



**“IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN
PSICOLÓGICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL INSTITUTO DEL
CORAZÓN DE BUCARAMANGA SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDÍACA.”**

Trabajo de grado:

En modalidad de pasantía

YULY PAOLA ESPARZA RODRÍGUEZ

ID. 74216

ASESOR: Dr. DIANA MARÍA AGUDELO VÉLEZ Ph.D

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

FLORIDABLANCA, 2010

**“IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN
PSICOLÓGICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL INSTITUTO DEL
CORAZÓN DE BUCARAMANGA SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDÍACA.”**

Trabajo de grado:

En modalidad de pasantía

YULY PAOLA ESPARZA RODRÍGUEZ

ID. 74216

Asesor:

Dr. DIANA MARIA AGUDELO VÉLEZ Ph.D

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

FLORIDABLANCA, 2010

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN (Español)	7
RESUMEN (Inglés)	8
JUSTIFICACIÓN	9
OBJETIVOS	11
<i>Objetivo General</i>	11
<i>Objetivos Específicos</i>	11
CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN	12
<i>Misión</i>	
<i>Visión</i>	
REFERENTE CONCEPTUAL	13
<i>La intervención psicológica en el ámbito Hospitalario</i>	
<i>Dolor: tratamiento psicológico</i>	
<i>Protocolos de intervención psicológica</i>	
<i>El duelo: cuando fallece un hijo</i>	
METODOLOGIA	26
RESULTADOS	29

DISCUSIÓN	34
CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES	40
REFERENCIAS	41
ANEXOS	44

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. <i>Descripción sociodemográfica de la muestra de acudientes N=18</i>	28
Tabla 2. <i>Descripción sociodemográfica de la muestra pediátrica N=18</i>	29
Tabla 3. <i>Descripción variables clínicas de la muestra pediátrica N=18</i>	29
Tabla 4. <i>Estadísticos descriptivos y porcentaje de altos puntajes en las pruebas empleadas pre y postest.</i>	30
Tabla 5. <i>Análisis de regresión entre variables psicológicas de los padres e indicadores clínicos de recuperación de los niños.</i>	32

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1: Protocolo de intervención psicológica para pacientes pediátricos del Instituto del Corazón de Bucaramanga sometidos a cirugía cardíaca.	45
Anexo 2: Diagrama de propuesta de intervención	54
Anexo 3: Consentimiento informado	55
Anexo 4: Entrevista para evaluar el estado de ánimo de los padres	56
Anexo 5: Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (STAI II)	57
Anexo 6: Inventario de depresión de Beck (BDI II)	59
Anexo 7: Inventario de Expresión de Ira Rasgo-Estado (STAXI)	61
Anexo 8: Cartilla informativa del Instituto del corazón de Bucaramanga Sanar Corazoncito	65
Anexo 9: Escala analógica de dolor	76
Anexo 10: Escala de Valoración subjetiva del estado de ánimo para niños	77
Anexo 11: Control días de Hospitalización	78

TITULO: IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL INSTITUTO DEL CORAZÓN DE BUCARAMANGA SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDÍACA.

AUTOR(ES): Yuly Paola Esparza Rodríguez

FACULTAD: Facultad de Psicología

ASESOR: Diana Maria Agudelo Vélez

RESUMEN

Cualquier acto quirúrgico es una fuente potencial de estrés para el paciente y sus familiares. En los niños puede generar: terrores nocturnos, insomnio, trastornos de adaptación y problemas de conducta y aprendizaje, son comunes las fantasías y el miedo relacionado con el acto quirúrgico y la anestesia. Los padres, han desarrollado miedos y/o ansiedad en cuanto a la intimidación de muerte de la enfermedad cardiaca y los riesgos de su tratamiento.

