

**ESTUDIO DE CASO: DESCRIPCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO UTILIZADAS EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA
CARDIACA.**

SIDNEY ANDREA URIBE DAZA



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

BUCARAMANGA

2015

**ESTUDIO DE CASO: DESCRIPCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO UTILIZADAS EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA
CARDIACA.**

SIDNEY ANDREA URIBE DAZA

Trabajo de grado para optar por el título de Especialista en Psicología Clínica

Asesora: YULY PAOLA ESPARZA RODRÍGUEZ

Psicóloga Clínica



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

BUCARAMANGA

2015

Tabla de contenido

<i>Resumen</i> _____	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
<i>Abstract</i> _____	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
<i>Introducción</i> _____	7
<i>Marco conceptual</i> _____	9
Psicología hospitalaria _____	9
Enfermedad cardiaca _____	10
Arteriosclerosis _____	12
Válvulas cardiacas _____	13
Insuficiencia de la válvula mitral _____	13
Insuficiencia de la válvula aortica _____	14
Aneurisma de la aorta torácica, sin mención de ruptura _____	15
La enfermedad y la hospitalización _____	16
Intervencion psicologica en una Unidad de Cardiología _____	17
Cirugía cardiaca y sus implicaciones psicológicas _____	19
Estrategias de afrontamiento _____	21
Trastornos del estado de ánimo relacionados con la enfermedad cardiaca _____	25
Ansiedad _____	25
Depresión _____	27
<i>Objetivo General</i> _____	30
Objetivos específicos _____	30
<i>Marco metodológico</i> _____	31
<i>Descripción del caso clínico</i> _____	34
<i>Evaluación psicológica</i> _____	38
<i>Plan de intervención</i> _____	43

Resultados	48
Discusión	56
Referencias Bibliográficas	59
Anexos	65
Anexo 1: Protocolo de Intervención psicológica	65
Anexo 2: Descripción de sesiones	67
Anexo 3: Consentimiento informado	91
Anexo 4: Batería de pruebas BAI y BDI-II	93
Anexo 5: Otras definición	98
Remplazo de la valvula aortica aorta ascendente con protesís mecánica	98
Circulación extracorpórea o derivación cardiopulmonar	98
Síndrome de Marfán	98
Anexo 6: Cartilla “Preparándome para la Cirugía Cardíaca”	100

Lista de tablas

<i>Tabla 1. Evaluación test BAI y BDI-II</i>	39
<i>Tabla 2. Evaluación Psicológica de las áreas implicadas.</i>	42

Lista de gráficas

<i>Gráfica 1. Resultados aplicación pre y pos cirugía del Test BAI.</i>	48
<i>Gráfica 2. Resultados aplicación pre y pos cirugía del Test BDI-II.</i>	49

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: ESTUDIO DE CASO: DESCRIPCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADAS EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIACA.

AUTOR(ES): SIDNEY ANDREA URIBE DAZA

FACULTAD: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): YULY PAOLA ESPARZA RODRÍGUEZ

RESUMEN

Los procesos de enfermedad y hospitalización implican una serie de pérdidas para el paciente, desde las condiciones propias de la enfermedad, hasta el control de las actividades diarias, la adaptación a una rutina sanitaria, lo que significa el aprendizaje de nuevos hábitos; en este sentido al hablar del proceso de cirugía cardiaca, se suman las modificaciones al estilo de vida, los cuidados, las restricciones, entre otros (Soriano, Monsalve, Santolaya, & Et al, 2009). El presente trabajo buscó describir las diferentes estrategias de afrontamiento utilizadas por el paciente O.D., durante su proceso de hospitalización y postoperatorio de cirugía cardiaca, siendo paciente del Instituto del Corazón de Bucaramanga (ICB). El modelo metodológico empleado fue un estudio de caso de diseño simple, de caso único o unidad de análisis; en el cual se encontró que el paciente utilizó varias estrategias de afrontamiento consiguiendo una adaptación positiva a las nuevas condiciones de vida durante su estancia hospitalaria. Algunas estrategias de afrontamiento, planteadas por FernándezAbascal (1999, citado en Riso, 2006) son: reevaluación positiva, planificación, conformismo, desarrollo personal, control emocional, supresión de la distracción, resolver el problema, apoyo social y emocional, y expresión emocional, entre otras. La atención psicológica se llevó a cabo siguiendo el protocolo de intervención para pacientes adultos de cirugía cardiaca del ICB (Gelvez, 2014 citado en Esparza, 2013). Al finalizar el proceso de análisis y atención psicológica del paciente se logró identificar: 1. En las evaluaciones del estado de ánimo, mediante la batería de pruebas (Inventario de Ansiedad BAI y Depresión de Beck BDIII. 2. Se logró identificar que al hacer uso del repertorio de estrategias de afrontamiento positivas, tales como las descritas por FernándezAbascal (1999, citado en Riso, 2006); el individuo es resiliente ante la situación, esto contribuye a mejorar en los procesos de adaptación al ambiente hospitalario y a una óptima recuperación.

PALABRAS CLAVES:

Cirugía cardiaca, Estrategias de afrontamiento, Hospitalización, Estudio de caso.

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: CASE STUDY: DESCRIPTION OF STRATEGIES COPING USED IN THE POSTSURGERY HEART.

AUTHOR(S): SIDNEY ANDREA URIBE DAZA

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: YULY PAOLA ESPARZA RODRÍGUEZ

ABSTRACT

The processes of disease and hospitalization involve a series of losses for the patient, from the disease own conditions to the control of daily activities, adapting to a routine health, which means learning new habits in this sense to talk about the process of surgery heart, modifications to lifestyle, care, restrictions, among others (add Soriano, Monsalve, Santolaya, & et al, 2009). The present study aimed at describing the different strategies coping used by the OD patient, during their hospital stay and postoperative surgery heart, being patient Bucaramanga Heart Institute (ICB). The methodological model used was a case study of simple, single case or unit of analysis, in which it was found that the patient used several coping strategies getting a positive adaptation to new living conditions during their hospital stay. Some coping strategies, raised by FernándezAbascal (1999, cited in Riso, 2006) are positive reappraisal, planning, conformity, personal development, emotional control, suppression of distraction, solve the problem, social support and emotional, and emotional expression, among others. Psychological care was conducted following the protocol Intervention adult cardiac surgery patients ICB (Gelvez, 2014 cited in Esparza, 2013). To the will complete the process of analysis and psychological patient care were identified: 1. Evaluations mood, by the test battery which consists Anxiety Inventory BAI and Beck Depression BDIII. 2. were identified when making use of the repertoire of strategies positive coping, as described by FernándezAbascal (1999, cited in Riso, 2006), the individual is resilient to the situation and this contributes to: improved processes of adaptation to the environment hospital and optimal recovery.

KEYWORDS:

Cardiac surgery, coping strategies, hospitalization, case study.

Introducción

Los campos de acción de la psicología son diversos y pueden hallarse en cualquier ámbito en el cual se desenvuelva un ser humano o en cualquier etapa de su proceso evolutivo, así pues, los procesos de hospitalización no son ajenos al servicio del psicólogo clínico y de la salud. Cuando una persona se encuentra en un proceso de enfermedad, es muy probable que pase determinado periodo de su tiempo recibiendo atención sanitaria en un hospital, y dadas las condiciones del mismo y de la propia enfermedad, esto altera los mecanismos habituales de comportamiento de la persona, haciendo que esta se adapte o no a un nuevo proceso que puede ser permanente (Soriano, Monsalve, Santolaya, & Et al, 2009).

El papel que puede desempeñar el psicólogo clínico en el ambiente hospitalario, consiste en evitar que respuestas negativas alcancen niveles desadaptativos de frecuencia, intensidad o duración, primordial para el bienestar de los paciente, puesto cualquier proceso de enfermedad indica una necesidad de modificación de ciertos hábitos que puedan considerarse factores de riesgo para la mejoría del paciente, sumado a esto, el cambio de ambiente y la disminución de relaciones sociales, son factores que amenazan la estabilidad del paciente n su proceso de enfermedad y hospitalización (Remor, Arranz, & Ulla, 2003).

En el marco de la realización de las prácticas de la especialización en psicología Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana desarrolladas en el Instituto del Corazón de Bucaramanga, se realizó acompañamiento psicológico a pacientes de cirugía cardiaca, pre y post intervención, evidenciando algunas situaciones problemáticas, tales como la pérdida de control de actividades cotidianas, dificultades en el proceso de adaptación al medio hospitalario, y en la modificación de hábitos y seguimiento de recomendaciones médicas posteriores al egreso. En

este sentido, se espera que el paciente haga uso de sus estrategias de afrontamiento ante situaciones que le son conflictivas y dolorosas, los diversos cambios y las pérdidas que significan un proceso de enfermedad, y las condiciones de la hospitalización desde su llegada hasta su vuelta a la cotidianidad, para lo cual el acompañamiento psicológico es indispensable para evitar el desarrollo de una patología mental.

El presente trabajo está orientado a la descripción de las diferentes estrategias de afrontamiento empleadas por un paciente con enfermedad cardíaca del Instituto del Corazón de Bucaramanga, el cual se sometió a intervención quirúrgica y con el cual se llevó a cabo un estudio de caso, con una duración de 25 sesiones de acompañamiento psicológico pre y post quirúrgico, de lunes a viernes, en la jornada de la tarde, teniendo en cuenta como criterio fundamental, que este no presentara psicopatología ansiosa o depresiva.

Marco conceptual

Psicología hospitalaria

El término salud ha atravesado por diversos cambios en cuanto a su definición y lo que se considera dentro del mismo; inicialmente era entendido como “ausencia de enfermedad”, y ha ido evolucionando, teniendo en cuenta no solo el área física del ser humano, sino también la social y psicológica. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”

En este sentido es vital la intervención no solo médica a un paciente que atraviese por un proceso de enfermedad, sino que es indispensable realizar un acompañamiento psicológico que permita la prevención y promoción de la salud desde un enfoque biopsicosocial. Se entiende a la psicología de la salud como un área especializada dentro de la psicología que nace para dar respuesta a una demanda sociosanitaria; enfocados en la realización de procesos de rehabilitación, la prevención y promoción de la salud (Oblitas & Becoña, 2000).

El proceso psicológico pertinente al mantenimiento, recuperación o pérdida de la salud biológica comprende la interacción de tres factores fundamentales: 1) la historia interactiva del individuo; 2) las competencias funcionales al interactuar con una situación general determinada; y 3) la modulación de los estados biológicos del organismo por parte de las contingencias ambientales que definen su situación (Ribes 1990 citado en Remor, Arranz, & Ulla, 2003).

El abordaje psicológico de aquellos pacientes que sufren las repercusiones psicológicas de una enfermedad física (dolor crónico, enfermedades cardiovasculares, neoplasias, enfermedades infecciosas...) o de los pacientes que desarrollan síntomas físicos a partir de

desajustes psicologicos, requiere una metodologia con una solida base empirica que nos permita observar, evaluar e interenir en las multiples interacciones que se derivan del modelo psicologico de la salud (Remor, Arranz, & Ulla, 2003) ; es decir que se realice un acompañamiento y prevencion de aquellas conductas que pueden incurrir en factores de riesgo para la salud de una persona, a partir de una complicacion ya existente en el area biologica o fisica del mismo.

Enfermedad cardiaca

Las enfermedades del corazon y los vasos sanguíneos constituyen una de las causas mas importantes de discapacidad y muerte prematura en todo el mundo... Los episodios coronarios (infarto de miocardio) y cerebrovasculares (ataque apoplético) agudos se producen de forma repentina y conducen a menudo a la muerte antes de que pueda dispensarse la atención médica requerida. La modificación de los factores de riesgo puede reducir los episodios cardiovasculares y la muerte prematura tanto en las personas con enfermedad cardiovascular establecida como en aquellas con alto riesgo cardiovascular debido a uno o mas factores de riesgo (Organizacion Mundial de la Salud, OMS, 2008).

Las pautas de cuidado establecidas por la OMS (2008) son las siguientes:

1. Abandonar el tabaco, o fumar menos o no empezar a hacerlo.
2. Seguir una dieta saludable.
3. Realizar actividad física.
4. Reducir el índice de masa corporal, el índice cintura/cadera y el perímetro de cintura.
5. Reducir la tensión arterial.
6. Disminuir la concentración de colesterol total y colesterol ldl en sangre.

7. Controlar la glicemia.
8. Tomar antiagregantes plaquetarios cuando sea necesario.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV), es decir, del corazón y de los vasos sanguíneos, según la página oficial de la OMS¹ son:

- 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, una enfermedad causada por bacterias denominadas estreptococos;
- 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.

La causa principal de la cardiopatía coronaria consiste en la formación de la placa aterosclerótica en la cual hay una infiltración de sustancias lipídicas en las paredes de las arterias de mediano y gran calibre.

¹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>

Arteriosclerosis

Consiste en el endurecimiento de las arterias de mediano y gran el calibre, en la que se forman depósitos de grasa dentro de los vasos sanguíneos arteriales, esta también es causada por el aumento de las concentraciones séricas de colesterol y triglicéridos (Silverthorn, 2009).

Así pues, la formación de un coágulo de sangre sobre las placas depende más de la estructura de la placa que de su tamaño. Las placas vulnerables tienen cubiertas fibrosas delgadas que tienen más probabilidades de romperse, lo que expone el colágeno y activa las plaquetas que inician la formación de coágulos de sangre (trombos). Las placas estables tienen envolturas fibrosas gruesas que separan el núcleo lipídico de la sangre y no activa las plaquetas. En la actualidad se considera que la aterosclerosis es un proceso inflamatorio en el que los macrófagos liberan enzimas que convierten las placas estables en placas vulnerables (Silverthorn, 2009).

En conclusión la arteriosclerosis es una enfermedad de la íntima de las arterias, crónica, progresiva, y multifocal que, en el caso de las coronarias está limitada a los vasos epicárdicos de grande y mediano calibre; la obstrucción distal severa (vasos de pequeño calibre) tiende a ocurrir en corazones con severa enfermedad proximal y en todo caso las lesiones son menos exuberantes que las proximales. La lesión básica o ateroma corresponde a una placa con centro necrótico (con células espumosas, elementos sanguíneos, desechos necróticos, colesterol en varias formas y tejido de granulación) y, recubierta de tejido fibroso (Velez, Rojas, Borrero, & Restrepo, 1997).

Válvulas cardiacas

El sistema valvular, permite que, en el corazón normal, la contracción origine un flujo sanguíneo unidireccional, de manera que la sangre que abandone una cavidad cualquiera no pueda retornar a ella. Las cuatro válvulas se encuentran relacionadas entre sí de una manera bastante constante, ocupando un mismo plano (Garcia, Hernandez, Montero, & Ranz, 2012).

Las válvulas cardiacas se pueden dividir en dos: las válvulas áurico-ventriculares (constan de aparato subvalvular) que son la válvula mitral y la válvula tricúspide; las válvulas sigmoideas (sin aparato subvalvular, que separan los ventrículos del origen de las grandes arterias) que son la válvula aortica y la válvula pulmonar (Garcia, Hernandez, Montero, & Ranz, 2012).

Insuficiencia de la válvula mitral

La válvula mitral es una válvula bicúspide que separa la aurícula del ventrículo izquierdo; periféricamente las valvas terminan en una estructura fibrosa (anulo mitral). La cara auricular de las valvas es lisa y uniforme, mientras que la cara ventricular es muy irregular debido a la inserción en ella de las cuerdas tendinosas, cuya función es impedir la eversión de las valvas durante la sístole ventricular (Garcia, Hernandez, Montero, & Ranz, 2012).

La insuficiencia mitral debe su origen en un 80% a la fiebre reumática en la que las valvas, por el proceso de cicatrización, se atrofian y deforman impidiendo durante la sístole ventricular la coaptación de dichas valvas, lo cual facilita el reflujo desde el ventrículo izquierdo hacia la aurícula. Durante la sístole ventricular la insuficiencia mitral permite que parte del volumen se escape hacia la aurícula izquierda disminuyendo el gasto sistémico, por lo cual se presenta sobrecarga de volumen en el mismo ventrículo. La fuga de volumen a la aurícula

izquierda sobrecarga esta cavidad durante la diástole auricular (Velez, Rojas, Borrero, & Restrepo, 1997).

En la insuficiencia mitral se produce regurgitación del volumen eyectado del ventrículo izquierdo a la aurícula izquierda, lo que origina una dilatación de aurícula y ventrículo izquierdos por sobrecarga de volumen ineficaz. Existe un aumento de la presión auricular que provoca una congestión pulmonar. El tratamiento quirúrgico puede ser anuloplastia o sustitución de la válvula por prótesis valvular (Garcia, Hernandez, Montero, & Ranz, 2012).

Insuficiencia de la válvula aortica

La válvula aortica está formada por tres cúspides que se insertan en la base de la raíz aortica, que a ese nivel se dilata y hace su pared más delgada para formar los senos de Valsalva, de los que se originan las arterias coronarias (Garcia, Hernandez, Montero, & Ranz, 2012).

La insuficiencia o regurgitación valvular aortica es un deficiente cierre o coaptación de sus valvas durante la diástole favoreciendo el regreso de sangre desde la aorta al ventrículo izquierdo. Esta regurgitación es mayor en la proto-diastole y va disminuyendo en el transcurso de la misma fase del ciclo cardiaco. Lo que origina un soplo decrescendo. La insuficiencia aortica sobrecarga de volumen al ventrículo izquierdo creando hipertrofia en un principio y posteriormente dilatación del a cámara ventricular. La corrección quirúrgica es la sustitución de la válvula dañada por una prótesis valvular (Velez, Rojas, Borrero, & Restrepo, 1997).

Aneurisma de la aorta torácica, sin mención de ruptura

Los aneurismas arteriales son dilataciones irreversibles locales, con formaciones saculares fusiformes, o edema de la pared arterial que resulta en una configuración anormal del vaso, con alteración en el flujo laminar sanguíneo y con la tendencia a la trombosis y/o ruptura (Jaramillo, 2006).

La formación de un aneurisma en un vaso previamente normal implica, que la pared arterial en algún punto y en el tiempo no fue capaz de mantener su configuración e integridad normal. En términos más precisos, la fuerza mecánica impuesta sobre la capa media excedió a la resistencia, llevándola a la deformación, disrupción o ruptura. En principio puede deberse a un solo parámetro, o a la combinación de varios. El incremento en la presión sanguínea o del pulso, cambios en la frecuencia cardíaca o diámetro de la luz del vaso, alteraciones en los ángulos de las ramas arteriales y curvaturas, vibraciones distales o estenosis críticas pueden estar asociadas con el incremento de las fuerzas tensiles sobre la capa media a largo plazo (tensión por unidad de sección transversal en la pared del vaso) (Jaramillo, 2006).

Los aneurismas aórticos torácicos por lo general se perciben como contornos anormales de la aorta en las placas torácicas o en otros estudios de imagenología. Pueden afectar cualquier segmento de la aorta torácica hasta la aorta abdominal suprarrenal. La ruptura de estos aneurismas suele ser catastrófica y el índice de mortalidad es elevado (Gomez, Hardy, Hoyo, Florez, Canseco, & Sanchez, 2004).

