

**ESTRATEGIA DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA PARA FAVORECER EL
AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR CON INFARTO AGUDO DEL
MIOCARDIO**

**TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO ACADÉMICO DE MÁSTER EN ORIENTACIÓN
EDUCATIVA**

ANNALIÉ RODRÍGUEZ RICARDO

HOLGUÍN 2020

**ESTRATEGIA DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA PARA FAVORECER EL
AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR CON INFARTO AGUDO DEL
MIOCARDIO**

**TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO ACADÉMICO DE MÁSTER EN ORIENTACIÓN
EDUCATIVA**

Autora: Lic. Annalié Rodríguez Ricardo.

Tutora: Prof. Titular. Ana Mirtha Torres Tamayo. Dr.C.

HOLGUÍN 2020

“Aprender a envejecer es el arte de la sabiduría y uno de los capítulos más difíciles en el arte de vivir.”

Henri Frederich Amiel

DEDICATORIA

A los adultos mayores del gimnasio de rehabilitación cardiovascular del Hospital Vladimir Ilich Lenin, por ser los verdaderos protagonistas entusiastas y activos de este proyecto.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por ser mi guía, fuente de seguridad y confianza en todos los momentos.

A mis padres y hermano por el apoyo y dedicación en estos años de formación y por el amor incondicional.

A Pedro, gracias por llegar y ser mi apoyo en este maravilloso viaje que es la vida.

A mi tutora Ana Mirtha, por su apertura, orientaciones y apoyo en todo momento. Por su constancia, y por su sonrisa y afecto maternal que estarán siempre en mi corazón.

A María Elena Ayala, ejemplo de educadora. Muchas gracias por sus acertadas recomendaciones y la elaboración de este manuscrito. Por ser también guía durante todo este camino.

A las profesoras Yudith Pupo y Norma Casanova, por su tiempo y ayuda oportuna.

A todos los profesores de la maestría quienes contribuyeron desde el inicio a la realización de este proyecto. A la profesora Aurora por ser fuente de inspiración para perfeccionar mi labor profesional.

Al grupo de trabajo de Psicología del hospital por su disposición de ayuda en mis ausencias y por la motivación de superación, en especial a mi querida profesora y amiga Lourdes Durán por contribuir siempre en mi crecimiento personal y profesional.

Al equipo de rehabilitación cardiovascular y a todos lo que con amor y paciencia se dedican al cuidado y atención de los adultos mayores.

A mis amigos por alentar mis sueños y estar cuando lo necesité.

A todas y todos los que me acompañaron en este proceso de un modo u otro, muchas gracias por todo lo bueno que han dejado en mi.

SÍNTESIS

Uno de los grandes problemas sociales del siglo XXI a escala mundial es el envejecimiento poblacional. En este sentido, Cuba es uno de los países latinoamericanos más envejecidos, lo cual constituye un fenómeno que es preciso enfrentar, pues ello trae consigo el incremento de enfermedades crónicas que presuponen el aumento de cuidados especiales. Entre estos padecimientos, el infarto agudo del miocardio (IMA) adquiere gran significatividad, lo cual hace que el tema abordado resulte de alta pertinencia y actualidad.

La presente investigación tiene como objetivo la elaboración de una estrategia de orientación educativa, que se inscribe en la corriente integrativa, para favorecer el autocuidado en el adulto mayor con infarto agudo del miocardio. Esta se desarrolla en el gimnasio de rehabilitación cardiovascular del Hospital General Universitario "Vladimir Ilich Lenin" y responde a una problemática territorial de alta prioridad.

Se tienen en cuenta presupuestos teóricos contemporáneos sobre el autocuidado como: la práctica de actividades que realizan las personas de forma voluntaria, sus particularidades en la adultez mayor y la orientación educativa. Además, se profundiza en el estado actual del autocuidado en los adultos mayores con IMA, el cual genera un sistema de acciones contextualizadas que emergen a partir del objetivo trazado.

La factibilidad y la pertinencia de la estrategia de orientación se corroboran a través de la implementación de diversos métodos científicos, tanto desde el punto de vista teórico como empírico. Los resultados evidencian una transformación positiva en los sujetos participantes en el proceso investigativo.

ABSTRACT

Population aging is considered one of the greatest problems of the 21st Century in the world. In Cuba, this phenomenon is faced together with the growth of chronic diseases that demand an increase of special care. Among these sicknesses, the acute myocardial infarction takes a great connotation; so, the research theme can be considered pertinent, since it responds to a greatly prioritized problem.

The work aims at the development of an educational strategy to promote self-care in old people that have suffered from an acute myocardial infarction. The strategy has been devised to be implemented in the cardiovascular rehabilitation gymnasium at Vladimir Ilich Lenin hospital in Holguín province.

Contemporary theoretical conceptions about self-care have been taken into account. They support the activities that people should develop voluntarily, their peculiarities in older adulthood with advisable educational guidance; in addition, it delves into the current state of self-care in elderly that generates a system of contextualized actions in accordance with the research objective.

The results of the investigation showed positive changes in all participants; also, the implementation of different theoretical and empirical scientific methods corroborates the feasibility and applicability of the proposal, as well as its possibilities to be used in other contexts with the same objective.

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO 1: FUNDAMENTOS QUE SUSTENTAN LA ORIENTACIÓN EDUCATIVA EN EL AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	7
1.1 EL ADULTO MAYOR. SUS CARACTERÍSTICAS.	7
1.2 EL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO. EDUCAR PARA PREVENIR.	12
1.3 EL AUTOCUIDADO PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD FÍSICA Y EMOCIONAL	15
1.3.1 El autocuidado en el adulto mayor infartado.	19
1.4 LA ORIENTACIÓN EDUCATIVA PARA ESTIMULAR EL AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO.	23
1.5 SITUACIÓN ACTUAL DEL AUTOCUIDADO EN ADULTOS MAYORES CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO.	26
CAPÍTULO 2. ESTRATEGIA DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA PARA EL AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	31
2.1 PRESUPUESTOS TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS QUE SUSTENTAN LA ESTRATEGIA DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA PARA EL AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	31
2.2 ESTRATEGIA DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA PARA FAVORECER EL AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO.	33
2.3 VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA DISEÑADA SOBRE EL AUTOCUIDADO A ADULTOS MAYORES CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO.	65
CONCLUSIONES	70
RECOMENDACIONES	71

INTRODUCCIÓN

La situación demográfica actual en Cuba demanda de objetivos y acciones estratégicas para garantizar la protección del adulto mayor. El impacto de este fenómeno en las diferentes esferas a nivel social, ocupa a las ciencias encargadas de la salud humana asegurar un envejecimiento activo y saludable. Se considera Cuba uno de los países más envejecidos en América Latina. La oleada de personas mayores ya está aquí, y no es una simple ola, sino una marea creciente. En el mundo, el número de habitantes de 65 años y más se habrá multiplicado aproximadamente por cuatro entre 1955 y 2025, y su proporción frente a la población total va a duplicarse (Romero, 2006).

Los estudios revelan que hacia el año 2025 uno de cada cuatro cubanos tendrá más de 60 años, o sea el 25% de la población total y ya en el 2050 uno de cada cuatro se encontrará por encima de los 80 años. El Anuario Demográfico de Cuba (2019) informa que al cierre del 2018, las personas de 60 años y más representan el 20,4 % de la población. La provincia de Holguín se encuentra entre las más envejecidas, lo que constituye el 20,3 % de la población. Este fenómeno ya existe y es preciso enfrentar.

Desde esta perspectiva, el crecimiento de la población envejecida supone no solo un cambio en la esperanza de vida, sino también retos sociales en cuanto a la alimentación, los servicios médicos y la preparación para la vejez con calidad de vida. La tendencia hacia este tipo de población no solo preocupa a economistas, sino a profesionales de la salud, en tanto esta edad es la más proclive a las enfermedades crónicas y a la necesidad de cuidados especiales.

Un alto por ciento de esta población sufre de enfermedades cardiovasculares, las cuales constituyen la primera causa de muerte en Cuba desde hace más de 50 años. Estos padecimientos originan una alta incidencia en los casos de defunción del adulto mayor en la provincia de Holguín. Según Anuario Estadístico de Salud (2019) la cardiopatía isquémica, y dentro de esta, el infarto agudo del miocardio (IMA) tiene una alta prevalencia en la población y la mortalidad, esencialmente en edades avanzadas. El 56% de las muertes en el municipio Holguín han sido por esta causa.

La cardiopatía isquémica se relaciona con diversos trastornos caracterizados por un desequilibrio entre la demanda de oxígeno del miocardio y el suministro del mismo. Dentro de estos se encuentran: la angina de pecho o angor, la muerte súbita y el infarto del miocardio. Esta última entidad médica ha generado un número importante de estudios.

Aunque investigadores como Braunwald (2016); Cecil y Goldman (2013); López de Sá, López-Sendón y Rubio (1999); y Thygesen, Alpert, Jaffe, Simoons, Chaitman & White (2012) han aportado varias definiciones, existe consenso en conceptualizarlo como una necrosis irreversible del miocardio, resultante de una alteración aguda y mantenida del equilibrio entre el aporte sanguíneo miocárdico y las necesidades del mismo. El tratamiento de esta enfermedad es responsabilidad del equipo de salud y de los propios pacientes.

Ante la realidad declarada, el adulto mayor no solo debe enfrentarse y adaptarse a los cambios físicos, psicológicos y sociales que impone el envejecimiento, sino también afrontar enfermedades crónicas como el infarto, que unido al impacto emocional, genera cambios en el estilo de vida de estos sujetos; por eso, se hace necesario emplear vías de orientación que le permitan concienciar sobre su accionar social y su participación activa en procesos de cambios crecientes, respecto a la salud, la enfermedad y su cuidado.

En este sentido, la promoción de salud y la prevención de enfermedades son acciones prioritarias del Ministerio de Salud Pública (MINSAP). A pesar de los esfuerzos que este realiza hacia la prevención de las enfermedades cardiovasculares, centrados en el control de los factores de riesgo y cambios de estilo de vida, se revelan limitaciones en el autocuidado de las personas.

En la adultez mayor el autocuidado ocupa un lugar de primacía para el control de la enfermedad cardiovascular, lo cual forma parte de los cambios que tiene que asimilar el sujeto respecto a su salud y se potencia una amplia variedad de acciones como: la realización de exámenes médicos, la aplicación y supervisión de tratamientos, entre otras, persiste la sostenibilidad de comportamientos de riesgo para la vida en los pacientes. Por esta razón, se reconoce la necesidad de fortalecer el autocuidado para lograr estilos de vida sanos y una mejor calidad de vida en esta etapa.

Desde diversos enfoques varios autores como, Antón citado por Sánchez (2015); Arredondo (2007); Cavanagh (1993); Orem (1993, 2001, 2011); Tobón (2003); Uribe (1999); y Yáñez y Durruty (2005), han aportado sus conocimientos en función de definir y explicar el autocuidado. Orem (2001) lo define como la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar (p. 50). La autora de esta investigación asume la teoría de Dorothea Orem.

El autocuidado es una conducta que se aprende y surge de la combinación de experiencias cognoscitivas y sociales. En los comportamientos se expresan varias condiciones de las personas: motivación, conocimiento, habilidades. Estas condiciones son las que el personal dedicado a la salud debe considerar a fin de que los individuos examinen sus propios hábitos y desarrollen la habilidad de cambiarlos en beneficio propio.

En el adulto mayor, autocuidarse es una práctica que involucra la dimensión emocional, física, estética, intelectual, en las que él debe trabajar cotidianamente para tener un desarrollo armónico y equilibrado. Esto es de vital importancia, ya que involucra a la persona mayor como actor competente capaz de tomar decisiones, controlar su propia vida y asegurar la posibilidad de gozar de un buen estado de salud. Sin dudas, el mismo contribuye al fortalecimiento del potencial de autonomía y de la responsabilidad de sí mismo.

Los procesos educativos con personas mayores adquieren importancia en la actualidad, debido a la necesidad de lograr un envejecimiento activo y saludable (Morales, 2014). En el accionar educativo, la orientación como disciplina juega un papel esencial en los procesos gerontológicos y se convierte en una estrategia para la promoción del autocuidado y el bienestar.

Orientar implica siempre la necesidad de una ayuda para que el sujeto pueda encontrar soluciones a sus problemas. Constituye un proceso potenciador de aprendizajes básicos y crecimiento personal, que permite al adulto mayor con infarto agudo del miocardio intervenir como ente activo en el cuidado de su propia salud y alcanzar bienestar emocional.

A pesar de que la temática es abordada a nivel internacional, nacional y local, son escasas las referencias bibliográficas sobre el uso de la orientación educativa en el tratamiento a los adultos mayores: Casanova, Bayarre, Navarro, Sanabria y Trasancos (2018); Ciano (2011); De la Torre, Cabrera y Báster (2012); Delgado y Núñez (2013); Morales (2014); Sánchez y González (2014); y Sánchez (2017). Es criterio de la autora que la orientación educativa constituye una vía para favorecer prácticas de autocuidado en este grupo etario.

Consecuentemente, es necesario desarrollar estrategias encaminadas a lograr el autocuidado en el adulto mayor, lo cual se hace patente en la provincia de Holguín, en sentido general, y en el gimnasio de rehabilitación cardiovascular del Hospital General Universitario "Vladimir Ilich Lenin", de manera particular. La implementación de métodos investigativos, el análisis de documentos y la experiencia de la autora como psicóloga en el servicio de Cardiología, permite revelar limitaciones tales como:

- Insuficiente estudio acerca de la categoría autocuidado en la Orientación Educativa para el tratamiento del paciente infartado.
- Imprecisiones en las acciones educativas del programa de rehabilitación cardiovascular que reduce la atención integral a los pacientes.
- Escaso conocimiento acerca de la enfermedad y los factores de riesgos coronarios, lo que dificulta la autorregulación comportamental y emocional de los pacientes.

Las limitaciones expresadas develan una contradicción externa que se evidencia entre la necesidad de brindar una atención integral al adulto mayor infartado y la existencia de un programa de atención que pondera los aspectos físicos por encima de los educativos y psicológicos; de ahí que, se declare como **problema científico**: ¿cómo favorecer la orientación educativa para el autocuidado en el adulto mayor con infarto agudo del miocardio?

Lo anteriormente planteado lleva a determinar como **objeto de la investigación**: el adulto mayor con infarto agudo del miocardio.

Para dar solución a la problemática planteada se declara como **objetivo**: la elaboración de una estrategia de orientación educativa para favorecer el autocuidado en el adulto mayor con infarto agudo del miocardio.

Se asume como **campo de acción**: el autocuidado en el adulto mayor con infarto agudo del miocardio.

Para ello se concretan las siguientes preguntas científicas:

1. ¿Cuáles son los fundamentos teóricos y metodológicos que sirven de referentes para la orientación educativa para favorecer el autocuidado en adultos mayores con infarto agudo del miocardio?
2. ¿Cuál es el estado actual del autocuidado en adultos mayores infartados, pertenecientes al gimnasio de rehabilitación cardiovascular del Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin?
3. ¿Cómo estructurar la orientación educativa para favorecer el autocuidado en adultos mayores infartados?
4. ¿Cómo valorar los resultados de la implementación de la estrategia de orientación educativa para favorecer el autocuidado en adultos mayores infartados?

El objetivo investigativo trazado, a partir de la guía orientadora de las preguntas científicas antes enunciadas, exigió el cumplimiento de las siguientes tareas de investigación:

1. Determinar los fundamentos teóricos y metodológicos que sustentan la orientación educativa para favorecer el autocuidado en el adulto mayor con infarto agudo del miocardio.
2. Caracterizar el estado actual del autocuidado en el adulto mayor con infarto agudo del miocardio.
3. Diseñar una estrategia de orientación educativa para favorecer el autocuidado en el adulto mayor con infarto agudo del miocardio.
4. Valorar la implementación de la estrategia de orientación educativa para favorecer el autocuidado en el adulto mayor infartado.

La investigación se sustenta en el método dialéctico-materialista y privilegia el paradigma cualitativo, aunque se combina con el paradigma cuantitativo para el análisis de los resultados.

En el proceso investigativo fueron utilizados diferentes métodos de investigación científica. Dentro de **los métodos teóricos**, se distinguen:

-Histórico-lógico: para el estudio de las concepciones sobre autocuidado, su evolución, las vías, métodos y procedimientos utilizados desde la orientación educativa para el desarrollo del autocuidado.

-Análisis-síntesis: para estudiar la información consultada, elaborar la fundamentación teórico-metodológica de la investigación, interpretar los resultados obtenidos y la elaboración de la estrategia.

-Inducción-deducción: en el establecimiento de generalizaciones que constituyan el sustento teórico de la estrategia de orientación educativa y para su elaboración.

Dentro de los **métodos empíricos** se encuentran:

-Entrevista: a pacientes para determinar el estado actual del autocuidado, al equipo multidisciplinario del gimnasio para conocer la valoración de los mismos sobre las prácticas de autocuidado de los pacientes, y a las familias para conocer la participación de estas en el proceso de rehabilitación.

-Análisis de documentos: permitió revisar historias clínicas para un mejor conocimiento del estado de salud de los pacientes, programa de rehabilitación cardiovascular para investigar las pautas de actuación con el paciente en el período de convalecencia, así como el programa integral del adulto mayor.

-Observación: para obtener información acerca del proceso de rehabilitación, las relaciones que se establecen entre los pacientes y con el personal de salud.

-Encuesta: en la exploración del nivel de autocuidado de los pacientes.

-Criterios de Expertos y Estudio de Casos: para someter a valoración la estrategia de orientación educativa propuesta.

La investigación se realiza en el gimnasio de rehabilitación cardiovascular del Hospital General Universitario "Vladimir Ilich Lenin". La población está constituida por 39 adultos mayores, de ella se toma como muestra a 15 de estos.

La contribución práctica se concreta en una estrategia de orientación que beneficia el autocuidado del adulto mayor con infarto agudo del miocardio a partir de una mejor preparación del equipo multidisciplinario de rehabilitación cardiovascular del hospital Vladimir Ilich Lenin, desde concepciones teóricas contemporáneas que sostienen este proceso.

CAPITULO 1: FUNDAMENTOS QUE SUSTENTAN LA ORIENTACIÓN EDUCATIVA EN EL AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

Este capítulo está dirigido al análisis teórico-metodológico de la orientación educativa, en su concepción integrativa para beneficiar el autocuidado en adultos mayores con infarto agudo del miocardio. Se abordan las características del adulto mayor, el infarto agudo del miocardio, así como aspectos relacionados con la rehabilitación cardiovascular.

1.1 El adulto mayor. Sus características.

Cuando se hace referencia al envejecimiento del ser humano, se alude al proceso natural, gradual, continuo, individual y dinámico que ocurre con el paso de los años, una serie de cambios y transformaciones graduales durante todo el ciclo de vida. Es importante resaltar que no todas las personas envejecen de la misma manera, se produce de manera particular, singular y propia en cada persona. Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como adulto mayor o anciano toda persona mayor de 60 años, subdivididos en las siguientes categorías: tercera edad (60-74 años), cuarta edad (75-89 años), longevos (90-99 años) y centenarios (más de 100 años) (OMS, 2012).

Sin lugar a dudas, el envejecimiento poblacional impone que los mitos y estereotipos negativos asociados a ello, predominantes en épocas muy recientes, estén siendo sustituidos en la actualidad por una visión que convierte esta etapa de la vida en un período de desarrollo, un envejecimiento con bienestar, productivo y saludable. Aun así, el mismo es un proceso de cambios que tiene el organismo a través del tiempo, que comienza mucho antes de los 60 años. Su característica fundamental es la disminución de la capacidad de reserva. Al respecto, Orosa (2014) señala que a lo largo de ese proceso se producen unos patrones de cambio y de estabilidad, así como de desarrollo y declive.

Los cambios propios del proceso de envejecimiento ocurren desde tres perspectivas:

- Cambios biológicos: todos los cambios orgánicos que afectan sus capacidades físicas, asociadas a la edad.
- Cambios psíquicos: cambios en el comportamiento, cognición, afectividad,

autopercepción, conflictos, valores y creencias.

- Cambios sociales: relacionado con las demandas, necesidades, aportes, en íntima fusión con las redes formales e informales donde se puede valorar la repercusión del adulto mayor en la familia y en su comunidad.

En cuanto a las alteraciones, cambios biológicos y funcionales más comunes que se presentan en los adultos mayores se encuentran (Rodríguez, 2006):

- Un enlentecimiento de las funciones generales de los sistemas, que se traduce en una disminución de los reflejos, de los impulsos nerviosos, de la capacidad, disminución de la irrigación sanguínea.
- Falta de elasticidad y flexibilidad que inciden en la capacidad motriz.
- Cambios a nivel hormonal, especialmente de menopausia en la mujer.
- Alteraciones en el sistema sensorial, particularmente la disminución de la visión y el oído. La vista disminuye su capacidad para adaptarse a las distancias extremas y a los cambios repentinos de la luz, se presentan algunas patologías como las cataratas, el glaucoma y la degeneración macular. Por su parte, el oído presenta presbiacusia, pérdida de la agudeza de audición que repercute en la percepción de las zonas de frecuencia tales como la del habla y provoca zumbido ante la exposición del ruido excesivo. Estos síntomas, aunque no impliquen la pérdida de la audición, pueden llevar al aislamiento y limitar sus relaciones interpersonales.
- Igualmente, se hacen menos agudos el gusto y el olfato, ambos muy relacionados con el hábito alimenticio y en el último caso, también con el aseo personal.
- Cambios en la piel, resultado de la falta de hidratación, la falta de elasticidad y la aparición de arrugas.
- Aparición de problemas circulatorios, varicosidad y la acentuación visible de las venas.
- Cambios en la respuesta y rendimiento sexual. Es importante reconocer que en el adulto mayor se presenta respuesta y actividad sexual en correspondencia con la etapa de la vida en que se encuentran.