La implementación de un protocolo de intervención psicológica en pacientes de cirugía pediátrica del Instituto del Corazón de Bucaramanga es un estudio cuasiexperimental test/postest. La muestra se conformó por 18 pacientes pediátricos y sus acudientes: 11% hombres y 89% mujeres, rango de edad: 19- 43 años y una media de 33 años. La muestra pediátrica estuvo conformada por 72% hombres y 28% mujeres, rango de edad: 0-18 años y una media de 1 año. El primer grupo se evaluó a través del: STAXI-2, BDI-2 y STAI, recibieron acompañamiento psicológico y aplicación del postest. Al segundo grupo se les diligenció la historia clínica psicológica, la escala de valoración subjetiva de estado de ánimo y la escala analógica de dolor y se procedió a intervenir según lo propuesto en el protocolo.

Los principales hallazgos indican que los pacientes adultos disminuyeron las puntuaciones en las medidas de ansiedad, depresión e irritabilidad, contaron con estrategias de afrontamiento eficaces frente a los procedimientos médicos y la hospitalización de los niños. Se observa alto compromiso con el tratamiento, adecuada toma de medicamentos y asistencia al control postquirúrgico, disminución en los tiempos de estancia hospitalaria, menor riesgo de complicaciones postquirúrgicas y mejor percepción de la atención recibida. Los resultados permiten concluir la efectividad de la intervención psicológica y el impacto sobre la mejor condición de los pacientes y sus acudientes antes y después de la cirugía cardiaca.

PALABRAS CLAVES:

Protocolo de intervención psicológica, ansiedad, depresión, irritabilidad y dolor.

**TITLE: IMPLEMENTATION OF A PSYCHOLOGICAL INTERVENTION
PROTOCOL IN PEDIATRIC PATIENTS OF THE HEART INSTITUTE OF
BUCARAMANGA UNDERGOING CARDIAC SURGERY.**

AUTHOR (S): Yuly Paola Esparza Rodríguez

SCHOOL: School of Psychology

ADVISORY: Diana Maria Agudelo Vélez

ABSTRACT

Any surgical intervention is a potential source of stress for patients and their families. In children it can generate: night terrors, insomnia, adjustment disorders and behavioral and learning problems, fantasies are common and fear related to the surgical intervention and anesthesia. Parents have developed fears and / or anxiety about death intimidation of heart disease and risks of treatment.

The implementation of a protocol of psychological intervention in pediatric patients of Heart Institute of Bucaramanga is a quasi experimental test / posttest. Sample comprises the 18 pediatric patients and their guardians: 11% male and 89% female, age range: 19-43 years, an average of 33 years. The pediatric sample consisted of 72% men and 28% women, age range: 0-18 years and an average of 1 year. The first group was assessed through: STAXI-2, BDI and STAI-2, they received psychological support and implementation of the post-test. To the second group it was completed the psychological history and medical record, the subjective rating scale of mood and analogue pain scale and proceeded to act as proposed in the protocol.

The main findings indicate that adult patients decreased scores on measures of anxiety, depression and irritability, they were effective with coping strategies about medical procedures and hospitalization of children. High commitment is observed with treatment, appropriate use of medications and assistance to post-surgical control, reduced time of hospitalization, reduced risk of postoperative complications and better perception of care received. The results show the effectiveness of psychological intervention and impact on the best condition of patients and their guardians before and after cardiac surgery.

KEYWORDS:

Psychological intervention protocol, anxiety, depression, irritability and pain

JUSTIFICACIÓN

Las cardiopatías congénitas son lesiones anatómicas de una o varias de las cuatro cámaras cardíacas, de los tabiques que las separan o de las válvulas o tractos de salida (zonas ventriculares por donde sale la sangre del corazón). Actualmente las cardiopatías congénitas constituyen la enfermedad cardiovascular más común en los niños, Quero, Díaz & Piñeros (2003, citados por Jaramillo, Hernández, Mosquera & Durán, 2007), indican que su incidencia en Colombia es de 8 a 10 por cada 1.000 nacidos vivos.

Cuando se diagnostica al niño con una cardiopatía congénita se recomienda el tratamiento quirúrgico de corrección total, siempre y cuando esto sea posible, ya que algunas patologías requieren más de una intervención quirúrgica. Castellero (2007), afirma que cualquier acto quirúrgico es una fuente potencial de estrés y en este caso lo es no sólo para los niños que van a ser sometidos a la cirugía, sino además para sus padres, razón por la cual es indispensable que se realice la intervención psicológica con ambos grupos.

