

PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.

Yisell López González*
Eduardo Veloso Pérez**
Luis Felipe Herrera Jiménez***
Amaury Dagoberto Martínez Hernández****

RESUMEN

La presente investigación se desarrolló con el objetivo de elaborar un programa psicoeducativo que contribuya a la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica. La muestra estuvo constituida por 60 pacientes que son atendidos en el Hospital Clínico Quirúrgico “Camilo Cienfuegos” de Sancti – Spíritus. Se utilizaron entrevistas y cuestionarios, que permitieron determinar la necesidad que experimentan los mismos de recibir orientaciones y de ser educados con respecto a su enfermedad, a la vez que permitió el diagnóstico de sus principales necesidades educativas que sirvieron de base para la elaboración del Programa. El Programa diseñado permite la educación al paciente con respecto a su enfermedad y estimula el aprendizaje de conductas y hábitos que garanticen las modificaciones en el estilo de vida que son indispensables para la prevención secundaria de la enfermedad y proporciona técnicas y recursos para el manejo del estrés. Después de su diseño el programa fue sometido a criterio de profesionales para su evaluación. (Duazary 2008; 1: 32 - 41)

Palabras clave: Cardiopatía Isquémica, Programa Psicoeducativo y Prevención secundaria.

ABSTRACT

The current research work was following the objective to make a psycho-educative program which could contribute to work on the secondary prevention of the Ischemic Cardiopathy. The sample was constituted by 60 patients who are assisted in The Teaching Surgical Clinic Hospital “Camilo Cienfuegos”, from Sancti Spíritus Province. Interviews and questionnaires were used, so as to determine the needs experienced by those patients to receive appropriate orientations and being educated in concern with their diseases, and at the same time, these instruments allowed to reach a diagnosis of their educative needs which formed the base to make The Program. The designed program allows the patient to be educated and acquainted about his disease and stimulates the learning process of habits and behaviors to guarantee the modifications of their style-life, which are needful for the disease secondary prevention and supplies resources and techniques to manage the stress. After the design of this Program, it was brought before the judgment of experts and professionals to be assessed.

Key words: Ischemic Cardiopathy, psycho-educative program, secondary prevention.

* Licenciada en Psicología. Máster en Psicopedagogía. Profesora del Departamento de Psicología de la Universidad de Cienfuegos “Carlos Rafael Rodríguez”. Cuba. (yisell88@yahoo.es).

** Licenciado en Psicología. Doctor en Ciencias Psicológicas. Profesor del Departamento de Psicología del Centro Universitario de Sancti Spíritus “José Martí Pérez”. (veloso@suss.co.cu).

*** Licenciado en Psicología. Doctor en Ciencias Psicológicas. Profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. (luisfh@uclv.edu.cu)

**** Dr. en Medicina. Especialista de Primer Grado en Cardiología. Jefe del Servicio de Cuidados Cardiológicos del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Camilo Cienfuegos” de Sancti Spíritus.



INTRODUCCIÓN

Toda ciencia moderna comprende actualmente la necesidad de su integración con otras afines para la comprensión de fenómenos complejos como puede ser el proceso salud - enfermedad. Es de esta forma que la psicopedagogía comienza a abrirse paso como un importante recurso para la intervención en pacientes con enfermedades crónicas y tiene una enorme repercusión en la preparación de los seres humanos para fomentar su bienestar y cuidado de la salud.

Al valorar cualquier estado personal, sea en la salud o en la enfermedad, se deben considerar factores biológicos (genéticos), psicológicos (educacionales o vivenciales) y sociales que condicionan en gran medida la evolución. Sólo así es posible profundizar en la comprensión del enfermar humano sea cual sea su modalidad.¹

Debe ser valorada la educación con respecto a la enfermedad como uno de los eslabones esenciales en el tratamiento de pacientes portadores de enfermedades crónicas. La educación para la salud en este grupo de enfermedades contribuye a la prevención secundaria de las mismas, a la vez que asegura el aumento de la calidad de vida de la persona enferma.

Entre los principales problemas de salud de la población cubana se encuentran los trastornos cardiovasculares que afectan a la tercera parte de la misma. Sin dejar de mencionar que las enfermedades del corazón constituyen la principal causa de muerte en el país desde hace más de cuatro décadas.

