



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE MEDICINA



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA

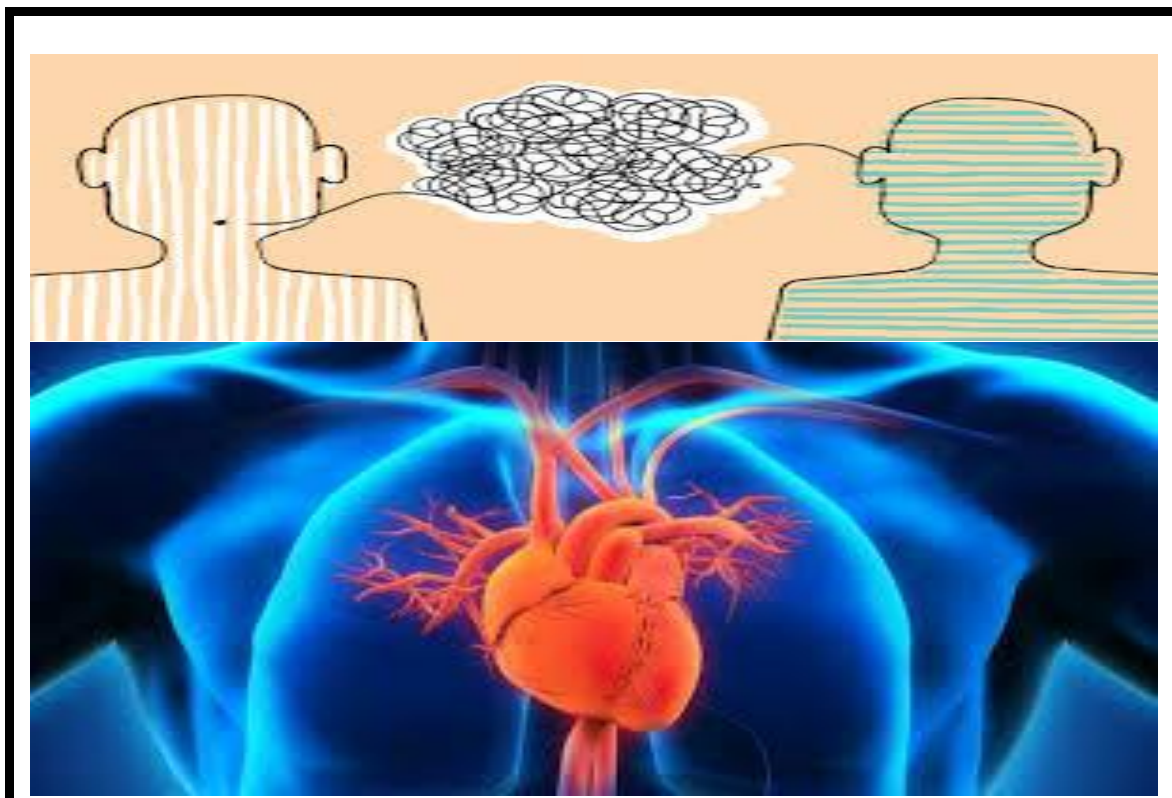
Prof. Juan Dapuzo

CLÍNICA MÉDICA "A"

Prof. Gabriela Ormaechea

**PSICOTERAPIA EN LA UNIDAD DE PREVENCIÓN
SECUNDARIA CARDIOVASCULAR (UPS)
DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS**

**MONOGRAFÍA DE ASISTENTADO
EN PSICOLOGÍA MÉDICA**



Lic. Psic. Gracy Gómez.

Montevideo, julio 2019.



CLÍNICA DE PSIQUIATRÍA • 1908

FACULTAD DE MEDICINA

Prof. Dra. Sandra Romano Fuzul



Montevideo, 02 de agosto de 2022

El Tribunal constituido por el Prof. Dr. Jorge Facal, la Prof. Dra. Sandra Romano y el Prof. Dr. Carlos Brusich evaluó el trabajo titulado: "Psicoterapia en la Unidad de Prevención Secundaria Cardiovascular (UPS) del Hospital de Clínicas" presentada por la Lic. Gracy Gómez como Monografía de Posgrado en Psicología Médica.

El trabajo presenta una puesta al día de la Prevención secundaria cardiovascular y la incidencia de los factores psicosociales y la sistematización de una intervención psicoterapéutica en un grupo de pacientes.

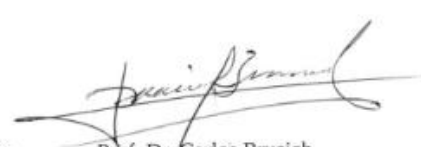
La autora toma un tema importante, evidencia manejo de la bibliografía, demuestra conocimiento aplicado a la práctica de intervención.

El Tribunal considera que la Monografía está Aprobada con Bueno.

Montevideo 2 de agosto de 2022.


Prof. Dr. Jorge Facal
Prof. Dr. Jorge Facal
CLÍNICA MÉDICA "1°"
FACULTAD DE MEDICINA


Prof. Dra. Sandra Romano
Prof. Dra. A. Sandra Romano Fuzul
Directora de la Clínica Psiquiátrica
Facultad de Medicina - UdelaR
CJPP 50521


Prof. Dr. Carlos Brusich
Prof. Dr. C. Brusich



EL CONSEJO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA EN SESIÓN ORDINARIA DE FECHA 24 DE AGOSTO DE 2022,

Número	Fecha
20	24/08/2022 14:00

(Exp. N° 071120-000413-22) - Homologar el fallo del Tribunal que juzgó y calificó con la nota de Bueno, por unanimidad, la Monografía presentada por la Lic. Gracy Gómez, titulada: "**Psicoterapia en la Unidad de Prevención Secundaria Cardiovascular (UPS) del Hospital de Clínicas**".-

(8 en 8)

*“ A los pacientes de la UPS por permitirme conocer sus Historias de Vida
y poner en acción mis palabras para intentar modificarlas”.*

Resumen:

Las condiciones de vida de las personas y en especial las situaciones vitales estresantes determinan estados emocionales que parecen ubicarse en “el antes” y “el después” de un evento cardíaco. Al considerar las emociones vinculadas a la aparición o complicación de cualquier enfermedad, se está dando justo valor a la subjetividad de cada persona, a su forma de ver y sentir el mundo, y a entender la individualidad de los procesos mórbidos con sus matices biológicos, psicológicos y sociales. Permite además contemplar la enfermedad como un fenómeno complejo y multideterminado. El presente trabajo se inspira en los criterios de la investigación clínica que tiene como objetivo el estudio del comportamiento individual. Su enfoque es cualitativo. Busca describir las cualidades de un fenómeno. En este caso tres intervenciones psicoterapéuticas (dos individuales y una grupal) en pacientes de la Unidad de Prevención Secundaria Cardiovascular (UPS) del Hospital Universitario "Dr. Manuel Quintela".

Palabras clave: enfermedad cardiovascular, prevención secundaria, psicoterapia en servicios de salud, abordaje individual, abordaje grupal.

Abstract:

The living conditions of people and especially stressful life situations determine emotional states that seem to be located in “the before” and “the after” of a cardiac event. When considering the emotions linked to the appearance or complication of any disease, it is giving just value to the subjectivity of each person, to their way of seeing and feeling the world, and to understand the individuality of the morbid processes with their biological, psychological and social nuances. It also allows to contemplate the disease as a complex and multidetermined phenomenon. The present work is inspired by the criteria of clinical research that aims to study individual behavior. His approach is qualitative. It seeks to describe the qualities of a phenomenon. In this case, three psychotherapeutic interventions (two individual and one group) in patients of the Cardiovascular Secondary Prevention Unit (UPS) of the University Hospital "Dr. Manuel Quintela".

Keywords: cardiovascular disease, secondary prevention, psychotherapy in health services, individual approach, group approach.

CONTENIDO

	Páginas
1. Introducción	5
2. Objetivos Generales y Específicos	
2.1. Objetivos Generales	7
2.2. Objetivos Específicos	7
3. Materiales y Método	8
4. Marco Teórico	
4.1. Los Servicios de Salud	9
4.2. La Psicología Médica	10
4.3. La Prevención Secundaria Cardiovascular	12
4.4. La Psicoterapia	17
4.5. La Caja de Herramientas	19
5. Utilizando la Caja de Herramientas. Abordajes Clínicos	
5.1. Psicoterapia Individual	
5.1.1. Caso "A"	21
5.1.2. Caso "B"	26
5.2. Psicoterapia Grupal	31
6. Análisis de las Intervenciones	35
7. Conclusiones y Sugerencias	42
8. Referencias Bibliográficas	44
9. Currículum Vitae	51

CUADROS Y TABLAS

	Páginas
Cuadro 1 : Datos personales caso "A"	21
Cuadro 2 : Datos historia de vida caso "A"	23
Cuadro 3: Datos personales caso "B"	26
Tabla 1 : Diagnóstico de situación multiaxial caso "A".	21
Tabla 2: Registro de consultas caso "A"	23-24
Tabla 3 : Diagnóstico de situación multiaxial caso "B"	26-27
Tabla 4: Registro de ingresos y egresos grupo psicoterapéutico	31-32
Tabla 5: Datos personales integrantes grupo psicoterapéutico.	32-33

1. INTRODUCCIÓN

La sistematización de la práctica clínica debería ser un imperativo, no obstante la actividad profesional académica (no siempre multiempleo, pero si multitarea: asistencia, docencia, investigación, extensión) lo hace posible. Reflexionar y conceptualizar la propia praxis permite confirmar o refutar, ampliar o recortar el conocimiento, generar interrogantes, aventurar nuevas hipótesis. Paradigmas, teorías, conceptos, herramientas cobran un sentido enriquecido.

En agosto del año 2010 en calidad de estudiante de la Diplomatura en Psicoterapia en los Servicios de Salud de la Escuela de Graduados, Orientación “Intervenciones Psicoterapéuticas en Personas con Afecciones Orgánicas” (IPPAO.) coordinado por el Departamento de Psicología Médica del Hospital de Clínicas fui asignada a cumplir funciones en la Unidad de Prevención Secundaria Cardiovascular (UPS) del Hospital de Clínicas coordinado por la actual Profesora Dra. Gabriela Ormaechea, Directora de Clínica Médica “A”. Luego, al obtener el Grado 2 Titular del Departamento de Psicología Médica continué desempeñando tareas hasta la finalización de mi cargo en abril del año 2019.

La UPS realiza el seguimiento de aquellos pacientes del Hospital de Clínicas que han sido sometidos a un procedimiento de angioplastia¹ coronaria o cirugía cardíaca en coordinación con el Fondo Nacional de Recursos, institución que brinda la medicación a dichos pacientes.

La UPS está conformada por un equipo técnico interdisciplinario: médicos, nurse, auxiliar de enfermería, nutricionista, psicólogo, médico deportólogo. Apunta a brindar al paciente con enfermedad cardiovascular un abordaje integral en atención a la disminución o eliminación de los factores de riesgo vinculados a su patología.

Como se verá en el apartado destinado al marco teórico, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo. Se encuentra vinculada a múltiples factores de riesgo: biológicos, psicológicos, socio – culturales, económicos.

La prevención tanto primaria como secundaria de estas afecciones ha resultado una herramienta muy potente. No obstante parece estar centrada en determinados aspectos en detrimento de otros que son también muy importantes.

Las condiciones de vida de las personas y en especial las situaciones vitales estresantes determinan estados emocionales que parecen ubicarse en “el antes” y “el después” de un evento cardíaco. Los pacientes muestran

¹ Procedimiento endovascular que consiste en dilatar una arteria o vena estenótica (estrecha) u ocluida con el fin de restaurar el flujo sanguíneo obstruido, típicamente para tratar lesiones arterioscleróticas.

dificultades para manejar las condiciones de su vida exhibiendo contenidos de pensamientos irracionales e inadecuado manejo de sus emociones.

Desde diferentes disciplinas se viene haciendo énfasis en la importancia de ayudar a los pacientes a controlar sus contenidos de pensamiento y manejar adecuadamente sus emociones como forma de adquirir una buena calidad de vida que redunde en una buena salud en general y cardiovascular en particular.

Las tareas y actividades realizadas en la UPS a lo largo de estos años han sido variadas:

- Entrevistas individuales al control en policlínica (seguimiento).
- Intervenciones psicoterapéuticas individuales.
- Participación en programas para pacientes con problemas de sobrepeso.
- Atención psicológica y acompañamiento durante hospitalizaciones.
- Espacio grupal permanente de apoyo psicológico.
- Actividades de extensión con la comunidad: diseño y coordinación de talleres multidisciplinarios de educación en salud con el uso de técnicas variadas (role playing, juegos, espacios de discusión).
- Reuniones de coordinación.
- Elaboración de ateneos clínicos para presentación en el Dpto. de Psicología Médica.
- Participación como docente y co-coordinadora de la materia optativa "Prevención Cardiovascular".
- Participación en procesos de investigación.

No siendo posible abarcar todas las tareas y actividades realizadas, este trabajo se centra en dos abordajes psicoterapéuticos individuales y uno de carácter grupal ("Espacio grupal permanente de apoyo psicológico"). El objetivo es presentar los dispositivos diseñados en el marco de la experiencia de trabajo en la UPS y la evaluación que los propios pacientes hacen de los mismos.

2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

2.1. Objetivos generales

- Transmitir la experiencia de la autora del presente trabajo en la UPS desde su cargo de Grado 2 Titular del Departamento de Psicología Médica .
- Dar cuenta del modelo de abordaje psicoterapéutico implementado por la autora del presente trabajo en la UPS desde su cargo de Grado 2 Titular del Departamento de Psicología Médica .