Generalmente son asintomáticos u oligosintomáticos, pueden presentar voz bitonal, disnea, disfonía, por compromiso recurrencial y compresión bronquial. El dolor es menos frecuente, aunque de gran intensidad con afectación de la región dorsal. Si el saco aneurismático

comprime el tubo digestivo pueden presentar disfagia y eventualmente hemorragia digestiva alta. La rotura en la cavidad pleural izquierda puede constituirse en una complicación grave y frecuentemente mortal (Trainini, 2004).

La enfermedad y la hospitalización

La enfermedad, en concreto, constituye un daño, suele ser impredecible en numerosas ocasiones e incontrolable, de manera que la persona ha de confiar en el médico y trasladarle el control de la misma (Soriano, Monsalve, Santolaya, & Et al, 2009). En este sentido el carácter imprevisto es el estresor inicial dentro del proceso de enfermedad, el cual viene acompañado del desconocimiento por la duración o el curso o desarrollo del proceso en el hospital lo que no permite al individuo estar preparado para la misma.

Lipowski (1967 citado en Soriano, Monsalve, Santolaya, & Et al, 2009) indicó tres fases en la reacción de la persona ante la enfermedad:

1. Aparición de miedo y ansiedad ante la reacción de la amenaza que supone la enfermedad.
2. Sentimientos de aflicción y síndrome depresivo ante la toma de conciencia de la enfermedad. Esta toma de conciencia suele resultar necesaria para el ajuste y la adaptación ante la misma.
3. Beneficios derivados del ajuste.

Teniendo en cuenta lo anterior, un elemento importante de la hospitalización consiste en identificar los elementos que resultan especialmente estresantes para el enfermo... los aspectos que más afectan al enfermo son: la preocupación por la gravedad del problema y tener dolor,

estar alejado de los seres queridos, la incomodidad y la falta de información (Soriano, Monsalve, Santolaya, & Et al, 2009).

Así pues el paciente se ve inmerso en la “subcultura hospitalaria”; ha de adaptarse a la rutina general hospitalaria: pruebas, exploraciones; ritmos de comida, sueños, visitas; experimenta una pérdida del control de actividades cotidianas que han de modificarse hacia la adquisición de nuevos hábitos personales; deja de tener intimidad en la relación de alguna elección sobre sus ropas, tiempos de visitas, de comida...; Médicos y enfermeras hablan sobre el paciente como si no estuviera presente, y a todo ello hay que añadir los cambios en las relaciones sociales (Goffman 1968 citado en Remor, Arranz, & Ulla, 2003).

Intervención psicológica en una Unidad de Cardiología

La calidad de vida del paciente coronario se ve claramente condicionada por su capacidad funcional. En la mayor parte de los casos tras el evento coronario, el paciente se suele encontrar mejor. En primer lugar por la atención médica y farmacológica, y en segundo lugar, porque mejora su estilo de vida con una actividad menos sedentaria. Pero es una realidad que algunos aspectos de su calidad de vida empeoran. Aparecen sensaciones de inutilidad, miedo a la repetición del evento cardíaco, empeoramiento de su calidad de vida sexual (Soriano, Monsalve, Santolaya, & Et al, 2009).

Los objetivos generales de la intervención se centran en intentar eliminar o disminuir los factores tradicionales de riesgo (tabaquismo, colesterol, hipertensión y obesidad) y disminución de los aspectos patógenos del repertorio acción-emoción cuyos componentes son: urgencia, impaciencia, implicación laboral y actitudes duras y hostiles (patrón de conducta tipo A

“PCTA”) y la sensación de pérdida de control percibida (Pikering 2001 citado en, Remor, Arranz, & Ulla, 2003).

Para ello el planteamiento terapeutico se basa en: a) informar sobre los factores tradicionales de riesgo, el PCTA y su patologia, b) manejar mejor sus propios recursos y no limitarlos al mundo laboral, C) aprender nuevos recursos para afrontar los problemas cotidianos y evitar complicaciones o recaidas y d) mejorar en deteccion y comprension de sus emocienes (introspeccion) (Remor, Arranz, & Ulla, 2003).

Las intervenciones deben ser realizadas de forma clara y sencilla, sin ocultar la gravedad de la enfermedad, ni la seriedad o peligro de la intervencion y debe hacerce con tacto. El individuo debe sentir libertar de preguntar lo necesario hasta que comprenda el procedimiento al que se va a enfrentar. Ademias, hay que recordar que en la mayoria de los pacientes con cardiopatías, se marcan ciertos rasgos de personalidad a tener en cuenta como: baja tolerancia a la frustracion, incapacidad de afrontar la situacion, irritabilidad, impaciencia, ansiedad y disconformidad por el abandono de sus labores diarias y/o familiares. Estos aspectos se reavivan inevitablemente y se pueden manifestar a la hora de pasar por el proceso de cirugia cardiaca produciendo ansiedad, irritabilidad y en algunos casos depresión (Gelvez, 2010).

La intervencion psicologica tiene objetivos comunes en la intervencion de procedimientos de tipo coronario o de afecciones cardiacas, los cuales pueden ser según Roca (2000 citado en (Castillero, 2007):

- Estimular la toma de conciencia acerca de la situacion que se esta viviendo y las respuestas a ella.

- Disminuir las reacciones emocionales negativas. Aunque no se elimine completamente el malestar, puede llevarse a niveles manejables para el paciente y lograr un fortalecimiento emocional.
- Fomentar la expresión de emociones y normalizar las respuestas en relación con el estímulo que se enfrenta.
- Ofrecer información nueva y relevante, que permita la reestructuración de falsas concepciones y de expectativas inadecuadas acerca del evento vital.
- Designar al paciente tareas concretas que le permitan desempeñar un rol activo en función de su propio bienestar y que le estimulen la confianza en sus propios recursos y potencialidades.
- Desarrollar seguridad y expectativas de que se puede responder de manera más efectiva ante la situación.

Cirugía cardíaca y sus implicaciones psicológicas

La cirugía cardíaca pertenece al grupo llamado cirugía de las grandes cavidades, donde se incluyen la cirugía torácica: (pulmón, mediastino y esófago), la cirugía abdomino-pelvica: (digestivo, urología y ginecología) y la craneal (Gosalbez & Llosa, 2002).

Se sabe que la experiencia de cualquier forma de cirugía puede ocasionar un disturbio profundo en una persona, algunos reaccionan antes o después con desórdenes psiquiátricos no relacionados con la severidad de la enfermedad o de la cirugía (Underwood 1993; citado en Leon & Salazar, 2008). Cuando ésta involucra el corazón el impacto emocional en las personas es mayor, debido a la creencia popular de que el corazón es el órgano vital que regenta el cuerpo. Las personas que padecen enfermedades cardiovasculares tienen riesgos psicosociales

importantes como son patrón de conducta tipo A: enojo, hostilidad, depresión, ansiedad, estrés psicológico, fatiga excesiva, tensión laboral, mecanismos de defensa ante la situación, baja capacidad para expresión de sentimientos, baja tolerancia a la frustración y miedo a la pérdida de control, además de aislamiento y carencia de apoyo social (Giacomonte, 1997; citado en (Leon & Salazar, 2008). Si estos pacientes están deprimidos, ansiosos o niegan su situación, no están en capacidad de hacer el esfuerzo postoperatorio necesario para modificar los factores de riesgo o para participar en una rehabilitación de forma eficaz y eficiente, por lo que los resultados finales de cirugía cardíaca no serán los más óptimos. Debido a lo anterior, se reduce la posibilidad de cambiar hábitos nocivos, lo que compromete los resultados de la cirugía e incrementa el riesgo nuevos eventos cardíacos más serios en el futuro (Case, RB, 1985, citado en Leon & Salazar, 2008).

Según León & Salazar (2008) una vez realizados los estudios diagnósticos correspondientes y determinado que el único tratamiento a seguir es una operación cardiovascular, es de gran importancia la manera en que se participe al enfermo de estos hallazgos, intervención fundamental para su adaptación, para minimizar su estrés psicológico y facilitar su posterior recuperación. Se conoce que el impacto cognitivo de la noticia es duro, pero una adecuada intervención inicial será de mucha utilidad para que el proceso ocurra de una manera satisfactoria y menos traumática (ver anexo 5).

Estrategias de afrontamiento

Lazarus y Folkman (1986, citado en, Riso, 2006) definen el afrontamiento como: “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externa y/o internas que son evaluados como excedentes o desbordantes de los recursos de los individuos”; es decir que están constituidas por un repertorio cognitivo- conductual que guía los modelos de solución de una situación inesperada para el individuo.

Los autores Lazarus y Folkman (1984, Citado en, Varela & Barron, 2011) se centran en los procesos cognitivos que se manifiestan alrededor de una situación estresante para el individuo, considerando que el carácter estresante de la misma, es resultado de las “transacciones entre la persona y el entorno”, las cuales dependen del impacto que tenga dicha situación negativa, mediado por las evaluaciones que hace la persona del estresor y por los recursos personales, sociales o culturales disponibles en el repertorio del individuo para hacer frente a la situación.

En este sentido, cuando un individuo se enfrenta a una situación que le es potencialmente amenazante, realiza de manera inicial una evaluación positiva, en otras palabras, un juicio acerca del significado e implicaciones de la situación, con fin de clarificar y clasificarla como estresante, positiva, controlable, cambiante o simplemente irrelevante (Varela & Barron, 2011).

Por otro lado, “en la evaluación secundaria cuando se ha valorado un suceso como estresante se determinará los posibles recursos y opciones de que dispone la persona para hacer frente a la situación. Es una evaluación orientada a "qué se puede hacer en este caso". Ante la

enfermedad tiene la función de eliminar o paliar sus consecuencias negativas, y eliminar o disminuir la ansiedad que provoca” (Gallar, 1998, citado en Varela & Barron, 2011).

Las ocho vías diferentes de afrontamiento propuestas por Lazarus y Folkman (1984, citado en Polaino-Lorente, Cabanyes, & Del Pozo, 2003) son las siguientes:

1. **Confrontación:** constituyen los esfuerzos de un sujeto para alterar la situación. Indica también cierto grado de hostilidad y riesgo para él. Se da en la fase de afrontamiento.
2. **Planificación:** apunta a solucionar el problema. Se da durante la evaluación de la situación (evaluación secundaria).
3. **Aceptación de la responsabilidad:** indica el reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema. Es lo que comúnmente se señala como “hacerse cargo”.
4. **Distanciamiento:** Implica los esfuerzos que realiza el joven por apartarse o alejarse del problema, evitando que éste le afecte al sujeto.
5. **Autocontrol:** Se considera un modo de afrontamiento activo en tanto indica los intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales.
6. **Reevaluación positiva:** supone percibir los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante.
7. **Escape o evitación:** A nivel conductual, implica el empleo de estrategias tales como beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual. También puede ser evitación cognitiva, a través de pensamientos irreales improductivos. En general, apunta a desconocer el problema.

8. Búsqueda de apoyo social: Supone los esfuerzos que el individuo realiza para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros, con el fin de buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información o comprensión y apoyo moral.

No se trata de actitudes excluyentes sino, mas bien, de estrategias prioritarias o principales. En muchos casos se pondran en marcha varias de ellas para afrontar el mismo problema... elegir una via de afrontamiento u otra depende, en gran medida de las características de personalidad pero tambien de la situacion especifica (Parker y Col., 2000 citado en, (Polaino-Lorente, Cabanyes, & Del Pozo, 2003).

Fernandez-Abascal (1997, Citado en (Castaño & Leon, 2010) realizan una diferenciacion entre estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento, refiriendose los primeros a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional; a su vez, las estrategias de afrontamiento serían los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las situaciones desencadenantes.

Fernández-Abascal (1999, citado en, (Riso, Terapia cognitiva: fundamentos teoricos y conceptualizacion del caso clínico, 2006) proponen dieciocho estrategias de afrontamiento las cuales son:

1. Reevaluacion positiva: lograr un nuevo significado de la situacion.
2. Reaccion depresiva: pesimismo.
3. Negación: la no aceptacion del problema.
4. Planificacion: aproximación racional al problema.

5. Conformismo: pasividad-resignación.
6. Desconexión mental: distracción-inatención.
7. Desarrollo personal: autoestimulación y aprendizaje de la situación.
8. Control emocional: regular y ocultar los sentimientos.
9. Distanciamiento: supresión cognitiva de los efectos emocionales.
10. Supresión de la distracción: paralizar actividades para concentrarse en la búsqueda de la información y valorar el problema.
11. Refrenar el afrontamiento: aplazar cualquier afrontamiento hasta tener más y mejor información .
12. Evitar el afrontamiento: no empeorar la situación.
13. Resolver el problema: acción directa y racional para hallar las soluciones.
14. Apoyo social: buscar consejo y orientación para resolver el problema.
15. Desconexión comportamental: evitación.
16. Expresión emocional: asertividad y expresión interpersonal de los estados internos.
17. Apoyo social emocional: comprensión por parte de los demás.
18. Respuesta paliativa: buscar el alivio sin atacar el problema, como fumar, o beber.

La religión puede servir como una fuente de apoyo emocional, como una forma de reinterpretación positiva y crecimiento y, también, como una táctica de afrontamiento activo. Aquí se considera la estrategia como una tendencia religiosa en momentos de estrés o preocupación (Carver Et al, 1989, citado en (Lago, Acuña, Bermudez, Vilavedra, Marin, & Ibarra, 2008)).

Trastornos del estado de ánimo relacionados con la enfermedad cardíaca

Los enfermos que van a ser sometidos a procedimientos de cirugía cardíaca, viven un período de estrés psicológico, que se genera como resultado de la conjunción de estímulos externos o internos vividos como amenazantes, la personalidad del enfermo y los recursos con los que ellos cuentan para adaptarse, por lo que podemos encontrarnos con varias respuestas físicas y conductas o procesos psicológicos, como por ejemplo, sintomatología ansiosa o depresiva en términos de conductas de frustración, miedo; dolor, hiperventilación, taquicardia, agotamiento excesivo, entre otros (Giacomonte, 1997; citado en Leon & Salazar, 2008).

Ansiedad

La ansiedad es una emoción humana fundamental que fue reconocida desde hace unos 5000 años. Todos la han experimentado y seguiremos experimentándola a lo largo de nuestras vidas. Muchos observadores consideran a esta como una condición básica de la existencia moderna. No obstante, “dosis razonables” de ansiedad actúan como salvavidas para evitar que ignoremos el peligro y parece tener una función adaptativa. Algo andaría mal si un individuo no sintiera algo de ansiedad al enfrentar eventos estresantes cotidianos (Bolger y Schilling, 1991, citado en, Sue, Sue, & Sue, 1996).

La ansiedad se manifiesta de tres maneras: cognitiva (en los pensamientos de una persona), conductualmente (en sus acciones) y somáticamente (en las reacciones fisiológicas o biológicas). Las manifestaciones cognitivas de la ansiedad pueden ir desde una preocupación leve hasta el pánico. Las formas graves pueden llevar a la convicción de un destino inminente (el fin del mundo o la muerte), una preocupación por peligros desconocidos o temores de perder el control sobre las funciones corporales; las manifestaciones conductuales de la ansiedad implican la evitación de situaciones provocadoras de la misma; los cambios somáticos incluyen la

respiración entrecortada, resequedad de la boca, manos y pies fríos, diarrea, micción frecuente, mareos, palpitaciones cardíacas, elevación de la presión sanguínea, aumento de la transpiración, tensión muscular e indigestión (Sue, Sue, & Sue, 1996).

Los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada consisten en (Lopez-Ibor & Valdés, 2005):

- a. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- b. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- c. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido por más de 6 meses).
 - 1). Inquietud o impaciencia
 - 2). Fatigabilidad fácil
 - 3). Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
 - 4). Irritabilidad.
 - 5). Tensión muscular
 - 6). Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).
- d. El centro de ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno, y no aparecen exclusivamente en el transcurso de otro trastorno.
- e. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- f. Estas alteraciones no se deben a los efectos directos de una sustancia, o una enfermedad médica, y no aparecen exclusivamente en el transcurso de otro trastorno.

Depresión

Considerado un estado de ánimo triste o decaído caracterizado por síntomas afectivos, cognoscitivos, conductuales y fisiológicos; el estado de ánimo deprimido es el síntoma más notable de la depresión. Los depresivos experimentan síntomas de tristeza, desaliento, y una aflicción excesiva y prolongada. Son comunes los sentimientos de inutilidad y de pérdida de la alegría de vivir. Pueden ocurrir episodios de llanto violento sin una situación directa con la que puedan estar correlacionados; los síntomas cognitivos se expresan en las ideas y pensamientos pesimistas, en la cual podemos mencionar la triada cognoscitiva de Beck (ideas negativas sobre sí mismo, del mundo exterior y del futuro), desinterés, la disminución de la energía y pérdida de la motivación hacen más difícil para el deprimido afrontar las situaciones cotidianas (Sue, Sue, & Sue, 1996).

Los síntomas conductuales se reflejan en la apariencia y el comportamiento externo del deprimido, el cual se muestra desaliñado o sucio, descuida su limpieza personal; sus movimientos se lentifican, sus expresiones se acortan, a menudo muestra aislamiento social, y disminución de la productividad laboral; los síntomas fisiológicos van desde la pérdida de apetito y peso, estreñimiento, interrupción del ciclo menstrual normal, disminución de los patrones de excitación, dificultades en los ritmos de sueño (Sue, Sue, & Sue, 1996).

Los criterios diagnósticos para el episodio depresivo son (Lopez-Ibor & Valdés, 2005):

- a. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los

síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

- 1). Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros.
 - 2). Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según lo refiere el sujeto o un observador).
 - 3). Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento de apetito casi cada día.
 - 4). Insomnio o hipersomnia casi cada día.
 - 5). Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.
 - 6). Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 - 7). Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados (que puede ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
 - 8). Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día.
 - 9). Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- b. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- c. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- d. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.
- e. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo.

Objetivo General

Describir las diferentes estrategias de afrontamiento utilizadas por el paciente O.D, durante su proceso de hospitalización pre y postoperatorio.

Objetivos específicos

Evaluar el estado de ánimo del paciente según el protocolo de Atención Psicológica del Instituto del Corazón de Bucaramanga, mediante la batería de pruebas BAI, y BDI-II con el fin de determinar la presencia de sintomatología y trastornos de ansiedad o depresión.

Realizar acompañamiento psicológico durante el proceso de hospitalización con el fin de lograr la adaptación del paciente al medio, y a las nuevas condiciones de vida después del procedimiento quirúrgico.

Implementar diferentes técnicas de intervención psicológica como la reestructuración cognitiva, con el fin de modificar patrones de pensamiento desadaptativo referentes al proceso de cirugía cardíaca.

Determinar y describir las estrategias de afrontamiento utilizadas por el paciente durante el proceso de atención psicológica, relacionándolas con la recuperación de la cirugía cardíaca y sus consecuencias.

Marco metodológico

La presente investigación es de enfoque cualitativo, consistente en un modelo de estudio de caso, de diseño simple de caso único o unidad de análisis (Martinez, 2006). El carácter de esta investigación es descriptivo debido a que pretende identificar y describir los distintos factores que ejercen influencia en el fenómeno estudiado (Martinez, 2006); busca a partir de un caso particular la especificación de determinados modelos de afrontamiento del individuo ante una situación de cambio como lo es el sometimiento a una cirugía cardíaca y a las modificaciones y restricciones de hábitos pre y post operatorias.