Dentro de este grupo de enfermedades, la cardiopatía isquémica constituye la principal causa de muerte, responsable del 80 % del total de fallecidos por estas enfermedades. Su importancia crece si se tiene en cuenta que de cada cinco muertes ocurridas en el país, una es debida a esta causa. Afecta en mayor medida a la población masculina y cada vez en edades más jóvenes de la vida.²

En la provincia Sancti- Spíritus se encuentran dispensarizados un total de 10740 pacientes afectados por cardiopatía isquémica. La incidencia en el año 2005 fue de 391. Tanto la prevalencia como la incidencia muestran un aumento significativo comparado con años anteriores.³

La Cardiopatía Isquémica es una forma específica de afección miocárdica causada principalmente por

insuficiencia coronaria aterosclerótica, la que se produce por el desequilibrio entre los requerimientos del músculo cardíaco y el flujo coronario.⁴

Estas patologías son causa de gran impacto físico y emocional en la personas. Después de un evento de esta naturaleza se genera una gran ansiedad por el miedo y peligro que representa el que se vuelva a repetir y además con consecuencias terminales. Es por esto que en este tipo de paciente es usual la búsqueda de información pertinente sobre la enfermedad, los procedimientos de tratamiento alternativos y sus probables consecuencias. El conocimiento de la propia enfermedad, de cómo controlar sus síntomas, de cómo usar las técnicas necesarias para mejorar la situación, depende de la información que se le brinda al mismo. Consiguiendo información, el enfermo puede reducir ansiedad y miedo, disminuyendo así la ambigüedad.⁵

Muchas veces la información brindada por el médico al paciente con cardiopatía isquémica resulta ambigua, y por lo tanto confusa. Se dejan de dar muchas orientaciones que son necesarias para la rehabilitación y que deben ser valoradas tanto en el aspecto informativo como en el educativo. La educación para la salud en estos pacientes es fundamental para garantizar la realización de modificaciones saludables en su estilo de vida.

Teniendo en cuenta la carencia de orientación y deficiencias de esta, en los servicios de cuidados cardiológico y por su gran importancia para la educación del paciente portador de Cardiopatía Isquémica, se hace necesaria la búsqueda de estrategias educativas que garanticen la educación del paciente con respecto a todos aquellos factores de riesgo que pueden ser modificados para de esta forma contribuir a la prevención secundaria de este tipo de evento y elevar la calidad de vida de este.

Hoy se considera que la disminución progresiva que se observa en la incidencia de Cardiopatía Isquémica en los países desarrollados, se debe a una política de educación de la población en aspectos preventivos sobre los factores de riesgo coronario, más que a la disponibilidad de recursos técnicos.⁴

Por otra parte, los estudios clínicos demuestran que la morbilidad y la mortalidad descienden en pacientes que han seguido un programa de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca.

Los programas de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca agrupan todas las medidas tendentes a

disminuir la mortalidad y el riesgo de presentación de nuevos episodios en pacientes con cardiopatías crónicas. La utilidad de estos programas ha sido demostrada de manera fehaciente en numerosas publicaciones de las últimas décadas.⁶

Es precisamente tomando en cuenta la gran incidencia de la CI en la población cubana, por tratarse de una enfermedad que cada vez aparece en edades más jóvenes de la vida, sobreviviendo muchos de los pacientes a un evento de este tipo y por tratarse de una enfermedad crónica, que se hace necesaria la realización de estudios como el presente, que proporcionen estrategias de intervención psicoeducativas contribuyendo a la prevención secundaria de estas enfermedades.

MATERIALES Y MÉTODOS

El universo de trabajo lo constituyen 283 pacientes de la provincia Sancti Spíritus que en el período comprendido entre el 3 de Abril de 2006 y el 26 de Mayo del mismo año asistieron a las consultas de seguimiento en el servicio de cardiología en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Camilo Cienfuegos” de esta provincia.

