

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA GRUPAL BREVE PARA MEJORAR LA
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA QUE
PRESENTAN SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y HOSTILIDAD**



PSICÓLOGA
TAMARA SIMANA DE ZEBEDE

**Tesis de grado presentada a la
Facultad de Psicología, como uno
de los requisitos para obtener el
grado de Magister en Psicología
Clínica.**

PANAMÁ REPÚBLICA DE PANAMÁ

2011

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Programa de Maestría en : **Psicología Clínica**
Facultad de: **Psicología**
Número de Código: **327-14-06-11-97**
Nombre del estudiante: **Tamara Simana de Zebede**
Título al que aspira: **Magister en Psicología Clínica**
Tema de la tesis: **“Efectividad de la terapia grupal breve para mejorar la calidad de vida en pacientes post infartados que presentan síntomas de ansiedad y hostilidad”**

Resumen Ejecutivo: **Se trata de un diseño de investigación pre experimental de tipo pretest- postest de un solo grupo en el cual se evaluará la efectividad de la psicoterapia grupal breve aplicada a pacientes que han padecido de cardiopatía isquémica y presentan síntomas de hostilidad y/o ansiedad generalizada. Esta comprobado que los pacientes que presentan estos síntomas tienen tasas de morbilidad y mortalidad más altas que la población general. La intención de este proyecto es proveer de herramientas a los pacientes para que mejoren su estilo de afrontamiento, se adhieran a los tratamientos recomendados y mejoren su calidad de vida.**

Nombre del Asesor: **Profesor Ricardo López**
Firma del Asesor: _____
Firma del Estudiante: _____
Aprobado por: _____
Coordinador del Programa

Director de Postgrado de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado

Fecha: _____

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a un hombre maravilloso cuyo corazón de oro se cansó muy rápido. A mi querido padre Mauricio Simana Z. L. aunque ya no estás con nosotros tu legado siempre perdurará. Gracias por ser mi inspiración.

A todos los pacientes que fueron tan generosos en ofrecerse a ser parte de este proyecto y abrir sus corazones conmigo.

AGRADECIMIENTOS

“Quien da no debe acordarse, quien recibe nunca debe olvidar” (proverbio judío)

No hay palabras suficientes para expresar cuánta gratitud existe en mi corazón porque más que un proyecto, hoy se cumple un sueño. Sin ustedes no hubiese sido posible.
Gracias.

Al Todopoderoso por Sus infinitas bendiciones y por procurarme la fuerza para terminar.

A mis padres por darme la vida, sin ellos no sería nada. A mi mamá quien tantas veces me apoyó y dio aliento y cuya disposición incondicional en este proceso ha sido invaluable.

A mi alma gemela, Eddie, un esposo y padre maravilloso. Por apoyarme en todo momento y creer en mi.

A Joseph, Mauricio y Gloria por ser pacientes y exhortarme a seguir; cediéndome el tiempo que por derecho era suyo. Y por enseñarme, con su ejemplo, que con fe todo se puede lograr.

A mi querida familia por siempre estar ahí para mí en todo momento.

A mis amigas que son la mejor red de apoyo que alguien puede tener.

Al Profesor Ricardo López, mi asesor de tesis, por su guía, su tiempo y su paciencia y sobre todo por presionarme para terminar.

A mis profesores por ser tan generosos en darnos sus conocimientos tan desinteresadamente.

Al grupo de Medic Gym, sobre todo al Dr. Enrique Mayo, sin su ayuda para conseguir la muestra esta tesis habría quedado en un simple anhelo.

A Geñita, hubiese sido una travesía imposible si no la hubiéramos hecho juntas. Gracias por tu amistad incondicional.

INDICE GENERAL

PORTADA	i
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	5
1. PSICOLOGÍA DE LA SALUD	6
1.1. Definición	6
1.2. Historia	8
1.3. Objetivos	10
1.4. El modelo biopsicosocial	11
1.5. Calidad de Vida	13
2. ACTUALIZACIONES FUNDAMENTALES DE LAS CARDIOPATÍAS	15
2.1. Manifestaciones Fisiológicas de las Cardiopatías	15
2.2. Factores de Riesgo Físicos	18
2.3. Sexualidad y Cardiopatías	20
3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LAS CARDIOPATÍAS	22
3.1. Medicina Psicosomática	22
3.1.1. Alexitimia y Cardiopatía	22
3.1.2. Mecanismo de Defensa Presentes en los Pacientes Cardiópata	28
3.2. Personalidad y Cardiopatía	29
3.2.1. Personalidad Tipo A y Cardiopatía	30
3.2.2. Personalidad Tipo D y Cardiopatía	30
3.2.2.1. Ira, Hostilidad y Cardiopatía	35
3.3. Trastorno de Ansiedad en Pacientes con Cardiopatía	39
3.3.1. Criterios Diagnósticos de Acuerdo al DSMV-TR	42
4. AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y SUS TRATAMIENTOS	47
4.1. Programas de Rehabilitación Cardíaca	48

4.2. Terapia Cognitivo Conductual	49
4.2.1. Técnicas de Relajación e Hipnosis	50
4.3. Terapia Interpersonal	51
4.4. Psicocardiología	52
CAPITULO II: FUNDAMENTOS TEÓRICOS PARA UNA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA	56
1. Introducción	57
2. Psicoterapia Breve	58
2.1. Historia de la Psicoterapia Breve	59
2.2. Principios Básicos de Intervención	60
2.2.1. Criterios de Selección	61
2.2.2. Contraindicaciones	62
3. PSICOTERAPIA GRUPAL PSICODINÁMICA BREVE	63
3.1. Historia	63
3.1.1. Teoría de W. Bion Sobre los Grupos	64
3.2. Conceptos Básicos de la Terapia de Grupo Psicodinámica	68
3.2.1. Objetivos	69
3.2.2. Principios de Intervencion	70
3.2.3. Rol del Terapeuta	71
3.2.4. Encuadre	72
3.2.5. Composición del Grupo	74
3.2.6. Alianza Terapéutica	76
3.2.7. Transferencia y Contratransferencia	77
3.2.8. Resistencia	79
3.3. Fases de la Psicoterapia Grupal Breve Psicodinámica	82
CAPITULO III: METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	85
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	86
2. HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN	87
2.1. Hipótesis Principales	87
2.2. Hipótesis Secundarias	88
2.3. Hipótesis Estadística	88

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	90
3.1. Objetivos generales	90
3.2. Objetivos específicos	90
4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	91
5. DEFINICION DE VARIABLES	92
5.1. Definición Conceptual de la Variable Independiente: Psicoterapia Grupal Breve Psicodinámica	92
5.2. Definición Operacional de la Variable Independiente: Psicoterapia Grupal Breve Psicodinámica	92
5.3. Definición Conceptual de las Variables Dependientes	95
5.3.1. Calidad de Vida	95
5.3.2. Ansiedad	96
5.3.3. Hostilidad	98
5.4. Definición Operacional de las Variables Dependientes	99
5.4.1. Calidad de Vida	99
5.4.2. Ansiedad	99
5.4.3. Hostilidad	99
5.4.4. Índice Global de Patología	99
5.4.5. Inestabilidad	99
5.4.6. Vulnerabilidad	99
5.4.7. Neuroticismo	99
6. POBLACIÓN Y MUESTRA	99
6.1. Población	101
6.2. Muestra	101
6.3. Criterios de Inclusión	101
6.4. Criterios de Exclusión	102
7. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN Y EVALUACIÓN	102
7.1. Entrevista Clínica	102
7.2. Cuestionario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)	104
7.3. Cuestionario TEA Clínico (CTC)	105
8. DISEÑO ESTADÍSTICO	109

9. PROCEDIMIENTO	109
CAPITULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS	111
1. ANALISIS ESTADISTICO Y E INTEGRACIÓN	112
1.1. Heterogeneidad y Homogeneidad de la Prueba	112
2. ANALISIS ESTADÍSTICO	115
2.1. Calidad de Vida	118
2.2. Ansiedad	121
2.3. Hostilidad	123
2.4. Índice de Patología Global	125
2.5. Inestabilidad	128
2.6. Neuroticismo	133
3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	137
3.1. Análisis estadístico	137
4. DISCUSIÓN	138
5. CONCLUSIONES	145
6. RECOMENDACIONES	147
BIBLIOGRAFIA	152
ANEXOS	160

INDICE DE TABLAS

		Página
Tabla N° 1	CLASIFICACIÓN SEGÚN EL ESTUDIO INTERHEART	21
Tabla N° 2	DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	112
Tabla N° 3	FACTORES DE RIESGO	114
Tabla N° 4	HISTORIAL DE INFARTOS	115
Tabla N° 5	COMPARACIÓN PRE-TEST Y POST-TEST DE LA VARIABLE DE CALIDAD DE VIDA (INCA VISA)	116
Tabla N° 6	ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS: COMPARACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA PRE-TEST/POST-TEST DEL DE LA VARIABLE CALIDAD DE VIDA (CV)	117
Tabla N° 7	COMPARACIÓN PRE- TEST Y POST –TEST DE LA VARIABLE ANSIEDAD	119
Tabla N° 8	ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS: COMPARACIÓN DE LA ANSIEDAD (ANS) PRE-TEST/POST-TEST	120
Tabla N° 9	COMPARACIÓN PRE TEST Y POST TEST DE LA VARIABLE HOSTILIDAD	122
Tabla N° 10	ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS: COMPARACIÓN DE LA HOSTILIDAD PRE-TEST/POST-TEST	123
Tabla N° 11	COMPARACIÓN PRE TEST Y POST TEST DE LA VARIABLE ÍNDICE DE PATOLOGÍA GENERAL	125
Tabla N° 12	ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS: COMPARACIÓN DEL ÍNDICE DE PATOLOGÍA GENERAL PRE-TEST/POST-TEST	126
Tabla N° 13	COMPARACIÓN PRE TEST Y POST TEST DE LA VARIABLE INESTABILIDAD	128

Tabla N° 14	ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS: COMPARACIÓN DE LA INESTABILIDAD PRE-TEST/POST-TEST	129
Tabla N° 15	COMPARACIÓN PRE TEST Y POST TEST DE LA VARIABLE VULNERABILIDAD	131
Tabla N° 16	ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS: COMPARACIÓN DE LA VULNERABILIDAD PRE-TEST/POST-TEST	132
Tabla N° 17	COMPARACIÓN PRE TEST Y POST TEST DE LA VARIABLE NEUROTICISMO	134
Tabla N° 18	ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS: COMPARACIÓN DEL NEUROTICISMO PRETEST/POST-TEST	135

INDICE DE GRAFICAS

		Página
Gráfica N° 1	COMPARACIÓN PRE-TEST POST-TEST INDICE DE CALIDAD DE VIDA	118
Gráfica N° 2	COMPARACION PRE-TEST/ POST-TEST INDICE DE ANSIEDAD	121
Gráfica N° 3	COMPARACION PRE-TEST/POST-TEST INDICE DE HOSTILIDAD	124
Gráfica N° 4	COMPARACIO PRE-TEST / POST-TEST INDICE DE PATOLOGIA GLOBAL	127
Gráfica N° 5	COMPARACION PRE-TEST/ POST-TEST INDICE DE INESTABILIDAD (INE)	130
Gráfica N° 6	COMPARACION PRE-TEST/ POST-TEST INDICE DE VULNERABILIDAD	133
Gráfica N° 7	COMPARACION PRE-TEST/ POST-TEST INDICE DE NEUROTICISMO	136

RESUMEN

Se trata de un diseño de investigación pre-experimental de tipo pre-test, post-test de un solo grupo, en el cual se evaluó la efectividad de la psicoterapia grupal breve psicodinámica aplicada a pacientes que han padecido de cardiopatía isquémica y presentan síntomas de hostilidad y/o ansiedad. Se utilizaron el Cuestionario TEA Clínico y El Inventario de Calidad de Vida y Salud para evaluar a 18 personas del área metropolitana de Panamá, que tenían entre 45 y 75 años de edad. La muestra estuvo compuesta por un grupo de cinco pacientes que recibieron diez sesiones de psicoterapia grupal breve psicodinámica con el objetivo de mejorar su calidad de vida a través de la disminución de los síntomas de ansiedad y hostilidad y de enseñarles estrategias de afrontamiento más adecuadas. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: el tratamiento fue significativamente efectivo para disminuir los síntomas de ansiedad y mejorar los índices de calidad de vida. Sin embargo, y a pesar de que hubo una disminución, no pudimos comprobar que el tratamiento fue significativamente efectivo para disminuir las síntomas de hostilidad.

ABSTRACT

This is a quasi experiment one-group pretest posttest research, which evaluated the effectiveness of brief psychodynamic group psychotherapy applied to patients who have had ischemic heart disease and present symptoms of hostility and/or anxiety in order to improve their quality of life. The Clinical TEA Inventory (CTC) and the Quality of Life and Health Questionnaire (InCaViSa) were used to evaluate eighteen people between the ages of 45 and 75 years, in the metropolitan area of Panama. The sample was composed of a group of five patients who received ten sessions of brief psychodynamic group psychotherapy in order to improve their quality of life by reducing symptoms of anxiety and hostility and to educate them on more appropriate coping strategies. The results were as follows: treatment was significantly effective in reducing anxiety symptoms and improving quality of life. However, despite the fact that there was a decrease, we could not verify that the treatment was significantly effective for reducing symptoms of hostility.

INTRODUCCIÓN

A partir de la quinta semana de gestación el corazón empieza a latir. Cuando somos niños y corremos, o alguien nos asusta y el corazón se acelera. Seguramente todos hemos escuchado a un adolescente decir “se me rompió el corazón”. Ya en la vida adulta estas frases van cambiando y decimos cosas como “casi me mata de un infarto” o “me vas a matar de un susto”.

Es evidente entonces que el corazón es el receptor de múltiples proyecciones y su funcionamiento está íntimamente ligado a las emociones. Como lo expone el Dr. Chiozza (cardiólogo/ psicoanalista) “La cardiopatía isquémica representa el proceso por el cual el corazón, simbólicamente, se ‘estrangula a sí mismo’ en el intento de evitar el nacimiento de un afecto nuevo que, de llegar a configurarse, conformaría una ignominia (algo que, de acuerdo con una expresión habitual, ‘no tiene nombre’)”.

A pesar de que existe esta conexión entre las emociones y la salud, y que gracias a las neurociencias se ha podido comprobar científicamente lo que hace años grandes autores como Freud, Winnicott y Joyce McDougall han descrito y tratado de entender, sigue habiendo una enorme brecha ya que el cardiólogo, en su afán por salvarle la vida al paciente, deja en un segundo o tercer plano (si tenemos suerte) los aspectos emocionales.

Cabe preguntarnos cómo es posible que en un mundo donde los científicos son capaces de producir corazones artificiales, que las cardiopatías sean la primera causa de muerte a nivel mundial. Más aún, según la Organización Mundial de la Salud, en el año

2030 morirán cerca de 23,6 millones de personas por enfermedades cardiovasculares, sobre todo por cardiopatías, y se pronostica que sigan siendo la principal causa de muerte.

Como psicóloga no queda más que pensar que el eslabón perdido es la falta de salud emocional. Sobre todo si tomamos en cuenta que, exceptuando los factores de riesgo hereditarios y el nivel socioeconómico, todos los demás factores son modificables e incluso prevenibles.

Haydee Faimberg, en la conferencia dictada a inicios de este año en Panamá, postulaba que lo importante no son las respuestas sino las preguntas, ya que la pregunta abre espacios de curiosidad que llevan a grandes descubrimientos. Esto es lo que ha sido esta investigación para mí. Después de entender más a fondo el impacto de las emociones en la salud cardíaca y para sus efectos en todas las enfermedades, me pregunto ¿qué más se puede hacer? Y la respuesta abre un mundo de posibilidades.

Es necesario empezar desde la prevención, enseñar más salud emocional a los padres y a los chicos que nos llegan a la clínica. Alguien con una autoestima saludable se cuida más. Y cuando ya tenemos a un paciente que ha sufrido un infarto, debemos proporcionarle las herramientas necesarias para afrontar la depresión, la hostilidad y la ansiedad de manera que no le produzca otro infarto. Es en este aspecto donde podemos beneficiarnos de las propuestas de la Psicología de la Salud.

Esta investigación está dividida en cuatro apartados. En el primer capítulo se presentan las generalidades de las cardiopatías, algunas teorías psicológicas que la explican y tipos de tratamiento psicológico que se utilizan para tratar los aspectos emocionales. En el segundo capítulo presentamos los fundamentos teóricos para una intervención psicoterapéutica grupal breve con orientación psicodinámica. En el tercer capítulo exponemos los pasos metodológicos que se requieren para realizar y fundamentar esta investigación. Por último, el cuarto capítulo es la presentación y análisis de los resultados y que culmina con las conclusiones y recomendaciones.

Un sueño sólo da frutos si plantamos su semilla. Espero que este trabajo siembre la semilla de la curiosidad para que se sigan realizando investigaciones en este tema y se creen programas de apoyo psicológico para pacientes cardíacos. Mi propuesta es que una intervención de psicoterapia breve de grupo con orientación psicodinámica es una alternativa efectiva.

CAPITULO I
MARCO TEORICO

*“La enfermedad es el
resultado no sólo de nuestros
actos, sino también de
nuestros pensamientos.”*
Mahatma Gandhi

1 PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Atrás han quedado los días en que las enfermedades físicas eran solo asunto de los médicos. Hoy en día y a raíz de un movimiento que inicia en la década de los setenta, la Psicología de la Salud ha ido tomando cada vez más auge. Buscamos el origen multifactorial de las enfermedades para así ayudar a su mejoramiento. Ya que el tema que nos concierne involucra la salud o más bien la falta de ella, consideramos que el marco de la Psicología de la Salud nos provee herramientas sumamente útiles para trabajar con pacientes cardiópatas.

La dicotomía mente-cuerpo ha pasado el escrutinio de psicólogos, médicos y filósofos, todos ellos tratando de explicar aquello que no parecía tener sentido. Gracias a esta integración es que cada vez más se implementan programas de apoyo psicológico para personas que padecen enfermedades crónicas.

En término de las cardiopatías, la Psicología no sólo se encarga de tratar al paciente una vez infartado, sino que está dedicada a promover la prevención de los factores de riesgo que llevan al desarrollo de las mismas.

1.1 Definición de Psicología de la Salud

La Psicología de la Salud está dedicada al entendimiento de las influencias psicológicas en la salud de las personas, por qué se enferman y cómo responden cuando se enferman, "...promueve las intervenciones con el

fin de ayudar a las personas a estar saludables o a reponerse de las enfermedades.” (Taylor, 2007, p. 4).

Para tratar el tema de la Psicología de la Salud primeramente debemos definirla. Para la Organización Mundial de la Salud (1964) la salud es: “Un estado de bienestar completo físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. Esta definición subraya la naturaleza biopsicosocial de la salud y pone de manifiesto que la salud es más que la ausencia de enfermedad. El bienestar y la prevención son parte de nuestro sistema de valores y continuamente se nos exhorta a evitar aquellos hábitos que afecten de forma negativa la salud.

Un psicólogo de la salud podría trabajar con personas que ya se encuentran enfermas para ayudarles a ajustarse de forma más funcional a su padecimiento o para que aprendan a seguir un régimen de tratamiento (Taylor, 2007).

Resulta generalmente aceptado que el primer intento de definición formal de la Psicología de la Salud parece deberse a Matarazzo (1980, p. 815), quien la consideró como “el conjunto de contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología, la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la

enfermedad y las disfunciones relacionadas”. Esta definición acabó por convertirse en la definición oficial de la División de la Psicología de la Salud de la Asociación Americana de Psicología (APA por sus siglas en inglés), ya que en su reunión anual de 1980 fue adoptada como tal con muy pocos cambios.

Ha habido otros intentos de definir la Psicología de la Salud. En 1983 Gatchell y Baum definen la Psicología de la Salud como la “disciplina relativa al papel primario de la psicología como ciencia y profesión en las áreas de la medicina conductual y salud conductual.”, mientras que Bloom en 1988 la define como “el estudio científico de la conducta, pensamientos, actitudes y creencias relacionados con la salud y la enfermedad”.

Por último podemos mencionar la definición de Carboles (1993) que detalla que la Psicología de la Salud enfoca su interés en los problemas de la salud principalmente físicos u orgánicos, y considera, que la función principal es prevenir estas enfermedades y, en caso de que ocurran, promover la rehabilitación, haciendo uso del marco conceptual de la psicología científica.

1.2 Historia de la Psicología de la Salud

La Psicología de la Salud aparece a finales de los años setenta como un nuevo constructo que responde a una de las demandas más importantes de la sociedad actual, el mantenimiento de la salud y la prevención de la

enfermedad. En ese sentido, Stone manifiesta "...si la psicología es el estudio de la conducta, la Psicología de la Salud debería estudiar aquella conducta que guarda relación con el sistema de salud" (Borda, 2000 p. 41).

En 1979, Matarazzo da una definición oficial de la Psicología de la Salud y ese mismo año se publica la primera edición de la revista *Health Psychology* (Psicología de la Salud). En el año 1975 es cuando se le asigna dicho nombre durante la creación de la Sección de Investigación en Salud. Sin embargo, no es sino hasta 1978 que el nombre se oficializa en la APA (*American Psychological Association*).

Esta rama de la Psicología surge de la crisis del sistema sanitario y es en parte motivada por las limitaciones del modelo biomédico y su incapacidad para hacer disminuir las principales causas de mortalidad. Aunado a lo anterior, está el elevado costo de los sistemas sanitarios que suponen la atención de los enfermos crónicos (Borda, 2000). La Psicología de la Salud para Becoña, Vázquez y Oblitas es: "...el campo de mayor futuro de la psicología en la próximas décadas y, por lo tanto, donde hay que esperar que se produzca el mayor desarrollo, crecimiento y expansión de todas las ramas de la psicología tanto a nivel teórico como a nivel formativo, investigador, y aun más importante profesional" (Oblitas, 2009, p. 257)

1.3 Objetivos de la Psicología de la Salud

Entre los objetivos principales de la Psicología de la Salud, Borda (2000) nos enumera los siguientes:

- Comprender y evaluar la interacción entre el bienestar físico y los diversos factores biológicos, psicológicos y sociales.
- Entender cómo las teorías, los principios y los métodos de investigación psicológica pueden ser aplicados para reforzar los enfoques biomédicos en la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad.
- Comprender la naturaleza de la respuesta del estrés y su importancia en la etiología y proceso de adquisición de un gran número de problemas de salud.
- Entender cómo los métodos y las técnicas conductuales y cognitivas pueden ayudar a las personas a afrontar y controlar el estrés.
- Desarrollar las habilidades necesarias para el diseño y la aplicación de programas con miras a crear o incrementar hábitos y estilos de vida saludables en los individuos.
- Comprender las dificultades que experimentan los pacientes al decidir buscar tratamiento para sus padecimientos.
- Concientizarse de las condiciones percibidas por los pacientes en el ámbito hospitalario, así como de los factores que afectan la adherencia a los tratamientos médicos y las fuentes de problemas en lo que a la relación médico-paciente respecta.

- Entender las diferencias existentes entre los métodos psicológicos y médicos para reducir el dolor y como se combinan para optimizar la eficacia del tratamiento.
- Ser conscientes del gran impacto que las enfermedades discapacitantes y terminales producen en los propios pacientes y sus familiares

1.4 El Modelo Biopsicosocial

El modelo biopsicosocial, creado por Engel, sostiene que la salud y la enfermedad son causados por múltiples factores y originan múltiples efectos. Este modelo propone que la mente y el cuerpo no pueden ser diferenciados en cuestiones de salud y enfermedad ya que ambos tienen inherencia sobre el estado de salud individual (Taylor, 2007). Desde este punto de vista, la salud se convierte en “aquello que se logra al atender las necesidades biológicas, psicológicas y sociales más que en algo que se acepta de antemano (Organización Mundial de la Salud, 1948)” (Taylor 2007, p. 12).

El reconocimiento del importante papel que juegan los diversos factores psicológicos y sociales en la aparición y mantenimiento de las enfermedades, obliga a pensar sobre la salud en términos bien distintos a los propuestos por el modelo biomédico. Es desde esta perspectiva que nace la necesidad de formular un nuevo modelo para tratar de entender la dicotomía salud - enfermedad.

El modelo biopsicosocial nace de la necesidad de integrar, así como su nombre lo dice, los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Podríamos definirlo como “un acercamiento sistémico a la enfermedad que enfatiza, la interdependencia de los de los factores físicos, psíquicos y sociales que intervienen en ella, así como la importancia de abordar la enfermedad en todos sus niveles.” (Bishop, 1994, p. 60).

Las bases teóricas del modelo biopsicosocial, se hallan en la teoría general de los sistemas. Esta teoría, sostiene que las entidades naturales se entienden mejor en términos de jerarquía de sistemas, es decir, cada sistema está compuesto por otros sistemas menores, al tiempo que forman parte de otro mayor. Así, todo sistema es a la vez un todo y una parte (León Rubio, 2004).

A continuación presentaremos las principales características del modelo biopsicosocial, en comparación con el modelo biomédico, (León Rubio, 2004):

- Rechaza el reduccionismo del modelo biomédico.
- Evita la dualidad mente cuerpo proponiendo que existe una interrelación de los diferentes sistemas.
- Se introduce el concepto de autorregulación, es decir, los sistemas buscan la homeostasis. El modelo biopsicosocial promueve la adopción de responsabilidades personales con respecto a la salud.

- Hace énfasis tanto en la salud como en la enfermedad ya que ambas son facetas del mismo proceso.

Para la perspectiva psicosocial, la salud es un problema social y político, cuyo planteamiento y solución pasa por la participación activa y solidaria de la comunidad (Barriga, 1988).

