

**TRASTORNO DE ANSIEDAD Y CIRUGÍA CARDÍACA: UN ESTUDIO DE CASO**

**Ps. YULY PAOLA ESPARZA RODRÍGUEZ**

**ASESOR:**

**Ps. Mg. PEDRO PABLO OCHOA CUCALEANO**



**PROYECTO DE GRADO PARA OPTAR**

**POR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA**

**ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**BUCARAMANGA**

**2013**

## CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	5
ESTUDIO DE CASO.....	16
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA.....	19
PLAN DE INTERVENCIÓN.....	30
RESULTADOS.....	37
DISCUSIÓN.....	44
REFERENCIAS.....	46
ANEXOS.....	49

## RESUMEN GENERAL

**TITULO:** Trastorno de ansiedad y cirugía cardíaca: estudio de caso

**AUTOR(ES):** Yuly Paola Esparza Rodríguez

**FACULTAD:** Esp. En Psicología Clínica

**DIRECTOR(A):** Pedro Pablo Ochoa Cucaleano

## RESUMEN

La alta prevalencia de las enfermedades cardiovasculares lleva a que cada día más profesionales en el área de la salud puedan intervenir a fin de mitigar los efectos que produce en el paciente y su familia su diagnóstico y tratamiento. En el caso de los pacientes que son sometidos a cirugía cardíaca, como tratamiento para dicha enfermedad, la ansiedad, es la respuesta psicológica más descrita y estudiada, debido a los efectos que produce en la preparación y recuperación del paciente. La ansiedad, puede afectar directamente la adherencia al tratamiento y el seguimiento de las prescripciones médicas, ocasionando demoras en la recuperación del estado de salud y retrasando el alta médica. El presente estudio de caso se desarrolló con un paciente de cirugía cardíaca del Instituto del Corazón de Bucaramanga S.A. En el siguiente documento se identifican las conductas problema del paciente y se describen las técnicas de intervención utilizadas para la modificación de éstas, desde el modelo Cognitivo Conductual. Inicialmente se implementó el protocolo de intervención psicológica para pacientes de cirugía cardíaca, pero debido a las complicaciones pos operatorias del estado de salud del paciente, se prolongó llevando a un seguimiento casi diario durante 36 sesiones. La intervención psicológica logró alcanzar las metas finales del tratamiento, es decir, permitió contribuir a la adaptación del paciente al ambiente hospitalario y favorecer su proceso de recuperación. Sin embargo, es tema de discusión si podríamos atribuir los resultados finales únicamente al resultado directo de la intervención psicológica, pues otros factores estuvieron presentes, como el ambiente hospitalario, el tratamiento médico y farmacológico, la terapia física y respiratoria; por lo cual quedan dudas acerca de que el proceso de recuperación fue exitoso debido directamente a la intervención psicológica.

**PALABRAS CLAVE:** Enfermedad cardiovascular, Cirugía cardíaca, Ansiedad, Hospitalización, Intervención psicológica

## SUMMARY

**TITLE:** ANXIETY DISORDER AND CARDIAC SURGERY: A CASE STUDY

**AUTHOR(S):** YULY PAOLA ESPARZA RODRÍGUEZ

**FACULTY:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR:** PEDRO PABLO OCHOA CUCALEANO

## ABSTRACT

The high prevalence of cardiovascular disease leads to more and more professionals in the health area may be able to intervene to mitigate the effects it has on the patient and family diagnosis and treatment. In the case of patients who are undergoing cardiac surgery as a treatment for this disease, anxiety, psychological response is described and studied more, because of the effects it produces in the preparation and recovery. Anxiety, can directly affect treatment adherence and monitoring of prescriptions, causing delays in the recovery of health and delaying discharge. This case study was developed with a cardiac surgery patient Heart Institute of Bucaramanga SA, the following document identifies the patient's behavior problems and describes the intervention techniques used to modify these, according to the cognitive behavioral model. Initially was implemented psychological intervention protocol for cardiac surgery patients, but due to postoperative complications of the patient's health status, this protocol was extended to a 36 sessions following process. Psychological intervention achieved the ultimate goals of treatment, it allowed to contribute to the patient's adaptation to the hospital environment and to promote their recovery process. However, it is matter of dispute whether the final results could be attributed solely to the direct result of psychological intervention, as other factors were present, as the hospital environment, medical and pharmacological treatment, physical and respiratory therapy, for which remain doubts about the recovery process was successful due directly to psychological intervention.

**KEYWORDS:** Cardiovascular disease, Heart Surgery, Anxiety, Hospitalization, Psychological intervention

## INTRODUCCIÓN

La alta prevalencia de las enfermedades cardiovasculares lleva a que cada día más profesionales en el área de la salud puedan intervenir en esta problemática a fin de mitigar los efectos que producen en el paciente y su familia el diagnóstico y tratamiento de estas. Se entiende por enfermedad cardiovascular, cualquier patología que afecte al corazón y sus vasos sanguíneos, incluyendo la enfermedad coronaria y los diferentes tipos de insuficiencia valvular (OMS, 2012).

En el caso de los pacientes que son sometidos a cirugía cardíaca, como tratamiento para dicha enfermedad, la ansiedad, es la respuesta psicológica más descrita y estudiada, debido a los efectos que produce en la preparación y recuperación del paciente (Castillero & Valdés, 2000, citado por Castillero, 2007). La ansiedad, puede afectar directamente la adherencia al tratamiento y el seguimiento de las prescripciones médicas, ocasionando demoras en la recuperación del estado de salud y retrasando el alta médica (Castillero, 2007).

El presente estudio de caso se desarrolló con un paciente de cirugía cardíaca del Instituto del Corazón de Bucaramanga S.A, institución dedicada a la prestación de servicios en el área de cardiología clínica y cirugía cardiovascular en Bucaramanga, donde anteriormente se trabajó en la implementación de protocolos de intervención psicológica para esta población (Esparza, 2010; Gélvez, 2010). El protocolo está diseñado para 6 a 8 sesiones e incluye una revisión de los antecedentes médicos, entrevista con el paciente y su familia, evaluación el estado de ánimo pre y post quirúrgico mediante aplicación de batería de pruebas

psicológicas (STAXI-II, BDI-II, BAI) y diseño del plan de intervención individual, con la finalidad de favorecer la recuperación del paciente.

En el siguiente documento se identifican las conductas problema del paciente y se describen las técnicas de intervención utilizadas para la modificación de éstas, desde el modelo Cognitivo Conductual. Inicialmente se implementó el protocolo de intervención psicológica para pacientes de cirugía cardíaca, pero que en este caso, debido a las complicaciones posoperatorias del estado de salud del paciente, se prolongó llevando a un seguimiento casi diario durante parte de la estancia hospitalaria y tuvo una duración de 36 sesiones.

#### Enfermedades Cardiovasculares

Según la Organización mundial de la Salud (OMS) 2012, “las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo”, anualmente mueren más personas por ECV, que por cualquier otra enfermedad. Los análisis estadísticos indican que en 2008 murieron 17,3 millones de personas debido a ECV, esta cifra equivale al 30% de todas las muertes a nivel mundial; según esta misma fuente de información, la enfermedad cardiovascular afectan por igual tanto a hombres como mujeres y más del 80% se registran en países de ingresos bajos y medios, debido a que su población está expuesta con mayor frecuencia a factores de riesgo que producen ECV y otras enfermedades no transmisibles (OMS, 2012).

Otra condición que favorece la mortalidad por ECV en la población de los países con ingresos bajos y medios, es que los habitantes no pueden participar de programas de prevención, para acceder a un diagnóstico temprano, produciendo muertes antes de los 50 años, es decir, en la etapa más productiva de la vida de las personas. Este último hecho contribuye a la pobreza de las familias, debido a los gastos para acceder a los servicios de salud. A nivel macroeconómico, la muerte prematura de muchas personas, debida a ECV y otras no transmisibles pueden reducir el PIB hasta en un 6,77% (OMS, 2012).

Las enfermedades cardiovasculares (ECV), son comprendidas como patologías que afectan al corazón y los vasos sanguíneos, pueden clasificarse según su ubicación u origen y son las siguientes:

La cardiopatía coronaria – enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco (miocardio); Las enfermedades cerebrovasculares – 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; Las cardiopatías congénitas – malformaciones del corazón presentes desde el nacimiento; y 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. (OMS, 2012)

La mayoría de las ECV pueden ser prevenidas controlando los factores de riesgo, que favorecen la aparición de la enfermedad, entre los cuales se ha identificado el

consumo de tabaco, las dietas malsanas y la obesidad, la inactividad física, la hipertensión arterial, la diabetes o el aumento de los lípidos (OMS, 2012).

### Cirugía Cardíaca y Ansiedad

Para los pacientes con enfermedades cardiovasculares, específicamente para la enfermedad valvular, el tratamiento podría ser la toma de medicamentos acompañado de una supervisión médica cuidadosa; sin embargo, cuando el daño de la válvula es severo, la cirugía para reparar la válvula o la cirugía para sustituir la válvula es casi necesaria (Enciclopedia Care First, 2013). Con relación a ésta, los estudios en cirugía cardiovascular refieren que “...no existe en la actualidad una escala de riesgo que permita valorar el riesgo quirúrgico “real”, razón por la cual su determinación casi siempre es resultado de la experiencia de los especialistas” (Alonso, Molina, Chuquiure, Ochoa, Soto, Martín y Medina, 2011, pag.9).

Castillero (2007) sugiere que a pesar de que “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” (p.2) siguen siendo procedimientos invasivos y novedosos para a los pacientes. Es decir, la cirugía, cualquiera que sea su tipo, se convierte para el paciente en una fuente potencial de estrés que trae consigo respuestas psicológicas y fisiológicas, que pueden llegar a comprometer aspectos como la colaboración del paciente, el



seguimiento de las prescripciones médicas, la efectividad del proceder y el proceso de recuperación (Castillero, 2007).

La comunicación de una intervención quirúrgica del corazón, representa un alto nivel de estrés en el plano emocional, debido a que este tipo de procedimientos están asociados históricamente con la muerte. Las reacciones psicológicas que pueden desencadenarse, ante un evento como este, están generalmente vinculadas con temor al dolor, a lo desconocido, a su reacción a la anestesia, al propio proceder, a perder la integridad del cuerpo o la autonomía e incluso a morir (Castillero, 2007). Complementando lo anterior, León y Salazar, (2007) señalan que “la indicación de cirugía cardiovascular despierta en el paciente una serie de temores que causan angustia, depresión y miedo a la pérdida de control” (p.1). Además sugieren que la intervención de un(a) psicólogo(a) antes de la cirugía, es de mucha ayuda ya que permite que el paciente tolere mejor la situación y tenga un postoperatorio más exitoso.

En el contexto quirúrgico, la ansiedad es considerada la respuesta psicológica predominante, y de hecho ha sido la más estudiada (Castillero & Valdés, 2000, citado por Castillero, 2007). En un estudio llevado a cabo por Castillero (2007), refiere que la ansiedad estuvo presente en el 98% de los pacientes en la etapa pre quirúrgica, y en un 70% en la etapa posoperatoria. Estos resultados, es decir, la reducción, pero no completa eliminación de la ansiedad, se explican mejor partiendo de que “la cirugía cardíaca tiene una recuperación difícil y lenta” (Castillero, 2007, p.2). Además, “se establecen fuertes asociaciones entre la ansiedad y el ajuste posoperatorio, los resultados quirúrgicos, las infecciones por

supresión inmunológica, la presencia de náuseas, los cambios en la frecuencia cardíaca y la temperatura corporal y la hipertensión arterial” (De Horne y cols., 1994; Moix, 1994, 1996, citados por Castellero, 2007, p.3).

