbesi, D. (2019). Características socioculturales y de salud asociadas a enfermedad coronaria en mujeres. Estudio caso-control. *Revista Cuidarte*, 10(3), 1–15.
https://www.researchgate.net/publication/335943258_Caracteristicas_socioculturales_y_de_salud_asociadas_a_enfermedad_coronaria_en_mujeres_Estudio_caso-control#f1
- Navas, W., & Vargas, M. (2012). Trastornos de la ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 69(604), 497–507.
<https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>
- Núñez, 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 grado de la Universidad Nacional]. Repositorio Académico Institucional de la Universidad Nacional de Costa Rica.
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Psychology of Health and Quality of Life. Tompson Editores.
<https://www.goodreads.com/book/show/43351311-psicologia-de-la-salud-y-calidad-de-vida-psychology-of-health-and-quali>
- Oliveros, M. J., Sepúlveda, P., Serón, P., & Fuentes, R. (2019). Rehabilitación Cardíaca Fase I: Progresión según pasos protocolizados en pacientes cardioquirúrgicos en un hospital público de Chile. *Revista Chilena de Cardiología*, 38(1), 9–19.
<https://doi.org/10.4067/s0718-85602019000100009>
- Orellano, C. (2015). Factores de riesgo psicológico en pacientes con enfermedad cardiovascular. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 12(1), 52-56. <http://perspectivas.mdp.edu.ar/revista/index.php/pep/article/view/146>
- Organización Mundial De La Salud. (2020). *Enfermedades Cardiovasculares. Temas de Salud, Organización Mundial de la Salud*. https://www.who.int/es/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1

- Organización Mundial de La Salud. (2021). *Enfermedades Cardiovasculares*.
[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))
- Okuda, M. & Gómez, C. (2005) Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34 (1), 118-124.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502005000100008&script=sci_abstract&tlng=es
- Pacheco, V. (2011). *Medida de Percepción en Enfermedades Crónicas: Adaptación Cultural de los cuestionarios Illness Perception Questionnaire Revised (IPQ-R) y Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ) para la población española*. [Tesis Doctoral de la Universidad Autónoma de Barcelona] Dipòsit Digital de documents de la UAB.
- Palacios, X. & Pérez, A. (2017) *Evolución del concepto de psicología de la salud y su diferenciación de otros campos de acción profesional*. Editorial Universidad del Rosario. <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/12870>
- Pereira, J., Velásques, X., Peñaranda, D., Pereira, R., Quintero, J., & Durán, R. (2019). Depresión y ansiedad y su relación con el perfil antropométrico de los pacientes en rehabilitación cardíaca fases I y II. *CorSalud*, 11(4), 287-29.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2078-71702019000400287
- Pérez, Y. & Soto, A. (2017) *Factores de Riesgo de las Enfermedades Cardiovasculares* [Trabajo de fin de grado de la Universidad Complutense de Madrid] Repositorio Institucional de la UCM.
- Pires, A. (2013). A psychological reading focused on the beliefs of patients with chronic pathologies about disease: implications for clinical practice. En Proceedings of 6th International and 11th National Congress of Clinical Psychology (pp. 1–6). Asociación Española de Psicología Conductual.
<http://www.aepc.es/PsClinicaX/PROCEEDING/PROCCEDINGCOMPLETO.pdf#page=5>