Continuando con una perspectiva más positiva sobre la salud, León Rubio (2006) plantea que desde la perspectiva psicosocial, el objetivo central es el mantenimiento de la salud, la cual es vista como un proceso más que un estado. Donde debe haber un compromiso para el cambio del modo de vida, tanto a nivel individual como social, y que apunta a crear una cultura de promoción de la salud a todos los niveles, desde lo individual hasta lo social.

Este planteamiento tiene la función de “desmedicalizar” la salud. Lo cual se logra cuando la salud deja de ser sinónimo de ausencia de enfermedad y de sistema sanitario eficaz, y se convierte en la promoción de un ambiente y unas condiciones de vida saludables. Es decir, que se enfatiza un concepto positivo y relacional de la salud.

1.5 La Calidad de Vida

El concepto de Calidad de Vida es un constructo fundamental para esta investigación y mejorarla es el objetivo fundamental. Cada paciente es más que un conjunto de disfunciones orgánicas. Es de vital importancia, considerar

sus rasgos característicos, sus valores y creencias personales sobre el significado de la vida, su actitud frente a la enfermedad y el sufrimiento que ésta conlleva. Todos estos elementos forman parte integral de la definición de la calidad de vida para cada paciente particular.

La Organización Mundial de la Salud la define calidad de vida como:

“...la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. En un contexto extenso y complejo que engloba a la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno” (OMS, 1998).

Desde el punto de vista de la Psicología de la Salud, la consideración de la calidad de vida ha jugado y juega un papel determinante. En las palabras de Grau Abalo (1998):

“desde la perspectiva de la Psicología y para la salud, la evaluación de la calidad de vida tiene como objetivo principal determinar los efectos de los cuidados de salud, como intervenciones positivas, estimar las necesidades de la población, optimizar las decisiones terapéuticas y estudiar las causas e impacto de variables psicosociales intervinientes en el estado de salud” (Laham, 2006, p. 35).

Para la OMS la definición de calidad de vida debe considerar los siguientes elementos:

- La percepción personal del estado físico, es decir síntomas de la enfermedad y efectos del tratamiento.

- La percepción del individuo sobre su estado emocional y cognitivo frente a la enfermedad y su rehabilitación (la ansiedad, la depresión, la negación de la enfermedad, el miedo a la muerte, etc.).
- La percepción de la persona de su vida social (sus relaciones interpersonales en los ámbitos familiar y laboral, pero también la necesidad de reforzar su red de apoyo social y la relación específica con su médico).

2 ACTUALIZACIONES FUNDAMENTALES DE LAS CARDIOPATÍAS

Es de suma importancia cuando tratamos pacientes con enfermedades físicas comprender con la mayor profundidad posible las características de las mismas. En este apartado hablaremos de las manifestaciones fisiológicas, de los factores de riesgo y algunas otras generalidades de las cardiopatías.

2.1 Manifestaciones Fisiológicas de las Cardiopatías

La cardiopatía coronaria es un término amplio que se refiere a las enfermedades causadas por arterioesclerosis, es decir, el estrechamiento de las arterias coronarias, los vasos que conducen la sangre al corazón. Cuando estos vasos se estrechan o se tapan, el flujo de oxígeno y de los nutrientes al corazón se obstruye parcial o totalmente. La escasez temporal de oxígeno y de nutrientes suele causar el dolor, llamado *angor pectoris*, que se irradia al pecho y al brazo. Cuando se presenta una insuficiencia severa el resultado es un infarto (infarto al miocardio) o cardiopatía isquémica (Taylor 2007, p. 343).

Cardiopatía: Es cualquier trastorno que afecta la capacidad del corazón para funcionar normalmente.

Miocardopatía isquémica: de acuerdo con la Biblioteca Nacional de la Medicina (*Nacional Library of Medicine*) del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos es un término que los médicos utilizan para describir a los pacientes que tienen insuficiencia cardíaca congestiva debido a una arteriopatía coronaria.

El término “isquémico” significa que un órgano, como el corazón, no está recibiendo suficiente sangre y oxígeno; mientras que “cardio” significa corazón y “miopatía” quiere decir que es una enfermedad relacionada con el músculo.” Comúnmente se le conoce como infarto al miocardio y en esta investigación estos términos serán utilizados indistintamente.

En el desarrollo de la enfermedad de las arterias coronarias están involucrados diversos factores. Investigaciones recientes han implicado especialmente a los procesos inflamatorios. Se cree que una determinada citosina proinflamatoria (IL-6) tiene algún papel en las enfermedades cardíacas mediante la estimulación de procesos que contribuyen a la acumulación de la placa arteriosclerótica (Suárez, 2003). Una ligera inflamación suele acentuar muchos, sino es que la mayoría de los casos, de enfermedades

cardiovasculares. A consecuencia de investigaciones como ésta, se considera que ahora la cardiopatía coronaria es una enfermedad sistémica y no solamente un proceso local de las arterias coronarias ya que es un proceso inflamatorio (Taylor, 2007, p. 343).

Los síntomas que puede presentar una persona que está sufriendo un infarto son:

- Dolor en el pecho debajo del esternón, que puede irradiarse al cuello, la mandíbula, la espalda, el hombro, y el brazo.
- Puede sentirse tensión, presión, compresión u opresión.
- Sensación táctil de los latidos cardíacos (palpitaciones).
- Pulso rápido o irregular.
- Insuficiencia respiratoria, especialmente con la actividad.
- Insuficiencia respiratoria que ocurre después de acostarse por un rato.
- Tos.
- Fatiga, debilidad, desmayo.
- Disminución de la agudeza mental o concentración.
- Disminución del gasto urinario.
- Micción excesiva en la noche.
- Hinchazón general.
- Dificultad respiratoria al acostarse.
- Los síntomas pueden o no aliviarse con el descanso o con la ingesta de nitroglicerina.

2.2 Factores de Riesgo

Como en toda enfermedad, los médicos han determinado que existen ciertos factores que incrementan la probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares y específicamente cardiopatías isquémicas. Estos factores de riesgo pueden ser modificables o no modificables, como es el caso de los factores de riesgo hereditarios y genéticos, tal como lo son la edad y el sexo, entre otros. (ver Tabla No. 1).

A continuación mencionaremos algunos factores de riesgo tradicionales. Sin embargo, estudios han arrojado nueva información sobre la incidencia de los factores de riesgo y su correlación con el establecimiento de las cardiopatías.

- **Tabaquismo:** las sustancias contenidas en el humo se vierten al torrente sanguíneo y a los pulmones, dificultando el proceso respiratorio y obligando al corazón a realizar un mayor trabajo para obtener el mismo resultado. A la larga, ello implica un desgaste prematuro del órgano y de sus componentes. Así mismo, gran cantidad de sustancias tóxicas contenidas en el humo de los cigarrillos se depositan en las paredes de las arterias coronarias, contribuyendo a dañarlas progresivamente.
- **Niveles altos de colesterol:** un exceso de lípidos en la sangre puede hacer que estos se depositen en las paredes de las arterias con el

consiguiente estrechamiento de las mismas. Este es un factor de primer orden facilitador del infarto.

- **Hipertensión:** supone una mayor resistencia para el corazón, que responde aumentando su masa muscular para hacer frente a ese sobreesfuerzo. Este incremento de la masa muscular acaba siendo perjudicial porque no viene acompañado de un aumento equivalente del riego sanguíneo y puede producir insuficiencia coronaria y angina de pecho.
- **Diabetes:** la glucosa se acumula en la sangre, dañando progresivamente los vasos sanguíneos y acelerando el proceso de arteriosclerosis aumentando así el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular y la muerte cardíaca súbita.
- **Obesidad concentrada en la zona abdominal:** la obesidad central tiene peores consecuencias para el metabolismo que la obesidad situada en otras partes del cuerpo, ya que favorece el desarrollo de diabetes y gota. Además, quienes la padecen tienen altas posibilidades de acumular grasa también en otros órganos vitales, lo que favorece la aparición de enfermedades cardiovasculares.

Tabla No. 1			
Clasificación según el estudio INTERHEART			
Categoría I	Categoría II	Categoría III	Categoría IV
Su modificación disminuye el riesgo	Su modificación <i>probablemente</i> disminuye el riesgo	Su modificación <i>podría</i> disminuir el riesgo	No pueden ser modificados
Tabaquismo LDL Dieta Hipertensión HV1 Factores trombogénicos	Diabetes Sedentarismo HDL Triglicéridos Obesidad (zona abdominal) Menopausia	F. psicosociales Lipoproteína (a) Homocisteína Estrés oxidativo No alcohol	Edad Sexo Estatus socioeconómico Historia familiar

Yusuf S, Hawken S, Oupoon S & col. *Effect of potentially modifiable risk factors with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study*. Lancet 2004;364: 937-52

2.3 Sexualidad y Cardiopatías

La incidencia de disfunción sexual en los pacientes con enfermedad cardiovascular es elevada. En los hombres se caracteriza por disminución del deseo y/o dificultad para la erección o eyaculación. La disfunción eréctil es una de las alteraciones más frecuentes y se ha definido como la incapacidad persistente de conseguir y mantener una erección suficiente que permita una relación sexual satisfactoria. Por su parte, en las mujeres, suele describirse una disminución del deseo e insatisfacción sexual.

Distintos estudios han descrito la presencia de disfunciones sexuales en un alto porcentaje de pacientes cardiopatas, fundamentalmente tras un infarto agudo del miocardio (78%). En cualquier caso, estos trastornos también pueden asociarse con otras patologías cardíacas, como en los pacientes

portadores de un desfibrilador automático (40%) y trasplantados de corazón (50%).

Las causas de los trastornos sexuales en los cardiopatas son variadas, coexistiendo en ocasiones varias de ellas: edad avanzada, anomalías en las relaciones de pareja, falta de información, patologías orgánicas o psicológicas y utilización de fármacos.

Las causas psicológicas más frecuentes de alteración sexual son la ansiedad y sobre todo la depresión. Tras un episodio cardiovascular es muy frecuente la aparición de diferentes grados de depresión, que puede ser también la causa de disfunción sexual en estos pacientes.

Por otra parte, la mayoría de los medicamentos utilizados por las personas con enfermedades cardiovasculares pueden aumentar la incidencia de disfunción eréctil. Sin embargo, su empleo puede ser necesario para controlar algunos síntomas como la angina de pecho o la fatiga, lo cual paradójicamente mejorará la actividad sexual.

Podemos concluir que los pacientes con enfermedad cardiovascular tienen más posibilidades de padecer disfunción sexual, dada la presencia de una afectación vascular, las alteraciones psicológicas asociadas y la medicación que precisan para su tratamiento. Una vez instaurada la dificultad sexual,

aunque sea por causas fisiológicas, se vuelve un tema emocional ya que afecta la autoestima y las relaciones interpersonales, sobre todo con la pareja. Y es de suma importancia ofrecer el apoyo psicológico correspondiente.

3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LAS CARDIOPATÍAS

Existen diferentes teorías que han tratado de explicar las cardiopatías desde una perspectiva psicológica. Considero de suma importancia explorar con detalle los factores psicodinámicos que subyacen a las cardiopatías isquémicas. Entre los modelos más relevantes para esta investigación está el psicoanálisis del cual parte la teoría de la medicina psicosomática.

Exploraremos algunos conceptos básicos que explican el uso del cuerpo como actor de las emociones basándonos en el modelo psicosomático, las teorías que explican la asociación entre rasgos de personalidad y el desarrollo de las cardiopatías, y por último, su relación con la ansiedad y la hostilidad.

3.1 Medicina Psicosomática

La medicina psicosomática se refiere específicamente a “los trastornos físicos del organismo mente-cuerpo, trastornos que pueden aparentar ser únicamente físicos pero que tienen su origen en las emociones inconscientes...” (Sarno, 2006, p. 8). Por otra parte, Rodríguez (2003) nos

menciona la definición más actual de Grinker, quien define la medicina psicosomática como:

“un enfoque que engloba la totalidad de los procesos integrados de transacciones entre muchos sistemas: somático, psíquico, social y cultural. De hecho, la noción psicosomática no se refiere ni a la fisiología o la patofisiología, ni a la Psicología o la psicopatología, sino a un concepto de proceso entre los sistemas vivos y su elaboración social y cultural” (2003, p. 127).

A continuación expondremos una breve reseña histórica de la evolución de la medicina psicosomática. En 1918, Heinroth introduce el término medicina psicosomática, quien consideraba que las pasiones sexuales tenían influencia en ciertas enfermedades anteriormente consideradas psicosomáticas por tener factores etiológicos emocionales (Rodríguez, 2006).

Freud fue el primer teórico moderno en establecer una conexión entre la emoción y la salud cuando acuñó el término parálisis histérica para indicar que el estado mental del paciente y sus experiencias reprimidas eran expresadas a través de problemas físicos como la parálisis de algún miembro del cuerpo.

Algunos años después, Alexander toma este pensamiento freudiano y desarrolla lo que se conoce como la teoría del conflicto nuclear según la cual:

“los sentimientos inconscientes de hostilidad son considerados como los causantes de trastornos cardiovasculares (migraña e hipertensión), mientras que los sentimientos inconscientes de dependencia o los deseos de ser querido consideran como causantes de trastornos respiratorios y gastrointestinales (asma, síndrome de colon irritable, úlcera).” (León Rubio, 2004, p. 52)

Para Alexander, en el caso de los impulsos hostiles, el conflicto se produce cuando estos se inhiben y la conducta agresiva correspondiente no llega a consumarse. Es en este momento, a pesar de que no se realizan (los impulsos hostiles) se da una respuesta fisiológica que produce un estado de alerta que termina siendo el origen del trastorno (Alexander, 1952).

“Los contenidos de sus impulsos hostiles continuará y consiguientemente aumentará en intensidad. Esto inducirá al desarrollo de medidas defensivas más fuertes para mantener controladas las agresiones acumuladas [...]. A consecuencia del grado de las inhibiciones, estos pacientes son menos efectivos en sus actividades ocupacionales y por esta razón tienden a fracasar en las competiciones con otros, de tal forma que se estimula la envidia y se intensifican sus sentimientos hostiles hacia los competidores que han logrado mejores resultados que ellos.” (Alexander, 1952, p. 150)

Otro caso que nos presenta Alexander en cuanto al mal manejo de las emociones, es cuando los sujetos casi nunca son capaces de reconocer y expresar de forma consciente sus sentimientos de dependencia, y los sistemas fisiológicos que le subyacen permanecen así en un estado de activación

perpetua que, al igual que en el caso anterior, acaba provocando el trastorno psicossomático.

Podríamos concluir que Alexander explica lo psicossomático como la simbolización de un determinado conflicto o regresión libidinal, superando así la especificidad neurótica del mecanismo de conversión histérica freudiano. Esto permitió la extensión de su teoría a una amplia lista de problemas de salud.

Para el psicoanálisis, la aparición de síntomas somáticos puede obedecer a una vía simbólica o no simbólica. En el primer caso, el síntoma expresa simbólicamente un aspecto de un conflicto inconsciente, como en algunas histerias de conversión. Esta es tal vez la visión más conocida de la teoría psicoanalítica, pero no por ello la más importante. Con el tiempo, los psicoanalistas encontraron que sus pacientes padecían trastornos psicossomáticos sin que hubiera signos de transformaciones simbólicas, por lo cual comenzaron a explorar un mecanismo más temprano y básico, que parte más bien de un déficit en la capacidad simbólica o de la “mentalización”. Un antecedente en Freud corresponde al modelo temprano de las neurosis actuales y la neurastenia, en la cual la libido reprimida se descarga casi automáticamente a través de una vía corporal (Uribe, 2006).

Uno de los autores que trata de explicar lo psicossomático es Winnicott. Para este autor el origen de los trastornos psicossomáticos reside en el primer año de vida. Ya que es en esta etapa cuando el psique y el soma se integran. Cuando este proceso falla y las emociones no pueden ser propiamente expresadas salen a través de síntomas en el cuerpo.

La psique, durante esta etapa, está constituida por las vivencias sensorio-perceptivas y las experiencias repetidas de calma que se producen a través de la satisfacción de las necesidades básicas. Esta unidad psique-soma primaria genera un inicio de *self* que posteriormente dará vida a la persona total, integrada con su cuerpo y con su medio ambiente. Winnicott relata en “La naturaleza Humana” que “no es cuestión de mente y de cuerpo, sino de psique y soma interrelacionados, donde la mente es como algo que florece al borde del funcionamiento somático” (1996, p.49). Los cuadros psicossomáticos son consecuencia de una experiencia de despersonalización encubierta que puede ser de un nivel más o menos profundo, frente a situaciones de duelo o traumáticas de esta etapa.

En Elementos Positivos y Negativos de la Enfermedad Psicossomática, Winnicott plantea: “En el trastorno psicossomático, lo que constituye la verdadera enfermedad es la persistencia de una escisión en la organización yoica del paciente, o de disociaciones múltiples...” (Winnicott, 1964, p. 130).

Por ende, entendemos que la terapéutica que apunta al tratamiento del paciente psicossomático es la que lo ayude a integrar psique y soma.

Para la Escuela Psicossomática de París (Marty, M'Uzan, David, Fain, 1993), el paciente psicossomático se caracteriza por una "insuficiencia en la mentalización" que le impide la expresión psíquica de sus conflictos. Habría un déficit característico de los enfermos psicossomáticos, con una construcción incompleta del aparato psíquico, que proviene del vínculo con una madre narcisista. Cuando las necesidades del bebé no son atendidas, el bebé se ve obligado a pararlas y produce respuestas corporales patológicas que equivalen a los primeros síntomas psicossomáticos.

Esta escuela caracteriza a los pacientes psicossomáticos como "personas eficaces, trabajadoras, sobre exigidas, que logran algunos éxitos externos y que inducen a que se los exija, con carencia en las demostraciones y sentimientos afectivos, alexitimia" (Marty, 1991, Liberman et al, 1982). Para la psicoanalista Alicia Pelorosso (2009), estos pacientes no saben lo que sienten y desean. Presentan un predominio del falso *self* adaptativo, que los mantiene con un buen carácter en todo momento. No registran con claridad qué es lo que les sucede, si están tristes o enojados, o si están cansados y necesitan descansar, por lo que a veces pueden desarrollar actividades sin parar, hasta que el cuerpo se manifiesta, enfermándose.

Con frecuencia predomina el principio de realidad por sobre el principio de placer, sobre todo en el paciente cardíaco. Por lo general, siguen las normas y no improvisan conductas informales. Hay un deterioro de la percepción interior y de su propio cuerpo. En el tratamiento analítico o psicoterapéutico, se manifiestan con pocos sueños o pobres asociaciones en el caso que estos aparezcan. Pueden tener buenos logros en su profesión o una relación familiar aparentemente plena, que se acompaña de un sentimiento subjetivo de falta de creatividad. Luego de una enfermedad grave o de largo tiempo, toman conciencia de este estado en momentos de cuestionamiento de sus vidas (Pelorosso, 2009).

3.1.1 Alexitimia y Cardiopatía

Cuando hablamos de trastornos psicossomáticos, no podemos dejar a un lado el concepto de alexitimia. Este describe la personalidad de ciertos enfermos psicossomáticos caracterizados por una gran dificultad para verbalizar sus sentimientos y sus emociones, por una vida imaginaria muy pobre y por una actividad cognitiva y verbal orientada, hacia preocupaciones concretas.

La alexitimia es un concepto introducido por Sifneos que describe la incapacidad para percibir sentimientos o expresar e identificar los propios. Vallejo contempla un concepto más amplio, al que le atribuye cuatro características principales:

- Incapacidad para identificar los sentimientos y dificultad para diferenciarlos de sensaciones físicas.
- Incapacidad para expresar, comunicar o describir sentimientos.
- Dificultad con la abstracción y la capacidad para fantasear.
- Prevalencia del pensamiento operativo (descripciones con mucho detalle pero poco contenido emocional (Vallejo, 2007, p. 208).

Se ha descubierto que los pacientes considerados como psicossomáticos poseen como una de sus características principales la alexitimia. La dificultad para expresar las emociones de una manera adecuada ha estado relacionada con un aumento en el riesgo para una variedad de problemas de salud (Porcelli, 2007).

3.1.2 Mecanismo de Defensa Presentes en los Pacientes Cardiópatas

Los pacientes con enfermedades coronarias emplean diferentes mecanismos de defensa en diferentes situaciones o niveles de estrés. El mecanismo de negación merece especial atención, dada su alta frecuencia de presentación. Debe diferenciarse del déficit cognitivo, de la falta de *insight* y de información. Este mecanismo puede ser adaptativo cuando es utilizado para manejar las cargas emocionales excesivas generadas por la enfermedad, o maladaptativo, en los casos

en que causa demoras en el proceso diagnóstico, el tratamiento o la adaptación a la enfermedad (González, 2006).

El impacto de la negación sobre los resultados médicos ha motivado diversos estudios. Algunos han mostrado los efectos positivos de la negación; por ejemplo, un estudio de Hackett y Cassem (1974), reveló que los pacientes de unidades de cuidado coronario, considerados “altos negadores”, obtenían los mejores resultados médicos. Por otra parte, otros estudios señalan el impacto negativo de la negación de la enfermedad sobre el resultado médico. Las consecuencias negativas de la negación incluyen la baja adherencia al tratamiento, la demora en la evaluación médica y peores resultados médicos (González, 2006).

3.2 Personalidad y Cardiopatía

Existen premisas que suponen la conexión entre personalidad y enfermedad física. Esta conexión está basada en la teoría de las neurociencias, la cual propone que existe una vulnerabilidad constitucional hacia el estrés y un funcionamiento neuro-cognitivo y neuro-emotivo disfuncionales. Esta disfuncionalidad determina el inicio de la enfermedad física y la predisposición para un manejo inadecuado de situaciones difíciles y estresantes (Panzer y col., 2003). A continuación presentamos algunas teorías que tratan de explicar los patrones de personalidad tipo A y tipo D en relación a las cardiopatías.

3.2.1 Personalidad Tipo A y Cardiopatía

El patrón de conducta Tipo A es el factor psicosocial más investigado en relación a la enfermedad coronaria. “Un patrón de conducta es un modelo que integra rasgos de personalidad, creencias, actitudes, conductas y una determinada activación fisiológica” (Laham, 2006 p.70). Tradicionalmente, se han definido tres tipos de personalidad, a su vez relacionados con diferentes trastornos de salud: los tipos A, B y C (Laham, 2006).

Los individuos con un patrón de conducta tipo A presentan una respuesta autonómica al estrés causada por la activación del sistema simpático adrenal y están más propensos a padecer enfermedades cardiovasculares. Friedman y Rosenman (1974) asocian el patrón de conducta tipo A con una tendencia a desarrollar enfermedades cardiovasculares.

Dentro de las características más relevantes de este patrón de personalidad encontramos las siguientes disposiciones conductuales: competitividad, impaciencia, agresividad y conductas específicas como hipervigilancia, altos niveles de tensión muscular, un habla rápida y enfática y una acelerada realización de las actividades. Desde el punto de vista de las emociones se lo ha asociado fuertemente con la ira

expresada o reprimida y más concretamente con la actitud cognitiva de hostilidad (Laham, 2006).

3.3 Personalidad Tipo D y Cardiopatía

Partiendo de la consideración de la abundante documentación que relaciona las emociones negativas —depresión, ira y ansiedad— con un aumento de los riesgos de sufrir un episodio coronario agudo, a finales de la década del '90 Denollet y Brutsaert concluyeron que “la presencia de una combinación de afectividad negativa e inhibición social permitiría predecir dichos episodios agudos, independientemente de los factores de riesgo tradicionalmente conocidos.” (Laham, 2006, p.83). Es importante señalar que aun después del evento donde hubo una afectividad negativa e inhibición social hay un efecto que permanece aun después de que haya desvanecido el humor negativo.

La personalidad tipo D se caracteriza por la anulación habitual de las emociones negativas. Para la Doctora Mirta Laham, fundadora del Instituto de Psicocardiología de Argentina, el perfil de personalidad se constituiría como un predictor independiente de las enfermedades cardiovasculares en la medida que:

- La inhibición de la expresión emocional puede desarrollar enfermedad coronaria y desencadenar eventos agudos, por ejemplo, en los casos de la ira reprimida.

- La depresión y la inhibición social son factores que pueden aumentar la mortalidad por un evento coronario agudo.

Para Denollet (1991), la inhibición social consiste en la tendencia a inhibir la expresión de las emociones en las conductas de interacción social. Por otra parte, la afectividad negativa es un estilo de afrontamiento que apunta hacia las diferencias individuales en términos de distrés psicológico, queja somática y autoconcepto, y que también presenta sentimientos subjetivos de tensión, ansiedad, ira y tristeza. La propuesta de Denollet es atender al interjuego de ambas variables, para la construcción de este perfil de riesgo cardíaco (Laham, 2006).

La personalidad tipo D está fuertemente relacionada con la mortalidad en pacientes coronarios. En particular en aquellos que ya han sufrido un infarto de miocardio. De la misma manera, este patrón de personalidad conlleva un mayor riesgo de padecer un segundo episodio agudo. Además, una personalidad tipo D también promovería la enfermedad coronaria de modo indirecto a través de:

- Conductas nocivas a la salud coronaria, como el tabaquismo, el sedentarismo y el alcoholismo.
- Una incidencia negativa en la adherencia a los tratamientos de rehabilitación médica y psicológica de las personas coronarias.

- Afectando la calidad del apoyo social potenciando el estrés psicológico de la enfermedad coronaria, perjudicando la comunicación con el equipo de rehabilitación dificultando el tratamiento efectivo de la enfermedad.
- Un elevado nivel de estrés psicosocial crónico de las personas coronarias con perfil tipo D que aumentaría el riesgo a sufrir isquemia de miocardio, arritmias ventriculares y eventos agudos fatales (Molinari y Compare, 2005).