Si bien es cierto que se sufren cambios biológicos, estos no son los únicos que caracterizan esta etapa, el desarrollo es continuo a lo largo de la vida ya que somos seres biopsicosociales. La adultez mayor presenta como las otras etapas una serie de cambios en la dimensión afectiva, social y cognitiva.

En relación con la esfera afectivo-motivacional existen diferentes prejuicios que pueden estigmatizar a las personas mayores. Rasgos tales como la depresión, la baja autoestima, la rigidez son atribuidas a la vejez; sin embargo, se han reconocido diferencias relacionadas con la afectividad en comparación con las personas jóvenes. Los mayores tienen una mayor regulación de la emoción, un mayor control y mayor riqueza emocional. Ello es corroborado por Orosa (2014) al plantear que el envejecimiento no conlleva necesariamente a un aumento de emociones negativas, y los mayores son más estables que los jóvenes en las emociones positivas (p.112).

De igual manera, la motivación es objeto de estudio en esta etapa. Como se conoce, esta constituye el proceso que regula y orienta el comportamiento. Los estudios realizados en Cuba con los adultos mayores que asisten al Programa Universitario para Mayores (PUMA) revelan la aparición de nuevos motivos y continuidad de otros (Orosa, 2014). En relación con los principales impactos de estos programas de educación se tiene un aumento de su autoestima, motivaciones hacia la búsqueda de informaciones actualizadas y de adquisición de habilidades sociales que les permitan un mejor funcionamiento como individuos. Las ideas expuestas demuestran que la vejez puede ser una etapa de auténtico desarrollo psicológico.

Con respecto a la esfera social es conocida la importancia de las relaciones sociales en la adultez mayor. La presencia de apoyo social y mayor número de contactos sociales favorece el bienestar y la calidad de vida, y al mismo tiempo se asocia con una buena salud percibida. En cambio, eventos trascendentes que acontecen en este período como son: la jubilación, la "abuelidad", la viudez, el nido vacío, pueden afectar la calidad de las relaciones interpersonales.

Sin duda, establecer relaciones sociales adecuadas constituye un factor protector de la salud, a la vez que favorece el bienestar. Debido a la importancia que ello tiene, en Cuba existen escenarios sociales para mayores, entre los que se encuentran los Círculos de Abuelos, Club de los 120 años, Movimiento de Jubilados y Pensionados

atendidos por los sindicatos, Cátedras o Universidades del Adulto Mayor, que ayudan a la interacción social.

Por otro lado, desde el punto de vista cognitivo del adulto mayor, la literatura científica expresa un consenso en cuanto a una disminución de la atención mantenida y un enlentecimiento en el procesamiento de la información. Aunque la memoria a corto plazo es la que con mayor frecuencia se afecta, la memoria a largo plazo, es decir, los relatos de tiempo remoto, forman parte de la identidad del anciano y la refuerzan. Por esta razón, resultan gratos los encuentros con personas de su época y reconstruir con el respaldo de sus pares, el recuerdo evocado.

Al mismo tiempo, los estudios realizados por Long (2010); y Rodríguez (2006) sobre el comportamiento de la inteligencia en esta edad concluyen que es posible estimularla y desarrollarla. Si bien es cierto que en la adultez mayor la inteligencia *fluida* (agilidad mental o capacidad para dar solución a problemas a corto plazo) pierde la eficacia; la *cristalizada*, al estar basada en conocimientos, la experiencia adquirida y la capacidad de juicio, mejora.

Se ha demostrado que las personas disponen de capacidad de aprender a lo largo de toda la vida. Muchas creencias de que para la vejez se ha perdido el 40% de las neuronas o de que el cerebro ya no se desarrolla después de los 40 años, han resultado falsas (Kinch, 2007).

Dada estas características, es importante tener en cuenta la educación y el aprendizaje en el adulto mayor. Por ello, en la obra de Vigotsky principal exponente del enfoque histórico-cultural se encuentran ideas relacionadas con las concepciones de aprendizaje y desarrollo. Para él, el aprendizaje es una actividad social y no solo un proceso de realización individual, una actividad de producción y reproducción del conocimiento mediante la cual el sujeto asimila los modos sociales de actividad y de interacción, los fundamentos del conocimiento científico bajo condiciones de orientación e interacción social (Vigotsky, 1988).

Vigotsky le asigna una importancia medular a las relaciones existentes entre el desarrollo y el aprendizaje. Para él, lo que las personas pueden hacer con la ayuda de otros puede ser en cierto sentido más indicativo de su desarrollo mental que lo que pueden hacer por sí solas. Resulta imprescindible revelar las capacidades reales

del sujeto y sus posibilidades para aprender con ayuda de los demás (Vigotsky, 1988).

La diferencia entre estos dos niveles es lo que denomina Vygotsky (1988) “zona de desarrollo próximo”, que define como "la distancia entre el nivel real de desarrollo, determinado por la capacidad de resolver independientemente un problema, y el nivel de desarrollo potencial, determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz” (p. 37). Aun cuando la tercera edad no fue objeto de estudio de la teoría de L. S. Vigotsky, las categorías desarrolladas como situación social de desarrollo, vivencia, zona de desarrollo próximo, resultan esclarecedoras a la hora de abordar la atención a esta edad. Como se ha podido apreciar el adulto mayor posee potencialidades que se expresan y desarrollan en su interacción con otros adultos y con la sociedad.

Los presupuestos anteriores ayudan a respaldar el ***lifelong learning o aprendizaje a lo largo de la vida***, como un nuevo enfoque y principio orientador del sistema educativo y de los procesos de aprendizaje. Este surge en un contexto impactado por cambios acelerados como la expansión de la tecnología, el aumento de la expectativa de la vida de la población, entre otros. El concepto de aprendizaje a lo largo de la vida se basa en la premisa de que el ser humano tiene capacidad para aprender siempre, en diferentes espacios y diferentes momentos de su vida.

El proceso educativo en edades avanzadas es reconocido por su importancia. Esto se ha puesto en evidencia en disímiles ocasiones, entre las que cabe mencionar (Morales, 2014):

- La Declaración de los Derechos Humanos (1948): establece la educación como uno de los derechos fundamentales de la persona y, por tanto, de los mayores también.
- El informe “La educación encierra un tesoro” (Delors, 1996): formula el principio de la educación durante toda la vida, defendiendo la necesidad de un proceso de aprendizaje continuo, puesto que la sociedad del conocimiento avanza y es preciso dicho aprendizaje para saber manejar la nueva información. Todos deben participar de este proceso, para desarrollar una educación y una sociedad para todas las edades.

- La V Conferencia Internacional de Educación de Adultos (Hamburgo, 1997): trabaja también el principio de la educación a lo largo de toda la vida y lo considera que va más allá de un derecho: se trata de una de las claves del siglo XXI. Además, destaca su importancia en la propiciación de un envejecimiento activo, objetivo este al que van dirigidas actualmente las políticas relacionadas con el colectivo adulto-mayor.
- El Libro Blanco del Envejecimiento Activo (2011): contiene un capítulo dedicado a la “Educación a lo largo de toda la vida”, donde se especifica la conexión entre el proceso educativo y el desarrollo de un envejecimiento activo, así como su relación con otros aspectos como la calidad de vida.
- La celebración del Año Europeo del Envejecimiento Activo (2012): manifiesta en las diferentes iniciativas llevadas a cabo el potencial del proceso educativo para alcanzar un envejecimiento exitoso.

De todo lo anterior se desprende las potencialidades que guarda la adultez mayor para la educación. Esta etapa aunque no equivale a enfermedad, es un período proclive a la aparición de enfermedades crónicas que pueden atentar contra la capacidad funcional de las personas mayores y su calidad de vida. En tal sentido, es preciso ofrecerles oportunidades para el desarrollo personal, convencidos de la capacidad de aprendizaje de estos.

1.2 El infarto agudo del miocardio. Educar para prevenir.

Aunque el envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud y desarrollo socioeconómico, también supone un reto para los profesionales de la salud por la presencia de patologías. Dentro de las enfermedades crónicas, las cardiovasculares son unas de las más frecuentes en el mundo, ocupando los primeros lugares en la morbimortalidad.

En Cuba, las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte desde hace más de 50 años. El Anuario Estadístico de Salud (2019), destaca que el 64,9% de las muertes por enfermedades del corazón ocurre por enfermedades isquémicas, de ellas, el 45,3 % por infarto agudo del miocardio. Del mismo modo, la mortalidad por esta causa es mayor en edades avanzadas. En la provincia de

Holguín, las enfermedades del corazón se encuentran entre las primeras causas de defunción, dentro de las cuales se destaca el evento coronario agudo.

Una de las manifestaciones más elevadas de la enfermedad coronaria es la cardiopatía isquémica. Esta se refiere a diversos trastornos caracterizados por un desequilibrio entre la demanda de oxígeno del miocardio y el suministro del mismo. La causa fundamental es una interrupción del flujo de sangre por las arterias coronarias. Dentro de estas se encuentran: la Angina de Pecho o Angor, la Muerte Súbita, y el Infarto del Miocardio (IMA) (Braunwald, 2016).

En la actualidad, el IMA ha generado un número importante de estudios. Investigadores como Braunwald (2016); Cecil y Goldman (2013); López de Sá, López-Sendón y Rubio (1999); y Thygesen et. al (2012), han aportado diferentes definiciones. No obstante, existe consenso en conceptualizarlo como la muerte de células miocárdicas debido a isquemia prolongada, es el resultado de un desequilibrio entre la demanda y el suministro de oxígeno hacia el músculo miocárdico.

Esta patología es la principal causa de muerte de hombres y mujeres en todo el mundo. La mortalidad en adultos mayores es seis veces superior a la de los menores de 55 años. Estudios como el de Abete, Ferrara, Cacciatore et. Al (1997) afirman que condiciones propias del miocardio del geronte lo hacen más vulnerable ante el proceso isquémico-necrótico.

Los especialistas en el tema, Braunwald (2016); y Cecil y Goldman (2013) coinciden en que esta patología es causa de gran impacto físico y emocional en la persona. El conocimiento por parte del paciente de haber sufrido un infarto de miocardio origina un abanico de reacciones psicológicas. Dentro de las más frecuentes se encuentran: replanteamiento de toda la organización existencial, dificultad en la reincorporación laboral, cambios en las actividades sociales y de ocio, cambios en las relaciones familiares, presencia de síntomas somáticos funcionales y cambios en la actividad sexual (Rodríguez, 2007, 2016).

También existe miedo a padecer un nuevo evento cardíaco, incertidumbre acerca del futuro, irritabilidad y culpabilidad por la conducta premórbida. Del mismo modo, muchos pacientes asumen una actitud de negación de la importancia del episodio

cardíaco y sus consecuencias, así como presencia de cogniciones disfuncionales y erróneas sobre la enfermedad. La ansiedad y la depresión muestran una alta tasa de prevalencia (Arrarte, 2016). La presencia de estas alteraciones psicológicas supone un empeoramiento en el pronóstico, por una peor adhesión de los pacientes al tratamiento, lo que conlleva al aumento de las hospitalizaciones por recaídas e incluso la muerte.

Puede decirse que en la etiología multicausal del infarto del miocardio se describen diversos factores de riesgo de tipo genético, biológico, nutricional, ambiental, psicológico y social, todos ellos (salvo la edad, el sexo y la herencia) con un componente conductual importante, tal es así que las causas últimas de la patología coronaria son fundamentalmente conductuales (Rodríguez, 2007). Se le llama Factor de Riesgo a toda característica o circunstancia determinante de una persona, o un grupo de personas que, según los conocimientos que se poseen, asocia a los interesados a un riesgo anormal de sufrir un proceso patológico o de verse afectados por tal proceso (OMS, 2020).

Dentro de los factores de riesgo modificables no solo se encuentran la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el tabaquismo, la obesidad, el sedentarismo, sino también factores psicológicos que se pueden controlar como el estrés, la depresión, la ansiedad, la ira, la personalidad tipo A, D. También se consideran otras características sociales como nivel socioeconómico bajo, estado civil, y aislamiento social también se incluyen. Estas afirmaciones confirman que las altas tasas de morbilidad cardíaca pueden prevenirse mediante la promoción de estilos de vida saludables y la adquisición de habilidades que permitan el control de los factores de riesgo emocionales.

Dentro de la amplia gama de ciencias encargadas de cuidar la salud humana se encuentra la rama de la Psicología, la que fue fundada en el 1978 bajo el nombre de Psicología de la Salud. La misma, desde sus propios inicios, estudia la manera en que los factores orgánicos, sociales, ambientales e incluso de los factores de estilo de vida afectan el estado de salud o enfermedad de una persona. Una de las grandes áreas de actuación de la Psicología de la Salud lo constituye la Educación para la salud. Esta puede definirse como la preparación del individuo para conocer

su organismo (su fisiología) desde el punto de vista físico, mental y social, y su ambiente de vida desde el aspecto ecológico y social (Knapp, 2005).

Ahondando en este tema, Grau y Guibert (1997) expresan la necesidad de fortalecer las capacidades de la población para participar conscientemente en las decisiones que afectan su vida y para optar por estilos de vida saludables a partir de una cultura de salud que modifique aquellos valores, creencias, conductas, emociones, actitudes y relaciones que dificultan su desarrollo. En este sentido, la promoción del autocuidado en los adultos de edad avanzada contribuye a la adopción de comportamientos que los hagan más saludables e independientes.

1.3 El autocuidado para la atención a la salud física y emocional

La potenciación del autocuidado permite el logro del bienestar físico y psicológico pues mantiene y desarrolla una serie de medidas de conservación de la integridad de sí mismos como también las funciones básicas de otros. El proceso de autocuidado se establece desde que se tiene plena conciencia de los actos que aseguran la supervivencia para mantener la integridad. El mismo incluye medidas básicas de protección en la conservación de la higiene, la sana alimentación, el descanso, la interacción con el medio, la prevención de riesgos y la adopción de cambios en los patrones de vida cuando se enfrenta a procesos de alteración de la salud.

Desde diversos enfoques varios autores como Arredondo (2007); Cavanagh (1993); Orem (1993, 2001, 2011); Tobón (2003); Uribe (1999); y Yáñez y Durruty (2005) han aportado sus conocimientos en función de definir y explicar el autocuidado. En este estudio, resulta interesante la teoría de autocuidado de Dorothea Orem, valorada como una gran teoría y la cual es asumida en la investigación.

Desde este referente, Orem (2001) define el autocuidado como la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar (p.50). Afirma, por otra parte, que el mismo es la acción que realiza una persona madura a fin de cuidarse a sí misma en el ámbito donde se desenvuelve. De acuerdo con esta autora, constituye una actividad que se aprende y desarrolla a lo largo de la vida, y surge de la combinación de experiencias cognoscitivas y sociales.

El autocuidado se lleva a cabo cuando la persona es capaz de cuidarse por sí misma. Es la acción que describe un modelo y un desarrollo. Cuando se hace eficazmente, contribuye de forma específica a la integridad estructural, funcionamiento y desarrollo humano. Lo expresado afirma que esta conducta no es innata; al contrario, ello implica una asunción de responsabilidad, por ejemplo, en el mantenimiento de la salud a través del aprendizaje de hábitos de vida saludables.

En términos generales, las actividades de autocuidado se aprenden según creencias, hábitos y prácticas que caracterizan las formas de vida del grupo a que pertenece el individuo, pero de igual manera significan la oportunidad de poder cumplir un acto en beneficio de la conservación de la integridad. Para la autora de esta tesis, a partir de lo expuesto, el autocuidado integrado a la salud, expresa la búsqueda de mejores resultados en el establecimiento de prácticas que aseguran el pleno desarrollo de las funciones vitales.

Para el logro de estos objetivos, la teoría del autocuidado presenta tres requisitos necesarios para conservar y desarrollar las funciones vitales y la salud en sentido general. Ellos son: requisitos universales, requisitos de desarrollo y los requisitos de alteraciones o desviaciones de la salud (Orem, 2001).

- **Requisitos universales de autocuidado:** son requisitos comunes a todas las personas, durante todas las etapas del ciclo vital y se refieren al mantenimiento y funcionamiento humano. Se definen ocho requisitos universales que abarcan las dimensiones física, psicológica y social:
 - Mantener suministro suficiente de aire.
 - Mantener suministro suficiente de agua.
 - Mantener suministro suficiente de comida.
 - Proporcionar el cuidado relacionado con los procesos de eliminación y excreción.
 - Mantener un balance entre la soledad y la interacción.
 - Mantener un balance entre la actividad y el descanso.
 - La prevención del riesgo o peligros hacia la vida humana.

- La promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.
- **Requisitos de autocuidado para el desarrollo:** estos requisitos se encuentran asociados a los procesos de desarrollo humano y a las condiciones y eventos que ocurren durante el ciclo de la vida y pueden afectar negativamente. Se refieren a:
 - La conservación de los procesos que permiten la vida y favorecen el crecimiento, dándose consideración a cada requisito universal de autocuidado durante: la etapa intrauterina, el nacimiento y el neonato, la infancia y la adolescencia y las etapas de desarrollo de la edad adulta.
 - La prevención de efectos perjudiciales para el crecimiento y desarrollo humanos. También incluye el cuidado para superar los efectos de situaciones tales como: privación educativa, problemas de adaptación social, pérdida de posesiones o seguridad ocupacional, enfermedades terminales y/o muerte inminente.
- **Requisitos de desviación de la salud:** se derivan de necesidades en caso de enfermedad o problemas funcionales; son desviaciones humanas y, por tanto, se han de realizar acciones para corregir dichas situaciones, la enfermedad en sí misma o sus consecuencias. Se describen seis categorías:
 - Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada.
 - Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos.
 - Llevar a cabo las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación.
 - Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos del tratamiento.
 - Modificar el autoconcepto y la autoimagen para aceptarse a uno mismo en un estado de salud particular.
 - Aprender a vivir con los efectos del estado patológico y del tratamiento con un estilo de vida que fomente el desarrollo personal adecuado.

Los requisitos de autocuidado se conceptualizan como acciones sistemáticas que deben ser realizadas por las personas, con el objetivo de controlar factores humanos

y ambientales que afecten el funcionamiento y desarrollo humano; por tanto, estos requisitos abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales para la vida (Naranjo y Concepción, 2016). El desarrollo de estas acciones de autocuidado cobra mayor relevancia en los adultos mayores, ya que el envejecimiento de la población convoca no solo a los profesionales de la salud, sino a los propios gerontes a lograr un envejecimiento activo o de éxito.

El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de comprender su estado de salud, y sus conocimientos en la toma de decisiones para elegir comportamientos apropiados. El mismo está influenciado por los factores básicos condicionantes (FBC) los cuales son factores internos y externos a los individuos que afectan sus capacidades para ocuparse de su autocuidado. Dentro de estos se encuentran:

- Edad.
- Sexo.
- Estado de desarrollo.
- Estado de salud.
- Orientación sociocultural.
- Factores del sistema de cuidado de salud, por ejemplo: diagnóstico médico y modalidades de tratamiento.
- Factores del sistema familiar.
- Patrón de vida. (Incluye las actividades en las que se ocupa regularmente).
- Factores ambientales.
- Disponibilidad y adecuación de los recursos.

Los autores que abordan el tema del autocuidado como Millán (2010); Naranjo y Concepción (2016); Orem (2001); Sánchez (2015); y Uribe (1999) coinciden en mencionar algunos indicadores mediante los cuales este se manifiesta como: la realización de ejercicios físicos, mantenimiento de una dieta adecuada, hábitos higiénicos y de sueño adecuados, uso correcto de los medicamentos, manejo del estrés, relaciones interpersonales adecuadas, habilidades para establecer relaciones sociales, habilidades para resolver problemas, recreación y manejo del tiempo libre, presencia de redes de apoyo social y la adaptación al medio y a los cambios de

forma flexible. En el caso de los adultos mayores, el autocuidado se asocia también muchas veces con la funcionabilidad (OMS, 2015).

Se devela el autocuidado como un concepto de vital importancia que involucra al adulto mayor como actor competente capaz de tomar decisiones, controlar su propia vida y tener la posibilidad de mantener su estado de salud y bienestar. La presencia del infarto agudo de miocardio presupone acciones de autocuidado por parte de aquellos que la padecen.

1.3.1 El autocuidado en el adulto mayor infartado.

La mayoría de las personas mayores no solo tienen la capacidad física y cognoscitiva para aprender comportamientos de autocuidado, sino también para transmitirlos a otros. Los adultos mayores tienen el potencial de convertirse en sus propios proveedores de autocuidado, en tanto este significa aceptar el cuidado de la propia salud.

Ante la presencia de un IMA es preciso que los pacientes adquieran conocimientos y habilidades para el control de los factores de riesgo coronarios y realicen modificaciones para lograr un estilo de vida cardiosaludable. Los resultados de investigaciones sobre el autocuidado en pacientes con infarto agudo del miocardio, entre ellas: Bayona, Bautista, Buitrago y Correa (2015); Falen y Rodríguez (2014); Mohammadpour, Rahmati, Khosravan, Alami & Akhond (2015); y Ognio y Pimentel (2016) evidencian que el nivel de conocimientos de los pacientes sobre la enfermedad no es suficiente, ni tampoco un gran porcentaje conoce las prácticas de autocuidado para lograr el control de su enfermedad crónica.

Es oportuno comentar, que aún es pobre el abordaje de la dimensión psicológica y social en el estudio del autocuidado, se centra en categorías físicas como los hábitos alimentarios, la práctica de ejercicios físicos, el uso de medicamentos. En Cuba se destaca la investigación realizada por Millán (2010) sobre el autocuidado en el adulto mayor, concluye en su estudio que ser funcional e independiente es una categoría necesaria pero no suficiente para desarrollar el mismo.

Este autor elaboró un instrumento para medir la capacidad y percepción de autocuidado en adultos mayores. Es criterio de la autora que igualmente este cuestionario realza categorías físicas, y no se contemplan otros elementos que en el

orden de lo psicológico y social constituyen indicadores de autocuidado. Las ideas expresadas dejan ver la necesidad de realizar una promoción integral del autocuidado en la atención al adulto mayor infartado.