La unidad de análisis del presente estudio es el paciente O.D de género masculino, con 44 años de edad, quien fue elegido de acuerdo a los criterios de exclusión e inclusión que se mencionaran más adelante, con el cual se realizó un proceso de acompañamiento psicológico durante 25 sesiones; una cada día de lunes a viernes en la jornada de la tarde, con una duración de 30 a 60 minutos, dependiendo de la necesidad del paciente (ver anexo 2). El Señor O.D fue hospitalizado en la Clínica FOSUNAB (FOSCAL – UNAB) en la Unidad de cardiología del Instituto del Corazón de Bucaramanga; diagnosticado con insuficiencia de la válvula aortica y aorta ascendente, por lo cual se le realizó el procedimiento quirúrgico de reemplazo de la válvula aortica con prótesis mecánica.

Ahora bien, el criterio de inclusión consiste en haber participado del tratamiento psicológico durante su estancia en la unidad de hospitalización de cardiología. Por otra parte, el criterio de exclusión para la selección del caso consiste en la ausencia de patología ansiosa o depresiva la cual se mide por medio de la operacionalización de estos dos constructos en la

aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck- II (BDI-II) respectivamente.

En función de dicha medición, para el constructo ansiedad, se utilizara el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) publicado originalmente por Aaron Beck y Robert Steer, en 1988; es una escala que mide de manera autoinformada el grado de ansiedad. Está formada por 21 ítems especialmente diseñados para medir los síntomas de la ansiedad menos compartidos con los de la depresión; en particular, los relativos a los trastornos de angustia o pánico y ansiedad generalizada, de acuerdo con los criterios sintomáticos que se describen en el DSM-III-R para su diagnóstico. Por ejemplo, uno de los ítems es “Nerviosismo” y se pide a la persona que conteste sobre la gravedad con que le afectó durante la última semana, en una escala de 4 puntos desde “Nada en absoluto” hasta “Severamente”. El BAI ha sido formulado para que discrimine entre los grupos de diagnóstico ansioso y no ansioso en una gran variedad de poblaciones clínicas, lo que amplía sus áreas de aplicación (Consejo General de Colgios Oficiales de Psicologos, 2011).

La puntuación es la suma de las respuestas de la persona evaluada a cada uno de los 21 síntomas. Cada uno de ellos se puntúa en una escala de 0 a 3. La puntuación que indica la máxima ansiedad es de 63 puntos (Consejo General de Colgios Oficiales de Psicologos, 2011).

Por otra parte, con la finalidad de medir el constructo depresión se utilizara el Inventario de Depresión de Beck- II (BDI-II) publicado originalmente por Aaron Beck, Robert Steer y Gregory Brown, en 1996; es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con

los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). En concreto, se incluyen todos los criterios propuestos en las dos referencias citadas para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y casi todos los propuestos para el diagnóstico de distimia (en concreto, todos los del DSM-IV y el 75% del CIE-10) (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2011).

El BDI-II es fácil de utilizar. Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado; aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo en cumplimentarlo. Las instrucciones para el BDI-II solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día de hoy, para ser consistente con los criterios del DSM-IV para la depresión mayor. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2011).

Descripción del caso clínico

Identificación del paciente: Hombre de 44 años de edad, reside en la Ciudad de Cúcuta Norte de Santander, estrato socioeconómico 2, se desempeña como panadero, cuenta con su negocio propio, ubicado en la misma ciudad de residencia, de religión Cristiana; técnico en Pastelería y Repostería, estudio realizado en el SENA - Servicio Nacional de Aprendizaje Cúcuta N.S. Casado hace 11 años, vive con su esposa de 36 años de edad quien es también se desempeña en el mismo oficio, y sus dos hijos de 15 años (hombre) y 8 años (mujer).

Diagnóstico

Eje I: Síntomas ansiosos.

Eje II: No presenta ninguna alteración cognitiva, ni de la personalidad.

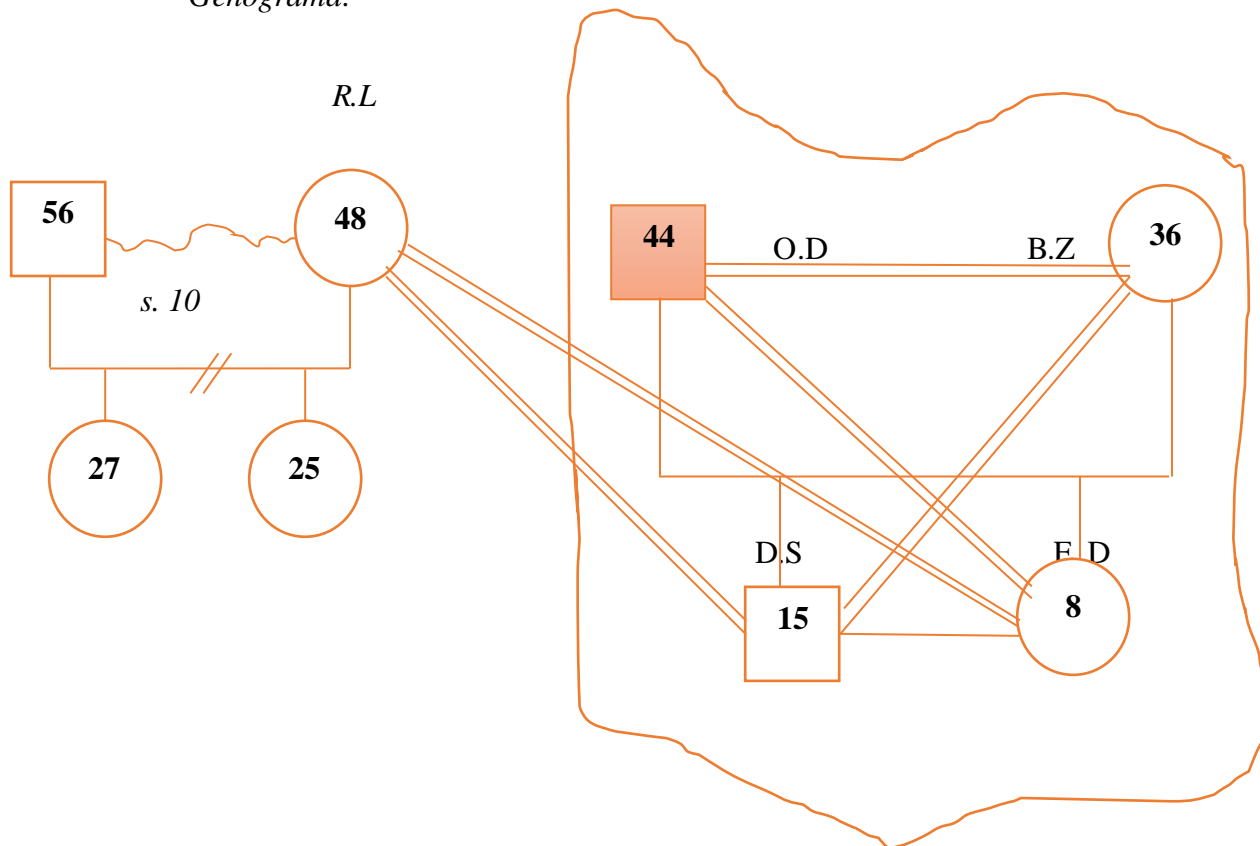
Eje III: Enfermedad Cardíaca insuficiencia de la válvula aórtica y aorta ascendente, Síndrome de Marfán (Ver anexo 5).

Eje IV: Problemas relativos a la vivienda, problemas económicos, problemas relativos al servicio de salud.

Eje V: Síntomas ausentes o mínimos, ansiedad ante la intervención quirúrgica, buena actividad en todas las áreas, se muestra interesado y se implica en todas las actividades.

Motivo de la remisión: Paciente de cirugía cardíaca con quien se inicia el protocolo de Atención Psicológica establecido por el Departamento de Psicocardiología del ICB.

Genograma:



Dinámica familiar

Familia nuclear padre, madre e hijos (2), menores de edad, E.D de 8 años y D.S de 15 años. El paciente O.D manifiesta tener una relación de pareja basada en el respeto, la unión apoyo y afecto mutuo. Sus hijos estudian en un colegio público de la ciudad, la señora B.Z refiere que la relación entre E.D y D.S es buena, discuten en algunas ocasiones por desacuerdos; pero ésta no sobrepasa los límites.

Por otra parte, se puede evidenciar en el relato del paciente que existen normas, reglas y límites establecidos en el hogar, cada uno de los miembros de la familia tiene responsabilidades y tareas asignadas por cumplir para el buen funcionamiento de la misma.

La esposa del paciente la Señora B.Z tiene una relación muy cercana con su hermana mayor R.L, quien colabora en el negocio cuando alguno de los dos se incapacita por motivos de salud u otros factores inesperados. El paciente refiere que su cuñada R.L ha sido su “mano derecha” en los cuidados de sus hijos y del hogar en la ciudad de Cúcuta N.S, en el tiempo que ha estado hospitalizado.

En general se puede evidenciar en la familia una buena comunicación y apoyo mutuo entre esposos e hijos.

Análisis Diacrónico

En la exploración de sus antecedentes psicológicos, el paciente no reporta un diagnóstico de Depresión o Ansiedad durante su vida, refiere que es primera vez que recibe acompañamiento por psicología expresando “no he necesitado de un psicólogo hasta el momento” y no existen antecedentes psicológicos familiares.

Análisis Sincrónico

El paciente O.D fue hospitalizado un día antes del procedimiento quirúrgico en la Clínica FOSUNAB. Donde se inicia el acompañamiento psicológico de acuerdo al Protocolo de Psicocardiología (ver anexo 1).

Se encontró al paciente en la habitación acompañado por su esposa B.Z. Durante ésta sesión se pudo evidenciar síntomas ansiosos, el paciente manifestó sentir miedo a la muerte, con pensamientos de catastrofización, “no quiero dejar solos a mis hijos y esposa” (ver anexo 2).

En cuanto a la salud física del paciente O.D, manifestó que durante los estudios y exámenes realizados previos a la cirugía, recibe el diagnóstico de Síndrome de Marfán (ver anexo 5), siendo este un factor de complicación para su condición actual (enfermedad cardíaca). Adicional a esto, en la exploración de su estilo de vida, se encontró que a la edad de 17 años, según el relato del paciente O.D comenzó a fumar cigarrillo y a tomar bebidas alcohólicas con frecuencia cada 8 días (fines de semana) pero debido la fe y creencia en Dios, su estrategia de afrontamiento estuvo orientada a la religiosidad, como lo manifiesta en su discurso “Hasta que conocí a Dios a mis 27 años, desde ese momento ha sido lo mejor que me ha pasado, y desde ese día mi vida cambió totalmente” (Carver Et al, 1989, citado en Lago, 2008).

De acuerdo a lo anterior, se puede observar a través del discurso del paciente y la valoración y evaluación del estado de ánimo por medio de la batería de pruebas Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), que no alcanza a cumplir los criterios para un trastorno de ansiedad o un trastorno de depresión, así mismo, el paciente es conciente de su condición de salud y aceptó como tratamiento a su enfermedad el procedimiento quirúrgico manifestando “operándome voy a vivir más y podré compartir más tiempo con mi familia”. Posterior a ello, al séptimo día del acompañamiento psicológico se evidencian síntomas de ansiedad en el paciente O.D en referencia a la salida de hospitalización; manifiesta que el médico tratante le dio de alta, se procede a realizar el egreso suministrándole la información relevante que debe tener en cuenta para solicitar el control externo con cirugía cardíaca y las sesiones de las terapias de rehabilitación cardíaca.

Evaluación psicológica

El acompañamiento psicológico estuvo conformado por la evaluación e intervención, tuvo una duración de 25 sesiones; previamente al diseño y creación del plan de intervención, el paciente O.D diligenció el consentimiento informado, con el objetivo de dar a conocer el estudio enmarcado en la práctica de la Especialización en Psicología Clínica, cooperativo entre la Universidad Pontificia Bolivariana – seccional Bucaramanga (UPB) y el Instituto del Corazón de Bucaramanga (ICB).

De manera inicial el paciente O.D firmó voluntariamente y accedió a participar de la investigación, posteriormente se aplicó el Protocolo de Psicocardiología implementado por el ICB (Esparza, 2013) (ver anexo 1), el cual está diseñado con una duración de 6 a 8 sesiones las cuales se ampliaron debido a la prolongación de la estancia hospitalaria del paciente, dicho protocolo consiste en la realización entrevista inicial con el paciente y su familia, la evaluación por medio de la observación y la batería de pruebas psicológicas para evaluar el estado de ánimo, compuesta por el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), explicadas anteriormente.

Así pues, el acompañamiento por psicología comienza con la Entrevista Inicial, un día antes de la cirugía cardíaca del paciente, en donde se evalúa el estado de ánimo a través de la observación y la batería de pruebas, con el objetivo de obtener resultados en el preoperatorio, evidenciando que el paciente no cumple los criterios para un trastorno de Ansiedad o Depresión previo al procedimiento quirúrgico, el cual se puede evidenciar a continuación en la Tabla N° 1.

Prueba	Evaluación Prequirúrgica	Evaluación Posquirúrgica	
	Septiembre 22	Septiembre 29	Octubre 06
BAI	Miedo a que suceda lo peor (2)		
	Palpitaciones o taquicardia (1)		
	Terroses (1)		
	Nerviosismo (2)		
	Miedo a morir (2)		
		Sensación de ahogo (2)	Sensación de ahogo (2)
		Dificultad para respirar (2)	Sensación de ahogo (2)
Puntuación total	8	4	4
BDI-II	Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser (1)		
	Me siento más inquieto o agitado que de costumbre (1)		
	Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades (1)		
	Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre (1)		Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre (2)
	No me considero tan valioso y útil como solía ser (1)		
	Tengo menos energía de la que solía tener (1)	Tengo menos energía de la que solía tener (2)	
	Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre (1)	Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre (2)	
	Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar (1)		
Puntuación total	8	4	2

Tabla 1. Evaluación test BAI y BDI-II

Análisis y descripción de las conductas problema

En el proceso psicológico realizado con el paciente O.D se aplicó en tres ocasiones el Test BAI, con el objetivo de identificar el grado de ansiedad que presenta antes de la cirugía,

después de la cirugía y al reingresar nuevamente al ambiente hospitalario, luego de su segunda intervención.

Así mismo, se aplicó el BDI-II con el propósito de conocer el grado de depresión en el que se encuentra el paciente O.D antes de la cirugía y después de la misma en dos ocasiones, en la primera y segunda intervención.

De acuerdo a lo anterior, se encontró que el paciente O.D antes de la cirugía cardiaca y durante el reingreso presenta: 1. preocupación por la posibilidad de morir, apresurándose a los hechos, pensando en que le suceda lo peor, refiriendo no quiero dejar solos a mis hijos y esposa” siendo éste un pensamiento de catastrofización (consiste en exagerar la importancia de los hechos, situaciones (Riso, 2006) , con respecto a la muerte. 2. Síntomas de ansiedad, reflejados en el dolor de cabeza, estreñimiento, inapetencia, voz temblorosa, ojos agudados al referirse a sus hijos, palpitaciones o taquicardia, se siente más inquieto o agitado que de costumbre, cansancio, fatiga, dificultad para respirar y al tomar decisiones le resulta más difícil. 3. Quejas sobre su situación hospitalaria, al momento de reingresar, manifiesta preocupación por su situación económica, y el tiempo que permanecerá en la clínica.

Así mismo, se indaga en el paciente O.D las expectativas en referencia al procedimiento quirúrgico, refiriendo que para él es muy importante que le realicen la cirugía ya que mejorará su calidad de vida y podrá disfrutar más tiempo al lado de su familia.

A continuación se describirá por áreas la evaluación psicológica realizada en la estancia hospitalaria (prequirúrgica – posquirúrgica) Tabla 2.

Área de evaluación	Estancia prequirúrgica	Estancia Posquirúrgica
Cognitiva	No presenta alteraciones cognoscitivas notorias, el procesamiento de la información suministrada es adecuado, receptivo, percibe todo estímulo externo encontrado en el ambiente, escucha activa. Es consciente del tratamiento quirúrgico a realizar, expresa sus ideas y pensamientos siendo coherente, refiere temor a la muerte, pensamientos catastróficos hacia el futuro con relación a la cirugía cardiaca.	Durante la estancia en la UCI, sus pensamientos son positivos, tiene una actitud optimista ante el proceso de recuperación, por su estado de salud satisfactorio, estable y sin complicaciones, manifiesta sentirse tranquilo y alegre por su proceso cada día. Refiere que Dios y su esposa, han sido su motor y ayuda en todo momento, nunca lo han abandonado en los acontecimientos que son difíciles para la familia.
Afectiva	Se puede evidenciar una relación estrecha con su esposa B.Z, siendo esta evidente en sus expresiones verbales y en su comportamiento motor (caricias). Adicionalmente, se observan síntomas ansiosos, voz temblorosa, ojos aguados al referirse a sus hijos.	Se evidencia respetuoso y receptivo con el equipo médico que lo atiende, sonríe y hace chistes cuando lo visita el personal de enfermería para suministrarle los diferentes medicamentos, sigue instrucciones y realiza los ejercicios ordenados por los especialistas (terapia respiratoria, terapia física). En la UCI, y en la habitación, al momento de efectuar las sesiones de seguimiento por psicología en la jornada de la tarde, el paciente O.D siempre está acompañado por su esposa B.Z y se puede observar muestras de cariño hacia Ella.
Somática	El paciente O.D es diagnosticado con Insuficiencia de la Válvula Aortica y Aorta Ascendente, manifiesta un leve dolor de cabeza durante la primera sesión.	En el reingreso del paciente O.D, en su segunda intervención quirúrgica es diagnosticado con pericardiotomía - drenaje colección serohemática posterolateral de 400 cc con un cuadro clínico de fatiga excesiva, dificultad para respirar y dolor torácico. Durante la estancia en la

		habitación, en el día quince (15) de seguimiento por psicología la jefe de enfermería de turno refiere que el paciente tiene una bacteria no específica, lo que le ocasiona al paciente síntomas de estrés y preocupación somatizando en sus vías digestivas, presentando estreñimiento (ver anexo 2).
Conductual	Sin alteraciones, no reporta problemas actuales.	En la estancia en piso, refiere estreñimiento e inapetencia el día 15 del acompañamiento por psicología, causado por los síntomas de estrés, preocupaciones y los medicamentos suministrados. Pérdida de la autonomía en la estancia en UCI.
Interpersonal	Es un paciente cordial, colaborador, respetuoso con el personal de la clínica, reposta la información requerida sin complicaciones.	Durante el seguimiento psicológico es colaborador con el entrevistador, expresa sus pensamientos, sentimientos y emociones sin dificultad.

Tabla 2. Evaluación Psicológica de las áreas implicadas.

Plan de intervención

El modelo de intervención psicológica empleado con los pacientes de cirugía cardíaca por el Departamento de Psicocardiología del ICB es el *enfoque cognitivo-conductual* el cual busca modificar la conducta manifiesta influyendo sobre los procesos de pensamiento de un paciente determinado, basados en el empirismo (Clark & Beck, 2012).

Debido a la importancia en la eficiencia y eficacia de los procesos en los acompañamientos por psicología pre y pos quirúrgicos, se establece como meta de tratamiento: contribuir a la adaptación del paciente al ambiente hospitalario favoreciendo su proceso de recuperación.