- Pita, S., Vila, M., & Carpente, J. (2002). Determinación de factores de riesgo. *Fisterra*, 4, 1–6. https://www.fisterra.com/mbe/investiga/3f_de_riesgo/3f_de_riesgo2.pdf
- Poma, J., Carrillo, L., & González, J. (2018). Funcionalidad familiar y factores de riesgo modificables para hipertensión arterial. *Universitas Médica*, 59(1), 1–8. <https://doi.org/10.11144/javeriana.umed59-1.ffha>
- Portables, L., Binué, A., Portero, R., Escolar, M., Carcedo, C., Zarzosa, C. (2015). Niveles de hostilidad en pacientes con cardiopatía: mejoría asociada a su participación en un programa de rehabilitación cardíaca multidisciplinar. En *Proceedings of 8th International and 13th National Congress of Clinical Psychology* (pp. 9-15). Asociación Española de Psicología Conductual. http://www.aepc.es/PsClinicaX/PROCEEDING_2015/PROCEEDING_COMPLETEO.pdf#page=12
- Preciado, N., Trujillo, D., & Rojas, H. (2018). Ansiedad, depresión, estrés y apoyo social percibido en el proceso de hospitalización de la Sociedad de Cirugía Hospital de San José de la ciudad de Bogotá-Colombia. *Psychologia*, 12(1), 71–87. <https://doi.org/10.21500/19002386.3263>
- Quiceno, J., & Vinaccia, S. (2010). Percepción de enfermedad: Una aproximación a partir del Illness Perception Questionnaire. *Psicología desde el Caribe*, 25, 56–83. <https://www.redalyc.org/pdf/213/21315106004.pdf>
- Ramírez, M., Vicente, M., López, A., & Capdevila, L. (2017). Factores de riesgo cardiovascular y su relación con factores sociodemográficos y laborales en trabajadores aparentemente sanos. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 26(4), 220–294. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552017000400257
- Rayo, D. (2013). Informe Estado de la Nación, Costa Rica: Evolución de la mortalidad y los días de estancia por egresos hospitalarios en el período 2013-2030. Programa Estado de la Nación. <http://repositorio.conare.ac.cr/handle/20.500.12337/360>

- Razali, S. (2008). Life event, stress and illness. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 15(4), 9-18. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22589633/>
- Redondo, D. (2013) Rol del profesional de Psicología en atención primaria de la salud. Rev. electrónica de estudiantes *Esc. de psicología, UCR*, 8(1): 61-80. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/wimblu/article/view/10465>
- Reyes, B. (2011). ¿Cuál es el aporte de la psicología dentro de la atención en salud en Costa Rica?, *Rev. Reflexiones* 90(1): 87-104. <https://doi.org/10.15517/rr.v90i1.1474>
- Reyes, E., Díaz, E., Odio, E., Montoya, D. & Olivera, A. (2016). Caracterización personológica de pacientes con cardiopatía isquémica. *MEDISAN*, 20(12), 1-9. <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v20n12/san042012.pdf>
- Rivera, L. (2008) El cuidado al paciente cardiovascular en situaciones que generan un gran sentimiento de pérdida, amenaza, temor o muerte. *Av.enferm.*26(1), 124-133. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12892>
- Rodríguez, J. (sf.) *La comunicación de las malas noticias*. Paliativos sin Fronteras. https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/02-LA-COMUNICACION-DE-LAS-MALAS-NOTICIAS-Rodriguez-Salvador_1.pdf
- Rodríguez, K. (2017) Revisión sistemática entorno a los factores psicoemocionales y personológicos asociados a las enfermedades cardiovasculares y su abordaje en rehabilitación desde la intervención psicológica. [Tesis de Posgrado Universidad de Costa Rica] Repositorio Universidad de Costa Rica.
- Rodríguez, T. (2008). *Estrategia de atención psicológica a pacientes con infarto agudo de miocardio hospitalizados* [Tesis, Santa Clara: Universidad Santa Clara: Universidad “Marta Abreu”]. Red de Repositorios Latinoamericanos.
- Rodríguez, T. (2010). La psicocardiología, disciplina indispensables de estos tiempos. *Revista Científica de las Ciencias Médicas de Cienfuegos MediSur*, 8(3),1–4. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X201000030000
- Rodríguez, T. (2019). Pautas del intervencionismo psicológico en el proceso de rehabilitación cardiovascular de pacientes con enfermedades coronarias. *Rev Psicol Cientif.* 1-

