



INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN PACIENTE SOMETIDO A
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

PS. SONIA ESPERANZA GÉLVEZ BERMUDEZ

ASESOR:

PEDRO PABLO OCHOA

PROYECTO DE GRADO PRESENTADO PARA
OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

BUCARAMANGA 2013

Tabla de contenido

Resumen	6
Introducción	8
Contextualización	9
Origen	9
Misión Institucional	9
Visión Institucional	10
Políticas de Gestión Integral	10
Acompañamiento Psicológico	11
Referente Conceptual	16
Periodo Pre-operatorio	19
Periodo Trans-operatorio	19
Periodo Post-operatorio	20
Componente Emocional	20
Afrontamiento del estrés	23
Ansiedad	28
Depresión Clínica	28
Ira, Hostilidad y Agresión	29
Técnicas de Tratamiento	32
Relación Terapéutica	32
Técnicas Cognitivas	32
Apoyo Psicológico	32
Distracción Cognitiva	32
Reevaluación Positiva	33
Imaginación Guiada	33
Técnicas Conductuales	33
Relajación	33
Desensibilización Sistemática	34
Suministro de Instrucciones Conductuales	34
Técnicas informativas	34
Técnicas Combinadas	35
Presentación del Caso	42

Resultados	53
Comentario	56
Referencias	60

Lista de Tablas

Tabla 1. Análisis Sincrónico	44
Tabla 2. Análisis y Descripción de las Conductas Problema	46
Tabla 3. Plan de Intervención	48

Lista de Anexos

Anexo A. Consentimiento Informado	65
Anexo B. Cuestionario 1 STAI	66
Anexo C. Cuestionario 2 STAI	67
Anexo D. Registro de Pensamientos Negativos	68
Anexo E. Cartilla: Preparándose para la Cirugía Cardíaca	69

Resumen

TITULO: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA A UN PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

AUTOR(ES): P.s SONIA ESPERANZA GÈLVEZ BERMUDEZ

FACULTAD: Facultad de Psicología

DIRECTOR(A): PEDRO PABLO OCHOA

Toda cirugía en general tiene efectos que van desde el desconcierto hasta la desesperanza en aquellos pacientes que han de someterse a esta situación; es de esperarse que mientras más amenazante sea el procedimiento y más vital el órgano a manipular, mayor sintomatología se va a suscitar en el paciente. La cirugía a corazón abierto entra en el rango de las más amenazantes y por ello el paciente experimenta un alto grado de sensaciones y emociones negativas que pueden de alguna manera afectar el procedimiento y la recuperación en sí. Este trabajo pretende mostrar como la intervención psicológica llevada a cabo oportunamente en un paciente sometido a una cirugía de corazón del instituto del corazón de Bucaramanga; consiguió cumplir los objetivos propuestos. La intervención llevada a cabo en 10 sesiones desde el enfoque cognitivo- conductual, se orientó a disminuir mediante las técnicas empleadas, pensamientos negativos frente al proceso de hospitalización, síntomas ansiosos generados por el evento en sí, se logró el aumento de estrategias de afrontamiento en las tres etapas del proceso quirúrgico, consiguió fortalecer la expresión asertiva de sus necesidades y finalmente pudo modificar hábitos y conductas nocivas para su salud.

PALABRAS CLAVES: Psicología de la salud, cirugía cardiaca, intervención psicológica, terapia cognitivo-conductual, ansiedad

Abstract

TITLE: PSYCHOLOGICAL INTERVENTION TO A PATIENT UNDER CARDIOVASCULAR SURGERY

AUTHOR(S): Ps. SONIA ESPERANZA GELVEZ BERMUDEZ

FACULTY: Faculty of psychology

DIRECTOR: PEDRO PABLO OCHOA

All surgery generally has effects ranging from confusion to despair in those patients who have to undergo this situation, it is expected that the more threatening is the procedure and more vital the organ to manipulate, the more symptoms will arouse in the patient. Open heart surgery is in the range of the most threatening and therefore the patient experiences a high degree of negative feelings and emotions that may affect the procedure and the recovery itself. This work aims to show how the psychological intervention carried out promptly in a patient undergoing a heart surgery at the Heart Institute in Bucaramanga managed to meet the proposed objectives. The intervention conducted in 10 sessions from the cognitive-behavioral approach, was oriented to decrease by the techniques used, the negative thoughts about the process of hospitalization, symptoms of anxiety generated by the event itself, it achieved the increased coping strategies at the three stages of the surgical process, succeeded in strengthening the assertive expression of its needs and ultimately it could change habits and behaviors harmful to the health.

KEYWORDS: Health Psychology, cardiac surgery, psychological intervention, cognitive behavioral therapy, anxiety

Introducción

En la práctica médica tradicional, especialmente en el ámbito hospitalario, el personal médico y asistencial se forma con mayor énfasis en todo lo que tiene que ver con la fisiología y semiología del cuerpo humano; pero en el campo de la prevención primaria y de tomar en cuenta la esfera mental, hoy por hoy no se ha tenido mucho en cuenta o simplemente este aspecto pasa a un segundo plano; resulta absurdo tratar de aislar estos dos aspectos y enfocarnos solo en la enfermedad como resultado meramente físico o fisiológico.

Por lo anterior se hace fundamental en el proceso de enfermedad una intervención de carácter integral donde se tenga en cuenta el apoyo multidisciplinario en pro de la salud tanto física como mental.

En el caso específico de la enfermedades cardiovasculares, existen patologías cuyo único tratamiento para mejorar la salud y la calidad de vida es la cirugía; el hecho de ser sometidos a una intervención quirúrgica, es sin duda, una situación muy distinta al resto de acontecimientos que se suele vivir a lo largo de la vida, por el alto grado de incontrolabilidad que supone. De hecho, se deja en manos de otras personas, a menudo desconocidas, nuestro cuerpo, nuestra salud y en última instancia nuestra vida. No es de extrañar encontrar algunos pacientes cuyos temores están relacionados con la muerte el dolor y el desempeño personal, que pueden desencadenar una variedad de reacciones emocionales como depresión, ansiedad, irritabilidad e incluso se puede llegar a alterar el sueño y el apetito. Estos estados obstaculizan la colaboración del paciente con el personal médico y asistencial e inclusive pueden afectar el proceso de recuperación (Moix, Casas, López, Quintana, Ribera y Gil, 1995).

Reducir este tipo de emociones en los pacientes que deben ser sometidos a algún tipo de cirugía cardiaca es imprescindible ya que debe convertirse en uno de los principales objetivos de los profesionales de la salud, no sólo porque experimentarlas es algo negativo en si mismo sino porque estas afectan negativamente algunos indicadores de recuperación durante la estancia hospitalaria como: el dolor, la toma de analgésicos y sedantes, la

adaptación psicológica, las náuseas, las complicaciones, la fiebre, la presión sanguínea y la duración de la estancia hospitalaria (Moix, Casas, López, Quintana, Ribera y Gil, 1995).

Por lo anterior es esencial que los pacientes que han sido informados que para mejorar su condición médica y de salud deben someterse a algún tipo de cirugía de corazón, reciban de manera inmediata y durante todo el proceso quirúrgico acompañamiento psicológico es decir, la intervención debe abarcar las etapas pre, intra y post-quirúrgica; con el fin de disminuir el malestar emocional que una noticia de esta magnitud pueda llegar a generar no solo al paciente sino también a su familia.

Contextualización

Origen

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

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

Actualmente el ICB, cuenta con cuatro sedes, octavo piso de la clínica Chicamocha donde se prestan servicios de métodos diagnóstico no invasivos, hemodinamia, electrofisiología y consulta de pediatría, la sede ambulatoria donde se encuentra la parte administrativa y consulta externa, la sede de la foscál y finalmente la sede Bogotá. También cuenta con una alianza estratégica con las clínicas Materno Infantil San Luis, Foscál, Chicamocha y próximamente también en la zona franca. (Portafolio de servicios del Instituto del Corazón de Bucaramanga S.A 2006)

Misión Institucional

Un compromiso de vida

Visión Institucional

En el año 2018 seremos una organización con centros de excelencia en la prestación de servicios integrales de Medicina Cardiovascular con proyección internacional.

Política de Gestión integral

(Calidad, seguridad y salud en el trabajo y medio ambiente)

El Instituto del Corazón de Bucaramanga S.A., desarrolla servicios de salud en el área cardiovascular, cumpliendo con los parámetros exigidos al sector enmarcados en la legislación colombiana y otros que suscriba la organización en pro de la Seguridad Industrial, Salud Ocupacional, Medio Ambiente, Calidad y Responsabilidad Social fomentando la participación de todos los niveles de la organización .

De igual forma la Gerencia se compromete a destinar recursos para la implementación de mecanismos de planificación, ejecución, verificación y optimización de sus procesos, a fin de satisfacer las necesidades del cliente y garantizar el cumplimiento de sus objetivos y metas, haciendo uso de los recursos necesarios en infraestructura, tecnología y un equipo humano competente, encaminados al mejoramiento continuo con el fin de mantener altos estándares de eficacia en nuestros procesos y el desempeño de nuestro sistema de gestión integral.