2.2. Objetivos específicos:

- Recopilar y actualizar la bibliografía utilizada a lo largo de los años en que duro la intervención realizada por la autora del presente trabajo en la UPS desde su cargo de Grado 2 Titular del Departamento de Psicología Médica .
- Diseñar un marco teórico conceptual de referencia que sustente la intervención psicoterapéutica realizada por la autora del presente trabajo en la UPS desde su cargo de Grado 2 Titular del Departamento de Psicología Médica .
- Describir la intervención psicoterapéutica realizada por la autora del presente trabajo en la UPS desde su cargo de Grado 2 Titular del Departamento de Psicología Médica a partir de la descripción de casos clínicos.
- Analizar a la luz del marco teórico de referencia la intervención psicoterapéutica realizada por la autora del presente trabajo en la UPS desde su cargo de Grado 2 Titular del Departamento de Psicología Médica.

3. MATERIALES Y MÉTODO

El presente trabajo se inspira en los criterios de la investigación clínica que tiene como objetivo el estudio del comportamiento individual. Su enfoque es cualitativo. Busca describir las cualidades de un fenómeno (1). En este caso tres intervenciones psicoterapéuticas (dos individuales y una grupal) en pacientes con ECV en la Unidad de Prevención Secundaria Cardiovascular (UPS) del Hospital de Clínicas.

Para la realización del presente trabajo se siguieron los siguientes pasos:

1. Diseño del esbozo de informe.
2. Recolección, actualización y organización de material bibliográfico. Se priorizó la bibliografía relacionada con:
 - a) Enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo.
 - b) Estrategias de intervención en prevención secundaria cardiovascular.
 - c) Psicoterapia y psicoterapias en servicios de salud.

Los sitios de búsqueda incluyeron: página web Organización Mundial de la Salud (OMS) / World Health Organization (WHO), Ministerio de Salud Pública (MSP), Asociación Americana de Psicología (American Psychological Association (APA), Google Scholar, Medscape, Timbó, Scielo, Latindex, Redalyc, PubMed, BINAME-CENDIM, Biblioteca Cochrane, Tesis Doctorales, Libros.

3. Diseño de un marco teórico conceptual de referencia.
4. Recopilación y descripción de casos clínicos.
5. Análisis de las intervenciones realizadas.
6. Elaboración de conclusiones y sugerencias.
7. Elaboración de listado de referencias bibliográficas.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Los Servicios de Salud

Los servicios de Salud se han caracterizado por la presencia de un modelo biomédico donde se ve a cada enfermedad con una causa única y se define a la salud como la ausencia de enfermedad (2). Las enfermedades se estudian descontextualizando los aspectos del vivir de los pacientes. Se entiende que los pacientes no son responsables ni de sus problemas ni de sus soluciones.

La enfermedad es la razón del encuentro entre médico y paciente. En el consultorio de un médico, la enfermedad esta en el centro de la escena: se busca comprender sus causas, predecir su evolución y sus resultados (pronóstico). Para lograrlo, el médico deja fuera de la interacción su propia subjetividad y el bagaje cultural y social en el cual está inmerso al igual que el paciente. Los pacientes pasivos en este tipo de relación, demandan del médico respuestas precisas para solucionar sus problemas.

Durante mucho tiempo, el modelo biomédico contribuyó (y lo sigue haciendo) al conocimiento acerca de muchísimas patologías así como a la recuperación y mantenimiento de la salud en muchas personas. Sin embargo, los cambios en las condiciones de vida (estilos de vida poco saludables) y la presencia de enfermedades crónicas (tratables pero no curables) ha cuestionado un modelo en base a procedimientos de tipo biológico sin atender a los aspectos emocionales y psicosociales del enfermar y del curarse.

Buscando pensar la salud y la enfermedad desde enfoques integrativos (multifactoriales), surge el modelo o enfoque biopsicosocial desarrollado por George Engel en 1977 (3).

La persona se piensa desde un modo holístico, como integrado por sistemas y subsistemas, que se ven afectados por el pensar, el sentir, las circunstancias (estilo) de vida de esa persona. Para el modelo biopsicosocial no es el cuerpo el que enferma, es el ser humano en su totalidad. (4)

Este modelo viene avanzado en sus desarrollos e implementándose en abordajes en salud que atienden a aspectos emocionales y psicosociales como factores de riesgo en diferentes enfermedades (enfermedades cardíacas, cáncer, gastrointestinales, dermatológicas). En algunos casos como “agregado” al modelo biomédico, en otras como abordaje interdisciplinario (5). En la segunda opción ha contribuido al desarrollo de nuevas disciplinas en el entrecruce de los conocimientos de la medicina y la psicología. Dentro de ellas se encuentra la Psicología Médica.

4.2. La Psicología Médica

“ El campo de trabajo de la Psicología Médica está centrado en el ser humano que padece -o está en riesgo de padecer- una enfermedad vinculada al cuerpo” (6). Su objetivo “obtener una comprensión globalizadora del problema en el interjuego de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales” (6).

En tanto campo disciplinar constituye una interdisciplina que nace en la confluencia de los conocimientos biomédicos y de la psicología. Se encuentra basada en un modelo biopsicosocial derivado de la teoría general de los sistemas (7).

Su concepción de salud y enfermedad, relaciona a la patología orgánica del paciente con su biografía y considera a los afectos y a las emociones en relación con su curso de vida y su manera de enfermar.

El psicólogo – médico da valor a la palabra, a la historia que construye el paciente, permitiendo que la enfermedad deje de ser solamente alteración bioquímica o física, para pasar a estar vinculada a situaciones vitales estresantes, a los rasgos de personalidad, a contenidos irracionales de pensamiento y/o inadecuado manejo de las emociones. La enfermedad adquiere otro sentido.

En su accionar se nutre de los conocimientos provenientes de las especialidades médicas y de la psicología así como de subespecialidades como la Psicooncología, Psiconefrológica, Psicogeriatría, Psicocardiología, de la Psicósomática , la Psicología de la Salud, la Psicología Clínica, la Psicoinmunoneuroendocrinología, los diferentes enfoques psicoterapéuticos.

Constituye una praxis específica dentro del contexto clínico. Dinámica, en constante evolución e incorporación permanente de nuevos conocimientos, procedimientos, técnicas (técnicas corporales y de relajación, EMDR, Mindfulness, Psicoterapia Expresiva y de Soporte, Técnicas Psicodramáticas).

En tanto institución, en nuestro país constituye un departamento de la Facultad de Medicina de la UdelaR. Con sede en el Hospital de Clínicas, Dr. Manuel Quintela, médicos y psicólogos desarrollan tareas de asistencia, docencia, investigación y extensión. Actualmente se encuentra bajo la dirección del Prof. Dr. Juan Dapuetto.

En lo que respecta a la asistencia, el departamento interviene trabajando con diferentes especialidades (neurología, fisiatría, urología, cardiología, ginecología y otras) con pacientes hospitalizados en modalidad de interconsulta. En cuanto a la pacientes ambulatorios, trabajando a nivel de las policlínicas (Policlínica de Adolescentes, de Prevención Secundaria Cardiovascular, de Adicciones, de Prevención y Tratamiento del Juego Patológico y otras).

Para definir cual es la intervención más adecuada en cada caso particular tiene en cuenta ²:

- la formulación del caso
- los marcos de referencia teóricos
- la formación del profesional
- la experiencia clínica del profesional
- las condiciones de trabajo
- el contexto asistencial
- el contexto institucional

La modalidad de intervención puede ser de contención y apoyo, de interconsulta acerca de los problemas psicosociales de los pacientes, de enlace con los equipos asistenciales, de manejo del dolor, de rehabilitación, psicoterapéutica, de cuidados paliativos. También puede incluir acciones dirigidas a la prevención y educación en salud.

² Extraído de documento de circulación interna “Programa de Formación en Intervenciones Psicoterapéuticas en Pacientes con Afecciones Orgánicas. Dpto. de Psicología Médica. Mayo 2019

4.3. Las Prevención Secundaria Cardiovascular

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos que constituyen la primera causa de muerte en gran número de países y más específicamente en los países en vía de desarrollo.

Las ECV, en tanto patologías crónicas, constituyen un trastorno que conlleva una alteración permanente, progresiva o no, que exige control médico por períodos prolongados. Implican una serie de repercusiones en la vida del paciente esencialmente en cuanto a los cambios que debería hacer en su estilo de vida.

De acuerdo a los datos aportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (8):

- cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa.
- en el año 2015 murieron por esta causa 17,7 millones de personas (31% de todas las muertes registradas en el mundo).
- más de tres cuartas partes de las defunciones por ECV se producen en los países de ingresos bajos y medios.

En Uruguay, y de acuerdo a los datos estadísticos aportados por el Ministerio de Salud³ Pública:

- el 27,3% de las muertes son por ECV.
- en el año 2016 fallecieron 9370 personas por ECV.
- es la primer causa de muerte tanto en hombres como mujeres.

La ECV, tratable pero no curable se encuentra vinculada a la presencia de una combinación de factores de riesgo. Un factor de riesgo es definido como una característica, experiencia o evento que de estar presente puede implicar un incremento en la probabilidad (riesgo) de que un resultado particular ocurra sobre la base de la proporción de aparición de ese resultado en la población (9). Los factores de riesgo no son necesariamente las causas de la patología, pueden sólo estar asociados con el evento. Constituyen una potente herramienta para intentar comprender las causas de las enfermedades y mejorar las estrategias de intervención para la prevención.

Los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) han sido clasificados de diferente forma.

Una primera clasificación (10) según sean modificables o no:

- *factores de riesgo cardiovascular no modificables* (edad, sexo, herencia o antecedentes familiares).

³ Datos obtenidos página web “Semana del Corazón”, 24-30 de setiembre de 2018
<https://www.semanadelcorazon.com.uy/2018/enfermedades-cardiovasculares/>

- *factores de riesgo cardiovascular modificables* (tabaquismo, hipertensión arterial (HTA), hipercolesterolemia, diabetes mellitus (DM), hipertrigliceridemia).

Una segunda clasificación (11) de acuerdo a la forma en que contribuyen a la aparición de la enfermedad:

- *factores de riesgo principales* que son aquellos cuya intervención en el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares se ha comprobado (HTA, DM, colesterol elevado, obesidad y sobrepeso, tabaquismo, inactividad física, edad, sexo, herencia).
- *factores de riesgo secundarios o contribuyentes* que son aquellos que pueden elevar el riesgo de sufrir estas enfermedades. (estrés, alcohol, hormonas sexuales, anticonceptivos orales).

Una tercera clasificación (12) que combina las categorías de ser modificables o no y la forma en que contribuyen a la aparición de la enfermedad:

- *factores personales no modificables* (sexo, edad, herencia o antecedentes familiares).
- *factores controlables directos*: los que intervienen en forma directa en los procesos de desarrollo de la enfermedad cardiovascular (niveles de colesterol total y LDL elevados, niveles de colesterol HDL bajos, tabaquismo, HTA, DM, tipo de alimentación).
- *factores controlables indirectos*: los que se han relacionado por estudios epidemiológicos o clínicos con la incidencia de enfermedades del aparato circulatorio pero que no intervienen directamente en la génesis de las mismas (sedentarismo, obesidad, estrés, consumo de anticonceptivos orales).
- *circunstancias especiales consideradas como de riesgo* (haber padecido anteriormente un accidente cardiovascular, hipertrofia ventricular izquierda, apnea del sueño).

Una cuarta clasificación (13) que atiende a sus componentes y el avance en su estudio:

- *factores de riesgo inherente*: condiciones genéticas o físicas que no pueden ser cambiadas aunque se modifiquen las condiciones de vida (edad, sexo, diabetes mellitus y historia familiar de accidentes cardiovasculares).
- *factores de riesgo tradicionales o clásicos*: a) con un mayor componente físico/biológico pero donde también intervienen los componentes emocionales (hipercolesterolemia, los triglicéridos, la hipertensión arterial) b) factores con mayor componente comportamental que biológico (consumo de tabaco, la obesidad y la inactividad física).
- *factores de riesgo que pueden ser modificados a través de grupos terapéuticos*: a) clásicos (obesidad, sedentarismo, hipertensión arterial) b) emocionales y psicosociales (patrón de conducta Tipo A, Tipo B, ansiedad, estrés, depresión, ausencia de apoyo social).

Los factores de riesgo interactúan mutuamente. Los de índole emocional y psicosocial con los de riesgo biomédico. Por otra parte, el comportamiento del paciente incide en todos ellos desempeñando un importante papel en el desarrollo y curso de la enfermedad. A su vez el curso de la enfermedad y el régimen de tratamiento impacta sobre el comportamiento y en consecuencia sobre los otros factores de riesgo. Se debe recordar que muchos de los factores de riesgo presentes en la ECV devienen de constituir una enfermedad crónica y por ende relacionados a los estilos de vida. El estilo de vida hace referencia al conjunto de comportamientos que desarrollan las personas para satisfacer sus necesidades. En la actual realidad suelen ser muy poco saludables (14).

Los servicios sanitarios buscan disminuir el riesgo de enfermar de las personas así como cuando han enfermado, evitar un nuevo episodio. Las estrategias de prevención implican medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo y a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Se suelen distinguir varios niveles de prevención (15):

- *“Prevención primordial; se dirige a evitar el surgimiento y la consolidación de patrones de vida sociales, económicos y culturales que se sabe contribuyen a elevar el riesgo de enfermar.*
- *Prevención primaria; se dirige a limitar la incidencia de enfermedad mediante el control de sus causas y factores de riesgo.*
- *Prevención secundaria; que se dirige a la curación de las personas enfermas y la reducción de las consecuencias más graves de la enfermedad mediante la detección temprana y tratamiento precoz de los casos.*
- *Prevención terciaria; se dirige a reducir el progreso y las complicaciones de una enfermedad ya establecida mediante la aplicación de medidas orientadas a reducir secuelas y discapacidades, minimizar el sufrimiento y facilitar la adaptación de los pacientes a su entorno.*

La prevención secundaria después de la cirugía coronaria (o la angioplastia) consiste en el manejo integral de factores de riesgo con el fin de incrementar la sobrevida, reducir los eventos recurrentes, disminuir nuevos procedimientos de revascularización y mejorar la calidad de vida de los pacientes con ECV (16).