13. https://www.researchgate.net/profile/Teresa-Rodriguez-6/publication/343510601_Pautas_del_intervencionismo_psicologico_en_el_proceso_de_rehabilitacion_cardiovascular_de_pacientes_con_enfermedades_coronarias/links/5f2d7bbc299bf13404ad831b/Pautas-del-intervencionismo-psicologico-en-el-proceso-de-rehabilitacion-cardiovascular-de-pacientes-con-enfermedades-coronarias.pdf

- Rodríguez, G., Gil, J. & García, E. (1996). Metodología de la Investigación Cualitativa. Aljibe. Rodríguez, T, Navarro, J & González, C. (2013) *La Psicocardiología en el proceso salud- enfermedad: de la teoría a la práctica*. Editorial Ecimed. <http://www.bvscuba.sld.cu/php/index.php>
- Romero, C. (2007). Depresión y enfermedad cardiovascular. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 22, 1–16. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ruc/v22n2/v22n2a04.pdf>
- Rosario, E., Rovira, L., Rodríguez, A., Rivera, B., Fernández, L., López, R., Segarra, C., Torres, J., Burgos, M., & González, A., (2014). La salud cardiovascular y su relación con los factores de riesgo psicosociales en una muestra de personas empleadas en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25(1), 98-116. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4896059>
- Roure, R., Reig, A., & Vidal, J. (2002). Percepción de apoyo social en pacientes hospitalizados. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 12(2), 79–85. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/16904/1/Abilio_Reig_Percepcion_apoyo.pdf
- Sánchez, R. (2004). *Creencias sobre salud y enfermedad: El caso del cáncer infantil*. [Tesis de la Universidad Autónoma de Nuevo León]. Repositorio Académico Digital.
- Sánchez, D., & Contreras, Y. (2014). La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 43(4), 528–533. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000400011
- Sánchez, M. (2009). Fase III de los Programas de Prevención y Rehabilitación cardiaca. *Enfermería en Cardiología*, 191–214.

<https://www.enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/manuales/manual-de-enfermeria-en-prevencion-y-rehabilitacion-cardiaca/>

Sandrino, V. & Hernández, E. (2016) Factores psicosociales relacionados con las enfermedades cardiovasculares. *Revista Cubana de Cardiología y cirugía Cardiovascular*, 22 (3).

<http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/658/html>
[53](#)

Schettinni, P. y Cortazzo, I. (2016). *Técnicas y estrategias en la investigación cualitativa*. Universidad de la Plata.

http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/53686/Documento_completo_-_Cortazzo%20CATEDRA%20.pdf-PDFA.pdf?sequence=

Senado, J. (1999). Los factores de riesgo. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 15(4), 446-452. <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n4/mgi18499.pdf>

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), 46-60.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79822602005>

Sluzki, C. (1979). Migration and family conflict. *Family Process*, 1, 379-390.

https://www.researchgate.net/publication/22613988_Migration_and_Family_Conflict

Solís, M. (2017). *CCSS arremete contra enfermedades cardiovasculares*. Caja Costarricense del Seguro Social. <https://www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-arremete-contra-enfermedades-cardiovasculares>

Solís, M. (2018). *Desciende mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en Costa Rica*. Caja Costarricense del Seguro Social. <https://www.ccss.sa.cr/noticia?desciende-mortalidad-por-enfermedad-isquemica-del-corazon-en-costa-rica>

