

## Trabajo de investigación

# Efecto de la intervención tanatológica con grupos de encuentro en el paciente cardiópata y familiares durante la hospitalización

Mtra. Sofía Vega-Hernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Maestría en Educación Integral del Ser Humano ante la Muerte. Departamento de Apoyo Vital. Servicio de Tanatología. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

## RESUMEN

**Introducción:** La intervención tanatológica con grupos de encuentro es una estrategia que se propone para la reeducación emocional, experimentación y autocontrol de las emociones, restableciendo la resolución de problemas. **Objetivo:** Determinar el efecto que tiene una intervención tanatológica en el estado emocional del paciente cardiópata y de los familiares. **Material y métodos:** Estudio comparativo, prospectivo y transversal. Muestra no probabilística por conveniencia ( $n = 309$ ), incluyó 159 pacientes hospitalizados y 150 familiares, ambos sexos; se eliminaron participantes que llegaron tarde o interrumpieron la sesión. Previo consentimiento, contestaron antes y después de la intervención una cédula *ex profeso*, que valora estados emocionales con escala de respuesta: nada = 0, poco = 1 y mucho = 2. Intervención tanatológica de modalidad intensiva, con técnicas de musicoterapia, terapia de juego, expresión emotiva e imaginería. Datos analizados con frecuencias, porcentajes, media y prueba de Wilcoxon, significancia  $p < 0.05$ . **Resultados:** En ambos grupo predominó el sexo femenino, 53% en pacientes y 66.7% en familiares: 54.4% de pacientes

con edad entre 50-70 años y 73.3% de familiares entre 19-49 años. Posterior a la intervención, en los pacientes disminuyeron las emociones desagradables, considerando poco y mucho temor, confusión, cansancio y aburrimiento, y los agradables incrementaron en poco o mucho, como la alegría, seguridad, reflexión y realización; mientras que en los familiares se encontró el mismo fenómeno en las emociones agradables y desagradables, siendo un cambio estadísticamente significativo ( $p < 0.05$ ). **Conclusión:** La intervención tanatológica disminuye las emociones desagradables y aumenta las agradables. Lo anterior abre la posibilidad de que los participantes reactiven mecanismos de afrontamiento y resolución de problemas.

**Palabras clave:** Tanatología, emociones, grupo de encuentro, enfermería.

## ABSTRACT

**Introduction:** Thanatological intervention group meeting is proposed for emotional re-education, experimentation and self-control of emotions strategy, restoring the capacity for problem solving. **Objective:** To determine the effect of a thanatological intervention in the emotional state of the cardiac patient and family. **Material and methods:** Comparative, prospective, cross-sectional study. Non-probability sample for convenience ( $n = 309$ ) included 159 inpatients and 150 relatives both sexes; participants who arrived late or interrupted the session were removed. Previous consent, they answered before and after the intervention an intentional writ, that values emotional states with a response scale of: nothing = 0, a bit = 1 and much = 2. Thanatological intervention of intensive modality, with techniques of music therapy, play therapy, emotional expression and imagery. Data analyzed with frequency, percentage, mean and Wilcoxon test, significance  $p < 0.05$ . **Results:** In both groups predominated female, 53% in patients and 66.7% in families: 54.4% of patients aged 50-70 years and 73.3% of families be-

Recibido para publicación: 9 junio 2014.

Aceptado para publicación: 30 julio 2014.

Dirección para correspondencia:

Mtra. Sofía Vega-Hernández

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

Juan Badiano Núm. 1, Col. Sección XVI,

C.P. 14080, Tlalpan, México, D.F.

Tel. 55 73 29 11, ext. 1112 y 1484

E-mail: vegsofi@yahoo.com.mx

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:  
<http://www.medigraphic.com/enfermeriacardiologica>

tween 19-49 years. After the intervention, patients decreased unpleasant emotions, considering slight and great fear, confusion, fatigue and boredom, and increased pleasant emotions a little or a lot, such as joy, security, reflection and realization; while in the family members the same phenomenon was found in the pleasant and unpleasant emotions, being statistically significant ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** Thanatological intervention decreases unpleasant and increases pleasant emotions. This opens the possibility that participants reactivate coping mechanisms and problem solving capacity.