Es compromiso de la organización proporcionar un entorno adecuado, que garantice la prevención de lesiones y enfermedades laborales, a través del desarrollo de programas de gestión y de vigilancia epidemiológicos, enfocados al control de los riesgos, con el propósito de evitar los accidentes de trabajo, enfermedades de origen laboral, daños a la propiedad y a terceros.

Así mismo el Instituto del Corazón de Bucaramanga, presta sus servicios de manera sostenible, desarrollando programas de gestión íntegros para minimizar la contaminación en todos sus aspectos, previniendo la contaminación y fomentando la conservación del medio ambiente.

Acompañamiento psicológico

El Instituto del Corazón de Bucaramanga S.A, cuenta desde hace cinco años con el servicio de psicología, ofreciendo a sus pacientes un servicio integral teniendo en cuenta el mejoramiento de la salud tanto física como mental.

Vale la pena mencionar que la psicología de la Salud ha señalado la importancia de los factores psicológicos en el desarrollo de las enfermedades y su recuperación. La patología coronaria ha sido desde los comienzos de la disciplina un modelo para el desarrollo de una visión pluricausal o multifactorial de las enfermedades bajo el enfoque biopsicosocial que estructura a la psicología de la salud (Oblitas, 2005).

En la actualidad, resulta evidente que una persona con enfermedad coronaria puede presentar factores de riesgo psicosociales diferentes, quizá más propios en algunos casos, que pacientes con otras enfermedades. Estos factores están asociados con la salud psicológica del individuo, tanto premórbida como posterior al evento cardíaco y su impacto emocional.

En este orden de ideas el abordaje psicológico, contempla diferentes niveles de intervención, desde la educación y promoción de la salud cardiaca hasta programas de rehabilitación de la enfermedad. Cada uno de estos momentos tiene su peculiaridad a considerar y precisa estrategias diferentes de intervención.

Con posterioridad a la aparición de síntomas y/o la ocurrencia de eventos agudos de la enfermedad cardiaca; la intervención psicológica se vuelve necesaria debido a que se enfoca en la implementación de diferentes estrategias que tienen como finalidad lograr un cambio en la calidad de vida del paciente. Logrando así la adherencia a una dieta cardiosaludable, el abandono del cigarrillo, la promoción de una vida más activa haciendo ejercicios físicos entre otros, además nos permite el control y manejo de las contenciones de una persona que está bajo un gran impacto emocional.

La función del psicólogo/a, comienza con la llegada del paciente y su familiar o acompañante y se prolonga durante su permanencia en la institución como paciente ambulatorio o si es el caso como paciente hospitalizado. Debido a que en la Institución

nos encontramos con personas con distinto grado de enfermedad coronaria desde el dolor anginoso hasta el infarto de miocardio y personas con diversos trastornos del ritmo cardíaco; algunos de ellos con perspectivas de colocación de un marcapasos; otros con la posibilidad de una próxima intervención quirúrgica, muchos de ellos experimentan un fuerte impacto emocional y no saben cuál será el desenlace de este suceso. Por tal motivo es muy importante elaborar un plan de tratamiento considerando las características individuales y diferentes de cada paciente, reconocer las urgencias médicas y emocionales.

La intervención psicológica da inicio con la entrevista psicológica, donde se valora en primera instancia el estado emocional del paciente y red de apoyo; la oportuna intervención ayuda en gran medida a calmar las ansiedades de muerte y brinda la contención necesaria para afrontar de manera positiva la situación actual, logrando comprender lo que está pasando y animando a preguntar y despejar dudas sobre el procedimiento al cual será sometido, minimizando así temores y angustias.

En los casos donde después de un procedimiento como angioplastia o cateterismo entre otros, se informa de una intervención quirúrgica; el acompañamiento psicológico se centra en evaluar como esta información repercute emocionalmente, el grado de aceptación, la defensa que establece, ayudando a elaborar la noticia en poco tiempo ya que nuestra intervención puede ser una sola, lo importante en esta situación es minimizar la angustias, temores y proponer una actitud positiva, de esperanza, de vida, brindando información sobre lo que le van a hacer, dar aliento y calma. Básicamente, la intervención psicológica en este caso, tiene un objetivo preventivo; que consiste en evitar que la situación de la intervención quirúrgica en el marco de la enfermedad cardíaca constituya un evento traumático para el psiquismo de la persona ya afectada por la diagnosis o el evento agudo, evitando, así, una mayor complejidad en la evolución clínico-quirúrgica de la enfermedad.

Cuando el paciente es hospitalizado, el acompañamiento psicológico se centra en favorecer la adaptación al proceso, amortiguando el impacto psicológico y el sufrimiento asociado, identificando y anticipando necesidades, preocupaciones y dificultades, y potenciando los recursos que permitan disminuir, en lo posible, los efectos negativos (ansiedad, depresión, irritabilidad, dolor, entre otros).

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

Es importante resaltar la beneficiosa influencia que ha venido presentando la intervención psicológica en las diferentes etapas del proceso quirúrgico y en los diferentes procedimientos que se realizan a diario tanto a pacientes adultos como pediátricos. Intervención que se caracteriza por el respeto al paciente, la calidad y calidez de la atención, el apoyo para enfrentar el proceso, la percepción del paciente como ser biopsicosocial único e irrepetible y la aceptación del derecho que tiene a participar activamente en el reconocimiento de su enfermedad y en el tratamiento.

Paralelo a esto es esencial el acompañamiento a los familiares debido a que también para ellos la cirugía o cualquier otro procedimiento medianamente invasivo, constituye un evento novedoso y estresante. Ellos junto con el equipo médico y asistencial son una importante fuente de apoyo social, cumpliendo un papel activo en el cuidado y recuperación del paciente.

El presente trabajo ofrece una aproximación de lo que día a día, en el quehacer del psicólogo clínico y de la salud se viene realizando con pacientes adultos de cirugía cardiovascular del Instituto del Corazón de Bucaramanga S.A.

Según la Organización Mundial de la Salud (1946), hoy por hoy las enfermedades cardiovasculares son la causa más frecuente de mortalidad en todo el mundo. Los pacientes que ingresan a centros hospitalarios y son sometidos a exámenes invasivos y a procedimientos quirúrgicos; perciben el corazón como el centro de la vida; lo cual causa en ellos emociones como ansiedad, tristeza, irritabilidad, depresión entre otros.

Por consiguiente desde el momento en que se diagnostica una enfermedad cuyo tratamiento va a requerir de una hospitalización para la realización de una intervención quirúrgica, tanto el paciente como sus familiares o cuidadores se ven implicados en un

proceso durante el cual pueden experimentar diversas alteraciones emocionales (Moix, 1994).

Si nos centramos concretamente en pacientes quirúrgicos, hoy por hoy no es de extrañar el hecho de que el ingreso a una clínica u hospital para la realización de una intervención quirúrgica puede llegar a producir cierto grado de estrés, temor o ansiedad y además, como parte del postoperatorio requieren ser ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) tras la intervención; es aquí donde también pueden presentar diversas alteraciones psicológicas como consecuencia de la adaptación a la nueva situación, en la cual los pacientes recién operados se encuentran en un ambiente extraño o desconocido, que les priva de sus interacciones y sensaciones habituales, mientras los abordan constantemente estímulos sensoriales extraños. Por este motivo, se considera que el ambiente propio de la UCI afecta psicológicamente a los pacientes de un modo negativo (Prince, 2004). Además, tienen que abandonar, al menos temporalmente, los roles que previamente desempeñaban (familia, trabajo, etc.) y adoptar un rol pasivo y dependiente hacia el equipo médico y asistencial de la clínica u hospital y los quipos que los rodean. Como consecuencia, puede ser difícil lograr y mantener la identidad y la integración social de estas personas que no se encuentran en un ambiente familiar, y que a menudo, escuchan conversaciones sobre ellos pero que no les incluyen.

Por otro lado, pese a que cabría esperar que superado el período crítico, el traslado de la UCI a una habitación fuera considerado como un paso positivo en el proceso de recuperación; no siempre se percibe de esta manera y por el contrario en algunos pacientes pueden aparecer temores producidos por la alteración de las rutinas y/o los procedimientos propios del postoperatorio para su recuperación, que pueden afectar su estado emocional.

Del mismo modo, las reacciones psicológicas adversas experimentadas por los pacientes durante la hospitalización, pueden continuar causando distrés muchos meses después del alta hospitalaria, llegando a generar algunas veces un trastorno por estrés postraumático (PTSD) (Coyle, 2001).

Teniendo en cuenta el modelo biopsicosocial de Engel (1977), resulta relevante la detección, evaluación y tratamiento de este tipo de problemas manifestados por los

pacientes, ya que se considera necesario un abordaje integral de los mismos que incluye tanto la atención de las necesidades físicas como psicológicas por parte de un equipo multidisciplinario, formado por profesionales de distintas áreas de la salud que aportan un abordaje técnico diferente pero complementario.

En conclusión, el objetivo de este trabajo se centra en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de algunas alteraciones emocionales causadas por el evento en sí (Cirugía, hospitalización, postoperatorio) y las necesidades manifestadas por los pacientes, familiares y/ o cuidadores.