- Soto, F., Lacoste Marín, J. A., Papenfuss, R. L., & Gutiérrez León, A. (1997). El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. *Revista Española de Salud Pública*, 71(4). <https://doi.org/10.1590/s1135-5727199700040000>
- Sternberg, R. J. & Sternberg, K. (2011). *Cognitive Psychology*. Cengage Learning: Belmont California.
- Tajer D, Reid G, Ceneri E, Solís M. (2014) Equidad de género en la calidad de atención en adolescencia. En: *XXI Anuario de Investigaciones. T. 1. Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA*; 233-240.
<https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139994023.pdf>
- Trejos, J. (2016) Efecto de un programa de rehabilitación cardiaca fase II en el mantenimiento de los componentes de la aptitud física de pacientes con enfermedades cardiovasculares después de al menos un año de egreso. [Tesis de la Universidad Nacional] Campus Presbítero Benjamín Núñez.
- Uribe, M., Muñoz, C., Restrepo, J., & Zapata, A. (2010). Percepción del paciente hospitalizado por falla cardíaca. *Institución de salud 2009. Medicina UPB*, 29(2), 124–134. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-589338>
- Urquijo, S., Sánchez, R., Monsson, N., & Heredia, L. (2001). Relaciones entre trastornos de la personalidad y enfermedades cardiovasculares. *PSICO-USF*, 6(2), 75–84. <https://www.aacademica.org/sebastian.urquijo/21.pdf?view>
- Valle, I. (2015). La construcción sociocultural del padecimiento cardiovascular entre pacientes del Hospital Virgen del Rocío. *Imaginarnos, representaciones y prácticas en perspectiva etnográfica*. [Tesis Doctoral, Universidad de Sevilla]. Depósito de Investigación Universidad de Sevilla.
- Valls, E., & Rueda, B. (2013). Personalidad, afrontamiento y calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular. *Boletín de Psicología*, 109, 51–72. <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N109-3.pdf>

- Varela Montero, Isabel (2011) *Apoyo social y afrontamiento en enfermedad cardíaca*. [Tesis, Universidad Complutense de Madrid]. Repositorio Institucional de la Universidad Complutense de Madrid.
- Vargas, R & Pulido, S. (2012) Significado de las vivencias de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama. *Revista Ciencia y Cuidado*, 9 (1), 65-78. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3986765>
- Vicario, A., Fernández, R., Enders, J., Alves, A., & Cerezo, G. (2020). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades cardiovasculares durante la pandemia COVID-19. *Revista Federación Argentina de Cardiología*, 49(3), 1-12. <https://doi.org/10.53680/vertex.v32i153.99>
- Weixian, X., Yiming, Z., Lijun, G., Yanhong, G., & Wei, G. (2009). Job Stress and Coronary Heart Disease: A case-control study using a Chinese Population. *J Occup Health*, 51, 107-113. https://www.jstage.jst.go.jp/article/joh/51/2/51_L8060/_article/-char/ja/
- Zavala, L., Verdejo, M., & Díaz, R. (2015). Relación entre estrés y estilos de afrontamiento con el desarrollo de la cardiopatía isquémica. *Psicología Iberoamericana*, 23(1), 7–15. <https://doi.org/10.48102/pi.v23i1.128>

Anexos

Anexo 1: Procedimientos para el desarrollo de la investigación

Fases	Meses 2024											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Presentación del Anteproyecto ante CECUNA												
Ajuste del Anteproyecto con observaciones del CECUNA												
Incorporación del Anteproyecto a la Comisión de Trabajos Finales de Graduación												
Contacto con la población participante y entrega de consentimientos informados												
Realización de entrevistas semiestructuradas												
Realización de grupos focales												
Sistematización de la información												
Análisis de la información (Triangulación)												
Elaboración de resultados y del informe final												
Presentación del informe final ante CECUNA y EPS												
Devolución de resultados a la población participante												

Anexo 2: Consentimiento Informado

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Dirigido a participantes del Programa de Rehabilitación Cardíaca de la Escuela de Ciencias del Movimiento Humano y Calidad de Vida)

Proyecto: Características socioemocionales de un grupo de pacientes en Rehabilitación Cardíaca, egresados y egresadas de la Fase Intrahospitalaria, en relación con su vivencia de la enfermedad cardiovascular.