Los pacientes más ansiosos son los que más se quejan y quienes más preocupaciones refieren, presentan mayores niveles de dolor, dificultades en seguir las orientaciones médicas como toser, respirar profundamente, movilizarse y alimentarse de manera reforzada, con lo que demoran su recuperación y pueden tardar la decisión del alta. (Castillero, 2007, p. 3)

Otros efectos producidos por la Ansiedad en la etapa posoperatoria, se evidencian a través de investigaciones en el campo de la psiconeuroendocrinoinmunología, donde se demuestra que el estrés y la ansiedad rompen la homeostasis neuroendocrina y retardan la reparación de tejidos, dificultando la cicatrización de las heridas. Según estos estudios, las personas más estresadas son más susceptibles de presentar trastornos del sueño, afectando la secreción de la hormona del crecimiento que se libera durante el sueño profundo y facilita la reparación tisular (Kiecolt-Glaser y cols., 1998, citado por Castellero, 2007).

En otras palabras, la psiconeuroendocrinoinmunología, explica cómo la actividad psíquica de cada persona repercute en la función somática. Cada individuo en presencia de un determinado estímulo lleva a cabo una valoración sobre éste de acuerdo con sus características propias determinadas por la dotación genética, las experiencias tempranas, aprendizajes y recursos que

ponen en situación de alerta los sistemas de integración y de control del organismo en general provocando así sobreactivación. Lo anteriormente expuesto implica desafortunadamente, que al igual que en la definición del término «trastorno mental» del DSM IV-TR (1995 p. XXI), en la literatura científica “existe una distinción entre trastornos «mentales» y «físicos» (un anacronismo reduccionista del dualismo mente/cuerpo)” aun cuando los conocimientos actuales indican que hay mucho de «físico» en los trastornos «mentales» y mucho de «mental» en los trastornos «físicos», por lo cual los trastornos psicológicos, aunque se definen de diferente forma, de lo físico, no implica que sean dos entes diferentes o que coexistan por separado en la persona.

#### La hospitalización- Efectos secundarios

Desde el siglo pasado, el hospital ha sido descrito como un estresor de tipo físico, cultural, social y personal (Rodríguez, 1986; Taylor, 1986; Rodríguez, Marín y Zurriaga, 1999; citados por López Roig, Pastor y Neipp, 2003) principalmente para el paciente que ingresa y las personas que lo acompañan; lo que puede parecer cotidiano para el personal que trabaja allí, para el paciente puede ser molesto y estresante. Un primer elemento a considerar son algunos de los estresores de tipo físico del hospital, olores, ruidos, salas de espera, etc. Una segunda fuente de impacto del medio hospitalario es producida por la “subcultura hospitalaria”, que conlleva valores, normas y símbolos propios de la organización, que han sido interiorizados por el personal.

La persona ha de adaptarse, además, a la rutina general hospitalaria (que es una rutina desde la perspectiva del personal, no del paciente): pruebas, exploraciones; ritmos de comida, sueño y visitas. Experimenta una pérdida de control de las actividades cotidianas que han de modificarse hacia la adquisición de nuevos hábitos personales. Deja de tener intimidad en la realización de algunos de esos hábitos. Su autonomía se ve restringida. (Goffman, 1968, citado por López Roig, Pastor y Neipp, 2003 p.37)

A todo lo anterior hay que sumar los cambios que se producen en las relaciones sociales del paciente durante la hospitalización, en este contexto se produce la ruptura con los roles habituales que desempeña, y la limitación en el uso de recursos sociales, además de que la relación médico-paciente, tradicionalmente más confidencial, se produce en presencia de otros (estudiantes, otros profesionales, otros pacientes), llevando a que su situación particular esté sujeta a discusión pública (López Roig, Pastor y Neipp, 2003).

Por lo tanto, se considera que, “el impacto de la hospitalización es variable y se muestra en respuestas de estrés y en el desempeño del rol de enfermo hospitalizado” (López Roig, Pastor y Neipp, 2003 p.31). “Las respuestas fisiológicas de estrés pueden agudizar la enfermedad que se padece, o situar al enfermo en peores condiciones físicas para afrontar, por ejemplo, una intervención quirúrgica” (Lopez Roig, Pastor Rodriguez, Sanchez y Belmonte, 1990; Lopez Roig, Pastor y Rodriguez Marin, 1993, citado por López Roig, Pastor & Neipp, 2003 p.). La segunda consecuencia de la hospitalización, está determinada por los esfuerzos que realiza el paciente para afrontar la hospitalización y las propias

respuestas de estrés (Lazarus y Folkman, 1986 citado por López Roig, Pastor y Neipp, 2003). Muchas de las respuestas de afrontamiento constituyen acciones dirigidas a obtener el control (comportamental, cognitivo, de decisión y de información); a percibir aspectos de la hospitalización como más controlables, o menos relevantes; o a la evitación de los mismos.

El personal médico y de enfermería, por su parte, necesita protegerse emocionalmente cuando ha de hacer algún procedimiento que produzca dolor al paciente, o cuando este empeora o muere. La despersonalización les permite distanciarse del sufrimiento del paciente, que les afecte menos emocionalmente y poder efectuar su trabajo (Firh-Gozens y Payne, 1999; Sarafino 2002b, citado por López Roig, Pastor & Neipp, 2003). Pero para los enfermos y sus familiares, este comportamiento se traduce en “deshumanización de la atención” ya que ellos además de desear percibir que el personal que les atiende es competente, es importante que su comportamiento refleje sensibilidad, calidez y preocupación por su persona; y están más satisfechos con profesionales que no se muestran emocionalmente neutrales, que se muestran amigables, interesados en ellos como personas, empatizan con sus sentimientos, e inspiran confianza, calma y competencia (Hall, Milburn, Roter y Daltory, 1998 citado por López Roig, Pastor y Neipp, 2003).

## La Intervención Psicológica en el Ámbito hospitalario

Las intervenciones psicológicas, a diferencia de las médicas, necesitan como pieza principal la participación del paciente y de su voluntad de cambio, sin embargo, en la realidad no todos los pacientes, ni tampoco sus familias, están completamente dispuestos a confiar en el psicólogo y ponerse en sus manos (Ulla, 2003). Por lo cual es necesario que el psicólogo establezca una relación de ayuda eficaz con los pacientes, enmarcando su actuación en los principios del *counselling*, esto quiere decir, que debe proveer apoyo emocional a pacientes y familiares mediante la creación de una relación terapéutica en la que el enfermo no se sienta juzgado, ni marginado, sino entendido y ayudado para poder confrontar, desde la acogida y el respeto, sus temores, deseos y necesidades (Arranz y Cancio, 2003).

De acuerdo con Arranz y Cancio (2003), en el ámbito hospitalario, los objetivos del *counselling* consistirían en:

“Establecer relaciones de ayuda eficaces, en las que se mejore la autoconciencia y la capacidad de resolver problemas; Facilitar la percepción de control de las personas y la responsabilidad sobre sus decisiones y conductas; Identificar percepciones de amenazas y recursos con el fin de rebalancearlas; Desarrollar la autoestima y la aceptación de las cosas como son; Reforzar y aclarar información; Acoger, contener y resolver crisis situacionales; Favorecer la adhesión al tratamiento a través de la confianza; Ayudar al paciente a establecer las metas del tratamiento que recibe; Orientar a la familia sobre diagnóstico, pronóstico y manejo adecuado de la enfermedad; Favorecer la comunicación abierta de información y emociones; Prevenir

la "soledad emocional" en el paciente y Constituir un enlace entre el médico y el paciente. (p.107)

En el manejo de la Enfermedad Cardíaca específicamente el psicólogo acompaña a la familia y al paciente en su proceso de entender cómo se da la enfermedad y facilita que los miembros del sistema familiar maximicen su percepción de control, aceptando la existencia del problema cardíaco y posteriormente entendiendo la cirugía como un tratamiento, que si bien conlleva riesgos, es el más eficaz, en cuanto a los beneficios que proporciona al paciente a mediano y largo plazo. Durante este tiempo facilita la expresión del dolor, explorando los sentimientos del paciente y la familia en relación con la enfermedad y las implicaciones de la misma, no sólo en costos económicos, sino en otros factores como el desgaste físico y emocional, el tiempo dedicado a los cuidados y atención que se presta al miembro de la familia enfermo y la reacomodación a la que deben someterse para sobrellevar estos cambios (Esparza, 2010).

El principal objetivo de la intervención psicológica en cirugía cardíaca es que el paciente sea capaz de afrontar las cosas incómodas, molestas, dolorosas y difíciles que hacen parte de la recuperación posoperatoria, y que la mayoría de veces no se pueden modificar, pero que lo acercan a lo que más quiere, su salud, su familia, su futuro, etc. Para tal fin se propone utilizar técnicas de intervención desde el modelo Cognitivo Conductual como herramienta de trabajo en el ámbito hospitalario y así generar en el paciente una adaptación al ambiente hospitalario.

## ESTUDIO DE CASO

### *Descripción del caso*

Mujer de 56 años de edad con diagnósticos de Fibrilación auricular permanente, Insuficiencia de la válvula mitral severa y Migraña, hospitalizada para procedimiento quirúrgico (Reemplazo de válvula mitral y Cirugía de Maze) con antecedentes de Depresión mayor, sin sintomatología al momento de la evaluación inicial.

### *Motivo de remisión*

Durante la hospitalización posterior al procedimiento quirúrgico (reemplazo de la válvula mitral y cirugía de Maze) la paciente presentó una sintomatología ansiosa, caracterizada por los siguientes síntomas: sensación de calor, incapacidad de relajarse, miedo a que suceda lo peor, sensación de ahogo, tensión corporal, nerviosismo, miedo a morir; además de quejas sobre la atención del personal de enfermería e impaciencia por salir de la UCI, insomnio y disminución del apetito.

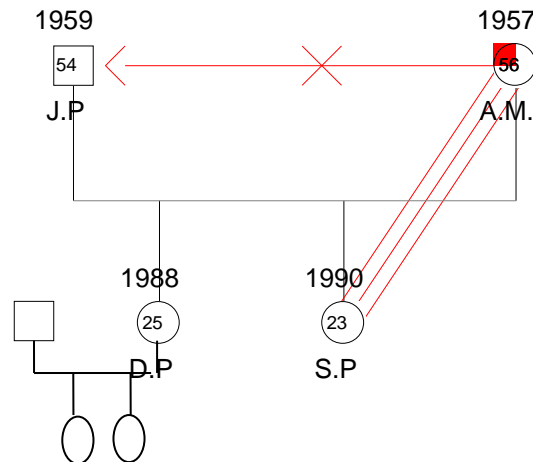
### *Identificación del paciente*

Datos sociodemográficos: Mujer de 56 años, casada desde los 20 años, reside en Bucaramanga y se desempeña como asistente administrativa en una empresa del sector público. Estudió tecnología en Administración de empresas. Estrato socioeconómico 3. Actualmente vive con su esposo (54 años) el cual se desempeña en oficios varios, y su hija menor (23 años) la cual estudia contaduría pública en una Universidad de la ciudad. Tiene una hija mayor, (25 años) quien es



Docente de deportes, se encuentra casada y tiene 2 hijas de 3 y 1 año respectivamente.