Cada persona realiza una valoración de la cirugía según Segura, 1988 citado por Martín (2003), de acuerdo con sus características propias, determinadas por la dotación genética, las experiencias tempranas, los aprendizajes y los recursos que ponen en situación de alerta los sistemas de integración y de control del organismo en general, provocando así, sobreactivación. En los niños la inminencia de la cirugía genera con frecuencia una serie de trastornos: terrores nocturnos, insomnio, trastornos de adaptación y problemas de conducta y aprendizaje (Rinaldi, 1978 citado por Dussán, 2007) y son comunes las fantasías y el miedo relacionado con el acto quirúrgico y la anestesia. Los padres, por su parte suelen tener o han desarrollado en algún momento, miedos y/o ansiedad, generalizada en ocasiones, en cuanto a la intimidación de muerte que puede provocar la enfermedad cardíaca y los riesgos de su tratamiento (Galindo, 2006).

Previa y posteriormente a la cirugía se da el proceso de hospitalización, este requiere el empleo de recursos personales para afrontarlo y así disminuir o eliminar sus posibles efectos negativos cognitivos, emocionales o conductuales a corto, medio y largo plazo. Sin embargo, la existencia de habilidades de afrontamiento en el repertorio conductual

del niño no es condición suficiente para que se produzca un afrontamiento adecuado, porque el niño puede desconocer cómo emplearlas en el ambiente hospitalario, no estar motivado para usarlas, etc.

Estos periodos de separación alteran la vida emocional de los niños y padres manifestándose según Galindo, 2006 en interacciones difíciles y conflictivas donde el estrés de los padres se retroalimenta con la ansiedad del hijo. Por tanto, en la intervención psicológica se debe: brindar un apoyo psicológico a las familias, que permita tanto a los padres como a los niños realizar un ajuste entre las demandas del sistema familiar y el sistema medico hospitalario, y entrenar al paciente con el fin de que adquiera, practique y se le refuercen las conductas de afrontamiento apropiadas para la hospitalización (Méndez et al., 1996).

La alta incidencia que están teniendo las patologías coronarias en la población infantil hace necesaria la intervención del psicólogo en el campo clínico y de la salud en el Instituto del Corazón de Bucaramanga, ya que mediante esta se logra brindar una atención integral a los pacientes y a sus familiares, garantizando no sólo su salud física, sino también mental a través de la reducción del estrés que provoca el proceso quirúrgico y/o la hospitalización (Palazón, 2003).

OBJETIVOS

Objetivo General:

Implementar un protocolo de intervención psicológica con pacientes pediátricos sometidos a cirugía cardíaca en el Instituto del Corazón de Bucaramanga.

Objetivos Específicos:

1. Facilitar el proceso de aceptación del procedimiento quirúrgico mediante el ofrecimiento de información necesaria y oportuna.
2. Reducir los niveles de estrés, ansiedad y dolor durante la hospitalización de los pacientes pediátricos y sus familias, sometidos a cirugía cardíaca en el Instituto del Corazón de Bucaramanga; a través del desarrollo de un protocolo de intervención psicológica.
3. Ofrecer herramientas a los padres y a los niños sometidos a intervención quirúrgica para afrontar eficazmente los procesos consecuentes al alta hospitalaria.
4. Evaluar el impacto del protocolo de intervención, mediante la comparación de los datos obtenidos en los pacientes en una evaluación pre y post .

CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

El Instituto del Corazón de Bucaramanga S.A. 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 tanto adultos como pediátricos con enfermedades cardiovasculares, brindando así una nueva alternativa de salud a la región santandereana, con un servicio personalizado, oportuno e integral durante las 24 horas del día (Instituto del Corazón de Bucaramanga, 2009).

El instituto del corazón de Bucaramanga tiene como política de calidad la prestación de servicios de salud en el área cardiovascular, cumpliendo con los requisitos e implementando mecanismos de planificación, ejecución, verificación y optimización de los procesos a fin de satisfacer las necesidades de sus clientes, ofreciendo tecnología adecuada, apoyada en la permanente capacitación del personal y el mejoramiento continuo.