Versión y fecha: Segunda versión, Julio – Noviembre 2024

Código (o número) de proyecto SIA (si aplica): UNA-CECUNA-2024-P002

Nombre de las investigadoras principales: Ariel Guzmán Chaverri y Monserrat Valerio Morera

Nombre del participante: _____

- A. PROPÓSITO DEL PROYECTO:** Ariel Alexandra Guzmán Chaverri y Monserrat Valerio Morera son estudiantes investigadoras de la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional y realizan esta investigación, llamada **Características socioemocionales de un grupo de pacientes en Rehabilitación Cardíaca, egresados y egresadas de la Fase Intrahospitalaria, en relación con su vivencia de la enfermedad cardiovascular**, en la que busca analizar cómo se relacionan las características sociales (por ejemplo, dónde vive, en qué trabaja, entre otros) y emocionales (emociones, sentimientos y pensamientos) con la vivencia de las enfermedades cardiovasculares, en personas que estuvieron hospitalizadas y que son parte del Programa de Rehabilitación Cardíaca de la Escuela de Ciencias del Movimiento Humano, por alguna condición cardíaca.

Este estudio se realiza en la Escuela de Ciencias del Movimiento Humano y Calidad de Vida y es financiado con recursos propios de las estudiantes investigadoras. Las personas autorizadas para entrevistar serán Ariel Alexandra Guzmán Chaverri y Monserrat Valerio Morera, estudiantes investigadoras de la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional.

Su participación es muy importante para poder llevar a cabo el estudio de forma adecuada y obtener resultados que más tarde, nos permitan comprender las características emocionales y sociales de la población participante, así como los posibles factores de riesgo de estas enfermedades (mayores posibilidades de desarrollarlas)

Lo que haremos, será entrevistarle para conocer su experiencia sobre el diagnóstico y la vivencia de las enfermedades cardiovasculares, así como su proceso de hospitalización por dichas condiciones. Para esto, haremos una entrevista individual y un grupo de conversación con otras personas participantes del Programa de Rehabilitación Cardíaca de la Escuela de Ciencias del Movimiento Humano y Calidad de vida.

- B. ¿QUÉ SE HARÁ?**: Si está de acuerdo en participar, se hará una entrevista individual que durará aproximadamente una hora, y en ella vamos a conversar haciendo algunas preguntas. Se preguntarán datos básicos (Por ejemplo, ¿Cuántos años tiene? ¿Por qué estuvo hospitalizada(o)? ¿Hace cuánto estuvo hospitalizado? ¿Dónde vive?, entre otros), y aspectos personales sobre el tema de interés (Por ejemplo, ¿Cómo se sentía antes de tener una enfermedad cardíaca? ¿Cómo es su personalidad? ¿Cómo se sintió cuando estuvo internada(o) en el hospital? ¿Cómo le trataron en el hospital? ¿Cómo describe su condición de salud? ¿Contó con apoyo cuando estuvo internada(o) en el hospital?, entre otras). Esta entrevista se realizará en las instalaciones de la Escuela de Ciencias del Movimiento Humano y Calidad de Vida, de la Universidad Nacional, en el Campus Benjamín Núñez.

Posterior a esta entrevista, se le solicitará su participación en un grupo de conversación que durará aproximadamente dos horas, y se harán preguntas sobre el proceso de hospitalización y el apoyo que recibió durante este (Por ejemplo, ¿Cómo se sintió cuando estuvo internado(a)? ¿Qué emociones percibió en otras personas? ¿Con qué apoyo contó en ese momento?, entre otras) para conocer la percepción grupal sobre los temas de interés de esta investigación.

Estas conversaciones se podrían grabar, siempre y cuando usted y el resto de las personas participantes estén de acuerdo, las grabaciones serán archivadas, con un pseudónimo y no serán divulgadas por ningún medio. Y la información recolectada tanto en la entrevista como en el grupo de conversación será incluida en una base de datos digital que no tendrá identificación personal y a la cuál, solo las investigadoras tendrán acceso.

C. RIESGOS:

La participación en esta investigación no incluye riesgos físicos, económicos, ni sociales.

Existe un riesgo psicológico mínimo, ya que las conversaciones que tengamos durante la entrevista y durante el grupo, puede hacer recordar emociones no agradables.

Si el proceso genera algunas emociones desagradables, vamos a acompañarle por medio de una estrategia llamada “Primeros Auxilios Psicológicos”, en la que vamos a conversar y a hacer ejercicios de respiración si son necesarios, para buscar que se sienta mejor.

