



IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN  
PSICOLÓGICA PRE Y POST QUIRÚRGICO EN PACIENTES ADULTOS DEL  
INSTITUTO DEL CORAZÓN DE BUCARAMANGA

Trabajo de grado  
En modalidad de Pasantía

Sonia Esperanza Gélvez Bermúdez

Psicóloga Diana Maria Agudelo Vélez. Ph.D

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA  
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES  
FACULTAD DE PSICOLOGIA  
FLORIDABLANCA, 2010

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN  
PSICOLÓGICA PRE Y POST QUIRÚRGICO EN PACIENTES ADULTOS DEL  
INSTITUTO DEL CORAZÓN DE BUCARAMANGA

**Trabajo de grado**

En modalidad de Pasantía

SONIA ESPERANZA GELVEZ BERMUDEZ

**Asesor**

Dra. DIANA MARIA AGUDELO VÉLEZ Ph.D

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA  
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

2010

### Agradecimientos

Este proyecto de investigación, si bien ha requerido de esfuerzo y mucha dedicación por parte de la autora y su asesora de pasantía, no hubiese sido posible su finalización sin la cooperación desinteresada de todas y cada una de las personas que colaboraron y participaron en la realización de este proyecto, hago extensivo mi más sincero agradecimiento.

Primero y antes que nada, dar gracias a **Dios**, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio. También por llenar mi vida de dicha y bendiciones.

Agradecer hoy y siempre al Instituto del Corazón de Bucaramanga, especialmente al Dr. Edgar Javier Manrique director del servicio de anestesia y cirugía, a la Dra. Maritza Álvarez, Coordinadora de gestión humana; por haber permitido realizar mis prácticas y pasantía en la institución, por el apoyo que me brindaron en todo momento, por la confianza que depositaron en mí; al permitirme realizar el trabajo con los pacientes de cirugía cardiaca, y en algunos casos con los de consulta externa, por su amistad y por creer en mi gracias.

A la Dra. Diana María Agudelo Vélez, Por aceptar ser mi asesora, por el interés que puso en este trabajo y sus constantes consejos. Todos mis respetos y agradecimientos.

A mis dos grandes amores los amo y gracias por estas siempre ahí, en las buenas y en las malas.

## Tabla de Contenido

	Pág.
Resumen	8
Abstract	9
Justificación	10
Objetivos	11
Objetivo General	11
Objetivos Específico	11
Contextualización	12
Origen	12
Misión Institucional	12
Visión Institucional	12
Políticas	13
Referente Conceptual	14
Periodo Pre-operatorio	17
Periodo Trans-operatorio	18
Periodo Post-operatorio	18
Componente Emocional.	18
Afrontamiento del Estrés	21
La Ansiedad	25
La Depresión Clínica	26
Ira, hostilidad y agresión	26
Técnicas de Tratamiento	29
La relación terapéutica	29
Técnicas Cognitivas	30
Apoyo psicológico.	30
Distracción cognitiva.	30
Reevaluación positiva.	30
Imaginación guiada.	30
Técnicas Conductuales	31
Relajación.	31
Desensibilización sistemática.	31
Suministro de instrucciones conductuales.	31
Técnicas Informativas	32

Técnicas Combinadas	33
Metodología	39
Diseño.	39
Población.	39
Muestra.	39
Instrumentos.	39
Inventario de expresión de ira Estado-Rasgo. (STAXI-2)	39
Inventario de depresión de Beck (BDI-II)	40
Inventario de ansiedad de Beck (BAI)	40
Procedimiento.	41
Discusión	46
Conclusiones	53
Recomendaciones	57
Referencias	58

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Descripción de variables clínicas de la muestra n=50.	42
Tabla 2. Estadísticos descriptivos y porcentaje de altos puntajes en Depresión, Ansiedad e Ira.	43
Tabla 3. Análisis de Regresión entre las variables psicológicas Evaluadas y los indicadores clínicos de recuperación.	44

Lista de Anexos

	Pág.
Anexo 1. Cuadernillo de pruebas empleado para la evaluación.	62
Anexo 2. Cartilla: preparándose para la cirugía cardíaca.	71
Anexo 3. Protocolo de intervención psicológica.	84
Anexo 4. Control días de hospitalización.	88
Anexo 5. Registro diario de pacientes Instituto del Corazón de Bucaramanga.	89

Resumen

TITULO: IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN  
PSICOLÓGICA PRE Y POST QUIRÚRGICO EN PACIENTES ADULTOS DEL  
INSTITUTO DEL CORAZÓN DE BUCARAMANGA

.AUTORA(S): Sonia Esperanza Gélvez Bermúdez

FACULTAD: Facultad de Psicología

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ASESOR: Dra. Diana Maria Agudelo Vélez Ph.D

Las intervenciones quirúrgicas generan impacto sobre las condiciones emocionales de los pacientes y los familiares, pero, al mismo tiempo, modulan la respuesta frente a la recuperación. El presente trabajo da cuenta de la implementación de un protocolo de intervención psicológica para pacientes adultos sometidos a cirugía cardíaca y relaciona los resultados con indicadores clínicos de recuperación como: adherencia al tratamiento, complicaciones postquirúrgicas, estancia hospitalaria, reingresos hospitalarios, y reintegración a las actividades cotidianas. Se trata de un estudio cuasiexperimental test/postest.

La muestra se conformó por 50 pacientes del Instituto del Corazón de Bucaramanga; 76% hombres y 24% mujeres con un rango de edad entre los 19 a 80 años y una media de 60,8 años. Los pacientes fueron evaluados a través de los siguientes instrumentos: STAXI- 2 (Inventario de expresión de Ira Estado Rasgo), Inventario de ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de depresión de Beck (BDI – II), posteriormente recibieron acompañamiento psicológico estandarizado según protocolo de intervención, luego de la cirugía en el control postquirúrgico fueron evaluados nuevamente con las mismas pruebas.

Los principales hallazgos indican que los pacientes disminuyeron las puntuaciones en las medidas de ansiedad y depresión, mientras que la irritabilidad aumento levemente en el postoperatorio, se encontraron estrategias de afrontamiento más eficaces frente a los procedimientos médicos y la hospitalización. Con respecto a los indicadores médicos se observa alto compromisos de los pacientes con el tratamiento, disminución en los tiempos de estancia hospitalaria, menor riesgo de complicaciones postquirúrgicas y mejor percepción de la atención recibida. Asimismo se encuentra una rápida incorporación a sus actividades cotidianas. Los resultados permiten concluir sobre la efectividad de la intervención psicológica y el impacto sobre la mejor condición de los pacientes antes y después de la cirugía cardíaca.

PALABRAS CLAVES: Protocolo de intervención, cirugía cardíaca, ansiedad, irritabilidad, depresión



ABSTRACT

TITLE: IMPLEMENTATION OF A PSYCHOLOGICAL INTERVENTION  
PROTOCOL PRE AND POST SURGERY IN ADULT PATIENTS OF HEART  
INSTITUTE OF BUCARAMANGA

AUTHOR (S): Sonia Esperanza Gélvez Bermúdez

SCHOOL: School of Psychology

Universidad Pontificia Bolivariana

ADVISOR: Dr. Diana Maria Agudelo Vélez Ph.D

Surgical procedures generate impact on the emotional conditions of patients and relatives, but at the same time, modulate the response to recovery. This paper reports on the implementation of a protocol of psychological intervention for adult patients undergoing cardiac surgery and relates the results with clinical indicators of recovery such as: adherence to treatment, postoperative complications, hospital stay, readmissions, and resumption of daily activities. This is a study quasi-experimental test / post-test.

The sample consisted of 50 patients from Heart Institute of Bucaramanga, 76% male and 24% female with an age range between 19 to 80 years and an average of 60.8 years. Patients were evaluated using the following instruments: (*State-Trait Anger Expression Inventory-2* (STAXI-2)), Beck Anxiety Inventory (BAI) and Beck Depression Inventory (BDI - II), subsequently received standardized psychological support intervention according to protocol after surgery in the post surgery control it were evaluated again with the same tests.

The main findings indicate that patients decreased scores on measures of anxiety and depression, while slightly increased irritability after surgery, coping strategies were more effective against medical procedures and hospitalization. With respect to health indicators high commitment is observed in patients with treatment, reduced time of hospitalization, reduced risk of postoperative complications and perception of care received. Also there is a rapid incorporation into their daily activities. The results show the effectiveness of psychological intervention and impact on the best condition of patients before and after cardiac surgery.

KEY WORDS: intervention protocol, cardiac surgery, anxiety, irritability, depression

### Justificación

El hecho de ser sometidos a una intervención quirúrgica, es sin duda, una situación muy distinta al resto de acontecimientos que se suele vivir a lo largo de la vida, por el alto grado de incontabilidad que supone. De hecho, se deja en manos de otras personas, a menudo desconocidas, nuestro cuerpo, nuestra salud y en última instancia nuestra vida. No es de extrañar encontrar algunos pacientes cuyos temores están relacionados con la muerte el dolor y el desempeño personal, que pueden desencadenar una variedad de reacciones emocionales como depresión, ansiedad, irritabilidad e incluso se puede llegar a alterar el sueño. Estos estados obstaculizan la colaboración del paciente con el personal médico e inclusive su propia recuperación.

Reducir este tipo de emociones en los pacientes que deben ser sometidos a cirugía cardíaca debe convertirse en uno de los principales objetivos de los profesionales de la salud, no sólo porque experimentarlas es algo negativo en si mismo sino porque estas afectan negativamente algunos indicadores de recuperación como: el dolor, la toma de analgésicos y sedantes, la adaptación psicológica, las náuseas, las complicaciones, la fiebre, la presión sanguínea y la duración de la estancia hospitalaria (Moix, Casas, López, Quintana, Ribera y Gil, 1995).

Por lo anterior se ve la necesidad de implementar y evaluar un protocolo de intervención psicológica, pre, intra y post-quirúrgico, con el fin de disminuir los niveles de ansiedad, irritabilidad y depresión en pacientes sometidos a cirugía de corazón, en el Instituto del Corazón de Bucaramanga y de esta manera evaluar su impacto a través de la relación con indicadores clínicos de recuperación como: Tiempo de estancia hospitalaria, adherencia al tratamiento, reingreso hospitalario y complicaciones quirúrgicas. Además de ofrecer un servicio integral en pro de la salud tanto física como emocional de los pacientes.

## Objetivos

### Objetivo General

Implementar un protocolo de intervención psicológica pre y post-quirúrgico, en pacientes adultos del Instituto del Corazón de Bucaramanga, con el fin de reducir los niveles de ansiedad, irritabilidad y depresión.

### Objetivos Específico

- Identificar mediante entrevista semi-estructurada, y batería de pruebas psicológicas, los síntomas tanto cognitivos como conductuales predominantes en pacientes sometidos a cirugía cardíaca.
- Reducir los niveles de ansiedad, depresión e irritabilidad en los pacientes que serán sometidos a cirugía cardíaca, mediante un protocolo de intervención pre y post quirúrgico.
- Evaluar el impacto de la implementación del protocolo; mediante la correlación con indicadores clínicos de recuperación.

## Contextualización

### Origen

El Instituto del Corazón de Bucaramanga es una entidad privada fundada por un reconocido grupo de médicos cardiólogos quienes vieron la necesidad de crear una institución especializada en el manejo y atención de pacientes adultos y pediátricos con enfermedades cardiovasculares, brindando una nueva alternativa de salud a la región con un servicio personalizado oportuno integral durante las 24 horas del día.

Con equipos de tecnología avanzada y la experiencia de su equipo médico, pionero de la cardiología moderna en Santander, inició actividades asistenciales el 5 de agosto de 2003 en el segundo piso de la clínica Bucaramanga.

Actualmente el ICB, se encuentra ubicado en el séptimo y octavo piso de la clínica Chicamocha – Calle 40 No 27<sup>a</sup> – 22. También cuenta con una alianza estratégica con las clínicas Materno Infantil San Luis, Bucaramanga, Foscal y Chicamocha.

### Misión Institucional

Somos una Empresa privada dedicada a la prestación de servicios especializados de cardiología en prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades cardiovasculares de la comunidad Santandereana y su área de influencia.

### Visión Institucional

En el año 2008 seremos líderes en el manejo de las enfermedades cardiovasculares en Santander y su área de influencia siendo una entidad reconocida por su calidez humana uso de tecnológica adecuada, cómoda infraestructura y calidad en la prestación de servicios permitiendo el desarrollo personal y científico.

## Políticas

Es política de calidad del Instituto del Corazón de Bucaramanga, prestar servicios de salud en el área cardiovascular, cumpliendo con los requisitos e implementando mecanismos de planificación, ejecución, verificación y optimización de los procesos a fin de satisfacer las necesidades de nuestros clientes, ofreciendo tecnología adecuada, apoyada en la permanente capacitación del personal y el mejoramiento continuo.

La práctica de psicología clínica en el Instituto del Corazón de Bucaramanga, se hace necesaria ya que la mayoría de sus pacientes requieren del apoyo psicológico, en especial aquellos que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica, debido a que existen un sinnúmero de respuestas emocionales que pueden llegar a obstaculizar tanto la colaboración como la propia recuperación, incrementando los costos humanos y económicos del proceso.

Es importante resaltar la beneficiosa influencia que tiene la intervención psicológica en las diferentes etapas del proceso quirúrgico. Intervención que se debe caracterizar por el respeto al paciente, la calidad y calidez de la atención, el apoyo para enfrentar el proceso, la percepción del paciente como ser biopsicosocial único e irrepetible y la aceptación del derecho que tiene a participar activamente en el reconocimiento de su enfermedad y en el tratamiento. Paralelo a esto es esencial el acompañamiento a los familiares debido a que también para ellos la cirugía constituye un evento novedoso y estresante. Ellos junto con el equipo médico son una importante fuente de apoyo social, cumpliendo un papel activo en el cuidado y recuperación del paciente, durante todo el proceso pre y post - quirúrgico.

### Referente Conceptual

A continuación se presenta el referente conceptual que servirá de base para el proyecto de investigación que lleva por título *“Implementación de un protocolo de intervención psicológica pre y post-quirúrgico en pacientes adultos del Instituto de Corazón de Bucaramanga”*, cuya finalidad es reducir los niveles de ansiedad, irritabilidad y depresión en los pacientes que van a ser sometidos a cirugía cardíaca e influir de manera positiva en los indicadores clínicos de recuperación tales como: estancia hospitalaria, complicaciones quirúrgicas, adherencia al tratamiento, reingresos hospitalarios, manejo del dolor entre otros.

Según Matarazzo (1980), la psicología de la salud es el conjunto de contribuciones específicas y profesionales de la disciplina psicológica con el fin de:

- promover y mantener la salud
- prevenir y tratar las enfermedades
- identificar los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas.
- Analizar y mejorar el sistema de atención de la salud y la formación de políticas de salud.

Se denomina psicología de la salud y no de la enfermedad porque se pretende remarcar que la salud no consiste tan sólo en la ausencia de la enfermedad. En este sentido, la salud debe ser entendida de una forma más positiva, como un proceso por el cual el hombre desarrolla al máximo sus capacidades actuales y potenciales, tendiendo hacia la plenitud (Ortega y Pujol, 1997).

La psicología de la salud es una rama de la psicología y es un campo de aplicación de esta última. Se encarga de estudiar la conducta de las personas tanto sanas como enfermas, aunque también estudia las conductas de todas aquellas personas y organizaciones implicadas en el cuidado de la salud o que pueden influir en la misma (médicos, políticos...). Finalmente, remarcar que la psicología de la salud se centra más en la salud y enfermedad físicas que en la salud mental.

Ahora, bien, el papel del psicólogo en el entorno hospitalario y más específicamente en relación con las enfermedades cardiovasculares se justifica a partir de la estrecha relación existente entre los factores comportamentales y la salud cardiovascular, lo cual ha permitido su inclusión en los equipos interdisciplinarios que trabajan en el ámbito de los trastornos cardiovasculares. Muchos de los factores de riesgo están ligados a comportamientos individuales y grupales, los cuales son susceptibles de modificación a través de técnicas de intervención conductual. Ahora bien, queda claro que la labor del psicólogo no se circunscribe únicamente a sustituir comportamientos de riesgo por comportamientos de prevención, con toda la dificultad que ello conlleva, sino que además actúa como elemento clave en el tratamiento y rehabilitación de los problemas cuando éstos ya se han presentado. De esta forma, ya sea a través de una intervención directa sobre ellos, o a través de una intervención sobre las alteraciones psicológicas secundarias a los mismos, la labor del psicólogo dentro del ámbito hospitalario se hace relevante (Simón, 1993).

Pues bien, teniendo en cuenta que la Psicología de la Salud, se centra fundamentalmente en las enfermedades crónicas, entre ellas los trastornos cardiovasculares es preciso anotar que en la actualidad estos trastornos representan un serio problema de salud en cuanto a morbilidad y mortalidad. Los avances científico-técnicos logrados en la salud humana y el desarrollo de medicamentos, han permitido al hombre controlar la influencia de agentes patógenos que conducían a la muerte o afectaban la calidad de vida, pasando a un primer plano las enfermedades crónicas no transmisibles. Las enfermedades del corazón y el cáncer, enmarcadas en esta categoría, marchan a la cabeza en los cuadros de morbimortalidad (Sanne & Wenger, 1983). En este orden de ideas y teniendo en cuenta el propósito del trabajo, es importante aclarar en qué consisten las enfermedades cardiovasculares y cuáles son algunas de ellas.

Según la Organización Mundial de la Salud (1946), las enfermedades crónicas o incapacitantes son aquellas que comúnmente se adquieren por medio de estilos de vidas inapropiados, aunque siempre hay que considerar que existen factores genéticos de naturaleza hereditaria que concierne a estas condiciones. La diferencia entre una condición crónica y una infecto-contagiosa se fundamenta sobre

el hecho de que las enfermedades degenerativas crónicas no son transmitidas mediante el contacto personal.