**Key words:** Thanatology, emotions, encounter group, nursing care.

## INTRODUCCIÓN

El ser humano tiene que ser considerado, evaluado y tratado a través de un modelo biopsicosocial. Desde el punto de vista biológico, los estudios sobre el cerebro muestran que el trauma tiende a secuestrar los centros emocionales y defensivos del cerebro (sistema límbico), provocando que alcancen un alto nivel de actividad, en tanto que los centros racionales del cerebro (corteza prefrontal) permanecen efectivamente apagados. Lo anterior atrapa a la persona en un estado de inundación emocional en el que no le es posible pensar o actuar de manera efectiva.<sup>1</sup>

Desde el punto de vista psíquico y de acuerdo con el modelo de la expresión emotiva e imaginaria, se considera que el ser humano tiene una estructura física (cuerpo), psíquica (procesos mentales), social (el medio e interacción de ambas partes) y espiritual. La conducta de una persona en equilibrio inicia a partir de las sensaciones corporales que se van desarrollando en el organismo (estructura física), una vez que estas sensaciones toman fuerza, la persona hace conciencia de qué es lo que necesita, generando ideas y pensamientos (estructura psíquica). Para cubrir su necesidad primordial, la persona requiere interactuar con el medio, todo lo que está de su piel hacia fuera (estructura social), esto lo consigue incorporando las tres en una sola (estructura espiritual). De esta forma una persona vive en la salud, ya que realiza una integración coherente entre lo que piensa, siente y hace.<sup>2</sup>

Sin embargo, una persona que vive en la enfermedad inicia un proceso para satisfacer su necesidad de la estructura psíquica, por medio de ideas y sueños repetitivos y catastróficos, así como, pensamientos relacionados con la culpa, la soledad y el abandono; pasa a la estructura física con manifestaciones como el miedo, el enojo, la tristeza, la fatiga, entre otros, y regresa a la estructura psíquica, creando un círculo vicioso que impide pasar a la estructura social y a la estructura espiritual.<sup>2</sup>

Rollo May<sup>3</sup> dice que: "La ansiedad y el sufrimiento no puede curarse por medio de teorías". La experiencia ha demostrado que saber, la mayoría de las veces, no alivia el dolor ni promueve el desarrollo; saber, resulta sólo una parte del conocimiento humano que se empobrece al no tener conexión suficiente con el sentir y el vivenciar. Es entonces que el enfoque humanista se retoma para atender los problemas neuróticos del adulto con el grupo terapéutico que es de gran utilidad; pone énfasis en explorar el mundo interno, trabaja con el individuo y la relación con su entorno, así mismo cuenta con los datos que le aporta el grupo.<sup>4</sup>

Para lograr lo anterior en el caso del paciente cardiópata y sus familiares, una alternativa es la intervención tanatológica con grupos de encuentro (ITGE), la cual se define como el proceso terapéutico que favorece la experimentación, identificación, expresión, comprensión y regulación de emociones, pensamientos y conductas relacionadas al duelo detonado por la muerte de un ser querido, enfermedades congénitas o crónico degenerativas. En esta intervención se aplican los principios de Rogers (creador de los grupos de encuentro): el escuchar al otro, sin criticar, sin juzgar o apapachar; el dialogar para adquirir un "darse cuenta"; así como la aplicación de ejercicios experienciales, la cual implica la expresión de emociones, movilización de energía, el contacto de la necesidad y su cierre.<sup>5</sup> Lo anterior se apoya con musicoterapia con el objetivo de restaurar, potenciar o mantener el funcionamiento físico, emocional, cognitivo, o social del participante;<sup>6</sup> terapia de juego de tipo directivo, en la que el terapeuta guía e interpreta,<sup>7</sup> técnicas de expresión emotiva e imaginaria para generar un mecanismo de cambio saludable que resuelve lo que aparece en la mente y en el cuerpo del participante;<sup>4</sup> y psicoeducación.

La ITGE tiene por objetivo favorecer el proceso de duelo y generar conductas adaptativas y saludables en los participantes que sean reflejadas en el autocuidado y el cuidado del "otro".