MISIÓN: Somos una empresa privada dedicada a la prestación de servicios especializados de cardiología en prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades cardiovasculares de la comunidad santandereana y su área de influencia.

VISIÓN: “En el año 2010 seremos líderes en el manejo de las enfermedades cardiovasculares; siendo una entidad reconocida por su calidez humana, uso de tecnología adecuada, cómoda infraestructura y calidad en la prestación de servicios permitiendo el desarrollo personal y científico”.

REFERENTE CONCEPTUAL

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) las enfermedades cardiovasculares (EVC), es decir, del corazón y de los vasos sanguíneos, son la principal causa de muerte en todo el mundo. Dichas patologías comprenden: la cardiopatía isquémica o coronaria (enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el miocardio); las enfermedades cerebrovasculares (enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro); las arteriopatías periféricas (enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores); la cardiopatía reumática (lesiones del miocardio y de las válvulas cardíacas debidas a la fiebre reumática); las cardiopatías congénitas (malformaciones del corazón o de los grandes vasos resultantes de un desarrollo embrionario alterado); y las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares (coágulos de sangre en las venas de las piernas que pueden desprenderse y alojarse en los vasos del corazón y los pulmones).

En el caso de los niños las cardiopatías congénitas, constituyen la enfermedad cardiovascular más común. Según Quero, Díaz & Piñeros (2003, citados por Jaramillo et al., 2007) su incidencia en Colombia es de 8 a 10 por cada 1.000 nacidos vivos. La mayoría de las cardiopatías congénitas se presentan como un defecto aislado sin asociación con otras enfermedades. Sin embargo, también pueden ser parte de diversos síndromes genéticos y cromosómicos, como el síndrome de Down, la trisomía 13, el síndrome de Turner, el síndrome de Marfan, el síndrome de Noonan y el síndrome de Ellis-van Creveld.

Las cardiopatías congénitas están presentes desde el nacimiento debido a que se producen durante el desarrollo embrionario y se pueden manifestar en cualquier época de la vida, incluso después de que se han considerado estas estructuras como normales (Restrepo, Borrero, Rojas & Vélez, 1998). Algunas cardiopatías congénitas se pueden tratar simplemente con medicamentos, mientras que otras exigen una o más intervenciones quirúrgicas. El riesgo de muerte por cirugía de cardiopatía congénita ha caído desde aproximadamente 30% en la década del 70 a menos del 5% en la mayoría de los casos actualmente (Cardiopatías congénitas, 2007).

En los últimos años las técnicas de perfusión y circulación extracorpórea han mejorado sustancialmente, tanto que se trabaja en la cirugía con el corazón latiendo y la propia anestesia, muy temida por los pacientes, se ha convertido en una especialidad de la medicina. Sin embargo, la cirugía cardiaca sigue siendo un procedimiento invasivo y novedoso para quienes se lo van a realizar, convirtiéndose en una fuente potencial de estrés que a su vez provoca respuestas psicológicas y fisiológicas que pueden comprometer la colaboración del paciente, el seguimiento de las prescripciones médicas, la efectividad del proceder y el proceso de recuperación (Castillero, 2007).

Por lo tanto, los trastornos cardiovasculares son un campo fértil para la psicología de la salud, ya que ésta constituye una rama aplicada de conocimientos psicológicos en la esfera de la salud humana en la que se aplican los principios, las técnicas y los conocimientos científicos para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar (Ramírez, 2002).

Para comprender la intervención psicológica en las patologías coronarias es imprescindible centrarse en el estudio de la psicobiología del estrés (Valdés y De Florez, 1990 citado en Martín, 2003) que ha permitido entender cómo la actividad psíquica de cada individuo repercute en la función somática, ya que en presencia de un determinado estímulo los seres humanos llevan a cabo una valoración sobre éste de acuerdo con sus características propias determinadas por: la dotación genética, las experiencias tempranas, sus aprendizajes y recursos de afrontamiento, con lo cual se colocan en situación de alerta los sistemas de integración y de control del organismo en general provocando así sobreactivación (Segura, 1988 citado por Martín, 2003).