Con fines del tratamiento del paciente O.D, se establece con él y su familia, como primera medida *el rapport* “definido como una relación óptima entre el terapeuta y el paciente durante el curso de la terapia, donde el paciente se siente a gusto con el terapeuta y le tiene confianza; el rapport es necesario para motivar al paciente a participar del proceso psicológico, para darle la sensación de que es comprendido, elevar su autoestima, y estimular el flujo de actitudes y sentimientos del paciente” (Reynoso & Seligson, 2005), brindando así, un ambiente de calidez y confianza en donde el paciente y su familiar se sientan seguros y tranquilos y puedan expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones con un profesional especialista sin llegar a ser juzgado y señalado.

De igual manera, se emplea la escucha activa con el paciente, en donde éste pueda manifestar sus necesidades, preocupaciones y miedos antes de la cirugía y después de la misma, con el propósito de permitir la expresión de pensamientos y sentimientos relacionados con la estancia hospitalaria.

Por otra parte con el fin de disminuir los niveles de ansiedad hacia lo desconocido en el paciente O.D y su familia (esposa) B.Z, se utiliza la *Técnica Informativa* “la cual implica el uso de la literatura para ayudar al paciente a afrontar sus problemas emocionales, enfermedades físicas o mentales y demás cambios en sus vidas, cuyo objetivo es permitir la comprensión de determinado problema sobre la enfermedad” (Ibañez & Manzanera, 2012) y la *técnica de Psicoeducación* entendida como “un aprendizaje experiencial del proceso de enfermedad que se padece y de la mejor forma de afrontar las consecuencias haciendo participe al usuario de lo que se sabe científicamente sobre su problema y que este conocimiento lo aplique a la mejoría de su vida” (Gomez, Hernandez, Rojas, Santacruz, & Uribe, 2008). Las anteriores técnicas se implementan con el paciente y su familia permitiéndole tener mayor información sobre la enfermedad cardíaca (Insuficiencia de la Válvula Aórtica y Aorta Ascendente) y el procedimiento quirúrgico a realizar, teniendo en cuenta el material suministrado por el Instituto del Corazón de Bucaramanga, la Cartilla “Preparándome para la Cirugía Cardíaca” (Ver anexo 6).

En la primera sesión con el paciente O.D se evidencian síntomas ansiosos en relación a los *pensamientos distorsionados o distorsión cognitiva* “referidos a conclusiones o productos cognitivos equivocados” (Riso, 2006), entre los cuales era evidente *la catastrofización* (consiste en exagerar la importancia de los hechos o situaciones (Riso, Terapia cognitiva, 2006) con respecto a la muerte, y en la octava sesión se observan persistencia de pensamientos distorsionados como consecuencia de la recaída que presentó el día siguiente al alta hospitalaria.

Con el fin de disminuir los pensamientos negativos acerca del futuro se recurre a la *Técnica de Reestructuración Cognitiva* “consiste en la identificación y cuestionamiento por parte del paciente de sus pensamientos desadaptativos con ayuda del terapeuta, de modo que queden

sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine la perturbación emocional y/o conductual causada por estos” (Bados & Garcia, 2010); *la Técnica de Descatastrofización* “el paciente puede anticipar eventos temidos sin base real y producirle esto ansiedad. El terapeuta puede realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así la visión del paciente” (Ruiz & Cano, 2002) y *la Técnica de Entrenamiento en detención de Pensamiento* “consiste en la interrupción y modificación, por medio de la sustitución, de los pensamientos asociados al problema” (Gonzales, 2009).

Con fines de lograr la disminución de sintomatología física de ansiedad (reflejada en el dolor de cabeza, estreñimiento, inapetencia, voz temblorosa, ojos aguados al referirse a sus hijos, palpitaciones o taquicardia, se siente más inquieto o agitado que de costumbre, cansancio, fatiga, dificultad para respirar y al tomar decisiones le resulta más difícil) se emplea *la Técnica de Entrenamiento en Relajación progresiva* “consiste en tensar y destensar los diferentes grupos musculares tomando conciencia de las sensaciones que se producen en cada situación” (Ruiz , Diaz, & Villalobos, 2012), de igual forma con la intención de reducir los pensamientos distorsionados como: “no quiero dejar solos a mis hijos y esposa”, “pensé que ya estaba cerca de irme para mi ciudad y estar con mis hijos, pero vuelvo a la clínica y quien sabe por cuánto tiempo”, se emplea *la Técnica de Debate y Búsqueda de Evidencias* (Ellis utiliza tres tipos de argumentos para debatir creencias irracionales: argumentos empíricos que animen al cliente a buscar evidencia que conforme o refute la verdad de sus creencias irracionales, argumentos lógicos que le permitan analizar la lógica de sus creencias irracionales y argumentos pragmáticos que le ayuden a cuestionarse la utilidad sus creencias irracionales” (Ruiz , Diaz, & Villalobos, 2012).

Por otra parte, el paciente O.D presenta preocupación por su situación económica en el sexto día de acompañamiento psicológico, y en el reingreso al octavo día de seguimiento, manifestando que “tengo cerrado el negocio y de éste provienen nuestros ingresos monetarios por ende ya casi no nos queda nada, me va a tocar pedirle a mi cuñada que me preste para mis hijos y para mi esposa”. En su reingreso expresa “Pensé que ya estaba cerca de irme para mi ciudad y estar con mis hijos, pero vuelvo a la clínica y quien sabe por cuánto tiempo”. De acuerdo a esto, se abre un espacio para la expresión de pensamientos, sentimientos y emociones, con el objetivo de liberar cargas emocionales que afecten en su recuperación y estancia hospitalaria. Así mismo, se emplea la *Técnica de Expresión Emocional* “definida como la inclinación a hablar sobre información extremadamente personal y estresante” (Correche & Labiano, 2005), la *retroalimentación Positiva de Comportamientos Deseados* “Sucede cuando mantenemos constante la acción y modificamos los objetivos, es decir que trata que una situación se mantenga en variación constante” (Arnold & Osorio, 2006).

Por otra parte se implementó la búsqueda de red de apoyo (esposa, cuñada, hijos) afianzando la misma con fines de fortalecer el proceso por el que atraviesa el paciente y *Técnica de Entrenamiento en Resolución de Problemas* “es un proceso cognitivo, afectivo y conductual a través del cual el individuo intenta identificar o descubrir soluciones a problemas específicos siguiendo cinco pasos que son: orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisiones e implementación de verificación de la solución” (Labrador, 2008)

Para disminuir el dolor leve referido por el paciente O.D el tercer y cuarto día de acompañamiento por psicología se usa la *Técnica de Instrucciones Conductuales* “son normas o pautas específicas que indican a la persona el comportamiento concreto a producir, es decir que

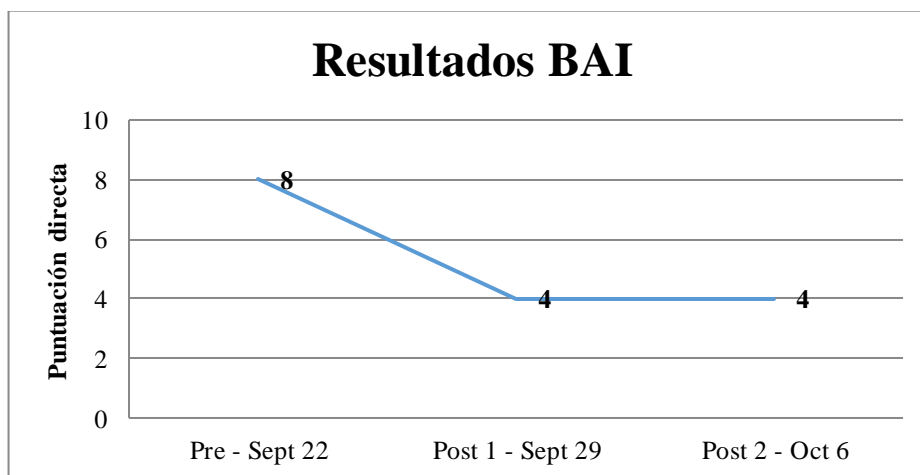
resultados y bajo qué circunstancias en particular. Las instrucciones verbales específicas aceleran el proceso de aprendizaje” (Martin & Pear, 1999); *la Técnica de Planeación de Actividades Diarias (Distracción)* “durante la sesión, terapeuta y paciente van programando las actividades diarias que realizará el paciente, utilizando una jerarquía mental es que el paciente se perciba capaz de controlar su tiempo y realizar algunas actividades” (Ruiz , Diaz, & Villalobos, 2012) y *la Técnica de Imaginación* “consiste en pedir que se imagine una situación particular e ir preguntando al paciente por los sentimientos y conductas que le acompañan, luego cambiar los pensamientos manteniendo la situación y preguntar por el cambio de sentimientos y conductas que se producen” (Ruiz , Diaz, & Villalobos, 2012).

Y por último con el objetivo de fomentar hábitos de alimentación saludable se emplea *la Técnica de Psicoeducación* sobre alimentación y hábitos saludables y *la Técnica de Apoyo Social* (red de apoyo) con el fin de brindar a los familiares cuidadores estrategias de ayuda en el mantenimiento de hábitos acordes al proceso de recuperación y modificación de estilo de vida post-quirúrgico.

Resultados

De acuerdo con la intervención realizada en el paciente O.D, se evidenció el cumplimiento de los objetivos terapéuticos del plan de intervención ejecutado, al implementar la técnica de reestructuración cognitiva, modificando las creencias irracionales del paciente y su familiar, promoviendo la adaptación al ambiente hospitalario, las nuevas condiciones referentes al estilo de vida post-quirúrgico, los hábitos saludables y demás cuidados que debe incorporar en el día a día, además de contribuir a su óptimo proceso de recuperación.

En cuanto a la aplicación de la batería de pruebas de ansiedad y depresión, se observaron las siguientes puntuaciones pre y post quirúrgica en el paciente O.D:

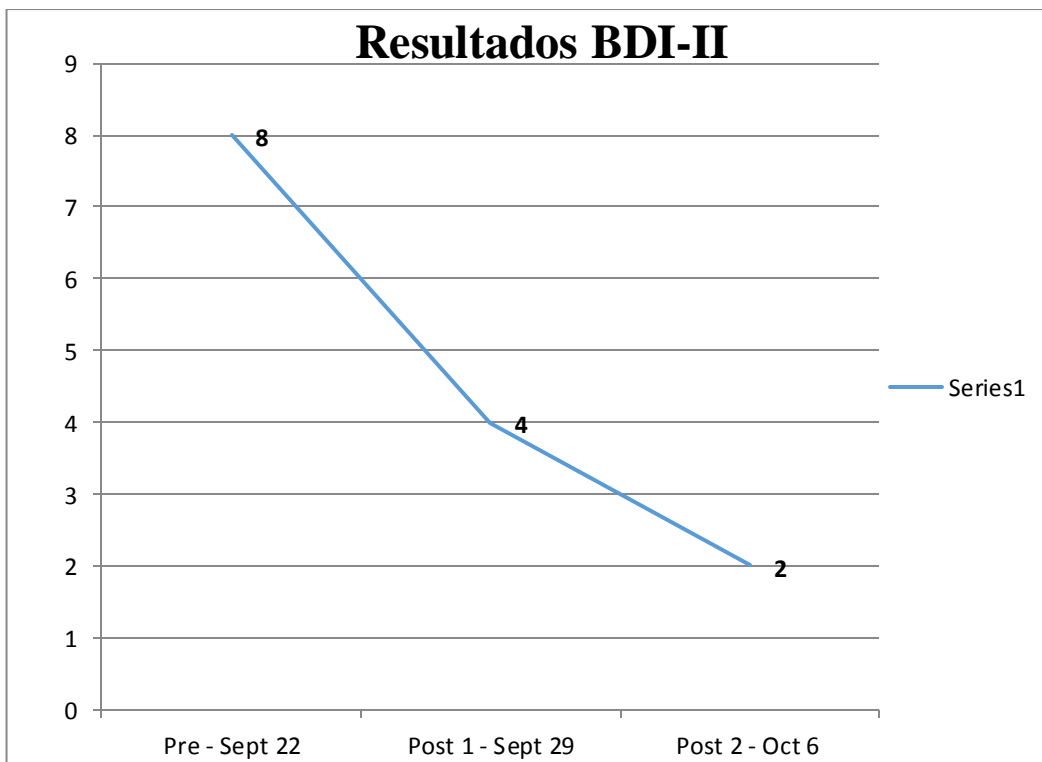


Gráfica 1. Resultados aplicación pre y pos cirugía del Test BAI.

De acuerdo a los resultados obtenidos prequirúrgicos en el Test BAI (ver gráfica 1), se puede evidenciar que el paciente O.D presentó síntomas ansiosos arrojando un resultado de 8 puntos (ver tabla1).

No obstante, al iniciar el acompañamiento por psicología, siguiendo el protocolo de psicocardiología (ver anexo 1), se observa que los síntomas de ansiedad presentes antes de la cirugía por el paciente O.D disminuyeron notoriamente, esto se puede comprobar en el puntaje total del Test BAI (ver gráfica 1), aplicado en el postoperatorio, el cual puntuó 4 (ver tabla 1).

En su reingreso al ambiente hospitalario, siendo éste un suceso inesperado para el paciente, su familia y el equipo médico, se observa que en la segunda aplicación del Test BAI (ver gráfica 1) en el proceso posquirúrgico, arrojó un puntaje total de 4 puntos, indicando que los síntomas de ansiedad no aumentaron.



Gráfica 2. Resultados aplicación pre y pos cirugía del Test BDI-II.

Por otra parte, al aplicar el Test BDI-II en el tratamiento prequirúrgico, se evidencia que el paciente O.D no presenta un trastorno depresivo (ver tabla 1 y gráfica 2), obteniendo un puntaje total de 8 puntos.

De igual forma, se aplica nuevamente el Test BDI-II en el proceso posquirúrgico después de la primera y segunda intervención, con el objetivo de indagar si presenta aumento en los síntomas ya observados anteriormente, logrando alcanzar resultados por debajo del puntaje obtenido antes de la cirugía con un total de 4 puntos en la primera intervención quirúrgica y en la segunda cirugía obtuvo un puntaje menor de 2 (ver tabla 1 y gráfica 2).

A continuación se detallan los logros alcanzados con el paciente O.D y su familia:

Se logró obtener una relación óptima con el paciente y su familiar, basada en un ambiente de calidez, confianza, seguridad y tranquilidad, favoreciendo la expresión libre y voluntaria de pensamientos, sentimiento y emociones, contribuyendo a mejorar su estado de ánimo, lo anterior se evidencia en el paciente O.D y su esposa B.Z durante el acompañamiento por psicología, al observar sus expresiones corporales, verbales y demás pensamientos y comportamientos durante la estancia hospitalario.

Se consiguió disminuir los síntomas de ansiedad presentes durante la estancia hospitalaria mediante las técnicas empleadas durante el acompañamiento por psicología entre las cuales están psicoeducación ,técnica informativa, reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación progresiva, apoyo social, entre otras ya mencionadas anteriormente en el plan de intervención, disminuyendo los pensamientos distorsionados (catastrofización) equivocados en referencia al futuro.

Así mismo, se logró fomentar hábitos y estilos de vida saludable en el paciente, mediante instrucciones y pautas conductuales que se proporcionaron durante la estancia hospitalaria y este considera a seguir durante su vida, lo anterior en conformidad con el hecho de que sus hábitos alimenticios previos a la hospitalización no se consideraban sanos y adecuados; evidenciado en las verbalizaciones durante la entrevista inicial “a mí me encanta, tomar bastante leche y me fascina el pan, por mí solo comería pan con leche todos los días, no me gustan las sopas de verduras, como fritos y me encanta el arroz con huevo”. De acuerdo a esto, se puede observar que el Señor O.D no tiene en su dieta alimenticia las verduras, los granos, las proteínas y consume comidas con alto contenido de grasa lo que puede aumentar el nivel de colesterol en la sangre, llegando a afectar su salud.

Durante las visitas en el acompañamiento por psicología, después de su cirugía y de realizar la psicoeducación sobre estilos de vida saludable, se puede evidenciar al indagar con la esposa B.Z y el personal de enfermería de turno, sobre el apetito e ingesta de comida diaria del paciente O.D durante la estancia en UCI y en la habitación, que se obtuvieron mejoras notorias en éste punto, refiriendo que el paciente consume verduras, sopas, proteínas bajas en grasa, según la dieta prescrita por el cirujano cardiovascular tratante y su apetito no se ve afectado ni ha disminuido. Lo cual, indica que se lograron resultados significativos con respecto a los hábitos en la alimentación.

Ahora bien, en consideración de las estrategias de afrontamiento utilizadas por el paciente en su proceso de hospitalización pre y post quirúrgica, se observó un modelo positivo de adaptación a las nuevas condiciones de vida durante la estancia hospitalaria; teniendo en cuenta las dieciocho estrategias de afrontamiento de Fernandez-Abascal (1999, citado en, (Riso, Terapia

cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico, 2006) se describen las estrategias de afrontamiento implementadas por el paciente O.D durante su proceso hospitalario:

1. Reevaluación positiva

El paciente es conciente de su condición de salud, está de acuerdo con el tratamiento quirúrgico a realizar al expresar “operándome voy a vivir más y podré compartir más tiempo con mi familia” y muestra interés por conocer y recibir información acerca de su cirugía, manifestando “me siento más tranquilo al saber que es lo que me vana a hacer” de esta manera se evidencia la evaluación positiva que hace de su situación actual, encontrando los factores favorecedores del procedimiento quirúrgico para su estado de salud.

2. Planificación

El paciente sabe que está enfermo y opta por aceptar el tratamiento quirúrgico como alternativa de vida, refiere “si no me opero mi calidad de vida no es la misma”, así pues se analiza la toma de decisiones dentro del proceso de hospitalización por parte del paciente, las cuales afectan su salud de manera positiva, e influyen en su ambiente (cierre temporal del negocio, gastos de manutención en otra ciudad, y demás), y a partir de las cuales organiza un modelo de acción referente a la solventación de las mismas.

3. Conformismo

El paciente se dispone a seguir el tratamiento sugerido por el cardiólogo tratante y llevar a cabo el procedimiento quirúrgico, siguiendo las instrucciones e indicaciones de los diferentes profesionales involucrados en su proceso.

4. Desarrollo personal

Al paciente O.D antes de ser hospitalizado, la enfermera jefe de cirugía cardiaca del ICB, le entrega la Cartilla “Preparándome para la cirugía cardiaca”, la cual lee muy atento con su esposa B.Z. Ésto se evidencia, al momento de realizar la entrevista inicial, el paciente conoce de su enfermedad y el tratamiento quirúrgico a seguir, así mismo, se observa interesado por conocer aún más sobre su enfermedad (Psicoeducación), en este sentido se evidencia la utilización de la situación problema, como una experiencia de aprendizaje de la cual puede tomar información para mejorar, en la modificación de hábitos de salud y alimentación.

Lo anterior en concordancia con las verbalizaciones del paciente en las cuales manifiesta: “para mí esto es una experiencia de vida, sé que con la ayuda de Dios saldré adelante y mi vida cambiará”; de esta manera se puede deducir que ve esta situación como una experiencia más para crecer como ser humano.

5. Control emocional

El paciente O.D regula, canaliza y controla sus sentimientos, reflejado en sus pensamientos positivos de recuperación “me siento bien”, “hoy amanecí mejor que ayer”, “voy a salir de esta situación con la ayuda de Dios y mi familia”.