En este sentido, uno de los tratamientos indicados a los pacientes con IMA es la rehabilitación cardiovascular. Se ha comprobado la eficacia de la misma en la prevención secundaria de la enfermedad, ya que el paciente coronario tiene un riesgo mucho más elevado de sufrir complicaciones.

En 1969, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la rehabilitación cardíaca (RC), como el conjunto de actividades requeridas para proporcionarle a los pacientes con enfermedades cardiovasculares las mejores condiciones físicas, mentales y sociales, de manera que puedan, por sus propios esfuerzos, retornar a la vida en la comunidad lo más normalmente posible (Rivas Estany, García y Andrade, 2016). Este concepto propone una rehabilitación cardiovascular integral, por la influencia de los factores psicológicos y sociales en la enfermedad. Incluye el entrenamiento físico programado, la educación del paciente sobre factores de riesgo coronarios y la atención a los aspectos psicológicos, socioeconómicos y laborales.

Los programas de rehabilitación cardiovascular han demostrado ser el método más eficaz para disminuir la morbimortalidad de las enfermedades cardiovasculares. Dentro de sus principales objetivos se destacan: mejorar la capacidad funcional de los pacientes, elevar la calidad vida, la integración social y lograr estilos de vida cardiosaludables, a través del control de los factores de riesgo. Por esta razón, el Sistema Nacional de Salud Pública insiste en educar a los pacientes en la modificación de sus estilos de vida para mejorar su capacidad física y psicológica, así como favorecer la compensación de su estado de salud general.

La búsqueda bibliográfica pone de relieve los beneficios que posee la rehabilitación cardiovascular a todos los pacientes. Entre estos se encuentran: una reducción de los síntomas, mejoría en la capacidad y tolerancia al ejercicio, disminución del número de fumadores, manejo del estrés y bienestar psicológico; también, se atenúa el proceso aterosclerótico y se reduce el número de hospitalizaciones y mayor control de los factores de riesgo. A pesar de dichos resultados, su implementación en

los diferentes países es muy variable y en la mayoría, resulta insuficiente (Gómez-González A, et al., 2015).

En relación a los pacientes de la tercera edad, la rehabilitación cardiovascular sugiere ser útil y segura. Se evidencia una reducción de la mortalidad y discapacidad, aumento de la capacidad de ejercicio, presenta pocos efectos adversos, mejora los aspectos psicosociales, prolonga la vida independiente y mejora la calidad de vida. Estos logros son similares a los producidos en pacientes más jóvenes.

Convencionalmente, los programas de rehabilitación cardíaca se dividen en tres fases, cada una de las cuales especifica su tiempo de desarrollo y las actividades que deben llevar a cabo los pacientes en su recuperación. La fase I o intrahospitalaria, tiene como objetivo informar al paciente sobre su enfermedad y la evolución, sobre la importancia de la medicación, las medidas higiénico-dietéticas necesarias y la corrección de los factores de riesgo, para así intentar disminuir la estadía hospitalaria. Al mismo tiempo, se explica la necesidad de la rehabilitación cardiovascular y en qué consiste la misma.

En la fase II, también conocida como fase de convalecencia o ambulatoria supervisada, tiene una duración de tres a seis meses y el objetivo principal es lograr un estilo de vida cardiosaludable. Para ello se proponen aumentar la capacidad funcional del paciente para conseguir que este se desempeñe de forma independiente dentro y fuera de su hogar. También se plantea educar al paciente en cuanto a la adquisición de hábitos sanitarios y el control de los factores de riesgo coronario, proporcionar apoyo psicológico al paciente y sus familiares en vista a una recuperación temprana y exitosa a largo plazo. En esta fase se realiza tratamiento integral desde el punto de vista físico y psicológico, con asistencia multidisciplinaria para el paciente y su entorno familiar.

El enfermo se incorpora a esta fase después del egreso hospitalario, en condiciones clínicas estables. Al ingresar a la fase II, es evaluado por el cardiólogo a cargo del grupo y se estratifica en tres categorías de acuerdo con el riesgo (bajo, moderado o alto, según su estado cardiovascular) para luego planear la actividad física adecuada en cada caso (Rodríguez, Navarro y González, 2013).

Igualmente, se afirma que la fase de convalecencia es un período de grandes choques, puesto que es el escenario donde se dan con fuerza y objetividad las grandes modificaciones en la forma de vivir de cada paciente. Para Pinson (2000) constituye el momento más importante para promover el cambio del estilo de vida de los pacientes. En esta etapa la adherencia a la actividad física es indispensable, se realizan ejercicios físicos acordes a cada paciente, los cuales son progresivos y controlados.

En relación a los aspectos psicológicos y sociales de la enfermedad coronaria y la educación del paciente, la literatura convoca a un adecuado tratamiento durante todo el proceso de rehabilitación. La intervención psicológica y educativa hace énfasis en la aceptación de la enfermedad, el abandono del tabaquismo, el seguimiento de la dieta, la ejecución de ejercicios físicos; además, se proponen modificaciones de comportamientos de riesgo, así como características de personalidad contraproducentes para la enfermedad, el manejo del estrés y emociones negativas.

En esta intervención se combinan diferentes técnicas entre las que se encuentran: apoyo psicológico, información, la reestructuración cognitiva, relajación, solución de problemas, bloqueo de pensamiento negativo y retroalimentación. Es preciso plantear que si bien la actuación psicológica y la educación del paciente constituyen pilares de este proceso, aún es insuficiente el uso de ellas durante el proceso de rehabilitación. La mayor parte de la atención va dirigida al componente del ejercicio. En esta etapa se pretende dar solución a limitaciones encontradas en la propia práctica profesional de la autora de la investigación.

Por último, la fase III o fase de mantenimiento comienza tras la finalización de la fase II y dura el resto de la vida. Durante este período se realizan investigaciones periódicas atendiendo fundamentalmente al control clínico de la enfermedad coronaria y de los diferentes factores de riesgo coronario. Incluye, además, un compromiso de por vida con la actividad física y un estilo de vida saludable.

Del estudio bibliográfico realizado emerge el nivel de importancia que se le concede al desarrollo de estrategias encaminadas hacia una actuación integral en la rehabilitación cardiovascular, la cual beneficie el autocuidado de la salud física y

mental en los pacientes. Es desde esta perspectiva que la Orientación Educativa resulta pertinente en el logro de estos objetivos.

1.4 La orientación educativa para estimular el autocuidado en el adulto mayor con infarto agudo del miocardio.

Hoy día adquiere gran valor la educación con respecto a la enfermedad como uno de los eslabones esenciales en el tratamiento de pacientes portadores de enfermedades crónicas. Los procesos educativos con personas mayores cobran cada vez mayor relevancia, motivada entre otros aspectos, por el aumento del número de personas que conforman este sector de población, por la presencia de pluripatologías y la mejor calidad de vida con que se llega a edades avanzadas (Morales, 2014).

En este campo, la orientación educativa ofrece una nueva manera de educar para la prevención de las patologías crónicas. La misma permite orientar los recursos personales y sociales de los sujetos para un adecuado afrontamiento a la nueva situación de salud. Silvia Recarey (2005) manifiesta que la orientación educativa ayuda a promover modos de vida más sanos. Ello se logra a partir del conocimiento de sí mismo, valores compartidos, hábitos de vida, autorregulación, pensamiento crítico, comunicación asertiva, normas de convivencia.

Los estudios dejan ver que la orientación educativa, desde sus inicios, ha sido considerada como un medio capaz de contribuir al desarrollo del individuo. A nivel internacional ha generado polémica y desarrollo, el ejercicio de orientar es un hecho indiscutiblemente vinculado a lo largo de diferentes culturas, el cual ha sido de interés en el de cursar de la vida como alternativa de ayuda, desarrollo personal y social en diferentes contextos.

La importancia concedida a la orientación es alcanzada por el papel que ocupa en garantizar la comprensión por parte del sujeto, de lo que va a realizar antes de emprender la realización de una actividad, cómo ha de proceder, y qué acciones va a desarrollar. Por eso, la orientación educativa se ubica en el proceso de educación de la personalidad, posibilita que las personas a partir de la valoración de sus posibilidades reales, tomen decisiones para la realización de sus objetivos sociales.

Resultan importantes las concepciones de Ortiz (2013) al asumir la orientación educativa como un proceso de ayuda, en consecuencia, con la teoría Vygostkiana

del desarrollo histórico cultural. Esta se concibe, además, como una relación profesional intersubjetiva y como un proceso que se desarrolla mediante el empleo de métodos y técnicas o instrumentos de orientación, donde el sujeto aprende a vivir de una forma más adaptativa en todas las esferas en que se desenvuelve. Es además, una labor necesaria para todas las personas y su énfasis está en la interactividad orientador-orientado para abordar cuestiones de manejo de situaciones, toma de decisiones.

En la literatura pedagógica y psicológica se han formulado muchas definiciones de orientación por reconocidos autores como: Bisquerra (2005); Calviño (2005); Del Pino y Recarey (2006); García (2001); Lautín (2014); Pérez (2007); Repetto (1987); y Velaz de Medrano citado por Recarey (2005). A pesar de la variedad de definiciones, ellas revelan aspectos que convergen:

- La orientación educativa constituye un proceso (educativo) que debe ejercerse desde las primeras edades y durante toda la vida del hombre.
- Se concibe como un proceso de ayuda, en consecuencia, con la teoría Vigotskiana del desarrollo histórico cultural, como una relación profesional intersubjetiva.
- Tiene una finalidad común: el desarrollo personal, social y profesional del individuo en su contexto.
- Los principios de prevención, desarrollo, antropológico e intervención social son los que caracterizan al proceso de orientación.
- En el proceso de orientación educativa se expresa el carácter activo del sujeto, en ambos polos de la relación. El orientador tiene, como, propósito o intención, lograr que se produzcan cambios favorables en el orientado, encaminados al desarrollo de la autodeterminación de este último. Por su parte, el orientado es quien debe llegar a determinadas reflexiones y valoraciones que le permitan por sí mismo la toma de decisiones en las esferas más relevantes de su vida.

En los últimos años, han surgido nuevas tendencias de orientación educativa impulsadas por la influencia marcada del pensamiento social marxista, de la creciente aplicación de la psicología al campo educacional, y de los propios procesos

de transformación de los modelos educativos de la escuela cubana. Según Del Pino (2006), estas tendencias se han caracterizado por tener un carácter más pedagógico y social, a la vez que integran aspectos positivos de las tradicionales.

La corriente integrativa de la orientación es asumida por la autora, por su valor y utilidad en ejercicio de la orientación. También, se toma como postulado teórico-metodológico que sustenta la inserción de la orientación educativa en un proceso de salud.

Es oportuno tener en cuenta los tipos de orientación, en el informe Delors (1996), se mencionan tres tipos: 1) la orientación personal, 2) la orientación profesional y 3) la orientación académica. Se pondera la orientación personal, entendida como el proceso de ayuda a un sujeto para profundizar en el análisis de su situación actual, de las alternativas que se le presentan y de las implicaciones de estas.

En relación a lo anterior, se considera la concepción sobre crecimiento personal de Bermúdez y Pérez (2004) quienes lo definen como el proceso de cambio y transformación que se produce en la personalidad como sistema, que permite un nivel superior de regulación y autorregulación comportamental lo que implica una mejor relación con su medio, con las otras personas y consigo misma (p.130). Precisamente, la orientación personal procura al sujeto un mejor conocimiento de sí mismo, un desarrollo de su madurez personal y un compromiso en la realización de su proyecto de vida y de la clarificación de valores y de la vida afectiva del individuo, así como de la modificación de los aspectos de su personalidad y conducta.

De manera general, la orientación educativa como proceso de mediación, requiere de la ayuda que facilite al sujeto un nivel de realización y un aprendizaje para un mayor nivel de desarrollo en un contexto educativo que lo facilite. En este sentido, el proceso de rehabilitación cardiovascular constituye un espacio de aprendizaje, donde los profesionales de la salud a través de su labor de orientación educativa se convierten en agentes de transformación.

Sin lugar a dudas, la orientación educativa se convierte en un proceso de ayuda, inseparable de la educación. Desde esta posición, dicha orientación no solo pretende brindar información, sino que va más allá y aspira a modificar actitudes o conductas del paciente que le permitan una mejor adaptación a la enfermedad crónica mediante

cambios en sus hábitos de vida, en sus cogniciones acerca de la enfermedad, en la adhesión al tratamiento, y en la detección precoz de recaídas, entre otros; por consiguiente, la acción orientadora debe llevar al adulto mayor a que desarrolle su autocuidado mediante la adquisición de estilos de vida más saludables, y de este modo, elevar su calidad de vida.

La búsqueda bibliográfica realizada revela que pocos estudios abordan la prevención de enfermedades crónicas desde el ámbito de la orientación educativa. Autores como Delgado y Núñez (2013) llevaron a cabo un programa orientación instructiva educativa para la atención al adulto mayor en la casa de abuelos. Por otra parte, García Martín, Arias, Alfonso, Abeledo y Gil (2016), implementaron una intervención psicoeducativa para fomentar estilos de vida salutogénicos en pacientes convalecientes de un infarto de miocardio y López, Veloso, Herrera y Martínez (2008) realizaron un programa psicoeducativo para la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica.

También Casanova, et al. (2018) elaboraron una estrategia educativa dirigida a adultos mayores diabéticos tipo 2 y proveedores de salud. En la provincia de Holguín, Sánchez (2017) realizó una estrategia de orientación educativa para desarrollar estilos de vida saludables en función de favorecer la prevención en los sujetos que acuden a la institución hospitalaria.

Aun cuando la mayoría de los estudios citados no tienen una intencionalidad en la orientación, se toman como referencia por el énfasis en lo psicoeducativo. En la actualidad, el tratamiento de la orientación con adultos mayores es insuficiente, sin embargo, su necesidad y pertinencia son evidentes. Es opinión de la autora que la orientación educativa constituye una manera idónea de intervenir para favorecer el autocuidado en los adultos mayores con una enfermedad crónica como el infarto agudo del miocardio.

1.5 Situación actual del autocuidado en adultos mayores con infarto agudo del miocardio.

A partir de las consideraciones teóricas planteadas se realiza un diagnóstico para conocer el estado actual del autocuidado que presentan los adultos mayores con diagnóstico de infarto agudo del miocardio que asisten al gimnasio de rehabilitación

cardiovascular del Hospital General Universitario "Vladimir Ilich Lenin". Se selecciona como población a 39 adultos mayores con infarto, el total de los que asisten a dicho centro, y como muestra, con un criterio intencional por interés de la investigación, a 15 adultos mayores.

Se emplearon como métodos, entrevista a los adultos mayores (Anexo 2), entrevista a la familia (Anexo3), escala de Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) (Anexo 4), entrevista al equipo multidisciplinario (Anexo 5) la observación (Anexo 6). Se realiza, además, el análisis de documentos como el protocolo de rehabilitación cardiovascular, historias clínicas, programa de atención al adulto mayor.

En este diagnóstico se establecieron las siguientes dimensiones con sus indicadores:
Los adultos mayores:

a) Conocimientos de la situación de la enfermedad:

- Particularidades de la enfermedad.
- Factores de riesgo coronarios.
- Estilo de vida posinfarto.
- Tratamiento farmacológico.

b) Hábitos de vida:

- Práctica de ejercicios físicos.
- Hábitos tóxicos.
- Hábitos de alimentación.
- Hábitos de sueño.

c) Afrontamiento psicológico:

- Manejo del estrés y emociones negativas.
- Autoestima.
- Características de personalidad.
- Adaptación a los cambios.
- Planificación del tiempo.

d) Relaciones interpersonales:

- Familia.
- Amigos.
- Equipo de salud.

Rehabilitación cardiovascular:

a) Sistema de actividades educativas y psicológicas:

- Duración.
- Frecuencia.
- Intencionalidad.
- Asistencia y permanencia.

b) Cambio en el estilo de vida:

- Control de los factores de riesgo.
- Afrontamiento al estrés y a emociones negativas.
- Deshabitación de hábitos tóxicos.
- Integración de los especialistas en el equipo interdisciplinar.

La triangulación de los métodos y técnicas aplicadas permite arribar a los siguientes resultados:

En los adultos mayores estudiados, la capacidad de autocuidado se comporta de la siguiente manera: 2 pacientes alcanzan la categoría alta (13%), 2 (13%) representan un mediano desarrollo de la capacidad y once (66%) presentan baja esta capacidad, por lo que se observa un predominio de limitaciones en este sentido. Se manifiesta una tendencia a un bajo nivel de conocimientos sobre aspectos relacionados con el IMA. La mayoría expresa (60%) que no conocen cuáles son los principales síntomas de la enfermedad. El más referido fue el dolor precordial.

También cuatro pacientes (26%) desconocen su tratamiento, ellos pertenecen al sexo masculino y manifiestan que son sus familiares los que se encargan de suministrarle el medicamento. Se infiere mayor nivel de irresponsabilidad con el tratamiento en los hombres y mayor control sobre la medicación y sus horarios en las mujeres. De igual manera, se constata un bajo nivel de conocimiento en relación con los factores de riesgo coronarios y el estilo de vida posinfarto.

Los factores de riesgo del IMA más conocidos fueron: la hipertensión arterial por 7 pacientes (46%), el hábito de fumar, 9 (60%) y 8 (53%) sobre el consumo excesivo de alcohol. El resto, son deficientemente conocidos. En cuanto a los hábitos de vida, solo 8 pacientes (53%) poseen un conocimiento parcial acerca del estilo de vida a

seguir. Los aspectos más conocidos fueron los referidos a la dieta, hábitos tóxicos y actividad física, pero aún de manera insuficiente.

En relación con los factores de riesgo asociados, de HTA padecen 10 pacientes (66%), son portadores de Diabetes Mellitus 3 de ellos, 20% del total. Once eran sedentarios para un 73% y más de la mitad de los pacientes de la muestra (60%) eran fumadores al infartarse; también, se evidencia que muchos de estos sujetos mantienen conductas de riesgo como inadecuados hábitos nutricionales. Del total, 10 de ellos (66%) expresan alteraciones en el sueño sobre todo después del evento coronario. Se constata que no conocen vías para lograr un buen dormir.

Otros factores de riesgo estudiados lo constituyen la ansiedad, el estrés y la depresión. El 80% de la muestra, 12 pacientes, presentan alteraciones emocionales, síntomas de ansiedad como: nerviosismo, miedo a la ocurrencia de un nuevo infarto, preocupación por la salud, dificultad para relajarse.

Al mismo tiempo, 8 pacientes (58%) presentan depresión. Los síntomas que predominan son los siguientes: tristeza, desesperanza, sentimientos de invalidez, incertidumbre acerca del futuro, pérdida de interés. Solo 3 (20%) no presentan alteraciones emocionales. Los pacientes reconocen que la presencia de estos estados emocionales desfavorables se asocia a tensiones de la vida cotidiana, a la ocurrencia de otro infarto, lo que acentúa la preocupación por su estado de salud cardiovascular. Además, plantean que las limitaciones físicas que impone la enfermedad, y los cambios en su estilo de vida generan estas alteraciones psicológicas. Cuatro pacientes (26 %) poseen creencias desadaptativas con la enfermedad coronaria.

Existe también un uso inadecuado del tiempo libre, 7 pacientes (46%) se dedican poco tiempo a sí mismos, a sus gustos y prioridades, así como a la realización de actividades de esparcimiento y recreación. El análisis de los resultados anteriores muestra que estos elementos obstaculizan el proceso de modificación de actitudes, conductas, y la adherencia terapéutica.

Un resultado positivo en la totalidad de los pacientes (100%) es la calidad de las relaciones interpersonales valoradas como buenas. Estos cuentan con apoyo familiar y social lo que se convierte en un recurso protector de su salud física y mental.

El estudio realizado sobre el programa existente devela su pretensión de lograr la rehabilitación cardiovascular integral del paciente; sin embargo, este posee desbalance en su concepción física, psicológica y educativa. Aunque el programa tiene un carácter multidisciplinario no se explicita cómo realizar el trabajo interdisciplinario, tampoco se describe la frecuencia y duración de las actividades educativas y de manejo psicológico. Por otra parte, el programa no incluye las peculiaridades de la rehabilitación en la tercera edad y no se mantiene la asistencia y permanencia de los pacientes en la rehabilitación durante el tiempo establecido.

Del estudio realizado se consideran regularidades, las siguientes:

- Los pacientes están incorporados a las actividades del gimnasio de rehabilitación cardiovascular.
- Existe un bajo nivel de conocimientos relacionados con particularidades del IMA, factores de riesgo y estilo de vida posinfarto.
- En el grupo predomina la tendencia a un bajo nivel de autocuidado, lo que pone en riesgo su salud.
- Los factores de riesgo emocionales predominantes son: la ansiedad, el estrés y la depresión.
- Existe un uso inadecuado del tiempo libre.
- Prevalece la disposición para el establecimiento de relaciones interpersonales adecuadas.
- Muestran motivación por el autocuidado como una vía para controlar su enfermedad.
 - El programa de rehabilitación cardiovascular plantea la atención integral al paciente, pero la misma se limita en su aplicación, por insuficiencias en el propio documento.
 - No se logran las expectativas para mantener el control de la enfermedad en los pacientes infartados.

Conclusiones del capítulo 1

Los fundamentos teóricos analizados revelan la necesidad de profundizar en esta temática para perfeccionar el proceso de orientación a los adultos. Es necesario tener en cuenta las características de estos al diseñar acciones educativas. Es

importante reflexionar sobre el papel del autocuidado para el afrontamiento a la enfermedad crónica. Los sujetos estudiados presentan una tendencia a un bajo nivel de autocuidado lo que pone de relieve la necesidad de emplear vías de orientación para el fomento del mismo.