La inminencia de la cirugía genera con frecuencia en los niños una serie de trastornos: terrores nocturnos, insomnio, trastornos de adaptación y problemas de conducta y aprendizaje (Rinaldi, 1978 citado por Dussán, 2007) y son comunes las fantasías y el miedo relacionado con el acto quirúrgico y la anestesia. Además, los pacientes también pueden presentar problemas emocionales que influyen en su recuperación durante la hospitalización (Doehrman, 1977 citado por Martín, 2003), ya que la configuración física y social del hospital produce un impacto variable en los

pacientes y este se muestra en respuestas de estrés y en el desempeño del rol de enfermo hospitalizado.

El hospital ha sido descrito ampliamente como un estresor de tipo físico, cultural, social y personal (Rodríguez, 1986; Taylor, 1986; Rodríguez, Marín y Zurriaga, 1999; citados por Roig, Pastor & Neipp, 2003) y lo es fundamentalmente para el paciente que ingresa y las personas que le acompañan; por lo tanto, lo que puede parecer cotidiano para el personal que trabaja allí, para el paciente puede ser molesto y estresante. Empezando por la estructura física del hospital, los olores, ruidos, salas de espera, etc.; estos constituyen un primer elemento a considerar. Una segunda fuente de impacto del medio hospitalario es producida por la “subcultura hospitalaria”, que conlleva valores, normas y símbolos propios, que han sido interiorizados por el personal hospitalario.

Durante la hospitalización el paciente debe adaptarse a constantes pruebas, exploraciones, visitas, ritmos de comida y sueño. Por lo anterior es posible que experimente una pérdida de control de sus actividades cotidianas, que han de modificarse hacia la adquisición de nuevos hábitos personales, su autonomía se ve restringida y hay una pérdida de identidad (Goffman, 1968 citado en Roig et al., 2003). Durante la hospitalización también se producen cambios en las relaciones sociales, ya que la permanencia en un centro médico conduce a una ruptura de los roles habituales y a la limitación en el uso de recursos sociales (Rodríguez, 1986 citado en Roig et al., 2003).

Según Palazón (2003), en el caso de los pacientes pediátricos la hospitalización comporta una serie de consecuencias psicológicas, entre ellas se diferencian los parámetros que son propios del niño y los que vienen determinados bien sea por la enfermedad o por el contexto particular donde esta tiene lugar. Con relación a las características del propio niño, varios autores hacen referencia a factores tales como: La edad (Bibace & Walsh, 1980; Duglas, 1975; Palomo, 1990; Sieguel, 1983, citados por Palazón ,2003), la edad de mayor vulnerabilidad se sitúa entre los 7 meses y los 3 y 4 años, extendiéndose hasta los 6 años. Se cree que la fuerte vinculación madre-hijo puede verse alterada, lo que conllevaría a una interrupción del desarrollo hacia la autonomía que debe acompañar al proceso del desarrollo infantil; el temperamento (Del Barrio, 2000; Lambert, 1984 citados por Palazón ,2003), que forma parte de la capacidad individual del niño para responder a los estímulos propios del medio

hospitalario; *la personalidad* (Del Barrio & Mestre, 1989 citados por Palazón, 2003), donde la variable ansiedad-rasgo/estado resulta ser la más ajustada para la población infantil; *el género* (del Barrio & Maestre, 1989; Méndez & Ortigosa, 2000, citados por Palazón, 2003), donde se encuentra que las niñas, a diferencia de los niños muestran mayores niveles de miedo; *la madurez cognitiva* (Hardy, 1968; Lambert, 1984 citados por Palazón, 2003), los niños que poseen un nivel más alto de madurez cognitiva a su vez tienen un mayor repertorio de estrategias de afrontamiento y por lo tanto mejores respuestas ante la hospitalización; *los estilos de afrontamiento* (Burstein, & Meichembaum, 1979; Palomo, 1990 citados por Palazón, 2003), su conocimiento permite la planificación de los programas de preparación para la hospitalización.