Genograma:



Dinámica Familiar: Se trata de una familia nuclear con hijos adultos jóvenes. La hija mayor vive aparte, actualmente casada y con dos hijas de 3 y 1 año de edad. La hija menor es estudiante Universitaria y vive en el hogar de los padres. Al inicio, la paciente describe su relación con esposo e hijas como buena. Sin embargo durante el seguimiento del caso, la paciente reporta que la relación con su esposo, ha sido conflictiva debido a algunos comportamientos de éste. Refiere que estuvieron separados durante 12 años, y que volvieron a estar juntos hace 6 años aproximadamente. Según ella, los problemas normalmente están relacionados con el aporte a los gastos económicos de la casa, como el pago de servicios, alimentación y estudios de su hija menor; y según él, se relacionan con el pobre nivel de autoridad que su esposa e hija menor le permiten tener en la toma de

decisiones familiares. En general, la relación de la madre e hija menor con el esposo y padre es distante en términos comunicativos y afectivos.

#### *Análisis Diacrónico-Historia del problema*

En la exploración de sus antecedentes psicológicos, la paciente reporta que tuvo un diagnóstico de Depresión, hace aproximadamente 27 años, antes de su primer embarazo. En esa ocasión su esposo la llevó a una clínica psiquiátrica de la ciudad, según él luego de que la paciente tuviera un problema laboral “empezó a hablar incoherencias en la casa”. Estuvo hospitalizada por un periodo de 15 días, sin embargo, no reporta tomar medicamentos psiquiátricos en la entrevista pre quirúrgica.

#### *Análisis sincrónico*

La ansiedad que presentó la paciente inició luego del procedimiento quirúrgico, durante su hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos, al principio con pensamientos y verbalizaciones sobre intenso miedo a morir. El cuarto día de estancia posoperatoria presentó Delirium, en el cual creía que ya estaba muerta, en ese momento fue tratado medicamente con Haloperidol. Dicho comportamiento ansioso persistió durante la hospitalización y llegó a ser desadaptativo en la medida que afectaba el seguimiento de las prescripciones médicas, por ejemplo: la paciente interrumpía la terapia respiratoria retirándose la máscara del suministro de oxígeno, argumentando que se sentía fastidiada y que se sentía incapaz de tolerarla; llevaba al mayor uso de medicamentos para el manejo del dolor y la ansiedad, debido a que la paciente manifestaba repetidas quejas sobre su estado

de salud, dolor en diferentes partes del cuerpo, pérdida de la autonomía, y secundario a esto retardaba el alta hospitalaria.

## EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

La evaluación e intervención psicológica tuvo una duración total de 36 sesiones de aproximadamente 30 minutos cada una; previamente se diligenció el consentimiento informado para el desarrollo de la Investigación, enmarcada en las prácticas de la Especialización en Psicología Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana y posteriormente se aplicó el Protocolo de Intervención psicológica para pacientes de Cirugía Cardíaca del Instituto del Corazón de Bucaramanga S.A (ver anexo 1), el cual está diseñado para una duración de 6 a 8 sesiones, pero que fue necesario extenderlo debido a la prolongación de la estancia hospitalaria del paciente.

Como herramientas para la evaluación psicológica se utilizaron las descritas en el Protocolo anteriormente mencionado, tales son: la entrevista con el paciente y su familia, la observación y una batería de pruebas psicológicas para evaluar estado de ánimo compuesta por los *Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck* (BAI y BDI-II) y el *Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo* (STAXI-2). A continuación se describen cada uno de ellos:

- *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 y 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-II). (Beck y 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.

En la entrevista inicial realizada en la etapa previa a la Cirugía Cardíaca, al explorar las expectativas del tratamiento quirúrgico la paciente reporta que es importante para ella realizarse la cirugía, en la medida que esta contribuirá a mejorar su salud, tener mejor calidad de vida, para poder disfrutar al lado de su familia. Los resultados de la evaluación psicológica por áreas, se encuentran en la Tabla No.1.

Tabla No.1. Evaluación psicológica por áreas en estancia pre y posquirúrgica.

Áreas de Evaluación	Etapa pre quirúrgica	Etapa posquirúrgica
<b>Cognitiva</b>	Refiere pensamientos optimistas con relación al procedimiento quirúrgico, manifiesta que no existe temor a la muerte.	Durante la estancia en Unidad de Cuidados Intensivos, refería gran preocupación por la muerte, debido a las complicaciones posoperatorias que presentó, además, pensaba que su hija menor no continuaría sus estudios universitarios si ella moría, y tenía urgencia por salir pronto de la clínica, pues, veía como otros pacientes operados después de ella tenía el alta primero.
<b>Afectiva</b>	Se observa cariñosa con su hija.	Se observa demandante, en especial con el esposo, solicita ayuda permanente al personal cuando está en su compañía, posiblemente debido a su relación distante con él, no se siente cómoda a su lado.
<b>Somática</b>	Diagnósticos: Fibrilación auricular permanente Insuficiencia mitral severa Migraña.	Diagnósticos: Arritmia cardiaca Derrame pleural bilateral Bacteremia Cefalea Derrame pericárdico Hemorragia del tracto digestivo Anemia Desnutrición
<b>Conductual</b>	Sin alteraciones, no reporta problemas actuales.	Quejas frecuentes sobre la atención en la UCI, demanda de atención y compañía de su familia, pérdida de la autonomía, inapetencia, insomnio.
<b>Interpersonal</b>	Es una paciente colaboradora, reporta información sin dificultad.	Durante el seguimiento psicológico, colabora con el entrevistador, pero sus respuestas son dicotómicas, no permite la profundización en áreas como su vida familiar y personal.

Los resultados de la aplicación de la batería de pruebas conformada por los inventarios de Expresión de Ira, Ansiedad y Depresión se presentan no como una puntuación total, sino señalando los ítems en los que el paciente refiere algún grado de afectación, debido a que en la escala de Depresión, si bien es cierto que hay aumento de la puntuación en algunos ítems, estos son sinónimo de mejoría y no lo contrario, y en la escala de Ansiedad, debido a que algunos puntos que evalúa la escala no son exclusivos de la presencia de un trastorno de Ansiedad.

En la Tabla No. 2 se encuentran los resultados del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo parte 1, es decir, cómo la persona se siente en ese mismo momento (Estado); y de Depresión. Ambas escalas fueron aplicadas en 3 oportunidades, una antes de la cirugía y dos veces más estando en habitación en el posoperatorio.

Tabla No. 2. Evaluación mediante Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo y Depresión.

Escala	Evaluación Pre quirúrgica	Evaluación Posoperatoria	
	Enero 14	Enero 25	Febrero 19
<b>STAXI-II</b>	En el momento actual No se siente irritada en lo absoluto	En el momento actual se siente algo furiosa, enojada y disgustada.	En el momento actual se siente moderadamente Agotada.
<b>BDI-II</b>			Siente que ha fracasado más de lo que debería
		No disfruta de las cosas tanto como antes	
			Esta tan inquieto o agitado que le cuesta estarse quieto
		Tomar decisiones le resulta más difícil que de costumbre	Tomar decisiones le resulta más difícil que de costumbre
		No se considera tan valioso y útil como solía ser	No se considera tan valioso y útil como solía ser
			Tiene menos energía de la que solía tener
	Duerme algo menos de lo habitual	Duerme algo Menos de lo habitual	Duermo algo Más de lo habitual
			Esta más irritable de lo habitual
		Su apetito es algo Menor de lo habitual	Su apetito es algo Mayor de lo habitual
		No puede concentrarse tan bien como habitualmente	
			Se cansa o fatiga más fácilmente que de costumbre
		Esta menos interesada por el sexo de lo que solía estar.	Esta menos interesada por el sexo de lo que solía estar.
<b>Puntuación total</b>	2	7	11



En la tabla No.3 se encuentran los resultados de la escala de Ansiedad, aplicada en cuatro momentos, uno antes de la cirugía, y tres posterior a ésta, una en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), lo cual fue posible, debido al tiempo mínimo utilizado para responder el cuestionario y dos en habitación.

Tabla No.3.Evaluación mediante Inventario de Ansiedad de Beck.

Escala	Evaluación Pre quirúrgica	Evaluación Posoperatoria		
	Piso	UCI	Piso	
BAI	Enero 14	Enero 18	Enero 25	Febrero 19
	Sensación de calor	Sensación de calor	Sensación de calor	Sensación de calor
		Incapacidad de relajarse	Incapacidad de relajarse	Incapacidad de relajarse
		Miedo a que suceda lo peor		Miedo a que suceda lo peor
	Mareo o aturdimiento		Mareo o aturdimiento	Mareo o aturdimiento
	Palpitaciones o taquicardia	Palpitaciones o taquicardia	Palpitaciones o taquicardia	
			Sensación de inestabilidad e inseguridad física	
	Nerviosismo		Nerviosismo	Nerviosismo
	Sensación de ahogo	Sensación de ahogo		
		Miedo a perder el control		Miedo a perder el control
	Dificultad para respirar	Dificultad para respirar	Dificultad para respirar	
	Sobresaltos			Sobresaltos
	Sudoración no debida al calor	Sudoración no debida al calor	Sudoración no debida al calor	
<b>Puntuación total</b>	19	30	19	34

### *Análisis y descripción de las conductas problema*

Durante el seguimiento del caso, se encontró que la paciente realiza varias conductas que interferían con su recuperación tales como:

1. Híper reflexividad:

Persistente preocupación por la posibilidad de morir; por el futuro académico de su hija menor, temía que esta no siguiera estudiando si ella moría; preocupación por estar “demasiado tiempo” en la UCI.

2. Ansiedad:

Se observa sudoración y rigidez excesiva; la paciente manifiesta tensión muscular, incapacidad de relajarse, mareo, entumecimiento, sensación de ahogo, sobresaltos y urgencia por salir de la clínica.

3. Quejas recurrentes sobre su situación hospitalaria:

Realiza constantes quejas sobre lo que considera atención inadecuada y demorada a sus problemas médicos por parte del personal de la clínica.

4. Demandas recurrentes de ayuda:

Permanentes solicitudes de ayuda a su familia para realizar actividades de autocuidado como comer, peinarse, bañarse, levantarse de la cama, caminar, ir al baño, secarse, vestirse.

5. Inapetencia:

Observada en no comer la dieta que se suministraban, argumentando que se trataba de un menú repetitivo, que le causaba náuseas al intentar comerlo, con lo cual, dejaba de proporcionarle proteínas y vitaminas a su cuerpo en recuperación.

## 6. Insomnio:

Dificultad para conciliar y mantener el sueño durante la recuperación posoperatoria solicitando medicamentos de tipo sedante que le permitieran dormir.

Tabla No. 4. Descripción de las conductas problema.