Las enfermedades crónicas tienen las siguientes características: comúnmente estas enfermedades toman un período de tiempo prolongado para que se desarrollen, estas enfermedades ocasionan una destrucción progresiva de los tejidos, interfieren con la capacidad del cuerpo para funcionar de forma óptima y algunas de ellas pueden prevenirse o minimizar sus efectos.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV), es decir, del corazón y de los vasos sanguíneos, son:

- La cardiopatía coronaria – enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco (miocardio).
- Las enfermedades cerebro vasculares – enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro.
- Las arteriopatías periféricas – enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores.
- La cardiopatía reumática – lesiones del miocardio y de las válvulas cardíacas debidas a la fiebre reumática, una enfermedad causada por bacterias denominadas estreptococos.
- Las cardiopatías congénitas – malformaciones del corazón presentes desde el nacimiento.
- Las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares – coágulos de sangre (trombos) en las venas de las piernas, que pueden desprenderse (émbolos) y alojarse en los vasos del corazón y los pulmones.

Los ataques al corazón y los accidentes vasculares cerebrales (AVC) suelen ser fenómenos agudos que se deben sobre todo a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el corazón o el cerebro. La causa más frecuente es la formación de depósitos de grasa en las paredes de los vasos sanguíneos que irrigan el corazón o el cerebro. Los AVC también pueden deberse a hemorragias de los vasos cerebrales o coágulos de sangre (Organización Mundial de la Salud, 1946).

Teniendo en cuenta lo anterior, en determinadas enfermedades cardíacas y en estudios específicos de las mismas, se plantea el tratamiento quirúrgico como



alternativa terapéutica óptima. Los procedimientos quirúrgicos se han desarrollado, las técnicas de perfusión y circulación extracorpórea han mejorado sustancialmente, y ya se trabaja en la cirugía con el corazón latiendo. No obstante continúan siendo procedimientos invasivos y no, en pocas ocasiones, novedosos y temidos para aquellos a quienes se les va a realizar. Cualquier acto quirúrgico por pequeño que sea, es una fuente potencial de estrés que trae apareadas respuestas psicológicas y fisiológicas, las que pueden sin duda comprometer la colaboración del paciente, el seguimiento de las prescripciones médicas, la efectividad del proceder y el proceso de recuperación (Sanne & Wenger, 1983).

La salud se ve afectada muchas veces por enfermedades que requieren tratamiento quirúrgico como única alternativa de curación a su dolencia. Una intervención quirúrgica puede ser considerada como importante para el paciente (así sea de menor riesgo), aunque el personal de salud no la perciba así. Los efectos son diferentes porque cada persona percibe la cirugía en forma única, pudiéndose observar una amplia gama de respuesta, entre las cuales se encuentran la ansiedad, frustración, enfado, incapacidad de adaptarse, dificultad para tomar decisiones, etc (Freedman 1982).

Berri y Kohn (1988), Long (1992) definen que la cirugía es una de las principales modalidades terapéuticas que implica la atención liberada y planeada de la estructura anatómica con el fin de detener un proceso patológico, aliviarlo o eliminarlo. El paciente puede ser sometido a diferentes cirugías como la opcional, electiva, necesaria y la urgente.

La cirugía es una experiencia estresante ya que implica una amenaza a la integridad corporal y a veces una amenaza a la vida misma, lo que puede producir reacciones de estrés tanto fisiológicas como psicológicas en el estado del paciente, las mismas que son negativas para lograr una adecuada predisposición y una recuperación favorable de forma progresiva (Long, 1992).

Periodo Pre-operatorio.

Es aquel durante el cual se prepara al paciente para la operación. Su duración es variable y depende del estado del paciente y la urgencia de la operación.

#### Periodo Trans-operatorio.

Es aquel durante el cual se efectúa la operación, la duración empieza desde el ingreso al quirófano hasta su salida del mismo.

#### Periodo Post-operatorio.

Es la recuperación y convalecencia de un paciente después de la cirugía, su duración depende de la clase de cirugía, ya sea de urgencia o electiva. Esta última es programada, disponiéndose de tiempo suficiente para una valoración y preparación planificada basada en una enseñanza de actividades que debe cumplir para una recuperación eficaz (Long 1992).

Los procedimientos médicos estresantes, entre ellos las cirugías suelen estar asociados con diversos factores psicológicos, por lo cual es necesario hacer una revisión de los mismos, con el objetivo de establecer desde allí, la intervención oportuna y eficaz del profesional de psicología.

De lo anterior se deriva la importancia de evaluar e intervenir algunos aspectos relevantes en los pacientes que serán sometidos a algún tipo de intervención quirúrgica, tales como.

#### Componente Emocional.

Las emociones son procesos que se activan cada vez que el organismo detecta algún peligro o amenaza a su equilibrio (Palmero y Fernández Abascal 1998); son, por lo tanto procesos adaptativos que ponen en marcha programas de acción genéticamente determinados, que se activan súbitamente y que movilizan una importante cantidad de recursos psicológicos. Pero las emociones, como procesos adaptativos que son, no son estáticas, sino que cambian en función de las demandas del entorno, por acción de la experiencia.

El proceso emocional se desencadena por la percepción de una condición interna y externa, que llegan a un primer filtro que suponemos formado por un proceso dual de evaluación valorativa. Como consecuencia de esta evaluación tiene lugar la activación emocional, que se compone de una experiencia subjetiva o sentimiento, una expresión corporal o comunicación no verbal, una tendencia a la acción o afrontamiento y unos cambios fisiológicos que dan soporte a todas las

actividades anteriores. Sin embargo, las manifestaciones externas de la emoción o los efectos observables de la misma son fruto de un segundo filtro que tamiza las mismas. Así la cultura y el aprendizaje hacen que las manifestaciones emocionales se vean sensiblemente modificadas; de esta manera, las experiencias subjetivas que recogemos mediante auto informes pueden ser una exageración, minimización o incluso negación de las mismas; lo mismo ocurre con lo que observamos mediante la comunicación no verbal, la observación de la conducta manifiesta o, incluso, en las respuestas fisiológicas.

Desde esta conceptualización, los dos filtros que producen modificaciones sobre el patrón prototípico de las emociones son los responsables de la adaptación de estas a nuevas condiciones, pero también son responsables de la disfuncionalidad de las mismas. Así, estos filtros pueden actuar de forma funcional, es decir, modificando el patrón de respuesta emocional para adaptarlo adecuadamente a nuevas condiciones; de forma no funcional, es decir, no adaptando la respuesta emocional a las nuevas condiciones del entorno; y de forma disfuncional, produciendo así respuestas desadaptativas y perjudiciales para la salud de la persona.

Cuando el primer filtro de evaluación valorativa actúa de forma disfuncional y el segundo filtro de aprendizaje y cultura actúa de forma no funcional se dan las condiciones responsables de que se produzcan múltiples problemas clínicos, como lo pueden ser la Tristeza/Depresión, Temor/Ansiedad o Ira/Hostilidad. Mientras que, cuando el primer filtro actúa de modo no funcional y el segundo filtro actúa de modo disfuncional, es cuando se producen problemas de salud o somatización. Estas respuestas emocionales desadaptativas pueden ser las desencadenantes de crisis o coadyuvantes de las mismas, responsables de las recaídas (García, Abascal y Palmero 1998).

Baum, Gatchel y Krantz (1997) mencionan que el estrés es el proceso por el cual los eventos ambientales amenazan o desafían el bienestar de un organismo y por el cual ese organismo responde a esta amenaza. Álvarez (1986, citado en Morales, 1999) caracteriza el concepto de estrés de la siguiente manera: es una respuesta del organismo ante estímulos físicos, biológicos o psicosociales que alteran su homeostasis; es una respuesta parcialmente inespecífica y sistémica que integra

niveles psicológicos, neurológicos y endocrinos; el carácter estresante del estímulo deriva de la significación que le atribuye el individuo, en base a su experiencia previa y a sus procesos cognitivos y afectivos; y la respuesta de estrés es activa e influye tanto sobre el estímulo como sobre su significado atribuido.

Existen diferentes modelos y enfoques que explican el estrés. Entre ellos está el *Modelo Psicobiológico del Estrés* de Hans Selye (1960), considerado el pionero en el estudio del estrés. Él describió el conocido síndrome general de adaptación (SGA) constituido por tres fases: Alarma, Resistencia y Agotamiento.

El segundo es el *Modelo de los Agresores Ambientales*, el cual pone énfasis en el componente externo del estrés, donde es posible clasificar los estresores según diversos criterios. De acuerdo con la fuente o contexto, donde pueden ser clasificados en cuatro áreas: personal, social/familiar, laboral y ambiental (Bernard y Krupat, 1994).

Finalmente el *Modelo Transaccional o Interactivo*, en lugar de concebir el estrés como amenazas del entorno o como reacciones a tales amenazas, se lo considera en términos relacionales, como una interacción o transacción entre el individuo y su entorno.

El modelo interactivo de estrés de Lazarus y Folkman (1986) destaca justamente esta interacción, donde el individuo valora el agente estresante como amenazante o que sobre pasa sus recursos, poniendo en peligro su bienestar. Dentro de este modelo se destaca el papel de los factores cognitivos, donde el concepto central es la *Valoración*. Dicho concepto hace referencia a las consecuencias y repercusiones que puede provocar un acontecimiento determinado en un individuo particular, y que tiene ver tanto con la evaluación del significado personal de un evento como con la adecuación de los recursos del individuo para afrontarlo.

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986) existen factores personales que influyen en el proceso de valoración, los cuales corresponde a los *Compromisos* y a las *Creencias*; donde los primeros son la manifestación de aquello que es considerado importante para el individuo y que además determina sus decisiones.

Ellos contienen una cualidad motivacional vital, afectando la valoración de un acontecimiento. Por otro lado las Creencias también influyen en la forma en que una persona valora lo que ocurre u ocurrirá. Dentro de ellas destacan las creencias existenciales y aquellas referidas al control personal.

#### Afrontamiento del Estrés

Se refiere, en general a las estrategias utilizadas para reducir la tensión causada por las situaciones estresantes, o para controlar las condiciones aversivas del entorno. El afrontamiento requiere esfuerzo e involucra aprendizajes conductuales previos.

Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas, que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Lo concibe como un proceso, que involucra cambios en los pensamientos y conductas del individuo a medida que se desarrolla su interacción con una situación, como resultado de las continuas valoraciones y revaloraciones de lo que ocurre, de su importancia y de lo que puede hacerse al respecto.

Existen diferentes *Tipos de Afrontamiento* que pueden agruparse en cinco categorías generales:

1. Buscar información sobre los eventos estresores
2. Acción directa, o tomar medidas específicas para afrontar el estresor
3. Inhibición de la acción
4. Esfuerzos intrapsíquicos, como involucrarse en procesos de negación, evitación o intelectualización, todos ellos orientados hacia la regulación emocional
5. Recurrir a los otros en busca de ayuda y apoyo emocional.

Lazarus y Folkman describen dos tipos de estrategias de afrontamiento: el manejo o la alteración de la relación entre la persona y el medio ambiente que es la fuente de estrés (afrontamiento centrado en el problema) y la regulación de las intensas emociones intensas que produce la situación estresante (afrontamiento centrado en la emoción). Un factor que puede diferenciar ambos tipos de afrontamiento es el grado de control que percibe el individuo respecto a la situación

estresante (Folkman 1999). A mayor control existirá mayor tendencia al afrontamiento centrado en el problema. En cambio, el menor control se asocia con mayores niveles de afrontamiento centrado en la emoción, tales como escape y evitación, búsqueda de apoyo social, distanciamiento y reencuadre cognitivo.

Existen recursos de resistencia al estrés, y dentro de ellos los factores psicológicos, y a ellos pertenecen las características de personalidad que configuran lo que se denominó “dureza” o resistencia. Las personas resistentes o duras son caracterizadas como poseedoras de tres características en particular: la creencia de que ellas pueden controlar o influir en los eventos de su vida (control); la capacidad para sentirse profundamente involucradas o comprometidas en las actividades de su vida (compromiso); y la anticipación y percepción de los cambios como un desafío excitante para el desarrollo o crecimiento (desafío). El conjunto de estos tres componentes conducirá a la resolución exitosa de las situaciones creadas por eventos estresantes.

En este orden de ideas es importante resaltar que la información oportuna reduce notablemente el estrés. A pesar de la atención continua que deben recibir los pacientes por parte del equipo médico en las Unidades de Cuidados Intensivos; no hay que dejar de lado los factores de tensión psíquica que tienen que enfrentar el paciente y su familia. Los conflictos afectivos y emocionales que éstos deben enfrentar no sólo afectan a la salud psíquica sino que además condicionan la recuperación física del paciente.

El primer paso en la prevención o reducción de la tensión psíquica consiste en determinar cómo perciben el paciente y su familia la situación desencadenante. Dicha percepción está condicionada por la personalidad de cada individuo, la salud psicológica en ese momento, la comprensión de la situación que se está viviendo, las expectativas, la tolerancia frente a la incertidumbre y la forma de enfrentar las situaciones. La percepción inicial suele afectarse profundamente por la experiencia previa de situaciones similares, sean negativas o positivas y por el grado de familiaridad con el ambiente médico y hospitalario (García 2000).

Por lo anterior y dado que al paciente crítico se la aparta de su medio habitual y de sus hábitos cotidianos y que su vida depende en gran medida de terceros, se ve privado total o parcialmente de sus puntos de apoyo afectivo, son frecuentes los sentimientos de desamparo, impotencia, soledad y de despersonalización, así como la alteración de la imagen corporal.

Así mismo las formas de expresar y por lo tanto, aliviar la frustración, la rabia, la hostilidad, el temor y la depresión que producen estos sentimientos en los pacientes quirúrgicos, se ven muy limitados por el ambiente físico de las unidades de cuidados críticos.

Es por esta razón que se debe mantener una atmósfera de diálogo y aceptación y de esta manera animar al paciente a expresar sus sentimientos. El diálogo sincero y abierto reduce la sensación de despersonalización y la ansiedad y evita el aislamiento y el retraimiento. Cuando el psicólogo sabe que la agresividad y la hostilidad suelen expresar temor y ansiedad y que la depresión y el retraimiento pueden ser signos de desesperanza, soledad e impotencia o pérdida, puede aceptar esos sentimientos como algo normal y previsible en la situación en que aparecen. Si se anima al paciente a expresar sus sentimientos, le será más fácil darse cuenta del porqué de esos sentimientos y de ciertas conductas que pueden parecer anómalas o equivocadas. Esta actitud, además, acepta y protege las conductas y los sentimientos de ese tipo. Tanto el psicólogo, como cualquier otro miembro del equipo asistencial, deben estar preparados para aceptar lo que el paciente dice, independientemente de la carga afectiva que posea lo expresado. El reconocimiento y la aceptación desapasionada de los sentimientos del paciente, le refuerza en su derecho a sentirlos.

Los pacientes intubados no pueden expresar libremente sus sentimientos, incluso cuando están despiertos y en su ambiente. Por esta razón son especialmente vulnerables a las tensiones psicológicas. Hay que tener cuidado de no caer en la tendencia natural de comunicarse menos con los que tienen menor capacidad para hablar. Una forma de reducir la sensación de aislamiento es ofrecer un lápiz y un papel al paciente y mantenerlos siempre a su alcance, ofreciéndole ayuda cada vez que sea necesario. No obstante estos métodos no son adecuados para expresar sentimientos personales o preocupaciones complejas. El personal médico puede comprender el estado afectivo del paciente por su aspecto, por su conducta y sabe

qué tipo de preocupaciones es más probable encontrar en el paciente. Una forma de lograr que el paciente exprese sus preocupaciones consiste en que el psicólogo enumere las probables inquietudes y permita al paciente asentir cuando reconoce una como propia.

En este orden de ideas García (2000), menciona que hay que favorecer y conservar un entorno sensorial controlado. En especial en las unidades de cuidados intensivos y emergencias ya que estos ambientes son un factor creador de grandes tensiones, con el que tanto el paciente como la familia deben enfrentarse. Hay que añadir que los pacientes que reciben narcóticos y sedantes, los extremadamente ansiosos, los que sufren varias afecciones debilitantes concurrentes, los que padecen trastornos respiratorios y metabólicos, los que sufren de insomnio y los ancianos, suelen exhibir alteraciones del pensamiento y distorsión de la percepción. Estos individuos necesitan que se les conecte con la realidad en forma continua. Aunque algunos factores ambientales no se pueden modificar, hay acciones que el psicólogo puede llevar a cabo con el fin de crear un ambiente sensorial adecuado.

Por su parte, el sistema nervioso central participa en los procesos inmunes, coordinando y controlando diversos aspectos de los mismos, para lo cual, a su vez, recibe información acerca del estado inmunológico. Esta implicación supone la posibilidad de que los factores psicológicos puedan influenciar, a través de la actividad neural, los procesos inmunes e, inversamente, la posibilidad de que los procesos inmunes puedan afectar la conducta los estados de ánimo, las emociones y los pensamientos a través de cambios en la función neural (Smith,1987).

La investigación ha puesto de manifiesto la existencia de múltiples vías de comunicación bidireccional entre el sistema nervioso central y el sistema inmunitario que, en último término, hacen posible el impacto de los procesos conductuales y psicológicos de la función inmune. El sistema nervioso autónomo inerva directamente diversos órganos linfoides primarios (el timo y la médula ósea) y secundarios (bazo y nódulos linfáticos). Los terminales nerviosos simpáticos liberan la catecolamina noradrenalina y, a través de estas conexiones, el sistema nervioso central podría controlar el flujo sanguíneo y el metabolismo celular, afectando así el desarrollo y la migración de los linfocitos (Smith, 1987).



El cerebro también se comunica de manera indirecta con el sistema inmune, a través del control que ejerce sobre la secreción de hormonas por parte de las glándulas endocrinas, las cuales, a través de la circulación general, pueden afectar a los linfocitos. Un ejemplo típico es el que bajo circunstancias estresoras, las células del hipotálamo segregan factor liberador de corticotropina, lo que provoca la fabricación de hormona adenocorticotropa. Esta hormona alcanza la corteza de las glándulas adrenales, causando la liberación de corticoides, como el cortisol, responsables de muchos de los efectos corporales asociados a las situaciones de estrés. En este sentido, el cortisol y la adrenalina, producidos a partir de situaciones estresoras continuadas, son capaces de inhibir el sistema inmunitario y los linfocitos, modificando sus tasas de reproducción (Smith, 1987).