CAPÍTULO 2. ESTRATEGIA DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA PARA EL AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

En este capítulo, se presenta la estrategia de orientación, su definición, características, estructura y las acciones de cada etapa. Su ejecución permite preparar, fundamentalmente, al adulto mayor para que asuma el papel protagónico del cuidado de su salud, fortaleciendo su autocuidado.

2.1 Presupuestos teóricos y metodológicos que sustentan la estrategia de orientación educativa para el autocuidado en el adulto mayor con infarto agudo del miocardio

Para la elaboración de la estrategia es necesario comprender este concepto desde la literatura psicopedagógica. Las estrategias se elaboran con el objetivo de dar solución a problemas de la vida práctica, en un menor tiempo y con economía de recursos. Implica además una planificación en la que se produce el establecimiento de acciones encaminadas hacia un fin, lo cual no significa que en un momento pueda variar. En ellas se interrelacionan los objetivos generales y específicos en un plan general con la determinación de la metodología para alcanzarlos. Cajide (1992) considera que la estrategia debe ser diseñada, planificada y evaluada.

Desde el punto de vista pedagógico, muchos son los investigadores que han incursionado en diferentes tipos de estrategias: Sierra (2008); Ortiz (2013); García (2013); Lautín (2014); Gainza (2016); Álvarez (2016); Ramírez (2016) entre otros. Todos confluyen en el enfoque integral de la estrategia, determinada por objetivos que atraviesan etapas, pasos y acciones a emprender hacia un fin. Aunque plantean variados tipos de estrategias: estrategia pedagógica, didáctica, educativa, metodológica y escolar, ellos la ubican como un sistema de acciones que permite la transformación del proceso en el cual se inserta, desde un estado real hasta un estado deseado.

Por otra parte, Ortiz y Mariño (1996) ofrecen características que en el proceso pedagógico poseen las estrategias: flexibilidad, susceptible al cambio y adecuación de sus alcances por la naturaleza pedagógica de los problemas a resolver, tener un gran nivel de generalidad de acuerdo con los objetivos y los principios para la educación de la personalidad. Igualmente, debe estar constituida por una secuencia de pasos, acciones o algoritmo de trabajo que se relacionen con las funciones de dirección. Incluyen, además, el diagnóstico inicial y final para alcanzar la certeza científica en la solución de los problemas.

En el ámbito de la salud, los estudios demuestran que las estrategias educativas influyen positivamente en los adultos mayores, estos consideran a la salud como un factor importante de calidad de vida. Los mismos son susceptibles de ser motivados a aprender para mejorar su estado de salud. Por la naturaleza del objeto y el campo de esta investigación, se diseña una estrategia de orientación, con el fin de potenciar el autocuidado.

En la revisión bibliográfica realizada por la autora, se encuentra como referente de estrategia de orientación, la aportada por Ramírez (2016) quien la concibe como: *conjunto de acciones orientacionales de carácter progresivo, que teóricamente fundamentada, planificada de modo sistemático y ejecutada por profesionales, desde la relación teoría-práctica pretende lograr determinados objetivos a corto, mediano y largo plazo en respuesta a las debilidades detectadas en un sujeto o grupo* (p. 62).

Esta definición se asume en la presente investigación y en correspondencia con la concepción de este autor se determinan las características de la estrategia de orientación:

- Las acciones que se instrumentan están fundamentalmente dirigidas a los adultos mayores con infarto agudo del miocardio para favorecer su autocuidado.
- Está constituida, de manera sistémica, por etapas cada una con una secuencia de acciones orientacionales que permiten su inserción en el programa de rehabilitación cardiovascular.
- Es flexible en su estructuración al ajustarse a las particularidades de este grupo etario y al proceso de rehabilitación cardiovascular.

- Precisa aspectos teóricos, metodológicos y prácticos que favorecen la actuación profesional del equipo de salud del gimnasio de rehabilitación cardiovascular por lo que se potencia la interdisciplinariedad.
- Es dinámica en su elaboración, ejecución y evaluación, además, propicia que los adultos mayores participen de forma consciente.

En la estrategia también se tienen en cuenta los procedimientos y las técnicas distintivas del proceso de orientación educativa:

Reflexión grupal: a través de la discusión del contenido orientacional seleccionado a partir del diagnóstico. Esta técnica debe tener una preparación previa, que garantice la motivación y la participación de los pacientes.

Reforzamiento: para favorecer la toma de conciencia del adulto mayor sobre sus potencialidades y posibilidades para solucionar problemas a favor de la salud.

Diálogo: para socializar saberes, experiencias, vivencias, emociones, modelos, valores, alternativas de solución.

Apoyo: utilizar la palabra pueda ser capaz de transmitir emociones positivas, confianza, seguridad, respaldo, simpatía para que el adulto mayor continúe adelante en el proceso de orientación con vista a lograr el cambio.

La persuasión: apoyado en el sistema reflexivo del paciente, en el razonamiento mesurado, que debe propiciar la polémica, la argumentación, y la meditación.

Lo anteriormente expresado ayuda a elaborar una estrategia que contribuya al autocuidado del adulto mayor, a prepararlo para que asuma el papel protagónico del cuidado de su salud. La misma se diseña a partir de la definición asumida y los referentes teóricos estudiados.

2.2 Estrategia de orientación educativa para favorecer el autocuidado en el adulto mayor con infarto agudo del miocardio.

La estrategia se elabora en correspondencia con lo que plantea la rehabilitación cardiovascular y los referentes de la orientación educativa desde la corriente integrativa, por lo que en su dinámica tiene en cuenta los siguientes aspectos:

- La concepción del diagnóstico como un proceso que permite el conocimiento integral del adulto mayor.

- Un objetivo general que integra el sistema de conocimientos explicitados en las acciones orientacionales.
- La selección de los contenidos de orientación y métodos, teniendo en cuenta el diagnóstico y el objetivo a alcanzar.
- La evaluación se concibe como un componente que permite valorar los logros alcanzados e ir retroalimentando cada una de las etapas.

El programa de rehabilitación cardiovascular del Hospital Lenin no refleja cómo realizar la educación y el manejo psicológico del paciente cardiovascular. El equipo multidisciplinario acordó crear el espacio para desarrollar las actividades educativas una vez a la semana. Este momento permite la inserción de la orientación educativa en el programa de rehabilitación. La particularidad que adquiere la orientación psicológica mediante la estrategia es que permite que el psicólogo de la salud pueda realizar la labor de prevención secundaria con todos los pacientes de forma grupal y no solo con aquellos tributarios de una atención psicológica individual. El énfasis en la educación facilita una mejor aceptación de la patología cardiovascular. El proceso de orientación se integra en la intervención psicológica.

La estructuración general de la estrategia se centra en acciones que dan solución al **problema investigativo** a resolver: cómo favorecer el autocuidado en el adulto mayor infartado.

El **objetivo general de la estrategia** es favorecer el autocuidado del adulto mayor con infarto agudo del miocardio para lograr un afrontamiento adecuado a la enfermedad. A continuación, se precisan cada una de las etapas de la estrategia y su explicación.

- Etapa I. Sensibilización
- Etapa II. Diagnóstico
- Etapa III. Acciones orientacionales
- Etapa IV. Seguimiento y control

PRIMERA ETAPA: SENSIBILIZACIÓN

Objetivo: sensibilizar a los adultos mayores con infarto agudo del miocardio con la necesidad de autocuidado.

Organización y desarrollo.

Esta actividad se organiza con los adultos mayores infartados y el equipo multidisciplinario de salud (cardiólogo, fisiatra, fisioterapeuta, enfermera y psicóloga) implicado en el programa de rehabilitación cardiovascular. Se toma en consideración el debate acerca de los resultados del diagnóstico de la investigación y las ideas o concepciones rectoras que sustentan el mismo. Se colegia tiempo y lugar para el desarrollo de las acciones de la etapa tres.

Acciones orientacionales:

- Reconocer la necesidad del tratamiento del autocuidado tanto físico como psicológico en el proceso de rehabilitación cardiovascular.
- Determinar las acciones de autocuidado en correspondencia con la etapa de la vida en que se encuentra y en el orden personal. Se expresa en la práctica de ejercicios físicos, cumplimiento del tratamiento farmacológico, control de los factores de riesgo tanto los tradicionales como los emocionales, y modificaciones saludables en el estilo de vida.
- Establecer la relación que existe entre el autocuidado y la presencia de síntomas físicos, emocionales, hábitos tóxicos asociados a la enfermedad cardiovascular.

SEGUNDA ETAPA: DIAGNÓSTICO

Objetivo: caracterizar el autocuidado en el adulto mayor con infarto agudo del miocardio.

Organización y desarrollo.

Para la inserción del paciente en el programa de rehabilitación cardiovascular debe tenerse en cuenta la valoración clínica del cardiólogo de asistencia. A partir de la valoración clínica y psicológica se exploran las posibilidades de los pacientes para realizar acciones de autocuidado. El diagnóstico del autocuidado permite explorar el nivel de conocimientos de los pacientes acerca de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, así como del estilo de vida a seguir después del infarto agudo de miocardio. Pretende, además, indagar en la presencia de emociones negativas y las estrategias de afrontamiento empleadas.

Los resultados del diagnóstico son tomados en consideración para el manejo individual y grupal de los pacientes. El diagnóstico sistemático facilita la

retroalimentación constante en la ejecución de la estrategia; además, se mantiene implementado el autodiagnóstico y la verificación de los saberes en cuanto a qué tengo que cambiar y cómo obtener el estado deseado.

Acciones:

- Determinar indicadores para el diagnóstico.
- Seleccionar los métodos e instrumentos.
- Delimitar el estado actual del autocuidado.
- Aplicar y tabular los resultados obtenidos.
- Revisar el programa de rehabilitación cardiovascular del hospital "Vladimir I. Lenin", con el objetivo de analizar el modo en que se puede implementar el proceso de orientación para favorecer el autocuidado en los adultos mayores
- Determinación del eje de orientación: El fortalecimiento del autocuidado.

TERCERA ETAPA: ACCIONES DE ORIENTACION

Las acciones orientacionales se conciben para favorecer el autocuidado en los adultos mayores que asisten al gimnasio de rehabilitación cardiovascular del hospital Lenin.

Objetivo: favorecer el autocuidado en el adulto mayor infartado para un adecuado afrontamiento a la enfermedad.

Organización y desarrollo.

En esta etapa se ofrece un conjunto de acciones para el desarrollo del autocuidado. Las mismas permiten la apropiación de conocimientos y mecanismos de regulación emocional para la modificación de actitudes y estilos de vida.

Las actividades a desarrollar se diseñan a partir de los resultados del diagnóstico y de las necesidades educativas de los adultos mayores. Se realiza un análisis del programa de rehabilitación cardiovascular del hospital, el que declara como objetivo general la prevención secundaria de la enfermedad y la elevación de la calidad de vida de los pacientes.

Los contenidos que se tratan están relacionados con la enfermedad. Se abordan los factores de riesgo de los padecimientos cardiovasculares, el estilo de vida a seguir después del infarto. Al adecuar la percepción de riesgo, se promueve la adherencia

terapéutica, expresada no solo en el cumplimiento del tratamiento farmacológico, sino también en la adopción de modificaciones saludables en los hábitos de vida.

También se enfatiza en el papel de las emociones en las enfermedades cardíacas y la necesidad de aprender a regularlas. De manera particular se trata la ansiedad, la depresión, el estrés y se redimensiona el papel mediador que desempeña la personalidad en la regulación de la respuesta emocional. Todos estos contenidos se articulan con la importancia del autocuidado como elemento indispensable dentro del proceso salud-enfermedad.

Se realizan las actividades de forma grupal por las posibilidades que brinda el mismo como facilitador del cambio. Se organiza el local con los medios necesarios para el desarrollo de todas las actividades. En todo momento se debe propiciar un clima de confianza, estimular la comunicación, así como el empleo de diferentes técnicas de dinámica de grupo. Esta etapa contribuye a que el adulto mayor concientice la necesidad de cambio para un adecuado control de la enfermedad crónica.

Acciones:

- Determinación de los contenidos para diseñar las acciones:
 - Aspectos relacionados con el IMA, factores de riesgo modificables y no modificables y estilos de vida pos-IMA.
 - Ejercicios físicos y hábitos de sueño.
 - Hábitos tóxicos, hábitos alimenticios.
 - Estrés, emociones negativas.
 - Autoestima, características de personalidad.
 - Relaciones interpersonales. Papel de la familia como agente facilitador en el proceso de cambio y en la modificación de factores de riesgo.
 - Planificación del tiempo.
 - Sexualidad en el cardiópata.
- Lograr que cada encuentro sea un espacio de aprendizaje y de intercambio de la experiencia de cada uno de los participantes en el proceso de aceptación de la enfermedad.
- Involucrar a los pacientes en varias acciones de orientación que le aporten conocimientos relacionados con la enfermedad, habilidades para el manejo de

emociones negativas, reflexionen sobre su nueva situación de vida después de padecer la enfermedad cardiovascular y estimulen la conciencia sobre la necesidad de cambio.

- Promover la reflexión sobre la responsabilidad individual en su autocuidado para la prevención secundaria de la enfermedad.

Desarrollo de las acciones de orientación:

Acción orientacional 1

Tema. Un intercambio necesario.

Objetivo: activar la motivación de los adultos mayores para su participación en los diferentes encuentros que se convocan por el equipo multidisciplinario del gimnasio de rehabilitación cardiovascular.

Determinar en conjunto cómo organizar los diferentes encuentros y la manera de abordar los contenidos orientacionales.

Medios: tarjetas con refranes incompletos.

Escenario: gimnasio de rehabilitación cardiovascular

Técnicas: “Los refranes”

Procedimiento: este encuentro constituye un momento esencial, el cual se realiza a partir de los resultados obtenidos en el diagnóstico y las necesidades básicas de aprendizaje de los adultos mayores para favorecer su autocuidado. Se crea un clima psicológico adecuado, se estimula la autenticidad y el respeto mutuo.

Para la presentación de los participantes se emplea la técnica: “los refranes”. Esta técnica tiene como objetivo, propiciar que los sujetos se conozcan, comience a formarse el grupo de trabajo y estimular a la reflexión sobre refranes populares, y la comunicación entre los sujetos.

Se introduce la actividad conversando acerca de los refranes y el mensaje popular que encierran. Se invita a los miembros del grupo a reflexionar sobre uno de ellos.

Más adelante, se entregan las tarjetas con el inicio y el final de refranes. Se pide un voluntario para que lea en voz alta el inicio de un refrán y a otro su continuación. Después ambos exponen sus criterios acerca del mismo. De esta forma se hace con el resto, hasta terminar con la participación de todos los sujetos del grupo.

Se estimula a los dúos que analizaron cada refrán a la comunicación entre ellos para darse a conocer uno al otro, es decir, intercambiar sobre sus características, aspiraciones, motivaciones y otros aspectos personales. Finalmente, cada miembro de la pareja presenta a su compañero y lo caracteriza delante del grupo para propiciar la interrelación entre ellos.

Refranes:

- Árbol que nace torcido..... jamás su tronco endereza
- Hijo de gato..... caza ratones.
- Nadie sabe las vueltas..... que da una llave.
- Dime con quién andas..... y te diré quién eres.
- Siempre que llueve.....escampa.
- No todo lo que brilla.....es oro.
- Quien siembra vientorecogerá tempestades
- Nunca es tarde.....si la dicha es buena.
- Tan tarde llegó el sombrero.....que ya no encontró cabeza.
- Con la cuchara que escojas..... con esa tendrás que comer.

En este momento se tiene en cuenta el encuadre, se realizan reflexiones sobre las causas que originan el encuentro, su necesidad e importancia. Luego, se solicitan opiniones y puntos de vista, a partir de la presentación de la estrategia y de los contenidos orientacionales previamente elaborados.

Teniendo en cuenta las sugerencias de los participantes se incluyen, varían o suprimen diversos temas en correspondencia con sus necesidades. En consenso se determinan las condiciones organizativas para el desarrollo: frecuencia, duración, lugar, fecha y hora del próximo encuentro.

Por último, se escuchan las opiniones de los pacientes y se propician valoraciones generales en un momento de reflexión final, donde, además, se crean las condiciones para el próximo encuentro. Se les orienta que cualquier duda, aclaración o necesidad de abordar un contenido determinado pueden acercarse para incluirlo en las acciones.

Acción orientacional 2

Tema: Soy cardiópata, ¿cómo cuidarme?

Objetivo: reconocer los factores de riesgo (FR) del IMA y estilos de vida cardiosaludables, como elemento inicial en el tratamiento de la modificación de actitudes y comportamientos perjudiciales.

Medios: material impreso con la fábula “El roble” (Anexo 7).

Escenario: gimnasio de rehabilitación cardiovascular.

Contenido de orientación: aspectos relacionados con el IMA, factores de riesgo modificables y no modificables y estilos de vida pos-IMA.

Técnicas: lluvia de ideas, la fábula.

Procedimiento: para iniciar el encuentro se realizan las siguientes interrogantes, las cuales se planifican a partir de los resultados obtenidos en el diagnóstico.

¿Qué es un infarto agudo del miocardio?

¿Cuáles son los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares? ¿Son todos modificables?

¿Consideran que deben realizar cambios en su estilo de vida? ¿Cuáles?

Se escucha la mayor cantidad de criterios y se les dará respuesta a las interrogantes durante el encuentro. Mediante una lluvia de ideas se pregunta a los pacientes si conocen qué implica la palabra cardiópata, refiriéndoles que no habrá respuestas negativas.

Después de escuchar las posibles respuestas, se explica que ser cardiópata significa padecer de forma crónica una enfermedad del corazón; por ejemplo:

- Haber sufrido infarto agudo del miocardio (IMA).
- Angina de pecho.

¿Estas enfermedades se heredan o se adquieren?

Algunas enfermedades del corazón pueden tener como causa un defecto congénito (se nace con ellos) y otros se adquieren después, en el curso de la vida, el individuo puede tener una predisposición familiar (herencia familiar). Los factores externos contribuyen a desencadenarla, a esto le llaman factores de riesgo (FR).

¿Factores de riesgo? ¿Qué son?

Son factores que elevan la posibilidad de padecer de alguna enfermedad coronaria.

Existen dos grupos:

I. Factores de riesgo no modificables:

Historia familiar; es decir existen personas en la familia que han padecido del corazón.

- Sexo masculino: Los hombres enferman más del corazón que las mujeres.
- Edad: Hombres mayores de 45 años.
Mujeres mayores de 55 años.

Estos factores no pueden modificarse, pero si los asociamos a los que sí podemos cambiar, la posibilidad de enfermar es mayor.

2. Factores de riesgo modificables: Son los que podemos cambiar por voluntad personal.

Factores de riesgo propiamente dichos: hábito de fumar; alcoholismo; café en exceso; sal en exceso; grasa animal; obesidad; hipertensión arterial; diabetes mellitus; estrés; características de la personalidad; hipercolesterolemia.

Luego se le propone a cada paciente que identifique los factores de riesgo que poseen y también de forma grupal cuáles son los que más prevalecen, con el objetivo de fomentar una adecuada percepción de riesgo. A continuación, se enfatiza en la importancia que tiene el control de estos factores de riesgo y realizar modificaciones en el estilo de vida como un recurso para el control de la enfermedad cardiovascular y para potenciar la salud.

Se sugiere el **estilo de vida posinfarto agudo del miocardio**:

- Evitar esfuerzos físicos grandes.
- Evitar emociones fuertes y estrés y adecuado manejo.
- Práctica de ejercicios físicos.
- Jerarquizar tareas.
- Dieta saludable.
- Eliminar hábitos tóxicos.
- No tener coito antes del tiempo señalado.
- Acudir a un especialista si se presentan dificultades en las relaciones sexuales.

Al finalizar, se señala que todos estos elementos que se han abordado se pueden agrupar en la categoría “autocuidado” que expresa la práctica de actividades que los individuos realizan por sí y para sí mismos, para mantener la vida, la salud y el bienestar. Se refuerza el autocuidado de la salud para la prevención de recaídas o complicaciones de la enfermedad y para lograr una longevidad satisfactoria.

Por último, se da lectura a la fábula “El roble”, se realiza el debate grupal sobre la enseñanza que aporta la lectura, esta tiene como mensaje la necesidad de aceptar los cambios y cómo lograrlos. Se agradece la participación en la actividad y se solicita a los pacientes que reflexionen sobre las modificaciones que pueden hacer en su estilo de vida para analizarlas en el próximo encuentro.

Acción orientacional 3

Tema: A favor de un estilo de vida sano: ejercicios físicos y hábitos de sueño.

Objetivo: valorar la importancia de la práctica de ejercicios físicos y hábitos de sueño adecuados para el buen funcionamiento del sistema cardiovascular.

Medios: pizarra

Escenario: gimnasio de rehabilitación cardiovascular.

Contenido de orientación: ejercicios físicos y hábitos de sueño.

Técnicas: ¿qué piensas tú?, respiración diafragmática.

Procedimiento: se comienza con el debate de las respuestas dada por algunos adultos mayores en cuanto a las modificaciones que deben realizar en su estilo de vida. Posteriormente, se afirma que la práctica de ejercicios físicos es uno de los tratamientos de probada eficacia para la evolución favorable de cualquiera enfermedad crónica.

Luego se realiza la técnica participativa: “¿Qué piensas tú?”. Se listan en una pizarra algunas proposiciones para que los participantes analicen si son verdaderas o falsas:

- a) __ Los adultos mayores con infarto agudo del miocardio no pueden realizar ejercicios físicos.
- b) __ Los ejercicios físicos deben ser planificados por un profesional capacitado.
- c) __ La inactividad física se asocia con la depresión, la demencia, las pérdidas cognoscitivas y la dependencia.
- d) __ Los ejercicios físicos pueden producir, entre otras cosas, dolor en el pecho,

sensación de falta de aire, endurecimiento de las articulaciones.