<b>Conducta problema</b>	<b>Área de funcionamiento afectado y gravedad</b>	<b>Afectación de otras personas</b>
Híper reflexividad Persistente preocupación por la posibilidad de morir; por el futuro académico de su hija menor, temía que esta no siguiera estudiando si ella moría; preocupación por estar “demasiado tiempo” en la UCI.	Personal- Salud Familiar Social	Familia Personal de enfermería
Ansiedad Se observa sudoración y rigidez excesiva; la paciente manifiesta tensión muscular, incapacidad de relajarse, pensamientos recurrentes de miedo a la muerte, mareo, entumecimiento, sensación de ahogo, sobresaltos y urgencia por salir de la clínica.	Personal- Salud Familiar Social	Familia Personal de enfermería Psicóloga
Quejas recurrentes sobre su situación hospitalaria Constantes quejas sobre lo que considera atención inadecuada y demorada a sus problemas por parte del personal de la clínica.	Familiar Social Personal- Salud	Familia Personal de enfermería Psicóloga
Demandas recurrentes de ayuda Pide constantemente a su familia ayuda para levantarse, ir al baño, bañarse, vestirse, peinarse, comer. Todas estas conductas que puede realizar de forma autónoma.	Familiar Social Personal- Salud	Familia Personal de enfermería
Inapetencia La familia preocupada por tal hecho, le pedían que comiera, le suministraban la comida en la boca, le traían comida de casa.	Familiar Personal- Salud	Familia Personal de enfermería

<p>Insomnio</p> <p>La familia se sentía frustrada por no poder hacer nada para que ella descansara, pasaban las noches en vela acompañándola. Llevaron una mecedora a la clínica, para facilitar que durmiera en otra posición.</p>	<p>Familiar</p> <p>Personal- Salud</p>	<p>Familia</p> <p>Personal de enfermería</p>
---	--	--

Tabla No.5. Hipótesis de Conductas problema

Conducta problema	Hipótesis	Validación
<p><b>Híper reflexividad</b></p> <p>Persistente preocupación por la posibilidad de morir; por el futuro académico de su hija menor, preocupación por estar “demasiado tiempo” en la UCI.</p>	<p>La conducta híper reflexiva que realiza la paciente es reforzada positivamente por la familia mediante mayor atención y colaboración con los asuntos de los que ella no puede ocuparse, como el estudio de su hija y el tiempo de estancia en la UCI.</p>	<p>En entrevista con la paciente, al explorar sobre cómo se siente refiere “mal, porque pienso que me voy a morir”. Cuando se interroga a los familiares sobre esta idea, expresan sentir lastima y pesar por el estado de salud del paciente, por lo cual le prestan más atención a cada comentario que hace.</p> <p>En otra entrevista refiere “me preocupa que me llegue a morir y que mi hija menor no siga estudiando, le faltan 2 años”. Ante lo cual su esposo asume una actitud comprensiva y se comprometen a apoyarla económicamente para que no sea así; la hija por su parte, se compromete con su madre a seguir estudiando.</p>
<p><b>Ansiedad</b></p> <p>Se observa sudoración y rigidez excesiva; la paciente refiere síntomas como: tensión muscular, incapacidad de relajarse, mareo, entumecimiento, sensación de ahogo, sobresaltos.</p>	<p>La ansiedad puede presentarse por el bajo nivel de control sobre el ambiente, experimentado por el paciente durante la estancia en UCI.</p> <p>La hospitalización en UCI conlleva varias pérdidas (autonomía, toma de decisiones, privacidad, información y aislamiento familiar).</p>	<p>En la habitación reporta sentirse “mucho mejor” por las condiciones que este nuevo espacio le brinda, como tener la compañía de su familia, hacer sus necesidades fisiológicas en el baño, asear su cuerpo completamente, ver la calle, tener un televisor.</p> <p>Se aprecia una disminución significativa en la escala de</p>

	Dicha ansiedad resulta problemática en la medida que el paciente experimenta malestar, con síntomas físicos como los descritos anteriormente, que retrasan la recuperación.	Ansiedad de 30 a 19 puntos, entre la evaluación en UCI y posteriormente en habitación.
<b>Quejas recurrentes</b> Refiere constantes quejas sobre lo que considera atención inadecuada y demorada a sus problemas médicos por parte del personal de la clínica.	Las quejas están siendo reforzadas positivamente por la atención que les prestaba el medio ambiente al paciente, en especial la familia.	En entrevista la paciente presenta quejas sobre la atención del personal de enfermería en la UCI, específicamente dice que no acuden a sus llamados, que no la bañaban bien, solo la limpian, que no le alcanzaban la comida. Ante tal situación, su familia, presiona para que la paciente sea trasladada prontamente a habitación, donde esperan cuidarla ellos mismos.
<b>Demandas recurrentes de ayuda</b> Pide constantemente a su familia ayuda para realizar conductas que podría realizar de forma autónoma, tales como bañarse, vestirse, secarse, peinarse, comer, acomodarse en la cama, abanicarse.	Debido al elevado número de solicitudes de ayuda, el personal de enfermería solicita que un miembro de su familia permanezca de día y de noche a su lado, por lo cual esta es una conducta reforzada positivamente con la compañía de su familia, con lo cual ella reporta que se siente mejor.	El jefe de enfermería del piso, refiere que durante las visitas de su esposo, la paciente es más demandante, se inquieta más, solicita ayuda con más frecuencia, porque es la forma en la que asegura que le permitan tener acompañante las 24 horas.
<b>Inapetencia</b> La paciente se niega a comer la dieta de la clínica, argumentando que se trata de un menú repetitivo, que no siente apetito y cuando intenta comer le provoca náuseas.	La paciente no tiene hábitos de alimentación saludable, y la inapetencia está siendo reforzada positivamente con mayor atención por parte del personal de enfermería y de su familia.	En casa el apetito era muy pobre, su esposo comenta “es muy delicada con la comida, no come sopas, porque dice que contienen mucho líquido, y los tenía restringidos, no le gustan los granos, ni las ensaladas, su dieta es en general, arroz, papa y carne”. En la clínica, la familia preocupada por tal hecho, le pedían que comiera, le administraban la comida ellos mismos o le traían comida diferente de casa.

<p><b>Insomnio</b> Dificultad para conciliar y mantener el sueño durante la recuperación posoperatoria.</p>	<p>En la clínica el insomnio puede ser consecuencia del ambiente hospitalario, en el cual hay ruido, iluminación, que dificultan conciliar el sueño, aparte el dolor, o la dificultad respiratoria que presenta el paciente puede interrumpirlo, pero se mantiene porque esta siendo reforzado positivamente con mayor atención y complacencia por su familia.</p>	<p>En casa ante situaciones estresantes la paciente presenta insomnio, el cual cumple la función de llamar la atención de su familia y obtener su colaboración. Su esposo comenta que por ejemplo, cuando la hija menor sale de noche, “se va para el mueble de la sala a dormir, y se duerme allí con el televisor encendido, se despierta varias veces durante la noche”.</p> <p>En la clínica solicita medicamentos para dormir, debido a la incapacidad que siente para conciliar el sueño.</p>
---	--	---

## Hipótesis

Ante las situaciones estresantes que ocurren fuera del ambiente hospitalario, la paciente se comporta de forma ansiosa, presentando híper reflexividad, quejas sobre la poca colaboración de los demás miembros de su familia, solicitudes de ayuda a otros e insomnio; en respuesta es reforzada positivamente con mayor atención y compañía por los miembros de su familia. Sin embargo, en la situación hospitalaria en la que se encuentra, estos comportamientos resultan conflictivos porque afectan su adecuada recuperación, ya que llevan a una mayor administración de analgésicos y sedantes, mayor dependencia de su familia para la recuperación y a la evitación por parte del personal de enfermería ante las repetitivas solicitudes de atención del paciente por lo tanto se propone un plan de intervención que lleve a contribuir a la adaptación del paciente al ambiente hospitalario y favorecer su proceso de recuperación.

## PLAN DE INTERVENCIÓN

En la intervención psicológica se trató de generar una relación de confianza entre el paciente, su familia y el psicólogo, que permitiera recoger la información relevante del caso y proporcionara un contexto en el cual situar la terapia. En todo momento se aplicaron los principios del *Counselling*, escuchando las necesidades del paciente, permitiendo la expresión de diferentes emociones relacionadas con la estancia hospitalaria y favoreciendo la adaptación al ambiente hospitalario, como un proceso necesario para el avance en su recuperación.

La colaboración del paciente dependía principalmente del estado de salud al momento de la intervención y ocasionalmente estuvo intervenida por algunas conductas que no permitían el avance en la recolección de información, o la intervención misma, tales como: dificultad respiratoria, tos, dolor, somnolencia, entre otras. Se realizaron también algunas sesiones con la familia de la paciente, específicamente con su esposo e hijas, con quienes básicamente se validaba la información suministrada por el paciente, se informaba a cerca de los próximos eventos durante la estancia posoperatoria, y se monitoreaba su estado de ánimo, mediante entrevista.

El tiempo estimado de estancia hospitalaria de un paciente en recuperación de cirugía cardíaca normalmente es de ocho días, incluyendo el día que se realiza la cirugía, de los cuales los primeros cuatro días se está en Unidad de Cuidado Intensivos y los siguientes cuatro en habitación. Se ha observado una relación directamente proporcional entre la estancia en ambos niveles de atención de la

clínica (UCI y habitación) por lo cual, si el primero incrementa, normalmente el segundo también tiende a hacerlo.

Sin embargo en el caso expuesto el paciente tuvo estancia inicial en UCI prolongada que duró diez días, debido a la presencia de arritmia cardiaca, dolor y dificultad respiratoria, seguida de una estancia en piso de once días, con una recaída de su estado de salud debida a Derrame pericárdico, por lo cual fue necesario trasladarla nuevamente a UCI donde estuvo once días más, volvió a habitación por cuatro días y recayó por segunda vez debido a una Hemorragia de vías digestivas, llevando a una estancia en UCI de más de diez días, lo que implicó un proceso de acompañamiento constante con múltiples evaluaciones e intervenciones.

#### *Metas del tratamiento*

Las principales metas del tratamiento fueron contribuir a la adaptación del paciente al ambiente hospitalario y favorecer su proceso de recuperación.

#### *Objetivos terapéuticos*

1. Disminuir los pensamientos negativos acerca del futuro.
2. Disminuir los síntomas físicos de la ansiedad.
3. Disminuir el número de quejas sobre las atenciones de la clínica.
4. Aumentar la colaboración del paciente en el proceso de recuperación.
5. Fomentar hábitos de alimentación saludable.
6. Mejorar la higiene del sueño.



Tabla No. 6. Objetivos terapéuticos y técnicas de intervención empleadas.

Objetivos	Técnicas de Intervención
1. <i>Disminuir los pensamientos negativos acerca del futuro.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Información</li> <li>✓ Psicoeducación sobre de Cirugía Cardíaca</li> <li>✓ Descatastrofización</li> <li>✓ Imaginación proyectada</li> </ul>
2. <i>Disminuir los síntomas físicos de la ansiedad.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Entrenamiento en respiración diafragmática</li> <li>✓ Relajación muscular progresiva</li> <li>✓ Clarificación de Valores personales</li> </ul>
3. <i>Disminuir el número de quejas sobre las atenciones de la clínica.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Retroalimentación positiva</li> <li>✓ Expresión emocional</li> <li>✓ Clarificación de valores</li> <li>✓ Apoyo psicológico</li> </ul>
4. <i>Aumentar la colaboración del paciente en el proceso de recuperación.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estimulación de actividades de autocuidado.</li> <li>✓ Retroalimentación positiva de comportamientos deseados.</li> <li>✓ Apoyo social</li> </ul>
5. <i>Fomentar hábitos de alimentación saludable.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Psicoeducación sobre alimentación saludable.</li> <li>✓ Instrucciones conductuales.</li> </ul>
6. <i>Mejorar la higiene del sueño.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Psicoeducación</li> <li>✓ Higiene del sueño</li> <li>✓ Respiración diafragmática</li> <li>✓ Relajación muscular</li> </ul>

### Descripción de las técnicas utilizadas

### Información

La información es un aspecto muy importante en la intervención de pacientes hospitalizados, como mencionan León y Salazar (2008)

El profesional debe brindar la información de forma clara y sencilla, sin ocultar la gravedad de la enfermedad, ni la seriedad o peligro de la operación 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: baja tolerancia a la frustración, incapacidad de entregar fácilmente el control, impaciencia, ansiedad y disconformidad por el abandono de sus labores diarias y o familiares.