Las personas que experimentan un acontecimiento estresante de intensidad elevada o incluso moderada, muestran una reducción de la competencia del sistema inmune, reflejada en una menor respuesta proliferativa de los linfocitos T, un menor número y actividad citotóxica de las células Natural Killer, y una reducción de la producción de citotinas (Relloso, 1988). Sin embargo, debe reconocerse que son posibles otras explicaciones alternativas asociadas a estas situaciones de estrés: descuidos en la alimentación, en los horarios de sueño, en la actividad física, aumento del consumo de alcohol, tabaco, cafeína u otras drogas psicotrópicas o terapéuticas, o dejar de asistir a revisiones preventivas periódicas. Estos son, por tanto, cambios conductuales que, por sus propias repercusiones físicas sobre el sistema inmune, podrían también implicar razonablemente una mayor incidencia y gravedad de las enfermedades (Relloso, 1988).

Otros aspectos a destacar son los psicológicos relacionados con la enfermedad cardiovascular y dentro de los cuales deben destacarse la ansiedad, la depresión y la irritabilidad.

### La Ansiedad

Es una respuesta normal a los estados de alarma y amenaza. Es una reacción emocional a la percepción de peligro, real o imaginario con repercusiones fisiológicas, psicológicas y en la conducta. Ansiedad y temor pueden usarse como

sinónimos, sin embargo, el temor que refiere a una amenaza específica y la ansiedad a una no específica (Evans, 1983; Long ,1992).

Spielberger (1980) define a la Ansiedad como Estado y como Rasgo. La primera es una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprehensión subjetivas conscientemente percibidos y por un aumento de la Actividad del Sistema Nervioso Autónomo. El estado de Ansiedad puede variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo. La segunda es una condición de diferencias individuales relativamente estables en la propensión a la ansiedad, es decir son las diferencias entre las personas en la tendencia a responder en situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad estado (Spielberger, 1980).

#### La Depresión Clínica

Por su parte, es una condición médica que afecta el estado de ánimo, los pensamientos, el comportamiento, y el cuerpo de las personas. Cambia la manera en que una persona se siente, piensa y actúa. Cosas que eran fáciles y agradables, como pasar tiempo con la familia y amigos, leer un buen libro, o ir al cine, toman más esfuerzos. Hasta algunas cosas básicas como: comer, dormir, y actividades sexuales pueden llegar a ser un problema.

Es importante resaltar, que en la depresión clínica, los sentimientos y pensamientos de infelicidad y ansiedad no desaparecen. Están presentes casi todo el tiempo. Si no es tratada, la depresión puede afectar seriamente el trabajo, la vida personal, y la vida de la familia y la de amigos (Mendilaharsu, 1985), (DSM-IV-TR, 2003).

#### Ira, hostilidad y agresión

Spielberger (1980) define la ira como un estado o condición emocional psicobiológico que consiste en sentimientos de intensidad variable desde la ligera irritación o enfado hasta la furia y rabia intensas acompañadas por la activación de los procesos neuroendocrinos y la excitación del sistema nervioso autónomo. La hostilidad en cambio implica la experiencia frecuente de sentimientos de ira. Pero

este concepto tiene también la connotación de un complejo conjunto de actitudes que incluyen la mezquindad y el rencor, así como conductas agresivas y vindicativas. Mientras que la ira hace referencia a sentimientos, los conceptos de hostilidad y agresión se utilizan generalmente para aludir a actitudes negativas y conductas destructivas y punitivas. Y por último la agresión la define como una conducta dirigida a causar daño a personas o cosas. A partir de estas definiciones se deduce que la ira como emoción es una condición necesaria, pero no suficiente, para el desarrollo de actitudes hostiles y de manifestaciones de conducta agresiva.

En definitiva las personas que comienzan a padecer de una enfermedad del corazón, y de modo particular, aquellas que van a ser sometidas a un tratamiento quirúrgico, presentan un sinnúmero de respuestas emocionales que pueden obstaculizar tanto la colaboración como la propia recuperación, incrementando los costos humanos y económicos del proceso ( Lorda y Júdez, 2001)

En este orden de ideas Beck (2000), propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan esas situaciones. La interpretación de una situación a menudo expresada en forma de pensamientos automáticos, influye sobre las emociones, el comportamiento y la respuesta fisiológica subsiguiente.

En la terapia cognitiva la identificación de las emociones tiene una importancia fundamental, en donde las emociones negativas pueden ser disfuncionales cuando interfieren con la capacidad para pensar con claridad, resolver problemas, actuar de manera eficaz y lograr satisfacción.

En otro sentido operan las creencias que según Beck (2000), son aquellos conceptos más profundos, a menudo no expresados, que los pacientes tienen respecto de ellos, de los demás y el mundo. Así, las creencias dan lugar a los pensamientos automáticos. Las creencias se pueden clasificar en dos categorías: las creencias intermedias compuestas por reglas, actitudes y presunciones y las creencias centrales compuestas por ideas globales rígidas y absolutas acerca de uno mismo y de los demás. Las creencias centrales negativas se pueden clasificar en dos categorías: las

que se asocian con el desamparo y las que se asocian con la imposibilidad de ser amado.

La terapia cognitiva parte de un modelo diathesis-estrés que consiste en que al confluir tanto el evento estresante como la vulnerabilidad cognitiva se desarrolla la patología. El acontecimiento estresante no es suficiente para que el trastorno ocurra, como tampoco lo es la manera inadecuada de procesar la información; la alteración se produce en la confluencia de ambos factores. Se trata de una psicoterapia estructurada y de resolución de problemas en donde se integran la intervención clínica directa del problema (terciaria) con la intervención secundaria (prevención) y primaria (promoción). Utilizando procedimientos cognitivos, comportamentales y experiencias para modificar fallas en el procesamiento de la información en distintos trastornos psicológicos (Riso, 2006).

En este orden de ideas, la forma como la persona interprete una determinada situación generará resultados positivos o no que se proyectarán en una calidad de vida personal, familiar y social. Por otra parte, expone que en aplicación de la terapia cognitiva se tienen en cuenta los siguientes principios (Riso, 2006).

- La TC se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas planteados en términos cognitivos. Se identifica el pensamiento disfuncional, los posibles factores desencadenantes y la formulación de hipótesis acerca de situaciones claves. Según Riso (2006), se abarca el estudio del paciente en tres niveles: el primer nivel corresponde a las interacciones entre los pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas con las emociones, las conductas motoras y sus relaciones con el ambiente; el segundo nivel corresponde a los autoesquemas implicados y las estrategias de autopercepción asociadas a ellos; el tercer nivel corresponde a los esquemas de segundo orden (la visión del mundo del paciente) y sus relaciones con las demás estructuras cognitivas.
- Requiere de una sólida alianza terapéutica. La relación paciente terapeuta esta basada en la calidez, empatía, autenticidad y competencia, demostrando el interés del terapeuta y comprensión incondicional al paciente.

- Enfatiza la colaboración y la participación activa, se considera la terapia como un trabajo en equipo en donde el paciente va integrándose activamente en cada sesión.
- Esta orientado hacia objetivos y centrada en problemas determinados en donde se evalúa la validez de los pensamientos a través de la evidencia, corrigiendo la distorsión del pensamiento.
- Inicialmente destaca el presente. Se coloca el énfasis en la situación actual y especifica que altera al paciente, lo que genera un alivio en los síntomas.
- La TC es educativa tiene por objeto enseñar al paciente a ser su propio terapeuta, poniendo énfasis en la prevención de las recaídas.
- Es limitada en el tiempo. En la terapia se ayuda a resolver los problemas prioritarios dando las herramientas necesarias.
- Las sesiones son estructuradas. La realización de tareas aumenta la posibilidad para que el paciente practique la autoterapia.
- Se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el sistema de procesamiento de los pacientes. Según Riso (2006), lo que define la esencia de un modelo psicológico no son las técnicas que emplean sino el objetivo terapéutico que persigue y al cual se adecuan las técnicas.

## Técnicas de Tratamiento

### La relación terapéutica

El terapeuta tiene una doble función: como guía, ayudando al paciente a entender la manera en que las cogniciones influyen en sus emociones y conductas disfuncionales; y como catalizador, ayudando a promover experiencias correctivas o nuevos aprendizajes que promuevan a su vez pensamientos y habilidades más adaptativas. El manejo de ciertas habilidades facilita la colaboración, en especial el de la empatía emocional y cognitiva (entender y reflejar cómo el paciente parece vivir sus estados emocionales y la visión de su propia situación), la aceptación del cliente (no rechazarlo por sus características personales o tipo de problema presentado) y la sinceridad del terapeuta (pero con cierta diplomacia) (Beck 1979).

## Técnicas Cognitivas

En este apartado se incluyen aquellas técnicas cuyo principal objetivo ha consistido en alejar los pensamientos negativos respecto a la intervención, algunas de ellas son.

### *Apoyo psicológico.*

Llamamos técnica de apoyo psicológico a aquella que se basa principalmente en crear un clima de confianza para poder hablar con el paciente de forma distendida sobre sus preocupaciones acerca de la intervención. Aunque de todas las técnicas que se describen, esta técnica es la menos estructurada, también se consigue mediante su aplicación una facilitación de la recuperación (Moix, Casas, López, Quintana, Ribera y Gil, 1993)

### *Distracción cognitiva.*

Esta técnica fue usada en el estudio de Pickett y Clum (1982). Consiste en poner la atención en otra cosa en el momento que aparezca un pensamiento que nos produzca malestar o ansiedad. Según la descripción de estos autores, la técnica consistió en la asociación de 10 imágenes de la operación seguidas de 10 imágenes que dirijan la atención del paciente a una situación relajante. Los efectos conseguidos fueron: la reducción de la ansiedad y del dolor.

### *Reevaluación positiva.*

Esta técnica se basa en el cambio de pensamiento negativos respecto a la intervención y hospitalización por otros positivos. Esto es, consiste en enfatizar al sujeto los aspectos positivos de la intervención como “aprovecharé para descansar, leer,...” (Del Barrio, 1994; Lozano, 1996)

### *Imaginación guiada.*

Durante la imaginación guiada, el paciente ha de realizar un viaje mental por todo el cuerpo hasta la herida y una vez allí imaginarse el proceso normal de curación. Esta técnica junto con la relajación se utilizó en el estudio de Holden-Lund

(1988). Los resultados indicaron que los pacientes a los que se les aplicó esta terapia sufrieron menos ansiedad, liberaron menos cortisol y presentaron menos eritemas en la herida.

### Técnicas Conductuales

El objetivo de las técnicas conductuales es la colaboración activa del paciente en su recuperación, algunas de ellas son.

#### *Relajación.*

Mediante esta técnica el paciente logra diferenciar los estados de tensión y relajación. Inicialmente se le explica que la finalidad de los ejercicios es mostrarle la incompatibilidad de estar relajado y estar ansioso o tenso. Se le indica que el tiempo de tensión deberá ser mucho menor que el de relajación. Además se le informa que una estrategia para lograr la relajación más intensa es tensar al máximo el músculo y soltarlo inmediatamente (Berstein, 1983)

#### *Desensibilización sistemática.*

Esta técnica se basa en la relajación pero además el paciente debe visualizar los aspectos que le producen ansiedad de forma ordenada. Esto es, primero debe imaginarse la situación menos estresante, cuando logra encontrarse relajado imaginando esta situación, debe visualizar la segunda que más le amenaza y así sucesivamente (Del Barrio, 1994).

#### *Suministro de instrucciones conductuales.*

Específicas para facilitar la recuperación. Las instrucciones conductuales que se facilitan a los pacientes dependen mucho del tipo de operación a la que han de someterse. Sin embargo, en general se podría decir que éstas suelen hacer referencia a cómo el paciente debe moverse después de la intervención, toser, y respirar profundamente. Aunque muchos de estos consejos ya suelen darse por parte de las enfermeras o médicos, éstos no las suelen facilitar de forma tan sistemática y

prestando tanta atención al factor motivación para llevarlas a cabo como cuando estas instrucciones forman parte de técnicas psicológicas. Los beneficios que se obtienen al suministrar estas instrucciones son difíciles de evaluar puesto que normalmente dichas instrucciones forman parte de técnicas paquete donde se combinan diferentes métodos para facilitar la recuperación (Moix, 1994)

### Técnicas Informativas

La técnica más utilizada con pacientes quirúrgicos se basa en informar a los pacientes acerca de la operación y la hospitalización. Esta técnica posee diferentes modalidades que vienen determinadas por cómo y qué tipo de información se facilita.

Respecto a la forma de suministrar información, ésta se puede facilitar a través de folletos, cassettes, vídeos o mediante la simple conversación.

En cuanto al contenido, existen dos clases de información. Una es la que hace referencia al procedimiento. Es decir, se informa al paciente sobre la naturaleza de las diferentes fases: pre, intra y postquirúrgica. El segundo tipo de información se centra en las sensaciones que probablemente el paciente sentirá como: el dolor, la somnolencia, rigidez, etc. Evidentemente, en muchos casos la información hace tanto referencia al procedimiento como a las sensaciones.

La eficacia de las técnicas informativas depende en gran medida del estilo de afrontamiento de los pacientes. Diversas investigaciones demuestran que la información produce efectos beneficiosos a los pacientes “vigilantes” (sujetos que normalmente intentan superar las situaciones estresantes obteniendo la máxima información sobre las mismas) mientras que incluso puede provocar efectos contraproducentes en personas “Perspectiva” (sujetos que no suelen querer ningún tipo de información intentando superar la ansiedad sin pensar en el problema) (Moix, 1994)



## Técnicas Combinadas

En los apartados anteriores se han comentado técnicas de un solo componente, pero en muchos casos estos componentes se combinan. Así se puede utilizar por ejemplo la relajación junto con técnicas informativas, apoyo psicológico más instrucciones conductuales, etc. Una técnica que se puede considerar combinada ya que incluye tanto elementos cognitivos como conductuales es la “Inoculación al estrés” que igual que en otros ámbitos también se aplica en cirugía, mostrándose efectiva (Moix, 1994)

En definitiva el apoyo psicológico en la enfermedad coronaria ayuda antes y después de los episodios. El breve asesoramiento psicológico antes de las intervenciones quirúrgicas lo que pretende es ayudar al paciente para que permanezca menos tiempo en la unidad de cuidados intensivos, se tenga menor malestar emocional y haya una permanencia más corta en el hospital. Según Oblitas (2005), después del ataque al corazón y de la cirugía, la terapia individual para pacientes en recuperación mejora el bienestar psicológico y reduce el índice de mortalidad en los primeros años de la recuperación. Además, los estudios han demostrado que dos horas de asesoramiento psicológico a la semana durante siete semanas reducen un 60 por ciento el índice del re-hospitalización para los pacientes con problemas cardiacos. (Oblitas, 2005)

Casi todas las interacciones humanas implican un intento por ejercer influencia sobre los demás para que se comporten de determinada manera. El marco al que se hace referencia no es la excepción. Los miembros del equipo de salud intervienen de manera sistemática para que el paciente sometido a una cirugía mayor altere sus conductas con el fin de lograr un ajuste postoperatorio adecuado y de manera general los resultados sean satisfactorios (Bernstein, 1981).

El éxito es variable y no sólo se condiciona por la experticia de quien interviene, sino que entran en juego una multiplicidad de variables como la historia personal y las experiencias traumáticas previas, la vivencia de patologías similares en amigos, conocidos o miembros de la familia, las fantasías y proyectos futuros, las características de personalidad y los estilos de afrontamiento. De este modo, salta a la luz que no resulta

suficiente los intentos no premeditados aunque benignos por ayudar al paciente, ni el falso optimismo de que lo que se le diga puede resultar inocuo.

Se necesita un tipo específico de influencia conductual caracterizada por: intentos explícitos y profesionales de modificar el comportamiento en la dirección deseada y la intervención aunque sea flexible debe guiarse por principios generales, no puede ser al azar (Bernstein, 1981).

Lo anterior hace referencia a la necesidad de la intervención psicológica, cuyos participantes, paciente-terapeuta, establecen un vínculo profesional de carácter único y voluntario, conscientes del motivo por el que establecen la relación y de las reglas y metas de la misma. Existen en dicha interacción compromisos morales y éticos, donde la confidencialidad y el bienestar del paciente constituyen la prioridad principal.

La intervención psicológica puede operacionalizarse desde diferentes aproximaciones teóricas, responsables del tipo de cambio por alcanzar; no obstante todos los métodos tienen una naturaleza psicológica y existen, de acuerdo con Roca (2000) objetivos comunes como:

- Estimular la toma de conciencia acerca de la situación que se está viviendo y las respuestas a ella.
- Disminuir las reacciones emocionales negativas.

Aunque no se elimine completamente el malestar, puede llevarse a niveles manejables para el paciente y lograr un fortalecimiento emocional.

- Fomentar la expresión de emociones y normalizar las respuestas en relación con el estímulo que se enfrenta.
- Ofrecer información nueva y relevante, que permita la reestructuración de falsas concepciones y de expectativas inadecuadas acerca del evento vital.
- Designar al paciente tareas concretas fuera de la sesión de trabajo que le permitan desempeñar un rol activo en función de su propio bienestar y que le estimulen la confianza en sus propios recursos y potencialidades.
- Desarrollar seguridad y expectativas de que se puede responder de manera más efectiva ante la situación. Este constituye un factor crítico en el proceso, sin la motivación y la confianza de que se alcanzará una meta específica, resulta una utopía el solo planteamiento de dicha meta.

Uno de los primeros trabajos, ya clásico, en el que se observó la importancia de ofrecer información del procedimiento quirúrgico a pacientes antes de la cirugía, con el fin de facilitar la recuperación quirúrgica fue realizado por Egbert, Battit, Welch y Bartlet, en 1964 (citado por Giacomantone & Mejía, 1997). En este estudio se comprobó que un grupo de pacientes que había recibido la visita del anestésista el día antes de la operación para dar información general acerca del procedimiento médico, comparado con un grupo al que solo se le había administrado barbitúricos, necesitó menos días para recuperarse, menos analgésicos y sufrió menos ansiedad. A partir de los trabajos de Egbert y sus colaboradores, se generó un importante número de investigaciones sobre este tópico (Moix, 1996).