Diversos estudios publicados en la literatura nacional e internacional relacionados con terapia de grupo dirigido por enfermeras en personas con enfermedad crónica, tienen en común trastornos del estado de ánimo (depresión y ansiedad) y violencia intrafamiliar. Dentro de estos grupos se identifican participantes que viven un duelo por la muerte de un ser querido, enfermedad grave de un familiar cercano (adulto o hijos prematuros), o ser ellos quienes la padecen, así como ser víctima de la violencia en diferentes etapas de su vida. Los objetivos de es-

tos grupos han sido diversos: comprender el proceso de la enfermedad y hospitalización, proporcionar contención emocional, y dar estrategias de afrontamiento a través de un modelo cognitivo conductual. Los beneficios reportados son: los participantes compartieron experiencias de vida relacionados al tema central, expresaron sentimientos de pérdida, tomaron conciencia de su estado emocional y tipo de pensamiento, relacionaron los conocimientos adquiridos y desarrollaron estrategias de afrontamiento produciendo un cambio en su actitud, pensamiento positivo, apariencia personal y aumento en el nivel y calidad de sus actividades.<sup>8,9</sup>

Sin embargo, son escasos los estudios realizados en pacientes cardiopatas y familiares; como antecedente en las instituciones de la salud se encuentra el trabajo publicado por Vega, quien a través de la ITGE consiguió, a los familiares del paciente cardiopata adulto y pediátrico, ofrecer contención emocional; identificó cuatro etapas dentro del proceso de la enfermedad y hospitalización del paciente en las cuales describe las emociones, sentimientos, pensamientos y conductas de los participantes generados por el duelo; así mismo detectó algunos beneficios de la intervención tales como la desaparición de síntomas somáticos y la percepción de los participantes en el control del pensamiento; la disminución del estrés y de algunas emociones desagradables,<sup>10,11</sup> abriendo una nueva línea de investigación.

Ante este contexto y considerando los beneficios que puede ofrecer la ITGE en los participantes en el proceso de hospitalización, el presente estudio tiene por objetivo determinar el efecto que tiene una ITGE en el estado emocional del paciente cardiopata y de los familiares. Con base en los resultados se pretende proponer la ITGE como una alternativa que favorezca el modelo biopsicosocial en el tratamiento, del duelo detonado por enfermedades congénitas o crónico degenerativas en los establecimientos de salud.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio comparativo, prospectivo y transversal de septiembre del 2012 a febrero del 2014 en los servicios de cardiología adultos, terapia postquirúrgica y albergue de una institución hospitalaria de tercer nivel. La muestra seleccionada por conveniencia fue de 309 participantes; de los cuales 159 fueron pacientes (grupo A) y 150 familiares (grupo B); incluyeron pacientes adultos hospitalizados en los servicios de cardiología, ambos sexos;

familiares de pacientes hospitalizados en el Servicio de Terapia Intensiva Postquirúrgica y familiares hospedados en el albergue, adultos de ambos sexos. Los criterios de exclusión fueron: pacientes con reposo absoluto, diagnóstico de estenosis aórtica, trastornos del ritmo cardíaco, programados ese día a estudios clínicos y/o cirugía o que no desearan participar. Se eliminaron pacientes y familiares que interrumpieron la sesión, llegaron tarde o que no llenaron correctamente la cédula de evaluación.

Los datos se recolectaron con una cédula de evaluación *ex profeso* autoadministrable, la cual contestaron antes y después de la intervención tanatológica; contiene cuatro ítems de datos sociodemográficos (servicio, sexo, edad, parentesco); 13 estados emocionales (alegre, triste, enojado, temeroso, seguro, cansado, energético, aburrido, interesado, frustrado, realizado, reflexivo y confundido), con escala de respuesta: nada = 0, poco = 1 y mucho = 2 puntos.

Posteriormente con base en los criterios de Vega<sup>11</sup>, se procedió a dar una explicación breve del objetivo principal de la intervención y previo consentimiento informado, el participante realizó la autoevaluación emocional (aplicación del instrumento) antes y después de una ITGE con modalidad intensiva (*Figura 1*).