6. Supresión de la distracción

El paciente O.D ve como prioridad su cirugía y decide ser intervenido, paraliza todas sus actividades diarias entre esas su trabajo, lo cual le implica el traslado de ciudad y cerrar su negocio temporalmente, de esta manera prioriza el tratamiento de su problema cardíaco y las intervenciones pertinentes con el fin de solucionar su inconveniente de salud.

7. Resolver el problema

Durante el acompañamiento por psicología realizado al paciente O.D se emplea la técnica de resolución de problemas, logrando identificar soluciones a problemas específicos presentes durante la estancia hospitalaria, entre ellos están los referidos por el paciente: la situación económica, hospedaje del familiar (esposa), distancia y dificultad en la comunicación permanente con sus hijos, reingreso al ambiente hospitalario, hospedaje y cuidado de sus hijos, entre otros ya mencionados (ver anexo 2).

8. Apoyo social y emocional

El paciente O.D es comprendido, aconsejado, orientado y apoyado por su familia (esposa, hijos, cuñada) además de la psicóloga y el equipo médico para resolver el problema que se presenta en el momento, ejemplo de ello, la constante presencia de su esposa durante el proceso post y pre quirúrgico, por otra parte, este contó con el tratamiento multidisciplinar desde el área médica y psicológica en su proceso de recuperación. Así mismo, este tenía contacto permanente con sus hijos vía telefónica durante su estancia en la hospitalización recibiendo visitas por parte de ellos y de su cuñada R.L días antes de el alta (día sexto).

9. Expresión emocional

El paciente O.D habla sobre lo que siente y piensa, expresa situaciones de su vida personal sin dificultades, manifiesta sus preocupaciones, miedo, temores y situación estresante durante el acompañamiento por psicología, facilitando su proceso de recuperación.

10. Creencia Religiosa

El paciente O.D durante el acompañamiento psicológico realizado, menciona a Dios en la mayoría de las ocasiones como ser supremo, refiriendo “Hasta que conocí a Dios a mis 27 años, desde ese momento ha sido lo mejor que me ha pasado, y desde ese día mi vida cambió totalmente”, “con la ayuda de Dios, todo saldrá bien”, “voy a salir de ésta situación con la ayuda de Dios y mi familia”, “para mi esto es una experiencia de vida, se que con la ayuda de Dios saldré adelante y mi vida cambiará”, “Dios nunca me desampara y tampoco a mi familia”, “Dios me ayudará a salir de ésta situación que me encuentro”; así pues este emplea como estrategia de afrontamiento la religión y como fuente de apoyo emocional en los momentos de tensión y estrés contribuyendo a mejorar su proceso de recuperación y adaptación al ambiente hospitalario.

Discusión

El plan de intervención diseñado para el proceso de acompañamiento por psicología con el paciente durante la estancia hospitalaria se llevó a cabo satisfactoriamente, logrando alcanzar las metas y objetivos terapéuticos propuestos, contribuyendo a la adaptación del paciente al ambiente hospitalario y su óptima recuperación.

Lo anterior se ve reflejado en los resultados obtenidos altamente significativos al realizar diferentes técnicas de reestructuración cognitiva, logrando que el paciente implementara estrategias de afrontamiento favorables en su proceso de hospitalización.

Sumado a lo anterior, es importante resaltar que la relación psicólogo-paciente fue empática, de confianza, seguridad, tranquilidad e interés mutuo por parte del paciente, su familia y el terapeuta (psicóloga) permitiendo en el paciente la expresión de sus pensamientos, sentimientos y emociones de manera que afrontase mejor la situación hospitalaria y su recuperación, el enfoque terapéutico empático busco siempre comprender la situación en la que se encontraba al paciente, “poniéndose en los zapatos del otro” dándole valor e importancia a su dignidad, evitando la despersonalización, la cual es propia de los ambientes hospitalarios, en donde el personal médico se convierte en personas frías y toscas, insensibles ante el dolor ajeno, en donde el paciente se inmersa en la rutina hospitalaria.

Por otra parte, en concordancia con la teoría planteada por de Fernandez-Abascal (1999, citado en, (Riso, 2006), se evidencio el uso de diferentes estrategias de afrontamiento en el paciente O.D, demostrando que en situaciones estresantes para el individuo este pone en marcha sus recursos con el fin de mejorar o sobrellevar la misma, siendo estos positivos o negativos, en

el cual se observó para este caso en particular la utilización de las estrategias positivas para afrontar la cirugía cardíaca y la hospitalización.

Así pues, en un estudio realizado en 80 pacientes de rehabilitación cardiovascular, se encontró que “las estrategias de afrontamiento pasivas que parecen emplear con mayor frecuencia los pacientes cardiovasculares valorados, no sólo influyen en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular sino en la calidad de vida debido a las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que dicha enfermedad genera” (Silva & Agudelo, 2011). Así pues según lo encontrado en el presente estudio, el uso de estrategias positivas o activas, implica una recuperación satisfactoria mucho más eficiente que en pacientes que no utilizan mecanismos de este tipo, sino del estilo negativo o pasivo.

En este sentido, en un estudio realizado en 109 pacientes con diagnóstico clínico de enfermedad cardíaca, encontraron que “Los pacientes que perciben de su pareja un afrontamiento activo presentan un mejor ajuste a la enfermedad, sobre todo en la Dimensión Psicosocial (aspectos emocionales, relaciones sociales, actividad intelectual y ocio y tiempo libre)” (Varela & Barron, 2011). Lo anterior se ajusta al acompañamiento y apoyo social del cual goza el paciente O.D, el cual potenció su manera de responder ante la cirugía cardíaca e implementar las estrategias de modificación necesarias para su salud.

No obstante, el proceso de recuperación del paciente tuvo ciertas complicaciones; como primera medida se enuncia el reingreso del paciente a la estancia hospitalaria con motivo de una complicación coronaria, posterior a su recuperación satisfactoria y sin alteraciones, lo que implicó una segunda intervención quirúrgica, demorando el alta, y ampliando los tiempos de cuidado.

Por otra parte, la adquisición de una bacteria inespecífica, fue otra complicación médica que implicó la implementación de tratamiento con antibióticos, y ampliar la estancia hospitalaria del paciente, en este sentido es importante resaltar que el paciente O.D recibió acompañamiento por varios especialistas en la estancia en la clínica, implicando otros factores que estuvieron presentes en su proceso de recuperación, tales como, el tratamiento médico y farmacológico, la terapia física y respiratorio, de manera que la recuperación satisfactoria es debida a un modelo de atención multidisciplinar que atienda las diferentes esferas (física, biológica, psicológica, social) del paciente.

En cuanto a las limitaciones metodológicas, se considera que el carácter cualitativo de la misma y la falta de un test que operacionalice el constructo “estrategias de afrontamiento” puede implicar un sesgo en el análisis realizado al interior del trabajo, siendo pertinente que para investigaciones posteriores se implementen medidas que puedan hacer más objetivo el estudio de caso.

Para finalizar, se recomienda implementar dentro del marco del tratamiento de psicología a pacientes de cirugía cardiovascular, el manejo de las estrategias de afrontamiento, ya que estas son un factor fundamental en el proceso de recuperación, modificación, adaptación a las condiciones de la enfermedad, cuidados y demás, que potencien y complementen el proceso de intervención médica.

Referencias Bibliográficas

- Ángel, L., Martínez, L., & Gómez, M. (2008). Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario (T.C.A) en estudiantes de bachillerato. *Revista de la facultad de medicina UNAL*, 193-213.
- Arnold, M., & Osorio, F. (2006). *Introducción a los conceptos básicos de la Teoría General de Sistemas*. Chile: Red Cinta de Moebio.
- Bados, A., & García, E. (2010). La técnica de reestructuración cognitiva. *Universidad de Barcelona*.
- Barlow, D., & Durand, M. (2001). *Psicología anormal, un enfoque integral*. Mexico: Thomson.
- Beauregard, L., Bouffard, R., & Duclos, G. (2005). *Autoestima, para quererse mas y relacionarse mejor*. Madrid: Narcea S.A.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología*. España: MacGraw Hill.
- Brinkmann, H., Segure, T., & Solar, M. (1989). Adaptacion, estandarizacion y elaboracion de normas para el inventario de autoestima Coopersmith. *Revista Chilena de Psicología*.
- Castaño, E., & Leon, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 245-257.
- Castillero, Y. (2007). Intervención psicológica en cirugía cardiaca. *Avances en psicología latinoamericana*, 52-63.

- Castrillon, D., Luna, I., & Avendaño, G. (2007). Validacion del Body Shape Questionnaire (cuestionario de la figura corporal) BSQ para la poblacion Colombiana. *Universidad catolica de Colombia*.
- Clark, D., & Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: ciencia y práctica*. USA: Editorial Desclée de Brouwer.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2011). *Evaluación del inventario BDI-II*. España: EFPA.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2011). *Evaluación del Inventario BAI*. España: EFPA.
- Correche, M., & Labiano, L. (2005). *Aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de estudiantes con síntomas de estrés*. Argentina: Red Fundamentos en Humanidades.
- Esparza, J. (2013). *Trastorno de ansiedad y dirugía cardíaca: Un estudio de caso*. Colombia: Universidad Pontificia Bolívariana.
- García, A., Hernández, V., Montero, R., & Ranz, R. (2012). *Enfermería de quirófano (Vol. II)*. España: Ediciones DAE.
- Garrote, C., Iglesias, I., Martín, J., Rodríguez, M., & García, R. (2014). Síndrome de Marfán. *Revistas de la sociedad aragonesa de cardiología*.
- Gelvez, S. (2010). *Implementación de un protocolo de intervención psicológica pre y post quirúrgico en pacientes adultos del instituto del corazón de Bucaramanga*. Colombia: Universidad Pontificia Bolivariana.

- Gomez, E., Hardy, A., Hoyo, L., Florez, O., Canseco, A., & Sanchez, J. (2004). Aneurisma de la aorta torácica y abdominal. *Medicina de urgencias*.
- Gomez, R., Hernandez, B., Rojas, U., Santacruz, O., & Uribe, R. (2008). *Psiquiatria clínica*. España: Editorial medica Panamericana.
- Gonzales. (2009). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving. *RET*, 11-17.
- Gonzales, & Arratia. (2001). La autoestima. Medicion y estrategias de intervencion a través de una experiencia en la reconstruccion del ser. *Universidad Autonoma del Estado de Mexico*.
- Gosalbez, F., & Llosa, J. (2002). *Principios de cirugía cardíaca*. España: Universidad de Oviedo.
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2007). *Fundamentos de la metodologia de la investigacion*. España: McGraw-Hill.
- Ibañez, C., & Manzanera, R. (2012). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria. *SEMERGEN*.
- Jaramillo, Z. (2006). Aneurismas de la Aorta. *Archivos de medicina*.
- Labrador, F. (2008). *Tecnicas de modificación de conducta*. España: Ediciones Piramide.
- Lago, E., Acuña, M., Bermudez, C., Vilavedra, A., Marin, N., & Ibarra, O. (2008). Estrategias de afrontamiento del estrés en el trastorno límite de la personalidad. . *Revista Psicología.com*.

- Leon, A., & Salazar, V. (2008). Valoración psicológica perioperatoria en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular. *Revista Costarricense de cardiología*, 11-15.
- Lopez-Ibor, J., & Valdés, M. (2005). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV-TR*. España: Masson.
- Martin, G., & Pear, J. (1999). *Modificación de conducta*. Madrid: Prentice Hall.
- Martinez, P. (2006). El método de estudio de caso: Estrategia metodológica de la investigación científica. *Revista Pensamiento y gestión*, 165-193.
- Monterrosa, A., Boneu, D., Muños, J., & Almanza, P. (2012). Trastornos del comportamiento alimentario: escalas para valorar síntomas y conductas de riesgo. *Revisca ciencias biomédicas*, 99-111.
- Oblitas, L., & Becoña, E. (2000). *Psicología de la salud*. Mexico: Plaza y Valdez Editores.
- Organizacion Mundial de la Salud OMS. (1948). *Definicion de Salud*. Estados Unidos: OMS.
- Organizacion Mundial de la Salud, OMS. (2008). *Prevencion de las enfermedades cardiovasculares*. España: OMS.
- Polaino-Lorente, A. (2004). *En busca de la autoestima perdida*. España: Desclee de Brouwer.
- Polaino-Lorente, A., Cabanyes, J., & Del Pozo, A. (2003). *Fundamentos de psicología de la personalidad*. España: Ediciones Rialp, S.A.
- Remor, E., Arranz, P., & Ulla, S. (2003). *El Psicologo en el ámbito hospitalario*. España: Desclee de Brouwer.

- Reynoso, E., & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. Mexico: Manual Moderno.
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva*. Colombia: Norma.
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva: fundamentos teoricos y conceptualizacion del caso clínico*. Colombia: Grupo Editorial Norma.
- Rueda, G., Camacho, P., & Florez, A. (2011). Validez y confiabilidad de dos escalas de siluetas para valorar la imagen corporal en estudiantes adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatria*.
- Ruiz , M., Diaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitiva conductuales*. España: Editorial Desclee de Brouwer.
- Ruiz, J., & Cano, J. (2002). *Manual de psicoterapia cognitiva*. España: R&C Editores.
- shaffer, D., & Kipp, K. (2007). *Psicologia del desarrollo, infancia y adolescencia*. Mexico: Thomson.
- Silva, C., & Agudelo, D. (2011). Creencias sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento como predictores de la calidad de vida en pacientes en rehabilitacion cardiovascular. *Acta Colombiana de Psicología*, 47-60.
- Silverthorn, D. (2009). *Fsisiologia humana: un enfoque integrado*. España: Editorial Medica Panamericana.

- Soriano, J., Monsalve, V., Santolaya, F., & Et al. (2009). *Guia practica de psicologia de la salud en el ámbito hospitalario*. España: Colegio Oficial de Psicólogos de la comunidad Valenciana.
- Sue, D., Sue, D., & Sue, s. (1996). *Comportamiento anormal*. Mexico: McGraw Hill.
- Trainini, J. (2004). Consenso de patología de la aorta. *Revista argentina de Cardiología*, 387-401.
- Varela, I., & Barron, A. (2011). *Apoyo social y afrontamiento en enfermedad cardiaca*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Vasquez, G., & Gutiérrez, O. (2005). Síndrome de Marfán. *Revista Costarricense de Cardiología*.
- Velez, H., Rojas, W., Borrero, J., & Restrepo, J. (1997). *Fundamentos de medicina: Cardiología* (Quinta ed.). Colombia: Corporación para las investigaciones biológicas.

Anexos

Anexo 1: Protocolo de Intervención psicológica

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES ADULTOS DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

1. OBJETIVOS

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

2. ALCANCES

- Éste 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	Ésta 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 de 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

Entrevista con el paciente y su familiar y apretura de la historia clínica psicológica	<p>Se realiza una entrevista al paciente, familiar o acompañante para corroborar y obtener información adicional que nos ayude en la evaluación del estado emocional y posibles precepciones amenazantes, distorsiones cognitivas y pensamiento 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>	Psicólogas
Aplicación de batería de pruebas psicológicas al paciente	Se realiza la aplicación de los instrumentos pertinentes para medir los niveles de ansiedad, depresión e irritabilidad en los pacientes en la etapa quirúrgica, para de ésta manera identificar el cuadro o trastorno emocional del paciente.	Psicólogas
Plan de intervención	<p>Según los resultados de las pruebas psicológicas se emplearán técnicas terapéuticas orientada al logro de los objetivos del tratamiento; teniendo en cuenta cada una de las sesiones del protocolo de intervención psicológica.</p> <p>Dentro de éstas técnicas se tendrá 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, diálogo socrático entre otras.</p> <p>Además se tendrán en cuenta estrategias que permitan ofrecer orientación, información acerca de la situación actual que permita modificar pensamientos, conductas, emociones y respuestas fisiológicas disfuncionales del paciente. Algunas de ellas son estrategias informativas, instrucciones conductuales, entrenamiento en distracción de pensamiento y planeación de actividades entre otras.</p>	
Plan de seguimiento	Se evaluará en cada sesión, la efectividad del programa terapéutico en el mediano y largo plazo y se realizarán los ajustes necesarios para el mantenimiento de los cambios positivos.	Psicólogas

Anexo 2: Descripción de sesiones

I Sesión – 22 de Septiembre (Día previo a la cirugía cardiaca)

En la primera sesión de acompañamiento por psicología, se visita al paciente a la habitación de la Clínica FOSUNAB. Se da inicio con el rapport correspondiente, realizando la presentación de la psicóloga encargada, el cual es necesario para motivar al paciente a participar del proceso psicológico, para darle la sensación de que es comprendido, elevar su autoestima, y estimular el flujo de actitudes y sentimientos del paciente” (Reynoso & Seligson, 2005), brindando así, un ambiente de calidez y confianza en donde el paciente y su familiar se sientan seguros y tranquilos y puedan expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones con un profesional especialista sin llegar a ser juzgado y señalado.

Seguidamente, se proporciona información sobre la investigación que se está realizando leyendo el Consentimiento Informado (CI) en su totalidad, aclarando dudas y respondiendo las preguntas acerca del mismo, procediendo a firmar voluntariamente aceptando hacer parte del estudio.

Posteriormente, se aplica el protocolo de intervención psicológica (ver anexo 1), dando comienzo con la entrevista semiestructurada, indagando en el paciente sobre su vida personal y familiar; la cual permite la expresión de pensamientos, sentimientos y emociones, con el propósito de conocer su entorno, sus hábitos y costumbres, sus temores y preocupaciones ante la situación estresante como lo es la cirugía cardiaca. El paciente refiere “no quiero dejar solos a mis hijos y esposa”, “operándome voy a vivir más y podré compartir más tiempo con mi familia”, “si no me opero mi calidad de vida no es la misma”, “para mi esto es una experiencia de vida, se que con la ayuda de Dios saldré adelante y mi vida cambiará”, “Hasta que conocí a

Dios a mis 27 años, desde ese momento ha sido lo mejor que me ha pasado, y desde ese día mi vida cambió totalmente”, “con la ayuda de Dios, todo saldrá bien”, “voy a salir de ésta situación con la ayuda de Dios y mi familia”, “Dios nunca me desampara y tampoco a mi familia”, “Dios me ayudará a salir de ésta situación que me encuentro”, de igual forma sigue manifestando aspectos importantes sobre sus hábitos alimenticios diciendo “a mí me encanta, tomar bastante leche y me fascina el pan, por mí solo comería pan con leche todos los días, no me gustan las sopas de verduras, como fritos y me encanta el arroz con huevo”.

Luego de escuchar al paciente y su familiar, se emplea la técnica de Técnica de Reestructuración Cognitiva haciendo que el paciente identifique y se cuestione sobre los pensamientos distorsionados referidos en la sesión con respecto a los temores y preocupaciones hacia la muerte (catastrofización), sustituyéndolos por otros más apropiados reduciendo las perturbaciones emocionales y eventos anticipados temidos sin ninguna base real produciendo conductas inadecuadas y episodios de ansiedad. Adicional a ello, se utiliza también la Técnica de Entrenamiento en detención de Pensamiento, interrumpiendo aquellos pensamientos desadaptativos, modificándolos de acuerdo a la situación actual.