En este orden de ideas en el ámbito quirúrgico, la intervención psicológica tiene entre sus objetivos llevar a niveles manejables para el paciente las respuestas psicológicas concomitantes a un evento de tal magnitud y ofrecer habilidades para un afrontamiento efectivo.

Igualmente la familia del paciente presenta un sinnúmero de emociones negativas debido a la situación que están viviendo. Hernandez y Florenzano (1999) hablan de la teoría del estrés familiar la cual hace referencia a los efectos de la acción de éste en la familia y a las crisis como respuesta familiar al mismo. Enuncia los conceptos de vulnerabilidad a las crisis y el poder de recuperación, la acción de la familia para reducir la intensidad de las situaciones demandantes, por mantener los recursos existentes, buscar otros adicionales y reestructurar cognitivamente la situación.

Se definen otros acontecimientos como generadores de estrés familiar, resultan de la vivencia de situaciones límites que son de carácter accidental, por ejemplo, la muerte inesperada, catástrofes, desastres naturales pérdida del trabajo, de la moral familiar, la enfermedad, ponen a prueba el máximo de los recursos adaptativos de las personas y las familias (Arés, 1999). La enfermedad es un proceso de deterioro que daña el funcionamiento biológico, psicológico y social de una persona y que puede conducir a la muerte, supone una situación de crisis, un acontecimiento estresante que produce un impacto en la vida del sujeto y su familia, una ruptura de sus comportamientos y modos de vida habitual (Rodríguez, 1995).

Ante la enfermedad crónica o terminal de un miembro de la familia, se producen cambios en las interacciones familiares, que pueden cronificarse y muchas veces interfiere en la rehabilitación y en la adaptación a las secuelas que pueda dejar el padecimiento (González y Chacón, 2003). Es la familia un núcleo integrador, representa una fuerza de medición en la reproducción de estilos de comportamiento ante condiciones preventivas, síntomas de la enfermedad y hábitos de vida saludable (Nieto- Munera et al., 2004). 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 (Arés, 2003).

Se afirma que la intervención familiar se asocia con el grado de ajuste o funcionabilidad de sus miembros. Las familias funcionales son capaces de promover el desarrollo integral de sus integrantes y lograr en ellos el mantenimiento de estados de salud favorable, en tanto las familias disfuncionales deben ser consideradas como un factor de riesgo del individuo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en éstos. Generalmente son incapaces de enfrentar las crisis, haciendo que las soluciones que tomen pasen a ser verdaderos problemas.

En este orden de ideas, la intervención debe ser apoyada en la evaluación psicológica, como elemento insustituible para la toma de decisiones y el establecimiento de metas. Por lo tanto esta evaluación ha de ser especializada y debe ir antes del procedimiento quirúrgico, donde tiene que prestarse especial atención a: antecedentes de mala adaptación en cirugías anteriores, intervenciones quirúrgicas traumáticas o con un postoperatorio presumiblemente difícil.

Por otra parte, es importante resaltar que en la literatura actual el malestar emocional suele describirse mediante un modelo unitario: los niveles de malestar emocional se conceptualizan como niveles altos de afecto, mientras que los niveles bajos de malestar emocional suelen conceptualizarse como niveles bajos de afecto. Sin embargo, Albert Ellis (1990) y algunos de sus colegas que trabajan con terapias racional emotivas y cognitivo- conductuales han descrito el malestar emocional como un constructo binario compuesto por dos componentes distintos: sentimientos negativos funcionales (p. ej. Tristeza) y sentimientos negativos disfuncionales (p. ej. Sentirse inútil). Los resultados en estudios aplicados de este modelo han revelado

que en una situación de estrés (p. ej. Cirugía de corazón) los niveles elevados de pensamientos irracionales, distorsiones cognitivas, se asocian con un mayor nivel de sentimientos negativos tanto funcionales como disfuncionales pero con niveles altos de sentimientos negativos disfuncionales. En este punto es importante anotar que los pacientes tanto pre como posquirúrgicos del Instituto del Corazón de Bucaramanga, presentan de manera generalizada uno o varios de estos pensamientos negativos que afectan de alguna manera su estado emocional; dificultando el afrontamiento de la enfermedad y del procedimiento quirúrgico.

Dentro de estas distorsiones cognitivas encontramos las siguientes: Pensamiento todo-o-nada, sobregeneralización, filtro mental (también llamado Abstracción selectiva, Descalificar lo positivo, lectura de pensamiento, adivinación, magnificación y minimización, catastrofización, razonamiento emocional, debeísmo, etiquetado, personalización entre otros.

Otro de los aspectos a tener en cuenta en el proceso de intervención psicológica es la adherencia al tratamiento. La mayoría de las patologías de alta incidencia en la población se puede prevenir, tratar y curar. Paradójicamente, los avances en ayudas diagnósticas y a nivel farmacológico han logrado controlar las cifras de presión arterial en los pacientes hipertensos, pero no han logrado reducir exitosamente la mortalidad cardiovascular en estos. Cada vez se hace más evidente la importancia de la participación activa del paciente en la adhesión al régimen de medicamentos y en el cambio de hábitos y estilo de vida para la prevención y el tratamiento de la enfermedad.

Algunos estudios indican que el 50% de los pacientes hipertensos no sigue los consejos de su médico; más del 50% abandonan la atención de su salud al cabo de un año, y sólo dos tercios de aquellos que llevan a cabo su programa de cuidados toman la medicación suficiente como para poder controlar adecuadamente su presión sanguínea (Eraker, Kirscht y Becker, 1984). Por su parte, Leventhal, Zimmerman y Gutmann (1984), señalan que un tercio de los casos detectados no buscan tratamiento; otro tercio lo abandonan y el tercio restante no está bajo control. Esto significa que el 70% de aquellas personas en riesgo de padecer hipertensión, no están controladas adecuadamente.

Por su parte Schulman (1979), comprobó que aquellos pacientes que estaban activamente comprometidos en los programas de tratamiento exhibían tasas más altas de adhesión y un resultado terapéutico más favorable. En un grupo de pacientes hipertensos los individuos comprometidos con el tratamiento poseían mayor persistencia en la adhesión de régimen, adoptaban con mayor frecuencia conductas de promoción de salud y sobre todo, mejor control de su presión sanguínea.

Las cifras anteriores evidencian el impacto que la falta de adherencia tiene en el éxito o fracaso de los programas terapéuticos; sin embargo, es importante resaltar la complejidad y multiplicidad de los factores que determinan esta conducta. El cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica implica realizar una serie de tareas que requieren no sólo saber qué hacer, sino cómo y cuándo hacerlo, no es meramente un asunto voluntario; requiere, además, de una actuación eficaz, un control ambiental y beneficios contingentes al cumplimiento. Por lo tanto antes de implementar cualquier programa de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, deben identificarse y evaluarse las variables del paciente, sus características propias; las variables de la enfermedad, las variables del tratamiento y las variables de la relación con el profesional de la salud. En muchas ocasiones la falta de adherencia se deriva del hecho de no haber comprobado inicialmente que el paciente poseía, efectivamente, las habilidades necesarias para la adhesión como son planificación, solución de problemas, incorporación de la información, asertividad, manejo de estrés y afrontamiento de las recaídas.

En definitiva, dentro de la intervención psicológica se debe educar al paciente en lo relacionado con adherencia al tratamiento, ya que el objetivo principal de esta intervención; es promover la implicación del mismo con su enfermedad, su autocontrol, autorregulación y el mantenimiento a largo plazo, en ausencia de supervisión por parte del profesional de la salud.

Los anteriores elementos componen el soporte teórico desde el cual se orientará la intervención psicológica con los pacientes pre y post quirúrgicos del Instituto del Corazón de Bucaramanga; partiendo de la identificación de los elementos relacionados con las creencias acerca de la salud, la enfermedad y la cirugía debido a que disponen de manera diferente la actitud y las emociones de los

pacientes, afectando de alguna manera los procesos de ajuste al tratamiento, la adaptación hospitalaria, y la recuperación.

### Metodología

#### Diseño.

Es un estudio cuasiexperimental, medida test/postest

#### Población.

Pacientes adultos del Instituto del Corazón de Bucaramanga, que serán sometidos a cirugía cardíaca, con edades entre los 18 y los 80 años, de sexo femenino y masculino.

#### Muestra.

Se seleccionó una muestra por conveniencia de 50 pacientes del Instituto del Corazón de Bucaramanga, los cuales fueron sometidos a cirugía cardíaca y debieron haber sido vistos previamente por el cirujano cardiovascular y el anestesiólogo. Estos pacientes no debían presentar patologías adicionales que impidieran una recuperación adecuada y su nivel intelectual debía permitir realizar las pruebas y técnicas psicológicas indicadas.

#### Instrumentos.

Inventario de expresión de ira Estado-Rasgo. (STAXI-2) (Spielberger, 1996).

El Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2), en su versión española, llevada a cabo por Miguel Tobal, Casado, Cano Vindel y Spielberger (2001), consta de 49 ítems, que evalúan diferentes aspectos de la ira. Tiene seis escalas: Estado de Ira, Rasgo de Ira, Expresión Externa de Ira, Expresión Interna de Ira, Control Externo de Ira, Control Interno de Ira; cinco subescalas, tres para la escala de Estado que evalúan distintos componentes de la intensidad de la ira como estado emocional: Sentimiento, Expresión verbal y Expresión física; y dos subescalas para la escala de rasgo: Temperamento de Ira y Reacción de Ira. Por último calcula un Índice de Expresión de Ira como medida total de la expresión de la ira.

Los datos acerca de la validez de la prueba en su adaptación española indican que es una prueba fiable, con una correlación test-retest de 0,71 en la escala de Rasgo de Ira, en las escalas de Expresión son de 0,59 y 0,61. La consistencia interna de las escalas y subescalas medidas a través del alfa de Cronbach oscilan entre 0,67 y 0,89.

Inventario de depresión de Beck (BDI-II). (Sanz, Navarro, Vásquez, 2003).

Es un instrumento que consta de 21 ítems, mide la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. La adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck- II (BDI-II; Beck, Steery Brown, 1996), ofrece datos sobre sus propiedades psicométricas en una muestra de 590 estudiantes universitarios españoles. La consistencia interna del BDI-II fue elevada (coeficiente alfa de 0,89). La distribución de puntuaciones del BDI-II fue similar a la encontrada en estudios previos, con una media superior en 3 puntos a la que se suele obtener con su predecesor, el BDI-IA. Los análisis factoriales indicaron que el BDI-II mide una dimensión general de depresión compuesta por dos factores altamente relacionados, uno cognitivo-afectivo y otro somático-motivacional. Los ítems del BDI-II cubren todos los criterios diagnósticos sintomáticos del DSMIV para el trastorno depresivo mayor y el distímico, lo que apoya su validez de contenido.

Inventario de ansiedad de Beck (BAI). (Beck &, Steer 1993)

Fue desarrollado por Beck en 1.988. El inventario está compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad. Se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad.

Fiabilidad: Posee una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,90 a 0,94). La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0,30 y 0,71. La fiabilidad test-retest tras una semana es de 0,67 a 0,93 y tras 7 semanas de 0,62.

Validez: Tiene buena correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de poblaciones (jóvenes, ancianos, pacientes psiquiátricos, población general). Los coeficientes de correlación (r) con la Escala de ansiedad de Hamilton es de 0,51, con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de 0,47 a 0,58 y con la Subescala de Ansiedad del SCL-90R de 0,81. (Ver anexo, 1)



## Procedimiento.

Una vez seleccionada la muestra y obtenido el consentimiento informado se procedió a la evaluación pretest, seguida de la intervención y la evaluación posttest. La implementación del protocolo de intervención psicológica constó de tres fases:

*Fase diagnóstica:* La cual consistió en identificar mediante la entrevista y la batería de pruebas psicológicas, los síntomas tanto cognitivos como conductuales y emocionales, predominantes en pacientes sometidos a cirugía cardíaca.

*Fase interventiva:* Busca reducir los niveles de ansiedad, depresión e irritabilidad en los pacientes previamente a la intervención quirúrgica.

*Fase final:* Se realizó la evaluación posttest.

El protocolo de intervención psicológica, diseñado para el presente trabajo y basado en lo referido en la literatura científica como elementos fundamentales del funcionamiento psicológico de los pacientes en la condición hospitalaria debido a enfermedad coronaria, se implementó con los pacientes prequirúrgicos después de su cita preanestésica y con el cirujano cardiovascular. Está estructurado en cinco sesiones, cada una de ellas tiene unos objetivos, que van de la mano con una serie de actividades que se realizaron durante la intervención psicológica. La frecuencia fue de una sesión por día, dando inicio el día de la consulta preanestésica (periodo prequirúrgico), brindando psicoeducación mediante la cartilla informativa que maneja el Instituto de Corazón de Bucaramanga (Ver anexo, 2). Continuando con la segunda sesión el día de la hospitalización, seguido de la tercera y cuarta en su periodo intrahospitalario y finalizando con la quinta y sexta sesión en las citas de control (Periodo postquirúrgico) (Ver anexo, 3).

Los datos obtenidos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS, empelando estadísticos descriptivos, comparación de medias mediante t de Student y Anova, además de un análisis de regresión que permitió ver cuáles de los resultados obtenidos en las pruebas psicológicas se asocian con mejores indicadores clínicos de recuperación.

Tabla 1. Descripción de variables clínicas de la muestra n=50.

		FRECUENCIA		FRECUENCIA	
ENFERMEDAD MEDICA ACTUAL	NINGUNA	35%	ASISTENCIA PROFESIONAL DE LA SALUD MENTAL	SI	4%
	HIPERTENSIÓN	43%		NO	96%
	DIABETES	18%			
	ARTRITIS	2%	DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO	NINGUNA	96%
	MIGRAÑA	2%		DEPRESIÓN	4%
CIRUGÍA PREVIA	SI	60%	ANTECEDENTES FAMILIARES DE TRASTORNO MENTAL	SI	4%
	NO	40%		NO	96%
EXPERIENCIA CIRUGÍA	BUENA	56%	CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS	SI	0%
	REGULAR	2%		NO	100%
	MALA	2%			
	NINGUNA	40%			

Respecto a antecedentes psicológicos y psiquiátricos se destaca, que un porcentaje menor de pacientes (4%) ha tenido algún diagnóstico y tiene antecedentes familiares de trastorno mental, aunque ninguno de ellos ha recibido medicación.

En cuanto a historia previa quirúrgica el 60% de los pacientes manifestó haber sido intervenido al menos una vez y un 56% de ellos recuerda la experiencia como buena.

La siguiente tabla muestra los estadísticos descriptivos de las pruebas aplicadas a la muestra con el objeto de establecer una medida previa de sus indicadores de irritabilidad, ansiedad y depresión, para esto se aplicaron el STAXI- 2 (Inventario de expresión de Ira Estado Rasgo), Inventario de ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de depresión de Beck (BDI – II).

Tabla 2. *Estadísticos descriptivos y porcentaje de altos puntajes en Depresión, Ansiedad e Ira.*

	Media		Desviación Std		Porcentaje de altos puntajes		valores t
	pretest	postest	pretest	postest	pretest	postest	
sentimiento de ira	6,10	5,26**	1,85	0,92	20%	6%	37,45 (49)
temperamento de ira	8,54	6,12**	3,54	1,69	20%	0%	24,34 (49)
reacción de ira	9,60	7,00**	2,72	1,82	24%	2%	31,37 (49)
expresión externa de ira	8,68	6,86**	2,04	0,95	20%	0%	42,45 (49)
expresión interna de ira	13,08	13,58	2,51	1,53	14%	4%	63,95 (49)
control externo de ira	17,46	21,86**	3,93	1,78	26%	42%	52,31 (49)
control interno de ira	16,12	22,14**	4,01	1,97	20%	90%	43,84 (49)
índice de expresión de ira	24,18	12,44**	7,85	3,29	18%	0%	21,78 (49)
Rasgo de ira	73,48	77,56**	5,90	3,45	18%	34%	144,37 (49)
Estado de ira	16,10	15,26*	1,85	0,92	20%	6%	103,38 (49)
total BAI	14,42	0,82**	5,87	1,27	18%	0%	9,48 (49)
Total BDI	9,80	3,76**	5,78	2,97	18%	0%	12,36 (49)

En la tabla 2 se muestran los análisis descriptivos de las puntuaciones más relevantes en cuanto a la comparación de medias de las pruebas psicológicas aplicadas. Con respecto al STAXI que mide el grado de irritabilidad de los pacientes se puede observar que las subescalas de expresión interna de ira y control externo de ira aumentaron ligeramente la puntuación en el postest, mientras que la subescala de control interno de ira tuvo un aumento importante en el postest, a su vez las subescalas sentimiento de ira, temperamento de ira, reacción de ira y expresión externa de ira mostraron mayores puntuaciones en el pretest y disminuyeron en el postest. Las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas al nivel del 0,001 en todos los casos.

Por su parte, con respecto a la ansiedad, los resultados del BAI, muestran una disminución estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Lo mismo se encontró para la depresión donde la comparación de medias muestra una disminución importante de la puntuación en el postest ( $p < 0,001$ ).