De acuerdo a la Carta Europea (17) sobre Salud Cardiovascular, refrendada por todos los miembros del parlamento europeo en junio de 2007, para la prevención de la ECV es necesario: “No fumar, realizar una actividad física adecuada (mínimo 30 min 5 días a la semana), tener unos hábitos alimentarios saludables para evitar el sobrepeso, mantener cifras de presión arterial < 140/90 mmHg con cifras de colesterol total < 5 mmol/l (190 mg/dl), y un metabolismo glucémico normal, y sobre todo evitar el estrés excesivo.

En las guías y programas de prevención secundaria cardiovascular (18-21) la intervención suele consistir en:

- a) tratamiento farmacológico y monitorización de parámetros biomédicos para garantizar la seguridad, optimización del tratamiento y la aparición de complicaciones o el progreso de la enfermedad que podrían requerir la modificación del tratamiento (aparición de anemia).
- b) promoción de cambios terapéuticos del estilo de vida a través de consejos y educación para el autocuidado (abandono del hábito tabáquico, del consumo de alcohol, una dieta que modifique el perfil de los ácidos grasos).
- c) entrenamiento físico.
- d) acciones tendientes a la adhesión al tratamiento y a la motivación al cambio.
- e) entrenamiento en técnicas de relajación y manejo del estrés.

Los estudios realizados confirman los beneficios obtenidos por los pacientes integrados a este tipo de programas (22-24). Por otra parte, desde la década del 60 se ha ido incrementado el peso que los investigadores vienen concediendo a los factores de riesgo de origen emocional y psicosocial en la etiología y evolución de la ECV (25-27). Llama la atención, no obstante, la falta de abordajes psicoterapéuticos específicos orientados a los desórdenes emocionales y psicológicos comunes en pacientes con ECV.

Se plantea como “deficiencias relevantes” (28) la no consideración de estos problemas en el tratamiento del paciente coronario (28-29). Siendo así se deberían incluir estrategias de intervención psicoterapéutica orientadas al manejo adecuado de las emociones y a la reestructuración de pensamientos irracionales en el intento de brindar a los pacientes factores protectores de la salud y favorecer la adherencia a los autocuidados.

“Al considerar las emociones vinculadas a la aparición o complicación de cualquier enfermedad, se está dando justo valor a la subjetividad de cada persona, a su forma de ver y sentir el mundo, y a entender la individualidad de los procesos mórbidos con sus matices biológicos, psicológicos y sociales. Permite además contemplar la enfermedad como un fenómeno complejo y multideterminado, vinculada a una cultura que conforma sus prácticas cotidianas” (30).

Los factores de riesgo de origen emocional y psicosocial hacen referencia a las condiciones psíquicas o sociales en las cuales se desarrolla la vida de las personas y que pueden constituir situaciones que afecten la salud y/o configurar situaciones de riesgo. Los rasgos de personalidad, la depresión, las situaciones vitales estresantes, la falta de soporte social se asocian tanto al desarrollo como a la progresión de la ECV. Se vuelve así importante conocer los rasgos de personalidad y los patrones comportamentales de los pacientes. Existen importantes desarrollos en relación al *patrón de conducta tipo “A”*⁴ (31) y *patrón de conducta de “distrés o tipo D”*⁵(32).

⁴ “los individuos hostiles son más propensos a desarrollar enfermedades cardíacas y se ha

Otro aspecto importante son las emociones. Los avances en psiconeuroinmunoendocrinología han establecido una estrecha relación entre las emociones y la enfermedad coronaria (33,34). Ya desde el Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) del año 1995 se destaca la importancia de los factores psicológicos y comportamentales en la causación de cualquier enfermedad orgánica y especialmente en las ECV. Dichos factores pueden influir en el desarrollo y evolución de la enfermedad. La respuesta emocional tiene una repercusión a nivel cognitivo, fisiológico y conductual que se puede relacionar con los trastornos cardiacos y puede precipitar episodios isquémicos (35).

Los rasgos de ansiedad y el síndrome depresivo suelen asociarse a un incremento del riesgo de padecer enfermedad coronaria y de la mortalidad cardíaca entre personas deprimidas sin trastornos cardiovasculares previos (36-37). Las situaciones vitales estresantes pueden aumentar el riesgo a largo plazo de padecer enfermedad coronaria (38). También se hace necesario tener en cuenta la presencia en la vida del paciente de un soporte social inadecuado. El apoyo social es un factor que ofrece un efecto protector con respecto a la morbilidad y mortalidad de trastornos cardiovasculares (39)

La multiplicidad de factores de riesgo (biomédicos, emocionales, psicosociales) que interactúan entre sí en el marco de estilos de vida poco saludables parece demandar la instrumentación de abordajes más integrativos de la ECV como forma de optimizar los resultados en pos de una mayor y mejor expectativa de vida para los pacientes. Aunque aun no se haya podido demostrar de manera concluyente que mejoran los resultados clínicos, se ha comprobado que la psicoterapia instrumentada para la disminución y/o extinción de factores de riesgo en la ECV, mejoran en los pacientes su calidad de vida y su función psicológica además de contribuir a su adherencia al tratamiento médico (40).

confirmado que las situaciones de ira precipitan los eventos cardíacos”.

⁵ “una personalidad que se definiría, básicamente, a partir de una afectividad negativa y de la inhibición social”.

4.4. La Psicoterapia

Pueden darse diferentes definiciones de psicoterapia:

“... es un tratamiento de colaboración basado en la relación entre una persona y el psicólogo⁶. Como su base fundamental es el diálogo, proporciona un ambiente de apoyo que le permite hablar abiertamente con alguien objetivo, neutral e imparcial” (41) .

‘...la aplicación informada y deliberada de métodos clínicos y posicionamientos interpersonales, derivados de principios psicológicos establecidos, con el propósito de ayudar a las personas a modificar sus conductas, cogniciones, emociones y/u otras características de personalidad en la línea que los participantes estimen conveniente’ (42). Siendo su objetivo aliviar síntomas, reducir la probabilidad de recaídas, mejorar la calidad de vida, promover el funcionamiento adaptativo en el trabajo, en la escuela y en la red social, así como facilitar el establecimiento de hábitos de vida saludables.

“...tratamiento, por medios psicológicos, de problemas de naturaleza emocional, en el cual una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con el paciente con el objeto de: a) eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, b) mediatizar patrones de conducta perturbados y c) promover el crecimiento positivo de la personalidad y el desarrollo” (43)

“...relación profesional y humana de uno o varios pacientes con uno o varios especialistas” (44). Esta definición nos permite distinguir la psicoterapia individual y grupal, psicoterapia familiar, de pareja. Puede haber un solo coordinador del grupo o funcionar en co-terapia (dos o más coordinadores) (45).

En relación al encuadre grupal puede estar constituido por grupos homogéneos (personas con una misma entidad psicopatológica) y heterogéneos (diferentes patologías). A su vez estos grupos pueden ser abiertos (ingreso de pacientes en forma permanente), cerrados (una vez conformado el grupo no se aceptan más pacientes) o en modalidad de “corredor terapéutico”, un tiempo abierto luego cerrado) (46).

En este tipo de dispositivos los pacientes se benefician de una situación más cercana a la situaciones sociales reales así como de las interacciones pacientes–terapeuta (s) y de las interacciones pacientes-pacientes (fenómeno espejo) (47). En los servicios de salud los abordajes grupales permiten acceder a un mayor número de pacientes favoreciendo una mejor relación costo – beneficio.

Reconociéndose la existencia de más de 300 líneas psicoterápicas, no existe evidencia empírica acerca de la superioridad de una línea psicoterapéutica sobre otra. Las psicoterapias funcionan en una variedad de formatos y de tipos

⁶ Puede ser también un médico formado en la especialidad.

de paciente. Los investigadores sostienen que esto puede deberse a que se llegan a los mismos resultados por distintos enfoques psicoterapéuticos o que los resultados similares devienen de que todos los enfoques terapéuticos presentan puntos en común. De una amplia revisión de estudios meta-analíticos (48-53) surge que:

- la psicoterapia es efectiva y superior al no tratamiento.
- resulta superior al tratamiento farmacológico puro en patologías como la depresión, fobias, ataques de pánico.
- todos los tratamientos psicológicos producen algún tipo de cambio psicológico significativo.
- existe una amplia evidencia acerca de los componentes inespecíficos de los tratamientos (factores comunes) como motores del cambio psicológico.
- el beneficio que produce la psicoterapia está en relación directa con la comprensión de los propios conflictos por parte del paciente.
- la respuesta de sentimientos positivos del paciente a las sesiones es un indicador de avance terapéutico.
- son predictores de éxito en el tratamiento: el estilo terapéutico de los clínicos que administran la psicoterapia (mantenimiento de un buen vínculo terapéutico y buen contacto comunicativo), la similitud entre terapeuta y paciente en términos de estilos, personalidad, valores, actitudes y la contribución del paciente en términos de equipo de trabajo con el terapeuta.

A partir de lo anterior se puede decir que el cambio que explicaría la mejoría en los pacientes surge de esos factores comunes o inespecíficos de los tratamientos, entre los que se destaca el vínculo que se establece con el terapeuta.

En la literatura se habla de tratamientos "Bona Fide", entendiéndose " aquel que tiene ingredientes comunes a todas las psicoterapias, una justificación convincente para el trastorno a tratar, un tratamiento basado en principios psicológicos, la participación y colaboración activa entre el paciente y el terapeuta, y el acuerdo sobre las tareas y los objetivos a alcanzar"(54). Consisten "en cualquier acto o servicio que se probé de buena fe de parte de un trabajador de la salud con la intención de corregir, modificar o mejorar esas condiciones o problemas" (55).

¿Pero que se debe entender por un cambio psicológico que contribuya a la mejoría del paciente?. ¿Cuándo el tratamiento tiene significación clínica y promueve un cambio "real" en el paciente, sostenible en el tiempo?. Los indicadores para evaluar el cambio pueden ser objetivos (disminución de la tasa de ausencia en el trabajo, de la utilización de servicios sanitarios) y subjetivos (en relación con la satisfacción o nivel de bienestar que tiene el paciente en función del tratamiento recibido, de la percepción de la familia, del aumento en su rendimiento laboral, en su participación social) (56).

4.5. La Caja de Herramientas

Desde la investigación se plantea que la instrumentación de los tratamientos por parte de los terapeutas suele tener las siguientes características (41):

- combina elementos de varios estilos de psicoterapia.
- la perspectiva teórica actúa como hoja de ruta para comprender al paciente, sus problemas y generar soluciones.

Lo anteriormente explicitado se refleja en nuestro medio en una formación en psicoterapia que favorece un abordaje integrativo (Diplomatura en Psicoterapia en los Servicios de Salud, Escuela de Graduados, Facultad de Medicina, UdelaR) y por la expedición de un Título de Psicoterapeuta (Federación Uruguaya de Psicoterapia – FUPSI) que exige del profesional un número determinado de horas de formación en diferentes líneas. Siendo así se hace viable pensar los recursos con los que el profesional cuenta en la clínica para ayudar a los pacientes desde la “metáfora de la caja de herramientas”.

Una caja de herramienta (57) hace referencia a diferentes constructos teóricos, técnicas, procedimientos, prescripciones, sugerencias a las cuales el profesional recurre durante el desarrollo de su praxis. Requiere ser construida por el profesional a través de la formación sistemática y la aplicación y sistematización de su práctica clínica, lo cual genera la experticia necesaria para la conducción de su labor en el ámbito particular de su desempeño.

Escudriñando la caja de herramientas de un psicoterapeuta es dable encontrar elementos comunes a las cajas de herramientas de todo psicoterapeuta y elementos particulares de la caja de herramientas de un psicoterapeuta determinado.

En referencia a los primeros, serían los factores comunes que la literatura identifica en los diferentes abordajes psicoterapéuticos como promotores del cambio en el paciente. Tomando como referencia a Grencavage y Norcross (58) podemos identificar:

- *Apoyo*: sostenido en el marco de la relación terapéutica, hace al establecimiento de un vínculo de confianza, empatía y respeto por la autonomía del paciente.
- *Aprendizaje*: se vincula a transmitir al paciente nuevas formas de verse a sí mismo, a los otros y al mundo y a favorecer la modificación de creencias, actitudes, manejo de las emociones, control del estrés.
- *Acción*: motivar al paciente a hacer cambios en su vida (enfrentar sus miedos, asumir desafíos, comprometerse en nuevos proyectos, disminuir o extinguir conductas no saludables)

En segundo lugar se ubican aquellas herramientas que hacen a las diferentes formas en que podrían conceptualizarse y abordarse los problemas humanos. Hace a los marcos teóricos de referencia, a la teoría y a la teoría de la técnica en los diferentes enfoques en psicoterapia, a procedimientos o técnicas

específicos. A modo de ejemplo algunas de esas herramientas serían: Psicoterapia psicoanalítica, Psicoterapia breve, Psicoterapia focal. Psicoterapia en crisis, Terapias cognitivo – conductuales, Psicoterapia expresiva – de soporte, Psicodrama, Mindfulness, EMDR.

Indudablemente la caja de herramientas contendrá dispositivos para realizar el diagnóstico del paciente a través de la instrumentación de diferentes técnicas como la entrevista clínica y el uso de inventarios (tests) que orienten la intervención terapéutica y los pasos a seguir.

Por último decir que la caja de herramientas podría permitir contribuir a lograr lo que Beutler plantea respecto a que *“Los terapeutas deben transformarse en mejores artesanos”* (59). Hace referencia al uso de los conocimientos y técnicas derivados de la investigación científica en una forma creativa (adaptándolos/ reformulándolos/ integrándolos) para atender/entender a cada paciente, en cada situación, en cada momento. Permitir que la psicoterapia a través de la “magia” del encuentro con el otro, conjugue ciencia y arte para poder enfrentar las complejidades de las condiciones de existencia de la “forma humana”.