- e) __La realización de ejercicios físicos ayuda a mantener compensadas las enfermedades crónicas.
- f) __Los ejercicios físicos ayudan al cuerpo a responder positivamente ante el estrés, lo que mejora considerablemente el humor.

Se realiza la discusión de las proposiciones donde cada paciente comenta su criterio. A continuación, se le pide a uno de los pacientes que lleve más de dos meses en rehabilitación que exprese los beneficios que para él han tenido los ejercicios físicos desde el punto de vista físico, emocional, y social.

En este momento se les habla del **pulso de entrenamiento (PE)**. Este debe ser previamente calculado por el cardiólogo y consiste en la frecuencia máxima que debe alcanzar el paciente durante el ejercicio físico. Se explica la importancia que tiene conocer el PE de cada paciente durante el ejercicio, o en cualquier actividad de la vida cotidiana que demande esfuerzo y la necesidad de que cada uno de forma independiente aprenda a tomarlo. Con ayuda del fisioterapeuta, se realiza una demostración a la vez que se explica el procedimiento:

- 1^{ro} Colocar el dedo índice y medio en la fosa radial y sentir el pulso.
- 2^{do} Tomar en 10 segundos la cantidad de pulsaciones.
- 3^{ro} Multiplicar por 6.

Seguidamente, se promueve una reflexión sobre la asistencia de los pacientes al gimnasio. Aquellos que no han tenido una asistencia sistemática, establecen un compromiso personal para mejorar este aspecto. Se ponderan los beneficios de los ejercicios físicos en el programa de rehabilitación cardiovascular mediante las siguientes ideas:

- Optimizan la capacidad para el autocuidado.
- Disminuye la progresión de la enfermedad o la arterioesclerosis.
- Reduce síntomas como angina y disnea en pacientes con enfermedad cardiovascular establecida.
- Mejoran una serie de factores de riesgo coronarios como la hipertensión, aumenta el colesterol HDL (colesterol bueno), ayuda al control del colesterol y los triglicéridos, disminuye la glicemia y disminuye el sobrepeso y la obesidad.

- Incrementan la capacidad funcional y del consumo de oxígeno.
- Logran la reducción del riesgo de padecer otras enfermedades crónicas no transmisibles como la Diabetes mellitus tipo 2, la Obesidad, el Cáncer de la mama, y del colón y la osteoporosis.
- Disminuyen la depresión, la ansiedad, mejora la sensación de bienestar.
- Amplían la capacidad de esfuerzo.
- Aumenta los contactos sociales y la participación social.
- Previenen caídas.
- Favorecen la movilidad articular.
- Reducen el riesgo de formación de coágulos en los vasos y por tanto, de trombosis y embolias.
- Incrementan la calidad del sueño.

Sobre este último beneficio, se argumenta sobre el valor que tiene el sueño en la salud emocional y sistema cardiovascular ya que cumple una función protectora del músculo cardiaco. Para continuar, se les pide a los adultos mayores que digan cómo son sus hábitos de sueño, pues este es uno de los aspectos que más se afecta luego de un infarto, y qué hacer para mejorarlos.

Se debaten las opiniones dadas por los participantes y se resumen las siguientes recomendaciones:

- Todas las personas no tienen las mismas necesidades de sueño, algunas necesitan dormir más y otras menos.
- Las necesidades también son diferentes en las distintas etapas de la vida, los lactantes necesitan dormir mucho, en la medida en que se envejece disminuyen estas necesidades.
- Se debe acostar y levantar todos los días a la misma hora, siempre que se pueda.
- Evitar dormir durante el día y reducir el número de siestas para estar cansado por la noche.
- Cenar siempre a la misma hora y varias horas antes de irse a dormir.
- No tomar bebidas alcohólicas ni excitantes como el café, el té o los refrescos de cola, así como el tabaco antes de irse a la cama.

- Tomar un baño de agua tibia antes de dormir.
- No permanecer despierto en la cama durante más de media hora. Si todavía no puede dormir levantarse, buscar algo que hacer e intentarlo más tarde.
- No mantener conversaciones emotivas antes de ir a la cama o ver programas de televisión que le puedan poner nervioso.
- Intentar realizar actividades relajantes como leer, escuchar música, rezar...
- No ir a la cama recién cenado y no realizar cenas muy copiosas.

Para concluir, se recomienda ejercicios de respiración fundamentalmente la respiración diafragmática, ya que favorece un sueño reparador y mejora la capacidad respiratoria para realizar los ejercicios físicos. Se agrega, también, que cuando se está sometido a situaciones de estrés, una de las primeras reacciones fisiológicas es el incremento o aceleración del ritmo respiratorio, junto con la consecuente aceleración del ritmo cardíaco y la presión sanguínea. Por tanto, esta técnica consiste, además, en revertir el proceso de manera más saludable.

Para ello los pacientes deben seguir los siguientes pasos:

1^{er}. Acostado de cúbito supino o sentado con la espalda derecha.

2^{do}. Relajar los hombros y los brazos.

3^{ro}. Poner las manos en la zona del ombligo.

4^{to}. Concentrar su atención en esa zona.

5^{to}. Inspirar profundamente y expandir el vientre tanto como pueda.

6^{to}. Espirar el aire durante el triple del tiempo que ha durado la inspiración, contraer músculos abdominales. (También puede ejercer presión con las manos sobre el abdomen).

7^{mo}. Recordar que las manos deberán subir al inspirar y bajar al espirar.

8^{vo}. Repetir esta respiración de 10-12 veces seguidas.

Se realiza el ejercicio de forma conjunta para asegurar que todos hayan comprendido cómo realizarlo. Se deja de tarea la práctica de este en el hogar para exponer sus experiencias en la próxima actividad.

Acción orientacional 4

Tema: Un estilo de vida sano.

Objetivos: reflexionar sobre el daño de tener hábitos tóxicos, así como los beneficios de hábitos de nutrición adecuados, como acciones de autocuidado para el control de la enfermedad.

Medios: material impreso.

Escenario: gimnasio de rehabilitación cardiovascular.

Contenido de orientación: hábitos tóxicos, hábitos alimenticios y estilo de vida.

Técnicas: “Si yo fuese” y “Positivo negativo interesante” (PNI).

Procedimiento: se inicia con la revisión de la tarea y se escuchan las experiencias acerca de los ejercicios realizados, se ponen ejemplos. Seguidamente, se refuerzan las ventajas de la técnica respiratoria y se recomienda incorporarla al estilo de vida a partir de ese momento, repitiéndola en bloques de 10-12 repeticiones realizadas de 5-6 veces diariamente. Luego se realiza la técnica de animación “Si yo fuese”.

La técnica consiste en que cada uno/a exprese con qué lugares, objetos, animales, etc., se siente más identificado. Se pregunta a cada participante de forma dinámica las siguientes frases para que estos la completen:

- Si tú fueras un auto, serías un...
- Si tú fueras un lugar geográfico serías...
- Si tú fueras un animal serías un...
- Si tú fueras una música serías... y otras.

Para continuar se comenta que en el encuentro de hoy se seguirán tratando aspectos de interés para lograr hábitos de vida sanos como es la eliminación de hábitos tóxicos y hábitos dietéticos nocivos. Se enfatiza también en el cumplimiento del tratamiento farmacológico para lograr una evolución favorable del estado de salud.

Se realizan las siguientes interrogantes para el debate:

- a) ¿Conoce cuáles son los efectos perjudiciales del cigarro sobre la salud?
- b) ¿Qué acciones ha emprendido para dejar de fumar?

Después de escuchar los criterios se resumen algunas sugerencias para dejar de fumar. Se solicita a aquellos que son fumadores iniciar su práctica y trazarse una

meta para mejorar estos aspectos, lo que debe constituir un compromiso individual. Se destaca que fumar es un factor de riesgo bien establecido, para las enfermedades coronarias tanto en hombres como en mujeres. Se explica que el tabaquismo hace a la persona adicta a la nicotina y cuando no la suministra a su organismo experimenta malestar, ansiedad, desconcentración, irritabilidad. Se añade que no es necesario fumar, es un factor de riesgo para muchas enfermedades, afecta la estética del individuo y también la economía de cada hogar. El dejar de fumar tiene un efecto reversible y no acumulativo sobre el aparato cardiovascular en tanto reduce la mortalidad de un IMA y puede elevar la calidad de vida.

Se ofrecen algunas **recomendaciones** para dejar de fumar:

- Escoja una fecha para hacerlo.
- Disminuya cada día la cantidad de cigarrillos que consume o suspenda su consumo totalmente.
- Analice en qué momento del día usted consume mayor cantidad de cigarrillos y controle su conducta.
- Trate de disminuir el consumo de café u otra sustancia que acostumbre a asociar al cigarrillo.
- Ingiera mucho líquido en el período de abstinencia (período en que se mantiene sin fumar) y fundamentalmente los que contenga VIT C, ayuda a desintoxicar de la nicotina.
- Mantenga ocupada la boca para sustituir la necesidad del cigarrillo con chicle, caramelos, maní, etc.
- Haga ejercicios respiratorios y ejercicios de relajación para controlar la ansiedad que se genera por la falta de nicotina en el organismo.
- Refuerce su conducta con los aspectos positivos que va descubriendo al no fumar, mejora su olfato, su paladar, su economía y a largo plazo su salud.

Posteriormente se realiza la lectura del caso “Los hábitos alimenticios de Rosa”.

Rosa es una mujer de 66 años de edad, quien desde hace 5 años padece de hipertensión arterial. Además, hace más o menos 3 meses se le diagnosticó un infarto agudo del miocardio (IMA). Los doctores que atienden a Rosa se encuentran satisfechos ya que ella sigue todas las instrucciones médicas sobre todo respecto a

la dieta que debe cumplir. En su hogar, se cocina con poca grasa y sal, también, prioriza el consumo de frutas y vegetales. Ella ha eliminado de su dieta alimentos que contengan mucha harina o azúcar como pan o dulce. Aunque convive con dos enfermedades crónicas se las arregla para mantenerse compensada, por lo que puede llevar una vida normal en la que sus padecimientos no constituyen una limitación.

Se realizan las siguientes preguntas para que los participantes respondan mediante una lluvia de ideas.

- ¿Los hábitos de Rosa son favorecedores de su salud? ¿Por qué?
- ¿Cuáles son las conductas de Rosa que le están permitiendo llevar una vida normal?
- ¿Qué cambios debería realizar en su dieta para mejorar su estado de salud?

Luego se sintetizan los criterios planteados a través de algunas ideas fundamentales.

Se ofrecen ideas sobre **la dieta** que se deben conocer:

- Las calorías que aportan los alimentos y de ellas cuáles son provenientes de las grasas.
- Para considerar un producto bajo de grasa no debe contener más de 3 gramos de grasa en cada porción.
- % de Valor diario: Se refiere a la relación entre la cantidad de grasa de una porción del producto y la cantidad total de grasa que se puede ingerir prudentemente.
- Busque alimentos que tengan un 5% o menos de valor de grasa total.
- Eliminar las grasas saturadas de la dieta en la mayor cantidad posible.
- Toda esta información se puede recibir de la etiqueta de los productos que se compran. No se le pide dejar de comer, sino que modifique la forma de comer.

Se ofrecen los siguientes **consejos para una dieta saludable**:

- No comer más de tres yemas de huevo a la semana, la clara libremente. El huevo de codorniz es rico en colesterol bueno HDL por lo que no está limitado su consumo.
- Ingestión abundante de líquidos, pues el adulto mayor con frecuencia se olvida de esto y se deshidrata con facilidad.

- Sustituir el consumo de carne res, cordero y de puerco, por el pescado y el de aves quitándole a esta siempre la piel.
- Cambiar el hábito de freír los alimentos, por el hervir, asar en cazuela, al horno o a la parrilla.
- Consumir poca cantidad de embutidos y carnes en conserva (salchichas, jamón, mortadela).
- Consuma diariamente frutas frescas y sin faltar los cítricos.
- No se limite en el consumo de la mayoría de los vegetales.
- Limitar el consumo de alcohol y café.
- Consumir condimentos naturales: cebollas, ajos, ajíes, etc.
- No agregar sal cruda a los alimentos y a la hora de cocinarlos utilice la sal a discreción.

Se ofrecerán medidas dietéticas para el hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia:

Hipercolesterolemia:

- Limitar el consumo de grasa animal.
- El aporte alimentario no debe ser mayor de 300mg por día.
- Los alimentos con alto contenido de fibra vegetal tienen influencias positivas sobre los lípidos sanguíneos.
- Es recomendable el consumo regular de pescado.

Hipertrigliceridemia:

- Reducir el peso corporal.
- Evitar las grasas saturadas.
- Disminuir los alimentos ricos en carbohidratos.
- No consumir alimentos ricos en azúcar y frutas muy dulces.
- Evitar el consumo de alcohol.

Finalmente se pregunta a los pacientes que mantienen hábitos tóxicos cuáles de ellos van a escoger este día para comenzar a modificar sus comportamientos de riesgo. Se orienta de tarea traer una receta de cocina con ingredientes saludables para el próximo encuentro. Se cierra con la técnica participativa Positivo, Negativo, Interesante (PNI).

Acción orientacional 5

Tema: ¿Puedo enfrentar la vida más calmado?

Objetivo: estimular el uso de técnicas psicológicas y de desactivación fisiológica para un adecuado afrontamiento del estrés y emociones negativas.

Medio: tarjetas con el poema "Elegí la vida" (Anexo 8).

Escenario: gimnasio de rehabilitación cardiovascular.

Contenido orientacional: estrés, emociones negativas.

Técnicas: respiración diafragmática, entrenamiento autógeno de Shultz, terapia racional emotiva (T.R.E), estrategia de solución de problemas (SOLVE), despedida

Procedimiento: se comienza con la revisión de la tarea realzando la importancia de realizar estas comidas saludables en el hogar y se elogiarán las recetas más creativas. Luego, se distribuyen las tarjetas con el poema "Elegí la vida" para comentar sus opiniones. Se trasmite que el mismo enseña a aceptar el pasado y vivir el presente.

Seguidamente, se presenta la siguiente interrogante: ¿Cómo me siento después del infarto? Para continuar se pide a tres pacientes del grupo que de forma espontánea analicen cómo se han estado sintiendo después que enfermaron y qué emociones les ha generado sentirse en esta nueva posición ante la vida. A partir de las respuestas, se argumenta que las emociones aparecen cuando la persona alcanza una respuesta adaptativa a situaciones problemáticas en su entorno, y como determinadas emociones facilitan la solución del problema, en tanto otras la entorpecen. Estas poseen un impacto sobre los procesos fisiológicos y la salud física de las personas.

Se añaden resultados investigativos que demuestran la asociación de trastornos asociados a la cardiopatía; tales como, la depresión, la ansiedad, el estrés. Ello queda justificado por el estrecho vínculo que se establece entre el sistema Nervioso y el Sistema Cardiovascular. Es conocida, además, la relación del estrés y la aparición de enfermedades cardiovasculares como la HTA, el infarto agudo del miocardio, la falla cardiaca y las arritmias.

Por otra parte, se argumentan los efectos que tienen las emociones negativas y el estrés sobre el sistema cardiovascular, los cuales se inscriben en el aumento de la

presión arterial, y del gasto cardiaco, la taquicardia, un mayor consumo de oxígeno en el miocardio, así como el aumento del flujo sanguíneo. Se precisa que estas tienen un impacto negativo en la evolución de la enfermedad cardiaca y compromete la calidad de vida a la vez que agrava la percepción de su estado de salud, además de presentar menor adherencia al tratamiento.

Una vez referido el papel que juegan las emociones negativas y el estrés en las enfermedades cardiovasculares, se reflexiona acerca de la importancia que reviste aprender a regularlas. Primero es necesario poder identificarlas, para después asumir conductas adecuadas en su enfrentamiento; en tanto, ayuda a evitar desequilibrios en el funcionamiento cardiovascular. Posteriormente, se pide al grupo analizar lo que hacen para manejar sus emociones. Después que se escuchen todas las respuestas posibles, se explican algunas técnicas psicológicas de utilidad para el control emocional:

Técnica 1. Ejercicio de respiración

Esta técnica de relajación ya fue explicada en otro encuentro. Se destaca que estas formas de respirar ayuda al paciente a estimular y tonificar todo el aparato respiratorio, beneficia la incorporación de oxígeno al organismo y ayuda a liberar tensiones produciendo a su vez una sensación de relajación.

Técnica 2. Elementos del primer ejercicio (sensación de peso) del Entrenamiento Autógeno de Shultz

Antes de explicar su procedimiento, se comenta sus múltiples beneficios. Dentro de estos se encuentran: la tendencia a la disminución del ritmo cardíaco, de extrasístole y taquicardia, tendencia a la disminución del ritmo respiratorio y de la tensión arterial, disminución de la ansiedad, del pulso y del tono muscular del individuo, así como la adquisición de la habilidad de autocontrol en las personas que lo practican.

El lugar para realizar los ejercicios en general debe ser un ambiente tranquilo, sin demasiados ruidos y lejos de los posibles estímulos exteriores perturbantes, con una temperatura adecuada y luz moderada. Para el entrenamiento autógeno se pueden utilizar tres tipos de posiciones:

- Tendido sobre una cama con los brazos y las piernas ligeramente en ángulo y apartados del cuerpo.

- Un sillón cómodo y con brazos; en este caso es conveniente que se utilicen apoyos para la nuca y los pies.
- Posición sentada (de cochero). Sentado sobre una silla, la cabeza ligeramente inclinada hacia delante, las manos y el antebrazo descansan libremente en los muslos y las rodillas, las piernas bien relajadas.

Luego que elija la posición, realizar lo siguiente:

- Cierre los ojos y concéntrese en su brazo derecho.
- Repita mentalmente **el brazo derecho pesa, el brazo derecho pesa cada vez más.**
- Repita esta frase lentamente unas 6 veces.
- Cuando sienta que su brazo derecho pesa realmente, repita mentalmente, **estoy completamente tranquilo.**
- Repita esta frase unas dos o tres veces.
- Finaliza el ejercicio: inspire profundamente, estire las extremidades, abra lentamente los ojos e incorpórese con lentitud.

Recuerde respirar con normalidad durante todo el ejercicio. Sistemáticamente en el resultado de la ejercitación, la sensación de pesantez se obtiene en la mano contraria en las dos manos a la vez en las dos piernas, en las manos y piernas a la vez, en todo el cuerpo.

Técnica 3. Terapia racional emotiva (T.R.E)

En la base teórica de esta técnica está la concepción de que algunas ideas irracionales o distorsionadas de la realidad, en ciertas condiciones o situaciones, pueden producir estados depresivos, ira, sensación de peligro o catástrofe, etc. Estas ideas o creencias adquieren un carácter relevante y sustituyen a los pensamientos o ideas racionales o adecuadas.

Los pensamientos distorsionados indican un reflejo inadecuado y tergiversado de la realidad y una interpretación deformada de los hechos o situaciones que le rodeen. Ejemplo de algunos pensamientos distorsionados presente en personas que han sufrido un infarto del miocardio son los siguientes: "Ya no soy tan útil", "Las personas que padecen del corazón casi no pueden trabajar", "No voy a poder disfrutar la vida",

“ ¿Por qué me tocó sufrir un infarto agudo del miocardio? ”, “Esto no es vida, para vivir así mejor me muero”...

En todos los casos mencionados la técnica TRE se plantea eliminar los pensamientos distorsionados del sujeto y sustituirlos por ideas racionales y adecuadas que le permitan enfrentar de un modo efectivo las situaciones conflictivas, problemáticas o amenazantes para él. El tratar de demostrar la veracidad de estas ideas le va a llevar a refutarlas y a sustituirlas por otras más racionales, por ejemplo:

- Aunque ya no pueda hacer algunas actividades que realizaba antes, puedo hacer otras que me hagan sentir útil.
- Padecer una enfermedad crónica no significa que la vida no tenga sentido. Muchas personas que han infartado realizan actividades placenteras que a la vez son saludables.
- El haber infartado no me convierte en una persona desdichada. A partir de ahora puedo mejorar mis hábitos de vida por otros más sanos.

Se le pide entonces que se imagine la situación de salud a partir de estas nuevas ideas racionales y que diga cómo se siente. Esto es muy importante porque le permite a la persona vivenciar estados emocionales más adecuados a partir de esas nuevas ideas. Las respuestas pueden ser:

- Me siento triste, pero no tan deprimido.
- Estoy preocupado, pero no angustiado.
- No me siento tan ansioso.

Se solicita a los adultos mayores que piensen en alternativas para enfrentar la situación. En este caso podrían ser:

- Pedir información sobre el IMA y limitaciones reales que impone la enfermedad.
- Asistir de forma sistemática a la rehabilitación.
- Buscar otras personas que han padecido de un infarto y pedirle que comportan su experiencia.

Técnica 4. Estrategia de solución de problemas (SOLVE)

Se utiliza en los casos donde los estados emocionales negativos se asocian a la incapacidad para tomar decisiones o cuando se manifiestan sentimientos de

impotencia y frustración. Estos generalmente se deben a problemas o conflictos a los que durante mucho tiempo no se le ha encontrado una solución satisfactoria.

Pasos:

1^{ro}. Identificar el problema.

2^{do}. Identificar los obstáculos que dificultan la solución del problema. Imaginar diversas alternativas de solución.

3^{ro}. Analizar las consecuencias y seleccionar la estrategia de solución más adecuada.

4^{to}. Poner en práctica las alternativas seleccionadas y evaluar los resultados.

Se les ofrecen otros mecanismos para un adecuado afrontamiento al estrés:

- Establezca una relación de contacto físico, piel con piel con sus seres queridos, los que en momentos difíciles le ayudan, deje que lo acaricien, lo abracen. La piel es capaz de captar el mensaje que otras personas le quieren transmitir.
- Administración del tiempo para evitar agobios: utilizar agendas, priorizar actividades según su importancia...
- Evitar alimentos estimulantes como refrescos azucarados o café y beber mucha agua para estar bien hidratado.
- Tome baños de agua bien tibia, baños de sol.
- Practique su hobby preferido cuando se sienta tenso.
- Evite situaciones que generen estrés siempre que pueda.
- Use su lenguaje interno para ayudarse en situaciones adversas o cuando necesite autocontrol emocional: "Todo irá bien", "Tranquilo", "Date tiempo".