Tabla 3. *Análisis de Regresión entre las variables psicológicas evaluadas y los indicadores clínicos de recuperación.*

Indicador clínico	variables predictoras	Beta	Valor t	Sig.	R Cuadrado Corregida
Asistencia al control posquirúrgico	control externo de ira	0,443	0,983	0,331	-0,131
	temperamento de ira	0,392	1,265	0,213	
	índice de expresión de ira	0,360	0,951	0,347	
Toma de medicamentos	índice de expresión de ira	-0,380	-1,017	0,315	-0,105
	expresión interna de ira	0,277	1,248	0,219	
	temperamento de ira	-0,214	-0,698	0,489	
Cumplimiento de dieta	temperamento de ira	-0,461	-1,615	0,114	0,042
	índice de expresión de ira	0,343	0,985	0,331	
	reacción de ira	-0,334	-1,664	0,104	
Realización de ejercicio	índice de expresión de ira	-0,677	-2,109	0,041	0,185
	expresión externa de ira	0,443	1,981	0,054	
	expresión interna de ira	-0,287	-1,503	0,141	
Reintegración a actividades cotidianas	total bdi	0,348	1,896	0,065	-0,08
	reacción de ira	0,134	0,628	0,534	
	total bai	-0,104	-0,536	0,595	
Días de estancia en UCI	expresión interna de ira	0,247	1,158	0,254	-0,015
	temperamento de ira	-0,699	-2,382	0,022	
	control externo de ira	-0,638	-1,495	0,143	
Estancia en habitación	índice de expresión de ira	0,484	1,355	0,183	-0,007
	expresión externa de ira	-0,314	-1,263	0,214	
	expresión interna de ira	0,156	0,736	0,466	
Reingreso hospitalario	control externo de ira	0,762	1,992	0,053	0,184
	índice de expresión de ira	0,675	2,102	0,042	
	total bai	-0,418	-2,478	0,018	

Con el fin de establecer la asociación entre las pruebas aplicadas para medir irritabilidad, depresión, ansiedad y las variables clínicas de recuperación, se recurrió al empleo de un Análisis de Regresión. Los resultados presentados en la tabla 3, permiten observar las variables que mejor predicen la asistencia al control posquirúrgico, la toma de medicamentos, el cumplimiento de la dieta, la realización

de ejercicios, el reingreso a las actividades cotidianas, días en UCI, días en habitación y los reingresos hospitalarios.

De manera general, se puede indicar que la variable que mejor predijo la asistencia a los controles posquirúrgicos fue la de control externo de ira, seguida de temperamento de ira e índice de expresión de ira con coeficientes estandarizados de: 0,44; 0,32 y 0,36, respectivamente. Es importante tener en cuenta que las puntuaciones bajas en estas escalas serían los indicadores clínicos que mejor se asocian con la asistencia a los controles. Así, a menor presencia de irritabilidad mayor asistencia a los controles.

Por su parte, con respecto a la toma de medicamentos, las variables que mejor predijeron este indicador fueron; es el índice de expresión de la ira seguida de expresión interna de la ira y temperamento de ira. (-0,38; 0,27 y -0,21). Así a menores puntuaciones en estas medidas mayor adherencia en el consumo de los medicamentos. Otra de las variables a tener en cuenta en los pacientes quirúrgicos es el cumplimiento de la dieta; siendo la variable que mejor predijo este indicador el temperamento de la ira, seguida del índice de expresión de ira y la reacción de ira (-0,46; 0,34 y -0,334), a menor puntuación en la irritabilidad, mayor observación de la dieta.

En cuanto a la realización del ejercicio físico; se encontró que el índice de expresión de ira era la variable que mejor predecía este indicador, seguido de expresión interna de ira y control externo de ira. (-0,67; 0,44; -0,28). Es decir a menores puntuaciones en estas medidas mayor fue la práctica del ejercicio.

El ítem relacionado con el tiempo que duraron los pacientes para reincorporarse a sus actividades cotidianas, es mejor predicho por la variable relacionada con depresión seguida de reacción de ira y ansiedad. (0,34; -0,13; -0,10). Así a menor depresión y a menor irritabilidad menor tiempo de reincorporación a las actividades cotidianas.

A su vez los indicadores relacionados con el tiempo de estancia hospitalaria y días en UCI; las variables que mejor predijeron este hecho fueron la expresión interna de ira, seguida de temperamento de ira. (Beta: 0,22; -0,69), indicando que a

menores puntuaciones en estas escalas, menor tiempo de estancia hospitalaria, incluida la estancia en UCI.

Finalmente la variable que mejor predijeron el reingreso hospitalario fueron el control externo de ira, seguido de índice de expresión de ira y de ansiedad (0,76; 0,67; y 0,41), de tal manera que la menor irritabilidad y la menor ansiedad se asocian con menores reingresos hospitalarios.

### Discusión

Antes de iniciar con el análisis de los resultados es importante aclarar que a pesar que en la propuesta inicial se planteó el diseño con grupo control, solo se tuvo acceso a grupo experimental debido a las condiciones en las que se ofrecía la intervención psicológica dentro del Instituto del Corazón de Bucaramanga, ya que en diferentes momentos antes o después de la cirugía, el paciente recibía algún tipo de información o intervención psicológica para la preparación y recuperación frente al procedimiento, lo cual hacía inviable metodológicamente trabajar con grupo control y grupo experimental.

Los datos arrojados en el estudio con respecto a la edad y el sexo de los pacientes atendidos mostraron concordancia con lo referido en la literatura científica acerca de la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares, las cuales afectan en mayor medida a los hombres (OPS, 1998). En cuanto a la edad, los datos encontrados también corroboran los hallazgos previos que indican que las personas que más sufren de enfermedades cardiovasculares se encuentran en un rango de edades entre los 45 y 65 años (OPS, 1998).

En cuanto al estado civil de los pacientes objeto de estudio, el 80% expresaron vivir con su cónyuge y en algunos casos con uno de sus hijos, lo que puede indicar que estos sujetos podrían contar con una red de apoyo efectiva (según fue valorada por ellos durante la entrevista) lo cual permite una adecuada aceptación y afrontamiento ante el evento vivenciado. Este hecho también contribuye en gran medida a que el paciente presente menores niveles de ansiedad, irritabilidad y depresión durante su periodo pre y postquirúrgico según lo indican los datos

estadísticos, donde se señala que sólo el 18% de los sujetos en consulta prequirúrgica (pretest) puntuaron con algún grado de ansiedad debido posiblemente al evento que están viviendo. Este dato ratifica lo que expresa la literatura, que los pacientes que van a ser sometidos a algún tipo de procedimiento quirúrgico perciben la situación como estresante debido a que la cirugía amenaza la integridad corporal y a veces la vida misma, crea incertidumbre lo que puede producir reacciones de estrés tanto fisiológicas como psicológicas en el estado del paciente, las mismas que son negativas para lograr una adecuada predisposición y una recuperación favorable de forma progresiva (Long,1992). Además la ansiedad también puede estar relacionada con antecedentes de mala adaptación emocional en cirugías anteriores, a que en el periodo preoperatorio la ansiedad no disminuya con la información brindada al paciente por parte del personal médico, y a intervenciones quirúrgicas anteriores con postoperatorios presumiblemente difíciles; sin embargo este no fue el caso de los pacientes evaluados, ya que en la entrevista refirieron como buena la experiencia previa, lo cual podría explicar también la disminución en las puntuaciones en las medidas de ansiedad.

Asimismo vale la pena tener en cuenta lo descrito por Giacomantone (1997), según el cual en el preoperatorio cierto nivel de ansiedad es normal y deseable, es la señal que indica que existe un esfuerzo de adaptación y de control de los temores y fantasías generados por la operación y la anestesia y evidencia la adecuación a la realidad de la situación prequirúrgica. Para el caso de la presente muestra es de indicar que la ansiedad disminuyó con respecto al pretest, dando cuenta de una adecuada adaptación a la condición, en parte debida a la intervención psicológica suministrada.

De igual manera se reflejó que sólo un 18 % de los sujetos puntuaron con algún grado de depresión en el pretest, aunque el porcentaje fue bajo en relación a la totalidad de la muestra hay que indicar que esto puede estar relacionado con lo mencionado por (Fernández- Abascal) quien expresa que la depresión es un factor de riesgo significativo de la enfermedad coronaria; además de presentarse muy frecuentemente después de un infarto de miocardio. Asimismo la presencia de síntomas depresivos en algunos pacientes puede estar relacionada al hecho de cómo ellos perciben que su calidad de vida va disminuyendo debido a la enfermedad, ven

limitada su capacidad de respuesta ante las diferentes situaciones con las cuales tiene que lidiar día con día; esta situación hace que en ellos se produzcan alteraciones del humor, sentimientos de tristeza, disminución de la autoestima, inhibición, pensamientos negativos; y si a esto se le suma el hecho de tener que ser intervenidos quirúrgicamente los sentimientos de desesperanza aumentan. En el postest los síntomas de depresión disminuyeron notablemente debido a intervención psicológica. Lo anterior demuestra la eficacia e importancia de la aplicación de este tipo de intervenciones.

Otro aspecto a tener en cuenta, es lo expresado por López (2007), el cual indica que la depresión y la ansiedad se consideran entidades autónomas en las diferentes clasificaciones diagnósticas actuales; sin embargo es importante aclarar que en la práctica clínica ambas coexisten con frecuencia; además tanto la depresión como la ansiedad presentan trastornos del sueño, alteraciones del apetito, déficit de atención y concentración, cansancio, debilidad, e irritabilidad; sentimientos que se vieron reflejados en los datos arrojados en el pretest, donde la ansiedad y la depresión se presentaron en el 18% de la muestra.

Ahora bien, acerca de la variable clínica irritabilidad se puede decir que el 20% de los pacientes en el postest, obtuvieron un puntaje ligeramente más alto con relación al pretest, esto se puede deber a que en la etapa postquirúrgica, el paciente percibe limitaciones debido a los cuidados postquirúrgicos a los cuales deben ser sometidos, a la pérdida de la autonomía, del autocontrol, de la toma de decisiones entre otros. Esta variable puede afectar en gran medida el postoperatorio debido a que produce una reactividad cardíaca que afecta negativamente al organismo siendo así un factor de riesgo que puede llegar a perturbar notablemente la salud provocando recaídas y por ende disminuye la calidad de vida del paciente. Justamente el estrés y la irritabilidad han sido descritos en algunas investigaciones que las han asumido como factor de riesgo de la enfermedad cardiovascular (Guerreo y palmero, 2006). Además afecta la recuperación ante la cirugía; cuando hay estrés e irritabilidad el cerebro envía una señal a las glándulas adrenales para que liberen la hormona cortisol. Si estos permanecen por tiempo prolongado, los niveles de cortisol se mantendrán elevados, produciendo muchos problemas a nivel metabólico afectando de alguna manera el postoperatorio. Así mismo la literatura



también menciona que además de ser la irritabilidad una característica regular en los pacientes cardiovasculares, que se vincula con el perfil de personalidad tipo A, puede asociarse con las condiciones del propio proceso quirúrgico, como dificultad para dormir, dependencia de otros para determinadas tareas rutinarias, dolor entre otras (Castillero, 2007)

Es importante anotar que en cuanto al estrato socio-económico de los pacientes el 78% de la muestra pertenecían a los estratos 1, 2 y 3 esto se debió a que la población atendida en el Instituto del Corazón de Bucaramanga, pertenecían principalmente a las clases media y baja, lo cual indica que eran usuarios del régimen contributivo y el régimen subsidiado en salud. En menor proporción se atendió los de medicina prepagada y particulares. Este dato no indica que solo las personas de estratos bajos son las más propensas a sufrir de algún tipo de patología coronaria, los factores de riesgo para adquirir la enfermedad cardiaca son comunes para todas las clases sociales.

La intervención realizada se mantuvo después del egreso hospitalario, con el fin de evaluar el estado emocional del paciente y su percepción frente a su realidad actual y favorecer la reincorporación en los ámbitos laboral, familiar y social. Durante este control se diligenció el formato de seguimiento con relación al tiempo que dura el paciente hospitalizado (Ver anexo, 4).

Por otra parte en cuanto al análisis de regresión realizado, las variables que mejor predicen la asistencia al control posquirúrgico, la toma de medicamentos, el cumplimiento de la dieta, la realización de ejercicios, el reingreso a las actividades cotidianas, días en UCI, días en habitación y los reingresos hospitalarios, se puede decir, que los pacientes postquirúrgicos evaluados que presentaron una adecuada asistencia a sus controles postoperatorios, se debió a que presentaron menor irritabilidad en el postquirúrgico, y no acudieron por encontrarse ansiosos o deprimidos, a diferencia del preoperatorio que la irritabilidad mostró mayores puntuaciones en el pretest debido posiblemente a sentimientos negativos con respecto a la cirugía ya que vislumbraban el evento quirúrgico con la pérdida de autonomía y la toma de decisiones. Asimismo la asistencia a los controles puede deberse a la oportuna intervención psicológica; los pacientes lograron adoptar una

actitud de compromiso ante su recuperación y un mejor afrontamiento ante la enfermedad. Esto corrobora lo que Schulman (1979), comprobó acerca de los pacientes que estaban activamente comprometidos en los programas de tratamiento exhibían tasas más altas de adhesión y un resultado terapéutico más favorable. En un grupo de pacientes hipertensos los individuos comprometidos con el tratamiento poseían mayor persistencia en la adhesión de régimen, adoptaban con mayor frecuencia conductas de promoción de salud y sobre todo, asistían periódicamente a sus controles médicos.

Con referencia a la toma de medicamentos, se puede decir que mientras menos irritabilidad presenten los pacientes quirúrgicos; mayor va a ser la adherencia al tratamiento con la medicación. Los pacientes en este punto en su afán por conseguir su recuperación inmediata, por calmar sus dolencias, por evitar una complicación que probablemente lo lleve a internarse nuevamente en la clínica, es consciente de la importancia de seguir las instrucciones médicas al pie de la letra. Sumado a esto el acompañamiento psicológico ayuda en gran medida a que el paciente y su grupo familiar adopten una posición de responsabilidad ante la salud y el bienestar, en favor de una adecuada recuperación.

En el cumplimiento de la dieta y el realizar ejercicio, la situación no es diferente, ya que los pacientes que mostraron menor irritabilidad, fueron más propensos a cumplir con estas actividades. Mientras que los que presentaron algún nivel de irritabilidad en el postoperatorio presentaron problemas a la hora de seguir un control nutricional adecuado y a realizar alguna actividad física. Se podría deducir de lo anterior que el no llevar una dieta adecuada y el no ejercitarse, es debido en muchas ocasiones a los hábitos ya instaurados en los pacientes como: una alimentación inadecuada, y un estilo de vida sedentario; los cuales son difíciles de modificar ya que probablemente el paciente no percibe un efecto inmediato a diferencia de la toma de medicamentos que el efecto es inmediato.

Ahora bien, acerca del tiempo que duraron los pacientes en reincorporarse a sus actividades cotidianas se indica que mientras más deprimidos, ansiosos e irritables se encuentren más tiempo van a tardar en reincorporarse a sus actividades diarias. El hecho de que un paciente presente síntomas depresivos en su

postoperatorio influye en gran medida en la prolongación del proceso de recuperación ya que afecta muchos aspectos relacionados con el bienestar tanto físico como emocional. Esto guarda estrecha relación con lo mencionado por Castellero (2007) el cual expresa que los pacientes ansiosos y deprimidos en su etapa postquirúrgica, son los más propensos a quejarse y quienes más preocupaciones refieren, además presentan mayores niveles de dolor y dificultades para seguir las orientaciones médicas, como toser, movilizarse y alimentarse lo cual hace que la recuperación sea lenta y pueda tardar la decisión del alta. Vale la pena aclarar que en la muestra objeto de estudio el promedio de pacientes que puntuaron con depresión ansiedad e irritabilidad en el postest fue mínimo, por lo cual la mayoría de los pacientes lograron mediante la intervención psicológica un mejor afrontamiento ante el procedimiento y el tratamiento lo que contribuyó de manera positiva a la reincorporación de las actividades cotidianas no solo a nivel laboral, en un lapso de tres a cuatro semanas, a pesar que la incapacidad medica indica que es alrededor de 8 semanas.

Finalmente en cuanto a los días que permanecieron hospitalizados los pacientes en UCI y en habitación, la variable que mejor predijo estos indicadores fue la irritabilidad ya que a más irritabilidad mayor el número de días hospitalizados. Durante este periodo se diligencio el formato de registro diario (Ver anexo 5). Este dato una vez más guarda relación con el hecho de que el complejo hostilidad-ira es una de las características de los pacientes con patrón de conducta tipo A, identificado según estudios prospectivos de Friedman & Rosenman en (1975) como un factor de riesgo significativo de la enfermedad coronaria y trastornos cardiovasculares. Además de tener como característica principal un complejo de acción-emoción, que se puede observar en cualquier persona que se encuentre agresivamente implicada en un crónico e incesante conflicto por conseguir más y más en el menor tiempo posible, y sin importar ir en contra de las situaciones o las indicaciones médicas. Así, las características de irritabilidad pueden explicar las respuestas de los pacientes ante las situaciones que deben enfrentar en la hospitalización, entre ellas la sensación de pérdida de intimidad debido a las condiciones que allí se deben manejar, el hecho de no poder ubicarse en tiempo, la restricción en las visitas, el dolor y la incomodidad, entre otros, lo cual dificulta de alguna manera, la colaboración del paciente con el

personal médico y asistencial retardando así el proceso de recuperación y asegurando más días de hospitalización tanto en UCI, como en habitación.

En consecuencia, lo que se ha venido observado y refieren algunos pacientes en sus citas de control, es que gracias a la intervención psicológica durante todo el proceso quirúrgico, lograron identificar de la importancia y la influencia que tiene su estado emocional con relación a su recuperación. Gracias a esto han logrado una adecuada adherencia al tratamiento, un mejor afrontamiento ante sus terapias de rehabilitación cardíaca y respiratoria, una mejor disposición para los cuidados que debe seguir en casa como alimentación y ejercicio; lo cual les facilitó la reincorporarse poco a poco a sus actividades cotidianas tanto en el ámbito laboral, familiar y social. Sin embargo un número bajo de pacientes no lograron dicho afrontamiento de la misma manera y comenzaron a tener síntomas de depresión, irritabilidad y hostilidad, lo cual les impide reintegrarse a su vida cotidiana. Según refirieron ellos y sus familiares presentan poca adherencia al tratamiento, problemas de insomnio, trastornos alimenticios, lo cual se refleja en complicaciones posteriores y tienen que reingresar por urgencias. Esto pudo ser debido a que el paciente no contaba con una buena red de apoyo o que por el hecho de venir de otras ciudades y estar alejados de sus familias, descuidan el postoperatorio y desarrollan síntomas que ameritan el reingreso. Sumado a esto el manejo del dolor también va creando en el paciente síntomas de irritabilidad e impotencia lo cual afecta el estado de ánimo.