5. UTILIZANDO LA CAJA DE HERRAMIENTAS. ABORDAJES CLINICOS⁷

5.1. Psicoterapia Individual

5.1.1. Caso "A"

Historia del Proceso:

El paciente solicita una consulta con la psicóloga de la UPS. Ver datos personales del paciente cuadro 1.

Cuadro 1 : Datos personales caso "A"

Sexo: masculino Edad: 61 ⁸ Estado civil: casado Lugar de residencia: Los Olivos Lugar de procedencia: Montevideo Ocupación: Herrero Padres fallecidos / 3 hermanas (1 fallecida) y 1 hermano (59) Núcleo Fliar: esposa (63), 2 hijos varones (43 y 38), 1 hija mujer (46), 1 nieto (14 años) , 1 nieta (2 meses y medio). Viven en el mismo predio. Nivel de intrusión: primaria completa

En la *primera consulta* (07.06.11) el paciente manifiesta como motivo de solicitud de la misma la presencia de ansiedad, animo depresivo y disminución de la potencia sexual. Se presenta a continuación (tabla 1) diagnóstico de situación multiaxial del paciente.

Tabla 1 : Diagnóstico de situación multiaxial caso "A"

Eje Biomédico	Sin consumo tabaco, alcohol y mate desde el año 1978 por sugerencia de médico tratante. No le implico demasiado esfuerzo adherir a la sugerencia. Percepción de dolor intenso en el pecho por más de 2 años sin consultar. Consulta año 2008: concurre a urgencia por dolor de tórax muy fuerte / derivado para estudio / diagnóstico de hipertensión / diagnóstico de patología cardíaca (4 arterias obstruidas) / cirugía cardíaca (3 by-pass). A los 3
----------------------	--

⁷ Se realizó oportunamente el proceso de Consentimiento Informado para la utilización de la información clínica de los pacientes.

⁸ Dato del paciente al momento de la primera consulta.

	<p>meses regresa a trabajar en la herrería.</p> <p>Disminución de potencia sexual.</p> <p>Prescripción de Cialis 50mgs.</p>
Antecedentes Psiquiátricos:	<p>Año 2011: Primer consulta con Psiquiatra. Actualmente medicado con sertralina y ½ clonazepan de mañana y 1 clonazepan de noche.</p>
Eje Psicológico	<p>Impacto de la enfermedad: <i>“Me cambió la vida. Más sensibilidad. Fue un golpe”</i>.</p> <p>Dificultades en el relacionamiento con los demás debido a presencia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ falacia de la justicia (no debería existir la injusticia) ➤ pensamiento polarizado (bueno / malo – blanco/negro) ➤ dificultades para la aceptación de la diferencia <p>Dificultades en el manejo de las emociones. Falla en el control emocional (bronca). Labilidad emocional (llanto).</p> <p>Repercusiones: animo depresivo. ansiedad. estrés.</p> <p>Estilo de vida tradicionalista: <i>“El mundo ha cambiado mucho”</i></p> <p>Responsable. No le gusta que le digan lo que tiene que hacer. Auto-suficiente (le cuesta aceptar ayuda).</p>
Soporte Social / Situaciones Vitales Estresantes (SVE)	<p>Situación vital estresante (traumática) en adolescencia (separación de los padres). Vivencias de injusticia y mucho dolor.</p> <p>Muy buen soporte familiar.</p> <p>Marzo 2014 le otorgan pensión por enfermedad</p>
Asistenciales	<p>Muy buen vínculo con el equipo asistencial. Paciente estandarizado en Talleres U.P.S. en octubre 2011.</p> <p>Muy buena adhesión a los controles. Buena adherencia tratamiento medicamentoso.</p> <p>Dificultades adherencia plan nutricional.</p> <p>Dificultades mantener continuidad tratamiento psiquiátrico</p>

Se mantiene espacio de escucha a los controles en policlínica (cada 3 meses).

En el cuadro 2 podemos ver un resumen de los datos de la historia de vida del paciente.

Cuadro 2 : Datos historia de vida caso "A"

07.09.1950 nacimiento
(8) 1958 nacimiento hermano menor
(14) 1964 separación de los padres / comienza a trabajar en almacén
(18) 1968 abre su primera herrería
(20) 1970 contrae matrimonio, únicas nupcias
(22) 1972 nace su primer hijo (varón)
(24) 1974 nace su segundo hijo (mujer)
(29) 1979 nace su tercer hijo (varón)
(30) 1980 fallece su padre de un infarto
(40) 1990 compra terreno de varias hectáreas
(54) 2004 nacimiento primer nieto
(55) 2005 fallece su mamá de cáncer
(57) 2007 instauración de asentamiento al lado de su propiedad
(58) 2008 Diagnóstico de hipertensión. Diagnóstico de patología cardíaca. Cirugía cardiaca.
(61) 2011 Primera consulta psiquiatra. Primera consulta psicólogo
(66) 2016 Fallecimiento sobrino.
(68) 2018 Nacimiento de su nieta

Se trabaja sobre pensamientos negativos, se transmite un protocolo de respiración- relajación y se motiva a su uso. Posteriormente se brindan nuevas consultas para atender a diferentes problemáticas que el paciente debe ir afrontando a nivel de su vida cotidiana (tabla 2).

Tabla 2: Registro de consultas caso "A"

Periodo	Frecuencia	Motivo de Consulta
Junio 2012	2	Dificultades laborales. Situación vital estresante.
Octubre 2012	1	Se mantiene entrevista con la hija.
Febrero – Diciembre 2013	6	Situación familiar estresante. Importante monto de enojo y frustración. Presencia de ánimo depresivo. Trabajo con control de la bronca y reestructuración ideas irracionales (pensamiento polarizado / falacia de la justicia). Recapitulación aspectos de la historia personal (situaciones vitales estresantes /traumáticas).
Enero – Febrero 2014	3	Incendio en terreno aledaño a su casa y la de sus hijos. Sufre dolor torácico intenso por lo que es traslado al Hospital Español donde se descarta infarto y se realiza ergonometría descartándose

		cualquier problema de tipo orgánico.
Marzo - Julio 2014	3	Se mantienen consultas mensuales. Se trabaja sobre situaciones vitales estresantes de la vida cotidiana.
Abril 2015	1	Se mantiene entrevista con la esposa. Orientación en relación a problemas familiares y de pareja.
Agosto 2016 - Marzo 2018	17	Se mantienen consultas con frecuencia mensual. Trabajo con situaciones vitales estresantes de la vida cotidiana. Desarrollo de la Asertividad.
Abril - Mayo 2018	2	Recapitulación del proceso terapéutico.

Estrategia de Intervención: para el diseño de la estrategia de intervención se tuvo en cuenta:

aspectos generales:

- Impacto de la enfermedad: *“Me cambió la vida. Más sensibilidad. Fue un golpe”*.
- Personalidad Tipo “A”.
- Dificultades en el relacionamiento con los demás debido a presencia de: falacia de la justicia (*“No debería existir la injusticia”*), pensamiento polarizado (bueno, malo / blanco, negro) / dificultades para la aceptación de la diferencia.
- dificultades en el manejo de las emociones (falla en el control de la ira, labilidad emocional: llanto fácil).
- dificultades para adaptarse a condiciones de la vida moderna (estilo de vida tradicionalista: *“El mundo ha cambiado mucho”*).
- busca ser autosuficiente, no le gusta que le digan lo que tiene que hacer, le cuesta aceptar ayuda.

objetivos:

- contribuir a la modificación de factores de riesgo psico-social (ansiedad, depresión, estrés).
- favorecer un estilo de comunicación más asertivo.
- atenuar o disminuir ideas irracionales (falacia de la justicia).
- favorecer un mayor y mejor control emocional (manejo de la repercusión emocional de las creencias).

herramientas:

- vínculo como “primera medicina”.
- desarrollo de la “escucha-activa-reflexiva” sobre la situación vital del paciente.
- motivación al desarrollo de la autoobservación y autorreflexión orientada a fines.
- favorecimiento de la expresión (ventilar) de emociones.
- orientación en la búsqueda de brindarle un sentido a nuestra historia de vida que permita su aceptación.

- educación en salud (importancia de atender al impacto de los factores de riesgo sobre la salud /transmisión de las consecuencias practicas del conocimiento científico: conceptos / teorías
- respeto por la autonomía del paciente favoreciendo la autorregulación del propio comportamiento (desarrollo de la autoeficacia).
- favorecer el desarrollo de la asertividad.
- reestructuración cognitiva de creencias irracionales y de las distorsiones de la información.

Evaluación del Proceso:

En junio de 2018 se plantea al paciente realizar una recapitulación de lo que había sido el proceso de abordaje psicoterapéutico y se le solicita una evaluación del mismo. A continuación se presenta la evaluación en palabras del paciente:

- *“Disminución de la intensidad y frecuencia de los síntomas”.*
- *“Ahora escucho primero y si creo que tengo que cambiar, freno”.*
- *“Aceptar las cosas como vienen”*
- *“Bajar un cambio”*
- *“Nunca se lo dije; pero cuando vine a verla tenía ideas muy feas”.*
- *“Yo le dije a usted cosas que nunca le dije a nadie y eso me hizo mucho bien”.*

Actualmente se siguen manteniendo consultas con frecuencia mensual.

5.1.2. Caso “B”

El paciente solicita una consulta con la psicóloga de la UPS. A continuación se puede ver en el cuadro 3 los datos personales del paciente.

Cuadro 3: Datos personales caso “B”

sexo: masculino edad: 66 años ⁹ estado civil: soltero / sin hijos lugar de residencia: barrio Malvín procedencia: Montevideo nivel socio-económico: medio-bajo única actividad laboral: 1986-2000 laboratorio dental ingresos: “mesada” suministrada por único hermano profesional UdelaR nivel de intrusión: 2º año Facultad de Arquitectura
--

Primera consulta (22.05.13): el paciente manifiesta como motivo de solicitud de la misma: “*Estoy totalmente insatisfecho con lo que ha sido toda mi vida*”. El profesional luego de indagar la situación, le plantea al paciente que ese motivo de consulta excede los objetivos de la UPS. Deriva a psicoterapia¹⁰. No obstante, brinda una nueva consulta para el día 05.06.13 para favorecer un espacio de expresión de emociones y monitorear la derivación. El paciente no concurre.

Pasados unos quince días el paciente se presenta en la UPS planteando que el día de la consulta anterior le fue programado la realización de un nuevo cateterismo motivo por el cual no pudo concurrir a la misma y solicitando una nueva fecha. El paciente refiere que el cateterismo no se había podido realizar, que existía indicación de cirugía cardíaca (habiendo sido incluido en una lista de espera) y que él sentía que estaba atravesando una situación de crisis, un shock. Se fija una nueva entrevista para el 26.06.13.

Segunda consulta (26.06.13.): el paciente expresa su negación a someterse a la intervención. Se le plantea brindarle un espacio psicoterapéutico con el objetivo de: a) ayudarlo a enfrentar la intervención trabajando sus miedos y brindando acompañamiento preoperatorio y pos-operatorio y b) profundizando en la indagación de los aspectos vinculados al motivo de consulta inicial. El paciente acepta y comenzamos a trabajar juntos. A continuación (tabla 3) se presenta el diagnóstico de situación multiaxial del paciente.

Tabla 3 : Diagnóstico de situación multiaxial caso “B”

Eje Biomédico	<ul style="list-style-type: none">• Hipertensión.• 2008 cirugía de próstata en el Pasteur.• 31.12. 2012: Infarto
----------------------	--

⁹ Dato del paciente al momento de la primera consulta.

¹⁰ En ese momento la autora no pensaba que la psicoterapia estuviera incluida dentro de los objetivos de la UPS y por tanto no entendió adecuado practicarla.

	(emergencia HC / Cateterismo 1 stent)
Antecedentes Psiquiátricos:	<ul style="list-style-type: none"> • en tratamiento desde 1983 por depresión • año 2006 diagnóstico de Agorafobia. • actualmente medicado con diacepán (1 x día) y sertralina (2-3 x día)
Eje Psicológico	<p>Atención psicológica: 83-91: con psiquiatra 92-01: con psicóloga.</p> <ul style="list-style-type: none"> • muy buen nivel intelectual • estado de ánimo depresivo • presencia de conductas evitativas • aislamiento • falta de reforzadores. • ausencia de gratificaciones • falta de motivación e iniciativa • soledad • “ensoñar despierto”
Soporte Social	<ul style="list-style-type: none"> • inadecuado • vive solo • actualmente sin pareja • no suele vincularse con familiares ni amigos • no se vincula con el hermano, la cuñada o la sobrina • contacto esporádico con hijo “postizo” (26 años) de anterior pareja

En el proceso de aceptación de la realización de la cirugía por parte del paciente se va transitando por diferentes etapas:

- *etapa de evitación:* “para la vida que tengo es mejor no exponerse a que a uno lo abran como un pollo” .
trabajo con los miedos / la calidad de vida / el riesgo vital
- *etapa de ambivalencia:* “y si me opero, el pos-operatorio debe ser horrible “.
trabajo con pensamientos catastróficos / pronóstico /enfrentar desafíos
- *etapa de aceptación:* “ voy a necesitar a alguien que me ayude “.
búsqueda de recursos materiales y humanos / preparación para la intervención

La cirugía cardíaca tuvo lugar el 15.11.13 con una muy buena adaptación a la

situación de internación. Habiéndose mantenido soporte durante la misma, se lo sorprende en una de las visitas en sala, encontrar al paciente “asesorando” (trasmitiéndole a su forma lo que el profesional le había dicho a él) a otro paciente que recién había ingresado y que sería intervenido en los próximos días. Asimismo se pudo observar una muy buena evolución. Una vez recuperado de la cirugía se siguen manteniendo entrevistas individuales con los objetivos focalizados en el motivo de consulta inicial.