Existen gran número de investigaciones que tratan sobre la relevancia de la personalidad tipo D. Song identificó y revisó 28 estudios con el doble propósito de examinar la relación entre la personalidad tipo D y las enfermedades cardiovasculares. En este proceso, llegó a las siguientes conclusiones (Morgan, 2009):

- La personalidad tipo D está asociada a un incremento de la mortalidad y morbilidad en pacientes con enfermedad cardiovascular.
- Los pacientes con personalidad tipo D poseen un riesgo más alto de tener una calidad de vida afectada.
- Estos pacientes se benefician menos de las intervenciones médicas.
- Hay una necesidad vigente de adoptar aproximaciones basadas en el tipo de personalidad con el fin de ayudar a identificar a los pacientes con predisposición a padecer eventos cardíacos producidos por estrés.

Se estima que la incidencia de la personalidad tipo D en la población general va en un rango de 21% (Denollet, 2005) a un 38.5% (Williams et al, 2001 citado en Molinari et al, 2006). Por otra parte el estudio de Denollet (2005) encontró que la prevalencia de la personalidad tipo D era del 28% en pacientes cardíacos y de 53% de los pacientes que presentaban hipertensión.

En un estudio realizado por Whitehead, Perkins-Porras y Strike (2007) se encontró que existe una relación entre la personalidad tipo D, la depresión y el resultado de la hospitalización en pacientes coronarios. Ellos relacionaron esto a una posible interrupción del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal, por ende afectándose los niveles de cortisol y produciendo inflamación, la cual, a su vez, puede tener influencia en la morbilidad cardíaca.

Vemos entonces la gran cantidad de evidencia que apoya la relación entre poseer rasgos de personalidad tipo D y las cardiopatías y cuánto podemos ayudar a los pacientes proporcionándoles estrategias efectivas de afrontamiento.

3.3.1 Ira, Hostilidad y Cardiopatía

La ira es una emoción normal en los seres humanos. Sin embargo, la duración, intensidad y frecuencia determinará si las reacciones de ira son inofensivas o serán lo que Gentry llamó como “ira tóxica”. Él la define como mucho más frecuente, intensa y duradera

que el simple disgusto o la frustración. Los individuos con tales niveles de ira usualmente la expresan abruptamente y tienden a ser defensivos. La ira tóxica es usualmente irracional e incontrolable (Nezu, Nezu y Jain, 2005).

En el libro *Anger Kills*, Redford Williams y su esposa presentan décadas de investigación sobre el rol preponderante de la ira en la salud cardiovascular. Ellos concluyeron que la ira y la hostilidad tienen efectos negativos en la salud cardíaca. Se encontró que específicamente los individuos que inicialmente eran saludables y eran clasificados como PTA tenían el doble de probabilidad de tener enfermedad coronaria que aquellos que no eran recibían dicha clasificación.

Es de suma importancia poder distinguir entre ira, agresión y hostilidad. La ira es un estado emocional que está asociado a pensamientos y síntomas físicos específicos. La agresión es una conducta que tiene la intención de hacer daño a una persona u objeto. Mientras que la hostilidad es un rasgo de la ira que ocurre a través de diferentes situaciones y usualmente esta combinada con agresión verbal o física (Nezu, Nezu y Jain, 2005).

Si observamos bien estas definiciones, existen tres componentes principales de estas emociones negativas, La excitación fisiológica y los sentimientos de rabia, los pensamientos hostiles y los actos agresivos.

Sirois y Burg (2003) sostienen que la ira y la hostilidad persistentes incrementan la vulnerabilidad para padecer cardiopatías. Así como la ansiedad y la depresión, la ira y la hostilidad pueden contribuir al desarrollo de problemas cardíacos y pueden incrementar el riesgo de futuras complicaciones cardíacas.

Es de gran valor que entre los nuevos proyectos para incluir en el nuevo manual psicodiagnóstico DSM-V se esté proponiendo la investigación de la relación de la hostilidad como predictor de cardiopatía. Se ha encontrado que cuando existe la hostilidad como rasgo de personalidad esta contribuye de forma gradual a la progresión de la enfermedad cardíaca a través de un aumento en la actividad del sistema nervioso simpático, las hiperlipidemias, la hipertensión que a su vez conlleva a la arterioesclerosis. Todos estos factores, aumentan el riesgo de arritmias, ruptura de la placa y trombosis, asociados a episodios específicos de “arranques” de rabia (Kop y Rozanski, 1999 citado en Kupfer, First y Regier, 2002, p. 142).

Numerosas investigaciones han demostrado la relación entre la ira y el desarrollo de las enfermedades cardíacas. Podemos mencionar a Kawachi y sus colegas quienes realizaron un estudio longitudinal con más de 1300 hombres. Cuando los individuos entraron al estudio se les solicitó que registraran los síntomas, que iban desde una simple irritación hasta episodios de ira intensa que involucraban actos de violencia y agresión. A lo largo de los próximos siete años, los individuos que reportaron los niveles más altos de ira eran 250% más propensos a experimentar eventos cardiovasculares que los individuos que reportaron niveles más bajos de rabia (Kawachi, 1996).

Everson y colegas (1997) estudiaron más de dos mil hombres para determinar que tanto incrementaba el riesgo de mortalidad por causas cardiovasculares en relación a la hostilidad. Ellos encontraron que los individuos que puntuaban en el 25% superior de la muestra, tenían más del doble de riesgo de mortalidad cardiovascular, comparado con los puntajes del último cuarto.

En un estudio que incluyó cerca de tres mil hombres en el sur de Gales, los síntomas de ira y represión de la misma, fueron predictores significativos de la cardiopatía isquémica, incluso después de controlar otros factores fisiológicos de riesgo como la presión sanguínea, los

niveles de colesterol, el uso de cigarrillos, el consumo de alcohol y la ingesta calórica (Gallacher et al, 1999).

Chang y sus colegas (2002), encontraron en una muestra de mil hombres entre las edades de 32 y 48 años, que los que respondían con ira a eventos estresantes tenían de tres a seis veces más posibilidades de sufrir infartos que individuos con niveles más bajos de rabia.

Eaker y sus colegas (2004) relacionaron los síntomas de la ira y hostilidad como predictores significativos de fibrilación atrial, es decir las contracciones de las cámaras superiores del corazón. Incluso, la ira fue un predictor importante en la mortalidad total de la muestra.

3.4 Trastorno de Ansiedad en Pacientes con Cardiopatía

La ansiedad es un aspecto cotidiano del ser humano. Sin embargo, puede convertirse en un problema serio cuando interfiere con las actividades del diario vivir. La ansiedad es una forma atenuada de la angustia. No es sentida como un estado que se padece, si no que es vivida en lo más íntimo de nosotros mismos, incorporándose a nuestro ser moral. Como bien lo plantea Freud "... cuando soñamos con ladrones y tenemos miedo, los ladrones podrán ser imaginarios, pero el miedo es real" (Freud, 1900, p. 484 citado en Chiozza, 2004). La ansiedad puede ser estimulante o paralizadora, puede modificar

nuestras defensas activas, o al contrario, señalar a nuestra conciencia el nacimiento de un desarreglo profundo.

Según Henry Ey, la ansiedad es el signo de una integración inadecuada de las pulsiones inconscientes. Significa que el Ello se siente frustrado en una necesidad vital o que está amenazado por el súper yo después de haber transgredido una prohibición moral aprendida (Nezu, Nezu y Jain, 2005).

De acuerdo al Manual de Diagnóstico Psicodinámica (PDM por sus siglas en inglés) la ansiedad es la señal afectiva del peligro. El contenido de lo que puede ser peligroso puede ser tanto consciente como inconsciente, real o irreal.

Según Gabbard, la ansiedad puede estar relacionada con un temor consciente, aceptable, que enmascara una preocupación más profunda y menos aceptable. La tarea del clínico psicodinámico es la de comprender los orígenes inconscientes de esa ansiedad. En el nivel más maduro, la angustia originada en el superyó puede ser entendida como sentimientos de culpa cuando no se puede cumplir con el ideal interno de comportamiento moral (Gabbard, 2002).

Dentro de las manifestaciones más características de la ansiedad está una sensación persistente de miedo y sensación aumentada de alerta. Estas sensaciones pueden ser manejadas a través de diferentes mecanismos de

defensa que van desde la negación hasta la sublimación. Cuando estos mecanismos de defensa fallan lo que sucede es que estos pacientes tienen la ansiedad a niveles tan altos que invade su mente y no les permite funcionar adecuadamente.

Algunos autores señalan que existen dos tipos de ansiedad; como estado y como rasgo: El estado de ansiedad es un complejo de reacciones emocionales que surgen cuando el individuo percibe una situación como amenazadora, sin importar que exista una amenaza real. Así, el estado de ansiedad es una condición transitoria, asociada con una situación específica, y puede variar de manera amplia en intensidad y duración.

Por otra parte, la ansiedad puede ser un rasgo de personalidad y podría ser descrita como la manera en la que el individuo experimenta la ansiedad frecuentemente, aunque la fuerza que tenga el estímulo para provocarla sea relativamente débil. Es decir que se refiere al grado de propensión que tenga el individuo para experimentar ansiedad.

Utilizando la teoría de los tres sistemas de respuesta humana podemos agrupar los síntomas típicos de la ansiedad Patológica en tres grandes categorías: los síntomas cognitivos, los motores y los psicofisiológicos. Si estos síntomas se mantienen y no son tratados, estos rasgos característicos de la respuesta de ansiedad patológica acaban consolidándose y perpetuándose,

conduciendo inevitablemente al desarrollo de las diferentes manifestaciones clínicas de los trastornos de ansiedad. Incluso, “los trastornos de ansiedad son los verdaderos responsables de la aparición y desarrollo de otros trastornos asociados como la depresión, los procesos psicósomáticos...” (Puchol, 2003).

La ansiedad tiende a ser muy prevalente entre los pacientes con cardiopatía. Por ejemplo, Crowne et al (1996) encontraron que en pacientes hospitalizados el 70% tenía niveles de ansiedad elevados. Lane y colaboradores (2002), encontraron resultados similares en pacientes que habían experimentado un infarto agudo al miocardio. Específicamente, encontraron que más del 50% de estos pacientes presentaban niveles significativos de ansiedad. Incluso, estos síntomas exacerbados tendieron a durar a lo largo del primer año después del infarto.

Sabemos que los estados emocionales afectan el desarrollo de las cardiopatías, Kubzansky y sus colegas (1998), realizaron una investigación donde concluyeron que la ansiedad no solo contribuye al desarrollo de los problemas cardíacos, sino que también incrementa tanto el riesgo de problemas a futuro como el riesgo de mortalidad.

3.4.1 Criterios Diagnósticos de Acuerdo al DSM IV-TR

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) la ansiedad generalizada puede ser diagnosticada bajo los siguientes criterios:

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada (300.02)

- A.** Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- B.** Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C.** La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:
 - a.** Inquietud o impaciencia
 - b.** Fatigabilidad fácil
 - c.** Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
 - d.** Irritabilidad
 - e.** Tensión muscular
 - f.** Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)
- D.** El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una

crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (Ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (Ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Se han realizado numerosos estudios epidemiológicos a gran escala en los que ha dado seguimiento a grandes grupos de individuos para determinar si ciertas características podrían ser predictivas de cardiopatías. Por ejemplo, en un estudio longitudinal que duró aproximadamente diez años en Inglaterra con una muestra de 1500

hombres, demostró que los sujetos que tenían ansiedad al inicio del estudio poseían un alto nivel de mortalidad, incluso después de controlar otros factores de riesgo (Haines, Imeson y Meade 1987). De hecho, la ansiedad fóbica estuvo asociada a un incremento de 300% en el riesgo de padecer eventos cardíacos fatales y no fatales, incluso en pacientes que no tenían una historia previa de cardiopatía (Nezu, Nezu y Jain, 2005).

Kawachi, Colditz y colegas (1994), realizaron otro estudio longitudinal, esta vez dándole seguimiento a 40,000 profesionales masculinos de la salud. Todos los individuos iniciaron el estudio libres de enfermedad cardíaca. Estos investigadores encontraron que a mayor nivel de ansiedad, mayor probabilidad de experimentar una muerte cardíaca súbita.

En otros estudios similares realizados por la Administración de Veteranos de los Estados Unidos, se identificó una relación significativa entre la preocupación, la cual es un síntoma cognitivo de la ansiedad, y el inicio de la enfermedad cardiovascular (Kawachi, Sparrow, et al, 1994).

Claramente podemos ver a través de estos estudios que la ansiedad está significativamente relacionada con el inicio de la

enfermedad cardiovascular, incluso en individuos que inicialmente no tenían la enfermedad. Por lo tanto, debemos asegurarnos de darle la importancia que se merece a la hora del tratamiento (Nezu, Nezu y Jain, 2005).

Aunado a los estudios anteriormente descritos, se han realizado investigaciones en pacientes que ya presentaban cardiopatías. Moser and Dracup (1996) encontraron que altos niveles de ansiedad estaban relacionados con mayor número de complicaciones durante la hospitalización, incluyendo la posibilidad de reinfartos, isquemia recurrente, taquicardia ventricular y fibrilación. Los resultados sugieren que los pacientes con altos niveles de ansiedad durante la hospitalización tienen aproximadamente 500% más riesgo de eventos cardiovasculares adversos y mortalidad, comparado con pacientes cardíacos sin altos niveles de ansiedad.

Frasure-Smith, Lepérance, y Talajic (1995) encontraron que la ansiedad era un predictor significativo de eventos cardíacos recurrentes a lo largo de un periodo de doce meses luego del infarto. De hecho, ellos identificaron un 250% de incremento en el riesgo de complicaciones isquémicas resultantes de la ansiedad luego del infarto.

La ansiedad puede llevar a los individuos a llevar estilos de vida poco saludables. Usualmente, está asociada con la falta de sueño, bajo nivel de actividad física, malos hábitos alimenticios y el aumento de la utilización del cigarrillo, las drogas y el alcohol (Nezu, Nezu y Jain, 2005).

Algunos teóricos proponen que hay un nexo entre la ansiedad y un aumento en la actividad del sistema nervioso simpático, por ende, se liberan grandes cantidades de neurotransmisores como la dopamina y la norepinefrina (Schneiderman, 1987).

La ansiedad puede, potencialmente, causar daño al endotelio (paredes) de las arterias coronarias. Las plaquetas se aglomeran alrededor del área dañada y las células lisas promoviendo así la acumulación de placa y el exceso de ácidos grasos. Estos tres procesos llevan a una restricción del flujo sanguíneo hacia el corazón (Carney et al, 2002, Musselman et al, 1996).

Algunos estudios han demostrado que la ansiedad puede incrementar el riesgo de padecer hipertensión en los pacientes masculinos en un alarmante 250% ya que la ansiedad puede causar estrechamiento de las arterias. (Markovitz et al, 1993). En otra investigación por los mismos autores se llegó a la conclusión que

incluso en pacientes femeninas, donde los niveles iniciales de presión arterial eran normales si habían reportado ansiedad en la medición inicial eventualmente se daba un incremento en la presión sistólica.

La ansiedad también promueve endurecimiento de las arterias a través de la hiperlipemia o la elevación de lípidos en la sangre. Hayward (1995) descubrió un vínculo consistente entre la ansiedad y los niveles altos de colesterol.

4 AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y SUS TRATAMIENTOS

Como hemos podido observar a lo largo de este capítulo, las cardiopatías afectan a los pacientes en todos los ámbitos de la vida, en el aspecto físico, emocional, familiar, económico e incluso espiritual. Cómo afronta el paciente este padecimiento, va a influir en gran medida en su recuperación y pronóstico.

Existe una variedad de alternativas terapéuticas para tratar pacientes con síntomas de ansiedad u hostilidad y que han padecido enfermedades cardiovasculares. Cabe destacar que la mayoría de la bibliografía que encontramos, apunta a la utilización de algún tipo de modificación de conducta como componente terapéutico principal. A continuación daremos una breve reseña de algunas de ellas.

4.1.1 Programas de Rehabilitación Cardíaca

Los primeros datos sobre Programas de Rehabilitación Cardíaca (PRC) establecidos se encuentran tras la publicación de los informes de la OMS en la década de los `60 donde se define la rehabilitación cardíaca como (García de Vicuña, 2003): “conjunto de actividades necesarias para asegurar a los cardiópatas una condición física, mental y social óptima que les permita ocupar por sus propios medios un lugar tan normal como les sea posible en la sociedad”.

Uno de los objetivos de los Programas de Rehabilitación Cardíaca es, valorar y tratar las alteraciones en la esfera psicológica que se hayan producido en relación con la enfermedad cardíaca o que existiesen previamente, con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente y lograr menos complicaciones y recaídas cardiológicas (Fundación de Cardiología Española).

4.1.2 Terapia Cognitivo Conductual

Otra de las estrategias de intervención y de la cual encontramos gran cantidad de bibliografía es la terapia cognitivo conductual. El objetivo de este modelo con pacientes cardíacos con síntomas depresivos o ansiosos es el aumento del refuerzo positivo para permitir desarrollar estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes. “Para ello se plantean en la terapia metas alcanzables, mediante la estimulación y desarrollo de habilidades que le permitan cubrir el

déficit de éstas y disminuir el impacto de los acontecimientos desagradables” (Vallejo y Alarcón, 2006, p. 370). Algunos autores proponen una combinación con la terapia cognitiva de Beck. Las técnicas conductuales incluyen:

- A. Intervenir en el entorno del paciente, para disminuir el impacto de los acontecimientos estresantes y estimular su mejor manejo.
- B. Reforzar habilidades para el cambio a través de:
 - a. Autoconocimiento.
 - b. Identificación de los conflictos: causas y consecuencias.
 - c. Estimular el cambio, mediante el desarrollo de habilidades.
 - d. Desarrollo de un estilo de comunicación asertivo y expresión emocional adecuada.
 - e. Proponerse metas realistas y alcanzables, en un proceso gradual.
- C. Usar métodos de autoevaluación.
- D. Aprender a utilizar un método de manejo del estrés cognitivo-conductual y técnicas de relajación

4.1.3 Técnicas de Relajación e Hipnosis

Bellardita, Cigada y Molinari proponen ciertas directrices para desarrollar un programa clínicamente efectivo utilizando técnicas de relajación:

- El procedimiento básico debe proporcionar patrones fisiológicos de lo que se conoce como “la respuesta de relajación”.
- El programa debe incluir directrices proporcionadas por un terapeuta entrenado.
- El proceso debe facilitar el involucramiento del paciente de forma activa, esto le logra a través de la asignación de tareas que debe realizar en casa.
- El procedimiento debe capacitar a los pacientes en el uso tanto de la relajación somática como de la cognitiva y favorecer la generalización de estas habilidades.
- Debe ser un programa rentable (McReady, Berry, Kendel, 1985).

4.1.4 Terapia Interpersonal

Otra de las técnicas que está siendo utilizada es la psicoterapia interpersonal, la cual se ha aplicado en los últimos años para tratar pacientes con enfermedad cardíaca con trastornos depresivos y ansiosos. Dentro de sus características principales, encontramos que es una terapia de tiempo limitado en la cual se realizan intervenciones focalizadas, haciendo énfasis en “el aquí y el ahora” y con base en el modelo médico con la meta de tratar el episodio depresivo actual (Koszycki, 2006).

La terapia interpersonal se basa en los conflictos actuales que originan el sentimiento depresivo o ansioso en pacientes con cardiopatía y como el paciente los afronta, especialmente en términos relacionales. El terapeuta asume una posición directiva y facilitadora, revisando y aclarando los puntos conflictivos y, a la vez, exhortándolo a examinar nuevos patrones de comunicación y de solución de problemas. Además, se trata de que el paciente evite el aislamiento y los sentimientos de soledad y desesperanza., a través de inducirlo a establecer o mejorar sus relaciones interpersonales (Weissman, et al, 2000).

4.1.5 Psicocardiología

Cuando hablamos de Psicocardiología, nos referimos a la rama de la Psicología de la Salud que se encarga de detectar los factores de riesgo psicosociales que predisponen el desarrollo y la manifestación de las enfermedades cardiovasculares, y las secuelas psicológicas de los eventos cardíacos. Esta disciplina reúne varios aspectos de la cardiología y la psicología. Y se encarga tanto de prevención primaria como secundaria de la enfermedad cardiovascular. La finalidad de la psicocardiología es:

- **Informar y promover en la población en general un estilo de vida más saludable que ayude a prevenir el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.**

- Optimizar los resultados médicos y psicológicos en pacientes cardíacos.
- Estimular la configuración de redes de apoyo social para los pacientes (Laham, 2006).

La Psicología de la Salud ha puesto claramente de manifiesto la importancia de las variables psicológicas en el desarrollo de las enfermedades y su recuperación, otorgando también un lugar preponderante a la integración social de los pacientes. Como bien lo expresa Adilari:

“El campo futuro de la psicocardiología es amplio y está en revisión. ... Si, fuera de algún factor genético, los demás factores son controlables, y aún modificables; si esto depende de la acción individual y la determinación de mantenerla en el tiempo; si parece evidente que esto requiere una mejor y sostenida motivación, quizá debamos admitir, con el tiempo, que el factor psicológico es el único verdaderamente independiente, y que el diagnóstico y la terapéutica psicológicos deberían acompañar, o aún preceder, a la educación alimentaria precoz, o a la kinesioterapia en la unidad coronaria” (Adilari, p. 6 citado en Laham, 2006).

Los antecedentes de la psicocardiología datan siglos atrás, cuando los filósofos trataban de dar una explicación a la muerte a causa del “corazón débil”. Ya a inicios del siglo XX, Weiss vinculó la hipertensión arterial con la hostilidad reprimida, y acuña el término ‘neurosis cardíaca’ para referirse a la ansiedad. En 1910, William Osler

definió al enfermo cardiovascular como un individuo preocupado. También pudo verificar, en algunos casos, la falta de interés por las tareas que desempeñaban.

Menninger (1936) y Dumbar (1943) reconocieron en los sujetos cardíacos una fuerte tendencia a reprimir la ira. Y Dumbar identifica ciertos rasgos característicos de los pacientes cardíacos (Laham, 2006).

Arlow (1945) descubrió que los pacientes cardíacos presentaban una fuerte tendencia a dominar a sus compañeros e igualar a sus superiores. Este estudio abrió paso a una investigación más detallada sobre la incidencia de factores de riesgo psicológicos en la enfermedad coronaria. En 1959 los cardiólogos Friedman y Rosenman realizan esta investigación que resultó en la formulación de un patrón de comportamiento asociado a los trastornos cardiovasculares que se denominó Patrón de conducta tipo A (Laham, 2006).

4.1.5.1 Objetivos

Los objetivos de la psicocardiología nos ayudan a comprender como esta disciplina funciona para lograr el bienestar integral de los pacientes cardíacos. La salud psicológica es importante para prevenir el desarrollo y desencadenamiento de la enfermedad cardiovascular.

Posteriormente a la ocurrencia de un episodio coronario, la salud psicológica incide en la rehabilitación del paciente y previene repetición de nuevos eventos. La ayuda psicológica en conjunto con el tratamiento médico favorece a (Laham, 2006; Molinari y col., 2005):

- Superar el impacto emocional provocado por el evento cardíaco.
- Promover en la población en general un estilo de vida cardiosaludable que ayude a prevenir tanto el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, como su recuperación en quienes las padecen.
- Modificar hábitos de comportamiento que conllevan al paciente a desarrollar factores de riesgo.
- Reintegrarse a sus actividades sociales positivas en las áreas de relaciones familiares, afectivas, trabajo y sexualidad.
- Ayuda a la formación de profesionales con una visión integral de la relación entre los aspectos emocionales y físicos del paciente cardíaco (Laham, 2006).

CAPITULO II

FUNDAMENTOS TEÓRICOS PARA UNA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

*“El cuerpo grita lo que la boca
calla”*

Dr. Nelson Torres´

1 INTRODUCCIÓN

En el capítulo anterior presentamos las implicaciones de ser un paciente cardíaco, sus bases psicológicas así como algunas aproximaciones en términos de tratamiento. En este capítulo presentaré el marco conceptual en el que se basa esta investigación: la psicoterapia grupal breve psicodinámica.

En el tratamiento de los pacientes cardíacos, es primordial determinar los factores que pueden producir la enfermedad aguda o crónica. Entre los aspectos más relevantes encontramos las pérdidas (reales o imaginarias), el temor a la agresión, la dificultad para expresar las emociones y las necesidades psicobiológicas, así como las maneras de afrontar situaciones de tensión que llevan a estados ansiosos o depresivos. El terapeuta debe descubrir cómo el enfermo cardíaco manifiesta su malestar. Puede ser a través de la somatización, de cambios de comportamiento, de los pensamientos acerca de su cardiopatía, y los sentimientos con respecto a su mortalidad (Alarcón, 2006).

En el proceso psicoterapéutico con el paciente cardíaco se debe favorecer una adecuada catarsis de su conflictiva, tal como la vive y la experimenta, especialmente en el campo de sus sentimientos de soledad, abandono, amor, desesperanza y la posibilidad de morir. Dependiendo de cómo el paciente vive su enfermedad y a partir de su historia única y personal es que podemos, como profesionales de la salud mental, escoger el mejor curso de tratamiento para el paciente específico.

La técnica debe ser directiva, estimulando en el paciente cardíaco un desarrollo lento y progresivo de la conciencia real y objetiva acerca de sus conflictos y temores, de sus capacidades y potencial para poder adaptarse y resolver las tensiones que le permitan lograr una sensación de bienestar y mejoramiento de su autoestima. Así mismo, el cambio de patrones comportamentales y de rasgos de personalidad conflictivos. El objetivo final es restablecer su funcionamiento físico y mental, su independencia y autonomía, así como sus actividades de relaciones interpersonales (Alarcón, 2006).

2 PSICOTERAPIA BREVE

En respuesta a las exigencias del sistema de salud acerca del uso de terapias psicológicas de corta duración y alta efectividad, la terapia breve surge como una alternativa de intervención de costos reducidos y de resultados favorables en la práctica clínica. En nuestro caso, las limitantes de tiempo nos llevaron a escoger este modelo cuya eficacia ha sido comprobada en distintos estudios.