Los resultados arrojados con relación a la importancia de la intervención psicológica en pacientes pre y posquirúrgicos; confirman los resultados proporcionados anteriormente durante los dos periodos de práctica. Ya que gracias a esta intervención, el paciente presenta un mejor afrontamiento ante la situación y logra un postoperatorio más exitoso.

En conclusión durante la aplicación del protocolo de intervención psicológica, se pudo encontrar que los pacientes en el período prequirúrgico presentan altos puntajes en ansiedad y depresión, los cuales son factores de riesgo para la cirugía y a su vez para la recuperación. Mientras que la irritabilidad se vio reflejada en la muestra en la etapa postquirúrgica afectando de cierta manera,

algunos indicadores clínicos de recuperación, la salud y la calidad de vida del paciente coronario.

Es importante anotar que en el momento de la entrevista los sujetos expresaron lo gratificante que era para ellos y para sus familiares recibir el apoyo psicológico, ya que la relación médico paciente se limita solamente a la enfermedad física dejando aparte el factor emocional, el cual juega un papel fundamental tanto en la etapa pre como posquirúrgica.

### Conclusiones

Las enfermedades cardiovasculares constituyen hoy por hoy la primera causa de muerte tanto en hombres como en mujeres. Esto implica que existe una considerable cantidad de pacientes que consultan a los hospitales y clínicas por sintomatología cardiovascular, y eventualmente después de un sinnúmero de exámenes médicos, se ve la necesidad de ser intervenidos quirúrgicamente por lo cual, muchos de ellos experimentan un grado importante de ansiedad, irritabilidad y depresión. Ser diagnosticado con una enfermedad cardiovascular es una situación que genera en los pacientes temor, incertidumbre y preocupación, ya que esto implica cognitivamente un riesgo inminente de muerte inesperada o prematura.

Algunos pacientes además consideran que las consecuencias de esta enfermedad son su culpa, ya sea por malos hábitos o por factores inherentes a su vida, por lo que no consideran que haya posibilidad alguna de cambio. Se sabe que la experiencia de cualquier forma de cirugía puede ocasionar un disturbio profundo en una persona, algunos reaccionan antes o después, con desórdenes psicológicos e incluso psiquiátricos. Cuando esta involucra el corazón, el impacto emocional en las personas es mayor, debido a la creencia popular de que el corazón es el órgano vital que rige el cuerpo. Las personas que padecen enfermedades cardiovasculares tienen riesgos psicosociales importantes como son patrón de conducta tipo A, enojo, hostilidad, depresión, ansiedad, estrés psicológico, fatiga excesiva, tensión laboral, mecanismos de defensa ante la situación, baja capacidad para expresión de sentimientos, baja tolerancia a la frustración y miedo a la pérdida de control, además de aislamiento y carencia de apoyo social. Si estos pacientes están deprimidos,

ansiosos o niegan su situación, no están en capacidad de hacer el esfuerzo postoperatorio necesario para modificar los factores de riesgo o para participar en una rehabilitación de forma eficaz y eficiente, por lo que los resultados finales de la cirugía cardiaca no serán los más óptimos.

Debido a lo anterior, se reduce la posibilidad de cambiar hábitos nocivos, lo que compromete los resultados de la cirugía e incrementa el riesgo de nuevos eventos cardiacos más serios en el futuro. Los enfermos que van a ser sometidos a procedimientos de cirugía cardiaca, viven además un período de estrés psicológico, que se genera como resultado de la conjunción de estímulos externos o internos vividos como amenazantes, la personalidad del enfermo y los recursos con los que ellos cuentan para adaptarse, por lo que pueden encontrarse con varias respuestas físicas y conductas o procesos psicológicos, como por ejemplo, dolor, hiperventilación, taquicardia, ansiedad, tristeza, frustración, miedo, agotamiento excesivo, entre otros. Una vez realizados los estudios diagnósticos correspondientes y determinado que el único tratamiento a seguir es una operación cardiovascular, es de gran importancia la manera en que se participe al enfermo de estos hallazgos, intervención fundamental para su adaptación, para minimizar su estrés psicológico y facilitar su posterior recuperación. Se conoce que el impacto cognitivo de la noticia es alto, pero una adecuada intervención psicológica será de mucha utilidad para que el proceso ocurra de una manera satisfactoria y menos traumática.

El asesoramiento psicológico antes de las intervenciones quirúrgicas lo que pretende es ayudar al paciente para que permanezca menos tiempo en la unidad de cuidados intensivos, se tenga menor malestar emocional y haya una permanencia más corta en el hospital. Según Oblitas (2005), después del ataque al corazón y de la cirugía, la terapia individual para pacientes en recuperación mejora el bienestar psicológico y reduce el índice de mortalidad en los primeros años de la recuperación. Además, los estudios han demostrado que dos horas de asesoramiento psicológico a la semana durante siete semanas reducen un 60 por ciento el índice del re-hospitalización para los pacientes con problemas cardiacos (Oblitas, 2005).

Las intervenciones deben ser realizadas de forma clara y sencilla, sin ocultar la gravedad de la enfermedad, ni la seriedad o peligro de la intervención y debe

hacerse con tacto. El individuo debe de sentir libertad de preguntar lo necesario hasta que comprenda a lo que se va a enfrentar. Además, hay que recordar que en la mayoría de los pacientes cardiopatas, se marcan ciertos rasgos de personalidad a tener en cuenta como se refirió anteriormente: baja tolerancia a la frustración, incapacidad de afrontar la situación, irritabilidad, impaciencia, ansiedad y disconformidad por el abandono de sus labores diarias y o familiares. Estos aspectos se van a reavivar inevitablemente y se podrían manifestar a la hora de pasar por el proceso de una cirugía cardíaca produciendo ansiedad, irritabilidad y en algunos casos depresión.

Es importante enfatizar que solo una parte de la muestra conocía cómo es la evolución de un paciente con antecedente quirúrgico, lo cual no es adecuado, puesto que si hay desconocimiento de esta etapa, la persona no puede prepararse psicológicamente para afrontar lo más difícil, que es el período postoperatorio. Esta etapa implica dolor, inmovilización, tolerancia para los cambios de humor y cambios en el patrón de sueño y/o alimentación. Esto sin tener en cuenta una posible rehabilitación cardíaca (terapia física supervisada postoperatoria), semanas después del procedimiento, lo que ayudará a que el paciente obtenga seguridad de que su cirugía fue un éxito y que su calidad de vida mejorará, siendo de nuevo una persona productiva en cualquiera que fuera el área en la cual se desarrolló. Se debe entonces dialogar con el paciente y su familia, para que todo quede bien claro y sentar la responsabilidad sobre las funciones a cumplir en dicha etapa y también para que la familia pueda brindarle dicha atención en su casa sin temor, teniendo en cuenta una dieta adecuada, la actividad física, la toma de medicamentos y la asistencia a los controles médicos. Esto asegurará una pronta reincorporación en los ámbitos familiar, social y laboral.

Con base en lo hallado y para ofrecer una atención óptima, es primordial un abordaje integral del paciente, comenzando por una metodología psicoeducativa y aplicando técnicas cognitivo- conductuales. Se debe también tener en cuenta la implementación del protocolo de intervención psicológica, para que los pacientes puedan obtener herramientas para un mejor control y manejo de las relaciones negativas, de los factores nocivos en su personalidad y estilo de vida, y así comenzar a adquirir responsabilidad y comportamientos saludables permanentes en su vida

cotidiana. También se debe poner énfasis en estimular la expresión de dudas y preguntas, la confianza en el equipo y su participación activa en el proceso. Esto será sin lugar a dudas, de gran ayuda para la pronta recuperación del individuo y para minimizar sus miedos o ayudarlo a tomar consciencia de ellos y pueda así manejarlos de una manera mas adecuada. De igual forma, se debe incentivar y cultivar las habilidades en las relaciones interpersonales de los pacientes, estableciendo una comunicación asertiva y brindando un conocimiento adecuado y realista de la enfermedad, evitando mecanismos de defensa como la negación, la minimización, magnificación o el fantasear sobre el procedimiento y su proceso. Los pacientes utilizan estos mecanismos para adaptarse mejor a la idea de la cirugía, su estancia en el hospital, su recuperación y al cambio abrupto que va a sufrir su vida después de ella, para lo cual hay que trabajar la reestructuración cognitiva de las ideas preconcebidas, creencias y de las falsas expectativas en cuanto al procedimiento médico-quirúrgico y desafiar las perturbaciones del pensamiento.

En resumen, la indicación de una cirugía cardiovascular despierta en el paciente una serie de temores que causan angustia, depresión y miedo a la pérdida de control. El psicólogo clínico, debe explicar al paciente de manera sencilla y veraz su situación y brindarle la oportunidad de aclarar sus dudas. La intervención de un(a) psicólogo(a), teniendo en cuenta el protocolo de intervención, es fundamental durante el proceso quirúrgico para que el paciente afronte mejor la situación y tenga un postoperatorio más exitoso.



## Recomendaciones

Ya que el estado de ánimo del paciente varía de acuerdo al conocimiento y manejo que se tenga sobre la enfermedad médica y el procedimiento quirúrgico, es recomendable tener en cuenta el manejo del protocolo de intervención psicológica tanto en la etapa preoperatoria, el día de la consulta preanestésica, el día de la hospitalización y las intervenciones psicológicas durante su permanencia en la clínica, etapa postoperatoria. Esto con el fin de que el paciente asuma un adecuado afrontamiento en el proceso quirúrgico, beneficiando de esta manera algunos indicadores de recuperación como: la toma de analgésicos, las complicaciones, el dolor, la adherencia al tratamiento, la adaptabilidad hospitalaria entre otros.

Se sugiere la presencia del psicólogo clínico en la Institución, pues el abordaje de la salud mental y emocional de los pacientes con enfermedades cardiovasculares, permite la prevención de psicopatologías y asimismo influir de manera positiva en los resultados clínicos.

Es conveniente generar espacios de capacitación para el personal del Instituto de Corazón de Bucaramanga, como medio de aprendizaje para el manejo de la salud mental tanto de ellos como de los pacientes; con el fin de lograr procesos integrales de afrontamiento en la Institución.

Con el fin de obtener información que permita generalizar los resultados se sugiere que en una próxima oportunidad se trabaje con una muestra que incluya grupo control y grupo experimental.

Referencias

- Arés, P. (2003). La intervención familiar en las actuales realidades sociales: Revista Cubana de Sexología y Soc, 9 (21).
- Baum, A, Gatchel, R. & Krantz, D. (1997). An introduction to health psychology. New York: McGraw-Hill.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona, España: Gedisa.
- Beck, A; Rush, A., Shaw B., & Emery G: *Cognitive Therapy Of Depression*. Guilford Press, New York, 1979. (Traducción: Desclee de Brouwer, Bilbao 1983).
- Bernard, L. & Krupat, E. (1994). Health psychology: biopsychosocial factors in health and illness. Forth Worth, Tx: Harcourte Brace College.
- Bernstein, D. (1981). *Introducción a la psicología clínica*. México: Mc Graw-Gill Interamericana.
- Berri & Kohn. (1988). Técnicas de quirófano. 5ta Edición México. Editorial Interamericana
- Berstein, (1983). *Entrenamiento en relajación*. Biblioteca de psicología, Ed Desclee De Brower, S.A, Bilbao.
- Castillero, A. (2007). Intervención psicológica en cirugía cardiaca. Avances en psicología latinoamericana, 25(1) 52-63
- Cruz, C. & Vargas, L. (1998). Estrés: entenderlo es manejarlo. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Del Barrio, V. (1994). Preparación de sujetos para intervenciones médicas estresantes. Apuntes de Psicología, 40, 7-20.
- Ellis, A. (1990). *Aplicaciones clínicas de la terapia racional emotiva*. España: Desclee de Brouwer.
- Evans, I. (1983). Psicología para un mundo cambiante. México. Editorial Limusa.
- Folkman S. (1999). New perspectives on coping: lessons from caregivers of people with AIDS. Trabajo presentado en el XXVII congreso interamericano de psicología. Caracas.
- Freedman, LC. (1982). Anxiety in medical situaciones and chemothemaphy – relate problems among cancer patients. Journal of Cancer Education.

- García, F., Abascal, F. & Palmero. (1998). Emociones y Salud. Cap 1. Ed. Ariel Psicología. Madrid.
- García, Hernández, A. (2000). Aproximación al sufrimiento, la muerte y el duelo en pacientes y familias en situaciones de urgencia y cuidados críticos.
- Giacomantone E. y Mejía A. (1997). Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico. El impacto emocional de la cirugía. Buenos Aires: Paidós.
- González, I. & Chacón, M. (2003). Diagnóstico e Intervención Psicológica En La Familia Del Enfermo Al Final De La Vida. Las Palmas de Gran Canaria, España: Gafos. 3 pp. 371-389.
- Hernández, A. & Florenzano, R. (1999). División de promoción y protección de la salud. Familia y adolescencia: indicadores de salud. Washington, DC: Fundación Kellog.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). Estrés y Procesos Cognitivos. Barcelona: Martinez Roca.
- Long, B. (1992). Tratado de enfermería médico –quirúrgico. 2da. Edición España Editorial Mc Graw- Hill.
- Lorda SP. & Judez GJ. (2001). Consentimiento informado. Bioética para clínicos. Medicina Clínica, 117, 99-106.
- Lozano, M. A. (1996). Variables que inciden en la ansiedad experimentada por pacientes hospitalizados y valoración de dos programas alternativos de reducción de la ansiedad. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Moix, J. (1996). Ansiedad, dolor y recuperación posquirúrgica. *Cirugía Española*, 60, 337-338.
- Moix, J., Casas, J.M., López, E., Quintana, C., Ribera, C. & Gil, A. (1993). Facilitación de la recuperación postquirúrgica a través del suministro de información y del apoyo psicológico. Control de calidad asistencial.
- Moix, J., Casas, J.M., López, E., Quintana, C., Ribera, C. & Gil, A. (1995). Eficacia de los folletos informativos para suministrar información acerca de la operación y la convalecencia. *Revista de calidad asistencial*.
- Moix, Q. J. (1994). Emoción y cirugía, artículo publicado por la Universidad de Barcelona en *anales de psicología*, 10, 167-175
- Morales, F. (1999). Introducción a la psicología de la salud. Buenos Aires: Paidós.

- Nieto-Munuera, J., Abad-Mateo, M.A., Esteban A.M. & Tejeira, M. (2004) psicología para ciencias de la salud. Estudio del comportamiento humano en la enfermedad. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. pp. 61, 315-21.
- Oblitas, L. A. (2005). Psicología de la salud y calidad de vida.: Thomson.
- Organización Mundial de la Salud. (1946) Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, CIE-10, Madrid, España: Forma.
- Pickett, C. & Clum, G.A. (1982). Comparative treatment strategies and their interaction with locus of control in the reduction of postsurgical pain and anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 439-441.
- Relloso, S. (1998). Enciclopedia autodinamica. Edición Cabo Editorial Lexus.
- Riso, W. (2006). Terapia cognitiva: Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico. Bogotá: grupo editorial norma colección Vitral.
- Roca, M. A. (2000). Psicología clínica. Una visión general. La Habana: Félix Varela.
- Rybarczyk, B. D. & Auerbach, S. M. (1990). Reminiscence interviews as stress management interventions for older patients undergoing surgery. *The Gerontological Society of America*, 30, 522-528.
- Sanne, H., & Wenger, N. (1983). Psychological and social aspects of coronary heart disease. Information for the clinician. publication of the scientific council on the rehabilitation of cardiac patients of the internacional society and federation of cardiology.
- Selye, H. (1960). La tensión en la vida. Buenos Aires: Compañía General Fabril Editora.
- Simón, M.A. (1993). Manual de psicología de la salud. Madrid. Editorial. Pirámide.
- Spielberger, C.D. (1980). Test anxiety inventory: preliminary professional manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

# **ANEXOS**

**Anexo 1**

*Cuadernillo empleado para la evaluación*

**INSTRUCCIONES**

La Universidad Pontificia Bolivariana y el Instituto del Corazón están realizando un estudio sobre los distintos aspectos emocionales en personas con enfermedades cardiacas.

Para este propósito es necesario su colaboración la cual consiste en responder a los cuestionarios que se presentan a continuación.

Lea completamente las instrucciones y responda de manera sincera.

La información es anónima y confidencial sin embargo se le preguntan algunos datos generales como edad y sexo que debe contestar.

Su aporte es muy valioso.

**Muchas gracias**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN  
EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

---

**Lugar y Fecha**

Yo \_\_\_\_\_(nombre),  
con documento de identidad No. \_\_\_\_\_, por  
medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación **Efectos de la  
intervención psicológica en la recuperación de pacientes sometidos a cirugía  
cardíaca**, cuyo objetivo es Evaluar los efectos de la intervención psicológica en la  
recuperación de pacientes sometidos a cirugía cardíaca.

Se me ha explicado que mi participación consiste en diligenciar los respectivos  
cuestionarios. Se me ha garantizado que el tratamiento de los datos será confidencial  
y se me ha informado que los resultados serán arrojados de manera general.

Adicionalmente la investigadora estuvo atenta en todo momento a responder las  
dudas y preguntas en caso de presentarse.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme en cualquier momento del proceso si  
lo considero conveniente sin que esto tenga ninguna consecuencia.

Se me ha dado seguridad de que no se me identificará en ninguna de las  
publicaciones que se deriven del estudio. También se comprometieron a entregar al  
Instituto un artículo que refleje los resultados una vez el estudio haya terminado.