Indagación de aspectos vinculados al motivo de consulta inicial: el trabajo con el paciente va brindando un sentido a su motivo de consulta inicial: “Estoy totalmente insatisfecho con lo que ha sido toda mi vida”.

Datos de la Historia de Vida:

- madre depresiva con posible Síndrome de Diógenes. Estudiante universitaria de Escribanía, nunca se recibió, falleció en 1996.
- padre funcionario público, alcohólico, nunca lo dejó trabajar, falleció en 2001.
- hermano, profesional universitario, casado, una hija. Refiere que es poco comunicativo.
- vínculo entre pares: no lo dejaban salir a jugar con otros niños (“mientras los otros niños jugaban al football yo leía la *Ilíada*”), en la escuela lo tenían por el “traga” (calificaciones de 12, abanderado).
- a los 11 años y medio ingresa en el liceo (grupo con compañeros mayores), se burlaban de él dado que usaba pantalón corto, no obstante, plantea que no considera que haya habido bullying.
- ingresa a Facultad de Arquitectura (1966) pero abandona en segundo año.
- vínculos de pareja: su primera pareja la tiene a los 40 años, viuda 3 años antes, 10 años mayor que él, se conocieron en club de amigos, tenían continuas discrepancias en todas las áreas y dificultades a nivel de las relaciones íntimas. Su segunda pareja una joven de 38 años con un niño de 11 años teniendo él 51. Cree que la joven estaba con él por necesidades económicas. Plantea que “era muy infeliz pero tenía miedo a quedarme solo”. Establece muy buen vínculo con el niño que mantiene hasta la actualidad (el joven le dice “papá” y lo llama cada año para el día del padre).

Estrategia de Intervención: para el diseño de la estrategia de intervención se tuvo en cuenta:

aspectos generales:

- personalidad de Distrés o Tipo “D”.
- falta de repertorios conductuales apropiados (no autoeficacia, falta de asertividad, falta de confianza en sí mismo)
- imagen de sí desvalorizada
- diagnóstico de depresión
- diagnóstico de agorafobia
- el buen nivel intelectual y la buena capacidad de autorreflexión del paciente
- el manejo por parte del paciente de contenidos vinculados a la

psicología experimental (libros de autoayuda)

aspectos cognitivos:

vinculados al procesamiento de la información (Beck, 1967):

- no presenta distorsiones en el procesamiento de la información
- acepta los matices (no pensamiento polarizado)
- acepta que no siempre tiene razón
- no atribuye a factores externos, al azar las circunstancias de su vida (no falacia del control externo). Se siente responsable de sus actos no presenta una adhesión incondicional a los “debería”, si respeto a las normas (tradición).

resultados del inventario de creencias irracionales (Ellis, 1977):

- nº 7: (8/10) “Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida”. Vinculado al estilo de crianza
- nº 2: (8/10) “Para considerarse a uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles”. Expectativas muy elevadas acerca de sí mismo. Ensueña despierto que es James Bond (escape en la imaginación).
- nº6: (8/10) “Si algo es o puede ser peligroso o terrible uno deberá sentirse terriblemente inquieto por ello y deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra”. Pensamiento obsesivo
- nº 9: (7/10) “La historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual y que algo que ocurrió alguna vez y nos conmovió debe seguir afectándome indefinidamente”. Determinismo.

aspectos emocionales:

- tristeza: la maneja, se conecta, llora.
- enojo-ira: enojo vinculado a “ hacer lo que no se quiere” y “dejar de hacer lo que se quiere”, “*la ira la siento en el estómago, la controlo pero por algún lado tenía que reventar*” refiriéndose al infarto.
- miedo: lo paraliza y lo lleva a evitar lo no-conocido generando sentimientos de frustración, insatisfacción y soledad.

objetivos:

- trabajar los miedos.
- fomentar búsqueda de nuevos reforzadores.
- fomentar búsqueda de solución a los problemas.
- contribuir al desarrollo de la autoeficacia.
- trabajar con la autoimagen (cuestionamiento al “ estatus depresivo “).
- desarrollo de la autovaloración (valorización del vínculo con su “hijo”).

herramientas:

- establecimiento de un vínculo de confianza, respeto, de empatía.
- trabajar la “situación de cirugía” como oportunidad de cambio (crisis) y motivar al paciente a enfrentar la situación.
- la terapia motivacional para favorecer la motivación al cambio y la resolución de la ambivalencia.
- el entrenamiento en técnicas de relajación para lograr un descenso de los niveles de ansiedad.
- el desarrollo de la autoobservación y la reflexión con arreglo a fines.

- la toma de contacto con las emociones y un mejor manejo de las mismas a través de técnicas de Mindfulness.
- la reestructuración cognitiva de creencias irracionales en base a la aplicación del esquema del A.B.C del comportamiento humano.

En mitad del año 2014 se propone al paciente finalizar el proceso individual y comenzar a participar de un modelo de psicoterapia grupal. Se concreta su ingreso al grupo en agosto de 2014, siendo actualmente (junio, 2019) uno de sus integrantes.

Evaluación del Proceso:

Como forma de cierre del abordaje individual se le solicita al paciente realizar una evaluación del proceso. Se transcribe la evaluación en palabras del paciente:

- “ *Antes me sentaba frente a la pared y comenzaba a llorar sin poder parar*”
- “*Usted me ha ayudado a ver una forma de mí que nunca había visto antes*”
- “ *He hecho más cosas desde que vengo a verla a usted que en los últimos 20 años*”

5.2. Psicoterapia Grupal

La actividad del grupo se inicio en agosto del año 2014, con 3 pacientes (vistos anteriormente en consulta individual) a quienes se los invita a participar de un espacio de psicoterapia grupal. Con encuadre de frecuencia bimensual, de 1 y 30 hs. de duración en las instalaciones de “Médica “A”, primer piso del Hospital de Clínicas y con el objetivo de generar un espacio para hablar de los problemas de los pacientes y junto con la profesional (que iría transmitiéndoles diferentes herramientas) buscar disminuir o eliminar factores de riesgo asociados a su patología.

Objetivos:

- explicitación y análisis del comportamiento propio.
- explicitación y análisis de situaciones de la vida cotidiana (contingencias).
- identificación de condicionamientos y hábitos de comportamiento perjudiciales para la salud (factores de riesgo).
- elaboración de estrategias para la modificación o extinción de comportamiento perjudiciales para la salud (factores de riesgo).

A lo largo del tiempo (tabla 4) se fueron agregando nuevos integrantes y otros fueron dejando el grupo debido a diferentes motivos (de salud de familiares a los que debían cuidar, por mudanza lejos del Hospital de Clínicas, por entender que habían cumplido un ciclo).

Tabla 4: Registro de ingresos y egresos grupo psicoterapéutico

Paciente	Ingreso	Egreso	Observaciones
A.T	agosto 2014	permanece	Se mantuvo con anterioridad abordaje individual.
F.L	agosto 2014	agosto 2016	Se mantuvo con anterioridad abordaje individual. Se retira entendiendo que cumplió un ciclo.
J.B	agosto 2014	agosto 2016	Se mantuvo con anterioridad abordaje individual. No puede seguir concurriendo porque en el horario del grupo es el único de la familia que puede hacerse cargo de cuidar a su suegra quién se encuentra muy mal de salud, no pudiendo permanecer sola.
R.G	julio 2015	permanece	Invitado a participar
A.B	noviembre 2015	agosto 2016	Se muda a un lugar muy lejos del hospital. Se suma dificultades económicas para pagar los boletos.
M.C	agosto 2016	permanece	Invitada a participar

M.R	noviembre 2016	permanece	Derivada por médico debido al fallecimiento de una hija de 41 años.
N.B	mayo 2017	junio 2018	Deja de concurrir por viaje al exterior a ver a sus hijos y después de su retorno no se reintegra al grupo.

Las temáticas a lo largo del proceso fueron discutiendo entorno a las preocupaciones del grupo y de los integrantes que iban ingresando: la ECV y su repercusión en la vida cotidiana, el trabajo, la viudez, el duelo por una hija fallecida.

Durante los años 2017- 2018 el grupo tuvo reuniones los segundos y cuartos miércoles de cada mes. Los mismos se extendieron a dos horas y los objetivos se ajustaron a una nueva propuesta. Inspirado en los grupos operativos de Pichón Rivière (69), se planteó al grupo que ellos mismos decidieran que objetivos quería trabajar cada uno y que pensáramos juntos estrategias para alcanzarlos y enfrentar las posibles dificultades que se les fueran presentando. T.A eligió trabajar motivación, alcance de metas; G.R control de las emociones (manejo de la bronca), R.M defensas de sus derechos y C.M mejora en la toma de decisiones. A continuación se proporcionan datos personales de los integrantes del grupo durante los años 2017-18 (tabla 5).

Tabla 5: Datos personales integrantes grupo psicoterapéuticos años 2017-18

A. T	Sexo masculino, 70 años, soltero, hijo adoptivo (25). Vive en la Unión (solo) Pensionista Hipertenso 1983: Diagnóstico depresión 2006: Diagnóstico de Agorafobia. Actualmente medicado con diazepam y sertralina 2008: Intervención en la próstata 2012: Cateterismo 2013: Cirugía Cardíaca 15.11.13: Cirugía Cardíaca
R. G	Sexo masculino, 66 años, casado, 1 hija (33), 1 hijo (37), 1 nieto (13). Vive en Punta de Rieles Jubilado 1974: Operado de hemorroides 1977; Peritonitis 1994: Primer cateterismo 2007: Segundo cateterismo 2017: Intervención en la próstata (se realiza acompañamiento situación de cirugía). Excelente recuperación

M. R	Sexo femenino, 65 años, derivada hace un año porque falleció hija de 44 años, divorciada hace muchos años. hija 41, hijo 36, nietos: 23,5 y 2 bisnietos: 2 y 4 años Jubilada Vive en Santa Lucía (sola) Insuficiencia cardíaca Cirrosis primaria En tto. psiquiátrico desde hace varios años (lorazepam / donepezil)
M. C	Sexo femenino, 61 años, sin hijos Ama de casa ex joyera Vive con su esposo en el Cordón 2012: Infarto miocardio (cateterismo 4 stents) 2014: Cirugía cardíaca. 2018: Graves problemas de salud (cirugía por tumor, apendicitis. bacteria resistente) Se realiza acompañamiento situación de internación. Excelente recuperación

Evaluación del Proceso años 2017-18: se presenta a continuación la última autoevaluación, evaluación del grupo a cada compañero y a la coordinación.

Autoevaluación:

T.A.: *Hay mejoras, no obstante debería tenerse en cuenta la medicación (diazepam/ sertralina). Mejoró mucho el dialogo con mis compañeros. Me siento cómodo con ellos (cosa muy extraña en mi).*

G.R.: *Me ha servido para saber controlarme*

R.M.: *Me ha servido para saber autocontrolarme. Me ha dado fuerzas para defenderme. Mayor poder de decisión. Enfrentar mejor las situaciones difíciles*

C.M.: *Es una experiencia nueva para mi, que valoro como muy agradable y positiva y en cierta medida necesaria.*

Evaluación del grupo a cada compañero:

a T.A.: *Se lo ve más motivado. Más optimista que cuando lo conocí. / Lo conocí complicado y negativo en todo. Como que no quería nada. Ahora escucha. Lo veo que no está cerrado. Muchas veces positivo y con iniciativas propias y sonrío mucho mas. Creo que le ha hecho bien el grupo / Está haciendo un proceso positivo. Se está abriendo en el grupo y al afuera del grupo. Ha profundizado más en el conocimiento de sí mismo.*

a G.R.: *Más tranquilo, cómodo / Muy reservado al principio. Se ha ido abriendo /Dispuesto a colaborar y aprendiendo a no ser impulsivo.*

a R.M.: *Le hace mucho bien la terapia. Luego de está se la ve espléndida. / Ha ido cobrando mayor confianza en si misma /Persona en situación muy complicada: le cuesta muchísimo enfrentar las cosas (comprensiblemente). Ha mejorado muchísimo.*

a C.M.: *Progreso en la toma de decisiones. Se abrió más a hablar en el grupo. / Se ha integrado más al grupo. Ayudan sus comentarios. Le cuesta aun tomar decisiones. De a poco lo logra.*

Evaluación del grupo a la coordinación:

T.A.: Me sorprendió, no imaginaba como era una terapia en grupo. Me resultó grata, interesante y muy bien conducida / G.R.: Los temas trabajados ayudan a entenderse a uno mismo y bajar decibeles con la familia (la familia también lo percibe). Vínculo adecuado y buena escucha. Motivación adecuada. 100% para pensarme / R.M.: Al principio pensé que iba a ser distinto y después vi que vale la pena la orientación y me siento comprendida y orientada. Me ayuda a tomar decisiones y me orienta muy bien. C.M.: Estoy agradecida de pertenecer al grupo. Me siento apoyada y dispuesta a escuchar / Se logró un buen trabajo en equipo. Excelente. Muy dedicada.

Al final del año 2018 se plantea al grupo ampliar el número de integrantes dado que se ha identificado pacientes de la policlínica que manifestaron su deseo de integrarse. El grupo luego de pensarlo acepta la propuesta si bien manifestando que es necesario que las personas que ingresen revelen un adecuado compromiso con el grupo y con la tarea.

Actualmente (mayo, 2019) el grupo se encuentra conformado con 5 pacientes dado que ingresa en abril de 2019 R.E. quien se viene adaptando muy bien a la dinámica grupal. Diferentes circunstancias de la coordinadora (licencia, finalización de cargo) ha hecho que en los últimos meses el grupo se haya reunido una sola vez al mes. No obstante, se aspira a retornar a la brevedad la frecuencia bimensual y a organizar al grupo para el desarrollo y alcance de nuevas metas. Asimismo habiendo el grupo logrado adquirir una adecuada cohesión, proponerles comenzar a trabajar en una nueva temática e intentar integrar al trabajo grupal, técnicas psicodramáticas.

6. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES

“Generé un espacio de dialogo y vi que los pacientes lo valoraban”.

“Planifiqué estrategias y utilicé herramientas y vi que era bueno”.

El ejercicio de la clínica desde un enfoque biomédico indudablemente resultara muy distinto al panorama que obtenemos al observar al paciente desde un enfoque bio-psico-social. Desde la perspectiva de un enfoque bio-psico-social vemos una persona conformada por sistemas y subsistemas. Inserta en un contexto familiar, comunitario, regional, mundial, universal. Una persona, además, cuyos pensamientos y emociones repercuten sobre su salud.

En el caso de la ECV encontramos la presencia de factores de riesgo emocionales y psicosociales presenten antes y después del diagnóstico y/o el primer evento cardíaco (infarto). Por otra parte, desde la investigación se advierte acerca de la incidencia de los factores emocionales y psicosociales en la causación y evolución de las ECV.

Si queremos contribuir a modificar factores emocionales y psicosociales en pacientes con afecciones orgánicas deberíamos ubicarnos en el campo de las psicoterapias. Desde una visión integral del ser humano y desde la multiplicidad de miradas sobre la persona enferma. Cada persona que padece es única así como única es la forma en que podemos ayudarla a tener una vida más saludable. Esto determina la necesidad de diseñar abordajes acordes a cada paciente, a cada situación, a cada problema.

Como vimos en el marco teórico cada psicoterapeuta construye su caja de herramientas. La caja de herramientas utilizada en el contexto del desempeño profesional en la UPS tiene elementos de varios constructos teóricos y teórico-técnicos, procedimientos específicos, recursos, estrategias; para ayudar a las personas a resolver sus problemas. El marco teórico orienta al diagnóstico, la intervención a diseñar, las herramientas a seleccionar. Ha sido equipada a través del desarrollo de una praxis desarrollada a lo largo de los años y de una formación continua.

Si nos ubicamos desde la perspectiva de una síntesis de los aspectos que presentan en común las diferentes definiciones de psicoterapia y los criterios de los tratamientos llamados de "Bona Fide, podemos decir en cuanto a las intervenciones realizadas en la UPS que se realizó una aplicación informada y deliberada de métodos clínicos y posicionamientos interpersonales: se informó a los pacientes de los procedimientos, objetivos y técnicas que se utilizarían y se recabó su consentimiento informado.

Las intervenciones fueron diseñadas en base a principios psicológicos establecidos. El abordaje psicoterapéutico se basa en diferentes desarrollos vinculados a las terapias cognitivo-conductuales, principalmente a los aportes de Ellis y Beck.

Se utilizaron como estrategias diferentes desarrollos:

1. *La desensibilización sistemática de Joseph Wolpe*, (60) cuya idea básica es que la respuesta de ansiedad puede ser inhibida por una respuesta antagónica (la relajación) , y habiendo aprendido el paciente una técnica de relajación se le presenta el estímulo ansiógeno de forma paulatina, de tal manera que el paciente vaya aprendiendo a relajarse ante el estímulo que provoca ansiedad a la situación temida.
2. *La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de Albert Ellis* (61-65): dicho abordaje pone énfasis en el papel de las cogniciones (creencias, pensamientos, imágenes mentales) y su repercusión en las emociones y en el comportamiento. Ellis identificó un conjunto de creencias irracionales (rígidas y poco realista) que determinan la forma en que nos interpretamos a nosotros mismos, a los otros y al mundo. Las creencias irracionales son el conjunto de creencias que no coinciden con la lógica y el método empírico-analítico, no son funcionales para el individuo o suelen ser exigencias absolutistas. Psicoterapia activa, directiva y dinámica, en la que se requiere que el terapeuta ayude al paciente a comprender que su filosofía personal contiene creencias que contribuyen a sus dolores emocionales.

Ejemplos de creencias irracionales:

- Ser amado y aceptado por todos es una necesidad extrema.
- Sólo se puede considerar válido el ser humano si es competente, suficiente y capaz de lograr todo lo que se propone.
- Las personas que no actúan como «deberían» son viles y deben pagar por su maldad.
- La desgracia y el malestar humanos están provocados externamente y están fuera del control de una persona.
- Si existe algún peligro, debo sentirme bastante perturbado por ello.
- Es más fácil evitar las responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente.
- Mi pasado ha de afectarme siempre.

Ejemplos de exigencias absolutistas:

- «Debo hacer todas las cosas bien», «No debo hacer el ridículo».
- «Las personas deben tratarme con amabilidad y ser siempre justos conmigo».
- «El mundo debería ofrecerme una vida cómoda», «No es justo que la vida sea así».

Las personas generalmente creen que sus emociones maladaptativamente exacerbadas son producto de los acontecimientos externos a ellos, cuando en realidad son producto de sus interpretaciones y sobre todo sus valoraciones y exigencias personales. Tras un acontecimiento activador, suceso o situación (llamado momento A), se da lugar el desarrollo de un sistema de creencias (B) a partir de las cuales el sujeto desarrolla emociones, pensamientos y acciones (C: consecuencias). No suelen ser conscientes de ellas y menos aún de que

son irracionales.

El énfasis de la TREC está en:

- ayudar al paciente a cambiar afirmaciones (autoafirmaciones) irracionales autoinducidas por afirmaciones (autoafirmaciones) racionales.
- ayudar al paciente a identificar la emoción dolorosa (ira, ansiedad, desesperanza) que está sintiendo.
- ayudar al paciente a identificar los estilos de pensamiento disfuncionales y los pensamientos automáticos (pensamiento polarizado, generalización, magnificación y personalización, etcétera).

A través de un debate racional emotivo o diálogo socrático (búsqueda de evidencias y refutación de ideas) se logra una reestructuración cognitiva. Que la persona acceda a una interpretación con un efecto más sano y adaptativo respecto a la realidad.

3. *La terapia cognitiva de Aaron Beck (66-67)*: centrada en los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas producto de un inadecuado procesamiento de la información. Las distorsiones cognitivas se presentan la mayor parte de las veces en forma de pensamientos automáticos que reúnen las siguientes características:

- mensajes específicos y discretos.
- taquigrafiados, compuestos por unas pocas y esenciales palabras o una imagen visual breve.
- se viven como espontáneos; se introducen de golpe en la mente.
- menudo se expresan en términos de “habría de, tendría que o debería”.
- tienden a dramatizar y catastrofizar.
- son difíciles de desviar.
- son aprendidos.

Ejemplos de distorsiones cognitivas:

- pensamiento polarizado o dicotómico
- sobregeneralización
- abstracción selectiva o filtro mental
- sacar conclusiones precipitadas
- magnificación y minimización
- catastrofización o visión catastrófica
- negación:
- negativismo
- razonamiento emocional
- debeísmo o «deberías»

4. Otros desarrollos como:

- *Los aportes acerca de la autoeficacia de Albert Bandura (68)*: la autoeficacia se relaciona con las creencias que tienen las personas acerca de sus habilidades para tratar con las diferentes situaciones que se presentan y poder resolverlas y alcanzar las metas que se proponen.

- *Los desarrollos acerca de la asertividad* tanto en el sentido de habilidad social como en su sentido más amplio vinculado a ser una persona emocionalmente sana (69-70)
- *El trabajo sobre la historia de vida de la persona* (71): permite entender a la persona desde su particular punto de vista y su recapitulación constituye una forma de abordaje terapéutico.
- *Herramientas de Mindfulness*. (72): técnicas derivadas de la Filosofía Oriental que utiliza la respiración y el yoga, para ayudar a las personas a ser más conscientes del momento presente y favorecen el reconocimiento de sus pautas habituales de comportamiento en el pensar, sentir y hacer para así poder modificarlas.

La idea central de utilizar este conjunto de herramientas antes descritas, es contribuir al desarrollo en los pacientes de la asertividad, promoviendo una forma diferente de interpretar la circunstancias vitales presentes y pasadas. Generar bienestar a través de la conexión con uno mismo, el desarrollo de la espontaneidad y la creatividad y el estar en el momento presente. Los pacientes cargan con una historia de vida compleja, “pesada”. Cualquier persona que padezca una ECV no ha tenido una vida fácil, eso es lo que pone en evidencia las entrevistas realizadas a pacientes de la UPS. Los problemas empiezan en épocas muy tempranas y continúan durante toda sus vidas. Las condiciones de existencia con anterioridad a la cirugía cardíaca tras un diagnóstico (Caso A) o al infarto (Caso B) presentan factores de riesgo emocional y psicosocial. En el caso de los dos abordajes individuales, el estado mental de ambos pacientes era de un nivel de estrés absoluto y prolongado (crónico) sostenido en un diálogo interno desesperanzador y finalista.

Los objetivos de las intervenciones han estado orientados al trabajo con los factores emocionales y psicosociales presentes en estos pacientes. Se apuntó a modificar conductas, cogniciones, emociones y/u otras características de personalidad. Los abordajes fueron enfocados hacia uno o hacia un grupo de pacientes.

Se estableció una relación profesional en el sentido que los encuentros tuvieron un propósito o sea están orientados por objetivos (no fueron “charlas con amigos”) no obstante se buscó que fuera una relación lo más humana (cálida, empática) posible para permitir que la persona pudiera exponer/se con total confianza y plantear como lo hace el paciente del “Caso “A”: *“Yo le dije a usted cosas que nunca le dije a nadie”*.

Con el propósito de ayudar a las pacientes los abordajes se centraron en sus problemas y en como poder ayudar a resolverlos. El cometido de los abordajes fue siempre en común acuerdo con los pacientes, incluso llegando a que fueran los propios pacientes quienes decidieran los objetivos de la psicoterapia. Así en el último período del abordaje psicoterapéutico grupal, A.T eligió trabajar motivación, alcance de metas; R.G control de las emociones (manejo de la bronca), M.R defensas de sus derechos y M.C mejora en la toma de decisiones.

Siguiendo a Grenavage y Norcross (58) podemos identificar tres aspectos comunes así como muy relevantes en el diseño metodológico de los diferentes abordajes:

Apoyo: sostenido en el marco de la relación terapéutica que constituye la primera medicina (73) con la que cuenta un profesional de la salud. Hace al establecimiento de un vínculo de confianza, empatía (en la cual el otro se sienta escuchado y no juzgado, percibiéndose aceptado tal cual es más allá que la propuesta sea el cambio) y de respeto por su autonomía en la toma de decisiones. En ese sentido forma parte de nuestra caja de herramientas el concepto de *télé* entendido como un sentimiento y/o conocimiento de la situación real de las otras personas. La *télé* permite establecer un vínculo afectivo que habilita una comunicación directa de ida y vuelta. Existiendo desde el primer encuentro va creciendo de encuentro en encuentro. Desde la “*télé*” cuando surgen ruidos en el proceso de comunicación, estos se piensan vinculados a lo transferencial/contratransferencial que distorsiona la situación de encuentro entre el clínico y el paciente a partir de sesgos perceptivos (74).

Aprendizaje: se vincula a transmitir al paciente nuevas formas de verse a sí mismo, a los otros y al mundo y a favorecer la modificación de creencias, actitudes, un manejo diferente de las emociones, al control del estrés. Educar en salud implica brindar información y técnicas provenientes del campo científico (teorías, conceptos, ideas), para ayudar a profundizar en el conocimiento de sí mismo e instrumentar estrategias de modificación o extinción de comportamientos perjudiciales. La educación como medio para transmitir contenidos para pensar y pensarse y aportar herramientas para el manejo de la realidad. Rol de educador del profesional de la salud que habilita la construcción de un conocimiento para la vida, desde el cual poder reflexionar las situaciones prácticas, cotidianas y contribuir al autocuidado, al autocontrol, la autoeficacia en el marco de proyectos de vida saludables y sustentables. Trasmutación de paciente a consultante, en el cual el empoderamiento del sujeto redundará en la asunción de la responsabilidad por la propia salud.

Acción: motivar al paciente a autoobservarse y reflexionar acerca del propio comportamiento. A hacer cambios en su vida: enfrentar sus miedos, asumir desafíos, comprometerse en nuevos proyectos, disminuir o extinguir conductas no saludables. Brindar confianza en cuanto a que se pueden lograr cambios, favorecer el desarrollo de la autoconfianza, la autoestima y la autogestión.

De acuerdo con Epicteto (35 D.C - 135 D.C.) se puede decir que «Los hombres no se perturban por causa de las cosas, sino por la interpretación que de ellas hacen». Estas interpretaciones están directamente vinculadas con la historia de aprendizaje de las personas. La psicología cognitivo – conductual esencialmente didáctica concibe a la conducta, al comportamiento como resultado de los procesos de aprendizaje. Siendo así, en el espacio psicoterapéutico, se busca que los pacientes aprendan repertorios comportamentales adaptativos a las circunstancias vitales que no se aprendieron naturalmente o desaprendan esquemas conductuales aprendidos no favorables y en su lugar adquieran otros que si lo sean. Se motiva al

paciente a autoobservarse y reflexionar acerca de su situación vital y se le ofrece información científica para hacerlo, favoreciendo la autogestión y la autoeficacia. Como decía Blaise Pascal (1623-1662) “Generalmente las personas se convencen más por las razones que descubren ellas mismas, que por las que les explican los demás”. En síntesis en el espacio psicoterapéutico, dicho en forma coloquial se busca “Enseñar a pescar, no dar pescado”. Que sea el propio paciente quien descubre la causalidad de su realidad y busque modificarla.