La muestra quedó conformada por 60 personas entre los 20 y 60 años de edad cronológica, su selección fue intencional de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión:

- Los pacientes debían portar diagnóstico clínico de Cardiopatía Isquémica.
- Que la cardiopatía no se acompañara de trastornos crónicos agravantes como por ejemplo: afecciones renales severas, cáncer o diabetes.
- Ausencia de alteraciones psíquicas de nivel psicótico o defectual con el objetivo de garantizar la confiabilidad de los resultados a alcanzar.
- Nivel de escolaridad superior a 6^o grado para garantizar una adecuada comprensión de las técnicas diagnósticas que se emplean.
- Edad que oscilara entre los 20 y 60 años.
- Que el paciente estuviera dispuesto a participar como persona en la investigación, para lo cual dio su consentimiento informado.

Para la evaluación del diseño del Programa Psicoeducativo para la prevención secundaria de la Cardiopatía Isquémica se seleccionaron siete profesionales, que debían tener como mínimo más de dos años de experiencia en el trabajo con este tipo de pacientes.

Para el logro de los objetivos de la investigación y

considerando la bibliografía consultada, se decidió la utilización de las siguientes técnicas y procedimientos en la etapa del diseño del programa:

- Revisión de Historia Clínica.
- Cuestionario al paciente.
- Observación participante.
- Entrevista en profundidad al paciente.
- Entrevista semiestructurada al cardiólogo del paciente.
- Entrevista semiestructurada a familiar del paciente.
- Cuestionario a profesionales.

Se procedió a la aplicación de las técnicas, no invasivas y no afectógenas. Se utilizó una sesión de trabajo vespertina con cada paciente, cada una con 30 ó 40 minutos aproximadamente, donde se estableció una adecuada relación empática con los integrantes de la muestra. Las aplicaciones se efectuaron en locales con adecuadas condiciones de ambientación y privacidad.

Posteriormente, cada una de las pruebas fue calificada de acuerdo a los criterios establecidos en cada caso. Los resultados obtenidos fueron tomados en consideración al diseñar el Programa.

La aplicación del cuestionario a profesionales para la valoración del Programa se llevó a cabo individualmente.

Acorde con la metodología investigativa utilizada se determinaron los procedimientos estadísticos correspondientes. Fue empleado el paquete estadístico SPSS versión 11.6 para Windows 2000, por medio del cual se realizó un análisis de frecuencia de cada una de las variables.

Se realizó un análisis cualitativo de las entrevistas y de las preguntas abiertas de los cuestionarios, tanto del aplicado a los pacientes como el aplicado a los profesionales. Como procedimientos para este análisis cualitativo y para el análisis integrador de los resultados se emplearon:

- Análisis de contenido: Se toman en consideración los datos registrados manualmente en cada una de las entrevistas realizadas, tanto al paciente, como al familiar del mismo y al especialista que lo atiende.
- Triangulación: con el objetivo de lograr mayor credibilidad de los resultados obtenidos en cada una de las técnicas. En este caso se utiliza la triangulación de técnicas y de fuentes.



CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todos los pacientes tuvieron la libertad de decidir su participación en el estudio, pues previamente se les pidió su consentimiento. Se les garantizó el anonimato y la confidencialidad de sus respuestas, tal y como lo establece la observancia de los principios éticos para la investigación científica con seres humanos.

RESULTADOS

Si se analiza la orientación que ha recibido el paciente se constata que sólo un 25 % de ellos fueron orientados acerca de las peculiaridades de su vida futura, de las características de su reinserción en su vida familiar, comunitaria y acerca de su enfermedad. El 83.3 % de los pacientes considera como muy necesaria la orientación. Estos resultados muestran la necesidad de educación con respecto a la enfermedad que experimentan estos pacientes. (Ver tablas 1, 2 y 3).

El 60 % de los pacientes que han recibido orientación la obtuvieron del especialista que los atiende en el Servicio de Cardiología. Es importante contar con asesoría médica para conocer en qué momento puede retornar a su vida cotidiana, y si esta ahora tendrá algunas limitaciones, es necesario que el paciente sea orientado en todos los aspectos que deberán variar en su estilo de vida. Resulta notable que el 20 % de los pacientes que recibieron información la obtuvieron por medio de amigos y familiares, basándose en conocimientos empíricos acumulados por estos, lo cual puede ser causante de distorsiones o imprecisiones en los conocimientos que se van formando acerca de la enfermedad y de los cambios en el estilo de vida, lo que dificultará la búsqueda y consecución de estrategias de afrontamiento que garanticen elevar la calidad de vida del paciente y la prevención secundaria de la enfermedad.