Pasando a las características particulares de la enfermedad cabe mencionar los siguientes aspectos: *el grado de severidad* (O'Malley, Koocher, Foster & Slavin, 1979 citados por Palazón, 2003), cuya influencia depende de hasta que punto las características particulares del niño le permiten su conceptualización; *la cronicidad* (Shulman & Krups, 1980 citados por Palazón, 2003), que viene dada en términos de sus consecuencias; *el dolor* (Adler & Gofin, 1995 citados por Palazón, 2003), que es independiente de la atribución causal que haga el niño; y *el tratamiento* (Korsh, Negrette, Gardner et al., 1973 citados por Palazón, 2003), que puede ser experimentado de diferentes formas según la edad del niño.

Según Palomo del Blanco (1995, citado por Arrivillaga, 2007) las respuestas de los menores ante situaciones estresantes como la hospitalización están determinadas por variables como: el diagnóstico médico, la duración de la hospitalización, las experiencias previas con procedimientos médicos y con el hospital, la organización psicológica de los niños y las habilidades de los padres para brindarles el apoyo adecuado. Y en cuanto a las respuestas más comunes de la hospitalización señala: la reaparición de comportamientos anteriores de su desarrollo, desórdenes en la alimentación y el sueño, mayor dependencia de sus padres, agresividad, miedo ante la presencia del personal de salud y depresión.

En los adolescentes el mayor impacto del diagnóstico y su tratamiento, se relaciona con la pérdida de independencia, de control y con los cambios en la apariencia física. Un sentimiento de debilidad y vulnerabilidad interfiere con el establecimiento y mantenimiento de relaciones con iguales (Dussán, 2007), su deseo y lucha por

autonomía se ven seriamente afectados. Algunos de los comportamientos que pueden asumir son actitudes déspotas, cínicas, temerosas o negativas, pero generalmente el hecho de estar hospitalizados hace que haya conciencia de su responsabilidad por su salud (Dussán, 2007).

La intervención psicológica en el ámbito Hospitalario

De acuerdo con Arranz & Cancio (2003), en el ámbito hospitalario la intervención psicológica tiene como objetivos básicos: establecer relaciones de ayuda eficaces, en las que se mejore la autoconciencia y la capacidad de resolver problemas; facilitar la percepción de control de las personas y la responsabilidad sobre sus decisiones y conductas; identificar percepciones de amenazas y recursos con el fin de rebalancearlas; reforzar y aclarar información; acoger, contener y resolver crisis situacionales; favorecer la adhesión al tratamiento a través de la confianza; orientar a la familia sobre diagnóstico, pronóstico y manejo adecuado de la enfermedad; favorecer la comunicación abierta de información y emociones; y construir un enlace entre el médico y el paciente.

El psicólogo debe enmarcar su actuación en los principios del *counselling*, esto quiere decir, que debe proveer apoyo emocional a pacientes y familiares que afrontan una enfermedad y todas las consecuencias que esta trae, como por ejemplo: la pérdida de autonomía, riesgo de muerte, secuelas, etc. Se entiende por apoyo emocional la creación de una relación terapéutica en la que el enfermo no se sienta juzgado, ni marginado, sino entendido y ayudado para poder confrontar, desde la acogida y el respeto, sus temores, deseos y necesidades (Arranz & Cancio, 2003).

El psicólogo acompaña a la familia del paciente en su proceso de entender cómo se da la enfermedad y ayuda a que los miembros del sistema familiar maximicen su percepción de control, aceptando la existencia del problema cardíaco y posteriormente accediendo a la cirugía como tratamiento que si bien conlleva riesgos, es el más eficaz, en cuanto a los beneficios que proporciona al paciente a mediano y largo plazo. En el ámbito médico el psicólogo facilita la expresión del dolor, explorando los sentimientos de la familia en relación con la enfermedad y las implicaciones de la misma, no sólo en costos económicos, sino en otros factores como el desgaste físico y emocional, el tiempo dedicado a los cuidados y atención que se presta al miembro de la familia

enfermo y la reacomodación a la que debe someterse la familia para sobrellevar estos cambios.