En el caso “A”, el paciente presenta un patrón de conducta tipo “A”. Persona muy trabajadora y luchadora, ha salido adelante en base al esfuerzo y ha construido una hermosa familia. No obstante, experiencias tempranas vividas como injustas parecen haber promovido una interpretación de la realidad que lo lleva a presentar una supersensibilidad a lo injusto, llegando a desarrollar “una falacia de la justicia”. Este comportamiento lo lleva muchas veces a actuar como “*Don Quijote contra los Molinos de Viento*”, generando situaciones por demás complejas para él y su familia. Por otra parte, autosuficiente y costándole pedir ayuda, el diagnóstico de su patología y el evento cardíaco fue un impacto que hirió su autoestima y provocó un aumento de su sensibilidad y labilidad emocional. Respetando sus tiempos y favoreciendo los puntos a tratar que el mismo trae a la sesión, se fue construyendo un vínculo de confianza, de respeto y de mucha empatía, llevando al paciente a decir cosas en el espacio terapéutico que nunca le dijo a nadie. Eso parece haber liberado la “presión” acumulada durante muchos años y habilitó presentarle una nueva forma de ver las cosas que poco a poco ha ido permeando los patrones de conducta inadecuados del paciente.

En el caso “B”, ejemplo de patrón de conducta tipo “D” (distrés), se instala el vínculo a partir de la situación crítica de internación, en la cual se acompaña al paciente brindando un sostén que le permita enfrentarla de forma más adaptativa. El alcance del cometido genera en el paciente una respuesta de satisfacción y confianza en el vínculo con el terapeuta y de valoración del espacio de la terapia. Más adelante, ya recuperado de la cirugía, se le motiva a seguir modificando conductas a través de la desensibilización sistemática (86), a enfrentar nuevos desafíos a la vez que se va “recorriendo” su historia de vida para identificar los patrones de aprendizaje que determinan su actual forma de ser y estar en el mundo. Se le propone ver su patología depresiva más que como una causa, como una consecuencia de sus circunstancias vitales. Se apela a su inteligente sentido del humor para presentarle una imagen diferente de sí mismo y motivarlo a reestructurar sus creencias y modificar el manejo de sus emociones. Se intenta que el paciente “suelte su pasado” y comience a vivir en el aquí y ahora de su realidad. Más adelante pensando en los beneficios dada su situación vital y rasgos de personalidad se lo invita a participar de un abordaje psicoterapéutico grupal.

El “Espacio grupal permanente de apoyo psicológico” surge desde la inquietud de brindar asistencia a más pacientes con la atención psicoterapéutica. Su constitución requirió un proceso con ingresos y egresos de pacientes hasta conformar una unidad con una sólida cohesión entre sus integrantes. Han aprendido a escucharse y han aprendido a permitirse expresarse. La

adherencia al grupo asciende prácticamente al 100%. En caso de inasistencia, estas son totalmente justificadas y en lo posible anunciadas con anterioridad. La circulación del afecto parece haber funcionado como amortiguador frente a situaciones difíciles que han debido enfrentar algunos de sus integrantes. Algunos de los pacientes han padecido otras situaciones de enfermedad, hospitalizaciones y cirugías donde han atravesado complicaciones. Se instrumentó acompañamiento y psicoprofilaxis quirúrgica. El profesional funcionó de nexo entre quien no podía concurrir al grupo y el grupo. Llama la atención en estos pacientes, la superación de situaciones de salud realmente críticas así como la buena evolución posterior, al punto (según dichos de los propios pacientes) producir asombro entre los médicos tratantes.

En concordancia con una postura cualitativa de interpretación de la realidad, se le solicita a los pacientes, en una forma muy abierta, que evalúen en sus propias palabras (indicadores subjetivos) lo que se había venido trabajando. Se destaca la presencia de :

- *Una disminución de la intensidad y frecuencia de los síntomas (ansiedad, depresión, estrés) .*
- *El desarrollo de la autoobservación y la reflexión (“Ha profundizado más en el conocimiento de sí mismo”, “100% para pensarme”, “ ver una forma de mí que nunca había visto antes”, “entenderse a uno mismo “)*
- *Los cambios cognitivos (“Nunca se lo dije; pero cuando vine a verla tenía ideas muy feas”)*
- *Los cambios en el manejo de las emociones (“ Antes me sentaba frente a la pared y comenzaba a llorar sin poder parar”, “autocontrolarme”, “Ahora escucho primero y si creo que tengo que cambiar, freno”.*
- *El desarrollo de comportamientos más asertivos: “Cobrando mayor confianza en si mismo”, “Me dio fuerzas para defenderme”. “Enfrentar mejor las situaciones difíciles”. “Tener iniciativas propias”, “ Progreso en la toma de decisiones”, “ He hecho más cosas desde que vengo a verla a usted que en los últimos 20 años”*
- *Un mayor bienestar: “sonríe mucho mas”, “Yo le dije a usted cosas que nunca le dije a nadie y eso me hizo mucho bien”, “ Antes me sentaba frente a la pared y comenzaba a llorar sin poder parar”.*

7. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

La enfermedad ECV es la tercera causa de muerte en el mundo, sobre todo en los países en vías de desarrollo.

Los factores de riesgo presente en la ECV como se ha podido establecer son múltiples. En consecuencia los pacientes con ECV requieren abordajes integrales, multidisciplinarios y multifactoriales que atiendan a los factores de riesgo biomédico pero también emocionales y psicosociales.

Los rasgos de personalidad, la depresión, la ansiedad, las situaciones vitales estresantes, la falta de soporte social se asocian tanto al desarrollo como a la progresión de la ECV. Muchas de las situaciones personales generadoras de factores de riesgo se encuentran presentes antes y después del inicio de la patología cardíaca. El paciente con ECV “vive una realidad (objetiva y subjetiva) que afecta su corazón”.

Un paciente con ECV seguramente requiera un cambio en muchos comportamientos y en su actitud frente a las condiciones de vida responsables de sus estados de salud y enfermedad. Adecuada orientación con acompañamiento psicológico para modificar creencias, desestructurar prejuicios, mejorar el manejo de sus emociones. De un abordaje que le permita aprender a conocerse y a conocer los factores de índole biológico, emocional, psicológico, cultural que afectan a su salud y lo motive y eduque para disminuirlos o extinguirlos. Requiere de una psicoterapia.

Se ha planteado que la psicología-médica estaría en condiciones de diseñar e instrumentar dispositivos psicoterapéuticos acordes a la problemática de los pacientes en el marco de los servicios de salud. Al contar con un paradigma integral, cuenta con una caja de herramientas con recursos profesionales y humanos adecuados.

Los dispositivos psicoterapéuticos diseñados en la UPS cumplen con los criterios de las definiciones de psicoterapia y de los tratamientos "Bona Fide". Permiten establecer un adecuado sostén, favorecen el aprendizaje y la autonomía y motivan a la acción (autogestión) del paciente.

Los procedimientos reúnen las características de que:

- implicaron la intervención de un terapeuta que trabajó en colaboración con los pacientes para desarrollar habilidades que permitan identificar y lograr flexibilizar y modificar pensamientos disfuncionales
- se ayudó a ver a los pacientes que su percepción del mundo en un determinado momento es sólo una de las posibles formas y no necesariamente la más enriquecedora.
- se buscó ayudar a los pacientes a aprender a cuestionarse estos modelos del mundo.

- se motivó a desarrollar pensamientos alternativos y formas alternativas de ver y enfrentar las situaciones que resultaban problemáticas a los pacientes en el mundo real.
- se centró mayoritariamente en el presente
- el terapeuta se valió de diversas estrategias tales como el diálogo socrático, el testeo de hipótesis, la exposición.
- esencialmente didáctica se utilizó la psicoeducación. Se brindó a los pacientes información sobre sus problemas y padecimientos y sobre cualquier aspecto que se entendió relevante.

La evaluación a través de indicadores subjetivos de los procesos y resultados de los abordajes instrumentados tanto a nivel individual como grupal muestra que se han producido cambios. Los resultados apuntan además, en dirección al cumplimiento de los objetivos planteados en las diferentes estrategias de intervención. Los pacientes presentados en este trabajo, personas adultos mayores con hábitos de comportamiento muy arraigados en creencias muy firmes, lograron modificaciones de su comportamiento cognitivo, emocional, conductual positivos.

Si bien no es posible relacionar los resultados biomédicos de los pacientes respecto a su ECV con las intervenciones psicoterapéuticas realizadas, cabe señalar que tanto los pacientes que recibieron intervenciones psicoterapéuticas individuales y/o grupales vienen presentando resultados de sus paraclínicas y de evolución de su patología muy adecuados. Algunos de ellos, incluso, habiendo transitado situaciones de intervenciones quirúrgicas respecto a otro tipo de patologías, han mostrado una muy buena adaptación a la situación de internación y evolución de su situación de salud.

Indudablemente esto alimenta la curiosidad por investigar:

- el posible impacto que las intervenciones psicoterapéuticas pueden tener en la buena evolución de la ECV.
- identificar aquellas herramientas más eficaces a la hora de disminuir o eliminar factores de riesgo emocional y psicosocial en la ECV.

Por último decir que la psicoterapia es ciencia y arte conjugado a través de la “magia” del encuentro con el otro, en una relación lo más profesional y al mismo tiempo, lo más humana posible.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Muñiz, M. Estudios de caso en la investigación cualitativa. [Internet]. México: División de Estudios de Posgrado Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Psicología; 2010 [Citado 19 jun 2019]. Disponible en: https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/1_estudios-de-caso-en-la-investigacion-cualitativa.pdf
- (2) González González, N. Reforma en salud: entre el modelo biomédico y el carácter social de la salud. Atención a pacientes diabéticos no insulino dependientes. Convergencia [Internet] 2008 [Citado 19 junio 2019]; 15(46): 143-168. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352008000100007&lng=es&tlng=es.
- (3) Engel, G.L. La necesidad por un nuevo modelo médico: un reto para la biomedicina. Science [Internet] 1977 [Citado 25 junio 2019]; 196 (4286):129-36. Disponible en: <http://www.drannejensen.com/PDF/publications/The%20need%20for%20a%20new%20medical%20model%20%20A%20challenge%20for%20bio%20medicine.pdf>
- (4) Morales Calatayud F. Introducción a la Psicología de la Salud. Buenos Aires: Paidós;1999.
- (5) Laham M. Escuchar al corazón. Psicología cardíaca. Actualización en Psicocardiología. Buenos Aires: Lumière; 2006.
- (6) Dapuetto, J.J.; Varela B. Modelos y Praxis Psicológicos en la Medicina: La Psicología Medica [Internet]. Montevideo: [citado 5 junio 2019], p. 1-2. Disponible en: <http://www.psicologiamedica.org.uy/pdfs/modelos-y-praxis.pdf>
- (7) Von Bertalanffy L. Teoría general de los sistemas. Fundamentos, desarrollo, aplicaciones. México: Fondo de Cultura Económica; 1976.
- (8) Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. [Internet]. 2019 - [citado 5 junio 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- (9) Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. [Internet]. 2019 - [citado 13 julio 2019]. Disponible en: https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- (10) Banegas, J.R, Villar, F.; Graciani, A.; Rodríguez-Artalejo F. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en España. Rev Esp Cardiol Supl.[Internet] 2006 [citado 5 junio 2019]; 6(G): 3-12. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/epidemiologia-las-enfermedades-cardiovasculares-espana/articulo/13113730/>
- (11) Texas Heart Institute. Factores de riesgo cardiovascular. [Internet]. Houston: texasheart.org [citado 5 junio 2019]. Disponible en: <https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/factores-de-riesgo-cardiovascular/>
- (12) Curto, S.; Prats, O.; Ayestarán, R. Investigación sobre factores de riesgo cardiovascular en Uruguay. Rev. Méd. Urug. [Internet]. 2004 [citado 20 mayo 2019]; 20(1):61-71. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902004000100007&lng=es

- (13) Fernández-Abascal, E.G.; Martín Díaz, M.D; Domínguez Sánchez, F.J.; Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema* [Internet]. 2003 [citado 20 mayo 2019] ;15(4):615-630. Disponible en : <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=72715416>
- (14) Perea Quesada, R. La educación para la Salud, reto de nuestro tiempo. *Educación XX1* [Internet]. 2001 [citado 20 mayo 2019];(4):0. Recuperado de: http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=70600403https://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=858-mopece6&Itemid=688
- (15) Leon, AS; Franklin, BA; Costa, F; Balady, GJ; Berra, KA; Stewart, KJ et al. Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease: An American Heart Association Scientific Statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity), in Collaboration with the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. [Internet]. USA: PubMed;2005 [citado 5 junio 2019]. Disponible en: <http://ahajournals.org>
- (16) Ryden, L; Martin, J; Volqvartz, S. The European Heart Health Charter: towards a healthier Europe. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* [Internet] 2007 [citado 22 mayo 2019]; 14(3):355- 356. Disponible en: <https://www.escardio.org/The-ESC/Press-Office/Press-releases/The-European-Journal-of-Cardiovascular-Prevention-Rehabilitation-becomes-the-E>
- (17) Piepoli, MF; Hoes, AW; Agewall, S; Albus, C; Brotons, C; Catapano, A; et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart Journal* [Internet] 2016 [citado 22 mayo 2019]; 37(29), 2315-2381. Disponible en: <http://ahajournals.org>
- (18) Fondo Nacional de Recursos. Medicina Altamente Especializada. Programa de Prevención Secundaria Cardiovascular. [Internet]. Uruguay: FNR [citado 22 mayo 2019]. Disponible en: http://www.fnr.gub.uy/sites/default/files/programas/Prog_cardio_descrip_detallada.pdf
- (19) Plaza, I; García, S; Madero, R; Zapata, MA; Perea, J; Sobrino, JA et al. Programa de prevención secundaria: Impacto en el riesgo cardiovascular. *Rev Esp Cardiol* [Internet] 2007 [citado 23 mayo 2019]; 60 (2): 205-208. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-secondary-prevention-program-impact-on-articulo-resumen-13099469>
- (20) Brotons, C; Ariño, D; Borrás, I; Buitrago, F; González, ML; Kloppe, P et al. Evaluación de la eficacia de un programa integral de prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular en atención primaria: estudio PREseAP. *Aten Prim* [Internet] 2006 [citado 23 mayo 2019]; 37