Podemos definir la psicoterapia breve como una intervención psicoterapéutica de corta duración. A pesar de utilizar ciertas estrategias que se utilizan en el psicoanálisis, varía en términos de que “se le da más importancia a la realidad y a los problemas concretos del enfermo, así como a los síntomas actuales, mientras que deja de lado la regresión a etapas infantiles y trata de evitar la dependencia y la neurosis de transferencia” (Leal Herrero, 2002).

2.1 Historia de la Psicoterapia Breve

Ya a finales del siglo XIX cuando Freud y Breuer tratan a las famosas pacientes Ana O, Lucia de R., Emilia Von N., y Catalina nos encontramos frente a los primeros pasos de la psicoterapia breve. Ninguno de los casos mencionados anteriormente fue de larga duración. (Vives, 2005).

Desde los comienzos del psicoanálisis algunos destacados psicoanalistas, como Ferenczi y Rank, mostraron su inquietud por fomentar algún cambio para poder acortar los tratamientos. Ellos propusieron acortar las sesiones y que el analista tuviera una participación más activa. A partir de estos trabajos se inician las investigaciones sobre formas más focalizadas de tratamiento.

Dentro de los trabajos pioneros encontramos las publicaciones de Wolberg, *Short Term Psychotherapy* (Terapia Breve), y *The Technique of Psychotherapy* (La Técnica de la Psicoterapia), ambos a finales de la década de los sesenta. Otros investigadores como Kesselman y Pinkus han establecido algunos de los fundamentos de este tipo de intervención. Por otra parte, las aportaciones de Braier profundizaron la terapia breve de orientación analítica.

De acuerdo con Velasco y Cerda (1991), en la actualidad podemos mencionar cinco líderes de la terapia breve, ellos son:

- Bellak y su grupo (Bellak y Small, 1965; Bellak y Siegel, 1983) y su énfasis es en *terapia breve y de emergencia*.

- Man (1973, 1986) quién desarrolla la *terapia de tiempo limitado*.
- Davanloo (1978) quién trabaja la terapia desde la perspectiva del *foco amplio*
- Malan (1976) que establece la *psicoterapia breve focal*.
- Sifneos (1981, 1987) con su *psicoterapia breve provocadora de ansiedad*. (Vives, 1994)

A pesar de que los modelos anteriormente señalados son distintos, poseen algunos objetivos en común, como facilitar un comportamiento más saludable en la persona y mitigar o disminuir los obstáculos para un desarrollo normal.

2.2 Principios Básicos de Intervención

Schanct y Strupp (citado por Stadter, 1996) concluyeron que existen ciertos principios básicos que podemos aplicar a la terapia breve:

- Los principios básicos del tratamiento psicoanalítico pueden ser aplicados a intervenciones breves.
- Los problemas de carácter y de neurosis pueden ser efectivamente tratados a través de la terapia breve.
- La psicoterapia psicodinámica breve puede llevar a cambios estructurales en términos de carácter.

Uno de los conceptos más relevantes en las terapias breve es la selección del foco. Dado que en estas terapias se cuenta con tiempo limitado,

el terapeuta debe escoger ciertos temas específicos para así lograr los objetivos. El foco puede establecerse en los síntomas, en los eventos precipitantes, en los afectos y las emociones (Vives, 1994).

Michael Stadter identifica dos tipos de foco en la terapia breve, el sintomático y el dinámico. Freire (2006) Define el foco sintomático como lo que trae el paciente a la sesión. Mientras que el foco dinámico incluye siempre una pauta interpersonal maladaptativa identificable a lo largo de la vida del paciente. Es una interacción estereotipada, probablemente inconsciente, que valida y refuerza las conductas problemáticas.

2.2.1 Criterios de Selección

Entre los criterios de selección del paciente pueden considerarse los siguientes:

- Capacidad para relacionarse y comunicarse con el terapeuta pudiendo confiarle gradualmente los problemas actuales, los sentimientos dolorosos y las dificultades de su mundo interno de forma cada vez más espontánea.
- Haber tenido como mínimo una relación significativa en la primera infancia que haya permitido al sujeto establecer experiencias relacionales gratificantes.

- Conocer los síntomas, permitirse el mínimo grado de *insight*, necesario para conectar con el mundo interno y aceptar y tolerar las interpretaciones del terapeuta.
- Predisposición para el cambio psicológico y deseos de mejorar su situación.

2.2.2 Contraindicaciones

Según Braier (1981), la psicoterapia breve está contraindicada en las siguientes instancias y que deben ser evaluadas a través de la entrevista inicial y la aplicación de los instrumentos psicométricos pertinentes.

- Perversiones.
- Toxicomanías.
- Estados fronterizos.
- Caracteropatías graves.
- Debilidades yoicas.
- Relaciones objetales ambivalentes, dependientes o simbióticas.
- Tendencias marcadas al *acting out*
- Baja tolerancia a la ansiedad y a la frustración.
- Poca motivación para el tratamiento.
- Cuando resulta difícil determinar y delimitar un foco.
- Duelos patológicos y/o recientes, de importancia.

3 PSICOTERAPIA GRUPAL PSICODINÁMICA BREVE

Para hablar de psicoterapia de grupo debemos primero definir qué es un grupo. Para Slavson (1953), grupo es la reunión voluntaria de tres o más personas, en una relación libre, cara a cara, sujeta a un liderazgo, con una meta en común y que, en relación con ella, genera una relación dinámica recíproca entre sus miembros de la cual puede resultar el mejoramiento de la personalidad.

El grupo posee componentes emocionales que se derivan del vínculo de los miembros con el líder; de la red de interacciones recíprocas entre los miembros y de las relaciones de cada uno de los integrantes con las relaciones entre los demás miembros. Esta última dimensión es la que funde a los individuos distintos en la entidad unitaria o “grupo” (Díaz Portillo, 2000, p. 25).

Foulkes (1979, citado en Díaz Portillo, 2000) conceptualiza al grupo como una matriz básica cuyas fibras son interrelaciones, interacciones y también pautas de relación. Los puntos nodales son los miembros individuales a través de los cuales pasan las líneas de fuerza de la matriz del grupo.

3.1 Historia de Psicoterapia Grupal Psicodinámica Breve

El término “terapia de grupo” puede tener dos significados. Puede referirse al tratamiento de un número de individuos reunidos para realizar sesiones terapéuticas especiales, o a un esfuerzo planeado para descubrir las

fuerzas que en un grupo llevan a una fácil actividad cooperativa (Bion, 1980, p. 15).

El aporte de Freud a la psicoterapia de grupo se encuentra básicamente, en dos de sus obras, Tótem y Tabú (1911, 1912) y la Psicología de las Masas y el Análisis del Yo (1912). Para Freud “el grupo familiar es el fundamento básico de todos los grupos al que concibe como depositario de las ansiedades y fantasías de cada uno de sus componentes y en el que se repiten las relaciones de objeto que el paciente ya establecía en el seno de su constelación familiar con los primeros objetos” (Vives, 2005, p. 359).

3.1.1 Teoría de Bion Sobre los Grupos

Uno de los pioneros en el desarrollo de la teoría de grupos fue Wilfred Bion. La teoría de Bion acerca del comportamiento grupal se originó en observaciones de grupos durante y después de la Segunda Guerra Mundial, la cual comenzó a difundirse al ser publicado en 1961 su libro Experiencias en Grupos. Según Bion, en todo momento. Hay actividades que reflejan el componente inconsciente del grupo o “el grupo de supuesto básico”. Existen también actividades del “grupo de trabajo,” que es el nombre que él dio a aquel aspecto del grupo que queda dedicado a facilitar la tarea. Ambas son concurrentes y ejercen efectos mutuos entre sí (Rutan, 2001).

El funcionamiento de los supuestos básicos es irracional. Bajo su influencia, la gente se comporta como si su supervivencia estuviera basada en uno de cuatro estados emocionales o creencias falsas. Los grupos se mueven de una posición a otra constantemente. Los supuestos básicos son defensas en contra de un manejo más maduro del grupo (Rutan, 2001).

El primer supuesto básico es el de dependencia,. los miembros se manejan como si estuvieran allí para ser cuidados y dirigidos por un líder omnipotente y benévolo. El grupo proyecta la capacidad hacia el líder quien a su vez siente que es el responsable de que el grupo consiga sus objetivos. La fantasía de este supuesto es que el líder es más capaz de lo que es y que los seguidores son más deficientes o incompetentes de lo que son. La tarea del grupo es descuidada ya que los miembros niegan la responsabilidad que cada uno tiene del resultado. (Rutan, 2001).

El segundo supuesto básico es el de ataque o fuga. El grupo percibe que su supervivencia depende de pelear (sea por agresión directa o por la creación de chivos expiatorios) o de huir de la tarea (demostrado en la pasividad o el repaso de historias ya conocidas). A cualquiera que movilice las fuerzas agresivas o evasivas del grupo, le es otorgado el liderazgo; pero los intentos de ser líder duran poco tiempo,

porque el grupo tiende a vacilar entre pelear y huir, y la naturaleza distinta de cada tendencia requiere de un líder diferente para cada actividad (Rutan, 2001).

El tercer supuesto básico es el de emparejamiento. Aquí el grupo funciona como si se fuera a producir un hijo mesiánico de dos miembros que se unen para crear algo que va a salvar al grupo, sin embargo, esta solución no llega a darse. La idea es que el grupo escapa de las emociones del presente y viajan al futuro para sentirse liberados. Usualmente este emparejamiento se da vía insinuaciones de connotación sexual o de mucha intimidad y siempre se da en tiempo futuro. (Rutan, 2001).

Existe un cuarto supuesto básico que es el de fusión o unida, propuesto por Turquet ampliando la teoría de Bion. Todos los miembros se sienten iguales, con los mismos problemas y las mismas emociones y capacidades. Todos actúan como si estuvieran de acuerdo en lo que deben hacer y en cómo hacerlo. Para Hopper (1997), este supuesto se da cuando los miembros del grupo están severamente traumatizados y oscilan entre el miedo a la fragmentación y el miedo a la fusión.

Estos cuatro supuestos básicos se consideran como la agenda oculta e inconsciente de los miembros del grupo. Los supuestos básicos están compuestos de deseos inconscientes, temores, fantasías, impulsos y proyecciones, está enfocada hacia dentro de sí mismo y hacia una realidad emocional primitiva. Siempre existe una tensión entre el grupo de supuesto básico y el grupo de trabajo. Ordinariamente esta tensión está balanceada por las estructuras y reglas del trabajo y por las normas del grupo. Es usual que el grupo pase más tiempo en posición de supuesto básico que en posición de grupo de trabajo. Por lo tanto, es sumamente importante como líder de grupo interpretar para ayudar al grupo a realizar la tarea correspondiente.

Como mencionamos anteriormente, además de los supuestos básicos, Bion propone el concepto de grupo de trabajo, donde el liderazgo se deriva de la tarea y es posesión natural del que tenga la mayor capacidad para realizarla. Lógicamente, la posesión del liderazgo varía según las exigencias de la tarea actual.

Existen otros dos conceptos cuando se trata del trabajo de Bion con grupos que son fundamentales, siendo uno de ellos el concepto de valencia que está derivado del concepto de proyección de Melanie Klein. Para Bion, la valencia es "...la disposición del individuo para combinarse con el grupo al hacer y actuar con los supuestos básicos"

(Bion, 1985, p. 96). Por otra parte, se interpretan elementos inconscientes que son proyectados a otros miembros o al líder y que son contenidos por otro miembro y actuados como propios. Es importante que el líder pueda devolver estas proyecciones y analizarlas como representativas del grupo y no de uno de los miembros (Rutan, 2001).

3.2 Conceptos Básicos de la Terapia de Grupo Psicodinámica

Las teorías psicodinámicas abarcan un gran espectro de técnicas, sin embargo, Pine (1990) nos propone algunos elementos en común: el determinismo psíquico, el inconsciente dinámico y los procesos de pensamiento.

De acuerdo al principio de determinismo psíquico, todos los elementos de la experiencia ocurren por una razón. Independientemente de que estos elementos se perciban como extraños tienen un propósito para ocurrir. Por lo tanto, todo aquello que ocurre dentro del grupo es interpretable y tiene un significado. Investigar este significado es la tarea del terapeuta.

El inconsciente dinámico ejerce su influencia sobre el comportamiento y la experiencia. Contenidos inconscientes como los sentimientos, pensamientos, e impulsos son dejados fuera de la consciencia a través de los mecanismos de defensa que funcionan para preservar el bienestar emocional de

los miembros. El funcionamiento de las defensas en relación con estos contenidos subraya las características dinámicas del inconsciente. Diferentes elementos, estructuras y procesos pueden entrar en conflicto, la manera como se solucionan estos conflictos puede afectar la habilidad de la persona para funcionar eficientemente.

Por todo lo anteriormente señalado, una de las metas en el tratamiento psicoanalítico de grupo es obtener *insight* o introspección sobre las fuerzas inconscientes y su capacidad para resolver conflictos.

En cuanto a los procesos de pensamientos, existe tanto el proceso primario como el secundario. El proceso secundario es un pensamiento adulto, racional y lógico, mientras que el proceso primario es mucho más primitivo y su contenido “está basado en metáforas y símbolos, y en conexiones irracionales de ideas a las que no aplican las reglas de realidad o comunicación social” (Pines, 1990, p. 18). Usualmente el contenido inconsciente proviene de proceso primario. Es función del terapeuta facilitar el ambiente del grupo para que emerjan y puedan ser entendidos.

3.2.1 Objetivos

En la psicoterapia grupal breve psicodinámica los objetivos deben ser establecidos claramente desde el inicio. Por la propia naturaleza breve del tratamiento, los objetivos deben ser alcanzables y

estar estructurados de manera que sean divididos en principales y secundarios (Braier, 1981). Esto no significa que algunos de los objetivos puedan modificarse de acuerdo al movimiento del grupo. Sin embargo, si los objetivos del grupo no son claramente establecidos y no se perciben como alcanzables, la alianza terapéutica puede verse severamente afectada (Rutan, 2001).

3.2.2 Principios de Intervención

El psicoterapeuta debe tener una actitud positiva ante el paciente con enfermedad cardíaca que manifiesta temores sobre la posibilidad de morir o que presenta resistencias al tratamiento psicológico. La tolerancia ante las actitudes regresivas y negativas y, en ocasiones, hostiles del paciente con cardiopatía debe orientarlo a la flexibilidad en el encuadre y en la técnica en sí. (Alarcón, 2006).

En la medida en que se produzca el restablecimiento de su capacidad psicoemocional y de su funcionalidad física, debe ser estimulado a practicar actividades que le permitan mejorar su autoestima y recuperar la confianza en sí mismo, así como las interacciones personales gratificantes, entre ellas la satisfacción sexual (Alarcón, 2006).

Teniendo en cuenta que el mecanismo de defensa que utilizan estos pacientes es la negación, es de suma importancia tratar de crear conciencia sobre la enfermedad y el impacto que esta tiene. El terapeuta entonces actúa como un contenedor de las ansiedades que emergen al confrontar la realidad y la posible mortalidad. Ya que “las psicoterapias de orientación dinámica permiten la resolución de conflictos intrapsíquicos y propician la integridad de la persona y el uso sano de los mecanismos de defensa, para lograr el equilibrio en las respuestas a las demandas pulsionales y del mundo externo del paciente con enfermedad cardíaca” (Alarcon, 2006, p. 357).

Los procesos de grupo comparten algunas de las técnicas que se utilizan en la psicoterapia psicodinámica como la interpretación de los silencios, la interpretación de la transferencia y la contratransferencia, entre otros. A continuación pasamos a detallar las que consideramos más relevantes.

3.2.3 Rol del Terapeuta

El rol del terapeuta en una terapia breve se vuelve mucho más activo ya que la constricción de tiempo obliga a que las intervenciones sean más focalizadas para así conseguir las metas propuestas al inicio de la terapia.

En general se sugiere que el terapeuta asuma el rol de facilitador ya que los mismos miembros son parte de la cura y el cambio. Las tareas básicas del terapeuta de grupo son determinar la realización del grupo, establecer el encuadre, la duración, el tamaño del grupo y su composición, además de crear un plan de acción en cuanto a las intervenciones terapéuticas. Para realizar esta tarea con éxito, es necesario que el terapeuta tenga claros los objetivos del grupo y se los plantee a los miembros. Es de suma importancia que el terapeuta seleccione muy bien a los miembros que van a participar y que prepare a los miembros de forma adecuada.

3.2.4 Encuadre

Establecer un encuadre es de suma importancia ya que es el marco que delimita el funcionamiento del grupo. El encuadre es la suma de los elementos de la estructura dinámica del grupo terapéutico y está compuesto por las constantes dentro de las cuales se da el proceso de grupo. Es el conjunto de normas verbales y no verbales que sistematizan los encuentros grupales y que son constantes. Entre ellos podemos mencionar: el horario, honorarios, lugar, el rol del terapeuta y la composición del grupo. El encuadre organiza y sostiene al grupo. Durante el proceso terapéutico el encuadre adquiere diferente valor simbólico. (Díaz Portillo, 2000, p. 46).

De acuerdo a Rutan y Stone (2001) existen siete puntos a los que los participantes deben comprometerse antes de entrar al grupo. A continuación las enumeraremos:

- Acordar presentarse todas las semanas, a tiempo y comprometerse a quedarse hasta el final de la sesión: esto es importante para el proceso de grupo. Incluso puede aplicarse una política de faltas donde el miembro debe avisar con anticipación si va a faltar y el líder deberá a su vez informarle al grupo. Cualquier ausencia sirve para trabajar temas inconscientes en el grupo.
- Acordar una participación activa en el grupo para trabajar los problemas que conciernen al grupo: esto tiene varios propósitos, entre ellos que los miembros comprendan la importancia de hablar de sus conflictos ya que una vez hablados en el grupo son material que se puede trabajar. Por otra parte, hablar es en sí terapéutico lo cual hace que el grupo sirva como un espacio de contención y valida la experiencia de los miembros, lo cual ejerce una función de apoyo importante.
- Acordar hablar de los sentimientos, no actuarlos: esto sirve para controlar emociones agresivas y contactos inapropiados entre los miembros.
- Acordar utilizar las relaciones entre los miembros de manera terapéutica y no social: esto se da para que toda interacción

pueda ser analizada, aunque hay opiniones divergentes en cuanto a permitir la socialización fuera del grupo.

- Acordar quedarse en el grupo hasta finalizar la tarea que los unió: este acuerdo aplica a terapias grupales que tienen un final abierto. En las terapias a corto plazo los participantes deben acordar terminar el número de sesiones preestablecidas.
- Acordar responsabilizarse por la cuenta: este aspecto no es relevante para nuestra investigación ya que el grupo es gratuito.
- Acordar mantener el anonimato de los miembros del grupo: este aspecto es sumamente importante ya que ayuda a que los miembros se sientan suficientemente seguros para compartir sus experiencias personales. Es más recomendable esto a la consigna de que todo lo que se habla en el grupo es confidencial ya que es importante que los pacientes puedan compartir lo que están trabajando con su red de apoyo.

3.2.5 Composición del Grupo

En las terapias breves la membresía de los grupos es cerrada, es decir, los miembros que entran al grupo al inicio son los mismo que terminan. En la circunstancia en que un miembro se va del grupo, hay que reestructurar nuevamente la dinámica del mismo. El rango estipulado en la mayoría de la literatura considera que un grupo breve varía de 12 a 24 sesiones. Usualmente los grupos de menos sesiones se

utilizan para grupos más estructurados en los que hay componentes psicoeducativos y desarrollo de habilidades (Wilfey et al, 2000).

Usualmente a los miembros del grupo les toma tiempo cohesionarse y esto toma alrededor de la mitad del tiempo en los grupos de duración más corta. Por lo tanto, los grupos de menos de dieciséis sesiones deben ser altamente estructurados para obtener los objetivos deseados. Los autores recomiendan el mínimo número de interrupciones posibles dado el corto tiempo que el grupo se va a reunir (Wilfey et al, 2000).

En términos de los rasgos de personalidad, no es muy recomendable tener miembros con patologías muy marcadas, sobre todo con respecto a los rasgos de impulsividad y agresión ya que esto podría llevar a que otros miembros terminaran su participación de manera abrupta (Wilfey et al, 2000).

La terapia grupal está indicada para un amplio espectro de problemáticas. Vives M. (2005) nos señala que la terapia de grupo está indicada para:

- Pacientes neuróticos.

- **Personas inhibidas que presentan dificultades en las relaciones sociales y con objeto de agrupar a pacientes con características o patologías similares.**
- **Pacientes que rechazan la terapia individual o como coadyuvante de la misma.**

Wifley y colaboradores proponen una lista de criterios de exclusión a la hora de armar los grupos (p. 29):

- **No llena por completo las características del propósito del grupo, por ejemplo, en nuestro caso no haber sufrido de infarto.**
- **Presentar ideación suicida o estar involucrado en situaciones altamente estresantes.**
- **Tener características antisociales o psicopáticas**
- **Tener un estilo defensivo de personalidad.**
- **Tener un nivel de motivación bajo para el cambio.**

3.2.6 Alianza Terapéutica

La mayor parte de la investigación sugiere que el grado de fuerza de la alianza terapéutica se correlaciona de forma estrecha con los distintos resultados obtenidos. El denominador común de la mayor parte de las investigaciones apunta a la colaboración entre terapeuta y paciente formando una coalición para hacerle frente al dolor del paciente (Horvath y Greemberg, 1989).

Para la escuela psicoanalítica, la alianza terapéutica es el vínculo positivo que se da entre paciente y analista y en donde el analista es investido de autoridad, lo cual a su vez refuerza la creencia del paciente en sus interpretaciones y proporciona al paciente una situación de seguridad y confianza que le permite enfrentarse con la experiencia dolorosa (Beitam y Yue, 2004).

Para Bordin (1979) la alianza terapéutica tiene tres componentes esenciales de la colaboración entre paciente y terapeuta. Horvath y Greenberg (citado en Beitam y Yue, 2004) amplían estos tres componentes que son tareas, objetivos y vínculos. Las tareas son las conductas dentro de la terapia y constituyen su esencia. El segundo punto son los objetivos que deben ser los mismos tanto para el paciente como para el terapeuta. Por último, el vínculo se refiere al grado en el que se desarrolla la relación con el terapeuta (Beitam y Yue, 2004).

3.2.7 Transferencia y Contratransferencia

Laplanche, y Pontalis en el *Diccionario de Psicoanálisis*, definen el concepto de transferencia como:

“el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un

marcado sentimiento de actualidad. Casi siempre, lo que los psicoanalistas denominan transferencia, sin otro calificativo, es la transferencia en la cura. La transferencia se reconoce clásicamente como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose ésta por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia” (Laplanche y Pontalis, 1996).

Según Stolorow (1995) (citado por Gabbard, 2005) existen dos dimensiones de la transferencia. La primera es la repetitiva, donde el paciente espera que el terapeuta funcione como lo hicieron sus padres, y la segunda dimensión es la de objeto *self*, en la cual se espera que se de en la terapia una experiencia que repare lo que le hizo falta al paciente en la infancia.

También podemos mencionar que hay dos tipos de transferencia, la positiva y la negativa. A pesar de la que la primera podría considerarse como más deseable, ambas son una forma de resistencia que debe ser interpretada debidamente. A través de interpretarla estamos ayudando al paciente a reconocer lo irracional de sus sentimientos y a buscar el origen de los mismos en su historia. A través del proceso terapéutico el paciente puede trasvolar estos conocimientos adquiridos en la terapia a otras situaciones fuera del consultorio. (Trull, 2003).

La contratransferencia puede verse como el contrapunto de la transferencia en los pacientes. Ambos son procesos inconscientes que sirven para entender al paciente. Sin embargo, la contratransferencia no es discutida con el paciente sino más bien es analizada por el terapeuta como herramienta para entenderlo mejor.

Para Gabbard la contratransferencia implica una reacción creada conjuntamente en el terapeuta, tanto de su pasado como de los sentimientos inducidos por el comportamiento del paciente. La contratransferencia es una fuente de información valiosa sobre el mundo interno de paciente. A su vez también puede ser considerada como una interferencia en el tratamiento. (Gabbard, 2002, p. 15).

3.3 Resistencia

Otro concepto fundamental cuando se trata de trabajar psicodinámicamente es el de la resistencia. Freud (1912, 1958) la definió como: “la resistencia acompaña al tratamiento en todo momento. Cada asociación, cada acto de la persona de tratamiento cuenta con la resistencia y representa un compromiso entre las fuerzas que están luchando por la recuperación y las fuerzas opositoras. (p. 103)” (citado por Gabbard, 2002, p. 15).

La resistencia puede expresarse en múltiples formas en la terapia., El paciente puede llegar tarde, olvidar las citas, omitir sueños, etc., sin embargo lo que tienen en común todas las formas de resistencias es que es un mecanismo de defensa para preservar el estatus quo del paciente.

Greenson (1967) la define como las defensas del paciente tal como se manifiestan a si mismas en el tratamiento psicodinámico. A mayor resistencia, mayor el impulso que se trata de mantener inconsciente. Es común observar que la forma que escogen los pacientes para resistirse está hablando de una manera de relacionarse con sus figuras importantes en la infancia.

3.4 Fases de la Psicoterapia Grupal Breve Psicodinámica

Para la realización de una psicoterapia de orientación psicodinámica en pacientes con cardiopatía y que presenten síntomas de ansiedad o depresión, debemos partir de la evaluación. Los aspectos que debemos indagar son el estado de funcionamiento físico y mental, los aspectos relevantes de su estructura de personalidad, los rasgos más prominentes de carácter previos a la presentación de los síntomas cardíacos (agudos y crónicos), la identificación y análisis del uso de los mecanismos psicológicos de defensa que utiliza en forma prioritaria, al igual que el grado de tolerancia y de adaptación ante las nuevas demandas y frustraciones. También podemos mencionar que es de gran utilidad conocer las características de su entorno así como la calidad de las interacciones personales y de los factores de crisis. Por último no debemos

dejar de indagar sobre la actitud del paciente ya que es un aspecto fundamental para el proceso psicoterapéutico. (Kaslow y Magnavita, 2002).