---

Firma

**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS**

FECHA \_\_\_\_\_ SEXO: Hombre \_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_

<i><b>CARACTERÍSTICAS PERSONALES</b></i>	<i><b>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS</b></i>
<p><b>Edad</b> _____</p> <p><b>Estado Civil:</b>                      1. Soltero (a) _____                      2. Casado (a) _____                      3. Viudo (a) _____                      4. Separado (a) _____                      5. Unión Libre _____</p> <p><b>Número de hijos:</b> _____</p> <p><b>Personas con quienes vive:</b>                      Padres _____ Conyugue _____                      Hijos _____ Hermanos _____                      Hermano _____ Otros familiares _____                      Amigos _____ Solo _____                      Otros _____</p> <p><b>Lugar de Procedencia</b>                      _____</p> <p><b>Escolaridad:</b>                      1. Analfabeta _____                      2. Primaria Incompleta _____                      3. Primaria Completa _____                      4. Secundaria Incompleta _____                      5. Secundaria Completa _____                      6. Universidad Incompleta _____                      7. Universidad Completa _____                      8. Otro _____                      9. Sin Estudios _____</p> <p><b>Ocupación Actual</b>                      _____</p> <p><b>Estrato Socioeconómico:</b>                      1 _____ 2 _____ 3 _____                      4 _____ 5 _____ 6 _____</p>	<p><b>Enfermedad Médica Actual</b>                      _____</p> <p><b>Antecedentes Médicos</b>                      _____                      _____</p> <p><b>Ha sido sometido a algún tipo de Intervención Quirúrgica</b>                      1. Nunca _____                      2. Una Vez _____                      3. Varias Veces _____</p> <p><b>Si ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica cómo recuerda esa experiencia</b>                      1. Buena _____                      2. Regular _____                      3. Mala _____</p> <p><b>Ha acudido a un profesional de la salud mental:</b>                      1. Nunca _____                      2. Una Vez _____                      3. Varias Veces _____</p> <p><b>Que diagnóstico le dió el profesional de la salud mental:</b>                      _____</p> <p>No sabe _____ no responde _____</p> <p>Antecedentes psicológicos familiares                      En su familia existen personas que sufran de trastornos mentales?                      Si _____ No _____</p> <p>Ha tomado medicamentos psiquiátricos                      Si _____ No _____</p> <p>En la actualidad consume medicamentos psiquiátricos                      Si _____ No _____</p>



**CUESTIONARIO N° 1****Parte 1****INSTRUCCIONES:**

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo una de las letras que encontrará a la derecha, la letra que mejor indique **CÓMO SE SIENTE AHORA MISMO**, utilizando la siguiente escala de valoración:

**1: No, en absoluto, 2: Algo, 3: Moderadamente, 4: Mucho**

**CÓMO ME SIENTO EN ESTE MOMENTO**

<b>ITEM</b>	<b>No, en absoluto</b>	<b>Algo</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Mucho</b>
1. Estoy furioso	1	2	3	4
2. Me siento irritado	1	2	3	4
3. Me siento enojado	1	2	3	4
4. Le pegaría a alguien	1	2	3	4
5. Estoy agotado	1	2	3	4
6. Me gustaría decir vulgaridades	1	2	3	4
7. Estoy disgustado	1	2	3	4
8. Daría puñetazos a la pared	1	2	3	4
9. Me dan ganas de maldecir a gritos	1	2	3	4
10. Me dan ganas de gritarle a alguien	1	2	3	4
11. Quiero romper algo	1	2	3	4
12. Me dan ganas de gritar	1	2	3	4
13. Le tiraría algo a alguien	1	2	3	4
14. Tengo ganas de abofetear a alguien	1	2	3	4
15. Me gustaría regañar a alguien	1	2	3	4

**Parte 2****INSTRUCCIONES:**

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique **CÓMO SE SIENTE NORMALMENTE**, utilizando la siguiente escala de valoración:

**1: Casi Nunca 2: Algunas veces, 3: A menudo, 4: Casi siempre**

**CÓMO ME SIENTO NORMALMENTE**

<b>ITEM</b>	<b>Casi Nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>A menudo</b>	<b>Casi siempre</b>
16. Me enojo rápidamente	1	2	3	4
17. Tengo un carácter irritable	1	2	3	4
18. Soy una persona que se exalta fácilmente	1	2	3	4
19. Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen	1	2	3	4
20. Tiendo a perder el control	1	2	3	4
21. Me pone furioso que me critiquen delante de los demás	1	2	3	4
22. Me siento furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco	1	2	3	4
23. Me enfurezco con facilidad	1	2	3	4
24. Me enojo si no me salen las cosas como tenía previsto	1	2	3	4
25. Me enojo cuando se me trata injustamente	1	2	3	4

**Parte 3****INSTRUCCIONES:**

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describir sus reacciones cuando se siente enfadada. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique **CÓMO REACCIONA O SE COMPORTA CUANDO ESTÁ ENFADADO O FURIOSO**, utilizando la siguiente escala:

**1: Casi Nunca 2: Algunas veces 3: A menudo 4: Casi siempre**

**CUANDO ME ENOJO O ME ENFUREZCO**

ITEM	Casi Nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre
26. Controlo mi carácter	1	2	3	4
27. Expreso mi ira	1	2	3	4
28. Me guardo para mí lo que siento	1	2	3	4
29. Hago comentarios irónicos	1	2	3	4
30. Mantengo la calma	1	2	3	4
31. Hago cosas como tirar las puertas	1	2	3	4
32. Aunque sienta rabia no lo demuestro	1	2	3	4
33. Controlo mi comportamiento	1	2	3	4
34. Discuto con los demás	1	2	3	4
35. Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie	1	2	3	4
36. Puedo controlarme y no salirme de casillas	1	2	3	4
37. Estoy más enfadado de lo que quiero admitir	1	2	3	4
38. Digo brutalidades	1	2	3	4
39. Me irrito más de lo que la gente se cree	1	2	3	4
40. Pierdo la paciencia	1	2	3	4
41. Controlo mis sentimientos de enfado	1	2	3	4
42. Rehuyo enfrentarme con aquello que me enfada	1	2	3	4
43. Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira	1	2	3	4
44. Respiro profundamente y me relajo	1	2	3	4
45. Hago cosas como contar hasta diez	1	2	3	4
46. Trato de relajarme	1	2	3	4
47. Hago algo tranquilo para calmarme	1	2	3	4
48. Intento distraerme para que se me pase el enfado	1	2	3	4
49. Pienso en algo agradable para tranquilizarme	1	2	3	4

**CUESTIONARIO N° 2**

Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor corresponda.

0= En absoluto.

1= Levemente, no me molesta mucho.

2= Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo.

3= Severamente, casi no podía soportarlo.

	0	1	2	3
1. Hormigueo o entumecimiento.....	0	0	0	0
2. Sensación de calor.....	0	0	0	0
3. Temblor de piernas.....	0	0	0	0
4. Incapacidad de relajarse.....	0	0	0	0
5. Miedo a que suceda lo peor.....	0	0	0	0
6. Mareo o aturdimiento.....	0	0	0	0
7. Palpitaciones o taquicardia.....	0	0	0	0
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física.....	0	0	0	0
9. Terrores.....	0	0	0	0
10. Nerviosismo.....	0	0	0	0
11. Sensación de ahogo.....	0	0	0	0
12. Temblores de manos.....	0	0	0	0
13. Temblor generalizado o estremecimiento.....	0	0	0	0
14. Miedo a perder el control.....	0	0	0	0
15. Dificultad para respirar.....	0	0	0	0
16. Miedo a morir.....	0	0	0	0
17. Sobresaltos.....	0	0	0	0
18. Molestias digestivas o abdominales.....	0	0	0	0
19. Palidez.....	0	0	0	0
20. Rubor facial.....	0	0	0	0
21. Sudoración (no debida al calor).....	0	0	0	0

**TOTAL:**

**A.F.**

**A.S.**

**CUESTIONARIO N° 3**

**INSTRUCCIONES**

Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

<p><b>1. Tristeza</b></p> <p>0. No me siento triste habitualmente.                  1. Me siento triste gran parte del tiempo.                  2. Me siento triste continuamente.                  3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.</p> <p><b>2. Pesimismo</b></p> <p>0. No estoy desanimado sobre mi futuro.                  1. Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.                  2. No espero que las cosas mejoren.                  3. Siento que mi futuro es desalentador y que las cosas sólo empeorarán.</p> <p><b>3. Sentimientos de Fracaso</b></p> <p>0. No me siento fracasado.                  1. He fracasado más de lo que debería.                  2. Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.                  3. Me siento una persona totalmente fracasada.</p> <p><b>4. Pérdida de Placer</b></p> <p>0. Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.                  1. No disfruto de las cosas tanto como antes.                  2. Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.                  3. No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p>	<p><b>5. Sentimientos de Culpa</b></p> <p>0. No me siento especialmente culpable.                  1. Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.                  2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.                  3. Me siento culpable constantemente.</p> <p><b>6. Sentimientos de castigo</b></p> <p>0. No siento que esté siendo castigado.                  1. Siento que puedo ser castigado.                  2. Espero ser castigado.                  3. Siento que estoy siendo castigado.</p> <p><b>7. Insatisfacción con uno mismo.</b></p> <p>0. Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.                  1. He perdido confianza en mí mismo.                  2. Estoy decepcionado conmigo mismo.                  3. No me gusta.</p> <p><b>8. Auto-Críticas</b></p> <p>0. No me critico o me culpo más que antes.                  1. Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.                  2. Critico todos mis defectos.                  3. Me culpo por todo lo malo que sucede.</p> <p><b>9. Pensamientos o Deseos de Suicidio</b></p> <p>0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.                  1. Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.                  2. Me gustaría suicidarme.                  3. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.</p> <p><b>10. Llanto</b></p> <p>0. No lloro más de lo que solía hacerlo.                  1. Lloro más de lo que solía hacerlo.                  2. Lloro por cualquier cosa.                  3. Tengo ganas de llorar continuamente, pero no Puedo.</p>
--	---

<p><b>11. Agitación</b></p> <p>0. No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.                      1. Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.                      2. Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.                      3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.</p> <p><b>12. Pérdida de Interés</b></p> <p>0. No he perdido el interés por otras personas o actividades.                      1. Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.                      2. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.                      3. Me resulta difícil interesarme en algo.</p> <p><b>13. Indecisión</b></p> <p>0. Tomo decisiones más o menos como siempre.                      1. Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.                      2. Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.                      3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p><b>14. Inutilidad</b></p> <p>0. No me siento inútil.                      1. No me considero tan valioso y útil como solía ser.                      2. Me siento inútil en comparación con otras personas.                      3. Me siento completamente inútil.</p> <p><b>15. Pérdida de Energía</b></p> <p>0. Tengo tanta energía como siempre.                      1. Tengo menos energía de la que solía tener.                      2. No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.                      3. No tengo suficiente energía para hacer nada.</p> <p><b>16. Cambios en el Patrón de Sueño.</b></p> <p>0. No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.</p>	<p><b>17. Irritabilidad</b></p> <p>0. No estoy más irritable de lo habitual.                      1. Estoy más irritable de lo habitual.                      2. Estoy mucho más irritable de lo habitual.                      3. Estoy irritable continuamente.</p> <p><b>18. Cambios en el Apetito</b></p> <p>0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p>
<p>1a Duermo algo más de lo habitual.                      1b Duermo algo menos de lo habitual.</p>	<p>1a Mi apetito es algo menor de lo habitual.                      1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.</p>
<p>2a Duermo mucho más de lo habitual.                      2b Duermo mucho menos de lo habitual.</p>	<p>2a Mi apetito es mucho menor que antes.                      2b Mi apetito es mucho mayor de lo habitual.</p>
<p>3a Duermo la mayor parte del día.                      3b Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>	<p>3a He perdido completamente el apetito.                      3b Tengo ganas de comer continuamente.</p> <p><b>19. Dificultad de Concentración</b></p> <p>0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.                      1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.                      2. Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.                      3. No puedo concentrarme en nada.</p> <p><b>20. Cansancio o Fatiga</b></p> <p>0. No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.                      1. Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.                      2. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.                      3. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.</p> <p><b>21. Pérdida de Interés en el Sexo</b></p> <p>0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.                      1. Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.                      2. Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.                      3. He perdido completamente el interés por el sexo.</p> <p>_____Puntuación Página 1                      _____Puntuación Página 2</p> <p>_____ <b>PUNTUACIÓN TOTAL</b></p>

## Anexo 2

### Cartilla: preparándose para la cirugía cardíaca

*Antes de la Cirugía Cardíaca*

Cuando su médico tratante le ha indicado el tipo de cirugía cardíaca que se le va a efectuar; usted debe realizarse los siguientes exámenes y entregarlos a la Enfermera Coordinadora de Anestesia y Cirugía Cardiovascular del Instituto del Corazón de Bucaramanga:

- Radiografía pulmonar
- Electrocardiograma
- Ecocardiograma
- Muestras de sangre
- Prueba de esfuerzo y/o cateterismo, según sea su caso.

Nuestro equipo médico asistencial estará atento para explicarle detalladamente su procedimiento quirúrgico, beneficios y posibles complicaciones que se pueden presentar durante el desarrollo del mismo; de común acuerdo se fijará la fecha de su operación.

*El día de la Hospitalización*

El día de su hospitalización el Cirujano y Anestesiólogo Cardiovascular lo visitarán a su habitación, donde le explicarán de nuevo el tipo de cirugía cardíaca que se le va a hacer, aclararán inquietudes, revisarán de nuevo su historia clínica y le darán un calmante para que pueda dormir tranquilamente, sin preocupaciones.



## A la hora de la Cirugía

El equipo quirúrgico integrado por Cirujano Cardiovascular, Anestesiólogo Cardiovascular, Perfusionista, Enfermera de Cirugía, Auxiliares de Enfermería e Instrumentadora Quirúrgica, estarán atentos al proceso y desarrollo de su cirugía cardíaca.

Usted será conducido a la sala de cirugía, programada por su entidad cotizante ya sea en las Clínicas Bucaramanga, Chicamocha o Foscal; sus familiares deben entregar la habitación con sus objetos de valor, mientras usted permanece en Cirugía y en la Unidad de Cuidados Intensivos.

En el momento de iniciar la anestesia se le introducirá un tubo por la boca para facilitarle su ventilación, se le colocarán unas líneas en sus venas para la administración de drogas y líquidos; posteriormente se dará inicio a su cirugía. Si es de corazón abierto usualmente se hace una incisión en la mitad del tórax; se le conectará a una máquina de perfusión encargada de hacer las mismas funciones del corazón y pulmón, mientras el Cirujano Cardiovascular repara las lesiones de su corazón; este procedimiento, generalmente puede durar entre dos a cuatro horas, según sea el caso.

Finalizada la cirugía, será trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos.



## Después de la Cirugía



En la Unidad de Cuidados Intensivos, estará un equipo especializado en manejo y cuidado crítico que estará atento por la recuperación de su salud, durante las 24 horas del día. El horario de atención de visitas es de lunes a domingo de 11:00 a.m a 12:00 m y de 5:00 a 7:00 p.m.

Usted se despertará con un tubo en la boca que le ayudará a respirar y se le retirará unas horas después de acuerdo a su evolución; tendrá además las líneas de sondas para control de líquidos que entran y salen de su cuerpo que serán retiradas en las primeras 24 a 48 horas. En un monitor se registrará permanentemente el ritmo de su corazón y sus presiones sanguíneas.

No sienta temor por los elementos o equipos que tiene en su cuerpo, una Enfermera especializada estará pendiente de su cuidado. En la Unidad de Cuidados Intensivos puede permanecer de 24 a 72 horas, para ser traslado posteriormente a la habitación, donde se completará su recuperación total.



## En su Habitación



Diariamente será visitado por el grupo quirúrgico que le realizó su cirugía de corazón, quienes estarán atentos a su pronta recuperación y despejarán todas las inquietudes.

Por favor tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

1. Procure levantarse siempre acompañado y permanezca la mayor parte del tiempo sentado; cuando tenga un poco más de fuerza empiece a caminar en la habitación.
2. Aliméntese muy bien para que tenga una buena cicatrización.
3. Durante el día no duerma para que en la noche no tenga problemas de sueño.
4. Asee su cuerpo todos los días con agua y jabón.
5. Cuando tosa use una almohada sobre su pecho así disminuirá el dolor y podrá sacar más fácilmente las secreciones de sus bronquios.
6. Cuando el Terapeuta lo visite, realice los ejercicios respiratorios.
7. Pida a su Enfermera la medicación para el dolor pues así podrá toser y respirar mejor.
8. Avise al personal de Enfermería cualquier síntoma que usted note; el Instituto del Corazón de Bucaramanga tiene Cardiólogo permanente, durante las 24 horas del día.

## El regreso a Casa

Su permanencia en piso puede durar entre cuatro y siete días. El Cardiólogo tratante le entregará a la salida de la clínica una fórmula con la lista de medicamentos y dosis que debe continuar tomando en su hogar. La cita de control se hará a los ocho días de su salida, en esta se le entregará un resumen de su historia clínica; se harán los ajustes a los medicamentos que está tomando y se le expedirá la incapacidad laboral correspondiente.

Es normal que se sienta deprimido, triste y con deseos de llorar, desahóguese y se sentirá mucho mejor de iniciar una nueva oportunidad de vida.



## *Dolor del Cuerpo*

El dolor de los hombros, espalda y pecho se puede calmar con la toma de analgésicos y este puede durar entre dos y tres semanas.



## *El aseo Diario*

El baño diario es necesario para sentirse mejor, sea breve, utilice agua tibia con jabón.



## *La Fatiga*

Es normal que sienta en los primeros días fatiga debido a que sus pulmones no funcionan aún adecuadamente.



## *La Dieta*

Durante los primeros días no tiene limitaciones en la alimentación; posteriormente su médico le indicará una dieta especial; evite las grasas, sal y tenga en cuenta no aumentar de peso.



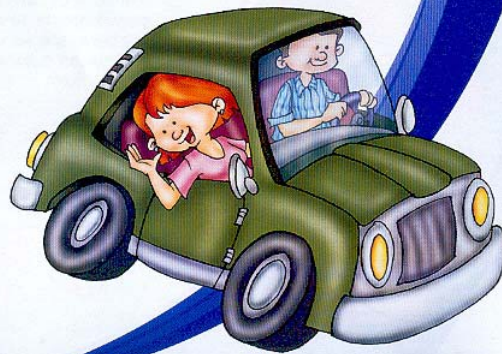
## Las bebidas Alcohólicas

Usted puede tomar bebidas alcohólicas en forma moderada pero no las debe mezclar con los tranquilizantes.