Referente Conceptual

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

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

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

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

Ahora, bien, el papel del psicólogo en el entorno hospitalario y más específicamente en relación con las enfermedades cardiovasculares se justifica a partir de la estrecha relación existente entre los factores comportamentales y la salud cardiovascular, lo cual ha permitido su inclusión en los equipos interdisciplinarios que trabajan en el ámbito de los trastornos cardiovasculares. Muchos de los factores de riesgo están ligados a comportamientos individuales y grupales, los cuales son susceptibles de modificación a través de técnicas de intervención conductual. Ahora bien, queda claro que la labor del psicólogo no se circunscribe únicamente a sustituir comportamientos de riesgo por comportamientos de prevención, con toda la dificultad que ello conlleva, sino que además

actúa como elemento clave en el tratamiento y rehabilitación de los problemas cuando éstos ya se han presentado. De esta forma, ya sea a través de una intervención directa sobre ellos, o a través de una intervención sobre las alteraciones psicológicas secundarias a los mismos, la labor del psicólogo dentro del ámbito hospitalario se hace relevante (Simón, 1993).

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

Según la Organización Mundial de la Salud (1946), las enfermedades crónicas o incapacitantes son aquellas que comúnmente se adquieren por medio de estilos de vidas inapropiados, aunque siempre hay que considerar que existen factores genéticos de naturaleza hereditaria que concierne a estas condiciones. La diferencia entre una condición crónica y una infecto-contagiosa se fundamenta sobre el hecho de que las enfermedades degenerativas crónicas no son transmitidas mediante el contacto personal.

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

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

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

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

Teniendo en cuenta lo anterior, en determinadas enfermedades cardíacas y en estudios específicos de las mismas, se plantea el tratamiento quirúrgico como alternativa terapéutica óptima. Los procedimientos quirúrgicos hoy por hoy se han desarrollado, las técnicas de perfusión y circulación extracorpórea han mejorado sustancialmente y ya se trabaja en la cirugía con el corazón latiendo. Por ser estos procedimientos altamente invasivos en muchas ocasiones se perciben como novedosos y temidos por aquellos a quienes se les va a realizar. Cualquier acto quirúrgico por pequeño que sea, es una fuente potencial de estrés que trae apareadas respuestas psicológicas y fisiológicas, las que pueden sin duda comprometer la colaboración del paciente, el seguimiento de las prescripciones médicas, la efectividad del proceder y el proceso de recuperación (Sanne & Wenger, 1983).

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

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

La cirugía es una experiencia estresante ya que implica una amenaza a la integridad corporal y a veces una amenaza a la vida misma, lo que puede producir reacciones de estrés tanto fisiológicas como psicológicas en el estado del paciente, las mismas que son negativas para lograr una adecuada predisposición y una recuperación favorable de forma progresiva (Long, 1992). La cirugía enmarca tres grandes momentos, en cada uno de ellos se puede llegar a presentar una diversidad de emociones y reacciones tanto en el paciente como en la familia o grupo de apoyo.

Periodo Pre-operatorio.

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

Periodo Trans-operatorio.

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

Periodo Post-operatorio.

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

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

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

Componente Emocional.

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

El proceso emocional se desencadena por la percepción de una condición interna y externa, que llegan a un primer filtro que suponemos formado por un proceso dual de evaluación valorativa. Como consecuencia de esta evaluación tiene lugar la activación emocional, que se compone de una experiencia subjetiva o sentimiento, una expresión corporal o comunicación no verbal, una tendencia a la acción o afrontamiento y unos cambios fisiológicos que dan soporte a todas las actividades anteriores. Sin embargo, las manifestaciones externas de la emoción o los efectos observables de la misma son fruto de un segundo filtro que tamiza las mismas. Así la cultura y el aprendizaje hacen que las

manifestaciones emocionales se vean sensiblemente modificadas; de esta manera, las experiencias subjetivas que recogemos mediante auto informes pueden ser una exageración, minimización o incluso negación de las mismas; lo mismo ocurre con lo que observamos mediante la comunicación no verbal, la observación de la conducta manifiesta o, incluso, en las respuestas fisiológicas.

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

Cuando el primer filtro de evaluación valorativa actúa de forma disfuncional y el segundo filtro de aprendizaje y cultura actúa de forma no funcional se dan las condiciones responsables de que se produzcan múltiples problemas clínicos, como lo pueden ser la Tristeza/Depresión, Temor/Ansiedad o Ira/Hostilidad. Mientras que, cuando el primer filtro actúa de modo no funcional y el segundo filtro actúa de modo disfuncional, es cuando se producen problemas de salud o somatización.

Estas respuestas emocionales desadaptativas pueden ser las desencadenantes de crisis o coadyuvantes de las mismas, responsables de las recaídas (García, Abascal y Palmero 1998).

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

individuo, en base a su experiencia previa y a sus procesos cognitivos y afectivos; y la respuesta de estrés es activa e influye tanto sobre el estímulo como sobre su significado atribuido.

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

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

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

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

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986) existen factores personales que influyen en el proceso de valoración, los cuales corresponde a los Compromisos y a las Creencias; donde los primeros son la manifestación de aquello que es considerado importante para el individuo y que además determina sus decisiones. Ellos contienen una cualidad motivacional vital, afectando la valoración de un acontecimiento. Por otro lado las Creencias también influyen en la forma en que una persona valora lo que ocurre u ocurrirá. Dentro de ellas destacan las creencias existenciales y aquellas referidas al control personal.

Afrontamiento del Estrés

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

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

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

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

Lazarus y Folkman describen dos tipos de estrategias de afrontamiento: el manejo o la alteración de la relación entre la persona y el medio ambiente que es la fuente de estrés (afrontamiento centrado en el problema) y la regulación de las intensas emociones que produce la situación estresante (afrontamiento centrado en la emoción). Un factor que puede diferenciar ambos tipos de afrontamiento es el grado de control que percibe el individuo respecto a la situación estresante (Folkman 1999). A mayor control existirá mayor tendencia al afrontamiento centrado en el problema. En cambio, el menor control se asocia con mayores niveles de afrontamiento centrado en la emoción, tales como escape y evitación, búsqueda de apoyo social, distanciamiento y reencuadre cognitivo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El cerebro también se comunica de manera indirecta con el sistema inmune, a través del control que ejerce sobre la secreción de hormonas por parte de las glándulas endocrinas,

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

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

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

Ansiedad

Es una respuesta normal a los estados de alarma y amenaza. Es una reacción emocional a la percepción de peligro, real o imaginario con repercusiones fisiológicas, psicológicas y en la conducta. Ansiedad y temor pueden usarse como sinónimos, sin embargo, el temor que refiere a una amenaza específica y la ansiedad a una no específica (Evans, 1983; Long, 1992).

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

Cabe destacar que cierto nivel de ansiedad puede incluso resultar beneficioso para el transcurso del proceso, ya que es esta ansiedad la que mantiene al paciente alerta y le ayuda, por ejemplo a seguir las instrucciones del médico y del personal asistencial en general, además de prevenir al paciente a modificar hábitos y conductas nocivas para su salud.

No obstante, cuando esta ansiedad se eleva por encima de un umbral determinado se convierte en nociva, afectando negativamente tanto a nivel físico (por ejemplo puede descender el nivel de defensas del sistema inmunológico) como a nivel conductual (bloquearnos y olvidarnos de seguir instrucciones importantes).(Mathews, 1988)

Depresión Clínica

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

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

Ira, hostilidad y agresión

Spielberger (1980) define la ira como un estado o condición emocional psicobiológico que consiste en sentimientos de intensidad variable desde la ligera irritación o enfado hasta la furia y rabia intensas acompañadas por la activación de los procesos neuroendocrinos y la excitación del sistema nervioso autónomo. La hostilidad en cambio implica la experiencia frecuente de sentimientos de ira. Pero este concepto tiene también la connotación de un complejo conjunto de actitudes que incluyen la mezquindad y el rencor, así como conductas agresivas y vindicativas. Mientras que la ira hace referencia a sentimientos, los conceptos de hostilidad y agresión se utilizan generalmente para aludir a actitudes negativas y conductas destructivas y punitivas. Y por último la agresión la define como una conducta dirigida a causar daño a personas o cosas. A partir de estas definiciones se deduce que la ira como emoción es una condición necesaria, pero no suficiente, para el desarrollo de actitudes hostiles y de manifestaciones de conducta agresiva.

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

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

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

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

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

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

- La TC se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas planteados en términos cognitivos. Se identifica el pensamiento disfuncional, los posibles factores desencadenantes y la formulación de hipótesis acerca de situaciones claves. Según Riso (2006), se abarca el estudio del paciente en tres niveles: el primer nivel corresponde a las interacciones entre los pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas con las emociones, las conductas motoras y sus relaciones con el ambiente; el segundo nivel corresponde a los autoesquemas implicados y

las estrategias de autopercepción asociadas a ellos; el tercer nivel corresponde a los esquemas de segundo orden (la visión del mundo del paciente) y sus relaciones con las demás estructuras cognitivas.

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

Técnicas de Tratamiento

La relación terapéutica

El terapeuta tiene una doble función: como guía, ayudando al paciente a entender la manera en que las cogniciones influyen en sus emociones y conductas

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

Técnicas Cognitivas

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

Apoyo psicológico.

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

Distracción cognitiva.

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

Reevaluación positiva.