Al analizar el tiempo de evolución de la enfermedad se puede apreciar que las personas con una mejor orientación se corresponden con aquellas que tienen un tiempo mayor de evolución de la enfermedad. Este hecho nos hace pensar que se han buscado mecanismos psicológicos compensatorios para vivir con este tipo de trastorno.

Cuando se analiza la valoración que poseen los pacientes con respecto a la necesidad de orientación y educación con respecto a la enfermedad se puede constatar que el 83.3 % de ellos evalúa de necesaria la misma. Se destaca

además que sólo 5 pacientes de la muestra estudiada no consideran necesaria esas orientaciones.

Es necesario destacar que resulta de vital importancia propiciar la educación de estos pacientes no sólo en los marcos de la atención secundaria, sino también desde la Atención Primaria de Salud, que es donde viven los mismos y desarrollan sus actividades, puesto que la función principal de esta instancia es prevenir y lograr calidad de vida en la población que atiende.

Cuando se analizan las principales necesidades educativas señaladas por los pacientes de la muestra (Tabla 4) se constata que el 88.3 % de los mismos refiere necesidad de orientación con respecto a los cambios necesarios en el estilo de vida. Un 58.3 % de la muestra expresa necesidad de orientación con respecto a los factores de riesgo que inciden en la aparición y curso de la misma, al igual que un 53.3 % manifiesta necesidad de conocer con respecto a la etiología de estas patologías.

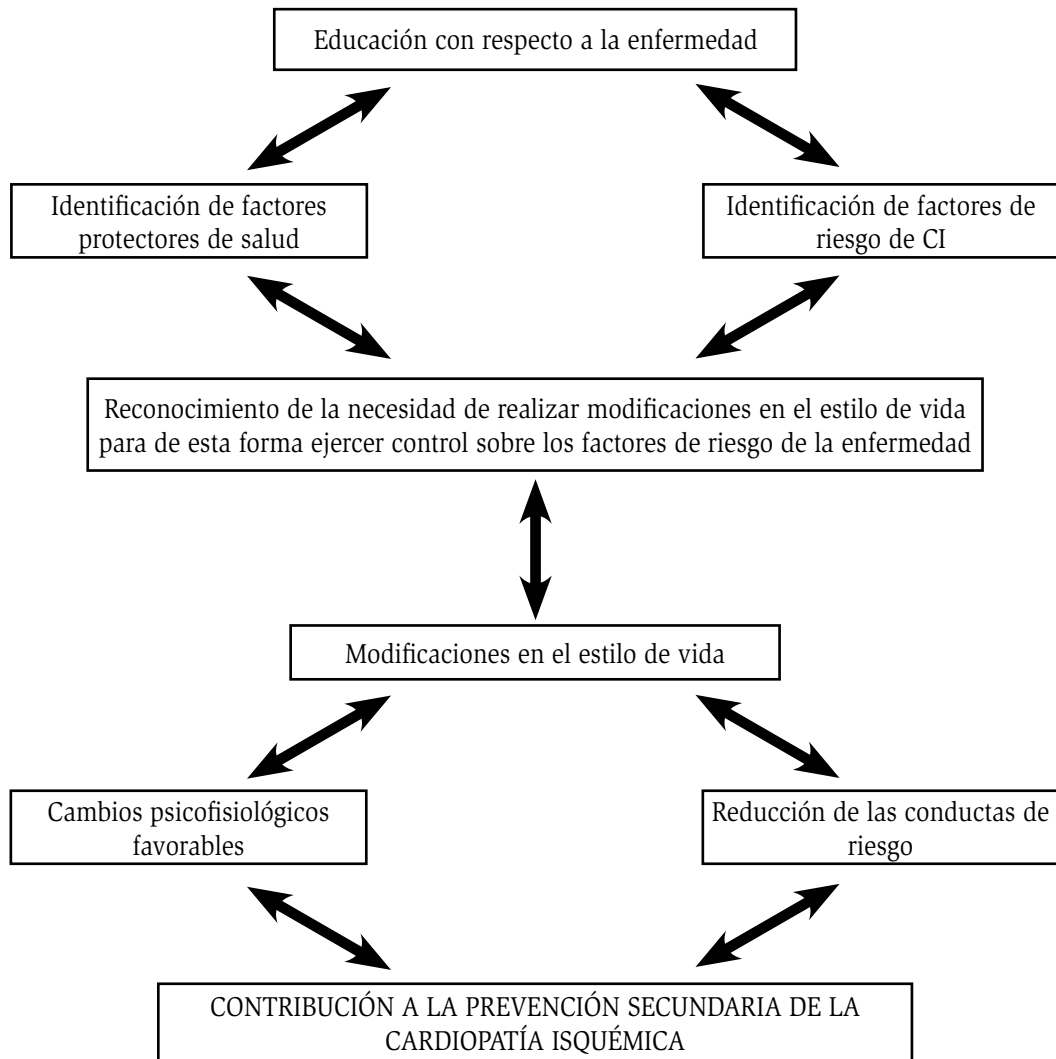
Cuando se explora el conocimiento de los pacientes acerca del desarrollo de acciones educativas se constata que sólo el 6.7 % de la muestra tiene conocimiento de acciones de este tipo, a pesar de que el 86.7 % de la muestra valora como necesaria la realización de este tipo de estrategias. (Tablas 5 y 6).