Posteriormente, se emplea la Técnica de Entrenamiento en Relajación Progresiva con el propósito de reducir los síntomas de ansiedad tales como: el dolor de cabeza, voz temblorosa, ojos aguados al referirse a sus hijos, palpitaciones o taquicardia, refiere sentirse más inquieto o agitado que de costumbre, cansando, fatiga, siente dificultad para respirar y tomar decisiones le resulta más difícil; ésta técnica se inicia ubicando al paciente y su familiar en un lugar que se sienta cómodo, se le pide al paciente y a su esposa que se quiten los zapatos y objetos que le molesten, deben cerrar sus ojos, si no le genera más tensión y se sienten cómodos cerrándolos, y se continúa con las indicaciones pertinentes para tensar y destensar los grupos de músculos,

comenzando por los pies hasta llegar a la cara (boca, mejillas, nariz, ojos y demás partes del rostro), tomando conciencia de la sensación que produce en cada situación.

Al finalizar las técnicas se procede a aplica la batería de pruebas (BAI y BDI-II) para evaluar el estado de ánimo del paciente, y se concluye con la técnica de psicoeducación respectiva teniendo en cuenta la Cartilla “Preparándose para la cirugía cardiaca” del ICB desde *antes de la cirugía* hasta *después de la cirugía*, facilitando al paciente y a su familiar la información pertinente a su procedimiento quirúrgico, dando lugar a preguntas e inquietudes, expresando el paciente “me siento más tranquilo al saber que es lo que me van hacer”, “nos sentimos tranquilos de saber que contamos con un profesional que nos pueda escuchar, atender y asesorar cada vez que lo necesitemos”.

Evaluación del estado de ánimo: se evidencia síntomas ansiosos ante la situación del momento la cirugía cardiaca. El paciente cuenta con red de apoyo familiar. Con lo anterior se procede a dar cierre a la sesión.

II Sesión – 23 de Septiembre (Día de la cirugía cardiaca)

Día de la intervención quirúrgica (reemplazo de la válvula aórtica y aorta ascendente). Se realizar el acompañamiento por psicología al familiar, en éste caso a la esposa del paciente, quien se encuentra en la sala de espera; lo que permite realizar el segundo acercamiento del proceso con la intención de evaluar el estado de ánimo y de ésta manera poder brindar tranquilidad y confianza a su acompañante.

La esposa del paciente recibe la información pertinente sobre el estado de salud y el reporte médico del procedimiento, siendo este favorable y sin complicaciones.

Se procede a realizar el ingreso a Cuidados Intensivos (UCI) con el familiar, se informa sobre los aspectos a tener en cuenta para las visitas (Técnica Informativa).

Al ingresar, se solicita un breve reporte médico sobre el estado de salud del paciente al médico de turno, refiriendo un estado de salud satisfactorio.

El paciente se encuentra sedado, despertando de la anestesia general, con movimientos suaves y lentos de manos y piernas, le están suministrando líquidos endovenosos Omeprazol, con algunos analgésicos para el dolor, entre ellos está la Morfina. Por su estado de salud delicado y al no poder hablar al estar entubado, se centra el acompañamiento en su familiar dando la información oportuna sobre el promedio de estancia en UCI, los cuidados que debe tener el paciente después de la cirugía, la importancia de alimentarse diariamente y de realizar los ejercicios de la terapia respiratoria.

Evaluación del estado de ánimo: Se observa al paciente tranquilo, sin complicaciones notorias o alteraciones en sus emociones, de igual forma se logra percibir lo anterior en su familiar, manifestando sentirse “tranquila y contenta de saber que ya su esposo salió de la cirugía”. Con lo anterior se procede a dar cierre a la sesión.

III Sesión – 24 de Septiembre

Se encuentra al paciente despierto, alerta, consiente, orientado en tiempo, espacio y persona, hemodinámicamente estable. Acostado en la cama del cubículo de la UCI, acompañado por su esposa.

Se solicita reporte médico al profesional de turno, manifestado que el paciente está evolucionando satisfactoriamente y refiere que fue extubado en las horas de la noche del día

anterior, retirando el ventilador mecánico el cual le ayuda al paciente a respirar mejor durante y las primeras horas después de la cirugía.

Se evalúa el estado de ánimo, encontrándose estable sin alteraciones o pensamiento negativos en el posoperatorio. Manifiesta dolor leve, el cual puede soportar. De acuerdo a esto, se emplea con el paciente una de las técnicas para el manejo del dolor, *Imaginación*, pidiéndole al paciente cerrar los ojos, e imaginar el lugar más bonito a donde quisiera ir, se le pregunta sobre cuál es ese lugar, refiriendo “a mí me gustaría ir con mi familia a San Andrés Isla” (sonríe), luego, se le pide que imagine encontrarse en ese lugar con su esposa e hijos, tomando sol y bebiendo agua de coco, se logra observar en su rostro una sonrisa, tranquilidad y calma, posteriormente se hacen preguntas como ¿Qué le gustaría hacer en la playa?, ¿cómo se siente en éste momento?, ¿qué está haciendo su esposa?, ¿qué están haciendo sus hijos?, entre otras.

Al terminar de imaginar el lugar ideal y responder las preguntas, se le dice al paciente que abra sus ojos y manifieste que sentimientos y emociones experimentó, expresando sentimientos de alegría, calma, tranquilidad, felicidad. Posteriormente, se le indica al paciente que cada emoción positiva experimentada sea proyectada en la situación actual, enfocado en su red de apoyo, progreso diario en su recuperación, y haber superado con éxito la cirugía cardíaca. Con lo anterior se procede a dar cierre a la sesión.

IV Sesión – 25 de Septiembre

Se realiza el seguimiento en UCI, encontrándose al paciente acostado, despierto, acompañando por su esposa. En cuanto a su condición médica, el personal encargado refiere una recuperación satisfactoria, sin cambios ni complicaciones.

Al preguntarle al paciente como se siente expresa “me siento muy bien, gracias a Dios, todo va bien, ya pasó lo más difícil ahora a esperar recuperarme”, “hoy amanecí mejor que ayer”, “voy a salir de ésta situación con la ayuda de Dios y mi familia” (sonrisa). Se observa en el rostro tranquilidad y alegría. Adicional a ello, expresa sentir un poco de dolor (leve), por lo que se utiliza la Técnica de Instrucciones Conductuales, mencionándole al paciente la importancia de realizar la terapia respiratoria con el incentivo respiratorio, de acuerdo a los ejercicios prescritos por el cirujano cardiovascular en éste caso refiere el paciente que son 15 aspiraciones por ejercicio, así mismo debe realizar con el especialista asignado la terapia física, ejercicios para estirar las manos, los pies, piernas y demás tendiendo los cuidados pertinentes de no hacer tanta fuerza con su cuerpo.

Por otra parte se indica al paciente y familiar algunas actividades que puede realizar durante la estancia en UCI empleando la Técnica de Planeación de Actividades Diarias (Distracción), como leer un libro el cual le llame la atención, diálogo con su esposa sobre los proyectos a futuro con el fin de que el paciente utilice una jerarquía mental y se sienta capaz de controlar su tiempo y se considere funcional al efectuar algunas actividades diarias.

Evaluación del estado de ánimo: Se observa al paciente tranquilo, sin complicaciones notorias o alteraciones en sus emociones, de igual forma se logra percibir lo anterior en su familiar, manifestando sentirse “veo que mi esposo se ha ido recuperando”. Con lo anterior se procede a dar cierre a la sesión.

Se realiza el seguimiento por psicología en la habitación, encontrándose al paciente acostado en la cama, despierto, acompañando por su esposa. En cuanto a su condición médica, el personal encargado refiere una recuperación satisfactoria, sin cambios ni complicaciones.

El paciente manifiesta que fue trasladado a piso el día de hoy en las horas de la mañana. Se evalúa el estado de ánimo, encontrándose sin alteraciones, en cuanto a la orientación en tiempo, espacio y persona no presenta dificultades, hemodinámicamente estable.

Éste día no refiere dolor, en cuanto a su alimentación ésta ha sido adecuada, no muestra inapetencia, y realiza los ejercicios respiratorios y de terapia física asignados por los especialistas del equipo médico.

Después de escuchar al paciente y a su familiar se procede a continuar con la información de la cartilla “Preparándome para la cirugía cardíaca” en el apartado de *Los cuidados en la habitación*, empleando la Técnica de Psicoeducación, haciendo énfasis en la alimentación adecuada, la higiene del sueño, los ejercicios con el incentivo respiratorio, los cuidados que debe tener al levantarse de la cama para ir al baño y demás tareas que debe tener en cuenta con el profesional que realiza la terapia física, esto con el fin de lograr una recuperación satisfactoria.

Evaluación del estado de ánimo: Se observa al paciente tranquilo, sin complicaciones notorias o alteración en sus pensamientos, sentimientos o emociones, de igual forma se logra percibir lo anterior en su familiar. El paciente refiere “me siento bien”, “voy a salir de ésta situación con la ayuda de Dios y mi familia”, “Dios nunca me desampara y tampoco a mi familia”. Con lo anterior se procede a dar cierre a la sesión.

En la sexta sesión se visita al paciente a la habitación para realizar el acompañamiento psicológico. El paciente se encuentra con su esposa viendo televisión, sentado en el sofá. Despierto, consiente, alerta orientado en tiempo, espacio y persona. Hemodinámicamente estable.

Se inicia con la escucha activa, al indagar en el paciente el estado de ánimo el día de hoy, refiriendo sentirse “bien”, “he dormido tranquilo, el cirujano cardiovascular me ha dicho que me encuentro muy bien y pronto me dará de alta” (sonrisa).

Así mismo comenta, “menos mal ya casi me voy, me preocupa la situación económica ya que tengo cerrado el negocio”. Al referir el paciente esto se utiliza la técnica de Expresión Emocional permitiéndole al paciente hablar sobre información extremadamente personal y estresante, como lo mencionado, de igual forma se emplea la técnica de Entrenamiento en resolución de problemas, haciendo que el paciente identifique y descubra la solución al problemas que acaba de mencionar iniciando con 1) orientación hacia el problema (factor económico), 2) definición y formulación del problema (negocio cerrado, falta de ingresos), 3) generación de soluciones alternativas (pedir préstamo de dinero a un familiar, pedir colaboración a la cuñada R.L administra el negocio mientras se recupera el paciente...) 4) toma de decisiones e implementación de verificación de la solución (búsqueda de red de apoyo familiar, pedir a su esposa B.Z contactar vía telefónica a la hermana R.L y pedir ayuda...)

Posteriormente se evalúa el estado de ánimo aplicando la Batería de Pruebas siguiendo el Protocolo de Atención Inventario de Ansiedad (BAI) y Depresión (BDI-II) de Beck, arrojando resultados por debajo de los criterios diagnósticos para cumplir con u trastorno de ansiedad o depresión.

Para finalizar, se utiliza la técnica de Psicoeducación en Hábitos Alimenticios, enfatizando la adecuada alimentación baja en grasa (fritos), bajo en sal y azúcar y procurar no comer alimentos que contengan vitamina K (alimentos de color verde). Por ser paciente anticoagulado la sangre debe tardar más tiempo en coagular, con el fin de evitar la trombosis y/o embolia, el consumo de la vitamina K de su dieta puede interferir en la eficacia del tratamiento. Así mismo, se menciona la importancia de realizar los ejercicios con el incentivo respiratorio, la terapia física e incorporar a su rutina diaria una hora de ejercicio.

Evaluación del estado de ánimo: Se observa al paciente con síntomas ansiosos al querer ser dado de alta lo más pronto posible. El paciente manifiesta “me siento bien”, “voy a salir de ésta situación con la ayuda de Dios y mi familia”, “mi esposa ha sido mi mano derecha y también mi cuñada”. Con lo anterior se procede a dar cierre a la sesión.

VII Sesión – 30 de Septiembre

En el séptimo día se acompañamiento por psicología, se visita al paciente a la habitación, se encuentra acompañado por su esposa. Hemodinámicamente estable, se evalúa el estado de ánimo observándose si alteraciones o pensamientos distorsionados. No refiere dolor intenso.

El paciente manifiesta que finalizando el día anterior recibió una sorpresa muy agradable, el cual llenó de felicidad “ver a mis hijos, me llenó de alegría inmensa”, “mis dos hijos estuvieron el día de ayer conmigo, mi esposa y mi cuñada” (sonrisas).

Con lo anteriormente referido por el paciente se puede evidenciar que se encuentra emocionalmente estable, alegre y con actitud positiva ante su proceso de recuperación y adaptación al ambiente hospitalario, con sentimientos de felicidad ante la visita de sus hijos y cuñada.

Adicional a esto, el paciente manifiesta que el médico tratante ya le dio de alta éste día; se procede a realizar el egreso proporcionando información relevante a tener en cuenta después de la salida de la clínica, empleando las técnicas de Psicoeducación e Informativa, con la Cartilla “Preparándome para la cirugía cardíaca” en el apartado de “cuidados en casa”. De igual manera, se suministra instrucciones sobre la solicitud que debe realizar para el control externo con cirugía cardíaca y las sesiones de las terapias de rehabilitación cardíaca, se indica la importancia de no realizar fuerza, no alzar objetos pesados y no poder viajar hasta obtener la autorización del médico tratante.

Así mismo, se le indica la importancia de tomarse los medicamentos en la hora asignada, el consumo de alimentos bajos en grasa (fritos), sal y azúcar.

Se mencionan los síntomas de alerta que debe tener en cuenta para acudir a urgencias. Se implementa la escucha activa para el espacio de preguntas y expresión de sentimientos y emociones.

Evaluación del estado de ánimo: Se observa al paciente tranquilo, sin complicaciones notorias o alteración en sus pensamientos, sentimientos o emociones, de igual forma se logra percibir lo anterior en su familiar. El paciente refiere “me siento bien”, “feliz de mi recuperación”.

Se hace el cierre posteriormente del acompañamiento psicológico con el paciente y familiar agradeciendo su espacio, tiempo y colaboración al permitir ingresar a su vida y conocer sus pensamientos, sentimiento y emociones ante la enfermedad cardíaca y la cirugía al que fue sometido. Se validan sentimientos expresados en ese momento, el paciente O.D y su esposa B.Z agradecen el acompañamiento psicológico durante la hospitalización, lo expresan a travez de un

fuerte abrazo y una gran sonrisa en sus rostros hacia la psicóloga y demás personal médico. Con lo anterior se procede a dar cierre a la sesión.

VIII Sesión – 1 de Octubre

El paciente Oscar Darío reingresa al ambiente hospitalario al día siguiente del alta; llega a la sala de Observación de la Clínica Foscal por urgencias, presentando DX: Derrame pericárdico/taponamiento cardíaco/ Edema pulmonar con un cuadro clínico de fatiga excesiva, dificultad para respirar, dolor torácico. Con posibilidades de ser intervenido nuevamente para realizar pericardiectomía + drenaje colección serohemática posterolateral de 400 cc que comprime según el reporte médico.

Se realizó el acompañamiento por psicología visitándolo al cubículo de la sala de observación - urgencias de la Clínica FOSCAL, mostrando interés por conocer el motivo del reingreso y su estado de salud física y de ánimo. Se permite un espacio de expresión de sentimientos y emociones, empleando la técnica de Expresión Emocional, en donde el paciente refiere “tengo cerrado el negocio y de éste provienen nuestros ingresos monetarios por ende ya casi no nos queda nada, me va a tocar pedirle a mi cuñada que me preste para mis hijos y para mi esposa”, “pensé que ya estaba cerca de irme para mi ciudad y estar con mis hijos, pero vuelvo a la clínica y quien sabe por cuánto tiempo”, con el objetivo de liberar cargas emocionales que afecten en su recuperación y estancia hospitalaria, se le indica al paciente sobre la sesión en donde se utilizó la técnica de Entrenamiento en resolución de problemas y Búsqueda de red de apoyo, recordándole que no se encuentra solo, y cuenta con el apoyo y colaboración de su esposa y cuñada R.L.

Se puede evidenciar síntomas ansiosos en el paciente y su familiar por desconocer el estado de su salud y el por qué presenta dolor intenso en el pecho.

Se recurre a la técnica de relajación progresiva usando la imaginación indicándole al paciente que cierre sus ojos y siga las instrucciones (debe imaginar una bola de energía curativa formándose en los pulmones y que pasa por todo el cuerpo-tórax y ésta luz se vuelve más intensa a medida que le va sanando su corazón, es tan brillante que sus ojos no la pueden mirar, se ha llevado todo el dolor, luego desaparece), posteriormente el paciente abre los ojos y se explica que la relajación alivia el dolor y ayuda a que no se ponga peor reduciendo la tensión en los músculos y bajando los niveles de ansiedad ayudando a que los medicamentos que se le están suministrando tengan un efecto rápido. Así mismo, con su familiar (esposa) se utiliza la técnica de distracción (hablar sobre un tema en específico que le traiga recuerdos agradables, en éste caso se pregunta sobre la visita de sus hijos).

Por otra parte, al finalizar la sesión del día de hoy, se le enseña al paciente O.D la técnica de la Estimulación de la piel la cual consiste en estimular la piel suavemente cerca al área del dolor, masajeando delicadamente usando movimientos circulares, despacio y constante con la mano (nunca sobre la herida-cirugía de tórax ya que se puede infectar o causar mayor dolor). Con lo anterior se procede a dar cierre a la sesión.

IX Sesión – 2 de Octubre

Paciente fue trasladado a la Clínica FOSUNAB para realizar la segunda intervención quirúrgica. Se efectúa el acompañamiento por psicología al paciente en la UCI, el cual se encuentra con su esposa en el cubículo, hemodinámicamente estable, despierto con una máscara

de oxígeno. Al pedir el reporte médico del estado de salud del paciente antes de realizar el acompañamiento, el médico de turno manifiesta que al paciente no se le puede estimular ni esforzarlo para hablar, ya que acaba de salir de cirugía, fue intervenido nuevamente en las horas de la mañana y fue extubado a las 11:00 a.m, no presentó complicaciones en la segunda cirugía, actualmente presenta arritmia cardíaca - taquicardia.

Se procede a dialogar con su familiar B.Z quien refiere sentirse más tranquila y consiente de la importancia de su recuperación.

Se le indica al paciente que no hable durante lo que queda del día, con el fin de no alterar su ritmo cardíaco y no producir fatiga, forzando sus pulmones a respirar con mayor intensidad. Con el propósito de conocer si presenta dolor intenso, se pide al paciente mover su cabeza suavemente para responder a la pregunta ¿Su dolor es intenso?, refiriendo un no.

Por su estado de salud delicado la sesión de éste día se centra en su familiar, permitiendo un espacio para la expresión de pensamientos, sentimientos y emociones, manifestando la Señora B.Z “ya mi esposo salió de ésta segunda cirugía, esperemos su recuperación”, “Gracias a Dios todo hasta el momento va bien”.

Se utiliza la Técnica de Instrucciones Conductuales con respecto a los cuidados a tener en cuenta en la UCI, retomando la cartilla “Preparándome para la cirugía cardíaca” y las indicaciones del equipo médico las cuales debe tener en cuenta para contribuir en la recuperación del paciente. Así mismo, la importancia de la unión familiar y red de apoyo emocional. Con lo anterior se procede a dar cierre a la sesión.