Esta técnica se basa en el cambio de pensamiento negativos respecto a la intervención y hospitalización por otros positivos. Esto es, consiste en enfatizar al sujeto los

aspectos positivos de la intervención como “aprovecharé para descansar, leer...” (Del Barrio, 1994; Lozano, 1996)

Imaginación guiada.

Durante la imaginación guiada, el paciente ha de realizar un viaje mental por todo el cuerpo hasta la herida y una vez allí imaginarse el proceso normal de curación. Esta técnica junto con la relajación se utilizó en el estudio de Holden-Lund (1988). Los resultados indicaron que los pacientes a los que se les aplicó esta terapia sufrieron menos ansiedad, liberaron menos cortisol y presentaron menos eritemas en la herida.

Técnicas Conductuales

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

Relajación.

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

Suministro de instrucciones conductuales.

Específicas para facilitar la recuperación. Las instrucciones conductuales que se facilitan a los pacientes dependen mucho del tipo de operación a la que han de someterse. Sin embargo, en general se podría decir que éstas suelen hacer referencia a cómo el paciente debe moverse después de la intervención, toser, y respirar profundamente. Aunque muchos de estos consejos ya suelen darse por parte de las enfermeras o médicos, éstos no las suelen facilitar de forma tan sistemática y prestando tanta atención al factor motivación para llevarlas a cabo como cuando estas instrucciones forman parte de técnicas psicológicas. Los beneficios que se obtienen al suministrar estas instrucciones son difíciles

de evaluar puesto que normalmente dichas instrucciones forman parte de técnicas paquete donde se combinan diferentes métodos para facilitar la recuperación (Moix, 1994)

Técnicas Informativas

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

Respecto a la forma de suministrar información, ésta se puede facilitar a través de folletos, cassettes, vídeos o mediante la simple conversación. En cuanto al contenido, existen dos clases de información. Una es la que hace referencia al procedimiento. Es decir, se informa al paciente sobre la naturaleza de las diferentes fases: pre, intra y postquirúrgica. El segundo tipo de información se centra en las sensaciones que probablemente el paciente sentirá como: el dolor, la somnolencia, la inapetencia, rigidez, entre otras. Evidentemente, en muchos casos la información hace referencia tanto al procedimiento como a las sensaciones.

En el caso de los pacientes quirúrgicos, familiares y/o cuidadores del Instituto de Corazón de Bucaramanga S.A, esta información es suministrada con el apoyo de una cartilla institucional llamada “Preparándose para la cirugía cardiaca”; donde se exponen aspectos que tendrán que vivenciar los paciente como : lo que sucederá en la consulta prequirúrgica, el día de la hospitalización, a la hora de la cirugía, después de la cirugía (UCI y habitación), el regreso a casa, síntomas normales en el postoperatorio, actividades que debe y no debe realizar durante las primeras cuatro semanas luego del procedimiento quirúrgico, en caso de alarma que debe hacer, importancia de la adherencia al tratamiento (toma de medicamentos y asistencia a controles), posibles complicaciones entre otros temas.

La eficacia de las técnicas informativas depende en gran medida del estilo de afrontamiento de los pacientes. Diversas investigaciones demuestran que la información produce efectos beneficiosos a los pacientes “vigilantes” (sujetos que normalmente intentan superar las situaciones estresantes obteniendo la máxima información sobre las mismas) mientras que incluso puede provocar efectos contraproducentes en personas “Perspectiva”

(sujetos que no suelen querer ningún tipo de información intentando superar la ansiedad sin pensar en el problema) (Moix, 1994)

Técnicas Combinadas

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

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

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

El éxito es variable y no sólo se condiciona por la experticia de quien interviene, sino que entran en juego una multiplicidad de variables como la historia personal y las experiencias traumáticas previas, la vivencia de patologías similares en amigos, conocidos o miembros de la

familia, las fantasías y proyectos futuros, las características de personalidad y los estilos de afrontamiento. De este modo, salta a la luz que no resulta suficiente los intentos no premeditados aunque benignos por ayudar al paciente, ni el falso optimismo de que lo que se le diga puede resultar inocuo.

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

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

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

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

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

- Fomentar la expresión de emociones y normalizar las respuestas en relación con el estímulo que se enfrenta.
- Ofrecer información nueva y relevante, que permita la reestructuración de falsas concepciones y de expectativas inadecuadas acerca del evento vital.

- Designar al paciente tareas concretas fuera de la sesión de trabajo que le permitan desempeñar un rol activo en función de su propio bienestar y que le estimulen la confianza en sus propios recursos y potencialidades.
- Desarrollar seguridad y expectativas de que se puede responder de manera más efectiva ante la situación. Este constituye un factor crítico en el proceso, sin la motivación y la confianza de que se alcanzará una meta específica, resulta una utopía el solo planteamiento de dicha meta.

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

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

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

Se definen otros acontecimientos como generadores de estrés familiar, resultan de la vivencia de situaciones límites que son de carácter accidental, por ejemplo, la muerte inesperada, catástrofes, desastres naturales pérdida del trabajo, de la moral familiar, la

enfermedad, ponen a prueba el máximo de los recursos adaptativos de las personas y las familias (Arés, 1999). La enfermedad es un proceso de deterioro que daña el funcionamiento biológico, psicológico y social de una persona y que puede conducir a la muerte, supone una situación de crisis, un acontecimiento estresante que produce un impacto en la vida del sujeto y su familia, una ruptura de sus comportamientos y modos de vida habitual (Rodríguez, 1995).

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

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

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

Por otra parte, es importante resaltar que en la literatura actual el malestar emocional suele describirse mediante un modelo unitario: los niveles de malestar emocional se conceptualizan como niveles altos de afecto, mientras que los niveles bajos de malestar emocional suelen conceptualizarse como niveles bajos de afecto. Sin embargo, Ellis (1990) y algunos de sus colegas que trabajan con terapias racional emotivas y cognitivo- conductuales han descrito el malestar emocional como un constructo binario compuesto por dos componentes distintos: sentimientos negativos funcionales (p. ej. Tristeza) y sentimientos negativos disfuncionales (p. ej. Sentirse inútil). Los resultados en estudios aplicados de este modelo han revelado que en una situación de estrés (p. ej. Cirugía de corazón) los niveles elevados de pensamientos irracionales, distorsiones cognitivas, se asocian con un mayor nivel de sentimientos negativos tanto funcionales como disfuncionales pero con niveles altos de sentimientos negativos disfuncionales. En este punto es importante anotar que los pacientes tanto pre como posquirúrgicos del Instituto del Corazón de Bucaramanga, presentan de manera generalizada uno o varios de estos pensamientos negativos que afectan de alguna manera su estado emocional; dificultando el afrontamiento de la enfermedad y del procedimiento quirúrgico.

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

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

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

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

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

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

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

Presentación del caso

Descripción:

Motivo de consulta: paciente de cirugía cardiaca (coronario), inicio de protocolo de intervención psicológica.

Datos sociodemográficos

Nombre: Marcos

Edad: 54 años

Sexo: Masculino

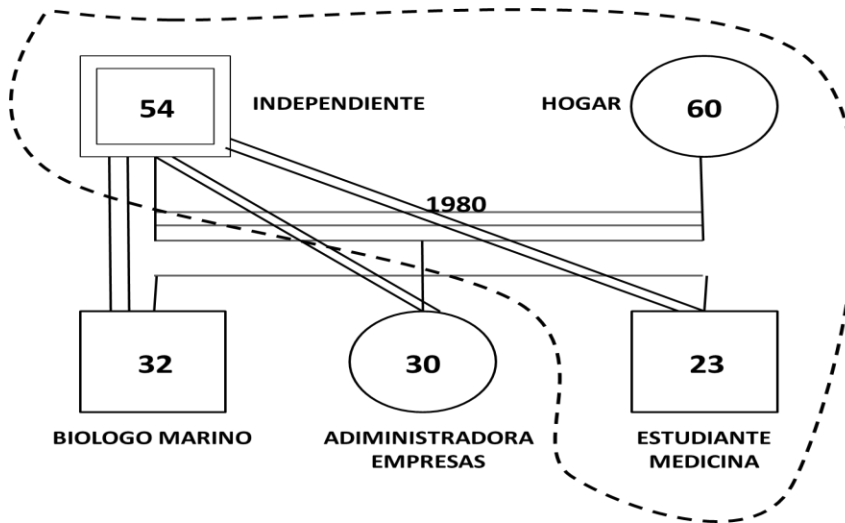
Estado Civil: casado hace 33 años

Escolaridad: secundaria completa

Ocupación: Trabaja como independiente, tiene su propia empresa

Estrato socio-económico: Cinco

Genograma



Dinámica familiar

El paciente en entrevista reporta que actualmente vive con su Esposa (60 años) quien se encuentra laborando en el negocio familiar. Cuenta con tres hijos el mayor de 32 años de profesión biólogo marino, una hija de 30 años administradora de empresas y el hijo menor de 23 años quien es estudiante de sexto semestre de medicina. Reporta que la dinámica familiar no presenta problemas en cuanto a las relaciones ya que mantienen una adecuada comunicación.