No existen daños a terceros.

- D. BENEFICIOS:** Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo; sin embargo, la información que usted nos brinde la utilizaremos para darla

a conocer al Programa de Rehabilitación Cardíaca y a otras instituciones asociadas al tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, para aportar al conocimiento sobre estas y así, a su eventual tratamiento.

No existen retribuciones económicas por la participación.

E. ¿QUÉ PASARÁ EN EL FUTURO?

Cuando se terminen las entrevistas y el grupo, las investigadoras harán un análisis y un resumen de la información recolectada. Sus datos serán totalmente anónimos y solo podrán utilizarse con fines académicos, investigativos y científicos.

La información estará lista aproximadamente en Noviembre del 2024, y se presentará al equipo investigador encargado de la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional.

Se realizará una devolución (una conversación individual o grupal cuando terminemos el proceso) para comentarle los datos que encontramos, en las instalaciones de la Escuela de Ciencias del Movimiento Humano.

F. PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA: Su participación en este estudio es voluntaria, esto es que usted participa solo si desea hacerlo. Puede negarse a participar o bien, no contestar algunas de las preguntas que le haremos, si no lo desea. Así mismo, puede solicitar que terminemos la entrevista o su participación en el grupo en cualquier momento y esto no le ocasionara problema alguno.

G. PARTICIPACIÓN CONFIDENCIAL: Nuestra investigación sigue los principios éticos correspondientes. Se ofrece un espacio seguro y de confidencialidad. Su participación en este estudio es totalmente confidencial: todas las respuestas que usted nos dé a las preguntas que le vamos a hacer, serán identificadas con un número y no con sus datos personales (nombre, apellidos, número de teléfono, dirección). Solamente las investigadoras del estudio Ariel Guzmán Chaverri y Monserrat Valerio Morera tendrán acceso a los documentos que incluirán sus datos personales. No le diremos a nadie que usted está participando en el estudio y no daremos su información personal sin su permiso. Como se mencionó antes, los resultados se van a utilizar únicamente con fines académicos, investigativos y científicos, y en caso de ser publicados, en las publicaciones de los resultados de la investigación, su información será manejada de forma confidencial, su nombre y su ubicación no serán mencionados en ningún momento.

H. Antes de decidir si desea participar, usted debe haber conversado con alguno de las investigadoras autorizados, quien debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información en el futuro, puede obtenerla con las investigadoras del proceso a los números 71402159 o 85618544, así como a la tutora académica M.Sc. María Gabriela Vindas Llaves al número 8860 9009, o a la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional 2562 7576 en horas de oficina (lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.). Usted también puede consultar sobre los derechos de los sujetos participantes en proyectos de investigación en la Ley Reguladora de Investigación Biomédica. Cualquier consulta adicional puede realizarla al Comité Ético Científico de la Universidad Nacional al teléfono 2562-6840 o al correo cecuna@una.cr, de lunes a viernes de 8 a 12 m.d. y 1 a 5 p.m.

I. Recibirá una copia de este documento firmado, para su uso personal.

J. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

- * He leído y/o me han leído la información sobre este estudio, antes de firmar.
- * He hablado con la investigadora y me ha contestado todas mis preguntas en un lenguaje entendible para mí.
- * Participo en este estudio de forma voluntaria.
- * Tengo el derecho a negarme a participar, sin que esto me perjudique de manera alguna.
- * Para cualquier pregunta puedo llamar a las investigadoras a los siguientes números telefónicos: 71402159 o 85618544, así como a la tutora académica M.Sc. María Gabriela Vindas Llaves al número 8860 9009, a la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional 2562 7576, o al Comité Ético Científico de la Universidad Nacional al 2562-6840.
- * He recibido una copia de este consentimiento para mi uso personal.