Para evaluar adecuadamente la situación de los pacientes cardíacos, Kaslow y Magnavita (2002, p. 554) recomiendan realizar una entrevista exhaustiva valorando todas las áreas que comprenden el funcionamiento de los pacientes cardíacos. A continuación presentamos el esquema de evaluación propuesto por los autores.

- Problema actual
- Funcionamiento físico
 - Problemas médicos actuales
 - Hospitalizaciones recientes (por exacerbación del problema)
- Funcionamiento psicológico actual
 - Revisión Inventario breve de síntomas (BSI)
 - Historia de tratamientos por problemas de salud mental
 - Tratamiento farmacológico actual por problemas de salud mental y/o abuso de sustancias
- Condiciones de vivienda
 - Con quién vive
 - Calidad de las relaciones interpersonales con quienes convive y con la pareja.
 - Funcionamiento sexual

- Cantidad y calidad de red de apoyo
- **Situación laboral**
 - Educación formal
 - Historia laboral
 - Trabajo actual nivel de estrés
 - Relación entre el trabajo y la enfermedad (ausencias, despidos, pensiones, etc.)
- **Familia de origen**
 - Estatus de los padres (viven, causa de muerte, etc.)
 - Principales problemas de salud en la familia
 - Principales problemas psicológicos en la familia
- **Factores de Riesgo**
 - Cigarrillo (etapa y disposición al cambio)
 - Estilo de vida sedentario (etapa y disposición al cambio)
 - Dieta inadecuada (etapa y disposición al cambio)
 - No adherencia a los tratamientos médicos (etapa y disposición al cambio)
 - Alcohol y drogas (etapa y disposición al cambio)

3.4.1 Fases del Tratamiento

La mayoría de lo que se sabe hoy en día con respecto al desarrollo de las etapas de los grupos proviene de las investigaciones realizadas en grupos de psicoterapia breve en grupos cerrados. (Tuckman, 1965 citado en Rutan, 2001). En este tipo de grupo podemos hablar de fases, ya que en los grupos que son más abiertos el desarrollo del grupo se va dando de acuerdo al movimiento de los miembros más que de acuerdo al esquema de fase inicial, media y de terminación (Díaz Portillo, 2000). Es muy importante que los terapeutas estén familiarizados con las etapas del desarrollo del grupo ya que esto provee una especie de mapa que lo ayuda a entender lo que está ocurriendo.

Existen diversos enfoques en lo que respecta al desarrollo de los grupos y estos van desde los modelos lineales hasta los no lineales. Para efectos de esta investigación hemos decidido utilizar el enfoque lineal. El mismo parte del principio o la base de que los grupos siguen un desarrollo ordenado a través de un número específico de fases. La cantidad de fases va a variar de acuerdo a los diferentes teóricos. (Sánchez, 2002).

Para Rutan (2001) existen cuatro fases o etapas dentro del proceso de la psicoterapia de grupo. Las mismas son: fase formativa, fase reactiva, fase madurativa y fase de terminación.

La fase de formación incluye las ansiedades propias de iniciar un grupo y se da mientras los miembros van encontrando los rasgos que tienen en común. La fase reactiva es aquella donde surge la oposición al liderazgo, lo cual se evidencia a través de la rebeldía hacia el líder y las normas que este impone. Esta fase debe ser percibida por el líder como un avance en el desarrollo del grupo y no como algo negativo. La fase madurativa es el momento donde el grupo desarrolla la habilidad de cooperación y se puede percibir las conductas de afiliación entre los miembros. La fase de terminación, como su nombre lo expresa, es el momento de terminar la terapia. Puede ser un periodo doloroso, sin embargo, también hay una sensación de alivio ya que se rejuegan terminaciones anteriores y le puede dar una posibilidad de potencial de reparar pérdidas inconclusas.

CAPITULO III
METODOLOGIA DE INVESTIGACIÓN

*“Cuando las penas del corazón se
convierten en enfermedades, estamos
perdidos”.*

Frédéric Chopin

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde tiempos inmemorables la conexión mente-cuerpo ha sido fuente de curiosidad para la humanidad. Hoy en día se ha recorrido un largo camino y existe extensa bibliografía que correlaciona la salud emocional como el estado físico.

Según la Organización Mundial de La Salud, la causa número uno de muerte en el mundo son las enfermedades cardiovasculares (OMS, 2011). Cada año mueren más personas por enfermedades cardiovasculares que por cualquier otra causa. Se calcula que en 2004 murieron por esta causa 17,1 millones de personas, lo cual representa un 29% de todas las muertes registradas en el mundo; 7,2 millones de esas muertes se debieron a cardiopatías coronarias. Las muertes por enfermedades cardiovasculares afectan por igual a ambos sexos, y más del 82% se producen en países de ingresos bajos y medios.

Se calcula que en 2030 morirán cerca de 23,6 millones de personas por enfermedades cardiovasculares, sobre todo por cardiopatías y enfermedades cardiovasculares, y se pronostica que sigan siendo la principal causa de muerte.

En nuestro país, de acuerdo a las estadísticas de salud de La Contraloría de Panamá la causa número uno de muertes son las cardiopatías isquémicas. Es por esto, que es de suma importancia estudiar todo lo que podamos esta patología de una manera integral con sus aspectos físicos, psicológicos y sociales para así poder crear

programas orientados tanto a la prevención en la población con factores de riesgo, como en los pacientes que hayan padecido ya de la enfermedad.

Esta comprobado que los pacientes que presentan síntomas de ansiedad y depresión después de haber padecido un infarto al miocardio tienen tasas morbilidad y mortalidad más altos que la población general. La intención de este proyecto es proveer de herramientas a los pacientes para que mejoren su estilo de afrontamiento, se adhieran a los tratamientos recomendados y mejoren su calidad de vida. Por lo tanto, enunciamos nuestro problema de la siguiente forma:

¿Mejora la calidad de vida de los pacientes post infartados que presentan síntomas de ansiedad y hostilidad después de participar en el programa de psicoterapia grupal psicodinámica breve?

2 HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN

2.1 Hipótesis Principales

Los pacientes que participen en el programa de psicoterapia grupal psicodinámica breve mejoraran significativamente su índice de calidad de vida luego de finalizar el programa.

Los pacientes que participen en el programa de psicoterapia grupal psicodinámica breve, disminuirán significativamente los niveles de ansiedad luego de finalizar el programa.

Los pacientes que participen en el programa de psicoterapia grupal psicodinámica breve, disminuirán significativamente los niveles de hostilidad luego de finalizar el programa.

2.2 Hipótesis Secundarias

Los pacientes que participen en el programa de psicoterapia grupal psicodinámica breve, disminuirán significativamente los niveles de patología global luego de finalizar el programa.

Los pacientes que participen en el programa de psicoterapia grupal psicodinámica breve, disminuirán significativamente los niveles de inestabilidad luego de finalizar el programa.

Los pacientes que participen en el programa de psicoterapia grupal psicodinámica breve, disminuirán significativamente los niveles de vulnerabilidad luego de finalizar el programa.

Los pacientes que participen en el programa de psicoterapia grupal psicodinámica breve, disminuirán significativamente los niveles de neurotismo luego de finalizar el programa.

2.3 Hipótesis Estadística

En relación al índice de calidad de vida:

$$H_0(CV) = \bar{X}_1 = X_2$$

$$H_1(CV) = \bar{X}_1 \leq X_2$$

En relación al índice de ansiedad:

$$H_0(ANS) = \bar{X}_1 = X_2$$

$$H_1(ANS) = \bar{X}_1 \geq X_2$$

En relación al índice de hostilidad:

$$H_0(HOS) = \bar{X}_1 = X_2$$

$$H_1(HOS) = \bar{X}_1 \geq X_2$$

En relación al índice de patología global:

$$H_0(IPG) = \bar{X}_1 = X_2$$

$$H_1(IPG) = \bar{X}_1 \geq X_2$$

En relación al índice de inestabilidad:

$$H_0(INE) = \bar{X}_1 = X_2$$

$$H_1(INE) = \bar{X}_1 \geq X_2$$

En relación al índice de vulnerabilidad:

$$H_0(VUL) = \bar{X}_1 = X_2$$

$$H_1(VUL) = \bar{X}_1 \geq X_2$$

En relación al índice de neuroticismo:

$$H_0(NEU) = \bar{X}_1 = X_2$$

$$H_1(NEU) = \bar{X}_1 \geq X_2$$

Donde:

H_0 es la hipótesis nula

H_1 es la hipótesis alterna

\bar{X}_1 es la media del pretest

\bar{X}_2 es la media del posttest

3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Objetivos Generales

Describir los niveles de calidad de vida, ansiedad y hostilidad en los pacientes que hayan padecido infarto al miocardio.

Diseñar un programa de psicoterapia grupal breve psicodinámica para pacientes que hayan padecido cardiopatía isquémica y que ayude a disminuir los síntomas de ansiedad y hostilidad con miras a mejorar su calidad de vida.

Evaluar la efectividad del programa de psicoterapia grupal breve psicodinámica para pacientes que hayan padecido cardiopatía isquémica y que presenten síntomas de hostilidad y ansiedad para mejorar su calidad de vida.

3.2 Objetivos Específicos

Evaluar los niveles de calidad de vida, ansiedad y hostilidad en los pacientes que hayan padecido infarto.

Aplicar un programa de psicoterapia grupal breve psicodinámica para pacientes que hayan padecido cardiopatía isquémica y que ayude a disminuir los síntomas de ansiedad y hostilidad para mejorar su calidad de vida

Educar a los pacientes que hayan padecido cardiopatía isquémica proporcionándoles técnicas de afrontamiento que los ayuden a disminuir los factores de riesgo predisponentes y agravantes de las cardiopatías.

- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con cardiopatía isquémica.
- Disminuir los niveles de ansiedad de los participantes.
- Disminuir los niveles de hostilidad en los participantes.

4 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se utilizó un diseño pre-experimental de pre-prueba y post-prueba con un solo grupo. Esto quiere decir que se realizó una medición inicial antes de aplicar el tratamiento y luego de finalizar el mismo se midió nuevamente. Al comparar estadísticamente ambas mediciones comprobaremos si se dieron cambios significativos a raíz de la aplicación del tratamiento (Sampieri, 2006).

Este tipo de diseño es de gran utilidad ya que “manipulan deliberadamente, al menos, una variable independiente para observar su efecto y relación con una o más variables dependientes” (Hernández Sampieri, Fernández y Baptista, 2003).

5 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

5.1 Definición Conceptual de la Variable Independiente: Psicoterapia Grupal Breve Psicodinámica

Terapia en la cual el tiempo de tratamiento es limitado. En este tipo de terapia la fecha de terminación se planifica desde el inicio del tratamiento, el tratamiento se dirige hacia un foco, las metas terapéuticas son limitadas y se requiere de una participación más activa del terapeuta. Se puede llevar a cabo por diferentes razones, como “limitaciones económicas, poca motivación del paciente, dificultad del paciente para establecer y mantener relaciones íntimas, cambio de domicilio del paciente o terapeuta, metas terapéuticas limitadas, resistencia del paciente para explorar material doloroso, entre otras (Stadter, M. 1996).

5.2 Definición Operacional de la Variable Independiente: Psicoterapia Grupal Breve Psicodinámica

La psicoterapia grupal breve se realizó a razón de una sesión por semana durante diez semanas. Cada sesión tuvo una duración de noventa minutos y estuvo estructurada de la siguiente manera: los primeros 30 minutos de la sesión se le dio a los participantes una breve presentación con información sobre la enfermedad, los factores de riesgo y técnicas de afrontamiento. Luego de esta presentación se utilizaba la hora restante para procesar emocionalmente el material presentado y cualquier otro tema que surgiera dentro del grupo.

Consideramos que dentro de este apartado podemos incluir también el proceso de evaluación inicial que consistió en la aplicación de las pruebas psicométricas y una cita de entrevista inicial.

A continuación vamos a dar una breve descripción del contenido de las sesiones de acuerdo a la fase a la que pertenecen:

- Fase de evaluación: durante esta fase se aplicaron las pruebas para determinar si los aplicantes llenaban los criterios de selección. Luego se realizó una sesión individual para tener la entrevista clínica. Una vez comprobado que el paciente llenaba los criterios de selección para participar en el presente estudio se le proporcionó la hoja de consentimiento informado.
- Fase inicial: en esta etapa se establecieron el marco terapéutico y la alianza terapéutica. Los participantes discutieron las reglas y se llegó a un acuerdo sobre cómo iba a funcionar el grupo. En cuanto al aspecto educativo del programa iniciamos con las generalidades de las cardiopatías y los temas se desarrollaron de lo más general hacia lo más específico y de lo físico hacia lo emocional.
- Fase media: una vez que los participantes se sintieron más confiados y comprometidos con el grupo, los temas que pasamos a tratar fueron los factores de riesgo psicoemocionales: la hostilidad, la ansiedad y la depresión así como el manejo de las emociones en general. Los

participantes pudieron empezar a trabajar más el aspecto emocional y dejando a un lado la intelectualización que caracterizó la etapa inicial.

- Fase de terminación: Durante las últimas sesiones se trabajaron estrategias de afrontamiento específicas. Surgieron y se trabajaron los temas relacionados a la pérdida del grupo que por consiguiente evocó en los pacientes el temor a su propia mortalidad y temas de apego y separación en general.
- Evaluación posterior al tratamiento: Por último se realizó una evaluación post tratamiento para evaluar la efectividad del mismo.

El aspecto psicoeducativo de la sesión se trabajó a través de presentaciones que trataban de temas como:

- Generalidades de las cardiopatías
- Factores de riesgo para las cardiopatías
- Relación entre la las emociones y el cuerpo
- Sexualidad
- Manejo de la depresión
- Manejo de la hostilidad.
- Manejo de la ansiedad
- Estrategias de afrontamiento
- Técnicas de relajación

5.3 Definición Conceptual de las Variables Dependientes

Las variables que queremos medir en esta investigación son las variables de calidad de vida, ansiedad y hostilidad. “Una definición conceptual proporciona el significado teórico de una variable” (Chinn y Kramer, 1998). A continuación presentamos un breve definición de cada una de ellas; las mismas han sido definidas con más detalle en el capítulo uno de este trabajo.

5.3.1 Calidad de Vida

Desde el punto de vista de la psicología de la salud la consideración de la calidad de vida ha jugado y juega un papel determinante. En las palabras de Grau Abalo (1998):

“desde la perspectiva de la psicología y para la salud, la evaluación de la calidad de vida tiene como objetivo principal determinar los efectos de los cuidados de salud, como intervenciones positivas, estimar las necesidades de la población, optimizar las decisiones terapéuticas y estudiar las causas e impacto de variables psicosociales intervinientes en el estado de salud” (Laham, 2006, p. 35).

Para la OMS la definición de calidad de vida debe considerar los siguientes elementos: La percepción personal del estado físico, como síntomas de la enfermedad y efectos del tratamiento. La percepción de la persona de su estado emocional y cognitivo frente a la enfermedad y su rehabilitación (la ansiedad, la depresión, la negación

de la enfermedad, el miedo a la muerte, etc.). La percepción de la persona de su vida social (sus relaciones interpersonales, en los ámbitos familiar y laboral, pero, también, la necesidad de reforzar su red de apoyo social y la relación específica con su médico).

5.3.2 Ansiedad

El estado de ansiedad es un complejo de reacciones emocionales que surgen cuando el individuo percibe una situación como amenazadora, sin importar que exista una amenaza real. Así, el estado de ansiedad es una condición transitoria, asociada con una situación específica, y puede variar de manera amplia en intensidad y duración.

Para Freud, la ansiedad es “un estado afectivo desagradable donde aparecen fenómenos como la aprensión, sentimientos desagradables, pensamientos molestos y cambios fisiológicos”. (citado en Coavas, 2011, p. 84). Este autor, propone tres teorías sobre la ansiedad. La ansiedad real que aparece ante un peligro real del medio ambiente. La ansiedad neurótica, su origen proviene de los impulsos reprimidos y por último la ansiedad moral en la cual el súper Yo amenaza al individuo ante la posibilidad de que los impulsos tomen el control.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) la ansiedad generalizada puede ser diagnosticada bajo los siguientes criterios:

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada (300.02)

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:
 - a. Inquietud o impaciencia
 - b. Fatigabilidad fácil
 - c. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
 - d. Irritabilidad
 - e. Tensión muscular
 - f. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)
- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una

crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

5.3.3 Hostilidad

El concepto de hostilidad abarca los componentes cognitivos, afectivos y conductuales de la misma. El componente cognitivo de la hostilidad como los sentimientos negativos hacia otros, las atribuciones

que producen estos sentimientos hacen más probables que la conducta de los demás pueda ser interpretada como antagonista o amenazante, y puede servir como justificante de la hostilidad que se posee ante las conductas antagonistas de otros. El componente afectivo incluye varios estados emocionales como la ira, enojo, resentimiento, disgusto y desprecio (Fernández-Abascal y Martín, 1994).

5.4 Definición Operacional de las Variables Dependientes

La definición operacional es aquella donde “se especifica la clase de operaciones que son necesarias para manipular o medir la variable en cuestión. De este modo, la definición operacional se convierte en un conjunto de instrucciones que el experimentador debe seguir para un uso concreto de la variable” (Arnau, Anguera y Gómez, 1990).

5.4.1 Calidad de Vida

Consideramos que un sujeto que obtuvo una puntuación de 70 o más en la prueba de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)

5.4.2 Ansiedad

Consideramos que un sujeto que obtuvo una puntuación de 70 o más en la subescala de ansiedad del Cuestionario TEA Clínico (CTC).

5.4.3 Hostilidad

Consideramos que un sujeto que obtuvo una puntuación de 70 o más en la subescala de hostilidad del Cuestionario TEA Clínico (CTC).

5.4.4 Índice Global de Patología

Consideramos que un sujeto que obtuvo una puntuación de 70 o más en el índice global de patología del Cuestionario TEA Clínico (CTC).

5.4.5 Inestabilidad

Consideramos que un sujeto que obtuvo una puntuación de 70 o más en la subescala de inestabilidad del Cuestionario TEA Clínico (CTC).

5.4.6 Vulnerabilidad

Consideramos que un sujeto que obtuvo una puntuación de 70 o más en la subescala de vulnerabilidad del Cuestionario TEA Clínico (CTC).

5.4.7 Neuroticismo

Consideramos que un sujeto que obtuvo una puntuación de 70 o más en la subescala de neuroticismo del Cuestionario TEA Clínico (CTC).

6 POBLACIÓN Y MUESTRA

De acuerdo a Olga Vladimirovna Panteleeva en su libro Fundamentos de Probabilidad y Estadística, podemos definir la población de un estudio como “el conjunto de todos los elementos de un tipo particular cuyo conocimiento es de interés” (p. 260), mientras que la muestra es “cualquier subconjunto de la población”

(p.262). A continuación delimitaremos la población y la muestra de esta investigación.

6.1 Población

La población de este estudio son pacientes mayores de edad que hubiesen sufrido infarto al miocardio dentro de los tres años anteriores a la realización del presente estudio y que presentaron rasgos de ansiedad y hostilidad y que pertenecen a centros hospitalarios de la centros de salud público y privado.

6.2 Muestra

El tipo de muestra utilizada para esta investigación fue de tipo no paramétrica, lo cual significa que el muestreo no se realizó de manera aleatoria sino intencional. Todos los pacientes de la muestra debían cumplir con los criterios de inclusión determinados. Los pacientes fueron adultos, que padecían de cardiopatía isquémica durante los tres años previos al estudio y puntuaron por arriba de 70 en las subescalas de ansiedad y hostilidad del Cuestionario TEA Clínico (CTC) y presentaban un índice de calidad de vida desmejorada.

6.3 Criterios de Inclusión

- Tener entre 25 y 75 años de edad.
- Haber padecido de cardiopatía coronaria en los últimos tres años.

- Cumplir con los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de ansiedad generalizada.
- Puntuar por lo menos una desviación estándar por arriba de la media es decir una puntuación cruda de ≥ 70 en el Cuestionario TEA Clínico (CTC) en las subescalas de ansiedad y hostilidad
- Mostrar índices de calidad de vida disminuida (menos de 70).
- Comprometerse a cumplir con las diez sesiones de terapia de grupo, la evaluación inicial y la evaluación una vez terminado el tratamiento.
- Firmar el formulario de consentimiento informado (ver anexo)

6.4 Criterios de Exclusión

- Rehusarse a firmar la nota de consentimiento informado.
- Estar bajo tratamiento psicoterapéutico.
- Estar físicamente incapacitado para atender a las sesiones.

7 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN Y EVALUACIÓN

7.1 Entrevista Clínica

Los datos de los pacientes fueron obtenidos a través de la realización de una entrevista clínica de duró 60 minutos y se realizó de manera individual con cada participantes.

Para evaluar adecuadamente la situación de los pacientes cardíacos Kaslow y Magnavita (2002, p. 554); recomiendan realizar una entrevista

exhaustiva valorando todas las áreas que comprenden el funcionamiento de los pacientes cardíacos. A continuación presentamos el esquema de evaluación propuesto por los autores.

- Problema actual
- Funcionamiento físico
 - Problemas médicos actuales
 - Hospitalizaciones recientes (por exacerbación del problema)
- Funcionamiento psicológico actual
 - Revisión Inventario breve de síntomas (BSI)
 - Historia de tratamientos por problemas de salud mental
 - Tratamiento farmacológico actual por problemas de salud mental y /o abuso de sustancias
- Condiciones de vivienda
 - Con quién vive
 - Calidad de las relaciones interpersonales con quienes convive y con la pareja.
 - Funcionamiento sexual
 - Cantidad y calidad de red de apoyo
- Situación laboral
 - Educación formal
 - Historia laboral
 - Trabajo actual nivel de estrés
 - Relación entre el trabajo y la enfermedad (ausencias, despidos, pensiones, etc.)
- Familia de origen
 - Estatus de los padres (viven, causa de muerte, etc.)
 - Principales problemas de salud en la familia
 - Principales problemas psicológicos en la familia
- Factores de Riesgo

- Cigarrillo (etapa y disposición al cambio)
- Estilo de vida sedentario (etapa y disposición al cambio)
- Dieta inadecuada (etapa y disposición al cambio)
- No adherencia a los tratamientos médicos (etapa y disposición al cambio)
- Alcohol y drogas (etapa y disposición al cambio)

7.2 Cuestionario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)

Para evaluar la calidad de vida de los participantes se utilizó el cuestionario de calidad de vida y salud (InCaViSa). Este instrumento posee un índice de consistencia interna de $\alpha = 0.9023$ y una validez de 0.633. El instrumento evalúa doce áreas, cada una con cuatro reactivos. Dichas áreas son:

Preocupaciones: Se refiere a los cambios derivados del proceso de enfermedad que implican modificaciones en la percepción de la interacción con otros

Desempeño físico: se refiere a la capacidad con que se percibe el sujeto para desempeñar actividades cotidianas que requieren de algún esfuerzo.

Aislamiento: explora los sentimientos de soledad o de separación de su grupo habitual.

Percepción corporal: se refiere al grado de satisfacción – insatisfacción que se tiene sobre el aspecto o atractivo físico con que se percibe el paciente.

Funciones cognitivas: revisa la presencia de problemas en funciones de memoria y concentración.

Actitud ante el tratamiento: revisa el desagrado que puede resultar de adherirse a un tratamiento médico.

Tiempo libre: explora la percepción del paciente como un obstáculo en el desempeño y disfrute de sus actividades recreativas.

Vida cotidiana: revisa el grado de satisfacción – insatisfacción percibida por los cambios en las rutinas a partir de la enfermedad.

Redes sociales: explora los recursos humanos con que cuenta el paciente para resolver problemas.

Dependencia médica: se refiere al grado en que el paciente deposita la responsabilidad de su bienestar y salud en su médico tratante.

Relación con el médico: se refiere al grado en el que el paciente se encuentra cómodo con la atención del médico tratante.

7.3 Cuestionario TEA Clínico (CTC)

El Cuestionario TEA Clínico (CTC) evalúa una serie de rasgos clínicos. Se obtiene un índice general de patología y puntuaciones de tres dimensiones globales (Desajuste, Descontrol e Inestabilidad), once escalas clínicas y dos escalas de control. Cuenta con 136 *items* y se estructura de acuerdo a tres dimensiones de segundo orden que engloban diversas escalas. Además, cuenta con dos escalas de validez para controlar la manipulación de la imagen y la deseabilidad social del examinando, así como un índice de patología general (IPG) que resume el grado de afectación del sujeto. Las escalas que miden las pruebas son:

Hipocondría (HIP): consiste en la tendencia del sujeto a sentir una preocupación exagerada, y el miedo a padecer, o la convicción de tener, una enfermedad grave, a partir de una errónea personal de uno o más signos o síntomas somáticos.

Paranoidismo (PAR): se caracteriza principalmente por la presencia de un patrón de desconfianza y suspicacia general hacia los otros, un estado constante de irritabilidad, inmutabilidad de los sentimientos e inflexibilidad del pensamiento.

Psicoticismo (PSI): esta escala hace referencia a los síntomas característicos y comunes a determinados trastornos psicóticos. Se refleja en la

presencia de distorsiones cognoscitivas o perceptivas, excentricidades del comportamiento, malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales

Depresión (DEP): esta escala evalúa la presencia de síntomas típicos del trastorno depresivo, liderados por la falta de alegría, el pesimismo, la incapacidad para experimentar placer y una baja autoestima.