Análisis diacrónico (historia)

- El paciente refiere no tener información sobre antecedentes relacionados con la gestación, durante sus primeros años de vida expresa que fue criado en el núcleo de una familia humilde y trabajadora donde le inculcaron buenos modales y valores.
- A los tres años de edad fallece su padre.
- A los 5 años fue vestido de franciscano por un periodo de un año, esto se pudo deber a una promesa realizada por su madre, por alguna enfermedad que presentaba el paciente de niño.
- A los 10 años muere su madre por una enfermedad terminal, quedando a cargo de él y sus hermanos su padre.

- A los 13 años inicia estudios de secundaria apoyado por sus hermanos mayores; se destaca por ser un excelente estudiante.
- A los 19 años se gradúa de bachiller en el colegio Santander de la ciudad de Bucaramanga.
- A los 20 años comienza a trabajar en el negocio de uno de sus hermanos en oficios varios.
- A los 21 años se casa y forma su propia familia.
- A los 29 años se independiza y crea su propia empresa apoyado por su esposa.
- A los 38 años es diagnosticado con hipertensión y diabetes
- A los 52 le diagnostican enfermedad arteriosclerótica del corazón (Enfermedad coronaria).

Tabla 1. Análisis sincrónico (situación actual – etapa pre quirúrgica)

DOMINIOS	DESCRIPCIÓN (SINCRÓNICO)
EMOCIONALIDAD/ AFECTIVO	<p>No demuestra dificultad a la hora de expresar sus emociones, en sus relaciones no expresa dependencia, no presenta dificultad para interrelacionarse. Es estable emocionalmente aunque en ocasiones actúa de manera irresponsable en conductas relacionadas con malos hábitos alimenticios y nocivos para su salud (consumo de alcohol), (Conductas autodestructivas).</p> <p>No le agrada sentirse solo. En ocasiones presenta baja tolerancia a la frustración.</p>
COGNOSCITIVO/ VERBAL	<p>No presenta alteraciones en funciones cognitivas básicas como atención, concentración y memoria.</p> <p>El paciente demuestra ser una persona muy inteligente, creativa, recursiva es eficaz en su trabajo.</p> <p>No presenta problemas relacionados con la auto imagen, se percibe a sí mismo de manera positiva, lo cual lo lleva a tener una elevada autoestima.</p> <p>Su autovaloración es adecuada debido a que existe un alto</p>

	grado de conocimiento sobre sí mismo.
INTERACCIÓN SOCIAL	<p>El paciente ha presentado un patrón de relaciones interpersonales estables y duraderas. No reporta problemas de comunicación y habilidades sociales.</p> <p>Manifiesta que le gusta realizar actividades los fines de semana para compartir con familiares y con amigos, ser el anfitrión en las reuniones y estar rodeado de gente todo el tiempo.</p>
REPERTORIOS RELACIONADOS CON SALUD ENFERMEDAD	Mantiene inadecuados hábitos alimenticios y hábitos nocivos para la salud (consumo de alcohol), lo cual han generado en el problemas de salud, sin embargo expresa que le agrada realizar ejercicio y mantiene adecuada adherencia terapéutica.

CONTEXTOS	
ACADÉMICO/ LABORAL	No culminó sus estudios universitarios; según él porque se casó muy joven. Es comerciante independiente y posee una empresa familiar desde hace varios años en la cual labora junto con su esposa; se considera muy responsable con su trabajo y se encuentra satisfecho con lo que hace y con lo que ha construido; refiere que es estable económicamente lo cual le ha permitido invertir en otros negocios.
FAMILIAR	Casado hace 33 años y tiene tres hijos ya universitarios; expresa que mantiene una constante comunicación con su esposa e hijos, describe a su familia como unida. Debido a que no tiene que cumplir un estricto horario laboral puede disfrutar de varias actividades en familia.
PAREJA/SEXUAL	Refiere adecuada relación con su esposa; aunque es mayor que él expresa que no ha sido obstáculo y que su matrimonio se basa en el amor, el respeto y la confianza.
CONDICIONES AMBIENTALES	Vive en casa propia en estrato cinco y el local donde está situada su empresa es de su propiedad. Además a las afueras de la ciudad posee una casa campestre donde en varias oportunidades disfruta de la compañía de familiares y amigos. Todos los fines de semana sin falta organiza reuniones

	<p>sociales específicamente asados y donde no puede faltar la cerveza según lo expresa Marcos.</p> <p>Debido a las exigencias y compromisos laborales maneja ciertos niveles de preocupación y estrés.</p>
--	--

EVALUACIÓN MULTIAXIAL

Eje I: Sin diagnóstico o estado en el eje I [V71.09]

Eje II: Sin diagnóstico en el Eje II [V71.09]

Eje III: Enfermedad arteriosclerótica del corazón (Enfermedad coronaria) – hipertenso-Diabético.

Eje IV: No reporta problemas psicosociales ni ambientales

Eje V: EEGA: 85 % al momento de la entrevista

Tabla 2. *Análisis y descripción de las conductas problema*

ANÁLISIS EXPLICATIVO

Formulación de hipótesis:

Problema	Hipótesis	Validación
<p><i>En el Hospital</i></p> <p>Insomnio: el paciente manifiesta que después de recibir la junta médico quirúrgico ha presentado problemas para</p>	<p>Ideas persistentes relacionadas con el temor a morir en la cirugía.</p> <p>Preocupación constante por su futuro.</p>	<p>Estas ideas de muerte pueden estar relacionadas con el alto grado de incontrollabilidad, complejidad y riesgo que supone el procedimiento.</p> <p>Castillero (2007) menciona que ante la comunicación de una intervención quirúrgica se presenta un alto nivel de estrés aún más si es de corazón o de</p>

conciliar el sueño.		<p>cerebro ya que históricamente están asociadas con la muerte.</p> <p>Reporte de la esposa que piensa constantemente en la muerte.</p>
<p>Conductas de ansiedad en relación a sus estancia en la UCI</p>	<p>Estas pueden deberse a la información que ha recibido el paciente de manera directa, es decir por la información suministrada por el personal médico y asistencial (es probable que cuando despierte este aún intubado, los primeros días presentará dificultad respiratoria, algunos pacientes tiene que ser inmovilizados, no podrá levantarse de la cama, dependerá siempre de una enfermera, estará las 24 horas con monitoreo especial). O por parte de personas que han pasado por la misma experiencia. (Uno se despierta y se siente ahogado, el dolor es intenso en el pecho y la espalda, uno tiene que depender de las demás personas hasta para comer, uno se siente muy solo en ese lugar, los días son eternos).</p> <p>Expectativas negativas relacionadas con el</p>	<p>Tras determinados tipos de intervención quirúrgica, los pacientes pasan usualmente el postoperatorio inmediato en una unidad de cuidados intensivos, donde pueden manifestar diversas alteraciones psicológicas. (Hewitt, 2002) destaca la ansiedad, el estrés y la desesperación como los principales desórdenes afectivos manifestados por los pacientes críticos ingresados en una UCI, siendo su necesidad primaria la sensación de seguridad. Además, afirma que las drogas sedantes desempeñan un rol importante en la aparición de los estados confusionales (desorientación y alteraciones perceptivas como ilusiones, delirios, alucinaciones visuales y táctiles, etc).</p> <p>Hewitt (2002) también cita otro factor estresante como consecuencia de la estancia en UCI y es la dificultad que presentan inicialmente este tipo de pacientes para comunicarse como consecuencia de las técnicas de ventilación empleadas, lo cual puede producirles sentimientos de angustia y desesperación, que a su vez pueden reducir la interacción con los familiares y cuidadores y tener un impacto en cuanto a la participación</p>

	despertar de la anestesia, específicamente con la angustia de despertar intubado.	activa del paciente en su recuperación.
<i>En su casa</i> Se aísla de su entorno social. En el trabajo de sus compañeros, en casa de su familia.	Esta conducta se puede deber a la angustia y la ansiedad que le produjo la notificación de la cirugía, prefiriendo aislarse de su familia y amigos, evitando de esta manera mostrar sus temores y dificultades y evadiendo situaciones que le generen pérdida de control.	Los síntomas de la ansiedad a nivel cognitivo subjetivo son: preocupación, temor, inseguridad, dificultad para decidir, miedo, pensamientos negativos sobre uno mismo, pensamientos negativos sobre nuestra actuación ante los otros, temor a que se den cuenta de nuestras dificultades, temor a la pérdida del control, dificultades para pensar o concentrarse, etc (Moix, 1996). Reporte de la familia en entrevista.
Conductas relacionadas con hábitos nocivos para su salud. Dieta inadecuada Consumo de alcohol	Tiene la idea de que al hacer ejercicio compensa sus malos hábitos alimenticios.	Bandura (1977) en su modelo de autoeficacia, considera que la capacidad humana de auto-referencia del pensamiento, permite a las personas evaluar y alterar su propio pensamiento y su conducta, dichas evaluaciones incluyen percepciones de auto-eficacia, que es como Bandura definió a “las creencias en las capacidades propias para organizar y ejecutar el curso de acciones requeridas para manejar las posibles situaciones”. El modelo de Autoeficacia como modelo psicológico en el área de la salud supone que las personas se comprometen con una conducta, para después interpretar los resultados de sus acciones y es con base en estos resultados como desarrollan creencias sobre si son capaces o no de llevar

		acabo conductas subsecuentes en contextos similares.
--	--	--

Tabla 3. *Plan de intervención*

OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN	TECNICA TERAPEUTICA UTILIZADA	SESIONES	RESULTADOS CUALITATIVOS
Establecer una relación de confianza con el paciente que facilite la recolección de la información, la firma del consentimiento informado y la aplicación de instrumentos y técnicas de intervención específicas	Dar muestra de empatía, ser cálido y comprensivo con el paciente, de manera que éste se sienta acompañado, escuchado y entendido.	Durante todo el proceso	Se logró establecer empatía con el paciente con facilidad puesto que ya había un acercamiento previo (cateterismo)
Recoger información de forma completa usando múltiples fuentes.	Entrevistar a familiares Planificación de actividades familiares.	5	La disponibilidad de la familia para contribuir en el proceso terapéutico del paciente fue permanente
Enseñar a reconocer los propios signos y síntomas de la ansiedad, en sus tres dimensiones: cognitiva, fisiológica y emocional. Detectar las fuentes de ansiedad y valorar las posibilidades de modificación.	Psicoeducación: Educar al paciente, explicando en qué consiste la ansiedad, para que logre reconócela en sus tres dimensiones. Enseñar al paciente a identificar las fuentes de ansiedad con ayuda de registros.	2	Se le facilitó el reconocimiento de la ansiedad puesto que ya tenía un aprendizaje previo de los registros que se realizaron y a su vez logro identificar el porqué de su ansiedad.