X Sesión – 3 de Octubre

En el décimo día de realizar el acompañamiento por psicología al paciente a la UCI, se encuentra acostado, despierto, alerta y hemodinámicamente estable, orientada en tiempo, espacio y persona, con la máscara de oxígeno. Se indaga sobre su estado de ánimo y refiere “me siento muy tranquilo porque estoy en las manos de Dios, no se presentaron complicaciones en ésta segunda cirugía y eso me hace sentir bien ahora debo cuidar mi recuperación”. Por tener la máscara de oxígeno no se profundiza en el diálogo para no forzar al paciente y alterar su ritmo cardiaco.

Se logra evidenciar un estado de ánimo sin alteraciones, el paciente es consciente del proceso de recuperación el cual sabe que éste tomará tiempo y los cuidados que debe tener durante su hospitalización y riesgos latentes en su evolución. Lo cual es interpretado como una mejoría en sus estrategias de afrontamiento, porque a pesar que quiere estar en casa con su familia (hijos), es consciente de su real estado de salud.

Se retroalimenta positivamente al paciente por los logros alcanzados hasta el momento y la flexibilidad psicológica adquirida, al ser capaz de modificar pensamientos distorsionados por la búsqueda de valores, teniendo en cuenta el aquí y el ahora (presente). Con lo anterior se procede a dar cierre a la sesión.

XI Sesión – 6 de Octubre

Durante ésta sesión se visita al paciente en la UCI, encontrándose con su esposa. Hemodinámicamente estable, despierto y alerta. Se indaga sobre el estado de salud, refiriendo

“no presento dolor, me siento tranquilo y estoy realizando los ejercicios con el incentivo respiratorio”.

Este día el paciente no tiene la máscara de oxígeno, refiere que ha sido retirada en la jornada de la mañana, observado una evolución satisfactoria.

Se procede a aplicar la batería de pruebas nuevamente con el objetivo de evaluar el estado de ánimo del paciente (BAI y BDI-II), obteniendo resultados indicando que el paciente O.D no alcanza a cumplir los criterios diagnósticos para un trastorno de ansiedad o depresión.

Por otra parte se indaga sobre su alimentación manifestado la familiar del paciente que no ha presentado inapetencia y se está alimentando adecuadamente.

Para finalizar esta sesión, se utiliza la Técnica de Expresión Emocional, propiciando un espacio para que el paciente manifieste que piensa y siente con respecto a su hospitalización y recuperación, refiriendo “gracias a Dios todo va muy bien, ya el cirujano cardiovascular nos dijo hoy que me iban a trasladar a la habitación”. No se evidencian alteraciones en el estado de ánimo del paciente y su proceso de recuperación y adaptación al ámbito hospitalario ha sido exitosa. Con lo anterior se procede a dar cierre a la sesión.

XII Sesión – 7 de Octubre

Durante esta sesión se realiza el acompañamiento por psicología en la habitación. El paciente se encuentra despierto, alerta. Estando en la habitación reporta sentirse “mucho mejor”, por las condiciones en que se encuentra, “acá puedo caminar”, tengo mi propio baño”, “me puedo levantar de la cama y sentarme en el sillón”, “puedo ver televisión”, “no pierdo mi autonomía”.

Se retoma la información que aparece en la cartilla “Preparándome para la cirugía cardiaca” enfatizando en “los cuidados en la habitación” – alimentación – ejercicios respiratorios y terapia física.

Se permite un espacio para la expresión de sentimientos, pensamientos y emociones, refiriendo el paciente que se encuentra preocupado por el tiempo de estancia en la clínica que le tomará su recuperación, pensado en sus hijos que se encuentran en la ciudad de Cúcuta bajo los cuidados de una de su cuñada. Así mismo, la preocupación por la situación económica, manifiesta que el negocio propio (panadería) se encuentra cerrada porque no hay quien se haga a cargo. Se emplea la técnica de Entrenamiento en resolución de problemas y búsqueda de red de apoyo, en donde se le dice al paciente que debe pensar que sus hijos no están solos, están bajo cuidados de su familia y depende de su paciencia y tranquilidad para ir evolucionando satisfactoriamente hasta la fecha del alta y la valoración del cirujano cardiovascular tratante. Debe estar tranquilo y concentrado en seguir todas las indicaciones de los especialistas de la salud que lo están valorando, para no tener ninguna complicación. Depende de su estado de ánimo y adaptación al ambiente hospitalario la duración en la clínica, adicionando los factores externos que no puede controlar y no están en sus manos. Se emplea la técnica de reestructuración cognitiva – pensamientos negativos.

Se observa episodio de ansiedad, por querer salir de la hospitalización. (Técnica en relajación progresiva). Con lo anterior se procede a dar cierre a la sesión.

XIII Sesión – 8 de Octubre

Se efectúa el acompañamiento por psicología en la habitación. Se encuentra al paciente por fuera de ella con la fisioterapeuta realizando la terapia física. La familiar del paciente está

presente en la habitación, se indaga sobre el estado de ánimo del paciente, refiriendo que se siente más tranquilo con respecto a lo dicho el día anterior del acompañamiento. Se pide la colaboración de su esposa (técnica de búsqueda de red de apoyo emocional) para controlar el estrés del paciente, emplear la técnica de relajación muscular progresiva - autógena, e imaginación ya realizada en anteriores sesiones. Manifiesta que su esposo no refiere dolor.

Éste día se centró en el familiar ya que el paciente se encontraba en la terapia física. Con lo anterior se procede a dar cierre a la sesión.

XIV Sesión – 9 de Octubre

Se visita al paciente a la habitación, se encuentra sentado en el sillón, viendo televisión en compañía de su familiar (esposa). Se evidencia un estado de ánimo sin alteraciones, refiere “he hablado en varias ocasiones con mis hijos y sé que ellos están bien de salud y bien cuidados, mi esposa ha sido mi mano derecha y nunca me ha desamparado para nada, estoy agradecido con Dios por ponérmela en mi camino, me siento muy bien de salud”. No refiere dolor.

No se evidencian alteraciones del estado de ánimo, estable hemodinámicamente. Su alimentación es adecuada, no presenta inapetencia.

Los ejercicios respiratorios con el incentivo y la terapia física las realiza todos los días frecuentemente. Con el objetivo de lograr una mejor adaptación al ambiente hospitalario y lograr centrar su atención en algún pasatiempo, o juego libre se emplea la técnica de Planeación de Actividades Diarias (Distracción), se sugiere al familiar, traer juegos de mesa como parques, libros que llamen su atención, dialogar sobre temas que le generen emociones de alegría y tranquilidad, realizar una llamada telefónica en donde el paciente logre hablar con sus hijos y

demás familiares y pueda escuchar palabras de aliento y motivación que optimicen su recuperación. Con lo anterior se procede a dar cierre a la sesión.

XV Sesión – 10 de Octubre

Antes de ingresar a la habitación se indaga sobre el estado de salud del paciente O.D con la enfermera jefe den turno, quien refiere que le han realizado exámenes de hemocultivo por posible bacteria no específica. Se le está suministrado por infusión intravenosa antibiótico Cefazolina.

Manifiesta que la estancia en la clínica puede extenderse un poco más por la posible bacteria no específica la cual es indispensable combatir con antibióticos y controlar mediante la observación del paciente y la ingesta de medicamentos que ayuden a eliminarla, ya que si no se trata a tiempo se convierte en un riesgo para su vida si es dado de alta en esas condiciones.

Adicional a lo anterior, se encuentra en espera del reporte del resultado del INR (Prueba de sangre de protrombina) anticoagulación de la sangre. Está tomando Warfarina media tableta diaria, recetada por el médico cirujano cardiovascular tratante. El objetivo es subir los niveles de INR por encima de 3.0 (índice normal para pacientes anticoagulados). Se le realizaron exámenes anteriormente arrojando un resultado de un INR de 1.2.

Se efectúa el acompañamiento en la habitación, encontrándose el paciente acostado leyendo un libro de su preferencia (literatura cristiana), con su familiar (esposa). Manifiesta sentirse tranquilo y en espera de los segundos resultados del próximo INR.

Hemodinámicamente se encuentra estable, sin alteraciones en su estado de ánimo. No refiere dolor. Manifiesta sentirse estreñado. Se emplea la técnica informativa, indicándole al

paciente y a su familiar que es normal presentar estreñimiento en los pacientes que han sido operados, por los siguientes factores: situaciones de estrés, ingesta de medicamentos, falta de ejercicio, caminar, entre otros.

De igual forma se emplea la Técnica de Debate y Búsqueda de Evidencias, ya que el paciente manifiesta “pensaba que estaba cerca la salida de la clínica, ahora resulta que tengo una bacteria, y mi recuperación ha sido exitosa entonces no entiendo”, se le indica al paciente que existen factores externos los cuales no puede controlar, se le pregunta ¿está en sus manos adquirir o no una bacteria?, ¿está en sus manos la fecha del alta?, ¿Qué pasaría si el médico a usted le da de alta en éste momento y adquiere la misma bacteria en su casa?, ¿en dónde se siente mejor cuidado y a salvo en la clínica o en su casa? ¿Por qué?, se realizan éstas preguntas con el objetivo de argumentar y debatir las creencias irracionales con argumentos empíricos que animen a la búsqueda de evidencias que refuten la verdad de sus creencias irracionales. Se posibilita un espacio para la expresión de emociones y sentimientos (técnica de expresión emocional).

Para finalizar la sesión, se informa en la estación de enfermería el estreñimiento y malestar digestivo que presenta el paciente con el propósito de suministrarle un laxante natural frutas ciruela, papaya, pitaya, según las indicaciones de los especialistas bien sean médico tratante y/o enfermeras encargadas. Con lo anterior se procede a dar cierre a la sesión.

XVI Sesión – 13 de Octubre (Festivo)

XVII Sesión – 14 de Octubre

Se realiza el acompañamiento psicológico al paciente en la habitación. Se encuentra acompañado por su esposa. Despierto y alerta, hemodinámicamente estable, sin presentar dolor, se evidencia un estado de ánimo sin alteraciones.

Espacio para la expresión de sentimientos, pensamientos y emociones, refiere “sentirse bien”. Con lo anterior se procede a dar cierre a la sesión.

XVIII Sesión – 15 de Octubre

Se realiza el acompañamiento psicológico al paciente en la habitación. Se encuentra acompañado por su esposa, despierto, alerta, hemodinámicamente estable, sin presentar dolor.

Se propicia un espacio para la expresión de sentimientos, pensamientos y emociones, en donde el paciente reporta “fui diagnosticado con el síndrome de Marfán” (ver anexo 5). “Mi hijo mayor también lo tiene” (expresión de tristeza en su rostro).

Se utiliza la técnica informativa (biblioterapia), teniendo en cuenta que es el síndrome, causas y consecuencias (ver anexo 5). Así mismo, se enfatiza en el paciente la importancia de ser diagnosticado a tiempo éste síndrome, con el propósito de mejorar la calidad de vida de la persona que lo adquiere, en éste caso su hijo.

De igual forma se retroalimenta Positivamente sobre los Comportamientos Deseados, felicitando al paciente sobre su proceso en la estancia hospitalaria, al seguir instrucciones y tener en cuenta los cuidados en su recuperación.

En la evaluación del estado de ánimo, se pueden observar sentimientos de tristeza por la enfermedad adquirida de su hijo mayor, por su pensamiento positivo al referir “mi hijo tiene ésta enfermedad pero gracias a Dios se detectó a tiempo” y comportamiento se evidencia que no

alcanza a cumplir criterios diagnósticos para un trastorno depresivo. Con lo anterior se procede a dar cierre a la sesión.

XIX Sesión – 16 de Octubre

Se realiza el acompañamiento psicológico al paciente en la habitación. Se encuentra acompañado por su esposa, despierto, alerta, hemodinámicamente estable, sin presentar dolor, se evidencia un estado de ánimo sin alteraciones.

Se propicia un espacio para la expresión de sentimientos, pensamientos y emociones, manifestado el paciente “hoy me siento muy bien”, “con la ayuda de Dios todo está saliendo bien”. Refiere estar alimentándose adecuadamente, ya no presenta dificultades en su evacuación digestiva, se le suministró por parte del personal de enfermería un laxante natural con el que pudo ir al baño normalmente. Con lo anterior se procede a dar cierre a la sesión.

XX Sesión – 17 de Octubre

Se realiza el acompañamiento psicológico al paciente en la habitación. Se encuentra acompañado por su esposa, despierto, alerta, hemodinámicamente estable, sin presentar dolor, se evidencia un estado de ánimo sin alteraciones.

Se proporciona un espacio para la expresión de sentimientos, pensamientos y emociones. Refiere que el examen de INR arrojó resultados por encima de 2.0, “ya va aumentando”, “esto me alegra mucho”. La enfermera jefe de turno manifiesta que el cirujano cardiovascular aumentó la dosis de Warfarina a dos tabletas. Con lo anterior se procede a dar cierre a la sesión.

XXI Sesión – 20 de Octubre

Se realiza el acompañamiento psicológico al paciente en la habitación. Se encuentra acompañado por su esposa, despierto, alerta, hemodinámicamente estable, sin presentar dolor, se evidencia un estado de ánimo sin alteraciones.

Se propicia un espacio para la expresión de sentimientos, pensamientos y emociones manifestando que “a veces me aburro mucho en la habitación”, “quiero salir ya”. Se emplea la técnica de Planeación de Actividades Diarias (Distracción), indicando al paciente, salir a caminar por el pasillo, se enseñan pausas activas con ejercicios de estiramiento (teniendo en cuenta no hacer fuerza en sus brazos ni con su pecho), ejercicios para su manos, dedos, cuello, cabeza, piernas y pies por medio de canciones. Ejercicios de neurobica o gimnasia cerebral y mental, tales como: rompecabezas, laberintos, recortar y pegar, pintar con colores, entre otros. Con lo anterior se procede a dar cierre a la sesión.

XXII Sesión – 21 de Octubre

Se realiza el acompañamiento psicológico al paciente en la habitación. Se encuentra acompañado por su esposa, despierto, alerta, hemodinámicamente estable, sin presentar dolor, se evidencia un estado de ánimo sin alteraciones. Se proporciona un espacio para la expresión de sentimientos, pensamientos y emociones, indagando sobre las actividades realizadas en la sesión anterior, manifestando el paciente “me gusta realizar esa clase de actividades ya que comparto con mi esposa y me distraigo”. Se entrega al paciente dos rompecabezas, una caja de colores y hojas en blanco para las actividades de preferencia. Con lo anterior se procede a dar cierre a la sesión.

XXIII Sesión – 22 de Octubre

Se realiza el acompañamiento psicológico al paciente en la habitación. Se encuentra acompañado por su esposa. Despierto y alerta. Hemodinámicamente estable, sin presentar dolor, se evidencia un estado de ánimo sin alteraciones.

Espacio para la expresión de sentimientos, pensamientos y emociones, reporta “me siento contento porque el cirujano cardiovascular dijo que pronto me darán el alta, por mi evolución en el proceso de recuperación, ya la bacteria se eliminó con el antibiótico y el INR está en 2.5. Con lo anterior se procede a dar cierre a la sesión.

XXIV Sesión – 23 de Octubre

Se realiza el acompañamiento psicológico al paciente en la habitación. Se encuentra acompañado por su esposa. Despierto y alerta. Hemodinámicamente estable, sin presentar dolor, se evidencia un estado de ánimo sin alteraciones.

Se brinda un espacio para la expresión de sentimientos, pensamientos y emociones, refiere el paciente haber realizado en la mañana dibujos con colores y una carta para sus hijos (sonrisa). Así mismo, manifiesta “hace poco completamos el rompecabezas”, “me siento tranquilo”, “sé que está cerca la salida de la clínica, por la valoración del médico cardiovascular de ésta mañana”. Con lo anterior se procede a dar cierre a la sesión.

XXV Sesión – 28 de Octubre

Se realiza el acompañamiento psicológico al paciente en la habitación. Se encuentra acompañado por su esposa. Despierto y alerta. Hemodinámicamente estable, sin presentar dolor, se evidencia un estado de ánimo sin alteraciones.

Se brinda un espacio para la expresión de sentimientos, pensamientos y emociones, el paciente manifiesta “el médico cirujano me dio de alta el día de hoy, me siento muy contento de todo el proceso de mi cirugía”. Agradece por la atención psicológica recibida refiriendo que el acompañamiento psicológico le ayudó en su recuperación y a adaptarse al ambiente hospitalario; la expresión de sus sentimientos y emociones le permitieron sentirse más tranquilo y seguro de sí mismo obteniendo resultados positivos en su evolución diaria y adaptación al ambiente hospitalario.

Se realiza la psicoeducación correspondiente a los “estilos de vida saludable” y “hábitos alimenticios” y la importancia de incorporar a su rutina diaria una hora de ejercicio.

Para finalizar se efectúa el egreso correspondiente y se agradece al paciente por permitir el acompañamiento psicológico por parte del ICB. Con lo anterior se procede a dar cierre al proceso de acompañamiento.

Anexo 3: Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. INTRODUCCIÓN

A usted señor(a) _____, le estamos invitando a participar en un estudio cooperativo entre la Universidad Pontificia Bolivariana – seccional Bucaramanga (UPB) y el Instituto del Corazón de Bucaramanga (ICB).

Es importante que usted conozca que:

- ✓ La participación es absolutamente voluntaria.
- ✓ Si usted lo desea puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento, si así lo desea.
- ✓ Los beneficios que usted obtendrá no son de tipo económico.
- ✓ Usted puede comunicar a la psicóloga encargada del acompañamiento cualquier opinión o inquietud que presente sobre su participación en el estudio.

2. INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIO

A continuación se describirá en detalle en qué consiste el estudio. Antes de tomar la decisión de participar, por favor tómese el tiempo que sea posible para realizar preguntas, averiguar y discutir, con la psicóloga encargada del acompañamiento, lo relacionado con éste estudio.

Propósito

El propósito de éste estudio es indagar e intervenir en los diferentes procesos psicológicos desde el enfoque cognitivo-conductual, en los pacientes hospitalizados con enfermedad cardiaca del ICB a quienes se les realizará tratamiento quirúrgico; efectuando un acompañamiento psicológico al paciente y su familiar durante la estancia hospitalaria de lunes a viernes, en situación prequirúrgica, intraquirúrgica y posquirúrgica.

Para éste propósito se utilizará el protocolo de psicocardiología establecido por el ICB diseñado para 6 a 8 sesiones, el cual incluye una revisión de los antecedentes médicos, entrevista semi-estructurada con el paciente y su familiar, evaluación del estado de ánimo pre y posquirúrgico a través de la batería de pruebas que consta de: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) e Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y un diseño de intervención individual, con el objetivo de mejorar la recuperación del paciente.

La duración por cada sesión aproximadamente está entre 30 y 40 minutos diarios, de lunes a viernes, durante la jornada de la tarde.

Riesgos

De acuerdo con la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, no existe ningún tipo de riesgo por usted hacer parte del estudio en el acompañamiento psicológico. Esto quiere decir que, durante su

participación en las sesiones con la psicóloga no se realizará ningún procedimiento invasivo ni tratamiento médico por parte de éste profesional de la salud.

Beneficios

Los estudios realizados, arrojan conocimientos que pueden ser aplicados para la evaluación futura de otras personas, en otros contextos, con otras costumbres, condiciones sociales, características psicológicas y niveles socio económicos. Por hacer parte de él, ni usted ni su familia obtendrá un beneficio económico, sin embargo, recibirán un acompañamiento psicológico permanente durante su estancia en la clínica que contribuirá a una mejor adaptación al ambiente hospitalario, facilitando su recuperación con el fin de optimizar su calidad de vida, mediante las técnicas de intervención empleadas en las distintas sesiones.