### Psicoeducación para la cirugía

Jenkins (1995, citado por Castillero, 2007), cita como consecuencias favorables de los programas de intervención psicoeducacional para la cirugía, una inducción más rápida de la anestesia y mayor margen de seguridad anestésica, menor porcentaje de hipertensión postoperatoria, percepción más favorable de la experiencia hospitalaria, mayor satisfacción con los servicios recibidos y una sostenida creencia de mayor control personal sobre el proceso de recuperación.

### Descatastrofización

Clark, (1989, citado por Caballo 1998) afirma que en las raíces de un temor, frecuentemente subyace una escena catastrófica. El terapeuta puede normalizar la situación explicándole al paciente que mucha gente que padece trastornos de ansiedad tiene pensamientos extraños sobre la peor situación posible, además de preguntarle ¿Qué es lo peor que puede suceder? ¿Cuáles son los pensamientos y las imágenes que pasan por su cabeza cuando piensa en la peor situación posible? Y si es posible se intenta determinar la probabilidad de que ocurra la situación. Se puede emplear una proyección en el tiempo en la que se le pide al paciente que se imagine cuando esté totalmente recuperada de la cirugía.

## Imaginación proyectada

Según Caballo (1998) la imaginación proyectada implica pedir al paciente que imagine a sí mismo donde quisiera estar y como le gustaría estar en una determinada fecha determinada. Esta técnica sirve a dos propósitos: primero, para plantear objetivos realistas sobre los que el paciente puede tener control y, segundo, para imaginarse un estado más deseable. El verse a sí mismo simplemente haciéndolo mejor, estando menos ansioso, hace que el paciente perciba este estado más a su alcance.

## Entrenamiento en respiración diafragmática y relajación muscular

Castillero (2007), afirma que resulta efectivo enseñar técnicas de relajación y respiración y su combinación con técnicas de imaginación y visualización encaminadas a desarrollar el sentido de autocontrol, estimular la recuperación física, disminuir la ansiedad conjuntamente con sus mecanismos fisiológicos, endocrinos y metabólicos, manejar el dolor, así como alejar la atención del paciente de otras fuentes de estrés.

## Clarificación de valores personales

García, Luciano, Hernández y Zaldívar (2004) demostraron que La clarificación de valores, resulta ser efectiva para disminuir la sintomatología delirante. Según ellos esto sólo puede lograrse en la medida en que las acciones diarias del paciente se sitúen en un marco que el considere importantes y que facilite la ruptura entre pensar de un modo limitante y comportarse en esa misma dirección.

## Apoyo social

El apoyo social ha surgido como un importante recurso para el afrontamiento eficaz. Las evidencias sugieren que aporta una contribución importante a los esfuerzos de afrontamiento del estrés, a través de la acción directa o indirecta (Cohen y Wills, 1985 citado por Rice, 1998).

## Apoyo psicológico

Técnica basada en crear un clima de confianza para poder comunicarse con el paciente de forma abierta sobre sus preocupaciones y dudas relacionadas con la cirugía, la estancia hospitalaria, y aspectos personales en general, que facilita la recuperación posquirúrgica (Moix y Cols., 1993 citado por Castellero, 2007).

## Retroalimentación positiva

Se proporciona al paciente verbalizaciones positivas sobre su comportamiento cuando realiza actividades de autocuidado por sí sola, tales como comer, peinarse, vestirse, etc. O cualquier otra conducta que se haya recomendado, como por ejemplo cuando el paciente exprese pensamientos positivos acerca de la estancia en la clínica.

## Validación de la expresión emocional en un contexto adecuado

Se permite al paciente expresar de forma adaptativa como se siente, con lo cual se busca disminuir la probabilidad de mantener emociones negativas mientras se analiza el problema. Se realiza una escucha activa, validando las emociones de la paciente y luego relaciona esta validación con la clarificación de valores. "Entiendo

que se sienta así, debe ser muy molesto, o es comprensible sentirse así, pero luego recuerde por qué está aquí”.

#### Psicoeducación sobre el sueño y alimentación saludable

Ofrecer aspectos educativos con relación al sueño como: las características del sueño según la edad, la conceptualización del insomnio, los aspectos que pueden interferir en la calidad y la cantidad del sueño (Castillero, 2007). Respecto a la alimentación se educa al paciente sobre la importancia de una alimentación saludable, la nutrición, la dieta equilibrada, entre otros.

#### Higiene del Sueño

Las recomendaciones conocidas como higiene del sueño son aplicadas de forma universal a cualquier tipo de insomnio y rinden su beneficio a partir de la 4ª - 6ª semana de estricto cumplimiento. Consiste en brindar un grupo de medidas higiénicas con respecto al sueño, que contribuya a mejorar los hábitos de dormir, tales como: evitar la ingesta de sustancias estimulantes, establecer un ritual antes de ir a la cama, disminuir siestas durante el día tanto como sea posible y no insistir en dormir si no tiene sueño después de 15 a 20 minutos (Castillero, 2007).

## RESULTADOS

Tras la intervención psicológica desarrollada con el paciente y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos se logró un cambio en el comportamiento, que contribuyó a la adaptación al ambiente hospitalario y favoreció su proceso de recuperación, éste se evidencia mediante los datos obtenidos en las escalas de evaluación del estado de ánimo (ver Tabla N. 7), los comentarios del paciente, los comentarios de la familia y los comentarios de las enfermeras, a continuación se detallan los logros alcanzados con cada uno de ellos:

### 1. Disminución de los pensamientos negativos acerca del futuro.

En la evaluación psicológica realizada en el proceso de recuperación se encontró que la paciente tenía pensamientos negativos acerca de su futuro, por ejemplo, en la Sesión n.4 durante la estancia en Unidad de Cuidados Intensivos al preguntarle cómo se siente, refiere “mal, porque pienso que me voy a morir”, pero tras la intervención psicológica no se encuentran verbalizaciones negativas acerca de su futuro durante alguna otra parte de la estancia hospitalaria. Esto se corroboró en las sesiones posteriores, por ejemplo, en Sesión n.7 la paciente responde que se siente mejor porque “probablemente ya no vaya a morir”, en la Sesión la puntuación en la valoración de Pesimismo en la escala de Depresión (BDI- II) es cero (0), valor que se mantiene durante las demás siguientes aplicaciones.

## 2. Disminución los síntomas físicos de la ansiedad.

Durante la estancia hospitalaria las puntuaciones de la escala de valoración de Ansiedad variaron mucho, debido a los cambios en el ambiente y el estado de salud del paciente, los puntajes obtenidos fueron los siguientes:

Tabla N. 7. Resultados Inventario de Ansiedad de Beck.

<b>BAI</b>	Enero 14	Enero 18	Enero 25	Febrero 19	Abril 1
<b>Puntuación total</b>	19	30	19	34	9

Como se puede apreciar, se observa una disminución estadísticamente significativa de las puntuaciones entre la evaluación final y las realizadas anteriormente. Pero cabe anotar que el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), contiene 21 ítems, que describen síntomas que no son exclusivos de un Trastorno de Ansiedad, sino que pueden estar presentes en una enfermedad médica y en este caso en el curso de una recuperación posoperatoria, debido a las condiciones médicas en las que se encuentra el paciente, como por ejemplo: Temblor en las piernas, Mareo o aturdimiento, Palpitaciones o taquicardia, Sensación de inestabilidad e inseguridad física, Sensación de ahogo, Dificultad para respirar, Molestias digestivas o abdominales; por lo cual resulta casi imposible que los resultados de la evaluación final sean cero (0), es decir, la extinción completa de los síntomas.

3. Disminución del número de quejas sobre las atenciones de la clínica.

Durante parte de la estancia hospitalaria la paciente refería quejas relacionadas con los cuidados y la atención de la clínica, como por ejemplo que en la UCI el aseo del cuerpo era incompleto, que no se podía bañar bien, solo la limpiaban, que el menú de comida era repetitivo e insípido, que cuando llamaba al personal de enfermería no acudían pronto a sus llamados, que no le asignaban pronto una habitación aun cuando ya tenía orden de salida de UCI a piso, entre otras.

Durante el seguimiento del paciente, el número de quejas disminuyó significativamente, al punto que el personal de enfermería no refirió problemas con el cuidado del paciente, su familia dejó de presionar para que fuera trasladada a habitación, por ejemplo en la Sesión la misma paciente refirió que quiere salir pronto de la UCI, pero es consciente de que le tomará un tiempo más su recuperación. En la Sesión n. 20 Refirió sentirse más calmada, y su percepción de la estancia en la UCI, ya no es algo traumático. Dicha conducta que se mantiene en la Sesión n. 34 donde comenta que es desafortunado e incómodo estar hospitalizada, debido a las complicaciones que ha presentado, pero que si tiene que tolerarlo por más tiempo lo hará, pues le interesa seguir recuperándose; y hasta el final de la hospitalización, en la Sesión n. 34 donde dice sentirse bien en la clínica, tanto que esta amañada porque es como un hotel.



#### 4. Aumento de la colaboración del paciente en el proceso de recuperación.

La colaboración del paciente presentó varios cambios durante el seguimiento terapéutico, por ejemplo, antes de la cirugía su actitud era de colaboración absoluta, proporcionaba información sin ninguna dificultad, seguía las indicaciones del personal médico y de enfermería, pero en la recuperación en UCI, se retiraba la máscara de oxígeno, interfiriendo con la terapia respiratoria, no comía la dieta de la clínica, argumentando que se trataba de un menú repetitivo, se impacientaba si no era atendida prontamente por el personal de enfermería.

Una muestra de conducta de como su colaboración en general aumentó, se encontró en los reportes del personal de enfermería, el cual refiere disminución de la demanda de atención, identificada en menor número de veces que llama al timbre, menor número de quejas, mayor flexibilidad en cuanto a los tratamientos, en resumen una mayor adherencia a la hospitalización.

#### 5. Fomento de hábitos de alimentación saludable.

Los hábitos alimenticios del paciente previos a la hospitalización no eran los más adecuados, en una de las entrevistas con el esposo este refiere que “es muy delicada con la comida, no come sopas, porque dice que contienen mucho líquido, y los tenía restringidos, no le gustan los granos, ni las ensaladas, su dieta es en general, arroz, papa y carne”.

Durante el seguimiento en UCI su apetito disminuye, en las justificaciones que ella da para tal conducta se encuentran que considera el menú de la clínica repetitivo, lo cual se corrobora con en el Inventario de Depresión de Beck-II donde reporta que su apetito “Es algo menor de lo habitual”, ante lo cual se realiza psicoeducación sobre la alimentación saludable. En la estancia en habitación, durante la segunda aplicación del instrumento refiere que su apetito “Es algo mayor de lo habitual” y posteriormente en la última evaluación refiere que su apetito “Es mucho mayor de lo habitual”, encontrándose mejoras en este punto.

#### 6. Mejoraría de la higiene del sueño.

En la evaluación inicial sobre hábitos de sueño la paciente refiere que “Duerme algo menos de lo habitual”, conducta que atribuye a la enfermedad valvular, y que posterior a la cirugía se mantiene durante parte de la estancia hospitalaria posiblemente debido a las condiciones de la hospitalización y la dificultad respiratoria. Pero en las dos últimas evaluaciones refiere que “Duerme algo más de lo habitual” y en la evaluación final que “Duerme mucho más de lo habitual”.

Tabla N. 8. Resultados de la evaluación final mediante Inventario de Expresión de Ira, Depresión y Ansiedad.