## No maneje Automóvil

Durante las primeras cuatro semanas, usted no debe manejar automóvil, pues cualquier accidente le ocasionaría trauma en su pecho.



## Subir Escaleras

Subir escaleras lo puede hacer pero en forma moderada y despacio. Si se siente cansado o fatigado deténgase, descanse y luego continúe.



## Caminar

Caminar es saludable; en lo posible trate de hacerlo todos los días aumentando su recorrido de acuerdo a las indicaciones de su médico.



## La actividad Sexual

La actividad sexual podrá hacerla luego de cuatro a seis semanas, sin excederse. Algunas posiciones le serán molestas, utilice la más cómoda para usted.



## El Cigarrillo

Si usted es fumador llegó el momento de dejarlo, pues este le ocasiona lesiones a su salud y a su cirugía.



## Las medias Elásticas

Las medias elásticas deben ser usadas por los pacientes operados de coronarias porque se les ha extraído la vena de sus piernas y esta se puede inflamar y producir líquido que está acumulado en su organismo; en lo posible mantenga elevada las piernas, mientras esté sentado.

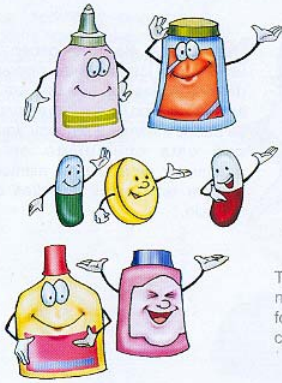


## Alarmas

Si llega a presentar algún tipo de secreción en la herida del pecho, enrojecimiento o fiebre consulte inmediatamente a su médico tratante.



## Los Medicamentos



Tome en el horario indicado los medicamentos que le fueron formulados a la salida de la clínica.

## El Trabajo

Usted podrá vincularse de nuevo al trabajo en cuatro o seis semanas de acuerdo a la recuperación que vaya presentando además que se sentirá mejor de comenzar de nuevo sus actividades laborales.

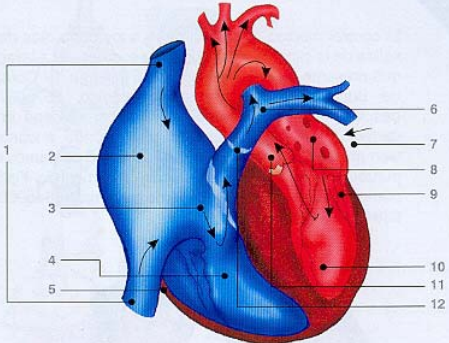


## El control Médico

El control médico debe realizarse a los ocho días de su salida de la clínica y después al mes; cualquier alteración que presente puede comunicarse al Instituto del Corazón de Bucaramanga al número telefónico: 6575057 o desplazarse a la Clínica Bucaramanga, ubicada en la carrera 33 # 53-27 segundo piso, donde encontrará siempre un Cardiólogo de turno. También contamos con puntos de atención en las Clínicas Chicamocha y Foscal, comunicándose con los números telefónicos 6459680 y 6394466 respectivamente.



## El Corazón y la Cirugía



El corazón está compuesto por 4 cavidades (2 aurículas y 2 ventrículos) las venas cavas, pulmonares; y las arterias aorta y pulmonar. Para lograr su funcionamiento es necesario que la sangre que ya ha sido utilizada por el organismo regrese al corazón por las venas cavas (1) y de allí pase a la aurícula derecha (2) luego a través de la válvula tricúspide (3), la sangre pasa hacia el ventriculo derecho (4) de donde es impulsada a través de la válvula pulmonar (5) hacia la arteria pulmonar (6) y de allí a los pulmones donde es nuevamente oxigenada.

Esta sangre oxigenada regresa por las venas pulmonares (7) a la aurícula izquierda (8) a través de la válvula mitral (9), pasa al ventriculo izquierdo (10) el cual impulsa la sangre por la válvula aórtica (11) hacia la aorta (12) de allí a todo el organismo para ser utilizada nuevamente.


## Cirugía de las Válvulas

La válvula aórtica casi nunca se puede arreglar en forma adecuada, sin embargo las válvulas mitral y tricúspide son las más susceptibles de reparo, por esto con frecuencia requieren ser reemplazadas por una prótesis o válvula artificial.

Tipos de Prótesis:

**Prótesis mecánica:** Son válvulas hechas de material sintético muy resistente llamado carbón pirolítico y pueden durar toda la vida, pero para su adecuado funcionamiento, se requiere la toma diaria de un anticoagulante llamado warfarina o coumadin.

**Prótesis biológica:** Son válvulas hechas de la válvula cardíaca o de pericardio del animal. Su durabilidad es limitada y se requiere algunas veces que sean reemplazadas nuevamente; tiene la ventaja de no ser necesario la toma de anticoagulante para su funcionamiento.



## Prevención de la infección de la Válvula

Las válvulas artificiales son susceptibles a adquirir infecciones llamadas endocarditis infecciosa las cuales son muy peligrosas; por eso se recomienda utilizar antibióticos profilácticos antes de procedimientos odontológicos, ginecológicos como parto, legrado o urológicos como sondeo vesical.

El antibiótico se debe tomar antes y después del procedimiento, se puede utilizar amoxicilina x 500 mgs. 2 gramos 1 hora antes y 1 gramo 1 hora después del procedimiento.



## Anticoagulación para pacientes con Válvulas Mecánicas

Los pacientes a quienes se les coloca una prótesis o válvula mecánica, deben tomar un anticoagulante de por vida, para evitar que se formen coágulos en la prótesis y se tapen, lo cual sería muy grave para su salud.

Este medicamento se llama coumadin o warfarina, se presenta en tabletas de 5 miligramos y para su adecuado funcionamiento tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

1. Tomar todos los días la dosis indicada por su médico
2. Nunca suspender el medicamento sin la autorización del médico
3. Realizar mensualmente un examen de sangre llamado tiempo de protombina y el INR, este último resultado debe mantenerse entre 2.5 y 3.5, según el tipo de prótesis y el tipo de válvula reemplazada y si existe otro tipo de enfermedad; su médico le dará la información correspondiente.
4. No tome medicamentos que contengan ácido acetil salicílico sin previa formulación médica; productos como asawin, bufferin, alka seltzer, aspirina. Antiinflamatorios como: fenilbutazona y hormonas corticoides aumentan el efecto del coumadin o warfarina.
5. No aplicarse inyecciones intramusculares, si es necesario aplicarla endovenosa.
6. Si va al odontólogo además del antibiótico, recordarle que toma anticoagulante.
7. Si requiere droga para el dolor debe tomar acetaminofen.

## Complicaciones

Usted puede tener algunas complicaciones como resultado de una excesiva anticoagulación.

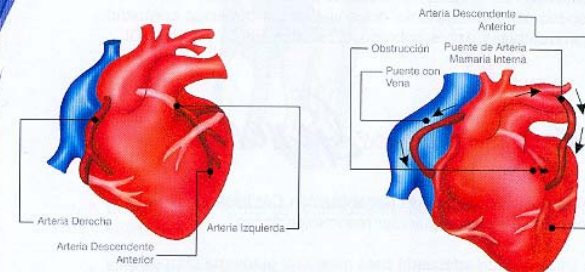
Consulte a su médico ante cualquiera de los siguientes síntomas y signos:

1. Sangrado fácil por las encías al cepillarse los dientes.
2. Aparición de moretones en el cuerpo.
3. Hinchazones inexplicable.
4. Menstruaciones muy prolongadas.
5. Sangrado excesivo por la matriz.
6. Deposiciones con sangre o de color negro.
7. Vómito con sangre o como el caucho del café.
8. Dolor severo abdominal o de cabeza.
9. Sangrado en la orina.



## Cirugía de las Arterias Coronarias

El corazón también tiene sus propias arterias por donde lleva sangre oxigenada para su funcionamiento; las más importantes son las siguientes:



Cuando estas arterias se obstruyen parcialmente la cantidad de sangre oxigenada que pasa es muy poca, produciéndose la angina o dolor, que es el paso anterior al infarto. Para prevenir el infarto y disminuir el dolor se puede realizar la cirugía coronaria que consiste en colocar un puente con arteria o con vena desde la aorta hasta la arteria enferma, saltando el lugar de la obstrucción, para mejorar el flujo de sangre al corazón. La recuperación después de la cirugía coronaria es más sencilla que cuando se operan las válvulas, generalmente el ingreso al trabajo es de 4 a 6 semanas. La herida de las piernas a veces produce más molestias que la del pecho, son superficiales y por tanto no hay peligro.

Las recomendaciones más importantes después de esta cirugía es el ejercicio diario y progresivo y el control de su peso. Recuerde que todo este trabajo se ha hecho para que usted vuelva a una vida útil y sin peligro.



## Rehabilitación Cardíaca

El programa de Rehabilitación Cardíaca tiene como fin primordial lograr la recuperación del paciente lo más pronto posible a sus actividades cotidianas, después de sufrir un evento cardiovascular. Es dirigida por un equipo profesional integrado por Fisioterapeuta, Nutricionista, Psicólogo y Cardiólogo. Tiene una duración de 4 semanas con una intensidad diaria de una hora de lunes a viernes.

Algunos de los beneficios del programa de Rehabilitación Cardíaca, es mejorar la capacidad cardiopulmonar tanto en reposo como en ejercicio, corregir factores de riesgo coronario como diabetes, estrés, sobrepeso, colesterol, triglicéridos y HDL.

## Recomendaciones Generales

Al iniciar el programa de Rehabilitación Cardíaca es importante tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Usar calzado adecuado para minimizar el trauma ortopédico y ropa deportiva como sudadera o pantaloneta para estar más cómodo durante el ejercicio.
- Evitar esfuerzos o ejercicios intensos inmediatamente después de ingerir alimentos o tomar café o té.
- No ingerir alimentos sólidos sobre todo en gran volumen o con alto contenido graso por lo menos durante las 3 horas previas a sus ejercicios programados, pues se retrasa el vaciamiento gástrico y sobrecarga el trabajo del corazón.
- Evitar baños muy calientes o saunas inmediatamente después del ejercicio.



- Descansar por lo menos 30 minutos después de realizar ejercicios intensos.
- No tomar bebidas alcohólicas.
- Evitar ejercicios intensos si existe enfermedades infecciosas como respiratorias, digestivas, urinarias hasta que se hayan curado o controlado.
- Controlar su frecuencia cardíaca (pulso) en forma regular. Las actividades que producen contracción isométrica (defecación, dificultad para orinar y mantener los brazos elevados).
- Si se cansa, tiene molestias en la piernas (várices) o le duele el pecho al caminar cierta distancia, pare el ejercicio y programe recorridos menores.
- Evitar ir a climas muy fríos porque incrementa la resistencia periférica, produce resistencia coronaria y reduce el flujo miocárdico.

## Ejercicios para la Casa

### Primera Semana

Actividades que puede realizar:

- Caminar por terrenos planos.
- Lavar platos, planchar y dibujar.
- Leer y escuchar música.
- Hacer su alimentación y aseo personal.
- Realizar ejercicio acostado o sentado.

Actividades que no debe hacer:

- Levantar objetos pesados.
- Manejar automóviles.



### Segunda Semana

Actividades que puede realizar:

- Caminar durante 7 a 10 minutos diarios.
- Subir y bajar de 5 a 7 escalones, pausadamente y siempre acompañado.
- Realizar actividades manuales.
- Hacer ejercicio sentado.

Actividades que no debe hacer:

- Levantar objetos pesados.
- Manejar automóviles.

*Tercera Semana*

Actividades que puede realizar:

- Caminar diariamente durante 10 a 15 minutos.
- Subir y bajar 10 escalones diariamente
- Ir a misa, cine u otras actividades sociales.

*Cuarta Semana*

Actividades que puede realizar:

- Caminar 20 a 25 minutos diariamente.
- Asistir a reuniones sociales.
- Subir de 15 o 20 escalones diariamente.

Recuerde no excederse con las actividades que realice, ya que usted esta en un proceso de recuperación; el ejercicio le ayudará a mejorar su condición física y le hará sentirse más independiente.

Usted debe solicitar la autorización del programa de Rehabilitación Cardíaca en su E.P.S, para programar su cita en el Centro Médico Carlos Ardila Lulle Torre B piso 5 módulo 42, Teléfonos: 6398866-6398867.

Instituto del  
**Corazón**  
de Bucaramanga

### **Anexo 3**

#### ***PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA***

##### **Primera Sesión**

###### *Objetivo general*

Establecer el vínculo terapéutico con el paciente, con el fin de recoger información de interés adicional a la que ofrece la historia clínica y evaluar el estado emocional del paciente en su etapa prequirúrgica.

###### *Objetivos específicos*

- Realizar el encuadre con el paciente prequirúrgico, después de la cita preanestésica.
- Realizar entrevista semiestructurada, con el fin de conocer algunos aspectos diferentes a los que ofrece la historia clínica del paciente.
- Presentar la metodología de trabajo al paciente y a su familia y/o grupo de apoyo.
- Estimular la expresión de dudas acerca de la cirugía, con el fin de despejarlas.
- Evaluar las respuestas emocionales presentes en el proceso mediante batería de pruebas psicológicas.

###### *Actividades*

Presentación formal de la psicóloga con el paciente.

Diligenciar formato de historia clínica (Anexo, A) en la cual se explora:

- Datos sociodemográficos del paciente
- Estado emocional y general
- Personalidad
- Experiencias traumáticas anteriores
- Sistema de creencias
- Significación de la enfermedad y del procedimiento quirúrgico
- Expectativas

Aplicación de batería de pruebas el cual contiene: (Anexo, B)

Inventario de ansiedad de Beck (BAI). (*Beck AT, Steer RA., 1993*)

Inventario de depresión de Beck (BDI - II). (*Sanz, Navarro, Vásquez, 2003*)

Inventario de ira (STAXI-II). ) (*Spielberger, 1996*)

Diligenciar formato de dudas y respuestas emocionales del paciente hasta ese momento. (Anexo, C)

Cierre

### **Segunda y tercera sesión**

#### *Objetivo General*

Contacto semanal con los pacientes quirúrgicos incluyendo del día de la hospitalización, con el fin de brindar psicoeducación y realizar intervenciones acordes con los resultados de la evaluación previa; reduciendo así los niveles de ansiedad, estrés, depresión e irritabilidad.

#### *Objetivos específicos*

- Proporcionar al paciente y al grupo de apoyo, información sobre el procedimiento al cual será sometido, desde el momento en que ingresan a la clínica hasta el día de su último control con el cirujano. Mediante cartilla informativa que maneja el Instituto del Corazón de Bucaramanga. (Anexo, D)
- Evaluar el estado emocional del paciente antes del procedimiento quirúrgico mediante escala análoga, Checklist y la observación.
- Ofrecer técnicas cognitivo conductuales (Beck, 1979) con el fin de reducir los niveles de ansiedad, depresión e irritabilidad.

#### Actividades

Mediante cartilla, se realizará la respectiva psicoeducación; manejando Técnicas informativas (Moix, 1993). Explicando al paciente y a su familia y/o grupo

de apoyo, lo que sucederá desde el momento en que ingresan a la clínica hasta el día que les dan el alta. Aplicar las diferentes técnicas cognitivo conductuales como: reestructuración cognitiva (Barrio, 1994; Lozano, 1996), suministro de instrucciones conductuales (Moix, 1994), dialogo socrático, técnica de respiración (Berstein, 1983) entre otras, con el fin de modificar pensamientos y conductas en los pacientes antes del procedimiento quirúrgico. Sumado a esto explicarles los cuidados que deben tener en casa con relación a la higiene, a los hábitos alimenticios, a la toma de medicamentos, a los ejercicios que debe realizar entre otros.

Cierre

#### **Cuarta sesión**

##### *Objetivo general*

Realizar seguimiento psicológico a los pacientes posquirúrgicos desde su ingreso a UCI, a piso, hasta el día del alta; con el fin de evaluar el estado emocional del paciente, durante todo el proceso intrahospitalario.

##### Objetivos específicos

- Evaluar el estado emocional del paciente, durante el proceso de recuperación en su periodo de hospitalización.
- Brindar técnicas cognitivo- conductuales que logren modificar pensamientos y conductas en los pacientes, facilitando y acelerando la recuperación.
- Lograr mediante la intervención psicológica, influir de manera positiva en los indicadores de recuperación clínica como: días de hospitalización, dolor, adherencia al tratamiento, complicaciones clínicas, y reingresos hospitalarios.
- Favorecer que el paciente durante su hospitalización, se sienta apoyado y acompañado por parte de un profesional de la salud.

#### Actividades

Suministro de técnicas cognitivo- conductuales como: psicoeducación, identificación de pensamientos automáticos, control de emociones negativas, identificación de creencias básicas del paciente, distracción del pensamiento, reestructuración racional, suministro de instrucciones conductuales, dialogo socrático, técnica de respiración y técnicas informativas (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

Cierre.

#### **Quinta y sexta sesión**

##### *Objetivo general*

Evaluar el estado emocional del paciente postquirúrgico, con el fin de favorecer la reincorporación en los ámbitos, laboral, familiar y social.

##### *Objetivos específicos*

- Reflexionar acerca de la importancia de los factores psicológicos en el estilo de vida.
- Elevar el nivel de conciencia sobre la responsabilidad individual en el autocuidado.
- Establecer pautas que favorezcan el autocontrol emocional.

#### Actividades

Entrevista no estructurada con el paciente y/ o su familia, uso de técnicas cognitivo conductuales para fortalecer el auto control emocional, psicoeducación enfocada en los estilos de vida saludables.

Cierre





**Anexo 5**

***REGISTRO DIARIO DE PACIENTES INSTITUTO DEL CORAZÓN DE BUCARAMANGA***

FECHA \_\_\_\_\_

Habitación	Edad	Nombre	Teléfonos	Intervención	Médico	Día de hospitalización	Aspecto Psicológico