Estas necesidades educativas expresadas por las personas de la muestra, al igual que la manifestación de la necesidad de poner en práctica acciones que garanticen la educación al paciente, demuestran lo indispensable que resulta el diseño e implementación de programas con este propósito. De forma tal que se estimule el aprendizaje de conductas que favorezcan la modificación de todos aquellos factores de riesgo que pueden serlo y de esta forma contribuir a la prevención secundaria de la enfermedad.

ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS Y EDUCATIVAS DEL PROGRAMA

En el Programa, desde el punto de vista metodológico, se concibe un sistema de estrategias cuya articulación posibilita actuar sobre la educación del paciente y su familia con respecto a la enfermedad y para el aprendizaje de conductas relacionadas con la adopción de modificaciones saludables en el estilo de vida contribuyendo de esta forma a la prevención secundaria de la enfermedad.

DISEÑO LÓGICO DEL PROGRAMA



■ Estrategias informativas: La información que el paciente posee con relación a su enfermedad y a las modificaciones necesarias en el estilo de vida influyen en gran medida en las estrategias de afrontamiento que este utiliza con respecto a la misma. De igual forma, el nivel de información que posee la familia, influye en la búsqueda de estrategias de sus miembros para el apoyo del paciente en el aprendizaje de conductas saludables y por tanto para garantizar las modificaciones necesarias en el estilo de vida. Por otro lado, en ocasiones la información que obtienen los

pacientes procede de fuentes no especializadas y por la influencia de las mismas se generan mitos o creencias populares que influyen negativamente en la adherencia terapéutica de este y en sus estrategias de afrontamiento a la enfermedad. Por estas razones, es fundamental incrementar y adecuar el nivel de información que tienen los pacientes y familiares sobre la enfermedad, sus factores de riesgo y las modificaciones necesarias en el estilo de vida, con tal propósito se emplean recursos como:

- Técnicas para el debate grupal.
- Trípticos informativos.



- Estrategias reflexivo–vivenciales: Son usadas como un importante recurso para la educación del paciente con respecto a la necesidad de modificaciones en el estilo de vida que garanticen su salud. Para esto se estimula la reflexión consciente del paciente y su familiar, mediante la participación, a la vez que generan experiencias de aprendizaje desde las generalizaciones que se establecen en el grupo, en las cuales se destaca la participación de los familiares como recurso de apoyo al paciente.
- Técnicas para el debate grupal.
- Técnicas reflexivo – vivenciales.

- Estrategia para el logro de cambios psicofisiológicos favorables: Se parte del supuesto de que el estrés implica un nivel de activación psicofisiológica que puede llegar a desencadenar disfunciones orgánicas. Se utiliza con el objetivo de estimular cambios psicofisiológicos favorables en el paciente y propiciar el aprendizaje de ejercicios de relajación que se conviertan en un recurso que pueda ser utilizado por estos para el afrontamiento de las situaciones de estrés. En este caso se recomienda la utilización de:
 - Entrenamiento autógeno de Schultz.
 - Evaluación del programa por criterio de profesionales.

Finalmente para realizar una valoración de la propuesta del Programa Psicoeducativo para la Prevención Secundaria de la Cardiopatía Isquémica se utilizó criterio de profesionales.