Límite (LIM): evalúa la presencia de un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad. Además de las personas que padecen este trastorno exhiben una ambivalencia cognitivo-afectiva que se hace evidente en sus sentimientos conflictivos de cólera, amor y culpa hacia los demás.

Hostilidad (HOS): mide tres rasgos típicos del comportamiento hostil: actitud negativa hacia la naturaleza humana y las cosas en general, conducta agresiva hacia otras personas u objetos del entorno y emociones displacenteras.

Abuso de alcohol y sustancias (ABS): detecta la tendencia al abuso en el consumo de alcohol o sustancias. La situación de abuso puede provocar el incumplimiento de obligaciones importantes, el consumo repetido en el que hacerlo es físicamente peligroso, problemas legales múltiples y problemas sociales e interpersonales recurrentes.

Descontrol emocional (DES): hace referencia a la incapacidad de controlar los propios impulsos y arrebatos y a la tendencia a expresar las emociones de forma exagerada o fuera de contexto, con el consiguiente arrepentimiento que estas situaciones generan en las personas que muestran este rasgo de personalidad.

Ansiedad (ANS): esta escala evalúa la presencia constante en el individuo de una preocupación excesiva que suele ir acompañada de otros síntomas como inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad o trastornos de sueño.

Vulnerabilidad (VUL): Expresa la incapacidad de una persona para poner en marcha estrategias adecuadas de afrontamiento ante los problemas y las situaciones difíciles, sin que estas

Neuroticismo (NEU): es la más representativa del concepto de inestabilidad emocional, entendido como una predisposición de la persona a tener sentimientos negativos como la culpabilidad, miedo o melancolía y a experimentar cambios injustificados de humor y estado de ánimo.

Manipulación de imagen (MI): Detecta la tendencia de una persona a presentar una imagen distorsionada de sí misma mediante el ensalzamiento de sus características y sus puntos fuertes personales.

Deseabilidad social (DS): representa la tendencia del sujeto a mostrarse socialmente adaptado y preocupado por cumplir las normas y exigencias sociales.

8 DISEÑO ESTADÍSTICO

Para realizar el análisis estadístico del Cuestionario TEA Clínico (CTC) y del Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa), se utilizaron dos pruebas no paramétricas: prueba de Rangos de Wilcoxon y U de Mann-Whitney para las muestras relacionadas. Ambas pruebas evalúan si existe una diferencia significativa entre las mediciones del pre y post test de la muestra. Los datos estadísticos fueron procesados mediante el programa XLSTAT versión 2011. Y se utilizó nivel de significación de $\alpha= 0.05$

9 PROCEDIMIENTO

Realizamos la investigación teórica enfocándonos en las teorías más relevantes para este estudio. Luego se inició la búsqueda de la muestra. Originalmente este estudio estaba planificado para realizarse en el Hospital de la Caja del Seguro Social gracias al apoyo del Dr. Quintero. Incluso llegamos al punto de seleccionar a doce sujetos que cumplían con los criterios de selección, sin embargo, el grupo se disolvió ya que se presentó una epidemia de la bacteria *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase (KCP)* y los pacientes fueron trasladados a distintos centros de salud.

Se mandaron más de ochocientos (800) correos electrónicos promocionando el programa. Luego se imprimieron y repartieron mil (1000) volantes a varios hospitales y clínicas del área metropolitana, incluyendo clínicas especializadas en tratar pacientes cardiacos. Una sola persona mostró interés en participar. Luego, contactamos al centro de rehabilitación cardiaca Medic Gym y ellos nos proporcionaron su base datos. Contactamos a los noventa (90) pacientes para que acudieran a la ronda de evaluación. Diecinueve (19) personas mostraron interés, sin embargo, llegaron únicamente nueve (9) sujetos. Calificaron seis (7) sujetos para el estudio y fueron invitados a participar del programa. Dos (2) miembros tenían la limitante de que iban a tener que ausentarse a más de tres sesiones por lo que quedaron descalificados. El grupo inició con siete (7) participantes, sin embargo el día de la primera sesión uno de los miembros tuvo una pérdida familiar importante y no pudo iniciar. El sexto miembro abandonó el grupo después de la primera sesión.

CAPITULO IV
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

“No es la posesión de la verdad, sino el éxito que llega luego de la búsqueda, donde el buscador se enriquece con ella.”

Max Planck

RESULTADOS Y ANÁLISIS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en esta investigación. Al inicio del capítulo realizamos un análisis estadístico comparando los resultados de las mediciones realizadas antes y después del tratamiento. Seguidamente, se presenta la discusión de los resultados, las conclusiones y las recomendaciones.

Como se mencionó en el capítulo anterior el proceso de selección y conformación de la muestra fue laborioso. A continuación tenemos los resultados de los cinco miembros que completaron el proceso completo desde la evaluación inicial hasta la evaluación final.

1 ANÁLISIS ESTADÍSTICO E INTEGRACIÓN

1.1 Heterogeneidad y Homogeneidad de la muestra

La muestra estudiada es homogénea en cuanto a la sintomatología ansiosa y los niveles de hostilidad elevados debido a que todos los participantes sufrieron cardiopatía isquémica.

La muestra es heterogénea en términos de la edad, sexo, nivel socioeconómico, estado civil y escolaridad y otras enfermedades comorbidas. En términos de la edad de los participantes el rango estuvo entre 47 y 72 años. (ver tabla No. 1)

**Tabla No 2:
Datos Sociodemográficos**

SUJETOS	1	2	3	4	5
EDAD	47	59	57	66	72
SEXO	Masc.	Fem.	Masc.	Masc.	Masc.
ESCOLARIDAD	Lic.	Posgrado	Lic.	Diplomado	Lic.
ESTADO CIVIL	Casado	Divorciado	Divorciada	Casado	Casado
NIVEL SOCIOECONOMICO	Medio alto	Medio	Medio alto	Alto	Alto

Fuente: Tamara Simana de Zebede, 2011

La edad de los sujetos esta comprendida entre los 47 y los 72 años. Cuatro (80%) son hombres y una (20%) es mujer. Uno (20%) se encuentra en un nivel socioeconómico medio-bajo, dos (40%) se encuentran en un nivel medio y dos (40%) se encuentran en un nivel socioeconómico alto. Tres de los participantes están casados (60%) y dos están divorciados (40%).

Tabla No 3
Factores de Riesgo

SUJETOS	1	2	3	4	5
HIPERLIPIDEMIA	√	√		√	√
HIPERTENSION	√	√	√		√
CIGARRILLO					
DIABETES	√	√		√	√
OBESIDAD	√			√	
ABUSO DE SUSTANCIAS			√	√	
HOSTILIDAD	√	√		√	√
ANSIEDAD	√	√	√	√	√
DEPRESION		√	√		√

Fuente: Tamara Simana de Zebede, 2011

Todos los participantes presentaron factores de riesgo físicos. La hiperlipidemia se presentó en cuatro (80%) participantes, tres (60%) presentaron hipertensión y diabetes, mientras dos (40%) presentaron abuso de sustancias (específicamente de alcohol).

En cuanto a los factores de riesgo emocionales encontramos que el 100% de los participantes presentó síntomas significativos de ansiedad, 80% presentó síntomas de hostilidad y 60% presentó síntomas de depresión.

**Tabla No.4
Historial de Infartos**

SUJETOS	1	2	3	4	5
INFARTO	√	√	√	√	√
FECHA	2009	2009	2010	2008	2009
ANGIOPLASTIA	√		√	√	√
CIRUGIA CORAZÓN ABIERTO		√			
INFARTO FUE EXPERIMENTADO COMO TRAUMÁTICO	√	√	√		√

Fuente: Tamara Simana de Zebede, 2011

Todos (100%) los participantes tuvo infarto al miocardio . Cuatro (80%) fue sometido al procedimiento de angioplastía para colocar los *stent* Sólamnet uno de los participantes fue sometido a cirugía de corazón abierto y se le colocaron tres *bypass*. Todos los infartos ocurrieron entre el 2008 el 2011.

EL 80% de los participantes reportó haber experimentado el infarto como un evento traumático.

2 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

2.1 Calidad de Vida

Tabla N° 5
Comparación pre- test y post- test de la variable de
calidad de vida (InCaViSa)

SUJETOS	PRE-TEST	POST-TEST
1	80	81.5
2	44	64
3	49	50
4	64	67
5	57	59

Fuente: Tamara Simana de Zebede, 2011

Hipótesis

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre-test y de el post-test de la variable calidad de vida.

H₁: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre-test y de el post-test de la variable calidad de vida.

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Cálculo estadístico de la prueba:

Tabla N° 6

Estadísticas Descriptivas: Comparación de la Calidad de Vida Pre-test/Post-Test del de la Variable Calidad de Vida (CV)

VARIABLE	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
PRE-TEST (CV)	44.000	80.000	58.800	14.096
POST-TEST (CV)	50.000	81.500	64.300	11.574

Fuente: Tamara Simana de Zebede, 2011

Calculo Estadístico de la prueba:

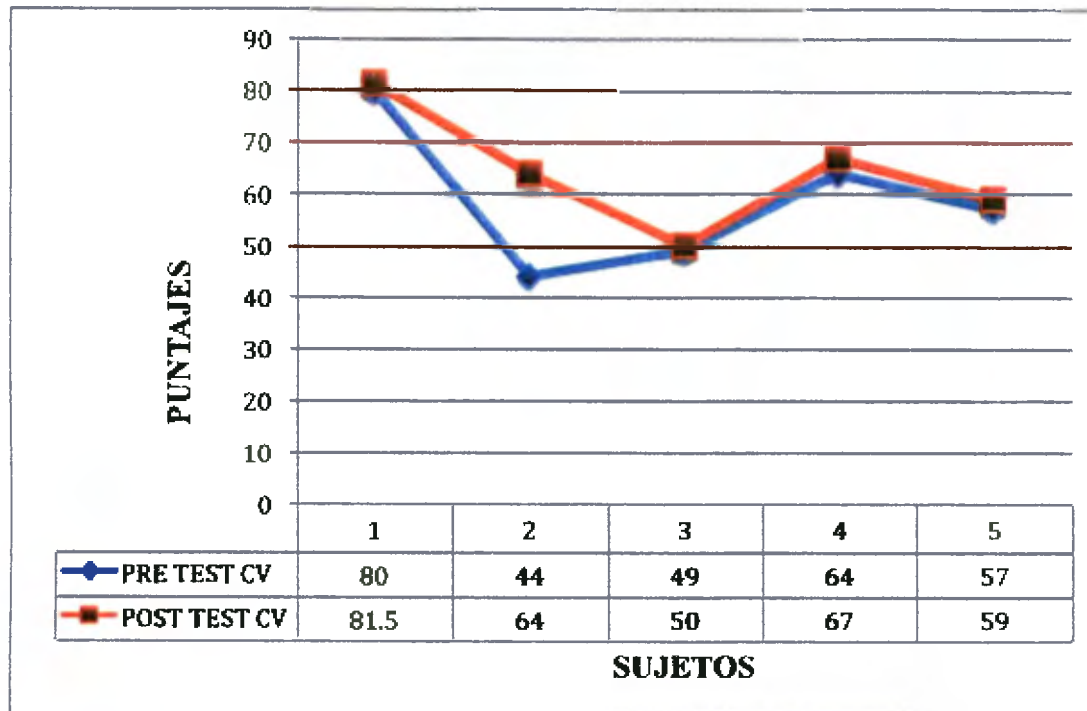
V	0
Esperanza	7.500
Varianza (V)	13.750
p-valor (unilateral)	0.031
alfa	0.05

El p-valor es calculado utilizando un método exacto.

Decisión: Como el p-valor calculado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, se debe rechazar la hipótesis nula (H_0) y aceptar la hipótesis alterna (H_1). El riesgo de rechazar la hipótesis nula (H_0) cuando es verdadera es de 3.13%.

Conclusión: Con un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos en la escala de calidad de vida del grupo experimental presentan una variación que es estadísticamente significativa. Por lo tanto, el tratamiento fue efectivo.

GRÁFICA NO. 1
COMPARACION PRE-TEST/ POST-TEST
INDICE DE CALIDAD DE VIDA



Fuente: Tamara Simana de Zebede, 2011.

Esta gráfica nos muestra que las puntuaciones de calidad de vida en el post- test son significativamente más altas que en el pretest. Podemos observar que hubo un aumento el puntaje de todos los participantes de psicoterapia grupal breve psicodinámica.

2.2. Ansiedad

Tabla N° 7

Comparación pre- test y post –test de la variable Ansiedad

SUJETOS	PRE –TEST	POST- TEST
1	88	67
2	67	47
3	97	76
4	97	88
5	97	71

Fuente: Tamara Simana de Zebede, 2011

Hipótesis

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes de la variable ansiedad obtenidos por los sujetos antes y después de recibir el tratamiento

H₁: Existen diferencias significativas entre los puntajes de la variable ansiedad obtenidos por los sujetos antes y después de recibir el tratamiento

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Tabla N° 8

**Estadísticas Descriptivas: Comparación de la Ansiedad (ANS)
Pre-test/Post-test**

VARIABLE	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
PRE-TEST ANS	67.000	97.000	89.200	13.008
POST-TEST ANS	47.000	88.000	69.800	14.990

Fuente: Tamara Simana de Zebede, 2011

Calculo Estadístico de la prueba:

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados / Prueba unilateral a la izquierda:

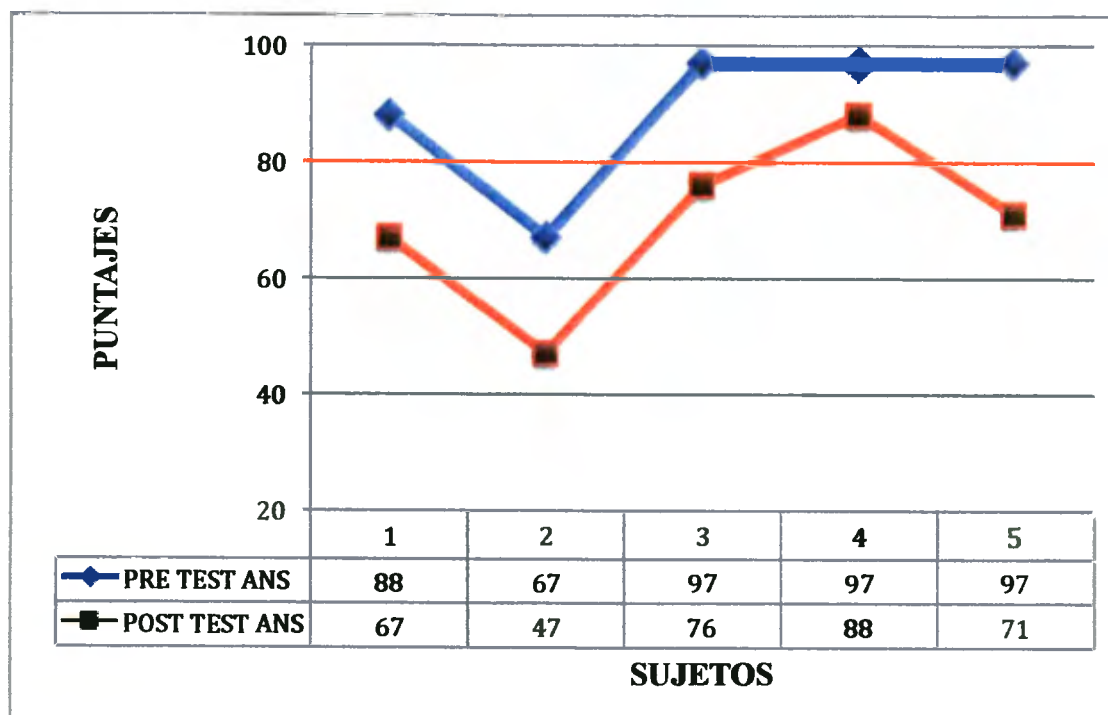
V	15.000
Esperanza	7.500
Varianza (V)	13.625
p-valor (unilateral)	0.029
alfa	0.05

Se utilizó una aproximación para calcular el p-valor.

Decisión: Como el p-valor calculado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, se debe rechazar la hipótesis nula (H_0) y aceptar la hipótesis alterna (H_1). El riesgo de rechazar la hipótesis nula (H_0) cuando es verdadera es de 2.90%.

Conclusión: Con un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos en la escala de Ansiedad del grupo experimental presentan una variación que es estadísticamente significativa. Por lo tanto, el tratamiento fue efectivo.

GRAFICA NO. 3
COMPARACION PRE-TEST/ POST-TEST
INDICE DE ANSIEDAD



Fuente: Tamara Simana de Zebede, 2011.

Esta gráfica presenta las puntuaciones obtenidas en el pre-test y el post-test de el índice de ansiedad obtenido de la aplicación de la prueba Cuestionario TEA Clínico (CTC). Se puede comprobar que el puntaje de los sujetos en el post –test es significativamente más bajo en comparación con el pre-test. Por lo tanto podemos decir que hubo una disminución significativa de la ansiedad después del tratamiento.

2.3 Hostilidad

Tabla N° 9

Comparación pre-test y post-test de la variable Hostilidad

SUJETOS	PRE-TEST	POST-TEST
1	97	60
2	91	83
3	63	83
4	85	50
5	85	67

Fuente: Tamara Simana de Zebede, 2011

Hipótesis

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre-test y del post-test de la variable Hostilidad.

H₁: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre-test y del post-test de la variable Hostilidad.

Hostilidad.

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Tabla No. 10

Estadísticas Descriptivas: Comparación de la Hostilidad Pre-test/Post-test del grupo experimental

VARIABLE	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
PRE-TEST HOS	63.000	97.000	84.200	12.853
POST-TEST HOS	50.000	83.000	68.600	14.467

Fuente: Tamara Simana de Zebede, 2011

Calculo Estadístico de la prueba:

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados / Prueba unilateral a la derecha:

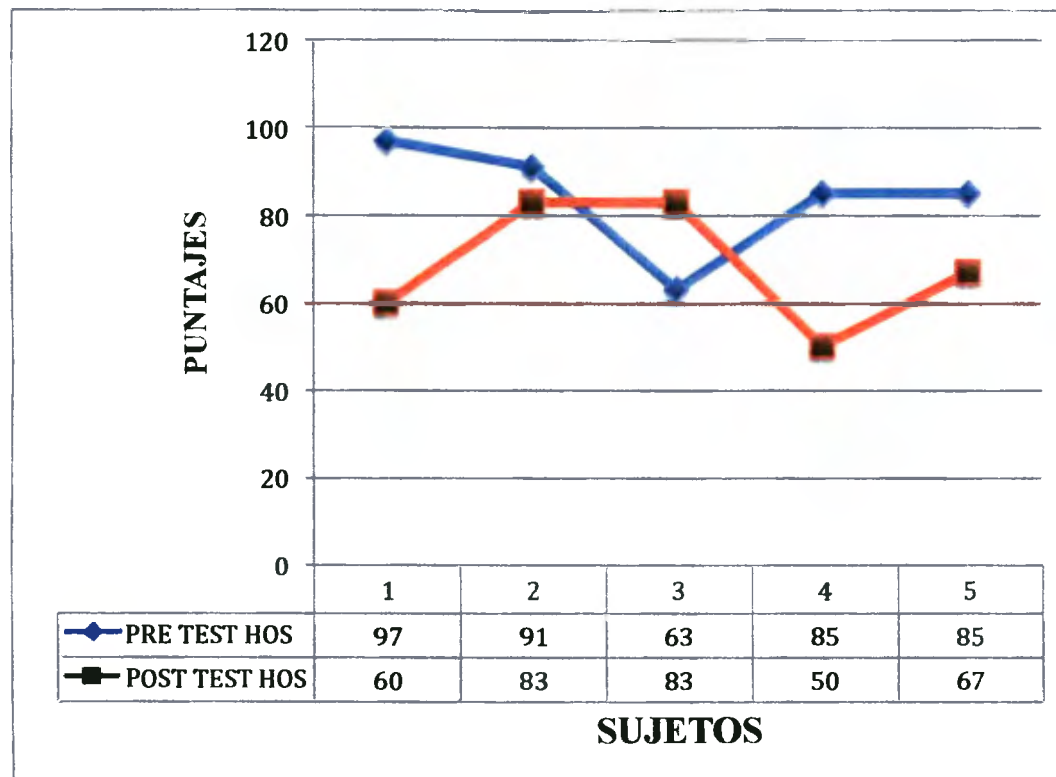
V	12
Esperanza	7.500
Varianza (V)	13.750
p-valor (unilateral)	0.156
alfa	0.05

El p-valor es calculado utilizando un método exacto.

Decisión: Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, no se puede rechazar la hipótesis nula (H_0). El riesgo de rechazar la hipótesis nula (H_0) cuando es verdadera es de 15.63%.

Conclusión: Con un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos en la escala de hostilidad del presentan una variación que no es estadísticamente significativa. Por lo tanto, no podemos afirmar que el tratamiento fue efectivo para disminuir significativamente los niveles de hostilidad.

GRÁFICA No. 3
COMPARACION PRE-TEST/POST-TEST
INDICE DE HOSTILIDAD



Fuente: Tamara Simana de Zebede, 2011.

La presente gráfica nos muestra que hubo variabilidad en los puntajes de la escala de hostilidad. Y que a pesar de que hubo una diferencia de medias de 16 puntos esta no fue suficientemente alta para probar la hipótesis alterna. Podemos observar que uno de los sujetos aumentó el nivel de hostilidad lo cual a su vez achicó la diferencia de medias.

2.4 Índice de Patología General

Tabla N° 11
Comparación pre-test y post-test de la variable Índice de Patología General

SUJETOS	PRE-TEST	POST-TEST
1	76	43
2	83	61
3	77	66
4	74	48
5	74	73

Fuente: Tamara Simana de Zebede, 2011

Hipótesis

Ho: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre-test y del post-test de la variable Índice de Patología General.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre-test y de el post-test de la variable Índice de Patología General.

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Tabla No. 12
Estadísticas Descriptivas: Comparación del
Indice de Patología General Pre-test/Post-Test del grupo experimental.

VARIABLE	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
PRE-TEST IPG	74.000	83.000	76.800	3.701
POSTEST IPG	43.000	73.000	58.200	12.478

Fuente: Tamara Simana de Zebede, 2011

Calculo Estadístico de la prueba: Prueba de Wilcoxon de los rangos signados / Prueba unilateral a la derecha:

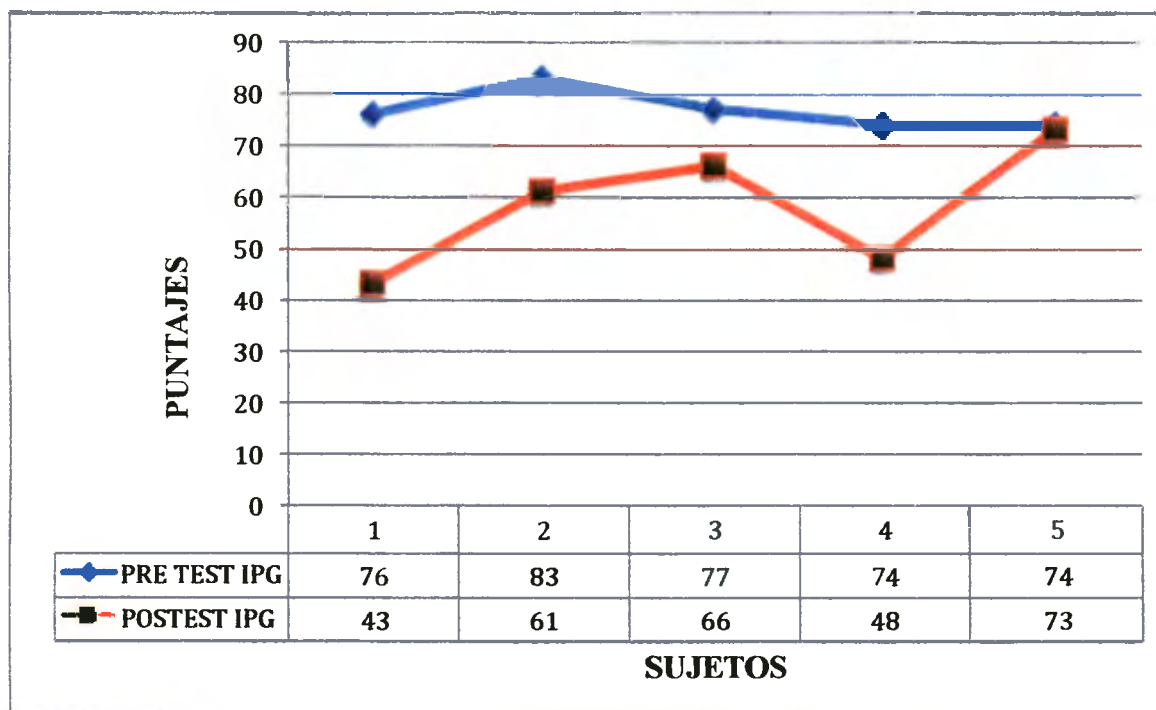
V	15
Esperanza	7.500
Varianza (V)	13.750
p-valor (unilateral)	0.031
alfa	0.05

El p-valor es calculado utilizando un método exacto.

Decisión: Como el p-valor calculado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, se debe rechazar la hipótesis nula (H_0) y aceptar la hipótesis alterna (H_1). El riesgo de rechazar la hipótesis nula (H_0) cuando es verdadera es de 3.13%.

Conclusión: Con un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos en la escala de Indice de Patología Global del grupo experimental presentan una variación que es estadísticamente significativa. Por lo tanto, se puede afirmar que el tratamiento fue efectivo.

GRAFICA NO. 4
COMPARACION PRE-TEST / POST-TEST
INDICE DE PATOLOGIA GLOBAL



Fuente: Tamara Simana de Zebede, 2011

La presente gráfica nos muestra que las puntuaciones de los sujetos en el pre-test y en el post-test varían significativamente. Por ende, los pacientes disminuyeron significativamente su índice de patología global luego de haber recibido tratamiento.