Para concluir, se aplica la técnica "Despedida". Sería conveniente para todos pensar en lo que ha sucedido en el encuentro y que piensen en una palabra que pueda decir lo que opinan. Cada participante debe expresar una palabra, sin necesidad de reflexionar acerca de la misma. Además, se orienta la práctica de una de las técnicas aprendidas para luego exponer sus experiencias.

Acción orientacional 6

Tema. Conociéndome bien

Objetivo: explicar las características de personalidad contraproducentes para la enfermedad cardiovascular.

Escenario: gimnasio de rehabilitación cardiovascular

Medios: pancarta, pistas de musicoterapia.

Contenido de orientación: características de personalidad.

Técnicas: "me cambio de posición", ¿cómo soy?, musicoterapia, visualización

Procedimiento: para iniciar se hace un recordatorio de las principales técnicas de afrontamiento al estrés, aprendidas en el encuentro anterior. Se le solicita a algunos pacientes que expresen sus vivencias después de practicarlas y sus opiniones al respecto. Se realiza luego la técnica de animación "Me cambio de posición". Se orienta al grupo que se darán instrucciones que deben cumplir. El que se equivoca debe pasar adelante a dar las orientaciones.

Posibles instrucciones:

- Todos los que tengan pantalones deben sonreír.
- Todos los que traigan aretes deben levantar la mano derecha.
- Todos los que traigan reloj deben chasquear los dedos.

Para continuar se realiza la técnica de reflexión " ¿Cómo soy? ". Se les indica a los pacientes que respondan internamente la pregunta y que piensen en sus características positivas y negativas. Inmediatamente se les pide que presten atención porque se hablará de algunas características de personalidad que tal vez coincidan con las que ellos poseen.

A continuación, se presenta una pancarta donde están consignadas algunas características de personalidad que son contraproducentes para la enfermedad; tales como: competitivo, perfeccionista, impaciente, intolerante, hostil, irritable, agresividad, tensión muscular, implicación excesiva en el trabajo, represión de emociones negativas, ansiedad, pesimismo, sentimiento de infelicidad, abatimiento, aislamiento social. Luego se invita a que tres pacientes comenten sus respuestas para ver si alguna de sus características de personalidad coincide con las de la pancarta y expresen la repercusión que estas han tenido en alguna esfera de su vida. En este momento también se refuerzan las características positivas como favorecedoras de la salud.

Seguidamente, se explica cómo se manifiestan algunas de estas características de la pancarta y las repercusiones sobre el sistema cardiovascular. Por ejemplo,

determinados individuos al ser **competitivos**, siempre son perfeccionistas y encuentran que los demás ponen obstáculos a la realización de sus deseos porque sus parámetros de evaluación de la actividad de los demás son muy rígidos. Las cosas nunca están bien hechas a juzgar por sus criterios.

Otros son muy **hostiles e irritables**, cualquier cosa suele "sacarlos de paso". Su conducta se caracteriza por estar reaccionando permanentemente con enojo. La hostilidad emana que la mayoría de la población no es como ellos y ven en todas partes insuficiencia e incapacidad. Se tornan intolerantes. El enojo hostil los lleva a desarrollar una intensa reactividad cardiovascular, por lo que se plantea que es el responsable del 90% de los infartos y otras cardiopatías por estrés.

Algunas personas poseen la tendencia a reprimir la expresión de **las emociones negativas**. La supresión de estas emociones se asocia a la depresión, a la alineación social, baja percepción de apoyo social, un aumento de la tendencia a la preocupación, inquietud, abatimiento por todas las cosas, sentimientos de infelicidad. Otros son **impacientes**, con hábitos motores desasosegados y respuestas verbales entrecortadas. Se argumenta que siempre quieren apresurar el ritmo de la actividad física e intelectual. Como no les gusta esperar, suelen ir a la mesa leyéndose un artículo interesante por si hay que esperar no perder el tiempo, de modo que casi nunca disfrutan la compañía de su ambiente familiar.

Con ayuda del Cardiólogo se plantea con lenguaje claro y sencillo, las repercusiones de estas características de personalidad sobre el sistema cardiovascular. Desde el punto de vista fisiológico, está descrita la aparición de las alteraciones siguientes: paro cardíaco, alteraciones de la presión venosa, cambios en el volumen-minuto, respuestas del pulso y de la presión arterial, cambios en la frecuencia o ritmo cardíaco, ansiedad, alteraciones electrocardiográficas.

Al final se pregunta si hay dudas y se refuerza la importancia de su conocimiento y control ya que la personalidad es un eslabón fundamental que media la respuesta al estrés. Para el manejo del mismo y la regulación de estas características contraproducentes, se expone que estas pueden regularse a través de las técnicas ya aprendidas y otras, como la jerarquización de las tareas, la musicoterapia y la visualización.

Para explicar la técnica de la jerarquización de las tareas se realiza la actividad **¡No puedo con tantas cosas!** Con antelación se le entrega a un paciente una hoja de papel y un lápiz y se le pide que elija uno de los días cotidianos de su vida en que confluyan varias tareas y las escriba. Después, se le solicita que diga cómo las afronta y qué reacciones emocionales experimenta en esos casos. Luego de escucharlo, se enfatiza en la necesidad de saber jerarquizar las tareas por orden de prioridades. Se escribe en la hoja un esquema que represente dicha jerarquía y se le solicita al paciente que trate de ordenarlas según sus intereses.

También, se subraya las consecuencias de la sobrecarga en el sistema nervioso y sobre la estabilidad emocional, insistiéndose en la necesidad de aprender a delegar responsabilidades, discernir qué es impostergable, qué se debe hacer primero y que después acorde a necesidades reales. Se resalta que debe ser una práctica del estilo de vida individual para lo cual hay que entrenarlo de forma sistemática.

Otras técnicas que posibilitan el autocontrol emocional son la musicoterapia y la visualización. La música tiene el poder de mover emocionalmente a la mayoría de personas. Una pieza de música puede traer recuerdos, elevar el estado de ánimo y ayuda a la expresión de las emociones. También puede fomentar la auto-conciencia, la capacidad de comunicación y la autoestima. La musicoterapia o terapia musical es un tipo de terapia creativa que consiste en escuchar y / o reproducción de música. Se utilizan técnicas como: cantar, tocar instrumentos, la improvisación, componer / escribir canciones, escuchar.

Por otra parte, la visualización es una herramienta muy útil para conseguir un mayor control de las emociones y el cuerpo. Puede usarse para aliviar la tensión muscular y eliminar el dolor. Esta consiste en relajarse e imaginar vívidamente diferentes cosas, situaciones de la forma más real posible y con el mayor número de detalles.

A fin de mejorar la habilidad para imaginar se recomienda:

- Concentrarse en otros tipos de sentidos diferentes de la visual, como el tacto, el gusto, el oído y el olfato.
- Grabar una descripción detallada de la escena que se pretende imaginar.
- Hacer un dibujo de la escena original que se pretende imaginar, como forma de activar los detalles visuales. Apréciense qué objetos y detalles dan a la

escena su identidad única.

Para finalizar el encuentro se pide a cada participante que identifique de manera individual qué características de personalidad deben modificar. En último lugar, se realiza la técnica de la "visualización creativa" y se acompaña de una pista de musicoterapia. Una vez concluida la técnica, se comentan las experiencias. Además, se les facilita una carpeta digital con varias pistas para la práctica en el hogar.

Acción Orientacional 7

Tema: Una adecuada autoestima.

Objetivos: reflexionar sobre la necesidad de una adecuada autoestima para el fomento del autocuidado y sobre el protagonismo personal de los adultos mayores en el control y propiedad de su tiempo libre.

Escenario: gimnasio de rehabilitación cardiovascular

Medio: material impreso con la fábula "Todos tenemos grietas" (Anexo 9).

Contenido de orientación: autoestima, planificación del tiempo

Técnicas: verso o dedicatoria.

Procedimiento: se inicia con la lectura de la fábula "Todos tenemos grietas", para comentarla, dar opiniones, y analizar por qué todos somos útiles. Posteriormente, a partir del análisis, se insiste en la importancia de conservar una autoestima adecuada para el buen funcionamiento emocional y para el autocuidado de la salud. Además, permite asumir conductas responsables, una mejor adaptación a la enfermedad, un mejor uso del tiempo libre y un mayor bienestar en sentido general.

A continuación, se valora con los pacientes si han modificado su percepción acerca de su estima personal después del infarto del miocardio. Luego se hace referencia a los términos autoconcepto, y autoestima.

El autoconcepto es el conjunto de conocimientos que el individuo tiene sobre sí mismo y que le identifican. Inmediatamente se comparten algunas causas que dan origen a un concepto de sí negativo y baja autoestima en los adultos mayores. También se alude a aspectos que caracterizan a las personas con autoestima positiva.

Causas:

- Carencias afectivas.
- Enfermedades físicas.
- Modificación negativa del esquema corporal.
- Déficit en habilidades sociales.
- Falta de asertividad.
- Menoscabo de su autoestima por parte de sus familiares.
- Sentimiento de soledad.
- Falta de autonomía personal.
- Alteraciones en procesos cognitivos como memoria, atención...

Características de las personas con adecuada autoestima:

- Sentimiento de agrado y satisfacción consigo mismas.
- Se conocen, se aceptan y se valoran con todas sus virtudes, defectos y posibilidades.
- Las limitaciones no disminuyen su valor como personas, se sienten "queribles" por lo que son y descubren la importancia de cuidarse a sí mismas.
- Aceptan y valoran a los demás tal y como son.
- No sienten la necesidad de mostrarse superiores al resto de las personas.
- El rostro, la actitud, la manera de hablar y de moverse, reflejan el placer que sienten de estar vivas.
- Poseen serenidad al hablar de los logros y fracasos directa y honestamente, ya que mantienen una relación de amistad con los hechos.
- Tienen facilidad para establecer relaciones de sana dependencia, comunicándose de forma clara y directa con los demás.
- Muestran una tendencia a ser independientes.
- Son abiertos a las críticas y flexibles para reconocer errores.

Aquellos pacientes que han sentido su autoestima dañada, se les insta a que piensen en cuáles técnicas de las aprendidas pudieran implementar para modificar su autoimagen. Se reflexiona de igual forma sobre la planificación del tiempo, a qué actividades le dedican más tiempo, cuáles han dejado de hacer que le resultaban placenteras. Posterior al debate, se realiza la responsabilidad personal en el control y

propiedad sobre su tiempo libre como vía para lograr bienestar físico y psicológico. El encuentro concluye con la técnica "Verso o dedicatoria", consiste en hacer una rifa con los nombres de los integrantes del grupo, y al finalizar, cada uno le dirá un verso o frase positiva al que les haya tocado. Se les orienta realizar una actividad placentera y traer a un familiar el próximo encuentro.

Acción Orientacional 8

Tema: Contando con el apoyo de los demás

Objetivo: reconocer el apoyo de la familia y de otras personas en esta etapa y su repercusión en el proceso salud enfermedad.

Escenario: gimnasio de rehabilitación cardiovascular.

Contenido de orientación: papel de la familia como agente facilitador en el proceso de cambio y en la modificación de factores de riesgo. Hacer un recordatorio de los aspectos que fueron tratados anteriormente, haciendo referencia a que existen factores de riesgo para la salud, ¿cuáles son?

Técnicas: manto.

Procedimiento: se comienza con la técnica de animación "Manto". La misma consiste en que el orientador tira la pelota a un miembro del grupo y dice la palabra tierra, aire o agua. El que recibe la pelota de acuerdo con la palabra mencionada debe responder con algo que viva en ese medio. Por ejemplo:

Tierra _____ lagartija

Aire _____ paloma

Agua _____ tiburón

El que se equivoca debe pasar adelante a dar las instrucciones.

Para continuar, se invita al grupo que reflexionen en las siguientes preguntas:

- a) ¿Cómo valora el apoyo que ha recibido de su familia desde que sufrió el infarto?
- b) ¿Los comportamientos de los miembros de su familia hacia usted en este tiempo le producen malestar o satisfacción? ¿Por qué?
- c) ¿Ha contado con el apoyo de otras personas?

Luego de escuchar las respuestas a las interrogantes se les explica que el **apoyo social** es un término referido a la existencia o disponibilidad de personas con las

cuales se puede confiar o contar en periodos de necesidad; quienes proveen al individuo de preocupación, amor y valor personal. Existen redes de apoyos formales como órganos estatales, instituciones, y las redes de apoyo informales que tienen que ver con los familiares y amigos. Inmediatamente, se argumenta que la familia juega un papel relevante no sólo en el proceso generador de alteración de la salud, sino en su proceso de rehabilitación.

Actualmente, se considera que la familia cumple un papel inestimable en la protección y conservación de la salud, al ser una de los espacios de la vida de mayor significado para las personas. Esta constituye el principal resorte motivacional, fuente de placer, realización, satisfacción y bienestar, pero también puede ser generadora de conflictos que precipita respuestas de estrés, ocasionan descontrol y desencadenan enfermedades. Esta es una red de apoyo eficaz del individuo para el ajuste a la vida social, y en especial, en la recuperación de las secuelas de la enfermedad, convirtiéndose en sostén imprescindible en situaciones de crisis.

A los familiares se les refuerza la necesidad del apoyo en la nueva situación de salud del paciente. Se enfatiza en el importante rol que juegan en el mantenimiento de estilos de vida cardiosaludables, y en el respaldo del cumplimiento de las prescripciones de los profesionales de la salud. La ayuda influye directamente en los estados emocionales y cognitivos asociados a las alteraciones. Todos estos elementos facilitan la movilización del sistema inmunológico en el sentido de elevación de la salud. Se pide que tres familiares comenten sus experiencias en relación con el cuidado de los pacientes.

Se precisa, además, que las familias funcionales son capaces de promover el desarrollo integral de sus integrantes y lograr en ellos el mantenimiento de estados de salud favorable. Mientras que las familias disfuncionales deben ser consideradas como un factor de riesgo del individuo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en éstos.

Seguidamente, se afirma que el establecimiento de adecuadas relaciones interpersonales se convierte en un recurso protector de la salud e indicador de autocuidado. Se brindan recomendaciones para mantener relaciones interpersonales adecuadas.

- Mantener una comunicación franca, clara, abierta, flexible.
- Respetar el criterio de las demás personas, gustos e intereses.
- Saber ponerse en el lugar de los demás.
- Brindar a menudo caricias positivas (elogios, besos, abrazos, etc).
- Mantener el buen humor y negociar espacios.
- Respetar los límites en la familia.
- Hacer un uso adecuado de la autoridad.
- Conservar una actitud positiva para enfrentar la vida.

Para concluir, se solicita a los participantes que le transmitan a su familiar su agradecimiento por contribuir en el cuidado de su salud utilizando una palabra que los identifique. También con otros familiares, amigos, vecinos, personal de asistencia podrán realizarlo de forma verbal, o a través de una carta, llamada telefónica, etc. Se les invita a que traigan algunas frutas y ensaladas para la actividad final.

Acción Orientacional 9

Tema: Sexualidad en el cardiópata.

Objetivo: conocer aspectos relacionados con la sexualidad después de un infarto agudo del miocardio.

Escenario: gimnasio de rehabilitación cardiovascular

Medio: pancarta de cartulina, lápices de colores.

Contenido de orientación: abordar qué es la sexualidad, y contrarrestar ideas irracionales de dominio popular en relación con la vida sexual después del infarto.

Técnicas: técnica racional emotiva, PNI.

Procedimiento: se inicia haciendo un recuento del tema anterior y se refuerza que las relaciones interpersonales sanas son importantes para la salud, tanto a nivel físico como emocional. Se les pide a los adultos mayores que expongan algunas ideas, temores que tienen en relación con el infarto y la actividad sexual o creencias populares que conozcan en cuanto al tema.

A través de la técnica racional emotiva se ayuda a desestructurar pensamientos irracionales referentes al funcionamiento sexual después del infarto. Se refuerza la práctica de otras técnicas como los ejercicios de relajación.

Se argumenta que casi siempre cuando se habla de IMA, por creencias populares, las personas piensan y fundamentalmente los hombres que la función sexual ha cesado. Por tabúes, casi nunca los pacientes o sus familiares hablan de este aspecto al médico. Es conocido que la falta de información por parte del médico al paciente acerca de su vida sexual, incide negativamente en la reanudación de la conducta sexual, después de la recuperación. Muchos pacientes se mantienen en abstinencia durante muchos meses, aún cuando no es necesario.

Luego se resume los siguientes aspectos:

- El acto sexual va más allá de una sólida erección, se enriquece con las fantasías, con el encanto de la entrega y con la aplicación de otras variantes en el intercambio sexual de la pareja.
- Respetar las orientaciones de su médico (Cardiólogo) de asistencia en cuanto al reinicio de la actividad sexual. El reposo sexual debe prolongarse entre 5-16 semanas después del infarto, (se considera que el gasto energético durante el coito es similar a subir una escalera de 2 pisos, tanto en el hombre como en la mujer).
- Después de la prueba ergométrica su médico conoce la capacidad funcional de su organismo y por tanto las cargas que debe tolerar.
- Si aparece dolor durante el coito se recomienda utilizar nitroglicerina sublingual.
- La práctica de ejercicios físicos mejora la capacidad funcional del infartado y, por tanto, facilita la actividad sexual, posibilita menor disnea y mayor capacidad articular.
- No usar Viagra para mejorar la respuesta sexual, sólo es recomendable si es valorado por su médico de asistencia.

Finalmente, se recuerda a todo el grupo la necesidad de seguir todas las orientaciones dadas, de aplicar los conocimientos adquiridos en la práctica y transmitirlos a otras personas para que no enfermen. Por último, se realiza la técnica PNI (sigla de “lo positivo, lo negativo, lo interesante”) del proceso de intervención. Para ello se pondrá una pancarta de cartulina grande frente al grupo con tres

columnas identificadas con P, N, I. Los participantes escriben en la columna lo que deseen expresar.

Además, a cada participante se le entrega un aval de reconocimiento por su participación activa en la implementación de la estrategia de orientación educativa. Al cerrar el encuentro, se realiza una actividad festiva con el aporte de alimentos (frutas y vegetales) que traigan los pacientes y que se ajusten a la dieta cardiosaludable.

CUARTA ETAPA: SEGUIMIENTO Y CONTROL

Objetivo: valorar el nivel de efectividad de las acciones implementadas a los adultos mayores en el fortalecimiento de su autocuidado. Se considera básico el seguimiento, al concebirla como un proceso continuo que permite la retroalimentación.

Organización y desarrollo.

La evaluación debe medir la apropiación de conocimientos sobre factores de riesgo, estilo de vida y mecanismos de regulación emocional alcanzado por los adultos mayores. También cómo estos se reflejan en los cambios conductuales que denoten desarrollo de su autocuidado.

Se asume como etapa final o de cierre. Se realiza mediante la comparación de los resultados del comportamiento de los pacientes y de la práctica de técnicas de afrontamiento al estrés y emociones negativas. Se determinan nuevos aspectos en los que hay que continuar trabajando. Ocurre un proceso de retroalimentación que permite ir perfeccionando lo realizado. Esta etapa propicia la evaluación del impacto de la estrategia y el modo de actuar de los adultos mayores y del equipo multidisciplinario de rehabilitación.

Acciones orientacionales:

- Determinar la efectividad de la estrategia, a partir de las transformaciones esenciales que se producen en el estilo de vida de los pacientes, la adquisición de conocimientos y mecanismos para un manejo adecuado del estrés y emociones negativas. Como dato objetivo se tiene en cuenta la evolución desde el punto de vista clínico.

- Ejecutar intercambios sistemáticos de ideas, experiencias y vivencias de los pacientes en cuanto a la modificación de hábitos perjudiciales para la salud y del empleo de las técnicas de afrontamiento al estrés.
- Realizar los ajustes, cambios, y enriquecimiento de las posibles soluciones a los problemas que se van presentando y dificultades constatadas durante la investigación.
- Valoración y autovaloración de las acciones en la medida en que se van ejecutando.

2.3 Valoración de los resultados obtenidos en la aplicación de la estrategia de orientación educativa diseñada sobre el autocuidado a adultos mayores con infarto agudo del miocardio.

Con el propósito de valorar la propuesta, se aplican los siguientes métodos: el juicio de expertos y el estudio de casos. Para conocer de manera individual criterios de valor sobre la estrategia de orientación que se aporta se utilizó el método de Agregados Individuales.

Las categorías para realizar la valoración de la estrategia se clasifican de la siguiente manera: Nada: 0, Poco: 1, Moderadamente: 2, Mucho: 3.

Para la selección de los especialistas se determinan los siguientes criterios:

- Poseer cinco 5 o más años de experiencia profesional en la atención a pacientes con enfermedades cardiovasculares.
- Tener motivación por el tema que garantice su compromiso con la investigación.

Se seleccionan 7 especialistas. Todos cuentan con más de cinco años de experiencia profesional y específicamente que tengan conocimientos en temas de orientación.

A partir de la aplicación de una encuesta (Anexo 10) se evalúa la estrategia de orientación. Se confeccionan las tablas con los resultados de los juicios emitidos por los expertos (Anexo 11 y 12). Se obtuvo el coeficiente de validez de Aiken (V) para evaluar el grado de concordancia entre los expertos. Los resultados obtenidos son los siguientes:

En la primera ronda:

- Todos los especialistas (100%) concuerdan en que la estrategia es pertinente y creativa valorándola en la categoría de bastante.
- Los 7 (100%) señalan la coherencia de la estructura de la estrategia de orientación que se presenta.
- En cuanto al cumplimiento de los objetivos y el ajuste de la estrategia a las normas de rehabilitación cardiovascular se alcanzó 71.4 % y 57.1% respectivamente en la categoría **Bastante**. Se señaló por parte de dos expertos que se debían modificar algunos objetivos de las acciones.