Al analizar las valoraciones ofrecidas se obtuvieron los siguientes resultados:

Los profesionales coinciden en afirmar que el Programa contribuye a la educación del paciente y de su familiar con respecto a la CI, a la vez que estimula la adopción de modificaciones saludables en el estilo de vida.

Con respecto al valor teórico se expresa que la bibliografía empleada en el Programa se convierte en un material de consulta, a la vez que aporta información con respecto al tema que se trabaja. Se resalta en este aspecto toda la información que brinda al paciente y su cónyuge o familiar. El valor metodológico está relacionado con las propuestas metodológicas que aporta el programa para el trabajo de cada uno de los temas, a la vez que cuenta con técnicas diseñadas para este fin. El valor práctico se relaciona sobre todo con las propuestas de sesiones estructuradas y detalladas de forma que puedan ser puestas en práctica

por profesionales con las competencias especificadas en el propio diseño del programa.

Las debilidades señaladas se refieren a que el éxito del programa depende de la incorporación y puesta en práctica de los conocimientos de forma individual. Se destaca además como una debilidad del Programa la necesidad de que existan niveles de motivación en los pacientes y familiares que garanticen el éxito de la experiencia psicoeducativa propuesta.

Otras valoraciones aportadas por los especialistas fueron las siguientes:

- El programa va a permitir que el paciente desarrolle una autoeficacia positiva, es decir, que el paciente confíe en su capacidad para poner en práctica un cambio de conducta que le permita desarrollar un plan de acción para lograr dicho cambio.
- Brinda la posibilidad al paciente de reestructurar su estilo de vida y por ende en ganar en bienestar y calidad de vida.
- Enseña al paciente de forma práctica cómo aprender a vivir con su enfermedad y vivir con ella eficazmente.
- El programa brinda la posibilidad de disminuir el riesgo de morir por enfermedades del corazón.
- Al incorporar al cónyuge o familiar se estimula el apoyo de este con respecto a las modificaciones del estilo de vida que debe realizar el paciente, a la vez que resulta una importante estrategia para garantizar la educación de la familia con respecto a la enfermedad.

DISCUSIÓN

Se constata la existencia de una deficiente labor de educación a los pacientes con respecto a su enfermedad, a las modificaciones necesarias en el estilo de vida, los principales factores de riesgo asociados a la aparición de la enfermedad y otros temas que resultan de gran importancia para la adecuada rehabilitación de estos y prevención secundaria de la enfermedad.

La labor educativa que resulta necesaria en la atención a estos pacientes muchas veces es reducida a la de suministrar información. A pesar de esto la información que se les ofrece muchas veces es ambigua, mal estructurada o inexistente. La mayor parte de la muestra estudiada refiere no haber recibido información con respecto a la enfermedad.

En el caso de aquellas personas que han recibido información, esta ha sido insuficiente, pues se han

limitado a la terapia farmacológica y a la realización de esfuerzo físico. La información que reciben los pacientes y familiares en la mayoría de los casos provienen del médico de la familia de su Consultorio Médico de la Familia, de algún familiar médico o familiares que padecen la enfermedad y tiene un mayor tiempo de evolución de la misma.

Los pacientes manifiestan el deseo de que su familia también reciba orientación pues muchas veces los familiares asumen actitudes de sobreprotección con quien padecen la enfermedad.

Si el paciente es orientado, como lo requiere, en cuanto a su enfermedad, los factores de riesgo asociados a ella y las modificaciones necesarias en el estilo de vida, el paciente a pesar de su enfermedad se sentirá más seguro mientras trata de ocupar nuevamente su lugar en la sociedad. La información genera seguridad siempre que sea dada de manera tal que no atente contra el equilibrio emocional del paciente. Cuando la persona no siente seguridad y estabilidad emocional es muy difícil que la experiencia de tener que asumir cambios en el estilo de vida, aunque sean encaminados al logro de la prevención secundaria de la enfermedad y para elevar la calidad de vida, resulte gratificante y asumida por la persona como una situación de aprendizaje que conlleva en sí misma desarrollo.