<p>Modelar el diálogo interno, para darse ánimo y serenidad.</p> <p>Propiciar la atención selectiva en las dos vertientes, positivas y negativas de las situaciones.</p> <p>Fomentar una actitud de aceptación activa y serena.</p>	<p>*Utilizar los demás como punto de referencia</p> <p>*Dialogo socrático</p> <p>*Debate y búsqueda de evidencias.</p>	<p>Durante todo el proceso</p>	<p>Sus pensamientos negativos frente al proceso de hospitalización pasaron a un segundo plano debido a que su compromiso con el proceso terapéutico fue adecuado y sus tareas fueron llevadas a cabo a feliz término.</p> <p>El paciente manifestó que el proceso terapéutico, le ayudo a mejorar aspectos cotidianos de su diario vivir que antes debido a su enfermedad y a la cirugía no le encontraba solución</p>
<p>Entrenar en prevención de respuesta, preparando al paciente para aquellos acontecimientos que puedan presentarse en el futuro y resulten difíciles de abordar a lo largo del postoperatorio.</p>	<p>Entrenamiento en prevención de respuesta</p>	<p>3</p>	<p>No volvió a manifestar respuestas de ansiedad frente a su condición médica y postoperatorio.</p>
<p>Facilitar al paciente la libre expresión acerca de sus necesidades para identificar en cuáles requiere ayuda y así generar progresos en el proceso.</p>	<p>Flujo de pensamientos</p>	<p>Durante todo el proceso</p>	<p>Se logró establecer un ambiente de escucha e identificar sus necesidades y pensamientos frente a estas</p>
	<p>Registros.</p>	<p>Durante todo el proceso</p>	<p>Se logró identificar y registrar las necesidades del paciente proporcionando posibles soluciones.</p>
<p>Motivar al paciente a</p>	<p>Entrenamiento en</p>	<p>Durante todo</p>	<p>Se generó un proceso de</p>

ser asertivo en la expresión de sus propias necesidades.	asertividad	el proceso	asertividad óptimo debido a que el paciente manifestó que el entrenamiento le había generado grandes cambios en su vida familiar y personal; ya que logro expresar sentimientos y pensamientos de forma adecuada.
Reforzar cualquier actitud o verbalización positiva que pueda incrementar el nivel de sensaciones positivas en el paciente.	Refuerzo verbal positivo.	Durante todo el proceso	Se presentaron numerosas verbalizaciones positivas en relación a su bienestar personal. Aumento el nivel de sensaciones positivas en el paciente.
Enseñar al paciente a adoptar una perspectiva más realista de las situaciones.	Técnicas de re atribución.		El paciente ya no tiende a culparse de los acontecimientos negativos y/o de sus consecuencias en situaciones que escapan a su control directo.
Entrenar en técnicas de relajación, como estrategias complementarias.	Entrenamiento en relajación progresiva y técnicas de respiración.	Durante todo el proceso	Aprendió la técnica de relajación y la puso en práctica para reducir la ansiedad que le generaba la hospitalización. La ansiedad disminuyó.
Entrenar en técnicas de visualización y sugerencias positivas	Visualizaciones y sugerencias positivas	Durante todo el proceso	Logró imaginar situaciones de bienestar en circunstancias que le generaban angustia y estrés alcanzando cierto grado de bienestar y tranquilidad.
Proporcionar instrucciones acerca de cómo debe	Instrucciones conductuales	5	Logró seguir las instrucciones suministradas, lo cual facilito el proceso de

moverse, toser, sentarse, levantarse, caminar durante el postoperatorio			recuperación
Entrenar al paciente en técnicas de distracción y plantación de actividades gratificantes durante la hospitalización y posteriormente en casa	Distracción de pensamiento	4	El paciente pudo dirigir su atención hacia estímulos externos gratificantes, reduciendo molestias propias del postoperatorio tanto físicas como emocionales.
Facilitar la libre expresión de emociones	Expresión de emociones	5	El paciente pudo ponerse en contacto con las distintas emociones presentes en cada una de las etapas del proceso quirúrgico
Dar a conocer al paciente y a la familia aspectos relaciones con la cirugía, la estancia hospitalaria y cambios en el estilo de vida (plan de egreso)	Técnicas informativas Toma de decisiones Psicoeducación	Durante todo el proceso	El paciente y la familia estuvieron atentos a las indicaciones e instrucciones proporcionadas y despejaron las dudas que tenían acerca del procedimiento, la estancia hospitalaria y el postoperatorio; además el paciente identifico hábitos en su estilo de vida que debía modificar evaluando de manera asertiva la elección más beneficiosa para su salud, de esta manera logro dejar hasta el momento aquellas conductas nocivas para su salud.

Resultados

La intervención psicológica con el paciente Marcos, se llevó a cabo en 10 sesiones iniciando el día de su consulta preanestésica, seguido del día de la hospitalización, durante su estancia en UCI, en el traslado a piso y finalmente en los controles posquirúrgicos. Para el tratamiento se trabajó desde el enfoque cognitivo conductual logrando disminuir la frecuencia, intensidad y duración de los pensamientos y conductas negativas generadas por la notificación del procedimiento quirúrgico. (Ver tabla 3. plan de intervención).

En la segunda sesión (etapa prequirúrgica) y en el primer control después del alta (etapa postquirúrgica), se aplicó al paciente el instrumento Escala de Ansiedad Estado/Rasgo STAI (Spielberger 1982), cuyos resultados arrojados fueron: STAI-E registró una reducción de 2,5 puntos entre la medición previa (Md = 17,5) y posterior a la cirugía (Md = 15). En el STAI-R la reducción fue de 7 puntos entre la medición previa (Md = 23,5) y la posterior (Md = 16,5). Pese a que se apreciaron diferencias en los puntajes brutos y percentiles, con una leve disminución de la ansiedad tanto de estado como rasgo, las diferencias no fueron estadísticamente significativas y se encontraron dentro del rango normal de ansiedad (pre y post quirúrgica).

Cabe aclarar que algunas de las puntuaciones del instrumento fueron dadas de manera positiva debido a la proximidad de la cirugía y a la condición médica del paciente; por lo cual no se tuvo en cuenta el puntaje total como un todo. La respuesta de cada uno de los ítems se tomó de manera aislada teniendo en cuenta la entrevista y la observación al momento de realizar la evaluación.

Tal como se describe en la tabla plan de intervención. Los resultados obtenidos después de la intervención fueron los siguientes:

Se logró establecer empatía con la paciente con facilidad puesto que ya había un acercamiento previo (cateterismo).

Se le facilitó el reconocimiento de la ansiedad puesto que ya tenía un aprendizaje previo de los registros que se realizaron y a su vez logró identificar el porqué de su ansiedad.

Sus pensamientos negativos frente al proceso de hospitalización pasaron a un segundo plano debido a que su compromiso con el proceso terapéutico fue adecuado y sus tareas fueron llevadas a cabo a feliz término.

El paciente manifestó que el proceso terapéutico, le ayudo a mejorar aspectos cotidianos de su diario vivir que antes debido a su enfermedad y a la cirugía no le encontraba solución.

No volvió a manifestar respuestas de ansiedad frente a su condición médica y postoperatorio, debido a que presento una gran disposición en el entrenamiento.

Se logró establecer un ambiente de escucha e identificar sus necesidades y pensamientos frente a estas.

Se logró identificar y registrar las necesidades del paciente proporcionando posibles soluciones.

Se generó un proceso de asertividad óptimo debido a que el paciente manifestó que el entrenamiento le había generado grandes cambios en su vida familiar y personal; ya que logró expresar sentimientos y pensamientos de forma adecuada.

Se presentaron numerosas verbalizaciones positivas en relación a su bienestar personal además aumento el nivel de sensaciones positivas en el paciente.

El paciente ya no tiende a culparse de los acontecimientos negativos y/o de sus consecuencias en situaciones que escapan a su control directo.