El análisis de los datos se realizó en el programa STATA versión 10, con frecuencias, porcentajes, media, desviación estándar y cuartiles; y prueba de Wilcoxon para comparar los datos antes y después de la ITGE, considerando  $p < 0.05$  como estadísticamente significativo.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación está basada en la Ley General de Salud y el Código de Ética de Enfermería, ya que comprenden el desarrollo de acciones que contribuyen al conocimiento de los procesos psicológicos en los seres humanos, a la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población, al estudio de las técnicas y métodos que se recomiendan o emplean para la prestación de servicios de salud y fomentan una cultura de autocuidado; así mismo no expone a riesgos ni daños innecesarios a los sujetos de estudio. Además, se solicitó el consentimiento informado de los participantes.<sup>12,13</sup>

## RESULTADOS

En el grupo A la mayoría (59.62%) procedía del Servicio de Cardiología Adultos (21.15%); 50.32% eran del sexo

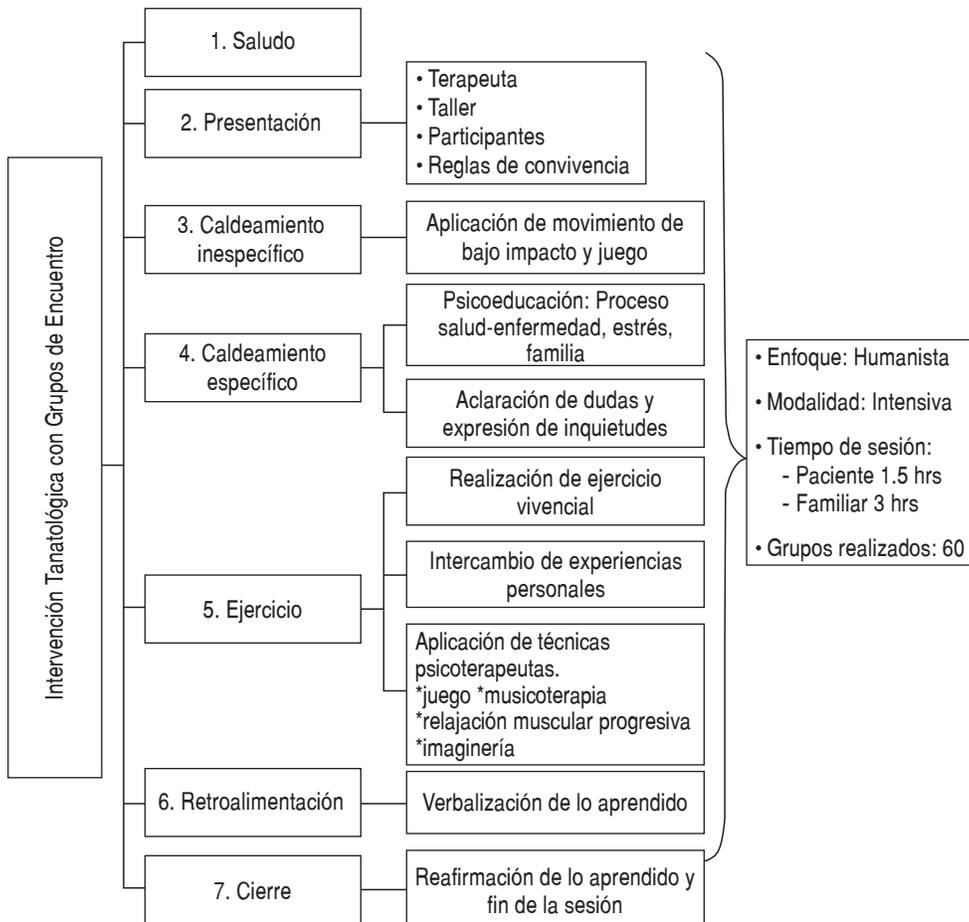


Figura 1.

Estructura de la intervención tanatológica con grupos de encuentro en modalidad intensiva.

masculino. El rango de edad fue de 19 hasta 75 años con una media de  $52.49 \pm 15.36$  años, por arriba del percentil 63 se encuentran las personas con  $\geq 60$  años.

En el caso del grupo B, la mayoría eran del Servicio de Terapia Intensiva Postquirúrgica (53.28%) y del albergue (45.39%); predominaron las mujeres (68.42%); con un rango de edad de 19 hasta 75 años con una media de  $36.96 \pm 12.64$  años; y la mayoría son madres (42.76%), padres (17.76%), hermanos (7.89%) o abuela (7.24%).