Al desplegar una labor educativa con los pacientes se deberá estimular el aprendizaje por parte de estos de nuevas conductas que resultan necesarias para su rehabilitación y para prevenir secundariamente su enfermedad. Es necesario que la educación al paciente estimule la búsqueda de estrategias para el logro de las modificaciones indispensables en el estilo de vida, es por esto que resulta de gran importancia una educación personalizada, centrada en las características personalógicas del paciente, en sus necesidades educativas, en el pronóstico de su enfermedad. Esta educación al paciente debe tomar en consideración el contexto familiar en el que se inserta el paciente, de forma que el mismo sea usado como potenciador de aprendizaje de la persona enferma. Es por esta razón que surge la necesidad de estimular que cada paciente pueda establecer una estrategia individual para el logro de estas modificaciones y que se resalta la inclusión de familiares que residen con el paciente en el programa.

Se destaca además la necesidad de la educación a la población en los marcos de la prevención primaria de la enfermedad, teniendo en cuenta todos aquellos factores

de riesgo modificables que pueden ser controlados si se asumen estilos de vida saludables.

Los pacientes refieren su necesidad de ser educados con respecto a todos aquellos temas que les ayuden a vivir con su enfermedad de forma tal que afecte lo menos posible su calidad de vida. Los temas seleccionados como necesarios, que constituyen las necesidades educativas de estos pacientes, resultaron ser:

- Modificaciones en el estilo de vida que contribuyan a la rehabilitación y prevención secundaria.
- Factores de riesgo asociados a la enfermedad.
- Formas clínicas de la CI, etiología, epidemiología y síntomas.
- Esfuerzo físico que puede realizar sin riesgo.
- Relaciones sexuales.

El Programa psicoeducativo que permita la educación de los pacientes con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica debe incluir no sólo a la persona enferma, sino a su cónyuge o algún familiar cercano que resida con el paciente, para de esta forma propiciar la educación de estos.

En la labor de educación al paciente no sólo debe incluirse al especialista en cardiología y al personal paramédico, sino que se debe fomentar la incorporación de un equipo multidisciplinario integrado por: psicólogo, trabajador social, especialista en nutrición, técnico en rehabilitación, licenciado en cultura física y una enfermera. Se debe destacar la necesidad de incorporación del psicólogo por existir conductas que deben ser aprendidas por el paciente.

CONCLUSIONES

- La mayor parte de los pacientes de la muestra estudiada no ha recibido orientaciones precisas con respecto a la enfermedad y a las modificaciones necesarias en el estilo de vida. Aquellos que han recibido orientación la han obtenido de fuentes diversas: cardiólogo que lo atiende, familiares portadores de la enfermedad y acompañantes de otros pacientes en el momento de la hospitalización.
- La orientación y educación con respecto a la enfermedad es valorada como necesaria por los pacientes y se destaca al respecto la necesidad de diseñar e implementar un Programa Psicoeducativo que contribuya a su educación y al logro de la prevención secundaria de la enfermedad.

- Las principales necesidades educativas de los pacientes estudiados fueron: la enfermedad, sus causas, factores de riesgo, esfuerzo físico que pueden realizar, particularidades de su desempeño sexual y modificaciones necesarias en el estilo de vida.
- En el Programa se asume una estrategia de intervención psicoeducativa basada en el trabajo en grupo por las posibilidades que el mismo brinda como agente de cambio. En el mismo se combinan estrategias informativas, reflexiva–vivenciales y para el logro de cambios psicofisiológicos favorables.
- El Programa Psicoeducativo para la prevención secundaria de la Cardiopatía Isquémica permite la educación con respecto a la enfermedad y estimula el aprendizaje de conductas y hábitos que garantizan las modificaciones en el estilo de vida que son indispensables para la prevención secundaria de la

misma, a la vez que proporciona técnicas y recursos para el manejo del estrés.

- Se destaca la necesidad de incluir en el Programa al cónyuge o algún familiar que resida con él para estimular de esta forma la educación a la familia del paciente y propiciar que esta se convierta en una fuente de apoyo y de refuerzo de las modificaciones saludables que el paciente debe ir alcanzando.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez M. Medicina psicosomática: ciencia, técnica y arte. <http://www.fundacion-repetto.org/verano98.htm/>. 2003.
2. Anuario Estadístico de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba. <http://bvs.sld.cu/cgi-bin/wxis/anuario/>. 2004.
5. Hernández E, Palomera A, De Santos F. Intervención psicológica en las enfermedades cardiovasculares. México: Universidad de Guadalajara. 2003.
3. Informe del año 2005 del Sectorial Provincial de Salud Sancti Spiritus.
4. Roca R. Temas de Medicina Interna. Tomo 1. 4ta Edición. La Habana. Editorial Ciencias Médicas. 2002.
6. WHO. Avoiding Herat Attacks and Strokes. Don't be a victim, protect yourself. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/avoid_heart_attack_report.pdf. 2005.