Nombre, cédula y firma de quien participa	Lugar	Fecha	Hora
---	-------	-------	------

Nombre, cédula y firma del testigo	Lugar	Fecha	Hora
------------------------------------	-------	-------	------

Nombre, cédula y firma de (la) investigador(a)	Lugar	Fecha	Hora
--	-------	-------	------

Anexo 3: Guía de Entrevista Semi Estructurada

Facultad de Ciencia Sociales

Escuela de Psicología

Tesis para Trabajo Final de Graduación

Tutora: Gabriela Vindas Chaves

Sustentantes: Ariel Guzmán Chaverri y Monserrath Valerio Morera

Entrevista Semiestructurada

La presente entrevista tiene por nombre: Características socioemocionales de un grupo de pacientes en Rehabilitación Cardíaca, egresados y egresadas de la Fase Intrahospitalaria en relación con su vivencia de la enfermedad cardiovascular, y forma parte del Trabajo Final de Graduación para optar por el Grado de Licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional, específicamente bajo la modalidad de Tesis, y está a cargo de las estudiantes Ariel Guzmán Chaverri, cédula 116750186 y Monserrath Valerio Morera, cédula 117140706, bajo la supervisión de la M.Sc. Gabriela Vindas Chaves docente de la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional y participante de la Actividad Académica: ASPENTO: Acompañamiento Psicológico en Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades No transmisibles y Obesidad, que se deriva del proyecto: Promoviendo la Salud Cardiovascular de lo Intrahospitalario a lo Comunitario, propio del Área de Salud de la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional, contando con la colaboración de la Escuela CIEMHCAVI.

La entrevista consta de aproximadamente de 20 preguntas y se durará aproximadamente 1 hora en su realización.

La información que brinde será utilizada con fines académicos y científicos, y será tratada con confidencialidad sin involucrar a personas ajenas al proceso.

Así mismo, la entrevista no implica ningún riesgo, sin embargo, si se llegara a presentar alguna eventualidad o experimentara algún malestar físico o psicológico, se tomarán las medidas necesarias para su seguridad.

Datos personales

Edad:

Tiempo transcurrido desde la hospitalización:

Razón de la hospitalización:

Categoría de análisis: Características emocionales		
Dimensiones	Preguntas	Justificación
Relación entre ansiedad, depresión, estrés	<ol style="list-style-type: none">1. ¿Cómo describiría usted su estado emocional antes del evento / diagnóstico cardiovascular?2. ¿Cómo describiría usted su estado emocional durante el proceso de hospitalización?3. ¿Cómo describiría usted su estado emocional después del proceso de hospitalización?4. ¿Qué implicaciones cree usted que tuvo y tiene su estado emocional en su salud?	Las investigaciones encontradas apuntan a que existe relación entre la depresión, la ansiedad, y el estrés con la enfermedad cardiovascular. Dichos estados emocionales se presentan antes del proceso de hospitalización, durante, y después de este; por lo que se consideran factores de riesgo cardiovascular. (Preciado, Trujillo y Rojas, 2018.; Grau et al., 2017.; Del Río et al., 2011.; Varela, 2011.; Cuartas et al., 2008).
Personalidad Tipo A (Ira-Hostilidad) y D	<ol style="list-style-type: none">5. ¿Cómo describiría usted su personalidad?6. ¿Qué implicaciones beneficiosas cree usted que tiene su personalidad en su salud?7. ¿Qué elementos de su personalidad cree usted que podrían ser perjudiciales para su salud?	El patrón de conducta tipo A, y rasgos propios de dicho patrón como el complejo ira – hostilidad, irritabilidad y negativismo; representan un factor de riesgo cardiovascular por su impacto a nivel cardíaco y neuroendocrino. (Portables et al., 2015)