2.5 Inestabilidad

Tabla N° 13
Comparación pre-test y post-test
de la variable Inestabilidad

SUJETOS	PRE-TEST	POST-TEST
1	76	51
2	76	60
3	78	65
4	77	53
5	77	67

Fuente: Tamara Simana de Zebede, 2011.

Hipótesis

Ho: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre-test y del post-test de la variable Inestabilidad

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre-test y de el post-test de la variable Inestabilidad.

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Tabla No. 14

Estadísticas Descriptivas: Comparación de la Inestabilidad Pre-test/Post-test

VARIABLE	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
PRE -TEST (INE)	76.000	78.000	76.800	0.837
POST-TEST (INE)	51.000	67.000	59.200	7.085

Fuente: Tamara Simana de Zebede, 2011.

Calculo Estadístico de la prueba: Prueba de Wilcoxon de los rangos signados / Prueba unilateral a la derecha:

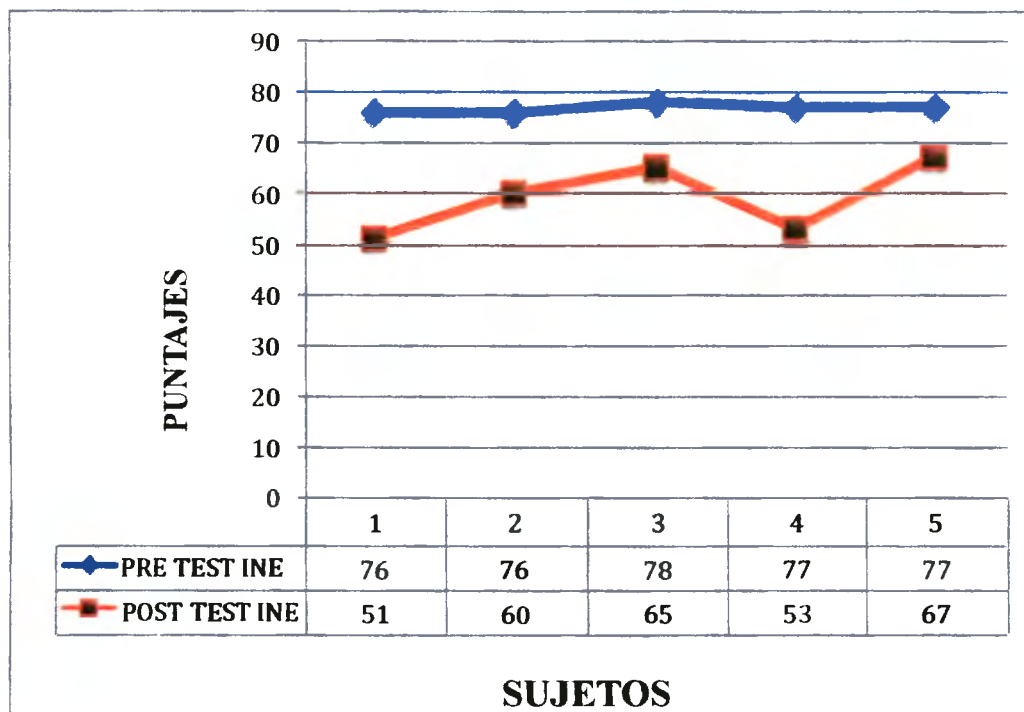
V	15
Esperanza	7.500
Varianza (V)	13.750
p-valor (unilateral)	0.031
alfa	0.05

El p-valor es calculado utilizando un método exacto.

Decisión: Como el p-valor calculado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, se debe rechazar la hipótesis nula (H_0) y aceptar la hipótesis alterna (H_1). El riesgo de rechazar la hipótesis nula (H_0) cuando es verdadera es de 3.13%.

Conclusión: Con un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos en la escala de Inestabilidad del grupo experimental presentan una variación que es estadísticamente significativa. Por lo tanto, se puede afirmar que el tratamiento fue efectivo.

GRAFICA NO. 5
COMPARACION PRE-TEST/ POST-TEST
INDICE DE INESTABILIDAD (INE)



Fuente: Tamara Simana de Zebede, 2011

En cuanto al área de inestabilidad (INE) medida a través de la prueba Cuestionario TEA Clínico, encontramos que esta gráfica refleja una diferencia significativa en los puntajes y que los puntajes obtenidos. Luego de haber terminado el programa de psicoterpia grupal breve los indices de inestabilidad de los participantes disminuyeron significativamente.

2.6 Vulnerabilidad

Tabla N° 15

Comparación pre-test y post-test de la variable Vulnerabilidad

SUJETOS	PRE-TEST	POST-TEST
1	91	58
2	97	67
3	91	63
4	88	45
5	88	67

Hipótesis

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre-test y del post-test de la variable Vulnerabilidad.

H₁: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre-test y del post-test de la variable Vulnerabilidad

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Tabla No. 16

**Estadísticas Descriptivas: Comparación de la Vulnerabilidad Pre-test/
Post-Test**

VARIABLE	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
PRE-TEST VUL	88.000	97.000	91.000	3.674
POST-TEST VUL	45.000	67.000	60.000	9.165

Fuente: Tamara Simana de Zebede, 2011.

**Calculo Estadístico de la prueba: Prueba de Wilcoxon de los rangos
signados / Prueba unilateral a la derecha:**

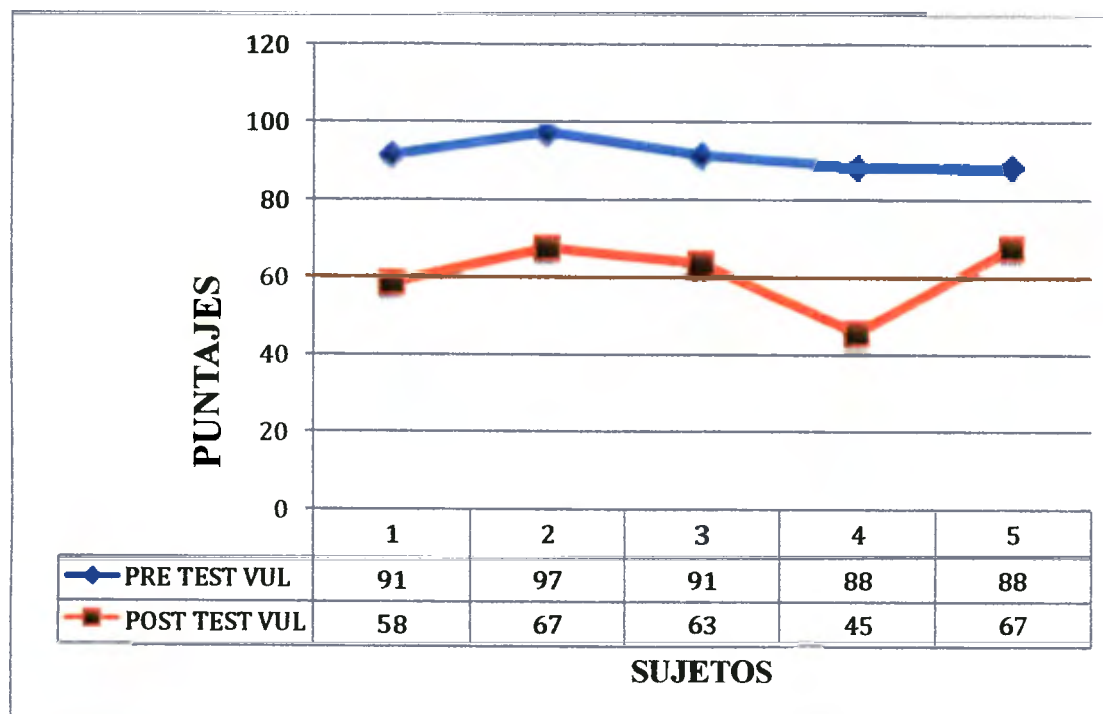
V	15
Esperanza	7.500
Varianza (V)	13.750
p-valor (unilateral)	0.031
alfa	0.05

El p-valor es calculado utilizando un método exacto.

Decisión: Como el p-valor calculado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, se debe rechazar la hipótesis nula (H_0) y aceptar la hipótesis alterna (H_1). El riesgo de rechazar la hipótesis nula (H_0) cuando es verdadera es de 3.13%.

Conclusión: Con un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos en la escala de Vulnerabilidad del grupo experimental presentan una variación que es estadísticamente significativa. Por lo tanto, se puede afirmar que el tratamiento fue efectivo.

GRÁFICA NO. 6
COMPARACION PRE-TEST/ POST-TEST
INDICE DE VULNERABILIDAD



Fuente: Tamara Simana de Zebede, 2011.

Esta gráfica presenta las puntuaciones obtenidas en el pre-test y el post-test de el índice de vulnerabilidad obtenido de la aplicación de la prueba Cuestionario TEA Clínico (CTC). Se puede comprobar que el puntaje de los sujetos en el post-test es significativamente más bajo en comparación con el pre-test. Por lo tanto podemos decir que hubo una disminución significativa del índice de vulnerabilidad (VUL) después del tratamiento.

2.7 Neuroticismo

Tabla N° 17
Comparación pre-test y post -test
de la variable Neuroticismo

SUJETOS	PRE-TEST	POST-TEST
1	76	33
2	83	71
3	88	71
4	97	42
5	97	76

Hipótesis

Ho: No existen diferencias entre los puntajes del pre-test y del post-test de la variable Neuroticismo.

Hi: Existen diferencias entre los puntajes del pre-test y de el post-test de la variable Neuroticismo.

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Tabla No. 18

Estadísticas Descriptivas: Comparación del Neuroticismo Pre-test/Post-Test

VARIABLE	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
PRE-TEST (NEU)	76.000	97.000	88.200	9.094
POST-TEST (NEU)	33.000	76.000	58.600	19.629

Calculo Estadístico de la prueba: Prueba de Wilcoxon de los rangos signados / Prueba unilateral a la derecha:

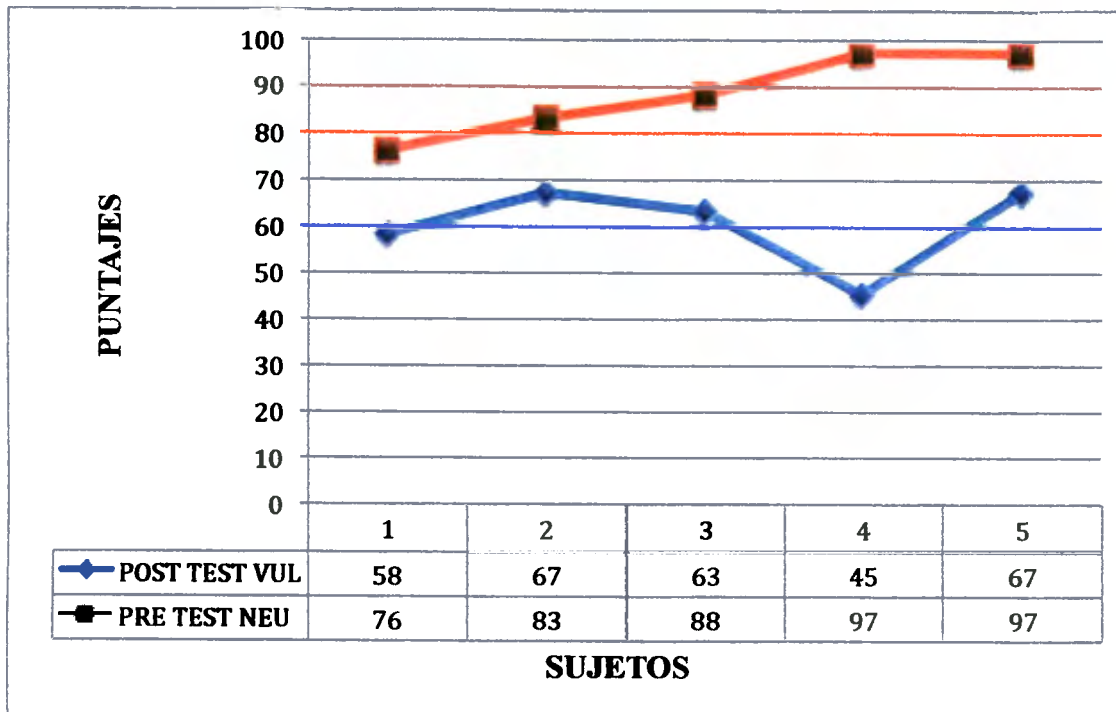
V	15
Esperanza	7.500
Varianza (V)	13.750
p-valor (unilateral)	0.031
alfa	0.05

El p-valor es calculado utilizando un método exacto.

Decisión: Como el p-valor calculado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, se debe rechazar la hipótesis nula (H_0) y aceptar la hipótesis alterna (H_1). El riesgo de rechazar la hipótesis nula H_0 cuando es verdadera es de 3.13%.

Conclusión: Con un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos en la escala de Neuroticismo del grupo experimental presentan una variación que es estadísticamente significativa. Por lo tanto, se puede afirmar que el tratamiento fue efectivo.

GRÁFICA NO. 7
COMPARACION PRE-TEST/ POST-TEST
INDICE DE NEUROTICISMO



3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Luego de la presentación de los resultados y de haber realizado el correspondiente análisis estadístico procederemos a su discusión y análisis con el fin de determinar la efectividad del tratamiento aplicado.

3.1 Análisis estadístico

La finalidad de esta investigación es comprobar estadísticamente si la terapia grupal breve de orientación psicodinámica es significativamente efectiva para mejorar la calidad de vida en pacientes que presentan síntomas de ansiedad y hostilidad. A continuación vamos a realizar un análisis de los resultados de las variables principales y luego pasaremos a las variables secundarias.

En cuanto a la calidad de vida, encontramos que las puntuaciones en el post-test son significativamente más altas que en el pre-test. Podemos observar que el 100% de los participantes aumentó sus puntuaciones. Con lo cual podemos decir que el tratamiento fue efectivo para mejorar los niveles de calidad de vida de los participantes.

En cuanto a la variable de ansiedad, podemos observar que hubo una disminución de 20 en la media del post.test en la escala de ansiedad medida a través del Cuestionario TEA de Personalidad. Luego de analizar la prueba de hipótesis

podemos concluir que los participantes disminuyeron la ansiedad significativamente luego de recibir el tratamiento.

Por otra parte, en términos de la hostilidad no se obtuvieron los resultados esperados ya que no hubo una diferencia significativa entre las mediciones del pre-test y el post-test para dicha variable. Si analizamos los datos podemos ver que a pesar de que la media del post-test es menor, la diferencia no es significativa. 80% de los participantes redujeron los niveles de hostilidad, sin embargo, uno de los participantes aumentó los índices en el post-test.

En cuanto al área de inestabilidad (INE) medida a través de la prueba del Cuestionario TEA Clínico, encontramos que hay una diferencia significativa en los puntajes.. Luego de haber terminado el programa de psicoterapia grupal breve los índices de inestabilidad de los participantes disminuyeron significativamente.

En las puntuaciones obtenidas del índice de vulnerabilidad,. Se puede comprobar que el puntaje de los sujetos en el post-test es significativamente más bajo en comparación con el pre-test. Por lo tanto podemos decir que hubo una disminución significativa del índice de vulnerabilidad (VUL) debido al tratamiento.

En términos de la variable secundaria neuroticismo encontramos también que pudimos rechazar la hipótesis nula y probar que el tratamiento fue efectivo para bajar los índices de esta variable de manera significativa.

4. DISCUSIÓN

En el análisis estadístico que presentamos en la sección anterior pudimos comprobar las pruebas de hipótesis para las variables principales, es decir, el índice de calidad de vida y el nivel de ansiedad. Sin embargo, no se pudo comprobar estadísticamente la prueba de hipótesis de la variable hostilidad.

Comprobamos también la prueba de hipótesis para las variables secundarias: índice de patología global (IPG), inestabilidad (INE), vulnerabilidad (VUL) y neuroticismo (NEU). El grupo mostró cambios estadísticamente significativos que demostraron la efectividad del tratamiento para todas las variables secundarias.

Sobre la selección de la muestra y los datos sociodemográficos:

El hecho de haber seleccionado, entrevistado y evaluado los pacientes de la Caja de Seguro Social facilitó estar en contacto con un gran número de pacientes post-infartados. Una de las características que llamó la atención fue que la mayoría de los pacientes estaba dispuesto a expresar sus emociones, sin embargo, lo hacían de una manera intelectualizada y tendían a minimizar la magnitud de su enfermedad. Hubo también una diferencia marcada en la manera en que los hombres y las mujeres manejaban el tema de la enfermedad. Los hombres utilizaron más el sentido del humor como estrategia de afrontamiento, mientras que en las mujeres este no fue el caso.

Consideramos incluso que de la dificultad para obtener la muestra podemos sacar ciertas conclusiones. Si uno de los mecanismos de defensa preponderantes en los pacientes con cardiopatía es la negación es muy comprensible que las personas que recibieron la información del grupo la hayan descartado. Aunque esto no lo podamos comprobar queda como una inquietud para próximas investigaciones sobre el tema.

Con respecto al tamaño de la muestra consideramos que una muestra de cinco personas es bastante pequeña. Por ende, es difícil generalizar los resultados obtenidos a la población. Por otra parte esta es una de las razones por la cual los promedios fueron tan vulnerables a la desviación de los puntajes de un solo miembro. Sin embargo en cuanto a proceso de grupo no consideramos que el tamaño haya afectado significativamente.

La edad de los sujetos osciló comprendida entre los 47 y los 72 años. Cuatro (80%) fueron hombres y una (20%) es mujer. Uno (20%) se encuentra en un nivel socioeconómico medio-bajo, dos (40%) se encuentran en un nivel medio y dos (40%) se encuentran en un nivel socioeconómico alto. Tres (60%) de los participantes están casados y dos (40%) están divorciados.

Sobre la entrevista inicial

En las entrevistas iniciales con la muestra final encontramos ciertos elementos en común en cuanto al estilo de vida que llevaban sin importar el estrato socioeconómico al que pertenecieran. Por ejemplo, todos los miembros reportaron un

alto nivel de logro en sus años laborales. Cuatro de los cinco miembros se sentían indispensables en su trabajo. Incluso podríamos decir que el 100% de la muestra llenó los criterios de un patrón de personalidad tipo A.

En cuanto a los factores de riesgo presentes podemos mencionar que los más comunes fueron la hiperlipidemia, la diabetes y la hipertensión. Todos los participantes presentaron factores de riesgo físicos. La hiperlipidemia se presentó en cuatro (80%) participantes, tres (60%) presentaron hipertensión y diabetes, mientras dos (40%) presentaron abuso de sustancias (específicamente de alcohol). Al investigar sobre los hábitos que conducían a padecer estas condiciones pudimos constatar que solo el 20% estaba tomando las precauciones necesarias para controlarlas; a pesar de que en todos los casos había herencia de cardiopatía en las familias de origen y de haber padecido ya un infarto.

En cuanto a los factores de riesgo emocionales encontramos que el 100% de los participantes presentó síntomas significativos de ansiedad, 80% presentó síntomas de hostilidad y 60% presentó síntomas de depresión. Ninguno de los participantes estaba recibiendo ayuda psicológica para tratar estos síntomas.

Todos los pacientes sufrieron infarto al miocardio y fueron sometidos a procedimientos. Cuatro de los miembros fueron sometidos a angioplastia y se les colocó *stents*. Uno de los miembros fue sometido a cirugía de corazón abierto y se le realizaron tres *bypass*. Cuatro estuvieron hospitalizados por otras razones distintas a

enfermedades cardiovasculares. Por ejemplo, problemas de espalda, asma y exceso de ácido úrico.

Todos los participantes reportaron quejas somáticas variadas y en todos había una hipervigilancia de sus síntomas corporales. Sin embargo no había un vínculo aparente entre esos síntomas y algún estado afectivo. Aquí pudimos ver claramente la disociación existente entre psique y soma; y entre las emociones y la salud. Es por esto que uno de los objetivos principales de la terapia fue ayudar a los pacientes a realizar esta conexión.

A pesar de que los detonantes de los infartos fue diverso se encontró que el denominador común fue que en el 100% de los casos hubo eventos estresantes en los días o meses previos al infarto. Y en el 60% de los casos los pacientes reportaron “haber cogido una rabia muy grande”.

Sobre el tratamiento:

Pudimos constatar estadísticamente que el tratamiento de diez sesiones de psicoterapia grupal breve fue efectivo para disminuir significativamente los niveles de ansiedad, más no los de hostilidad, a pesar de que estos disminuyeron. Una de las posibles razones para que esto haya ocurrido es que el miembro que puntuó alto mostró un índice de sinceridad más alto en el post-test, lo que nos hace pensar que en el pre-test trató de dar una buena imagen y mitigó las respuestas.

Al grupo le costó inicialmente pensar en términos emocionales sobre su cardiopatía y pudimos observar como el mecanismo de hostilidad estuvo presente y funcionó como una defensa ante la ansiedad y el miedo que les provocaba conectarse con el miedo a la muerte. Varios miembros reportaron que uno de los aspectos más difíciles de sufrir un infarto es tener que volverse vulnerable y necesitar que otros los cuidaran cuando anteriormente ellos eran los cuidadores.

Por otra parte cuando se trató el tema de la hostilidad en el proceso de grupo hubo mucha resistencia para aceptar cuánto daño hace y la posibilidad de utilizar otras alternativas a los exabruptos. El uso de la hostilidad para algunos miembros parecía ser utilizado como un mecanismo de defensa ante la vulnerabilidad. Varios miembros incluso poseían armas de fuego y/o habían tenido disputas fuertes en las que hubiesen podido salir realmente lastimados. Cuando indagamos el origen psicodinámico descubrí que los miembros más hostiles provienen de familias donde la hostilidad es percibida como fortaleza y la pasividad es percibida como debilidad.

Uno de los factores que ayudó muchísimo a que los pacientes bajaran un poco estas defensas fue presentarles la información de manera numérica. Es decir, por ejemplo, hablarles de el aumento de probabilidad de un reinfarto luego de un periodo de estrés sostenido o la explicación de cómo se adelgazan las paredes de las arterias por las sustancias que se liberan en el cuerpo cuando hay episodios hostiles repetidamente. El aspecto psicoeducativo del grupo ayudó a disminuir la ansiedad para que los pacientes pudieran trabajar los aspectos emocionales más profundos.

Tomando en cuenta que la edad promedio del grupo era de 57 años fue un reto para mi establecer el liderazgo y el rol de terapeuta. Sin embargo, una vez establecida mi posición, el grupo la aceptó (alrededor de la tercera sesión) y pudo empezar a trabajar en la tarea que nos concernía. El grupo inicialmente estaba proyectando su necesidad y vulnerabilidad en mí. Una vez devueltas estas proyecciones a través de la interpretación pudieron empezar a pensar más en términos emocionales y conectar con las emociones.

Una de las ganancias más grandes reportadas por los pacientes fue encontrarse con otras personas que hubiesen pasado por la misma experiencia que ellos. Vemos aquí lo valioso que es el trabajo de grupo, no solo por su valor costo-beneficio, sino en el aspecto emocional. Los pacientes se sintieron contenidos por los otros miembros. Incluso para los que habían sufrido infarto más recientemente fue esperanzador ver como los demás habían podido volver a una vida “más normal”.

Durante lo que pudieramos llamar la fase media del proceso se les enseñó a los miembros técnicas de afrontamiento para manejar la ansiedad y la hostilidad. Fue muy reconfortante ver como en las sesiones posteriores los pacientes reportaban haber utilizado lo aprendido y discutían entre ellos la utilidad o la dificultad para implementar los cambios.

La fase final removió los temas de pérdida y facilitó que los miembros se pusieran en contacto con la vulnerabilidad de la que se habían estado defendiendo en

un principio. Al grupo le costó bastante el cierre e incluso solicitaron seguir las sesiones una vez por mes, ya que sintieron que si lo dejaban por completo iban a regresar a los hábitos anteriores.

A pesar de que el tratamiento fue efectivo , consideramos que hubiese sido de mayor beneficio realizar un tratamiento un poco más largo. Ya que proporciona la oportunidad a los pacientes de enfrentarse a situaciones en su vida cotidiana e implementar los cambios producidos en la terapia y luego poderlos procesar con más profundidad.

En términos del entendimiento del proceso según Bion, considero que el grupo pasó de un supuesto de ataque fuga, a un supuesto de apareamiento para lograr luego en las sesiones finales un grupo de trabajo que logró los objetivos propuestos.

Si analizamos cómo fue este proceso del grupo durante las diez sesiones podemos llegar a la conclusión que fue, en cierta manera, un proceso homólogo al de tener un infarto. Al inicio hay mucha ansiedad e incertidumbre, luego viene el proceso de negación y sólo cuando el paciente puede detenerse a pensar es que puede conectarse con la emoción.

En la evaluación del postest se les pidió a los miembros que expresaran como había sido su experiencia en el grupo. En consenso los miembros reportaron sentirse más optimistas ante el futuro y menos ansiosos. Uno de los miembros expresó que la ganancia más importante había sido volver a tener confianza en sí mismo. Otro de los

miembros manifestó que el haber aprendido sobre los efectos de la rabia los había ayudado a controlarla más en su trabajo.

Realizar esta investigación ha dejado una sensación de satisfacción y un deseo de seguir trabajando con esta población ya que no hay programas de este tipo en Panamá.

5. CONCLUSIONES

Sobre la población y la muestra concluimos:

- Las cardiopatías son la primera causa de muerte en Panamá y el mundo.
- La mejor manera de conseguir pacientes para este tipo de estudios es con la colaboración directa de los cardiólogos.
- Las edades de los participantes osciló entre los 47 y los 72 años
- El pequeño tamaño de la muestra dio como resultado una muestra bastante homogénea lo cual tuvo un impacto emocional positivo en el grupo.
- Debido al tamaño de la muestra es difícil extrapolar los resultados obtenidos en esta investigación más allá de la muestra estudiada.