ANEXOS

Tabla 1. Orientación recibida acerca de la enfermedad y cambios en el estilo de vida según tiempo de evolución de la enfermedad

Tiempo (años)	Recibieron orientación	
	Sí	No
0 - 1	2	23
1 - 3	5	15
3 - 5	3	5
5 - 7	2	1
7 ó más	3	1
Total	15	45
%	25	75

Fuente: Cuestionario a los pacientes.

Tabla 2. Principales fuentes de las que proviene la información recibida

Fuentes de información	Tiempo (años)					Total	%
	0 - 1	1 - 3	3 - 5	5 - 7	7 ó más		
Especialista en Cardiología	1	3	1	1	3	9	60
Libros de medicina	0	1	0	0	0	1	6.7
Medios Masivos de Comunicación	1	1	0	0	0	2	13.3
Familiares	0	0	1	1	0	2	13.3
Amigos	0	0	1	0	0	1	6.7
Total	2	5	3	2	3	15	100
%	13.3	33.3	20	13.3	20	100	-

Fuente: Cuestionario a los pacientes.

Nota: Se excluyen pacientes que no han recibido información. El cálculo de porcentaje se realiza con respecto al total de pacientes que recibieron orientación.

Tabla 3. Valoración de la necesidad de orientación según tiempo de evolución de la enfermedad

Tiempo (años)	Orientación		
	Necesaria	Poco necesaria	Innecesaria
0 - 1	23	1	1
1 - 3	18	2	0
3 - 5	5	2	1
5 - 7	2	0	1
7 ó más	2	0	2
Total	50	5	5
%	83.3	8.4	8.4

Fuente: Cuestionario a los pacientes.

Tabla 4. Principales necesidades educativas señaladas por los pacientes según tiempo de evolución de la enfermedad.

Tiempo (años)	Necesidades educativas							
	A	B	C	D	E	F	G	H
0 - 1	16	18	5	9	25	15	18	1
1 - 3	13	11	2	4	18	16	11	0
3 - 5	3	2	0	1	6	3	2	1
5 - 7	0	3	0	1	2	1	0	1
7 ó más	0	1	0	0	2	1	0	2
Total	32	35	7	15	53	36	31	5
%	53.3	58.3	11.7	25	88.3	60	51.7	8.4

Fuente: Cuestionario a los pacientes.

Leyenda:

A: Causas de la enfermedad.

B: Factores de riesgo que la provocan.

C: Síntomas clínicos.

D: Tratamiento farmacológico.

E: Cambios necesarios en el estilo de vida.

F: Relaciones sexuales después del diagnóstico de la enfermedad.

G: Esfuerzo físico y actividades que puede realizar sin peligro.

H: Otros. (Se refiere a otras necesidades educativas que son recogidas por medio de la entrevista en profundidad realizada al paciente.)

Nota: En este caso la selección es múltiple, esto implica que cada persona puede marcar una cantidad aleatoria de necesidades educativas, por tanto, los totales en cada columna podrán ser a lo máximo 60.

Tabla 5. Conocimiento de acciones educativas desarrolladas con pacientes diagnosticados con CI.

Conocimiento de acciones educativas	Tiempo (años)					Total	%
	0 - 1	1 - 3	3 - 5	5 - 7	7 ó más		
Sí	2	1	0	1	0	4	6.7
No	23	19	8	2	4	56	93.3

Fuente: Cuestionario a los pacientes.

Tabla 6. Valoración de la utilidad de desarrollar acciones educativas con los pacientes diagnosticados con CI.

Valoración de la utilidad	Tiempo (años)					Total	%
	0 - 1	1 - 3	3 - 5	5 - 7	7 ó más		
Sí	23	18	6	2	3	52	86.7
No	2	2	2	1	1	8	13.3

Fuente: Cuestionario a los pacientes.