Aprendió la técnica de relajación y la puso en práctica para reducir la ansiedad que le generaba la hospitalización logrando disminuirla.

Logró imaginar situaciones de bienestar en contextos que le generaban temor, incertidumbre y pérdida de control.

Logro seguir las instrucciones suministradas, lo cual facilitó el proceso de recuperación.

El paciente pudo dirigir su atención hacia estímulos externos gratificantes, reduciendo molestias propias del postoperatorio tanto físicas como emocionales.

El paciente pudo ponerse en contacto con las distintas emociones presentes en cada una de las etapas del proceso quirúrgico.

La disponibilidad de la familia para contribuir en el proceso terapéutico del paciente fue permanente.

El paciente y la familia estuvieron atentos a las indicaciones e instrucciones proporcionadas y despejaron las dudas que tenían acerca del procedimiento, la estancia hospitalaria y el postoperatorio; además el paciente identificó hábitos en su estilo de vida que debía modificar evaluando de manera asertiva la elección más beneficiosa para su salud, de esta manera logró dejar hasta el momento aquellas conductas nocivas para su salud.

Así mismo según el reporte del paciente y su esposa logró comprender la relación pensamiento, efecto, conducta logrando expresar sus necesidades y temores de manera asertiva, igualmente logró disminuir aquellas conductas nocivas para su salud.

Finalmente es conveniente mencionar el vínculo terapéutico logrado con el paciente lo cual facilitó una mayor adherencia al tratamiento y participación activa en todas las sesiones llevadas a cabo; mostrándose siempre muy receptivo ante la información suministrada y colaborador ante las técnicas aplicadas.

Comentarios

Según la Organización Mundial de la Salud (1946), las enfermedades cardiovasculares constituyen hoy por hoy la primera causa de muerte tanto en hombres como en mujeres. Esto implica que existe una considerable cantidad de pacientes que consultan a los hospitales y clínicas por sintomatología cardiovascular, y eventualmente después de un sinnúmero de exámenes médicos, se ve la necesidad de ser intervenidos quirúrgicamente; por lo cual muchos de ellos experimentan un grado importante de ansiedad, temor, incertidumbre y preocupación, ya que esto implica cognitivamente un riesgo inminente de muerte inesperada o prematura.

El asesoramiento psicológico antes de las intervenciones quirúrgicas pretende hacer que el paciente permanezca menos tiempo en la unidad de cuidados intensivos, tenga menor malestar emocional y permanezca en general menos tiempo en la hospitalización. Según Oblitas (2005), después del ataque al corazón y de la cirugía, la terapia individual para pacientes en recuperación mejora el bienestar psicológico y reduce el índice de mortalidad en los primeros años de la recuperación. Además, los estudios han demostrado que dos horas de asesoramiento psicológico a la semana durante siete semanas reducen un 60 por ciento el índice de reingresos hospitalarios, para los pacientes con problemas cardíacos (Oblitas, 2005).

En este orden de ideas y teniendo en cuenta el caso en particular, el paciente después de haber sido dado de alta por parte del cirujano cardiovascular y por el profesional en psicología del Instituto del Corazón de Bucaramanga, se logra concluir lo siguiente:

- La más inmediata que se puede apreciar, es que la intervención psicológica se demostró eficaz en la preparación del paciente en sus tres etapas (Pre, intra y post) debido a que redujo notablemente los síntomas y pensamientos negativos persistentes; como refiere la literatura, existen reacciones emocionales negativas en los pacientes que van a ser sometidos a procedimientos invasivos y/o quirúrgicos, reacciones que pueden mostrarse antes e incluso después de los mismos, pues en el caso de la cirugía cardíaca en particular, la recuperación es progresiva y difícil.

- Durante el proceso inicial fue primordial valorar los rasgos de personalidad y características del paciente asociadas a la sintomatología ansiosa y anímica que presentaba en la etapa prequirúrgica, lo cual permitió establecer los objetivos y el plan terapéutico adecuado.

- Las técnicas psicológicas empleadas con el paciente parecieron ser efectivas para reducir los temores y angustias durante todo el proceso de hospitalización, además se logró restablecer el equilibrio emocional; fomentando un adecuado afrontamiento ante la hospitalización y facilitando la recuperación.

- El acompañamiento psicológico realizado al paciente, avala los datos arrojados por otras investigaciones que han puesto de relieve los beneficios de la preparación psicológica en la recuperación, modificación de hábitos y reincorporación de los pacientes a sus actividades cotidianas después de una cirugía altamente invasiva y riesgosa.

- La peculiaridad de las técnicas aplicadas, consistió en la combinación de diferentes elementos (cognitivos, conductuales, informativos y de apoyo emocional), que se regularon en función de las necesidades del paciente, dándole un carácter flexible y adaptable, pero siempre con el objetivo de facilitar la experiencia quirúrgica.

- Se comprobó que es importante articular los dos tipos de intervención cognitivo-conductual, ya que de intervenir solo desde el enfoque cognitivo, el aspecto conductual continuaría afectando significativamente al paciente convirtiéndose en un factor mantenedor de su conducta y viceversa.

- A partir del acompañamiento diario e intervención psicológica se ofrecieron estrategias de afrontamiento que posibilitaron el manejo adecuado para enfrentar el miedo y la angustia que le generaba la idea de permanecer unos días en la unidad de cuidados intensivos.

- Se puede decir que la intervención psicológica culminó con éxito, ya que además de la satisfacción que el propio paciente y su familia expresaron con la atención recibida, se lograron cumplir los objetivos terapéuticos fijados desde un inicio y en común acuerdo.

- En resumen, la indicación de una cirugía cardiovascular despierta en el paciente una serie de temores que causan angustia, depresión y miedo a la pérdida de control. El psicólogo clínico, debe explicar al paciente de manera sencilla y veraz su situación y brindarle la oportunidad de aclarar sus dudas. La intervención de un(a) psicólogo(a) con formación clínica es fundamental durante las tres etapas del proceso quirúrgico, para que el paciente y su familia afronten mejor la situación y tengan una hospitalización y postoperatorio más exitoso.

No es de extrañar que la experiencia de cualquier forma de cirugía pueda ocasionar malestar emocional en una persona, algunos reaccionan antes o después con desórdenes psiquiátricos no relacionados con la severidad de la enfermedad o de la cirugía. 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 rige el cuerpo.

Las personas que padecen enfermedades cardiovasculares tienen riesgos psicosociales importantes como son patrón de conducta tipo A, enojo, hostilidad, depresión, ansiedad, estrés, fatiga excesiva, tensión laboral, mecanismos de defensa ante la situación, baja capacidad para expresión de sentimientos, baja tolerancia a la frustración y miedo a la pérdida de control, además de aislamiento y carencia de apoyo social. Si estos pacientes están deprimidos, ansiosos o niegan su situación, no están en capacidad de hacer el esfuerzo postoperatorio necesario para modificar los factores de riesgo o para participar en una rehabilitación cardíaca de forma eficaz y eficiente, por lo que los resultados finales de la 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 (Castillero2007).

Los pacientes que van a ser sometidos a procedimientos de cirugía cardíaca, viven además un período de estrés psicológico, que se genera como resultado de la conjunción de estímulos externos o internos vividos como amenazantes, la personalidad del enfermo y los recursos con los que ellos cuentan para adaptarse, por lo que podemos encontrarnos con varias respuestas físicas y conductas o procesos psicológicos, como por ejemplo, dolor, hiperventilación, taquicardia, ansiedad, tristeza, frustración, miedo, agotamiento excesivo, entre otros.

Una vez realizados los estudios diagnósticos correspondientes y determinado que el único tratamiento a seguir es una cirugía cardiovascular, es de gran importancia la manera en que se le participe al paciente 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.

En resumen y teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto la intervención psicológica se hace necesaria ya que una adecuada información e intervención ayudará en gran medida a obtener resultados satisfactorios durante la hospitalización y recuperación; además de proporcionar al paciente y su familia una atención mas personalizada e integral.

Referencias

- Arés, P. (2003). La intervención familiar en las actuales realidades sociales: Revista Cubana de Sexología y Soc, 9 (21).
- Bandura A. (1997). Self-efficacy: Towar a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, Vol 84(2): 191-215.
- Baum, A, Gatchel, R. & Krantz, D. (1997). An introduction to health psychology. New York: McGraw-Hill.
- Beck, J. (2000). Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización. Barcelona, España: Gedisa.
- Beck, A.; Rush, A., Shaw B., & Emery G (1979) Cognitive Therapy Of Depression. Guilford Press, New York,. (Traducción: Desclee de Brouwer, Bilbao 1983).
- Bernard, L. & Krupat, E. (1994). Health psychology: biopsychosocial factors in health and illness. Forth Worth, Tx: HarcourteBraceCollege.
- Bernstein, D. (1981). Introducción a la psicología clínica. México: Mc Graw-Gill Interamericana.
- Berri & Kohn. (1988). Técnicas de quirófano. 5ta Edición México. Editorial Interamericana
- Berstein, (1983). Entrenamiento en relajación. Biblioteca de psicología, Ed Desclee De Brower, S.A, Bilbao.
- Castillero, A. (2007). Intervención psicológica en cirugía cardiaca. Avances en psicología latinoamericana, 25(1) 52-63
- Coyle M. (2001) Transfer anxiety: preparing to leave intensive care. Intensive Crit Care Nurs, 17:138-43.
- Del Barrio, V. (1994). Preparación de sujetos para intervenciones médicas estresantes. Apuntes de Psicología, 40, 7-20.