Sobre la evaluación concluimos que:

- A través de la evaluación comprobamos los criterios de selección de la muestra.
- El proceso de evaluación incluyendo la aplicación de las pruebas y la entrevista clínica es fundamental para una adecuada composición del grupo.
- La entrevista clínica es un aspecto fundamental de la evaluación y proporciona herramientas para realizar un mejor diagnóstico psicodinámico.

- El Cuestionario TEA Clínico (CTC) fue un instrumento efectivo para detectar los síntomas de ansiedad y hostilidad de la muestra.

Sobre los resultados del tratamiento y los aspectos psicodinámicos

concluimos que:

- No existe en Panamá ningún tratamiento de este tipo.
- La aplicación del tratamiento de una psicoterapia grupal psicodinámica breve de diez sesiones a un grupo de pacientes post-infartados con síntomas de ansiedad y hostilidad, fue efectiva para mejorar la calidad de vida y disminuir los síntomas de ansiedad.
- La psicoterapia grupal breve psicodinámica no fue efectiva para disminuir significativamente los niveles de hostilidad sin embargo, pudimos observar que el tratamiento tuvo un efecto positivo más no significativo estadísticamente.
- El tratamiento no solo fue efectivo para disminuir la ansiedad sino que también mostró una mejoría significativa en otros aspectos psicológicos asociados a este trastorno como lo son los niveles de patología global, inestabilidad, vulnerabilidad y neuroticismo
- Los pacientes reportaron que el infarto provocó un impacto emocional muy fuerte sus vidas y que afectó muchos aspectos. Entre ellos las relaciones de pareja y el trabajo. En algunos casos se produjo cuadros depresivos y ansiosos.
- Los índices de calidad de vida aumentaron en todas sus escalas.

- La duración del tratamiento (10 sesiones, 1 vez por semana) resultó ser un periodo aceptable para el manejo efectivo de la terapia.
- Los pacientes reportaron al final del tratamiento sentirse más optimistas y menos ansiosos.
- Todos los miembros del grupo se sintieron satisfechos de participar en el grupo y expresaron su deseo de continuar con el tratamiento. Por ende, concluimos que fue una experiencia positiva y de crecimiento para ellos.
- En cuanto a la evolución del grupo, la fase inicial es difícil de manejar debido a las resistencias iniciales ante la vulnerabilidad que promueve el proceso terapéutico. Mientras que la fase final evocó sensaciones de dependencia y pérdida. Por lo tanto, son etapas críticas de proceso.

6. RECOMENDACIONES

Sobre la investigación:

- Replicar este estudio con una muestra de mayor tamaño y utilizando controles estadísticos más firmes.
- Ajustar el programa para que sea aplicado en los pacientes hospitalizados.
- Aumentar el número de sesiones de la terapia breve o establecer sesiones periódicas de seguimiento con la finalidad de cementar los cambios promovidos por el tratamiento.
- Realizar otros grupos y realizar las mediciones pre-test y post-test con el fin de acumular datos estadísticos que puedan probar con más precisión los resultados obtenidos en esta investigación.
- Proporcionar más herramientas de afrontamiento en términos de la variable hostilidad.
- Realizar una investigación que compare la efectividad de la terapia de grupo versus la terapia individual ambas con el mismo número de sesiones.
- Validar las pruebas utilizadas en este estudio para tener baremos panameños.

La Intervención Clínica:

- Ofrecer atención psicológica en cuanto ocurre el infarto. Por lo tanto, sugerimos crear un programa de rehabilitación cardíaca que incluya la atención psicológica en los hospitales.
- Realizar el grupo con un mayor número de sesiones. Consideramos que entre 15 y 20 es un número adecuado.
- Que el terapeuta y el cardiólogo puedan estar en contacto y trabajen en equipo para poder ofrecerle al paciente la mejor atención posible y que las indicaciones no sean contradictorias.
- Diseñar terapia de grupo para los familiares.

En la sociedad en general:

- A pesar de que la cardiopatía isquémica es la primera causa de muerte en nuestro país no hay suficientes programas de prevención y educación. Por ende proponemos realizar programas de prevención que incluyan los factores emocionales.
- Crear conciencia del impacto de las emociones en la salud en general y específicamente en las cardiopatías.

BIBLIOGRAFIA

“Tuve la fortuna de topar con libros que no eran demasiado puntillosos con el rigor lógico, pero que en cambio hacían resaltar con claridad las ideas principales.”

Albert Einstein

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón, R., and Ramírez Vallejo E. "Medicina Psicosomática en Enfermedad Cardiovascular II *: consideraciones sobre el tratamiento. (Artículos de revisión/actualización)." *Revista Colombiana de Psiquiatría* 35.3 (2006): 362. *Informe*. Web. 21 Feb. 2011.
- Alexander, F. (1952). *La Medicina Psicosomática*. Paris: Payot (p.150).
- Arnau, J., Anguera, M. y Gómez, J. (1990). *Metodología de la Investigación en Ciencias del Comportamiento* Murcia: Universidad, Secretariado de Publicaciones
- Ashbach Ch., Schermer V.L. (1994). *Object Relations, the Self and The Group*. United States: Routledge.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2003). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*, 1ra ed.
- Barefoot, J.C. (1992). *Developments in the Measurement of Hostility* En H.S. Friedman (Eds.) *Hostility, Coping & Health* Washington: American Psychological Association.
- Berra K. et al (2002). *Heart Attack. Advice for Patients by Patients*. New Heaven: Yale University Press.
- Beitman, B., Yue, D. (2004). *Psicoterapia Programa de Formación*. España: Editorial Masson.
- Bion, W. (1985). *Experiencias en Grupos*. España: Ediciones Paidós.
- Borda, M. et al (2000). *Manual de Técnicas de Modificación de Conducta en Medicina Comportamental* España: Universidad de Sevilla.
- Brabender, V., Fallon, A. & Smolar, A. (2004). *Essentials of Group Therapy* United States: John Wiley & Sons, Inc.
- Braier, E. A. (1981). *Psicoterapia Breve de Orientación Psicoanalítica*. Argentina: Ediciones Nueva Visión.
- Brosschot, J. F. & Thayer, J. F. (1998) *Anger Inhibition, Cardiovascular Recovery, and Vagal Function: a Model of Link between Hostility and Cardiovascular Disease* *Annals of behavioral medicine* 20:326-32.
- Carney, R. M., Freedland, K. E., Miller G.E., & Jaffe A. S. (2002). *Depression as a Risk Factor for Cardiac Mortality and Morbidity A Review of Potential Mechanisms* *Journal of Psychosomatic Research* 53:897-902.

- Chang, P. P., Ford, D. E., Meoni, L.A., Wang N. & Klag M.J. (2002) *Anger in Young Men and Subsequent Premature Cardiovascular Disease* Archives of Internal Medicine 162: 901-6.
- De Jonge, P, et al (2006). *Depression After Myocardial Infarction is a Risk Factor for Declining Health Related Quality of Life and Increased Disability and Cardiac Complaints at 12 Months*. Heart, 92(1), 32-39.
- De Jonge, Peter, Honig, Adriaan, Van Melle, Joost, Schene, Aart, Kuyper, Astrid, Tulner, Dorien, et al. (2007). *Non Response to Treatment for Depression Following Myocardial Infarction: Association with Subsequent Cardiac Events* American Journal of Psychiatry, 164(9), 1371-1378.
- De Jonge, Peter, et al (2006). *Symptom Dimensions of Depression Following Myocardial Infarction and Their Relationship with Somatic Health Status and Cardiovascular Prognosis* American Journal of Psychiatry, 163(1), 138-144. (2006).
- Denollet et al (2006). *Recognizing Increased Risk of Depressive Comorbidity after Myocardial Infarction: Looking for 4 Symptoms of Anxiety-Depression*. Psychotherapy & Psychosomatics, 75, 346-352. doi: 10.1159/000095440.
- Díaz Portillo I. (2000). *Bases de la Terapia de Grupo*. México: Editorial Pax.
- Eaker, E. D., Sullivan L. M., Kelly-Hayes M., D'Agostino R.B., & Benjamin E.J., (2004). *Anger and Hostility Predict Development of Atrial Fibrillation in Men in The Framingham Offspring Study*. Circulation 109:1267-71
- Everson S.A., Kauhanen J., Kaplan G. A., Goldberg D. E., Julkunen, J., Tuomilehto J., & Salonen J. T. (1997). *Hostility and increased risk of mortality and acute myocardial infarction. the mediating role of behavioral risk factors*. American Journal of Epidemiology. 146:142-52
- Feixas, G., Miró M. T. (1993). *Aproximaciones a la Psicoterapia: una Introducción a los Tratamientos Psicológicos*. Editorial Paidós
- Ferrari, H. (2008). *Salud Mental en Medicina* Argentina: Corpus Libros Médicos
- Frasure-Smith N., Lespérance, F., & Talajic, M. (1995). The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: Is it more than depression? Health Psychology 14:388-98.
- Froelicher, Erika, , et al. The Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Trial (ENRICH): STRATEGIES AND TECHNIQUES FOR ENHANCING RETENTION OF PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AND DEPRESSION OR SOCIAL ISOLATION. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation, 23(4), 269-280. (2003).

- Gabbard O., G. (2002) *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- García de Vicuña, B., Lezcano Ruiz, A. Ma, Sarasqueta Eizaguirre, C., Arrazola Etxeberria, X., Llamas Lombardía, A. (2003). *Características mínimas de un programa de rehabilitación cardiaca en la Comunidad Autónoma del País Vasco*. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco
- Greenson, R.R. (1967) *The Technique and Practice of Psychoanalysis*. United States, Universities Press
- Haines, A. P., Imeson J.D., and Meade T.W. (1987) *Phobic Anxiety and Ischemic Heart Disease*. British Medical Journal 295:297-299
- Hayward, C. (1995). *Psychiatric Illness and Cardiovascular Disease Risk*. Epidemiologic Reviews 17:129-38
- Hernandez Sampieri, Fernández y Baptista (1991). *Metodología de la Investigación*. México: Editorial M^cGraw Hill.
- Hopper, E. (1997). *Traumatic Experience in the Unconscious life of groups: A fourth Basic Assumption*. Group Analysis, 30, 439-470
- Horvath A., Greenberg L. (1994) *The Working Alliance. Theory, Research and Practice*. Estados Unidos, John Wiley & Sons Inc.
- Lazarus R., Folkman S. (1991). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Madrid: Editorial Martinez Roca
- Kawachi, I., Kolditz, G.A., Ascherio, A., Rimm, E.B., Giovannucci, E., Stampfer M. J., & Willet W. C. (1994). *Prospective Study of Phobic Anxiety and Risk of Coronary Heart Disease in Men*. Circulation 89:1992-97
- Kawachi, I., Sparrow, D., Spiro, A., Vokonas, P. & Weiss, T. (1996). *A Prospective Study of Anger and Coronary Heart Disease. The Normative Aging Study*. Circulation 94:2090-95
- Kaslow, F., Magnavita J. (2002). *Comprehensive Handbook of Psychotherapy: Psychodynamic/ Object Relations*. New York: John Wiley & Sons Inc.
- Keefer, F. J., Castell P. J. & Blumenthal, J. A. (1986). Angina Pectoris in Tipe A and Type B cardiac patients. Pain 27: 211-18

- Kerlinger, F. N. (1988) *Investigación del Comportamiento*. México: Editorial M^cGraw Hill, 2^a Edición
- Kligfield, P., Seaton, M. (2004). *The Cardiac Recovery Handbook*. United States: Hatherleigh
- Kubzansky, L., Kawachi, I., Weiss, T., Sparrow, D. (1998) *Anxiety and Coronary Heart Disease: A Synthesis of Epidemiological, Psychological and Experimental Evidence*. *Annals and behavioral medicine* 20:47-58
- Kupfer, D. First, M., Regier D. (2002). *A Research Agenda for DSM-V*. Virginia: American Psychiatric Association
- Kutash , IL. Wolf A. (1998). *Psicoanálisis de Grupos*. En: Kaplan HI. Sadock BJ. *Terapia de grupo*. 3^a edición. Madrid: Médica Panamericana; pp. 136-149.
- Laham, M. A. (2006). *Escuchar al Corazón: Psicología Cardíaca Actualización en Psicocardiología*. Argentina: Editorial Lumiere.
- Laham, Mirta A. (2001). *Psicocardiología: Abordaje psicológico del paciente cardíaco*. Argentina: Editorial Lumiere.
- Lampert, R., Joska, T., Burg M., Batsford W., McPherson C. & Jain (2002) *Emotional and Physical Precipitants of Ventricular Arrhythmia*. *Circulation* 106:1800-1805
- Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, D., & Gregory, Y. (2002). *The Prevalence and Persistence of Depression and Anxiety Following Myocardial Infarction*. *British Journal of health Psychology* 7:11-21
- Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Traducción Fernando Gimeno Cervantes. Barcelona: Paidós
- León Rubio, J.M. (2004). *Psicología de la Salud y de la Calidad de Vida*. Barcelona: UOC
- Lesperance, et al. (2002). *Five-Year Risk of Cardiac Mortality In Relation To Initial Severity and One-Year Changes in Depression Symptoms after Myocardial Infarction* *Circulation*, 105(9), 1049-1053.
- Levin, J. (1979). *Fundamentos de Estadística en la Investigación Social*. México: Harla.
- López Farré, A. y Macaya, C. (2007). *Libro de la Salud Cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA*. España: Fundación BBVA
- López J.J., et al (1999). *Lecciones de Psicología Médica* España: Masson

- Lown, B. (1987) *Sudden Cardiac Death. Biobehavioral Perspective*. Circulation 76:1186-96
- Markovitz J. H., Matthews K. A., Kannel, W. B. Cobb, J. L. & D'Agostino (1993) *Psychological Predictors of Hypertension in the Framingham Study. Is there Tension in Hypertension?* Journal of the American Medical Association 270:2439-43
- Matarazzo, J.D. (1980). *Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a new Health Psychology*. New York: American Psychologist, 35, p. 815
- McReady K., Berry, F., Kendel, M. (1985). *Supervised Relaxation Training. a Model for Grater Accessibility of Behavioral Interventions*. Professional Psychology Res Pract 16:595.
- Merani, A., (1982) *Diccionario de psicología*. Barcelona: Grijalbo.
- Miller T.Q., et al (1991) *Reasons for the Trend Toward Null Findings in Research on Type A Behavior*. Psychol Bull 110:469-485
- Molinari, E., Compare y Parati (2006). *Clinical Psychology and Heart Disease*. Italia: Springer – Verlag
- Morgan, S. (2009). *The Human side of Outsourcing: Psychological Theory and Management Practice USA: John Wiley & Sons*
- Moser, D. K. & Dracup, K. (1996). *Is Anxiety Early After Myocardial Infarction Associated With Subsequent Ischemic and Arrhythmic Events?* Psychosomatic Medicine 58:395-401
- Musselman, D. L., Tomer, A., Manatunga, A. K., Knight, B.T., Porter, M.R., et al (1996) *Exaggerated Platelet Reactivity in Major Depression*, American Journal of Psychiatry 153:1212-17
- Nezu A., Nezu C., Diwakar J. (2005). *The Emotional Wellness Way to Cardiac Health: How Letting Go of Depression, Anxiety, and Anger Can Heal Your Heart*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Oblitas, L. (2009). *Psicología de la Salud / Health Psychology*. México: Cengage Learning
- PDM Task Force, (2006) *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Piero P., Sonini N. (2007). *Psychological Factors Affecting Medical Conditions: a New Classification for DSM-V*. Switzerland: Karger Publishers

- Porcelli P., Sonino, N. (2007). *Psychological Factors Affecting Medical Conditions: a New Classification for DSM-V*. New York: Karger Publishers
- Puchol, D. (2003). *Los Trastornos de Ansiedad. La Epidemia Silenciosa del Siglo XXI*. España: Universidad de Valencia, *Trabajo publicado el 29 de septiembre de 2003* www.psicologiacientifica.com.
- Real Academia de la lengua Española. (1992). *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: Real Academia de la Lengua Española.
- Riveros Rosas, A. (2009). *Inventario de Calidad de Vida y Salud (INCAVISA) Manual*. México: Manual Moderno
- Rodríguez L., A., Domínguez S., M. D. (2003). *Psicología Médica y Psiquiatría: Homenaje "in memoriam" de Antonio Rodríguez*. España: Universidad Santiago de Compostela
- Rozanski, A., Blumenthal, J. A. & Kaplan, J. (1999) *Impact of Psychological Factor on the Pathogenesis of Cardiovascular Disease and Implications for Therapy*. *Circulation* 99:2192 - 217
- Rutan, J. S., Stone; W.N. (2001). *Psychodynamic Group Psychotherapy*. 3rd Ed. New York: The Guilford Press.
- Sampieri R., Fernández C., Baptista P. (2003) *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Sánchez, J., (2002). *Psicología de los Grupos: Teorías, Procesos y Aplicaciones*. España: McGraw Hill.
- Sarno, J. E. (2006). *La Mente Dividida: la Epidemia de los Trastornos Psicósomáticos*. España: Sirio
- Schneiderman, N. (1987) *Psychophysiologic Factors in Artherogenesis and Coronary Artery Disease*. *Circulation* 76:141 – 47
- Shapiro, P. A., Sloan, R. P., Bagiella, E., Kuhl, J.P., Anjilvel S. & Mann, J. J. (2000). *Cerebral Activation, Hostility, and Cardiovascular Control During Mental Stress*. *Journal of Psychosomatic Research* 48:485-91
- Sirois B. C., & Burg M.M. (2003) *Negative Emotion and Coronary Heart Disease: A Review*. *Behavior Modification* 27: 83-103
- Solomon, M. et al. (2001). *Short Term Therapy for Long Term Change*. New York: W.W. Norton & Company

- Stadter, M. (1996). *Object Relations Brief Therapy: the Therapeutic Relationship in Short Term Work*. New Jersey: Jason Bronson Inc.
- Sul, J. & Wan C. K., (1993) *The Relationship Between Trait Hostility and Cardiovascular Reactivity A Quantitative Analysis*. *Psychophysiology* 30:615-26
- Taylor, Sh. E. (2007). *Psicología de la Salud*. 6ta Edición. México: McGraw Hill Interamericana.
- Thombs, Brett, et al. (2006). *Prevalence of Depression in Survivors of Acute Myocardial Infarction: Review of the Evidence* *Journal of General Internal Medicine*, 21(1), 30-38.
- Trull, E., T.J., Jerry P. (2005). *Psicología Clínica Conceptos, Métodos y Aspectos Prácticos de la Profesión*. México: International Thompson
- Vives Gomila, M. (2005). *Test Proyectivos Aplicación al Diagnóstico y Tratamiento Clínicos*. España: Universitat de Barcelona
- Vladimirova Panteleeva, O. *Fundamentos de Probabilidad y Estadística* México: Universidad Autonoma de México
- Vives R., J.; Lartigue T. (1994). *Manual de Psicoterapia Breve Durante el Embarazo y la Lactancia*. México: Universidad Interamericana
- Weissman M, Markowitz J, Klerman G *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York: Basic Books; 2000
- Wallack, M., Colby, J. (2010). *Back to Life After a Heart Crisis: Rebuild Your Courage And Feel Strong Again*. New York: Penguin Group
- Whitehead, D., Perkins-Porras, L., Strike, P. & Steptoe, A. (2007). *Cortisol Awakening Response is Elevated in Acute Coronary Syndrome Patients With Type D Personality*. *Journal of Psychosomatic Medicine* 62:419-425
- Wilfey, D., et al. (2000). *Interpersonal Psychology for Groups*. New York: Basic Books
- Worden, W. (2009). *Grief Counseling and Grief Therapy. A Handbook for the Mental Health Practitioner* New York: Springer Publishing Co.
- Yalom, I. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. 5ta Edición. New York: Basic Books.

ANEXOS

Anexo No 1

Diagnósticos Multiaxiales

Sujeto 1

Problema o queja principal:

El problema apremiante es aprender a manejar el enojo tanto en el entorno familiar como en el trabajo. Hay dificultades familiares serias y tiene problemas delegando. Sus hábitos de salud son muy malos y tiene problemas para seguir las indicaciones médicas con respecto al tratamiento. Se siente ansioso todo el tiempo. Se describe a si mismo como adicto al trabajo.

Información General

Fecha de la entrevista: septiembre de 2011

Edad: 47 años

Sexo: masculino

Estado Civil: casado

Nivel Socioeconómico: medio

Religión: católica

Detonante del infarto:

Discusión en el trabajo y altos niveles de estrés provocados por las dificultades laborales y familiares.

Diagnóstico Multiaxial:

Eje I: F41.9 trastorno de ansiedad no especificado [300]

Eje II: Ninguno

Eje III: Hiperlipidemia
Eczema

Obesidad
Diabetes

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Eje V: EEAG= 55

Diagnóstico Multiaxial

Sujeto 2

Problema o queja principal:

Su situación médica lo llevo a perder su independencia económica. Sus relaciones familiares no son buenas, sobre todo con lo que respecta a su ex-esposa y sus hijos. Luego del infarto y la isquemia cerebral no se atreve a involucrarse en una relación de pareja por temor a que las relaciones sexuales puedan provocar otro infarto y que este sea mortal.

Información General

Fecha de la entrevista: septiembre del 2011

Edad: 59 años

Sexo: masculino

Estado Civil: divorciado

Nivel Socioeconómico: medio

Religión: católico

Detonante del infarto:

Discusión familiar aunado a un periodo de vida “bastante estresante” según sus propias palabras.

Diagnóstico Multiaxial:

Eje I: F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado [300]

Eje II: Ninguno

Eje III: Cardiopatía Isquémica
Isquemia Cerebral
Diabetes
Hipertensión

Hiperlipidemia

Eje IV: Desempleo
Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Eje V: EEAG= 55

Diagnóstico Multiaxial

Sujeto 3

Problema o queja principal:

Al ser tan reciente el infarto la queja principal es la dificultad para retomar la rutina y hacer las mismas cosas que antes. Hay un temor muy grande a morir.

Información General

Fecha de la entrevista: septiembre del 2011

Edad: 58 años

Sexo: femenino

Estado Civil: divorciada

Religión: católica

Detonante del infarto: sufrió varias pérdidas de personas significativas y una hospitalización del un familiar fue el detonante inmediato

Diagnóstico Multiaxial:

Eje I: F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado [300]

Eje II: Ninguno

Eje III: Cardiopatía Isquémica
Hipertensión
Hiperlipidemia
Discos herniados
Asma
Desprendimiento de Retina

Eje IV: Duelo de la madre no resuelto

Eje V: EEAG= 60

Diagnóstico Multiaxial

Sujeto 4

Problema o queja principal

Negación del infarto, altos niveles de hostilidad y problemas para manejar la ansiedad.

Información General

Fecha de la entrevista: Septiembre del 2011

Edad: 70 años

Sexo: Masculino

Estado Civil: Casado

Nivel Socioeconómico: Alto

Religión: Católica

Detonante del infarto: estrés derivado de un cambio desfavorable en la situación económica.

Diagnóstico Multiaxial:

Eje I: F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado [300]

Eje II: Ninguno

Eje III: Infarto al Miocardio
Hipertensión
Hiperlipidemia

Eje IV: Ninguno

Eje V: EEAG= 65

Diagnóstico Multiaxial

Sujeto 5

Problema o queja principal: Dificultad para manejar altos niveles de ansiedad. Y dificultad para manejar la enfermedad de un miembro importante de la familia.

Información General

Fecha de la entrevista: Septiembre del 2011

Edad: 72 años

Sexo: Masculino

Estado Civil: Casado

Nivel Socioeconómico: Alto

Religión: Católica

Detonante del infarto: a pesar de ser una persona con altos niveles de logro y altos niveles de estrés el paciente no pudo relacionar ninguna estas situaciones con el infarto y se lo atribuyó a la herencia.

Diagnóstico Multiaxial:

Eje I: F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado [300]

Eje II: Ninguno

Eje III: Cardiopatía Isquémica
Diabetes
Hipertensión
Hiperlipidemia
Polipos

Eje IV: Otros problemas psicosociales y ambientales

Eje V: EEAG= 58

Anexo No.2

Formulario de Consentimiento - Copia para los participantes.

Nombre: _____ Fecha: _____

Sexo: Femenino Masculino

Estimado Participante:

Por favor lea las siguientes oraciones, si esta de acuerdo con todo lo leído, firme en la línea de abajo.

Se me ha dicho:

- Que este programa ha sido diseñado para mejorar mi salud emocional.
- Se me pedirá que conteste unas preguntas. Esto me tomará alrededor de 1 a 2 horas
- Después de contestar las preguntas puede que me pidan o yo puedo pedir, hablar con la psicóloga. Esto será privado y confidencial.
- La participación en este programa es voluntaria y que no estoy obligado a hacer nada que yo no quiera y puedo rehusarme a contestar las preguntas.
- Todo la evaluación puede durar 60 a 120 minutos.
- Las respuestas a las preguntas hechas en este programa no serán divulgadas sin mi consentimiento.
- Bajo ninguna circunstancia mi nombre, o mi apellido será reportado a nadie, a menos mi vida corra peligro.

- Si estoy de acuerdo en participar en el programa y lleno los requisitos me comprometo a cumplir con 10 sesiones de terapia grupal en una frecuencia de una vez por semana.
- La información recaudada podrá ser utilizada con fines de investigación. Toda la información será confidencial hasta donde lo permita la ley.
- Si tengo alguna pregunta sobre este programa, puedo llamar a Tamara Simana de Zebede al 6613-0184 o al 213-7404 (dejar mensaje)

Si deseas participar en el programa, por favor marca en la línea de abajo y firma tu nombre. Por favor regresa la hoja aun si no deseas participar.

Gracias.

SI NO Entiendo las oraciones que leí arriba, y estoy de acuerdo en participar del programa.

Firma: _____

Cédula: _____