Se realizan otras consideraciones en el orden de lo cualitativo aportadas por los especialistas para enriquecer la propuesta y sus valoraciones:

- Incorporar el tema de la sexualidad en el cardiópata.
- Aprender a tomar el pulso de entrenamiento (PE) durante el ejercicio físico.
- Utilizar otras técnicas de regulación emocional como la musicoterapia, la visualización creativa.
- La estrategia brinda la posibilidad al paciente de reestructurar su estilo de vida, lograr el autocontrol emocional y por tanto ganar en bienestar y calidad de vida.
- Enseña al paciente de forma práctica cómo aprender a vivir con su enfermedad y vivir con ella eficazmente.
- En relación con el coeficiente de concordancia, todos los valores resultaron significativos. Se destacan altas concordancias, de forma positiva, lo que indica que la mayoría de los expertos coincidieron en sus juicios.

A partir de los resultados de la primera ronda, se realizan modificaciones y se presenta en una segunda ronda la estrategia de orientación.

- De forma unánime (100%) se logra consenso entre los expertos. Todos los aspectos valorados se ubican en la categoría **Bastante**, lo que evidencia una alta concordancia.
- Todos concuerdan que la estrategia de orientación es necesaria para el trabajo de rehabilitación cardiovascular con adultos mayores infartados en relación con su autocuidado.

- Manifiestan que ayudó a su preparación de forma integral para perfeccionar la labor de orientación educativa en el gimnasio de rehabilitación.
- En esta ronda todos los expertos concuerdan en sus juicios por lo que existe una alta concordancia. (Anexo 8)

Estudio de casos

Se realiza un estudio de casos múltiples a dos adultos mayores, con el objetivo de analizar la repercusión de las acciones educativas sobre el autocuidado.

Se emplean los instrumentos del diagnóstico inicial que se declaran a inicios de epígrafes.

Para la construcción del caso se asume la siguiente estructura:

- Aspectos generales.
- Evidencias de autocuidado
- Conclusiones de cada caso.

Caso # 1

Paciente R G P, de género masculino, de 66 años de edad, casado, tiene dos hijos, con un nivel escolar de 12 grado, como antecedentes patológicos personales presenta Cardiopatía Isquémica (IMA).

Paciente que se encuentra en rehabilitación hace dos meses. Antes de la intervención presenta un nivel medio de autocuidado. Se evidencia luego de la puesta en práctica de la estrategia, adquisición de conocimientos sobre los factores de riesgo ya que es capaz de mencionarlos e identificar cuáles se pueden modificar a través de un estilo de vida sano. Logra la deshabitación tabáquica durante el desarrollo de la estrategia, al infartarse era fumador, y manifiesta que consumía dos cajetillas de cigarros diaria. También modificó sus hábitos alimentarios al incluir el consumo de vegetales regularmente. Incorporó la práctica sistemática de ejercicios de relajación y que lo ayudó a manejar estados de ansiedad cuando se encontraba en el proceso de deshabitación y en la adaptación a la enfermedad crónica pues tenía antecedentes de salud. La práctica de la relajación sobre todo el ejercicio de la respiración y visualización creativa, junto a la modificación de algunos pensamientos irracionales relacionados con su estilo de vida después del infarto incrementó su

bienestar psicológico. Mantuvo siempre disposición para integrarse de forma dinámica a las actividades, realizó las tareas que se orientaron.

Conclusiones

Se aprecia un alto nivel de autocuidado al final de la estrategia. Se logra modificaciones en su estilo de vida y la apropiación de recursos para la regulación emocional. Estos resultados positivos reflejan la toma de conciencia hecha por el paciente sobre la necesidad de cambio.

Caso # 2

Paciente A O A, de género femenino, de 73 años de edad, casada, tiene tres hijos, el mayor falleció hace 1 año de forma repentina, nivel escolar de 12 grado, ama de casa. Como antecedentes patológicos personales presenta Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo 2 y Cardiopatía Isquémica (IMA).

Paciente que se encuentra en rehabilitación hace tres meses. Adulta mayor con un bajo nivel de autocuidado al inicio de la intervención. Luego del proceso de orientación, mejora el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo y estilo de vida posinfarto, pero aún de manera insuficiente. Aunque mantiene síntomas depresivos asociados al proceso de duelo, se aprecia una disminución de los mismos durante el desarrollo de la estrategia. Logró comprender la repercusión de las emociones negativas en la salud cardiovascular y retomó la realización de algunas actividades placenteras como sembrar plantas, visitar familiares. Requirió orientación psicológica individual con el objetivo de brindar otros recursos para un adecuado manejo del duelo. Se ampliaron sus relaciones dentro del grupo y se incorporó de forma sistemática a la rehabilitación.

Conclusiones

Es una paciente que, si bien no posee un conocimiento amplio sobre aspectos relacionados con la enfermedad, logró incorporar a su estilo de vida la práctica sistemática de actividades placenteras y ejercicios físicos como acciones de autocuidado. Los cambios observados evidenciaron un nivel medio de autocuidado.

De forma general, se arriban a las siguientes transformaciones en la muestra estudiada al finalizar el proceso de intervención:

- Se logra un fortalecimiento en el autocuidado. El 73% de los adultos mayores al finalizar la estrategia alcanza un alto nivel de autocuidado.
- En la totalidad de los adultos mayores (100%) se alcanza la apropiación de conocimientos en relación con los factores de riesgos modificables y no modificables y el estilo de vida a seguir después del infarto.
- Se elimina el hábito de fumar en seis pacientes y en tres se reduce la cantidad de cigarrillos que fuman por día. Se incorporan dietas cardiosaludables.
- Se logra en el 93% de los adultos mayores una mayor adherencia al ejercicio físico. Adquieren habilidad en la toma del pulso de entrenamiento de forma individual 12 pacientes (80 %).
- El uso de recursos psicológicos sobre todos los ejercicios de relajación produce disminución de síntomas emocionales y mejor estado anímico de los pacientes. Solo 2 pacientes (13%) mantienen alteraciones emocionales con síntomas manifiestos.
- Se comprueba la importancia de las diferentes redes de apoyo, en particular el apoyo que realiza la familia al participar también en el proceso rehabilitador.
- Se perfecciona el programa de rehabilitación cardiovascular al brindar procedimientos para realizar la labor educativa y psicológica en los pacientes.
- El trabajo multidisciplinario se consolida durante el período de intervención y se avanza en la concepción unitaria del paciente, elevando la calidad de la asistencia.

Se empleó la triangulación como recurso metodológico. Con ella se corrobora que la estrategia elaborada contribuye al autocuidado del adulto mayor con infarto agudo del miocardio. Como se evidencia, la orientación educativa adquiere valor para los participantes; en su motivación, en sus opiniones y sus maneras de pensar y actuar, lo que tributa al enriquecimiento profesional del equipo multidisciplinario. En la experiencia incrementaron las relaciones interactivas conscientes y de coordinación entre ellos. De modo práctico, el trabajo del equipo, a través de sus interacciones sistemáticas mostraron actos de solidaridad, apreciándose mayor comprensión de la significatividad de la orientación educativa hacia el autocuidado del adulto mayor con infarto del miocardio.

CONCLUSIONES

El análisis de los resultados obtenidos a partir de la utilización de los diferentes métodos de nivel teórico y empírico durante el desarrollo de la investigación, permitió llegar a las siguientes conclusiones:

- La revisión bibliográfica realizada muestra que no se encuentra suficientemente estudiada la orientación educativa para el autocuidado en adultos mayores portadores de un infarto agudo del miocardio.
- Los pacientes investigados presentan las siguientes características: bajo nivel de conocimientos sobre la enfermedad, factores de riesgo, y estilo de vida posinfarto. Presencia de hábitos tóxicos, de ansiedad, depresión y uso inadecuado del tiempo libre. Los resultados del diagnóstico expresan la necesidad de elaborar una estrategia de orientación educativa para favorecer el autocuidado.
- La estrategia de orientación educativa diseñada se concibe a través de cuatro etapas, cada una con su objetivo, organización, desarrollo y las acciones orientacionales; esta modalidad permite ofrecer los niveles de ayuda necesarios para el desarrollo del autocuidado.
- La aplicación de la estrategia de orientación educativa logra transformaciones en los pacientes ya que se eleva el nivel de conocimientos y estos se incorporan a la regulación del comportamiento con respecto a la enfermedad. Se adquieren herramientas psicológicas para la autorregulación emocional que favorecen la elevación de la calidad de vida. Se perfecciona, además, el programa de rehabilitación cardiovascular hacia una visión más integral de los pacientes. Los resultados se corroboran con los métodos científicos empleados para su valoración.

RECOMENDACIONES

- Aplicar las acciones de la estrategia propuesta en otras áreas de atención a la salud, con la finalidad de orientar la prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares.
- Presentar las modificaciones al programa de rehabilitación cardiovascular en la dirección del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital V.I.Lenin para su posterior análisis y divulgación en otras instituciones de salud.
- Continuar la investigación abordando la relación entre Orientación Psicológica y Orientación educativa, e incluir otras patologías crónicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abete, P., Ferrara, N., Cacciatore, F. & col. (1997). Angina induced protection against myocardial infarction in adult and elderly patients: A loss of preconditioning mechanism in the aging heart? *J Am CollCardiol*, 30, 947-954.
- Álvarez, L. (2016). La formación profesional del estudiante de la carrera pedagogía-psicología para la orientación grupal. Tesis presentada en opción al grado científico de doctor en ciencias pedagógicas. Universidad de Holguín.
- Álvarez Sintés, R. (2002). Educación para la salud. Manual de educación. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Anuario demográfico de Cuba 2018. (2019). Centro de Estudios de Población y Desarrollo. Recuperado de: http://www.one.cu//publicaciones/cepde/anuario_2018/anuario_demografico_2018.pdf
- Araya, A. (2012). Cartillas educativas calidad de vida en la vejez. Autocuidado de la Salud. Recuperado de http://adultomayor.uc.cl/docs/autocuidado_salud.pdf.
- Arrarte, V.I. (2016). Análisis de variables psicológicas en pacientes con cardiopatía isquémica aguda (Síndrome coronario agudo) según procedimiento empleado. (Tesis doctoral). Alicante, España
- Arredondo, V. (2007). Autocuidado en equipos psicosociales: El lugar de lo colectivo. En: V. Arredondo, & E. Toro (Eds.). Violencia sexual infantil: debates, reflexiones y prácticas críticas, 90-97. Valparaíso, Chile: Editado por Paicabi-Sename.
- Bayona, M., Bautista, C., Buitrago, L.A. y Correa, J. (2015). Instructivo educativo de enfermería sobre el autocuidado para pacientes con diagnóstico de infarto agudo del miocardio. Bogotá. Colombia. Recuperado de: <https://intellectum.unisabana.edu.co>
- Bermúdez, R. y Pérez, L.M. (2004). Aprendizaje formativo y crecimiento personal. La Habana: Pueblo y Educación.
- Bermúdez, R. y Pérez, L.M. (2007). La orientación individual en contextos educativos. La Habana: Pueblo y Educación.

- Bisquerra, R. (2005). Marco Conceptual de la Orientación Psicopedagógica. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*, 6, 3-5.
- Braunwald, E. (2016). Tratado de Cardiología. (10ma ed.) Elsevier España, S.L.U. Recuperado de: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/3-s2.0-B9788490229118000470.pdf?locale=es_ES
- Bustamante, M. J., Acevedo, A., Valentino, G., Casasbellas C., Saavedra, M. J., Adasme, M., et al. (2017). Impacto de un programa de rehabilitación cardiovascular fase II sobre la calidad de vida de los pacientes. *Revista Chilena de Cardiología*, 36(1), 9-16.
- Cajide, J. (1992). Diseño y técnicas de evaluación de estrategias de enseñanza-aprendizaje: algunas consideraciones. *Revista Española de Pedagogía*, 50(191), 101-112
- Calviño, M. (2000). Psicología, marxismo y Postmodernismo. *Revista Cubana de Psicología*. 17(3), pp. 6-9.
- Calviño, M. (2000). Orientación psicológica: esquema referencial de alternativa múltiple. La Habana: Ciencia y Técnica.
- Calviño, M. (2000). Orientación psicológica. Análisis dinámico del comportamiento. La Habana: Félix Varela.
- Calviño, M. (2002). Trabajar en y con grupos. Análisis dinámico del comportamiento. La Habana: Félix Varela.
- Calviño, M. (2005). Orientación psicológica: esquema referencial de alternativa múltiple. La Habana: Félix Varela.
- Can Valle, A.R., Sarabia, B., y Guerrero, J.G. (2015). Autocuidado en las personas mayores de la Ciudad de San Francisco de Campeche. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 6(11), 1-19. Recuperado de: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=10&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwittsOQ8bcAhXGo1kKHeGLDnkQFjAJegQICRAC&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F5364683.pdf&usg=AOvVaw0nSotg0BfT6Q5ias0arGmK>

- Casanova, M.C., Bayarre, H.D., Navarro, D.A., Sanabria, G., y Trasancos, M. (2018). Estrategia educativa dirigida a adultos mayores diabéticos tipo 2 y proveedores de salud. 34 (1). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252018000100004
- Cavanagh, S. (1993). Modelo de Orem. Aplicación Práctica. Barcelona: Editorial Salvat. Recuperado de: <http://es.wikiversity.org/wiki/autocuidado>.
- Ceballos, K. (2016). *Estrategia de orientación educativa para la enseñanza-aprendizaje de la lectura en la carrera de lenguas extranjeras inglés*. Tesis de maestría no publicada. Universidad de Holguín, Cuba.
- Ciano, N. y Gavilán M. (2010). Elaboración de proyectos en adultos mayores: aportes de la orientación. *Orientación y Sociedad*, 10, 1-20.
- Ciano, N. (2011). *Estrategias de orientación educativa y ocupacional en Adultos Mayores*. (Tesis). Recuperado de: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.914/te.914.pdf>
- Colás, P. y Buendía, L. (1994). Investigación educativa. Sevilla: Alfar.
- Collazo, B. y Puentes, M. A. (1992). La orientación en la actividad pedagógica. La Habana: Pueblo y Educación.
- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico de Salud 2018 (2019). La Habana: MINSAP. . Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>
- Del Pino, J. (2009). *La tendencia integrativa: hacia el perfeccionamiento de la ayuda al estudiante desde el contexto escolar*. Artículo inédito. La Habana.
- Del Pino Calderón, J. y Silvia Recarey (2006). La orientación educacional y la facilitación del desarrollo desde el rol profesional del maestro. Material Básico de la Maestría en Ciencias de la Educación. La Habana.
- Delgado, A.L., Núñez, M.R. (2013). Programa con orientación instructiva educativa para la atención al adulto mayor en las casas de abuelos. *Razón y palabra*, 82. Recuperado de: http://www.razonypalabra.org.mx/N/N82/V82/02_DelgadoNunez_V82.pdf

- De La Rosa, M.Y., y Rivera, H.S. (2017). *Factores socioculturales relacionados con la capacidad de autocuidado del adulto mayor con hipertensión arterial, Trujillo 2017*. Cientifi-k, 5(2), 167-173. doi: dx.doi.org/10.18050/Cientifi-k.v5n2a7.2017.
- De la Torre, R., Bouza, L., Cabrera, Y., Báster, N., y Zaldívar, Y. (2012). Programa educativo para elevar la calidad de vida en el adulto mayor. *Correo Científico Médico*, 16(2). Recuperado de: <http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/599>
- Delors, J., et al. (1996). *La educación encierra un tesoro*. Francia: UNESCO.
- Durruty, P. (2005). *Ejes de autocuidado para el terapeuta orientado a la prevención del Síndrome de Burnout desde la perspectiva de la asertividad generativa*. (Tesis). Recuperado de: http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2005/durruty_p/html/index-frames.html
- Faghani, S., Shamsalinia, A., Gaffer, F. & Yadegari, N. (2018). The relationship between spiritual well-being and life orientation in elderly people with type 2 diabetes. *JGG*, 66, 142-148.
- Falen, R. R y Rodríguez, D. R. (2014). Nivel de conocimientos y prácticas sobre el autocuidado post infarto agudo del miocardio de los usuarios de consultorio externo del hospital nacional de Essalud-2013. (Tesis). Lima, Perú. Recuperado de: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/374>
- Fernández Rius, L. (2006). *Pensando en la personalidad. Selección de lecturas. Tomo II*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Gainza, M. (2016). La orientación educativa como recurso de asistencia para el perfeccionamiento del aprendizaje en la educación preuniversitaria. *Opuntia Brava: Didáctica y Educación*, 15(2). Con ISSN: 2222-081X. RNPS: 2074.
- García, A. (2001). Programa de orientación familiar para la educación sexual de adolescentes. Tesis Doctoral. Instituto Superior Pedagógico José de la Luz y Caballero, Holguín
- García, M. C., Arias, M., Alfonso, D., Abeledo, A., y Gil, P. (2016). Propuesta de intervención psicoeducativa para fomentar estilos de vida salutogénicos en pacientes convalecientes de un infarto de miocardio. *CorSalud*, 8 (4), 227-234. Recuperado de: www.revcorsalud.sld.cu

- García, M.I. (2013). La orientación educativa a adolescentes y sus familias para afrontar desafíos de la convivencia escolar en Secundaria Básica. Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas.
- Garibotto, B. et al. (2008). Education and occupation as proxies for reserve in amnestycmildcognitive impairment converters and Alzheimer disease: FDG - PET Evidence. *Neurology*, 71(17).
- Gómez-González A, et al. (2015). Recomendaciones sobre rehabilitación cardíaca en la cardiopatía isquémica de la Sociedad de Rehabilitación Cardio-Respiratoria (SORECAR). *Rehabilitación*, 49(2),102-124. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rh.2014.12.002>.
- Grau J., Guibert, W. (1997). Actitudes, motivaciones, emociones, creencias y conductas en el control del cáncer. Su importancia para la prevención y la educación para la salud. Material de trabajo de los Seminarios de Educación en Cáncer del Programa Latinoamérica contra el Cáncer. La Habana: Ed. INOR.
- Goldman, M.D. (2013). *Cecil y Goldman: Tratado de medicina interna*.
- Hernández, D., González, B. M., Méndez, Y., Arbelo, M. C., Estévez, A. y Porro, J. (2018). Protocolo de actuación en rehabilitación cardiovascular para pacientes con enfermedad coronaria aguda. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 10(1), 1-14.
- Kinch, J. A. (2007). Formalized Theory of the Self Concept. *American Journal of Sociology*, 481-486.
- Knapp, E. (2005). Marco teórico conceptual de la Psicología de la Salud. La salud humana. En: *Psicología de la salud*. Habana: Ed. Ciencias Médicas; p.18, 56.
- Labarta, M.T. (2017). La labor del bibliotecario como orientador del profesor universitario en el uso de los recursos informativos. Tesis de maestría no publicada. Universidad de Holguín, Cuba.
- Lautín, I.L. (2014). La orientación a familias en situación educativa compleja por reclusión de padres, madres o tutores de escolares primarios. Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas.