<b>Escala</b>	<b>Evaluación día del Alta</b>
STAXI-II	En el momento actual se siente algo Agotada
Puntuación total	1
BDI-II	Se siente triste gran parte del tiempo
	No tiene suficiente energía para hacer muchas cosas
	Duerme mucho más de lo habitual
	Su apetito es mucho mayor de lo habitual
	Esta demasiado cansada o fatigada para hacer muchas cosas que antes solía hacer.
	Esta menos interesada por el sexo de lo que solía estar.
Puntuación total	10
BAI	Temblores en las piernas, moderadamente
	Incapacidad de relajarse, levemente
	Sensación de inestabilidad e inseguridad física, moderadamente
	Sensación de ahogo, levemente
	Temblores generalizados o entumecimiento, moderadamente
	Palidez, levemente
Puntuación total	9

## CONCLUSIONES

La intervención psicológica realizada con la paciente durante la estancia hospitalaria logró alcanzar las metas finales del tratamiento, es decir, permitió contribuir a la adaptación del paciente al ambiente hospitalario y favorecer su proceso de recuperación. Este hecho se evidenció mediante el cumplimiento de los objetivos propuestos al inicio, ya que la paciente empezó a cambiar la manera de relacionarse con su familia y con el personal de la clínica de una forma más asertiva, sin realizar quejas sobre la atención y participando más en su recuperación. También se encontraron mejorías en la forma de alimentarse y aumento en el número de horas de sueño, que contribuyeron a la recuperación posoperatoria.

Sin embargo, es tema de discusión si se podrían atribuir los resultados finales únicamente al resultado directo de la intervención psicológica, pues otros factores estuvieron presentes como el ambiente hospitalario, el tratamiento médico y farmacológico, la terapia física y respiratoria, que dejan dudas acerca de que el proceso de recuperación fue exitoso debido directamente a la intervención psicológica.

Unas de las cosas difíciles de este caso, fueron todas las fluctuaciones en el estado de salud y en la condición médica del paciente, lo cual llevaba a trabajar de manera no estandarizada, porque una vez que se iniciaba una intervención para un problema, aparecía una condición médica nueva, o el ambiente cambiaba, lo cual implicaba reevaluar la problemática y reintervenir. Dicha serie de cambios

médicos o del ambiente, en algunas ocasiones empeoraron sus problemas psicológicos, pero en otras podían estar relacionados con su mejoría.

Partiendo de lo anterior, en algunos momentos se encontró dificultad para intervenir, debido al delicado estado de salud del paciente, pero en otros se logró el seguimiento de las prescripciones de alimentación, sueño, descanso y distensión, por ejemplo en la Sesión 10 la paciente fue trasladada a habitación y allí reportó sentirse “mucho mejor” por las condiciones que este nuevo espacio le brinda, como tener la compañía de su familia, hacer sus necesidades fisiológicas en el baño, asear su cuerpo completamente, ver la calle, tener un televisor, etc. En la Sesión n. 27, estando en UCI, posterior a un procedimiento de Decorticación pulmonar refiere sentirse “muy bien”, con estado de ánimo alegre, durante la entrevista expresa sentir hambre, deseos de comer. Lo cual indicaría que a medida que esas condiciones ambientales cambian, el comportamiento de la paciente también cambia.

En los estudios referenciados en el presente trabajo (Castillero, 2007) se encontró que uno de los diagnósticos frecuentemente encontrados en pacientes hospitalizados es la Ansiedad, y lo es precisamente por la preocupación que produce en el paciente y su familia, la pérdida de control y de autonomía dentro del hospital, la poca información que los médicos comparten con el paciente y su familia en lo referente al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y las problemáticas psicosociales que pueden aparecer durante el tiempo que el paciente permanece hospitalizado, como el agotamiento de los recursos económicos, la dificultad para desempeñar diferentes roles, entre otros.

Durante la intervención psicológica desarrollada fue importante el empleo de varias técnicas de intervención, por ejemplo, la psicoeducación, que consiste en una educación al paciente y su familia sobre aspectos relacionados con el curso de la recuperación, con lo cual el paciente percibe que tiene algo más de control sobre el ambiente. La información confirmada, que se pueda suministrar al paciente y la familia sobre la toma de decisiones realizada por los médicos, diferentes procedimientos médicos o el estado de salud del paciente, ayuda a disminuir la ansiedad y a descatrastofizar la estancia hospitalaria. También, la clarificación de valores permite identificar aquello que es importante para el paciente y se darle un significado diferente a la estancia hospitalaria, no desde el sentido amenazador, sino como algo que lo acerca a lo que más quiere; su salud, su familia, su futuro, etc.

Finalmente, un factor importante y que vale la pena destacar sobre la intervención psicológica en el ambiente hospitalario, es que en la relación terapéutica psicólogo-paciente, todo el tiempo, durante cada uno de los momentos de la recuperación se expresó un interés genuino por cómo se sentía el paciente y su familia, permitiendo dirigir la intervención de la manera más oportuna posible para afrontarla. La importancia de un acompañamiento “humano” en el que el paciente pueda hablar y ser escuchado, le permite afrontar mejor la hospitalización, ya que le da valor a su dignidad y lo saca de la despersonalización, propia de algunos ambientes hospitalarios, en la que el personal médico y de enfermería se refiere a él por el nombre de la enfermedad o por el número de habitación.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, M. J., Molina M. F., Chuquiure V. E., Ochoa P.V., Soto N. G., Martín B.F & Medina C. L. (2011). Valoración preoperatoria en cirugía cardiovascular. *Archivos de Cardiología de México*, 81(2), 9-15.
- American Psychiatric Association (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta edición, texto revisado (DSM IV-TR). Introducción (p.XXI). Washington, DC.
- Arranz, P. & Cancio, H. (2003). Una herramienta básica del psicólogo hospitalario: el counselling. En E. Remor, P. Arranz & S. Ulla. (Ed.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 93-120) Bilbao: Editorial Desclee de Brouwe.
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1993). Manual Inventario para la Ansiedad de Beck. San Antonio: Harcourt Brace and Company.
- Castillero, A. Y. (2007). Intervención psicológica en cirugía cardíaca. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25 (1), 52-63.
- Caballo, V. E. (1998). Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de conducta. *La práctica de la terapia cognitiva* (pp. 521-522) España: Siglo XXI Editores.
- Enciclopedia Care First. (2013). Enfermedades Valvulares del Corazón recuperado de <http://carefirst.staywellsolutionsonline.com/spanish/Encyclopedia/85,P03334>.
- Esparza, Y. (2010). Protocolo de Intervención psicológica en pacientes de cirugía pediátrica del Instituto del Corazón de Bucaramanga. Trabajo de grado no publicado.
- García, M. J., Luciano S. M., Hernández L. M. & Zaldívar B. F. (2004). Aplicación de la terapia de aceptación y Compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema*, 16 (1), 117-124.
- Gélvez, S. (2010). Protocolo de Intervención psicológica para pacientes de cirugía cardiovascular del Instituto del Corazón de Bucaramanga. Trabajo de grado no publicado.
- León, C. A. & Salazar V. C. (2007). Valoración psicológica perioperatoria en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular. *Revista Costarricense de Cardiología*, 9(3), 11-15.
- López, R. S., Pastor M. A. & Neipp, M. (2003). Aspectos psicológicos asociados a la hospitalización. En E. Remor, P. Arranz & S. Ulla. (Ed.), *El psicólogo*

*en el ámbito hospitalario* (pp. 31-48) Bilbao: Editorial Desclee de Brouwe.

Martín, M. J. (2003). Intervención psicológica en un Servicio de Cardiología. En E. Remor, P. Arranz & S. Ulla. (Ed.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 349-370) Bilbao: Editorial Desclee de Brouwe.

Miguel Tobal, J.; Casado, M.; Cano Vindel, A. & Spielberger, C. D. (2001). Adaptación española del Inventario de expresión de ira estado-rasgo STAXI-II. Madrid: Tea ediciones.

Organización Mundial de la Salud. (2012). Enfermedades Cardiovasculares. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>

Sanz, J., Navarro, M.E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck—II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29(124), 239-288.

Ulla, S. (2003). Aportaciones de la Psiconeuroinmunología a la Psicología Hospitalaria. En E. Remor, P. Arranz & S. Ulla. (Ed.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 49-74) Bilbao: Editorial Desclee de Brouwe.



## **ANEXOS**

## PROTOCOLO DE INTERVENCION PSICOLÓGICA EN PACIENTES ADULTOS DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

### 1. OBJETIVO

- 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.

### 2. ALCANCE

- Este protocolo es aplicable a todos los pacientes adultos de cirugía cardíaca del Instituto del Corazón de Bucaramanga, que requieran acompañamiento psicológico durante el proceso quirúrgico.

### 3. RESPONSABLES

- Psicólogas clínicas

### 4. DESARROLLO

Actividad	Método	Responsable
Solicitud de intervención psicológica	Esta solicitud debe realizarse mediante la identificación de factores emocionales negativos, en la etapa preoperatoria y que puedan llegar a afectar de alguna manera el proceso quirúrgico.	Jefe de cirugía cardiovascular  Cirujano cardiovascular  Anestesiólogo  Jefe de atención al Usuario
Revisión antecedentes médicos de la Historia Clínica	Revisar la historia clínica del paciente, para conocer los antecedentes médicos del mismo y los procedimientos realizados con anterioridad.	Psicólogas

<p>Entrevista con el paciente y su familiar y su apertura de la historia clínica psicológica</p>	<p>Se realizara una entrevista al paciente, familiar o acompañante para corroborar y obtener información adicional que nos ayude en la evaluación del estado emocional y posibles percepciones amenazantes, distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos.</p> <p>En la valoración se tendrá en cuenta la evaluación de las siguientes áreas: Cognitiva, afectiva, somática o fisiológica, motivacional, interpersonal y conductual.</p>	<p>Psicólogas</p>
<p>Aplicación de batería de pruebas psicológicas al paciente</p>	<p>Se realizara la aplicación de los instrumentos pertinentes para medir los niveles de ansiedad, depresión e irritabilidad en los pacientes en la etapa prequirúrgica, para de esta manera identificar el cuadro o trastorno emocional del paciente.</p>	<p>Psicólogas</p>
<p>Plan de intervención</p>	<p>Según los resultados de las pruebas psicológicas se emplearan técnicas terapéuticas orientadas al logro de los objetivos del tratamiento; teniendo en cuenta cada una de las sesiones del protocolo de intervención psicológica.</p> <p>Dentro de estas técnicas se tendrán en cuenta reestructuración cognitiva, parada de pensamiento, debate y búsqueda de evidencias, entrenamiento en asertividad, entrenamiento en relajación progresiva y técnicas de respiración, entrenamiento en resolución de problemas, dialogo socrático entre otras.</p> <p>Además se tendrán en cuenta estrategias que permitan ofrecer orientación, información acerca de la situación actual que permitan modificar pensamientos, conductas, emociones y respuestas fisiológicas disfuncionales del paciente. Algunas de ellas son estrategias informativas, instrucciones</p>	<p>Psicólogas</p>

	conductuales, entrenamiento en distracción de pensamiento y planeación de actividades entre otras.	
Plan de seguimiento	Se evaluara en cada sesión, la efectividad del programa terapéutico en el mediano y largo plazo y se realizaran los ajustes necesarios para el mantenimiento de los cambios positivos.	Psicólogas

## HISTORIA CRONOLÓGICA

- *Sesión No.1-14 Enero:*

Descripción (D): Día previo a la intervención quirúrgica. Se realiza primera visita a la paciente encontrándose hospitalizada en habitación y en preparación para cirugía cardíaca, se realiza presentación del psicólogo y diligenciamiento del consentimiento informado.