Posterior a la ITGE, las emociones desagradables en el grupo A disminuyeron: temor (33.3% vs. 5.1%  $Z = -6.065$ ,  $p = 0.000$ ), confusión (18.3% vs. 3.8%  $Z = -4.045$ ,  $p = 0.000$ ), cansancio (25.1 vs. 10%,  $Z = -3.473$ ,  $p = 0.001$ ) y aburrimiento (10% vs. 1.3%;  $Z = -3.343$ ,  $p = 0.001$ ); mientras que los agradables incrementaron en alegría (58.5% vs. 83%,  $Z = -5.715$ ,  $p = 0.000$ ), seguridad (37.1% vs. 65.4%,  $Z = -4.336$ ,  $p = 0.000$ ), reflexión (24.6% vs. 36.8%,  $Z = -2.866$ ,  $p = 0.004$ ) y realización (5% vs. 28.3%;  $Z = -5.462$ ,  $p = 0.000$ ) (Cuadro I).

En el grupo B mostraron una disminución del temor (39.4% vs. 7.3%;  $Z = -5.999$ ,  $p = 0.000$ ), tristeza (38% vs. 7.3%;  $Z = -5.846$ ,  $p = 0.000$ ), frustración (6.7% vs. 1.3%;  $Z = -2.443$ ,  $p = 0.015$ ), cansancio (28% vs. 14%;  $Z = -3.447$ ,  $p = 0.001$ ) y confusión (24.7% vs. 10%;  $Z = -3.518$ ,  $p = 0.000$ ); aumentó la alegría (46% vs. 78%;  $Z = -7.080$ ,  $p = 0.000$ ), seguridad (34.7% vs. 54.7%;  $Z = -2.926$ ,  $p = 0.003$ ), energía (4% vs. 20.7%;  $Z = -3.967$ ,  $p = 0.000$ ) y realización (7.3% vs. 32.6%;  $Z = -5.065$ ,  $p = 0.000$ ) (Cuadro II).

## DISCUSIÓN

Las emociones desagradables que predominaron antes de la ITGE en el paciente cardíopata hospitalizado fueron el miedo, la confusión, el cansancio; el aburrimiento y la tristeza. Estos datos concuerdan con lo descrito por Piqueras,<sup>14</sup> quien refiere que las emociones desagradables se asocian con la experiencia del dolor, peligro o el castigo, así como de tener una función preparatoria para que las personas

puedan dar una respuesta adecuada a las demandas del ambiente, por lo que se consideran respuestas adaptativas para el individuo. Sin embargo, menciona que pueden transformarse en patológicas, debido a un desajuste en la frecuencia, intensidad, adecuación al contexto, etcétera. Cuando tal desajuste acontece y se mantiene un cierto tiempo, puede sobrevenir un trastorno de la salud, tanto mental

(trastorno de ansiedad, depresión mayor, ira patológica, entre los más frecuentes) como física (mal funcionamiento del sistema inmunológico, del sistema endocrino-metabólico y, en general de todas las funciones fisiológicas), relacionándose con trastornos cardiovasculares, reumatológicos, inmunológicos y trastornos psicósomáticos o psicofisiológicos como cefaleas, dolor de espalda, arritmias, hipertensión

**Cuadro I.** Estado emocional de los pacientes antes y después de la ITGE.

	Antes (n = 159)			Después (n = 159)			Valor*	
	Nada	Poco	Mucho	Nada	Poco	Mucho	Z	p
Alegría	66 (41.5)	25 (15.7)	68 (42.8)	27 (17)	25 (15.7)	107 (67.3)	-5.715	0.000
Temor	106 (66.7)	32 (20.1)	21 (13.2)	151 (95)	6 (3.8)	2 (1.3)	-6.0657	0.000
Cansancio	119 (74.8)	28 (17.6)	12 (7.5)	143 (89.9)	12 (7.5)	4 (2.5)	-3.473	0.001
Aburrimiento	143 (89.9)	11 (6.9)	5 (3.1)	157 (98.7)	2 (1.3)	0	-3.343	0.001
Tristeza	126 (79.2)	16 (10.1)	17 (10.7)	155 (97.5)	2 (1.3)	2 (1.3)	-4.612	0.000
Seguridad	100 (62.9)	6 (3.8)	53 (33.3)	55 (34.6)	18 (11.3)	86 (54.1)	-4.336	0.000
Energía	149 (93.7)	3 (1.9)	7 (4.4)	128 (80.5)	5 (3.1)	26 (16.4)	-3.580	0.000
Interés	105 (66)	6 (3.8)	48 (30.2)	110 (69.2)	2 (1.3)	47 (29.6)	-0.336	0.737
Frustración	146 (91.8)	5 (3.1)	8 (5)	158 (99.4)	1 (0.6)	0	-3.170	0.002
Reflexivo	120 (75.5)	13 (8.2)	26 (16.4)	101 (63.5)	11 (6.9)	47 (29.9)	-2.866	0.004
Enojado	152 (95.6)	2 (1.3)	5 (3.1)	157 (98.7)	0	2 (1.3)	-1.027	0.305
Confusión	130 (81.7)	20 (12.6)	9 (5.7)	153 (96.2)	6 (3.8)	0	-4.045	0.000
Realizado	151 (95)	4 (2.5)	4 (2.5)	114 (71.7)	9 (5.7)	36 (22.6)	-5.462	0.000