- Long, C.L. (2010). Apoyo psicopedagógico al desarrollo personal de los adultos mayores desde la cátedra universitaria. (Tesis doctoral). Santiago de Cuba, Cuba
- López de Sá E., López-Sendón J.L., y Rubio, R. (1999). Infarto agudo del miocardio: clínica, evolución y complicaciones. En Delcan JL. Ed *Cardiopatía Isquémica*. pp. 559-602. Madrid: ENE ediciones
- López, Y.; Veloso, E.; Herrera, L. F.; y Martínez, A. D. (2008). Programa psicoeducativo para la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica. *Duazary*, 5(1), 33-41.
- Manrique-Abril, F., Fernández, A., y Velandia, A. (2009). Análisis factorial de la Escala Valoración de la Capacidad de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. Recuperado de: <http://redalyc.uamex.mx/src/inicioArtPdRed.jspCue=74112147003>
- Méndez, J.E., Miranda, A., Martínez, E., Jiménez, E.A., García, J.M. y Contrera, J.D. (2018). Intervención Educativa de Enfermería en las Capacidades de Autocuidado de personas con Diabetes Tipo 2 de Tenosique, Tabasco. *European ScientificJournal*, 14(24), 379-396. doi: 10.19044/esj.2018.v14n24p379.
- Millán, I. E. (2010). Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. *Revista Cubana de Enfermería*, 26, (4), 222-234.
- Mo'awad, E. & Abd Elsalam, Y. (2019). Impact of self-care educational program on knowledge and functional health. *International Academic Journal of Health, Medicine and Nursing*, 1(2), 84-105.
- Mohammadpour, A., Rahmati, N., Khosravan, S., Alami, A., & Akhond, M. (2015). The effect of a supportive educational intervention developed based on the Orem's self-care theory on the self-care ability of patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 1686–1692. doi: 10.1111/jocn.12775
- Morales, E. (2014). La orientación en los programas universitarios para mayores. Evaluación de la función del profesorado. *Revista Española de Orientación y*

- Psicopedagogía*, 25 (1), 25-43. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=338232571003>
- Naranjo, Y. y Concepción, J.A. (2016). Importancia del autocuidado en el adulto mayor con diabetes Mellitus. *Revista Finlay*, 6(3), 215-220.
- Ognio, C. T. y Pimentel, R. M. (2016). Agencia del Autocuidado en pacientes post infarto del miocardio en el Instituto Nacional Cardiovascular. Lima, Perú. Recuperado de:
<http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/579/Agencia+del+autocuidado+en+pacientes+post+infarto+del+miocardio+en+el+Instituto+Nacional+Cardiovascular.pdf;jsessionid=8C22C29E7C048C1380A44F0A9A9446F4?sequence=1>
- Orem, D. E. (1993). Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica, (4ª ed.) Barcelona: Masson.
- Orem, D. E. (2001). Nursing concepts of practice (6ª ed). St Louis: Mosby.p.50
- Orem, D. E. & Taylor, S. G. (2011) Reflections on nursing practice science: the nature, the structure, and the foundation of nursing sciences. Ciudad: Nursing Science Quarterly, 24(1), 35-41. doi:10.1177/0894318410389061.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). Diez Datos sobre el envejecimiento. Washington D. C.: OMS. <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS. Recuperado de:
<https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/> .
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). Temas de salud. Factores de riesgo. Recuperado de: http://www9.who.int/topics/risk_factors/es/
- Organización Panamericana de la Salud (1993). Enfermería Gerontológica: conceptos para la práctica: Oficina Sanitaria Panamericana.
- Orosa, T. (Coord.). (2014). Temas de Psicogerontología. La Habana: Editorial universitaria Félix Varela.
- Ortiz, E. y Mariño, M. (1996). La estrategia pedagógica. Instituto José de la Luz y Caballero, Holguín. Documento en soporte digital

- Ortiz, O.L. (2013). La orientación educativa para la formación de habilidades sociales en adolescentes de secundaria básica. Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas.
- Pérez, R. (2007). *Concepción de orientación educativa para el aprendizaje de la convivencia comunitaria en Secundaria Básica* (tesis doctoral). Instituto Superior Pedagógico José de la Luz y Caballero, Holguín.
- Piadehkouhsar, M., Ahmadi, F., Fallahi, M. & Akbar, A. (2019). The effect of orientation program based on activities of daily living on depression, anxiety, and stress in the elderly. *Int J Community Based Nurs Midwifery*, 7(3), 170–180. doi: [10.30476/IJCBNM.2019.44992](https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2019.44992).
- Ramírez, A.M. (2016). *La formación del estudiante de la carrera Pedagogía-Psicología como orientador familiar*. (Tesis Doctoral). Facultad de Educación Infantil, Psicopedagogía y Arte. Departamento de Educación Pedagogía-Psicología. Universidad de Holguín sede José de la Luz y Caballero.
- Recarey, S. (2005). La Orientación Educativa. Su devenir histórico. ISPEJV. Facultad de Ciencias de la Educación. La Habana.
- Repetto, E. (1987). Teoría y procesos de Orientación. Universidad Nacional de Educación a Distancia de Madrid, España.
- Rivas, E., García, E., Andrade, M. (2016). Modelos de Unidades de Prevención Cardiovascular Integral, con especial énfasis en el papel preventivo de la Rehabilitación Cardíaca. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, 22(1), 34-42.
- Rodríguez, M.M. (2006). Volver a empezar. Revisión y compilación. En: Compendio de temas gerontológicos. La Habana: Ed. Cáritas cubanas; p.25-30.
- Rodríguez, M.A. (2008). Técnicas participativas. La Habana: Ed Ciencias Médicas.
- Rodríguez, T. (2007). Estrategia de atención psicológica a pacientes con infarto agudo del miocardio en fase hospitalaria. (Tesis doctoral). Univ Central de Las Villas, Cuba.
- Rodríguez, T., Navarro, J.J., y González, C. (2013). Psicocardiología en el proceso salud enfermedad. De la teoría a la práctica. La habana: ECIMED, Cuba

- Rodríguez, T. (2016). Contribución al desarrollo de la Psicocardiología en Cuba, como rama de la Psicología de la Salud. *Revista Finlay*, 6(3). Recuperado de: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/387>
- Roe, C. et al. (2007). Education and Alzheimer Disease without Dementia Support for the Cognitive Reserve Hypothesis, 68(3)núm. 3, vol 68 , pp. 223 -228.
- Romero, A. J. (2006). Mirando la vejez a través del cristal sociológico. *Geriatrinet*, 8(1): 13. Disponible en: <http://www.geriatrinet.com>
- Sánchez, A. y González, Y., (2014). Propuesta de un programa de orientación para mejorar la calidad de vida del adulto mayor [tesis]. Recuperado de: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/1421/gonzsan.pdf?sequence=3>
- Sánchez, M. A. (2015). Efectividad de un programa de intervención psicosocial enfermera para potenciar la agencia de autocuidado y la salud mental positiva en personas con problemas crónicos de salud (tesis doctoral). Universidad de Barcelona, España.
- Sánchez, M. (2018). *La orientación educativa a profesores de secundaria básica para favorecer el desarrollo de una autovaloración adecuada en adolescentes que funcionan a un nivel neurótico depresivo*. Tesis de maestría no publicada. Universidad de Holguín, Cuba.
- Sánchez, Z. (2017). *La orientación educativa a pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas para favorecer estilos de vida saludables desde el Hospital Militar de Holguín*. Tesis de maestría no publicada. Universidad de Holguín, Cuba.
- Sanchiz, M.L. (2008). Modelos de orientación e intervención psicopedagógica. Universitat Jaume. España. Documento en soporte digital
- Sierra, R. (2008). La Estrategia pedagógica, su diseño e implementación. La Habana: Pueblo y Educación.
- Soca, P.M., Sarmiento, Y., Mariño, A., Llorente, Y., Rodríguez, T., y Peña, M. (2017). Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo en adultos mayores de Holguín. *Revista Finlay*, 7(3). Recuperado de: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/526>

- Thygesen, K., Alpert, J., Jaffe, A., Simoons, M., Chaitman, B., & White, H. (2013). Documento de consenso de expertos. Tercera definición universal del infarto de miocardio. *Rev. Esp. Cardiol.* , 66(2), 132.e1-e15. Recuperado de: <http://http://www.revespcardiol.org>
- Tobón, O. (2003). El autocuidado una habilidad para vivir. Colombia: *Revista hacia la promoción de la salud*. Universidad de Caldas.
- Torroella, G. (2010). Educación y orientación como preparación del hombre para la vida. En *Orientación Educativa*, pp.1-10. La Habana: Pueblo y Educación.
- Uribe, T. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Revista Investigación y educación en enfermería*, 17, 109-118.
- Vygotsky, S.L. (1988). Interacción entre enseñanza y desarrollo. En *Selección de Lecturas de Psicología de las Edades I*. Tomo III (p 37). LaHabana: Ed. Ciencias Médicas.

ANEXO 1

Objetivo: establecer la disposición de los participantes en la implementación de la propuesta.

CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE LOS SUJETOS QUE PARTICIPAN DE LA INVESTIGACIÓN

Asunto: consentimiento informado.

Yo _____, miembro del gimnasio de rehabilitación cardiovascular conozco que se está efectuando una investigación que ayudará a mi autocuidado a través de una estrategia de orientación educativa. Se me ha informado que no se revelarán datos de mi identidad y que la información derivada de este estudio se le dará un tratamiento ético, bajo los estándares internacionalmente aceptados en la práctica médica, con rigor científico y dentro de las normas establecidas. De esta forma doy mi consentimiento y participo voluntariamente en la misma.

Se libera a la institución de la responsabilidad de las consecuencias derivadas de este estudio.

Firma: _____

ANEXO 2

Entrevista al paciente

Objetivo: explorar el comportamiento del autocuidado en adultos mayores con infarto agudo del miocardio para su diagnóstico y orientación.

-Datos generales (nombre y apellidos, edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad, ocupación).

-APP

Posibles preguntas:

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares?
¿Cuáles son modificables?
2. ¿Cuál debe ser el estilo de vida de una persona después del infarto?
3. ¿Está dispuesto a realizar modificaciones en su estilo de vida? ¿Por qué?
4. ¿Qué medicamentos usted toma? ¿En qué horario los toma?
5. ¿Se automedica usted? ¿Detiene el tratamiento orientado por su médico por información recibida de otras personas o por su propio parecer?
6. Antes del infarto, ¿practicaba ejercicios físicos? ¿Con qué frecuencia?
7. ¿Posee usted hábitos tóxicos? ¿Cuáles?
8. ¿Considera que sus hábitos alimenticios son saludables? ¿Por qué?
9. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño o se despierta antes de tiempo?
¿Qué hace para lograr un buen dormir?
10. ¿Cómo se siente emocionalmente después del infarto? ¿Qué hace para manejar sus estados emocionales negativos?
11. ¿Dedica tiempo a sus gustos y preferencias?
12. ¿Qué lo caracteriza a usted como persona? ¿Qué ha cambiado después del infarto?

13. ¿Cómo valora la relación con sus familiares y amigos? ¿Y con el personal de salud que lo atiende?
14. ¿Le han brindado información acerca de las relaciones sexuales después del infarto? ¿Qué preocupaciones usted tiene en este aspecto?
15. Final de la entrevista. (Posibilidad para preguntar y aclarar dudas, despedida).

ANEXO 3

Entrevista al familiar

Objetivo: explorar el nivel de preparación que posee la familia y su participación en la rehabilitación cardiovascular del paciente infartado.

1. ¿Qué conocimientos tiene acerca de a los factores de riesgo de la enfermedad de su familiar?
2. ¿Cuáles son los cambios en el estilo de vida que debe llevar después del infarto?
3. ¿Qué modificaciones se han realizado en la familia en cuanto los hábitos tóxicos y alimentarios?
4. ¿Ha percibido usted en su familiar preocupación, temor, tristeza, llanto, irritabilidad, nerviosismo o no aceptación de la enfermedad? ¿Cuál predomina?
5. ¿Conoce usted algún mecanismo para el manejo y control de las emociones negativas? ¿Cómo lo aplica?
6. ¿De qué manera participa usted en el proceso de rehabilitación cardiovascular? ¿Cómo lo apoya?

ANEXO 4

Objetivo: evaluar el nivel de autocuidado de los adultos mayores.

Escala de valoración de Agencia de Autocuidado (Appraisal of Self-care Agency Scale, ASA).

Ítems	Nunca	Casi Nunca	Casi Siempre	Siempre
1- A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.				
2 -Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.				
3- Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.				
4 -Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.				
5 -Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.				
6 -Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.				
7- Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.				
8- Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.				

9- Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.				
10- Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.				
11- Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego hacerlo.				
12- Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.				
13- Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.				
14 -Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo.				
15- Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.				
16- He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.				
17 -Cuando tengo que tomaron una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.				
18- Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.				

19 -Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.				
20- Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.				
21 -Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.				
22- Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.				
23 -Puedo sacar tiempo para mí.				
24- A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.				

ANEXO 5

Entrevista al equipo multidisciplinario de rehabilitación cardiovascular.

Objetivo: explorar sobre el cumplimiento del programa de rehabilitación cardiovascular, principales características en estos pacientes, sus prácticas de autocuidado y valorar relaciones del equipo de salud con los mismos.

1. ¿Qué actividades educativas se planifican para brindar información sobre los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular y estilo de vida posterior al infarto? ¿Con qué frecuencia y duración se realizan?
2. ¿Observa usted responsabilidad en los pacientes con respecto a la asistencia al gimnasio de rehabilitación y las orientaciones médicas? ¿Cuáles son los comportamientos más frecuentes?
3. ¿Cuáles son los síntomas emocionales más frecuentes en estos pacientes? ¿En qué medida dificultan el entrenamiento físico?
4. ¿Qué herramientas usted utiliza para contribuir a la regulación de emociones negativas en los pacientes?
5. ¿Qué características de la personalidad usted observa que predominan en los pacientes infartados?
6. ¿Cómo valora su relación con los pacientes?

ANEXO 6

Guía de observación al paciente

Objetivo: constatar comportamientos de autocuidado, presencia de emociones negativas y relaciones interpersonales en pacientes infartados que asisten a la rehabilitación.

Aspectos a observar.

-Comportamientos que manifiestan acciones de autocuidado:

- Asistencia de forma regular al gimnasio de rehabilitación
- Asistencia a consultas de seguimiento
- Práctica de ejercicios físicos con regularidad
- Cambios en el índice de masa corporal.

-Relaciones afectivas con los demás pacientes y equipo multidisciplinario de salud.

- Adecuada

Manifestaciones _____

- Inadecuada

Manifestaciones _____

-Presencia de emociones negativas:

- Preocupación
- Temor
- Tristeza
- Llanto
- Irritabilidad
- Nerviosismo
- No aceptación de la enfermedad

ANEXO 7

Fábula

El roble

En la plaza central del pueblo debían quitar un gran roble, un enorme árbol que con el paso de los años se había convertido en símbolo del lugar. Hasta en el escudo del pueblo se dibujaba su silueta. El roble se había enfermado de un extraño virus. Corría el riesgo de caerse y de contagiar a los demás árboles cercanos. Ya se había hecho todo lo posible por salvarlo, y la triste determinación de derribarlo provocaba en los vecinos una profunda sensación de impotencia.

No es fácil determinar la causa de un problema, y tomar la decisión de solucionarlo no es el camino más agradable.

Los leñadores llegaron una mañana con cierras automáticas y hachas. Los vecinos se reunieron en la plaza para presenciar la caída. Esperaban oír el estrépito producido por el choque del árbol contra el suelo. Suponían que los hombres comenzarían a cortarlo por el tronco principal en un lugar más pegado a la tierra, pero en vez de esto los hombres colocaron escaleras y comenzaron apodar las ramas más altas.

En ese orden de arriba a abajo cortaron desde la más pequeña hasta la más grande. Así, cuando terminaron con la copa del árbol, solo quedaba el tronco central, que al poco tiempo yacía cuidadosamente cortado en el suelo.

El sol ahora cubría el centro del parque. La sombra ya no existía, era como si el roble no hubiera tardado medio siglo en crecer, como si nunca hubiera estado allí. Los vecinos preguntaron por qué los hombres se habían tomado tanto tiempo y trabajo para derribarlo. El más experimentado leñador explicó: “cortando el árbol cerca del suelo, antes de quitar las ramas, la caída se vuelve incontrolable y el árbol puede quebrar otros árboles cercanos o producir otros destrozos. Es más fácil manejar un árbol cuando se le hace más pequeño”.

El inmenso árbol de la preocupación, que tantos años ha crecido en cada uno de nosotros, puede manejarse mejor si se le hace lo más pequeño posible.

Para lograrlo, es aconsejable podar, en principio, los pequeños obstáculos que nos impiden disfrutar de cada día y así ir quitando el temor de que en el intento de librarnos de estos y mejorar, todo se derrumbe.

Nuestro cuerpo siempre nos da el primer aviso. Hemos llegado al límite. La presión, el cansancio, el estado de ánimo, la confusión, el agotamiento y la falta de claridad indican que se están agotando todas nuestras fuerzas.

Es tiempo de actuar. Llegó el momento en que decidimos dar un ataque frontal contra todos los asuntos que nos abruman.

Tenemos la esperanza de triunfar, de terminar de una vez por todas con todos los problemas que nos agobian. No debemos engañarnos, el objetivo de terminar de un solo golpe con nuestras preocupaciones es difícil de lograr.

En ese orden, quitando al comienzo los pequeños problemas, podemos llegar al tronco principal de nuestras preocupaciones. Para cambiar hay que realizar una tarea a la vez, hay que quitar las ramas de la preocupación de una en una, ocuparnos y no preocuparnos. Reconocer nuestros errores y tener el valor de enfrentarlos, establecer las prioridades y los objetivos de la vida y mantener una verdadera determinación de librarnos poco a poco de todo el peso que nos impide trabajar, crecer, disfrutar y vivir, transformar nuestras ansiedades, miedos y preocupaciones en coraje, esperanza y fe.

ANEXO 8

Poema

Elegí la vida

No quise dormir sin sueños:

y elegí la ilusión que me despierta,
el horizonte que me espera,
el proyecto que me llena,
y no la vida vacía de quien no busca nada,
de quien no desea nada más que sobrevivir cada día.

No quise vivir en la angustia:

y elegí la paz y la esperanza,
la luz,
el llanto que desahoga, que libera,
y no el que inspira lástima en vez de soluciones,
la queja que denuncia, la que se grita,
y no la que se murmura y no cambia nada.

No quise vivir cansado:

Y elegí el descanso del amigo y del abrazo,
el camino sin prosas, compartido,
y no parar nunca, no dormir nunca.
Elegí avanzar despacio, durante más tiempo,
y llegar más lejos,
habiendo disfrutado del paisaje.

No quise huir:

y elegí mirar de frente,
levantar la cabeza,

y enfrentarme a los miedos y fantasmas
porque no por darme la vuelta volarían.

No pude olvidar mis fallos:

pero elegí perdonarme, quererme,
llevar con dignidad mis miserias
y descubrir mis dones;
y no vivir lamentándome
por aquello que no pude cambiar,
que me entristece, que me duele,
por el daño que hice y el que me hicieron.
Elegí aceptar el pasado.

No quise vivir solo:

y elegí la alegría de descubrir a otro,
de dar, de compartir,
y no el resentimiento sucio que encadena.
Elegí el amor.

**Y hubo mil cosas que no elegí, que me llegaron de pronto
y me transformaron la vida. Cosas buenas y malas que no buscaba, caminos por los que
me perdí, personas que vinieron y se fueron, una vida que no esperaba. Y elegí, al menos,
cómo vivirla.**

Elegí los sueños para decorarla,
la esperanza para sostenerla,
la valentía para afrontarla.

Rudyard Kipling

ANEXO 9

Fábula

Todos tenemos grietas

Un cargador de agua de la India tenía dos grandes vasijas que colgaban a los extremos de un palo que llevaba encima de los hombros. Una de las vasijas tenía varias grietas, mientras que la otra era perfecta y conservaba toda el agua. Pero al final del largo camino a pie, desde el arroyo hasta la casa de su patrón, cuando el cargador llegaba, la vasija rota solo tenía la mitad del agua.

Durante dos años completos esto fue así diariamente. Desde luego la vasija perfecta estaba muy orgullosa de sus logros, pues se sabía perfecta para los fines que fue creada. Pero la pobre vasija agrietada estaba muy avergonzada de su propia imperfección y se sentía miserable porque solo podía hacer la mitad de todo lo que se suponía que era su obligación.

Después de dos años, la tinaja quebrada le hablaba al aguador y le dice:

—Estoy avergonzada y me quiero disculpar contigo porque debido a mis grietas solo puedo entregar la mitad de mi carga y solo obtienes la mitad del valor que deberías recibir.

El aguador apesadumbrado, le dijo compasivamente:

—Cuando regresemos a la casa quiero que notes las bellísimas flores que crecen a lo largo del camino.

Así lo hizo la tinaja. Y en efecto vio muchas flores hermosas a lo largo del camino, pero de todos modos se sintió apenada porque al final solo quedaba dentro de ella la mitad del agua que debía llevar. El aguador le dijo entonces:

— ¿Te diste cuenta de que las flores solo crecen en tu lado del camino? Siempre he sabido de tus grietas y quise sacar el lado positivo de ello. Sembré semillas de flores a todo lo largo del camino por donde vas y todos los días las has regado, y por dos años yo he podido recoger estas flores para decorar el altar de mi maestro. Si no fueras exactamente como eres, con todo y tus defectos, no hubiera sido posible crear esta belleza.

Cada uno de nosotros tiene sus propias grietas. Todos somos vasijas agrietadas, pero debemos saber que siempre existe la posibilidad de aprovechar las grietas para obtener buenos resultados.

ANEXO 10

Objetivo: valorar criterios sobre la propuesta.

Cuestionario a expertos para someterá su consideración la estrategia de orientación educativa sobre el autocuidado en el adulto mayor con infarto del miocardio.

Compañero: _____

Con el objetivo de favorecer el autocuidado en los adultos mayores con infarto del miocardio, se propone validar una estrategia de orientación educativa. Usted ha sido escogido como experto para valorar la estrategia propuesta. Se anexa a esta encuesta dicha propuesta, para que usted la consulte en su valoración. Agradecemos su valiosa colaboración.

I. Señale con una (X) la categoría que a su juicio le corresponde a cada una de los aspectos que se relacionan a continuación. Las categorías son las siguientes:

C1 Nada. C2 Poco. C3 Moderadamente. C4 Mucho.

Aspectos	C1	C2	C3	C4
Coherencia en la estructura de la estrategia				
Coherencia entre los temas				
Cumplimiento de los objetivos				
Ajustada a normas de rehabilitación cardiaca				
Calidad				
Pertinencia				
Creativa				
Valoración integral de la propuesta				

II. Luego de analizar la estrategia considere todas aquellas sugerencias y propuestas que se deban añadir para garantizar un mejor resultado.

Muchas gracias.

ANEXO 11

Objetivo: valorar consenso de los expertos.

Valoración de la propuesta por juicio de expertos en la primera ronda

Aspectos valorados	Escala	No	%	Coefficiente V	p
Calidad	Moderadamente	1	14.2	0.95	0.008
	Bastante	6	85.7		
Pertinencia	Bastante	7	100	1	0.008
Creatividad	Bastante	7	100	1	0.008
Coherencia en la estructura	Bastante	7	100	1	0.008
Coherencia entre los temas	Moderadamente	1	14.2	0.95	0.008
	Bastante	6	85.7		
Cumplimiento de los objetivos	Moderadamente	2	28.5	0.90	0.008
	Bastante	5	71.4		
Ajustada a normas de rehabilitación cardiaca	Moderadamente	3	42.8	0.60	0.008
	Bastante	4	57.1		
Valoración integral de la propuesta	Moderadamente	2	28.5	0.90	0.008
	Bastante	5	71.4		

ANEXO 12

Objetivo: valorar consenso de los expertos.

Valoración de la propuesta por juicio de expertos en la segunda ronda

Aspectos valorados	Escala	No	%	Coefficiente V	p
Calidad	Bastante	7	100	1	0.008
Pertinencia	Bastante	7	100	1	0.008
Creativa	Bastante	7	100	1	0.008
Coherencia en la estructura	Bastante	7	100	1	0.008
Coherencia entre los temas	Bastante	7	100	1	0.008
Cumplimiento de los objetivos	Bastante	7	100	1	0.008
Ajustada a normas de rehabilitación cardiaca	Bastante	7	100	1	0.008
Valoración integral de la propuesta	Bastante	7	100	1	0.008