Evaluación (EV): Se inicia protocolo de intervención psicológica para cirugía cardíaca el cual consiste en realizar entrevista al paciente y a su familia y aplicación de batería de pruebas psicológicas para evaluar el estado de ánimo (BDI-II, BAI, STAXI-II).

Intervención (IN): Se da información a la familia y el paciente sobre la hospitalización en piso, horarios de visitas, valoración pre-anestésica.

- *Sesión No.2-15 Enero:*

Descripción (D): Día de la intervención quirúrgica (Reemplazo de la válvula mitral por prótesis mecánica y cirugía de maze). Se realiza acompañamiento psicológico

de la paciente y su familia en la habitación, antes de ser trasladada al área pre quirúrgica.

Evaluación (EV): En la entrevista se encuentra a la paciente con efectos de Diazepam, administrado la noche anterior. Refiere sentirse tranquila, un poco somnolienta.

Intervención (IN): Se da información a la familia y el paciente sobre lo que viene a continuación, como el traslado al segundo piso de la clínica, área pre quirúrgica, ingreso a cirugía, posible duración de la cirugía, traslado a UCI, horarios de visita UCI, promedio de días de estancia en la UCI, estado del paciente al despertar de la anestesia.

- *Sesión No.3-16 Enero:*

D: Este día la paciente fue extubada, es decir, le retiraron el ventilador mecánico que la ayudaba a respirar durante y las primeras horas después de la cirugía. Se realizó visita en UCI.

EV: Se encontró a la paciente acostada, somnolienta, con dificultad para mantener los ojos abiertos, al preguntar por su estado de ánimo, la paciente que se siente bien, a las demás preguntas realizadas responde de forma dicotómica, como si o no.

IN: Debido al estado de conciencia del paciente se decide no profundizar más en la intervención con ella. Se realiza acompañamiento con los familiares, se pregunta sobre cómo perciben la recuperación del paciente, encontrándose en

general, aceptación de la actual evolución y confianza en el trabajo del equipo médico, pues la meta es verla mejor.

- *Sesión No.4-17 Enero:*

D: Se realiza seguimiento en UCI, encontrándose a la paciente acostada, despierta, con los ojos cerrados. En cuanto a la condición médica, el personal médico refiere que persiste la arritmia cardíaca, dificultad respiratoria y dolor, para este último utilizaron la administración de Tramadol.

EV: Al preguntar cómo se siente, refiere “mal, porque pienso que me voy a morir”. También se observa sudoración excesiva, rigidez motora, incapacidad para relajarse y evitación de la situación actual.

IN: Descatastrofización: Se debaten con el paciente los argumentos que le llevan a tener esta idea de muerte, y se encuentra que según ella la dificultad respiratoria y el dolor, la llevan a pensar en la posibilidad de morir y eso le genera temor.

Psicoeducación y normalización: se explica que durante el posoperatorio es normal que se sienta con dificultad respiratoria, pues acaba de ser entubada y sus pulmones tienen que expandirse y que además el dolor, es secundario a la disminución del efecto de los analgésicos, y que posiblemente perdurara las primeras semanas del posoperatorio.

- *Sesión No.5-18 Enero:*

D: Se realiza seguimiento del paciente en UCI, encontrándose administración de Fentanilo (opioide utilizado en analgesia y anestesia, con una potencia aproximada 100 veces mayor que la morfina).

EV: Durante la observación se encontró a la paciente acostada, con los ojos cerrados, sudando excesivamente, dificultad respiratoria y dificultad para hablar fluidamente. Al preguntar cómo se siente, la paciente refiere “en este caso hay muchas personas implicadas”, intentando profundizar la en la información, el entrevistador pregunta, ¿En cuál caso?, a lo que la paciente responde, “en el caso de mi muerte”.

IN: Se intenta “razonar” con la paciente, sobre su estado de salud actual y la realidad es que esta viva, y no muerta como ella presume; sin embargo su estado de conciencia, no permite que la intervención tenga el efecto deseado. Se comenta con el médico de la Unidad, que posiblemente está presentando Delirium.

- *Sesión No.6-19 Enero:*

D: Seguimiento de la paciente en UCI, se encuentra que a la paciente se le prescribió Haloperidol (fármaco antipsicótico convencional) e iniciaron la administración ese día. Refirió mareos y sentirse débil. Presenta sudoración excesiva.

EV: Durante la evaluación se encuentra a la paciente sentada, despierta, con los ojos abiertos, orientada en tiempo, espacio y persona. Refiere sentirse preocupada por el hecho de que se llegue a morir y que su hija menor no siga estudiando.

IN: Se explica al paciente que si bien el riesgo de morir, es algo con lo que se convive diariamente en la UCI, este es un pensamiento negativo que genera mayor ansiedad y no le permite su adecuada recuperación, sino que paradójicamente, la obstaculiza.

Clarificación de valores personales: Se cuestiona a la paciente sobre porqué es importante seguir viviendo y tolerar el malestar que experimenta debido a su estado de salud, con lo incómodo y difícil que eso puede ser para ella. En la exploración de valores dice que “anhelo volver a mi casa, estar con mi familia”. Entonces se sugiere que para poder lograrlo es importante estar allí, pasar por todo ese camino que es la recuperación, y que a pesar de estar lleno de incomodidades, tiene un propósito y no puede evitarse, pero si hacer que todo sea más positivo, si vale la pena.

Imaginación proyectada: se plantea imaginar el día en que su hija mejor va a estar recibiendo el diploma de grado, describiendo toda clase de emociones positivas que pueda experimentar en ese momento, y por lo cual es importante para ella recuperarse y salir de la Clínica.

- *Sesión No.7-21 Enero:*



D: Se mantiene la administración de Haloperidol. Sospecha de infección pulmonar, por lo cual inician tratamiento antibiótico. En los Rayos X, se evidencia derrame pleural Bilateral.

EV: Se realiza seguimiento en la UCI, encontrándose a la paciente acostada, despierta, orientada en tiempo, espacio y persona. Se observa dificultad respiratoria y un poco de fatiga cuando habla por periodos de tiempo cortos.

IN: Descatastrofización: Se cuestiona acerca del temor que siente por la muerte, y se le lleva a que exprese las consecuencias que ella piensa que tendría a futuro, y que habrían sido su principal preocupación durante estos días. La paciente responde que se siente mejor porque “probablemente ya no vaya a morir”, a partir de ese comentario se le ubica en el “aquí y el ahora” estimulando su conciencia sobre su estado de salud y recuperación, entendiendo la hospitalización como algo necesario para recuperarse totalmente.

- *Sesión No.8-22 Enero:*

D: Se realiza seguimiento del paciente en UCI, encontrándose que mantiene el tratamiento con Haloperidol.

EV: se encuentra a la paciente acostada, despierta, orientada en tiempo, espacio y persona, durante el seguimiento le están administrando un medicamento intravenoso, lo cual es un proceso doloroso, por lo cual se queja bastante.

IN: Se acompaña a la paciente durante este momento, permitiéndole que exprese el malestar que experimenta.

- *Sesión No.9-23 Enero:*

D: Hallazgos de Bacteremia (presencia de bacterias en la sangre). Actualmente en tratamiento con Midazolam (benzodiazepina de semivida corta utilizada como ansiolítico o en procesos ligeramente dolorosos). Se realiza seguimiento del paciente en UCI, encontrándose sentada, despierta, orientada en las tres esferas.

EV: La paciente refiere que quiere salir pronto de la UCI, pero es consciente de que le tomara un tiempo más su recuperación. Lo cual es interpretado como una mejoría en sus recursos de afrontamiento, porque a pesar de que desea huir de la situación, es consciente de su real estado de salud.

IN: Retroalimentación positiva: Se retroalimenta positivamente al paciente pues ha logrado desarrollar flexibilidad psicológica, es decir, es capaz de contactar con sus experiencias privadas que ocurren en el presente y cambiarlas en la búsqueda de valores.

- *Sesión No.10-24 Enero:*

D: Se cambia el antibiótico por otro más fuerte. Hospitalizada en UCI y trasladada a habitación. Se encuentra a la paciente sentada, despierta, orientada en las tres esferas, reporta que ya tiene salida para la habitación, donde completara su recuperación posoperatoria. Se les acompaña a ella y a sus familiares en el traslado.

EV: Estando en la habitación reporta sentirse “mucho mejor” por las condiciones que este nuevo espacio le brinda, como tener la compañía de su familia, hacer sus necesidades fisiológicas en el baño, asear su cuerpo completamente, ver la calle, tener un televisor.

IN: Se proporciona información a la familia y el paciente sobre la estancia en piso, como número de visitantes permitidos, horarios de visitas, actividades que puede desarrollar, tales como levantarse de la cama, caminar acompañada, realizar la terapia respiratoria, entre otras.

- *Sesión No.11-25 Enero:*

D: Paciente hospitalizada en piso. Administración de Lorazepam (fármaco perteneciente al grupo de las benzodiazepinas de alta potencia que tiene las cinco propiedades intrínsecas de este conjunto: ansiolítico, amnésico, sedante e hipnótico, anticonvulsivo y relajante muscular).

EV: Se realiza seguimiento del paciente en habitación, encontrándose despierta, sentada, orientada en las 3 esferas y en compañía de su hija menor. Durante la sesión se abordan aspectos relacionados con la evaluación de su estado de ánimo, se aplica batería de pruebas (STAXI-II, BDI-II, BAI).

IN: La intervención se sigue orientando hacia la meta final que es disminuir la ansiedad y favorecer la adaptación al ambiente hospitalario. Se realiza Psicoeducación, explicando al paciente y su familiar, como cada comportamiento sobre todo los relacionados con afrontar, tolerar, esperar, le permiten acercarse a lo que desea, es decir, recuperar su salud y volver a casa con su familia.

- *Sesión No.12-28 Enero:*

D: La paciente refiere Cefalea, por lo cual se ordena interconsulta con Neurología. El neurólogo refiere que es de reciente aparición y que es importante descartar otros factores. En los exámenes se encuentra que tiene Anemia moderada, se le realiza transfusión de dos unidades de glóbulos rojos. Se realiza seguimiento de la paciente en habitación, encontrándose despierta, sentada, orientada en las tres esferas.

EV: Se realiza seguimiento de la paciente en habitación, presenta quejas sobre su estado de salud, refiere no tener apetito, no poder dormir, sentirse fatigada, con un peso en el pecho.

IN: Se realiza la técnica de respiración diafragmática y relajación muscular, para intentar disminuir la ansiedad que siente por no poder dormir durante los últimos días, sin embargo no se logra mayor efectividad, por la dificultad respiratoria que presenta.

- *Sesión No.13-29 Enero:*

D: Se solicitó interconsulta con Psiquiatría, por Insomnio y antecedentes de Depresión y Ansiedad. Se administró Trazodona (fármaco antidepresivo) y Alprazolam.

EV: Se realizó seguimiento de la paciente en habitación, encontrándose despierta, orientada en las tres esferas, con persistente preocupación por no poder dormir.

IN: Se realiza psicoeducación sobre el tratamiento farmacológico del Insomnio, y como actúan las benzodiacepinas, pero además se explica que diversas enfermedades médicas pueden ocasionar insomnio por la irrupción de síntomas nocturnos como dolor, disnea, tos, reflujo gastroesofágico, etc., que pueden dificultar la conciliación del sueño o interrumpirlo. Se dan instrucciones conductuales para realizar Higiene del sueño, sugiriéndose la utilización de una mecedora durante la estancia en la clínica.