- (5): 247-306. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-evaluacion-eficacia-un-programa-integral-13086317>
- (21) Suárez, PA ; Barragán, EF ; Álvarez, OM. Impacto de los Programas de Rehabilitación Cardíaca sobre los Factores de Riesgo Cardiovascular en Prevención Secundaria. Rev Med [Internet] 2015 [citado 23 mayo 2019]; 23(2): 41-49. Disponible en: <Http://Www.Redalyc.Org/Articulo.Oa?Id=91044134005>
- (22) Royo-Bordonada, MA; Armario, P; Lobos Bejarano, JM; Pedro-Botet, J; Villar Álvarez, F; Elosua, R et al . Adaptación española de las guías europeas de 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Gac Sanit [Internet]. 2017 [citado 23 mayo 2019]; 31(3): 255-268. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112017000300255&lng=es.
- (23) Herdy, AH; López-Jiménez, F; Terzic, CP; Milani, M; Stein, R; Carvalho, T et al . South American Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention and Rehabilitation. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2014 [citado 16 de abril 2019] ; 103(2Suppl1):1-31. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2014003000001&lng=en.
- (24) Rozanski, A; Blumenthal, JA; Davidson, KW; Saaob, PG; Kubzansky, L. The epidemiology, pathophysiology, and management of risk factors in cardiac practice. J. Am. Coll. Cardiol. [Internet] 2005 [citado 16 de abril 2019]; 45: 637–651. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109704023903?via%3Dihub>
- (25) Dimsdale JE. Psychological stress and cardiovascular disease. J Am Coll Cardiol. [Internet] 2008 [citado 16 de abril 2019];51(13) :1237–46. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109708002581?via%3Dihub>
- (26) Rodríguez-Rodríguez T. Factores emocionales en el abordaje de las enfermedades cardiovasculares. Valoración actualizada desde la Psicocardiología. Revista Finlay [Internet]. 2012 [citado 15 de junio 2019]; 2(3): 210-214. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/132/>
- (27) Yusuf, F; Hawken, S; Ounpuu, S; Dans, T; Avezum, A; Lanas, F et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study). Lancet . 2004;364(9438):953-62 Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(04\)17018-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(04)17018-9/fulltext)
- (28) Rodríguez-Rodríguez T. Factores emocionales en el abordaje de las enfermedades cardiovasculares. Valoración actualizada desde la Psicocardiología. Revista Finlay [Internet]. 2012 [citado 15 de junio 2019]; 2(3): 210-214. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/132/> p: 208
- (29) Kaptein, I; De Jonge, P; Van Dem Brink, R. Course of depressive symptoms after myocardial infarction and cardiac prognosis:A Latent Class Analysis. Psychosom Med. [Internet]. 2006 [citado 15 de junio

- 2019]; 68(5):662-8. Disponible en: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=16987947>
- (30) Rodríguez-Rodríguez T. Factores emocionales en el abordaje de las enfermedades cardiovasculares. Valoración actualizada desde la Psicocardiología. Revista Finlay [Internet]. 2012 [citado 15 de junio 2019]; 2(3): 210-214. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/132/P:204>
- (31) Friedman, HS; Booth-Kewley, S. Personality, Type A Behavior, and Coronary Heart Disease: The Role of Emotional Expression. Journal of Personality and Social Psychology 1987, Vol. 53, No. 4, 783-792. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/6fac/f711ecd374ac414ca2953d0aa2d6f94f17a9.pdf>
- (32) Denollet, J. DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. Psychosom Med, [Internet]. 2005 [citado 15 de junio 2019]; 67 (1): 89-97. Disponible en: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=15673629>
- (33) Arce Bustabad Sergio. Inmunología clínica y estrés. En busca de la conexión perdida entre el alma y el cuerpo. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2008 [citado 28 de junio 2019] ; 34(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000300018&lng=es.
- (34) Ziegelestein RC. Estrés emocional agudo y arritmias cardíacas. JAMA. [Internet]. 2007 [citado 28 de junio 2019];298(3):324-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17635893>
- (35) American Psychiatric Association (APA).Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. D.S.M. IV., Madrid: Masson; 1995. Disponibel en : <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/psico/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>
- (36) Denollet J. Depression and distressed (Type D) personality: What is their impact on cardiovascular outcomes? Dialogues In Cardiovascular Medicine. [Internet]. 2012 [citado 28 de junio 2019] ;17(2):115-125. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21972324>
- (37) Barefoot, JC; Schroll, M. Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample. Circulation, [Internet]. 1996 [citado 18 de junio 2019] ; 93: 1.976-1.980. Disponible en: https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/01.cir.93.11.1976?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed
- (38) Figueredo VM. Impacto cardíaco de los factores psicosociales productores de estrés. The American J. M. [Internet]. 2009 [citado 18 de junio 2019];122:704-712. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=61757>
- (39) Barra Almagiá E. Apoyo social, estrés y salud. Psicología y Salud. 2004; 14 (2); 237-243. Disponible en: <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/848/1562>
- (40) Smith, PJ; Blumenthal, JA. Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular: epidemiología, mecanismos y

tratamiento. Rev Esp Cardiol [Internet] 2011 [citado 10 junio 2019]; 64(10), 847-950. Disponible en: [https://www.revespcardiol.org/es-
aspectos-psiquiatricos-conductuales-enfermedad-cardiovascular-
articulo-S030089321100594X](https://www.revespcardiol.org/es-aspectos-psiquiatricos-conductuales-enfermedad-cardiovascular-articulo-S030089321100594X)

- (41) American Psychological Association. Entendiendo la psicoterapia. [Internet]. 2019 - [citado 13 julio 2019]. Disponible en: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/entendiendo-la-psicoterapia>
- (42) Norcross, JC. Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness. New York: Oxford University Press: 2011. p. 218.
- (43) Wolberg LR. The Technique of Psychotherapy. New York: Grune & Stratton: 1977.p. 3.
- (44) Bernardi R. ; Defey D.; Garbarino A.; Tutté JC.; Villalba L. Guía clínica para la psicoterapia. Rev Psiquiatr Urug [Internet]. 2004 [citado 18 de junio 2019] ; 68(2):99-146. Disponible en: http://www.spu.org.uy/revista/dic2004/02_guia.pdf p.100
- (45) Gómez G.; Sapiro M. Grupos psicoterapéuticos en Ludopatía: selección de pacientes (corredor terapéutico), altas y bajas, y espacios de mantenimiento (prevención de recaídas). SUPM. [Internet]. 2017 [citado 18 de junio 2019]. Disponible en <http://www.psicologiamedica.org.uy/>
- (46) Gómez G.; Sapiro M.; Coll O. Vicisitudes de un proceso. Psicoterapia de una adicción social. SUPM. [Internet]. 2015 [citado 18 de junio 2019]; P.14-35. Disponible en <http://www.psicologiamedica.org.uy/wp-content/uploads/2015/05/Res%C3%BAmenes-y-trabajos-completos-de-Mesas-de-trabajos-libres.pdf>
- (47) Corey G. Teoría y práctica de la terapia grupal. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1995.
- (48) Frank JD.; Frank JB. Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy. Baltimore: Johns Hopkins University Press: 1991. Disponible en: https://findings.org.uk/docs/Frank_JD_1_findings.pdf?s=eb&r=&sf=sfnos
- (49) Wampold BE.; Mondin GW.; Moody M.; Stich F.; Benson K.; Ahn H. A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: empirically, "all must have prices". Psychol Bull 1997; 122:203-215.
- (50) Ahn HN.; Wampold BE. Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. J Couns Psychol 2001;48:251-257.
- (51) Wampold BE. The great psychotherapy debate: Model, methods and findings Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2001.
- (52) Wampold BE. Psychotherapy: the humanistic (and effective) treatment. Am Psychol. 2007;62:855-873.
- (53) Imel ZE, Wampold BE. The common factors of psychotherapy. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), Handbook of counseling psychology (4th ed.). New York: Wiley 2008, 249-266.
- (54) Anderson T, Lunnen KM, Ogles BM. Putting models and techniques in context. In: Duncan BL, Miller SD, Wampold BE, Hubble MA, eds. The Heart and Soul of Change. 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2010:143-166.

- (55) Wampold, B., Mondin, G., Moody, M., Stich, F., Benson, K. & Ahn, H. (1997). A meta- analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "All must have prizes". *Psychotherapy Bulletin*, 122, 203-215
- (56) Castro Solano. A. ¿Son eficaces las psicoterapias psicológicas?. 2003 [citado 18 de junio 2019]. Disponible en: <file:///Users/gracy/Downloads/DialnetSonEficacesLasPsicoterapiasPsicologicas-5645412.pdf>
- (57) Losada J V. La caja de herramientas del profesional de ayuda. DEBATES IESA. [Internet] 2013 [citado 13 julio 2019]; XVIII (2), 46-49. Disponible en: <http://virtual.iesa.edu.ve/servicios/wordpress/wpcontent/uploads/2014/07/losada-herramientas.pdf>
- (58) Grencavage, L. & Norcross, J. Where are the common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, [Internet]. 1990 [citado 18 de junio 2019] ;21: 372-378 Disponible en: <https://s100.copyright.com/AppDispatchServlet?copyright=American+Psychological+Association&orderSource=APA&startPage=372&author=Grencavage%2C+Lisa+M.%3B+Norcross%2C+John+C.&orderBeanReset=True&contentID=1991-05231-001&volumeNum=21&issueNum=5&title=Where+are+the+commonalities+among+the+therapeutic+common+factors%3F&excluded=False&publisherName=APA&publication=Professional+Psychology%3A+Research+and+Practice&publicDomain=False&endPage=%5Bempty+string%5D&publicationDate=10%2F1990&>
- (59) Beutler L. E. La toma de decisiones de base empírica en la práctica clínica. *Prevención y Tratamiento*. Asociación Americana de Psicología. 2000 [citado 18 de junio 2019]; 3(27). Disponible en: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F1522-3736.3.1.327a>
- (60) Wolpe, Joseph. *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Bilbao: Descleé de Brouwer, 1998.
- (61) Ellis, A., & Abrahms, E. *Terapia racional emotiva: mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad*. México: CDMX Pax.2005
- (62) Ellis, A. (2003), *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Bilbao: Descleé de Brouwer, 2003.
- (63) Ellis, A. y Russell G. *Handbook of Rational-Emotive Therapy*. New York: Springer Publishing. 1977.
- (64) Ellis, A. y Blau, S. *Vivir en una sociedad irracional: una guía para el bienestar mediante la terapia racional emotivo-conductual*. Barcelona: Paidós. 2001
- (65) Ellis, A., & Lega, L. *Cómo aplicar algunas reglas básicas del método científico al cambio de las ideas irracionales sobre uno mismo, otras personas y la vida en general*. *Psicología Conductual*. [Internet]. 1993 [citado 18 de junio 2019] ; 1(1), 101-110. Recuperado de <http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/1993/num1/Como%20aplicar%20algunas.pdf>
- (66) Beck AT.; Rush AJ.; Shaw BF.; Emery, G. *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Descleé de Brouwer, 1983.
- (67) Beck AT.; Freeman A. *Terapia cognitiva de los trastornos de*

- personalidad. Barcelona: Paidós. 1995.
- (68) Bandura, A. Autoeficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual. Bilbao: Desclée de Brouwer. 1999.
- (69) Smith, Manuel J. Cuando digo no, me siento culpable. Barcelona: Grijalbo Mondadori S.A.1977.
- (70) Castanyer, Olga. La asertividad. Expresión de una sana autoestima. Bilbao.1996.
- (71) Idiaquez, Marta; et al. Historia de Vida. Matia Fundazioa. 2013 [citado 3 julio 2019]; Disponible en: http://www.zuzenean.euskadi.eus/s68-contay/es/contenidos/informacion/estadisticas/ss/es_estadist/adjuntos/proyecto_historia_vida_memoria_final.pdf
- (72) Jon Kabat-Zinn, Mindfulness en la vida cotidiana: Donde quiera que vayas, ahí estás. Paidós, 2009.
- (73) Jeammet PH.; Raynaud M.; Consoli S. Manual de Psicología Médica. Barcelona: Masson. 1993.
- (74) Vaimberg Grillo R.; Lombardo Cueto M. Psicoterapia de grupo y psicodrama: teoría y práctica. Barcelona: Octaedro. 2015

9. CURRÍCULUM VITAE (abreviado)

Nombre: Gracy Gómez
Correo electrónico: grapsic@gmail.com

Institución principal
Universidad de la República/ Facultad de Medicina - UDeLaR / Dpto. Psicología Médica / Uruguay

Dirección institucional
Dpto. Psicología Médica Dirección: Hospital de Clínicas piso 15. Avenida Italia 2870 / 11600 / Montevideo , Montevideo , Uruguay
Teléfono: (5982) 48711515 Correo electrónico/Sitio Web: ggomez@fmed.edu.uy / <http://psicologiamedica.blogspot.com/>

- Julio 2019-actual: Facultad de Medicina. Profesora Adjunta Dpto. Psicología Médica.
- 2017: Diploma en Psicoterapia en los Servicios de Salud - Orientación Psicodrama. Escuela de Graduados.
- 2015: Diploma en Psicoterapia en los Servicios de Salud Orientación Intervenciones Psicoterapéuticas en Personas con Afecciones Orgánicas (IPPAO). Escuela de Graduados.
- Agosto 2012-actual: Psicoterapeuta Programa Prevención y Tratamiento del Juego Patológico. Convenio Facultad de Medicina – Casinos del Estado.
- Febrero 2009-abril 2019: Facultad de Medicina.
 - Asistente Dpto. Psicología Médica.
 - Docente de Habilidades Comunicacionales CICS – CBCC1
- 2007: Diploma Terapeuta del Comportamiento. Sociedad Uruguaya de Análisis y Terapia del Comportamiento (SUATEC). Uruguay.
- 2001: Licenciada en Psicología. Facultad de Psicología – UdelaR.