\*Prueba de Wilcoxon.

**Cuadro II.** Estado emocional de los familiares de pacientes hospitalizados antes y después de la ITGE.

	Antes (n = 150)			Después (n = 150)			Valor*	
	Nada	Poco	Mucho	Nada	Poco	Mucho	Z	p
Alegría	81 (54)	29 (19.3)	40 (26.7)	33 (22)	25 (16.7)	92 (61.3)	-7.080	0.000
Temor	91 (60.7)	43 (28.7)	16 (10.7)	139 (92.7)	9 (6)	2 (1.3)	-5.999	0.000
Cansancio	108 (72)	37 (24.7)	5 (3.3)	129 (86)	21 (14)	0	-3.477	0.001
Aburrimiento	130 (86.7)	16 (10.7)	4 (2.7)	144 (96)	6 (4)	0	-3.175	0.001
Tristeza	93 (62)	40 (26.7)	17 (11.3)	139 (92.7)	8 (5.3)	3 (2)	-5.846	0.000
Seguridad	98 (65.3)	9 (6)	43 (28.7)	68 (45.3)	21 (14)	61 (40.7)	-2.926	0.003
Energía	144 (96)	2 (1.3)	4 (2.7)	119 (79.3)	9 (6)	22 (14.7)	-3.967	0.000
Interés	107 (71.3)	6 (4)	37 (24.7)	107 (71.3)	6 (4)	37 (24.7)	-0.092	0.927
Frustración	140 (93.3)	6 (4)	4 (2.7)	148 (98.7)	2 (1.3)	0	-2.443	0.015
Reflexivo	113 (75.3)	15 (10)	22 (14.7)	89 (59.3)	19 (12.7)	42 (28)	-3.473	0.001
Enojado	146 (97.3)	1 (0.7)	3 (2)	149 (99.3)	0	1 (0.7)	-1.131	0.258
Confusión	113 (75.3)	28 (18.7)	9 (6)	135 (90)	13 (8.7)	2 (1.3)	-3.518	0.000
Realizado	139 (92.7)	2 (1.3)	9 (6)	101 (67.3)	14 (9.3)	35 (23.3)	-5.065	0.000

\*Prueba de Wilcoxon.

arterial, molestias gástricas, entre otros. Lo que confirma que el personal de salud debe cuidar que dichas reacciones no se perpetúen en intensidad y frecuencia en el paciente; por lo que el objetivo de la ITGE es favorecer un proceso adaptativo, evitando una respuesta desadaptativa.

Posterior a la ITGE disminuyó considerablemente el miedo, la confusión, el cansancio, el aburrimiento y la tristeza; desapareciendo el enojo, asimismo se observó que aumentó en gran medida la elección de sentirse alegre, seguro, interesado, reflexivo y realizado; este fenómeno se relaciona a la aplicación de técnicas como la musicoterapia, terapia de juego, expresión emotiva e imaginaria, que favorecen la expresión y regulación de emociones. Con relación a la música, Flores Enrique<sup>15</sup> señala que el sentido y el valor que tiene está dado en gran medida por su notable capacidad para expresar, transmitir y evocar diversas emociones y afectos; asimismo de liberar energía psíquica, de estimular sensaciones de placer y contrarrestar las tensiones.