- *Sesión No.14-31 Enero:*

D: Paciente con Disnea (dificultad respiratoria). Se ordenan Rayos X de Tórax.

EV: Se realiza seguimiento del paciente en habitación, encontrándose con dificultad respiratoria, por lo cual es difícil reportar información.

IN: Se realiza acompañamiento psicológico, escuchando las quejas que reporta el paciente sobre su estado de salud y permitiendo la expresión de sentimientos.

- *Sesión No.15-1 Febrero:*

D: Se encuentra diagnóstico de derrame pleural Bilateral, según un TAC.

EV: Se realizó seguimiento psicológico de la paciente en habitación, encontrándose despierta, sentada, orientada en las tres esferas, con gran dificultad respiratoria, motivo por el cual no se realiza ninguna intervención adicional al acompañamiento.

- *Sesión No.16-2 Febrero:*

D: Se encuentra derrame pericárdico.

EV: Se realizó seguimiento del paciente en habitación, encontrándose despierta, refiere que a pesar de tener medicamentos para el insomnio, le ha sido de gran dificultad conciliar el sueño porque se siente ahogada y con gran peso en el pecho. En lo que se refiere a la alimentación asegura que está comiendo más, aunque se queja frecuentemente de que el menú es exagerado en cuanto al tamaño de las porciones y repetitivo.

- *Sesión No.17-4 Febrero:*

D: Ordenan de traslado a la UCI para realización de drenaje pericárdico. Le administran Dipirona (potente analgésico). Se realizó seguimiento del paciente en habitación, previo al traslado a UCI encontrándose a la paciente dormida.

EV: Se realiza recolección de información con la hija menor, quien refiere que la paciente las ultimas 2 noches a dormido mejor, porque le colocaron oxígeno, lo cual permitió que pudiera dormir por periodos de tres a cuatro horas.

- *Sesión No. 18-5 Febrero:*

D: Diagnostican anemia severa, por lo cual requirió transfusión sanguínea. Le administraron Trazodona (fármaco antidepresivo con efecto ansiolítico e hipnótico).

EV: Se realizó seguimiento del paciente en UCI, encontrándose despierta, orientada en las tres esferas, pero un poco somnolienta. Refiere sentirse cansada,

debido al procedimiento que se le realizó el día anterior. Le preocupa la duración de la estancia hospitalaria, refiere quejas en cuanto al menú.

IN: Se informan los motivos por los cuales fue necesario el traslado a la UCI, se motiva a enfocarse en la recuperación y a abandonar la preocupación sobre el tiempo que durará allí.

- *Sesión No.19-6 Febrero:*

D: Se realizó TAC de control del derrame pleural, según el cual se decidió practicarle Pleurotomía en el lado izquierdo. Se realiza seguimiento en UCI, encontrándose a la paciente dormida.

- *Sesión No.20-7 Febrero:*

D: La paciente continúa presentando el derrame pleural derecho. Administración de Morfina (usada frecuentemente en medicina como analgésico).

EV: Durante el seguimiento la paciente se encontraba despierta, orientada en las tres esferas, capaz de proporcionar información sobre cómo se sentía. Refirió sentirse más calmada, y su percepción de la estancia en la UCI, ya no es algo traumático. Sin embargo, realiza conductas que implican la atención y colaboración de otros y se impacienta y queja cuando no es atendida prontamente.

- *Sesión No.21-8 Febrero:*

D: Administración de Morfina.

EV: Se realiza seguimiento con la paciente en UCI, encontrándose despierta, orientada en las tres esferas, colaboradora. Refiere que estar inapetente, que no le provoca el menú de la clínica.

IN: Se habla con la nutricionista de la clínica, para sugerir cambios en el menú, en la medida que sea posible, que varíen los alimentos.

- *Sesión No.22-9 Febrero:*

D: Ordenan interconsulta por Cirugía de Tórax. Le administraron Morfina y Alprazolam.

EV: Se realiza seguimiento con el paciente en UCI, encontrándose despierta, orientada en las tres esferas, colaboradora. Refiere nuevamente que esta inapetente, que no le provoca el menú de la clínica.

IN: Reestructuración cognitiva acerca de la importancia que tiene la Alimentación en el proceso de recuperación posoperatorio, insistiendo en que así se trate de un menú repetitivo, monótono, insípido, debe comer, ya que este comportamiento la acerca a su recuperación.

- *Sesión No.23-11 Febrero:*

D: Paciente actualmente en tratamiento con Lorazepam.

EV: Se realiza seguimiento en UCI, encontrándose despierta, orientada en las tres esferas, refiere gran preocupación por el hecho de tener que ser llevada nuevamente a cirugía, pero esta vez de tórax. Expresa pensamientos tales como “si yo hubiera sabido que esto iba a ser así, no me hubiera operado”.



IN: Se realiza escucha atenta de la situación y se interviene con los principios de Normalización, para minimizar la angustia que refiere el paciente. Se comentan los pros y contras de permanecer hospitalizada y la oportunidad de salir de la clínica con salud.

- *Sesión No.24-12 Febrero:*

D: Paciente en tratamiento con Lorazepam. Evaluada por el cirujano de Tórax, quien sugirió decorticación pleural izquierda.

EV: Se realiza seguimiento en UCI, encontrándose despierta, orientada en las tres esferas, sentada. La enfermera responsable, refiere que no ha querido comer nada en todo el día, que el desayuno intento vomitarlo.

IN: Se habla con el paciente desde una actitud más directiva, donde se recuerdan los compromisos adquiridos con la recuperación, haciéndose énfasis en las cosas que ella describió como valiosas e importantes en su vida. La paciente se compromete a mejorar su actitud hacia la alimentación, y se acuerda empezar a comer.

- *Sesión No.25-13 Febrero:*

D: Se realizó Decorticación pleural izquierda. Paciente en tratamiento con Lorazepam, Morfina y Fentanilo.

- *Sesión No.26-14 Febrero:*

D: Los médicos anotan regular estado de ánimo y físico. Paciente en tratamiento con Lorazepam. Se realiza seguimiento de la paciente en UCI, encontrándose entubada.

IN: Se realiza entrevista con el esposo, abordándose aspectos relacionados con mejorar la dinámica familiar, específicamente la relación padre-hijas.

- *Sesión No.27-15 Febrero:*

D: Continúa con derrame pleural. Paciente en tratamiento con Lorazepam. Se realiza seguimiento con la paciente en UCI, encontrándose extubada, despierta, orientada en las tres esferas, consciente.

EV: Refiere sentirse “muy bien”, con estado de ánimo alegre, durante la entrevista expresa sentir hambre, deseos de comer. Además refiere que le gustaría ver a su esposo y abrazarlo.

IN: Se refuerza positivamente este comportamiento, relacionado con la alimentación y con la parte afectiva, se motiva para que continúe con esa actitud positiva frente a la recuperación.

- *Sesión No.28-18 Febrero:*

D: Hemorragia en el tracto digestivo. Se realiza seguimiento del paciente en habitación, desde el día anterior.

EV: Se encontró despierta, sentada, orientada en las tres esferas, acompañada de su esposo. Refiere que se siente bien, ha estado alimentándose, durmiendo bien,

no reporta dolor, u otra queja referida al estado de salud o a la estancia hospitalaria.

IN: Se explica a la paciente que actualmente, se están cumpliendo los objetivos terapéuticos propuestos inicialmente, pero que lo demás, es poner en práctica su colaboración para concluir la estancia hospitalaria, según cómo evolucione su recuperación.

- *Sesión No.29-19 Febrero:*

D: Se realiza seguimiento del paciente en habitación, encontrándose despierta, orientada en las tres esferas, en general con buena condición médica y anímica.

EV: Se realiza aplicación de batería de pruebas psicológicas para medir Estado de ánimo (BDI, BAI, STAXI). Se encuentran puntuaciones significativas en la escala de Depresión, referidas a sentimientos de inutilidad, pérdida de energía, pérdida de la capacidad de toma de decisiones.

- *Sesión No.30-20 Febrero:*

D: Paciente con hemorragia en el tracto digestivo. Diagnóstico de Anemia, por lo cual se le transfunden dos unidades de glóbulos rojos y plaquetas. Se le realizó una endoscopia, encontrándose sangrado en el Vaso. Se le retira la anticoagulación y es ingresada nuevamente a la UCI.

- *Sesión No.31-21 Febrero:*

D: Se realiza seguimiento de paciente en UCI. Reanudan tratamiento con Lorazepam.

EV: La paciente refiere sentimiento de tristeza por encontrarse nuevamente hospitalizada en la UCI.

IN: Se realiza clarificación de valores, recordando porque es importante estar allí, el significado que tiene para ella mejorar su salud y salir de la clínica, a pesar de las recaídas que tenga.

- *Sesión No. 32-22 Febrero:*

D: Se realiza seguimiento de paciente en UCI, encontrándose a la paciente con Dificultad respiratoria, por lo cual no se realiza intervención con ella. Actualmente en tratamiento con Lorazepam y Morfina.

EV: Se habla con el esposo, quien refiere gran preocupación por el estado de salud del paciente y sentimientos de tristeza. Se permite la expresión de sentimientos.

- *Sesión No.33-23 Febrero:*

D: Paciente en tratamiento con Lorazepam. El cirujano cardiovascular habla con el paciente y la familia, sugiriendo el reemplazo de la válvula biológica, por una mecánica, que no requiera anticoagulación.

EV: La paciente refiere sentimientos de tristeza relacionados con la idea de operarse de nuevo.

IN: Se permite la expresión de sentimientos y se orienta a seguir con fortaleza para aceptar los tratamientos más recomendados que contribuyan a la recuperación del paciente.

- *Sesión No. 34-25 Febrero:*

D: La paciente continua con Derrame pleural, se suspende la anticoagulación. Actualmente en tratamiento con Lorazepam.

EV: Se realiza seguimiento del paciente en UCI, encontrándose somnolienta, su estado de ánimo lo define como bueno, y las relaciones con su familia también. Manifiesta temor a la re intervención, por la prolongación de la estancia hospitalaria y los posibles riesgos de la cirugía.

IN: Reestructuración cognitiva, sobre la re intervención quirúrgica, la necesidad que tiene de practicársela y los beneficios que obtendría vs los riesgos de no aplicarla.

- *Sesión No. 35-26 Febrero:*

D: Se realiza seguimiento del paciente en UCI, encontrándose despierta, orientada en las tres esferas, sonriente. Actualmente en tratamiento con Lorazepam.

EV: Refiere sentirse mejor, y con la esperanza de que otros especialistas como el neumólogo y el hematólogo, le sugieran que no es necesario operarla. Pero refiere que si llegado el caso, lo tomaría con aceptación, pues son los los beneficios que los riesgos de este procedimiento. Comenta que es desafortunado e incómodo estar hospitalizada, debido a las complicaciones que ha presentado, pero que si tiene que tolerarlo por más tiempo lo hará, pues le interesa seguir recuperándose.

IN: Se refuerza positivamente por este cambio en el pensamiento, donde abandona los pensamientos negativos y es capaz de ver los beneficios que ofrece este tratamiento.

- *Sesión No.36- Abril 1:*

D: Se realiza seguimiento del paciente en habitación encontrándose a la paciente despierta, orientada en las tres esferas, sonriente. Refiere que tiene el alta médica.

EV: Se realiza aplicación de batería de pruebas para evaluar el estado de ánimo al momento de la salida de la Clínica.

IN: Se realiza cierre del proceso psicológico, se validan los sentimientos expresados en ese momento, la paciente agradece por el acompañamiento psicológico durante la estancia.