- Engel G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*.196:129-36.
- Ellis, A. (1990). *Aplicaciones clínicas de la terapia racional emotiva*. España: Desclee de Brouwer.
- Evans, I. (1983). *Psicología para un mundo cambiante*. México. Editorial Limusa.
- Folkman S. (1999). New perspectives on coping: lessons from caregivers of people with AIDS. Trabajo presentado en el XXVII congreso interamericano de psicología. Caracas.
- Freedman, L. (1982). Anxiety in medical situations and chemotheraphy – relate problems among cancer patients. *Journal of CancerEducation*.
- García, F., Abascal, F. & Palmero. (1998). *Emociones y Salud*. Cap 1. Ed. Ariel Psicología. Madrid.
- García, Hernández, A. (2000). *Aproximación al sufrimiento, la muerte y el duelo en pacientes y familias en situaciones de urgencia y cuidados críticos*.
- Giacomantone E. y Mejía A. (1997). *Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico. El impacto emocional de la cirugía*. Buenos Aires: Paidós.
- González, I. & Chacón, M. (2003). *Diagnóstico e Intervención Psicológica En La Familia Del Enfermo Al Final De La Vida*. Las Palmas de Gran Canaria, España: Gafos. 3 pp. 371-389.
- Hernández, A. & Florenzano, R. (1999). *División de promoción y protección de la salud. Familia y adolescencia: indicadores de salud*. Washington, DC: Fundación Kellog.
- Hewitt J. (2002) *Psycho-affective disorder in intensive care units: a review*. *J ClinNurs*; 11 pp. 84-85.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martinez Roca.

- Long, B. (1992). Tratado de enfermería médico –quirúrgico. 2da. Edición España Editorial Mc Graw- Hill.
- Lorda S. & Judez G. (2001). Consentimiento informado. Bioética para clínicos. Medicina Clínica, 117, 99-106.
- Lozano, M. (1996). Variables que inciden en la ansiedad experimentada por pacientes hospitalizados y valoración de dos programas alternativos de reducción de la ansiedad. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.
- Matarazzo, J. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Mathews, A. (1988) La ansiedad y el procesamiento de la información amenazante. C. Med. Psicosom. Sex, 7: 35-42.
- Moix, J. (1996). Ansiedad, dolor y recuperación posquirúrgica. *Cirugía Española*, 60, 337-338.
- Moix, J. Casas, J. López, E. Quintana, C., Ribera, C. & Gil, A. (1993). Facilitación de la recuperación postquirúrgica a través del suministro de información y del apoyo psicológico. Control de calidad asistencial.
- Moix, J. Casas, J. López, E., Quintana, C., Ribera, C. & Gil, A. (1995). Eficacia de los folletos informativos para suministrar información acerca de la operación y la convalecencia. Revista de calidad asistencial.
- Moix, Q. J. (1994). Emoción y cirugía, artículo publicado por la Universidad de Barcelona en *anales de psicología*, 10, 167-175
- Morales, F. (1999). Introducción a la psicología de la salud. Buenos Aires: Paidós.
- Nieto-Munuera, J., Abad-Mateo, M. Esteban A. & Tejeira , M.(2004) psicología para ciencias de la salud. Estudio del comportamiento humano en la enfermedad. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. pp. 61, 315-21.
- Oblitas, L. A. (2005). Psicología de la salud y calidad de vida.: Thomson.

- Organización Mundial de la Salud. (1946) Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, CIE-10", Madrid, España: Forma.
- Ortega R, Pujol A. (1997). Estilos de vida saludable: actividad física. Programa Roche de actualización en cardiología., S.A. Madrid, Ediciones Ergón.
- Palmero, F. y Fernández-Abascal, E.G. (1998): Emociones y adaptación. Barcelona: Ed Ariel.
- Pickett, C. & Clum, G.A. (1982).Comparative treatment strategies and their interaction with locus of control in the reduction of postsurgical pain and anxiety.Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50, 439-441.
- Price A. (2004); Managing the anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. NursCritCare. 9:72-9.
- Relloso, S. (1998). Enciclopedia autodinamica. Edición Cabo Editorial Lexus.
- Riso, W. (2006). Terapia cognitiva: Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico. Bogotá: grupo editorial norma colección Vitral.
- Roca, M. A. (2000). Psicología clínica. Una visión general. La Habana: Félix Varela.
- Sanne, H., & Wenger, N. (1983). Psychological and social aspects of coronary heart disease. Information for the clinician publication of the scientific council on the rehabilitation of cardiac patients of the internacional society and federation of cardiology.
- Selye, H. (1960). La tensión en la vida. Buenos Aires: Compañía General Fabril Editora.
- Simón, M. (1993). Manual de psicología de la salud. Madrid. Editorial.Pirámide.
- Spielberger, C. (1980). Test anxiety inventory: preliminary professional manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger C. Gorsuch R. & Lushene, R.E (1982) *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid:TEA.

ANEXOS

Anexo A**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo _____, identificado con cédula de ciudadanía No _____ de _____, manifiesto que conozco que el servicio de Psicología que voy a recibir se desarrolla en el proceso de prácticas de la Especialización en Psicología Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana bajo la supervisión directa de un asesor, quien tendrá acceso a toda la información que se recoja durante el proceso y en los casos que se considere pertinente acompañara las sesiones.

Acepto que la información que aporte a través de la entrevista psicológica podrá ser usada con fines académicos, guardando reserva absoluta de los datos confidenciales de identificación de las personas allí mencionadas.

Reconozco que tengo derecho a solicitar un resumen de la historia clínica así como los resultados de las pruebas aplicadas.

Acepto que en los casos que obligue la ley la información de la historia clínica puede ser presentada a las autoridades pertinentes.

Tengo claro que me puedo retirar del proceso en el momento que lo desee y que asumo las consecuencias que ello implique.

Autorizo para el cabal cumplimiento de los objetivos del proceso terapéutico sean aplicadas las pruebas pertinentes y necesarias.

Después de haber leído toda la información contenida en este documento y haber recibido del psicólogo practicante o pasante explicaciones sobre la intervención y habiendo dispuesto de tiempo suficiente para reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión libre, consiente y voluntaria, manifiesto que he decidido autorizar el inicio de mi proceso de intervención psicológica.

En constancia de lo anterior firmo este documento de consentimiento informado el día _____. En presencia del pasante/practicante de psicología _____.

Consultante

Psicólogo en prácticas

Psicólogo Asesor

T.P. _____

T.P. _____

Anexo B**CUESTIONARIO N° 1**
STAI**INSTRUCCIONES**

A continuación encontrará algunas de las expresiones que la gente usa para describirse así mismo. Lea cada frase y señale con una X (equis) la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se **SIENTE UD. EN GENERAL**, es decir, **en la mayoría de las ocasiones**. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente Ud. generalmente, tenga en cuenta que:

0 = Casi Nunca; 1 = A Veces; 2 = A Menudo; 3 = Siempre.

1	Me siento bien	0	1	2	3*
2	Me canso rápidamente	0	1	2	3
3	Siento ganas de llorar	0	1	2	3
4	Me gustaría ser tan feliz como los otros	0	1	2	3
5	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
6	Me siento descansado	0	1	2	3*
7	Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3*
8	Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
9	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
10	Soy feliz	0	1	2	3*
11	Tomo las cosas muy a pecho	0	1	2	3
12	Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
13	Me siento seguro	0	1	2	3*
14	Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	0	1	2	3
15	Me siento melancólico	0	1	2	3
16	Me siento satisfecho	0	1	2	3*
17	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
18	Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
19	Soy una persona estable	0	1	2	3*
20	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

Anexo C
CUESTIONARIO N° 2
STAI

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará algunas de las expresiones que la gente usa para describirse así mismo. Lea cada frase y señale con una X (equis) la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se **SIENTE UD. AHORA MISMO**, es decir, **en éste momento**. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente, tenga en cuenta que:

0 = Nada; 1 = Algo; 2 = Bastante; 3 = Mucho.

1	Me siento calmado	0	1	2	3*
2	Me siento seguro	0	1	2	3*
3	Estoy tenso	0	1	2	3
4	Estoy contrariado	0	1	2	3
5	Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3*
6	Me siento alterado	0	1	2	3
7	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8	Me siento descansado	0	1	2	3*
9	Me siento angustiado	0	1	2	3
10	Me siento confortable	0	1	2	3*
11	Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3*
12	Me siento nervioso	0	1	2	3
13	Estoy intranquilo	0	1	2	3
14	Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
15	Estoy relajado	0	1	2	3*
16	Me siento satisfecho	0	1	2	3*
17	Estoy preocupado	0	1	2	3
18	Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19	Me siento alegre	0	1	2	3*
20	En este momento me siento bien	0	1	2	3*

Anexo D**REGISTRÓ DE PENSAMIENTOS NEGATIVOS**

<i>FECHA</i>	<i>SITUACIÓN</i>	<i>EMOCIÓN (ES)</i>	<i>PENSAMIENTO (S)</i>