Confidencialidad de los datos

La información que usted aportará a través de las entrevistas e intervenciones, se registrarán en su Historia Clínica Psicológica y en el formato de Evolución Psicológica, ésta será absolutamente confidencial y no se proporcionará a ninguna persona diferente al paciente a no ser que usted lo solicite. En caso que algún profesional de la salud (Equipo de Psicocardiología del ICB, cardiólogos, enfermeras, entre otros) requieran de ésta información para realizar algún tipo de intervención adicional se le comunicará a usted o a su familiar.

3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Después de haber leído completamente toda la información contenida en éste documento, disponiendo de tiempo suficiente para reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión libre, consiente y voluntariamente manifiesto que he decidido autorizar mi participación en éste estudio.

En constancia firmo éste documento de consentimiento informado, en la ciudad de _____ el día _____ del mes de _____ del año _____.

Nombre, firma y documento de identidad del paciente:

Nombre: _____

Firma: _____

Cédula de ciudadanía N°: _____ de _____


Nombre, firma y documento de identidad del profesional de la salud (Psicóloga tratante):

Nombre: **SIDNEY ANDREA URIBE DAZA.**

Firma: _____

Cédula de ciudadanía N°: _____ de _____

Anexo 4: Batería de pruebas BAI y BDI-II

	PSICOCARDIOLOGÍA	Elaborado Psicóloga Clínica
	BAI	Actualizado Revisado Sistema Integrado de Gestión

<i>Nombre</i>	
<i>Fecha</i>	
<i>Evaluador</i>	

INSTRUCCIONES

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

0= En absoluto.

1= Levemente, no me molesta mucho.

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


3= Severamente, casi no podía soportarlo.

	0	1	2	3
1. Hormigueo o entumecimiento...	0	0	0	0
2. Sensación de calor...	0	0	0	0
3. Temblor de piernas...	0	0	0	0
4. Incapacidad de relajarse...	0	0	0	0
5. Miedo a que suceda lo peor...	0	0	0	0
6. Mareo o aturdimiento...	0	0	0	0
7. Palpitaciones o taquicardia...	0	0	0	0

8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física...	0	0	0	0
9. Terrores...	0	0	0	0
10. Nerviosismo...	0	0	0	0
11. Sensación de ahogo...	0	0	0	0
12. Temblores de manos...	0	0	0	0
13. Temblor generalizado o estremecimiento...	0	0	0	0
14. Miedo a perder el control...	0	0	0	0
15. Dificultad para respirar...	0	0	0	0
16. Miedo a morirse...	0	0	0	0
17. Sobresaltos...	0	0	0	0
18. Molestias digestivas o abdominales...	0	0	0	0
19. Palidez...	0	0	0	0
20. Rubor facial...	0	0	0	0
21. Sudoración (no debida al calor)...	0	0	0	0

TOTAL: _____ A.F. _____ A.S. _____

CODIGO	RE.39-012	VERSION	0	FECHA	03/09/2014	PAG94de127
---------------	------------------	----------------	----------	--------------	-------------------	-------------------

 <p>Instituto del Corazón de Bucaramanga <i>Un compromiso de Vida</i></p>	PSICOCARDIOLOGÍA	Elaborado Psicóloga Clínica
	BDI-II	Actualizado Revisado Sistema Integrado de Gestión
Nombre		
Fecha		
Evaluador		

INSTRUCCIONES

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

1. Tristeza

0. No me siento triste habitualmente.
1. Me siento triste gran parte del tiempo.
2. Me siento triste continuamente.
3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0. No estoy desanimado sobre mi futuro.
1. Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.
2. No espero que las cosas mejoren.
3. Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.

3. Sentimientos de Fracaso

0. No me siento fracasado.
1. He fracasado más de lo que debería.
2. Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.
3. Me siento una persona totalmente fracasada.

4. Pérdida de Placer

0. Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.

1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.

3. No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.

5. Sentimientos de Culpa

0. No me siento especialmente culpable.
1. Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.
2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3. Me siento culpable constantemente

6. Sentimientos de castigo

0. No siento que esté siendo castigado.
1. Siento que puedo ser castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado

7. Insatisfacción con uno mismo.

0. Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.

1. He perdido confianza en mí mismo.
2. Estoy decepcionado conmigo mismo.
3. No me gusta.

8. Auto-críticas

0. No me critico o me culpo más que antes.

1. Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.
2. Critico todos mis defectos.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos de Suicidio

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.

1. Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.
2. Me gustaría suicidarme.
3. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10. Llanto

0. No lloro más de lo que solía hacerlo.

1. Lloro más de lo que solía hacerlo.
2. Lloro por cualquier cosa.
3. Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.

11. Agitación

0. No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.

1. Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.
2. Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.
3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

0. No he perdido el interés por otras personas o actividades.

1. Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.
2. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.

3. Me resulta difícil interesarme en algo.

13. Indecisión

0. Tomo decisiones más o menos como siempre.

1. Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.
2. Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.
3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Inutilidad

0. No me siento inútil.

1. No me considero tan valioso y útil como solía ser.
2. Me siento inútil en comparación con otras personas.
3. Me siento completamente inútil.

15. Pérdida de Energía

0. Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía de la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
3. No tengo suficiente energía para hacer nada.

16. Cambios en el Patrón de Sueño.

0. No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.

- 1a Duermo algo más de lo habitual.
- 1b Duermo algo menos de lo habitual.
- 2a Duermo mucho más de lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos de lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.

17. Irritabilidad

0. No estoy más irritable de lo habitual.

1. Estoy más irritable de lo habitual.
2. Estoy mucho más irritable de lo habitual.
3. Estoy irritable continuamente.

18. Cambios en el Apetito

0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

- 1a Mi apetito es algo menor de lo habitual.
- 1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor de lo habitual.
- 3a He perdido completamente el apetito.
- 3b Tengo ganas de comer continuamente.

_____Puntuación Página 1

_____Puntuación Página 2

_____PUNTUACIÓN

TOTA

19. Dificultad de Concentración

0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.

- 1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2. Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.
- 3. No puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0. No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.

- 1. Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
- 2. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.
- 3. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

- 1. Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
- 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- 3. He perdido completamente el interés por el sexo.

Anexo 5: Otras definición

Remplazo de la valvula aortica aorta ascendente con protesis mecánica

Por su origen las prótesis valvulares pueden ser biológicas y mecánicas: las prótesis biológicas provienen del pericardio y de tejido animal tratado con sustancias para conseguir la resistencia mecánica necesaria para soportar las fuerzas de flexión-extensión en cada latido y la presión intracardiaca; *las prótesis mecánicas* en su composición no hay elementos biológicos. Las válvulas de disco están hechas de carbón pirolítico, material resistente y ligero, su principal ventaja es la gran durabilidad que, en general, sobrepasa con mucho la expectativa de vida del paciente. Como complicación potencial está el trombo-embolismo por la tendencia a alojar coágulos en su superficie por lo que exige anticoagulación de por vida. En muy raras ocasiones puede producirse fractura del disco (Garcia, Hernandez, Montero, & Ranz, 2012).

Circulación extracorpórea o derivación cardiopulmonar

Es un sistema mecánico de bombeo desangre empleado en cirugías intra-cardiacas que sirve para anular temporalmente el corazón y pulmón del paciente y los sustituye por una bomba que hace las funciones de ventrículo izquierdo y por un oxigenador artificial que hace la función de los pulmones. La máquina de circulación extracorpórea (CEC) consta de varios rodillos no oclusivos: un módulo principal (circuito arteriovenoso) y otros módulos (aspiradores y cardioplejia) (Garcia, Hernandez, Montero, & Ranz, 2012).

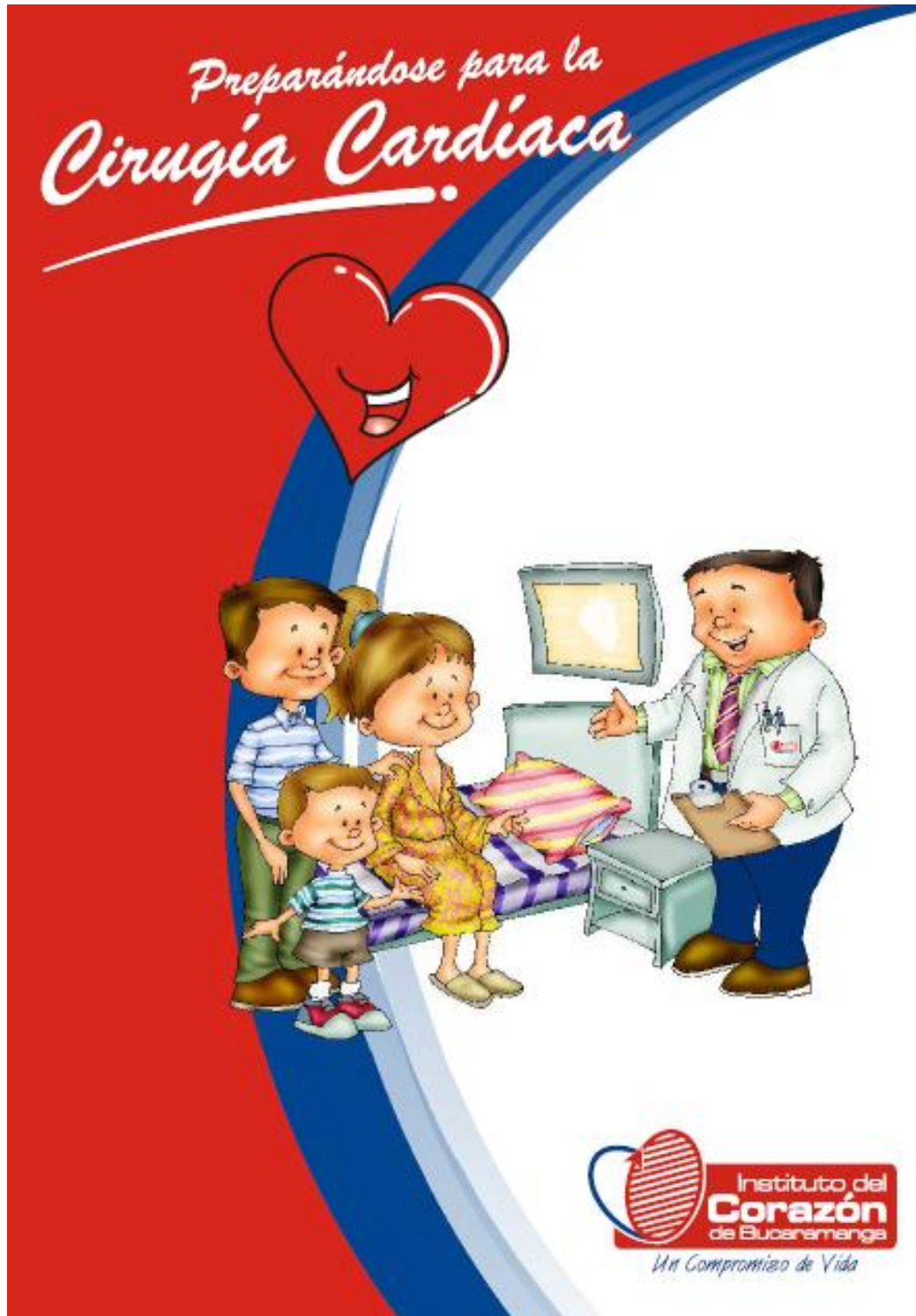
Síndrome de Marfán

El síndrome de Marfán es un trastorno multisistémico del tejido conectivo de transmisión autosómica dominante. Afecta aproximadamente 1 de cada 5000 individuos, aunque se cree que

su prevalencia es mayor. Esta condición no muestra una predilección por una raza o zona geográfica en particular. En alrededor de un 25% de los pacientes no existe historia familiar de esta afección, la cual entonces ocurre por la aparición de mutaciones espontáneas. Esta enfermedad tiene un carácter pleiotrópico con manifestaciones en distintos sistemas, especialmente musculo esquelético, cardiovascular y ocular (Tran & Bektas, 2005, citado en, (Vasquez & Gutiérrez, 2005)

La afectación cardíaca aparece principalmente a nivel de las válvulas aurículo-ventriculares (engrosamiento y calcificación precoz, prolapso con distintos grados de insuficiencia). La insuficiencia aórtica, sin embargo, no se produce por afectación de la propia válvula sino por dilatación del anillo; La afectación vascular es, por excelencia, el aneurisma o disección de la aorta, siendo además la principal causa de mortalidad en el Síndrome de Marfán. A diferencia de otras causas de aneurismas de la aorta se produce a nivel de la raíz aórtica. Los principales determinantes de riesgo de disección son el tamaño de la raíz, la historia familiar de disección precoz (Garrote, Iglesias, Martín, Rodríguez, & García, 2014).

Anexo 6: Cartilla “Preparándome para la Cirugía Cardíaca”



Antes de la Cirugía Cardíaca

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

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

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



El día de la Hospitalización



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

A la hora de la Cirugía

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

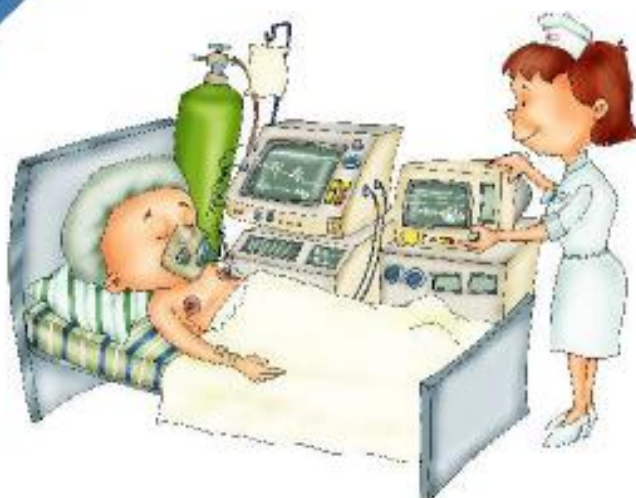
Usted será conducido a la sala de cirugía, programada por su entidad cotizante ya sea en las Clínicas Bucaramanga, Chicamocha o Foscal; sus familiares deben entregar la habitación con sus objetos de valor, mientras usted permanece en Cirugía y en la Unidad de Cuidados Intensivos.

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

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



Después de la Cirugía



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

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

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

En su Habitación



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

Por favor tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

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

El regreso a Casa

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

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



Dolor del Cuerpo

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



El aseo Diario

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





La Fatiga

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



La Dieta

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



Las bebidas Alcohólicas

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



No maneje Automóvil

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



Subir Escaleras

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



Caminar

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



La actividad Sexual

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



El Cigarrillo

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



Las medias Elásticas



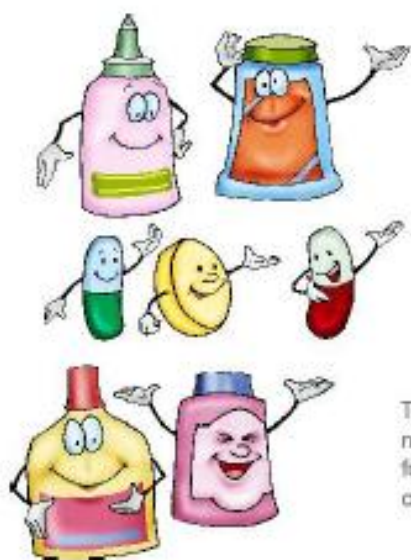
Las medias elásticas deben ser usadas por los pacientes operados de coronarias porque se les ha extraído la vena de sus piernas y esta se puede inflamar y producir líquido que está acumulado en su organismo; en lo posible mantenga elevada las piernas, mientras esté sentado.

Alarmas

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



Los Medicamentos



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

El Trabajo

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

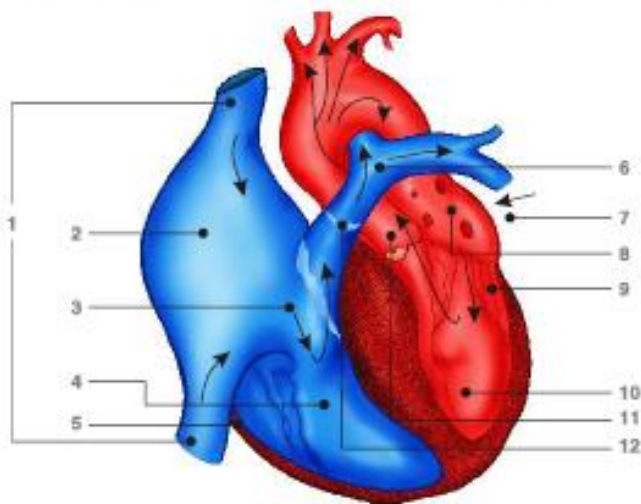


El control Médico

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



El Corazón y la Cirugía



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

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



Cirugía de las Válvulas

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

Tipos de Prótesis:

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

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

Prevención de la infección de la Válvula

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

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





Anticoagulación para pacientes con Válvulas Mecánicas

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

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

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

Complicaciones

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

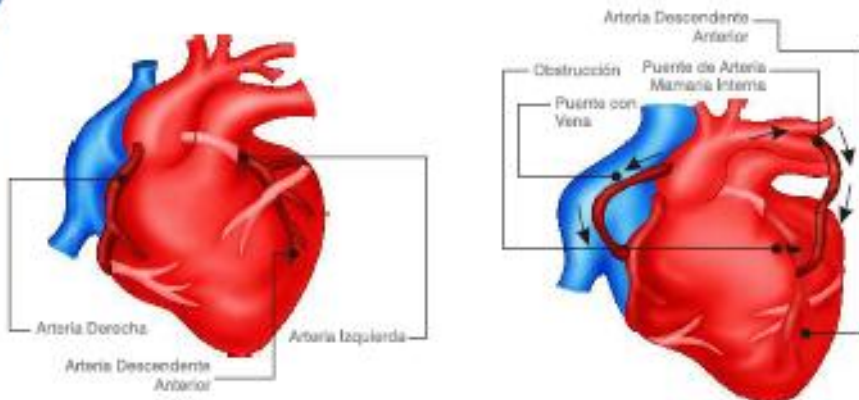
Consulte a su médico ante cualquiera de los siguientes síntomas y signos:

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



Cirugía de las Arterias Coronarias

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



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

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

Rehabilitación Cardíaca

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

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

Recomendaciones Generales

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

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



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

Ejercicios para la Casa

Primera Semana

Actividades que puede realizar:

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

Actividades que no debe hacer:

- Levantar objetos pesados.
- Manejar automóviles.





Segunda Semana

Actividades que puede realizar:

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

Actividades que no debe hacer:

- Levantar objetos pesados.
- Manejar automóviles.



Tercera Semana

Actividades que puede realizar:

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

Cuarta Semana

Actividades que puede realizar:

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



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

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



Sede Principal:

Clínica Bucaramanga

Carrera 33 No. 53 - 27 Piso 2

PBX. 657 5057

Servicio de Hemodinamia y Electrofisiología

Tel. 657 5089

Sedes Alternas:

Centro Médico Carlos Ardila Lülle

Consultorios 610 y 715

Tels. 678 0917 - 639 4466

Clínica Chicamocha

Tel. 645 9680

www.institutodelcorazon.com

e-mail. contacto@institutodelcorazon.com

Bucaramanga