Es importante destacar que aproximadamente un tercio de los pacientes se encontraba en la etapa de la tercera edad<sup>16</sup> y el uso de la musicoterapia fue acertada; diversos autores afirman que la musicoterapia en *gerontes* proporciona la recuperación psicológica, ya que aumenta la autoestima, la comunicación, posibilita la autoexpresión y la integración social; disminuye el pesimismo, la agresividad, el desinterés, la tristeza y el sentimiento de soledad contribuyendo una actitud tolerante ante los hechos de la vida.<sup>17-20</sup> Esto confirma que la musicoterapia como parte de la ITGE favorece la aceptación de la propuesta terapéutica disminuyendo la tensión producida por el ambiente; ayuda a la socialización entre participantes y terapeuta, estimula la cooperación en el desarrollo de la sesión en donde los participantes cumplen con las reglas de convivencia y ejercen la libertad de decidir cómo y cuándo expresar sus emociones.

En cuanto al juego, se ha comprobado que tiende a provocar que todo el cerebro entre en operación, pero de un modo más frío y eficiente, desde el punto de vista cortical. El pensamiento y la conducta están menos limitados y la persona se siente más dueña de lo que siente y hace,<sup>21</sup> lo que confirma que la ITGE favorece conductas saludables a través de la música y el juego, observándose en la adaptación saludable de los participantes en el momento que hacen uso del humor negro, disfrutan de los momentos agradables sin sentir culpa, cambian su percepción del problema y la manera de confrontarlo.

En lo que respecta al grupo de los familiares, participaron con mayor frecuencia las mujeres y en cuanto al parentesco, las madres del paciente; este dato concuerda con un estudio realizado en el 2010 por Vega quien refiere que en la actualidad la mujeres son las protagonistas en el cuidado del paciente, y son las que pasan mayor tiempo fuera del hogar alejadas de la familia, asimismo existe mayor responsabilidad y compromiso por parte de ambos padres en el bienestar, seguridad y protección con los hijos pequeños, ya que está presente el sentido de pertenencia, generado por el amor incondicional.<sup>10,11</sup>

La ITGE no sólo trabaja con emociones desagradables, maximiza la intensidad de las emociones agradables para favorecer un equilibrio psíquico que reactiva los mecanismos de confrontación y resolución de problemas en el participante. La psicoeducación y la verbalización de sus experiencias ayuda a los participantes a comprender sus reacciones ante la enfermedad, disminuyendo juicios sociales y la percepción de ser débil o pesimista al experimentar emociones desagradables; así mismo el de ser "inconsciente" al experimentar las agradables.

Beach considera a los grupos de encuentro en modalidad intensiva, es decir, sesión única y de corto tiempo como el utilizado en este estudio, son "lo más directo, eficiente y económico para la alineación mental, vacío existencial, fragmentación y en otros riesgos de la salud mental en nuestros tiempos".<sup>22</sup>

## CONCLUSIONES

La ITGE aplicada en el paciente cardiópata y familiares durante la hospitalización, es un proceso metodológico que incluye el informar a los participantes sobre el proceso de salud, enfermedad y hospitalización; favorece el autoconocimiento (al experimentar, identificar, y regular sus emociones), el autocuidado (al hacerlos conscientes de sus necesidades y las repercusiones al no cubrirlas) y la comunicación (al verbalizar y compartir su experiencia con el grupo). Por lo tanto, tiene un impacto directo en la frecuencia e intensidad de las emociones agradables y desagradables. Las emociones desagradables disminuyeron, las emociones agradables aumentaron, además generaron un sentimiento de realización personal que antes de la ITGE no era percibido por los pacientes.

Lo anterior confirma que el cuidado que proporciona el profesional de enfermería a través de la aplicación de técnicas psicoterapéuticas realizadas en la ITGE, como la musicoterapia, la terapia de

juego, la expresión emotiva e imaginación, así como compartir sus experiencias vivenciales, favorece en los participantes el contacto con sus cuatro estructuras (física, psíquica, social y espiritual) reflejándose en la mejora del estado de ánimo, en la percepción de mayor seguridad y realización, aumentando a su vez la posibilidad de que los participantes reactiven sus mecanismos de afrontamiento y resolución de problemas, adaptándose a su entorno.