Categoría de análisis: Características sociales		
Dimensiones	Preguntas	Justificación
Relación Médico-Paciente	<p>¿Cómo fue la relación que mantuvo con el personal sanitario durante su hospitalización?</p> <p>9. ¿Cómo es la relación que mantiene en este momento con el personal sanitario previo al proceso de rehabilitación?</p>	<p>La relación entre las personas profesionales en salud y los y las pacientes tanto durante el proceso de hospitalización como en el resto del Programa de Rehabilitación Cardíaca, el apoyo emocional y la información dada a la población cardiópata, tiene influencia en el recibimiento del diagnóstico, en la adherencia de estos al tratamiento y en su recuperación. (Escolar et al., 2014, Maguirre, 2002).</p>
Redes de Apoyo	<p>10. ¿En quién/quienes ha encontrado apoyo durante el proceso de hospitalización?</p> <p>11. ¿Cuál es su nivel de satisfacción con el apoyo recibido durante su hospitalización y después de esta?</p> <p>12. ¿Qué implicaciones considera tienes las redes de apoyo con el proceso de hospitalización y después de este?</p>	<p>Las redes de apoyo (familiar, comunitario, social, laboral, etc.) van a contribuir a reducir la ansiedad, la depresión, y la posibilidad de accidentes cardiovasculares por la disminución de la reactividad del corazón; contribuyendo así al proceso de rehabilitación y adaptación de las personas con enfermedades cardiovasculares. (Núñez, 2015)</p>
Ámbito Familiar	<p>13. ¿Cómo describiría la relación y convivencia con su familia?</p> <p>14. ¿En qué aspectos cree que el ámbito familiar ha influido tanto en su hospitalización y después de esta?</p> <p>15. ¿Considera existe beneficios y perjuicios del ámbito familiar en su proceso de hospitalización y su proceso de diagnóstico?</p>	<p>El apoyo y la dinámica familiar es una fuente de contención emocional para los y las pacientes cardiopatas, que facilita el afrontamiento a la condición y el enfrentamiento a las complicaciones asociadas al proceso salud – enfermedad (Faba, 2016)</p>

Categoría de análisis: Creencias en salud

Dimensiones	Preguntas	Justificación
Creencias	16. ¿Cuál considera que fue/es su mayor preocupación ante un diagnóstico de enfermedad cardiovascular? 17. Antes del evento/diagnóstico, ¿Cómo percibía las enfermedades cardiovasculares? 18. ¿Considera que su visión ha cambiado después del proceso de hospitalización?	Las enfermedades siempre van a ser entendidas desde una cultura determinada la cual va a influir en la manera en que se enfrenta al diagnóstico.
	19. ¿Cómo describiría la enfermedad cardiovascular? 20. ¿Cómo ha sido su vivencia de la enfermedad cardiovascular?	La percepción de la vivencia de un padecimiento nos permite entender el impacto de este sobre la vida de la persona y cómo influye en su cotidianidad (Guillen et al., 2015)

Anexo 4: Guía de Grupo focal

Categoría de análisis: Características emocionales		
Dimensión	Preguntas	Justificación
Relación entre ansiedad, depresión, estrés y enfermedades cardiovasculares	1. ¿Qué emociones fueron las más persistentes durante su proceso de hospitalización? 2. ¿Qué emociones pudo percibir en otras personas hospitalizadas? ¿Por qué cree que dichas personas se sentían de esa manera? 3. ¿Qué emociones creen que son las más determinantes para su salud en este momento?	Las investigaciones encontradas apuntan a que existe relación entre la depresión, la ansiedad, y el estrés con la enfermedad cardiovascular. Dichos estados emocionales se presentan antes del proceso de hospitalización, durante, y después de este; por lo que se consideran factores de riesgo cardiovascular. (Preciado, Trujillo y Rojas, 2018.; Grau et al., 2017.; Del Río et al., 2011.; Varela, 2011.; Cuartas et al., 2008).

Categoría de análisis: Características sociales		
Dimensión	Preguntas	Justificación
Redes de apoyo	4. ¿Con qué apoyo han contado desde el momento en que recibieron el diagnóstico? O, en caso de no tener diagnóstico aún, desde el momento en que enfermaron.	Las redes de apoyo (familiar, comunitario, social, laboral, etc.) van a contribuir a reducir la ansiedad, la depresión, y la posibilidad de accidentes cardiovasculares