En el momento en que los participantes experimentan, identifican y etiquetan las emociones presentes ante el proceso de salud-enfermedad, aprenden y visualizan un cambio en sus conductas desadaptativas y no saludables, lo anterior hace suponer que la ITGE favorece el desarrollo de competencias emocionales en los participantes, tales como conciencia emocional, regulación emocional, autonomía emocional, además de la competencia social, la competencia para la vida y el bienestar, por lo que se requieren más estudios que permitan profundizar en este campo.

#### REFERENCIAS

1. Chávez CB. Propuesta de modelo psicoterapéutico. Expresión emotiva e imaginación (la terapia total) [Tesis]. México: Instituto Mexicano de Psicooncología; 2009.
2. Polo EM. Psicoterapia Gestalt en el manejo y resolución del duelo. México: MC editores; 2007.
3. De Castro C, García G. Psicología clínica. Fundamentos existenciales. Colombia: Ediciones Uninorte; 2008.
4. Singer G. Imaginación en psicoterapia. México: Manual Moderno; 2006.
5. Rogers C. Grupos de encuentro. 10a impresión. Madrid: Amorrortu editores; 2004.
6. Varga C. La musicoterapia. La forma o estilo musical como un tratamiento en los trastornos psicopatológicos. Revista de Música y Cultura Mensual [Internet]. 2008 junio-septiembre [citado en enero del 2014]; 88: [aprox. 5 p]. Disponible en: <http://www.filomusica.com/musicoterapia.html>
7. Charles ES. Manual de terapia de juego. México: Manual Moderno; 1988.
8. Douglas CN. Terapia grupal con adultos mayores. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2012; 20(3): 139-48.
9. Mora E. Grupo terapéutico de apoyo dirigido a mujeres sobrevivientes de violencia intrafamiliar. Rev Enferm Actual Costa Rica [Internet]. 2005 abril-septiembre [citado en mayo del 2014]; 4(8): [aprox. 18 p]. Disponible en: <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/3569/3470>.
10. Vega HS. Grupos de encuentro para familiares en el manejo de contención emocional en el postoperatorio inmediato del paciente cardiopata. Tesis para obtener el grado de maestro en Educación Integral del Ser Humano ante la Muerte. México: Instituto Mexicano de Psicooncología; 2010.
11. Vega HS. Grupos de encuentro con intervención tanatológica en los familiares del paciente cardiopata. Revista Thanatos. 2010; 1(5): 20, 28, 29.
12. Cámara de Diputados. H Congreso de la Unión. Ley General de la Salud. México: 2013.
13. Comisión Interinstitucional de enfermería. Código para enfermeras y enfermeros en México. Disponible en: [www.ssa.gob.mx](http://www.ssa.gob.mx). México 2001. Completar información.
14. Piqueras RJA, Ramos LV, Martínez AE, Oblitas LA. Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. Suma Psicológica. 2009; 16(2): 85-112.
15. Flores E. La respuesta emocional a la música: atribución de términos de la emoción a segmentos musicales. Rev Salud Mental. 2010; 32(1): 21-34.
16. Asili N. Vida plena en la vejez. México: Pax México; 2004.
17. Oliva SR, Fernández T. La musicoterapia en los *gerontes*: una alternativa en salud. Psicología y Salud [Internet]. 2003 [citado 15 de febrero de 2014]; 3(1): [aprox. 1 plantilla]. Disponible en: <http://www.uv.mx/psicysalud/Sumarios/index.html>
18. Orjuela RJM. Efecto ansiolítico de la musicoterapia: aspectos neurobiológicos y cognoscitivos del procesamiento musical. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2011; 40(4): 748-59.
19. Barbarroja VMJ. El conocimiento y dominio de la musicoterapia. Revista Digital Innovación y Experiencias Educativas [Internet]. 2008 [citado 23 de julio de 2014]; 45(6): [aprox. 19 plantillas]. Disponible en: [http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod\\_ense/revista/pdf/Numero\\_13/M\\_JANET\\_BARBARROJA\\_2.pdf](http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_13/M_JANET_BARBARROJA_2.pdf)
20. Oliva SR, Fernández T. Salud mental y envejecimiento: una experiencia comunitaria de musicoterapia con ancianos deprimidos. Psicología y Salud. 2006; 16(1): 93-101.
21. Charles ES. Terapia del juego con adultos. México: Manual Moderno; 2005.
22. Castanedo C. Seis enfoques psicoterapéuticos. 2a ed. México: Manual Moderno; 2008.