El trabajo psicológico individual realizado con el niño antes y durante la hospitalización depende de varios factores: el tipo de enfermedad que padece, su edad, el lugar que ocupa en su familia y la posibilidad de acompañarle en su proceso por la misma; en este trabajo plantearé como factores adicionales la madurez cognitiva, el nivel socio cultural y la presencia o ausencia de otros trastornos del desarrollo en el niño.

La intervención psicológica pretende que el niño resignifique la enfermedad y adquiera mayor comprensión de su diagnóstico y tratamiento, acorde a su desarrollo cognitivo y emocional, con el fin de disminuir la angustia que conlleva y facilitarle su apropiación y participación activa. Además el psicólogo debe preparar a los padres del niño para los diferentes procedimientos médicos que se llevarán a cabo durante la hospitalización, ya que con ello se disminuye su angustia, es necesario explicarles por qué los procedimientos son necesarios, quién y cómo los realizará, qué equipos utilizarán y si son o no incómodos.

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 objetivos comunes (Roca, 2000, citado por Castellero, 2007). La terapia Cognitivo Conductual constituye un enfoque de tratamiento que intenta modificar las conductas y emociones disfuncionales influyendo sobre los procesos de evaluación e interpretación cognitiva del paciente. Incluye un amplio arsenal de técnicas entre las que encontramos por ejemplo, el entrenamiento en habilidades de tolerancia, inoculación del estrés, terapias de atribución, solución de problemas, manejo del tiempo y entrenamiento en autoinstrucciones. Por lo anterior, si se parte de que el modo en que el paciente interpreta y evalúa su enfermedad, el proceso quirúrgico y los propios recursos para afrontarlos repercuten en sus respuestas al proceso en el que está inmerso, al intervenir en sus pensamientos disfuncionales, expectativas inadecuadas y proporcionar los recursos y habilidades para un afrontamiento efectivo, se puede lograr una recuperación positiva (Castillero, 2007).

Devine (1992, citado por Castellero, 2007), encontró que entre los principales efectos de recibir tratamiento psicológico previo a la cirugía cardíaca estaban: la disminución de la estadía hospitalaria, la reducción de la incidencia de complicaciones respiratorias, menor grado de dolor postquirúrgico, menor necesidad de analgésicos y niveles de ansiedad y depresión significativamente bajos. Por su parte, Jenkins (1995, citado por Castellero, 2007), cita como consecuencias favorables de los programas de intervención psicoeducacional para la cirugía, una inducción más rápida de la anestesia y mayor margen de seguridad anestésica, menor porcentaje de hipertensión postoperatoria, percepción más favorable de la experiencia hospitalaria, mayor satisfacción con los servicios recibidos y una sostenida creencia de mayor control personal sobre el proceso de recuperación.

Dolor: tratamiento psicológico

El tratamiento psicológico del dolor se basa en el empleo de estrategias dirigidas al control de factores actuales de mantenimiento del problema, el cual incluye hábitos aprendidos y ajuste de estilos de vida por causa del dolor. Dentro de las estrategias para el control del dolor se incluyen las siguientes (Ventura de Chapaval & Salazar, 2007 citado por Arrivillaga et al., 2007):

Técnicas de relajación: la relajación es el estado opuesto a la tensión, tiene como objetivos disminuir la activación fisiológica y la ansiedad asociada. Actúa sobre 3 tipos de respuestas: Fisiológica: produciendo cambios viscerales, somáticos y corticales; Conductual: con disminución de los actos externamente observables y Subjetiva: con cambios en el estado emocional, afectivo.

Existen numerosas estrategias de relajación, todas igualmente efectivas siempre que se cumplan los siguientes requerimientos: posición adecuada del cuerpo con apoyo total, respiración abdominal, concentración en estímulos relajantes, que pueden ser auditivos, visuales o mixtos, practica diaria.

Técnicas de biorretroalimentación o biofeedback: tiene como fin determinar objetivamente cambios fisiológicos (tensión muscular, temperatura periférica, respuesta galvánica de la piel, tensión arterial, ondas cerebrales), lo cual permite un control mas

objetivo y fiable. Su finalidad es que el paciente aprenda a detectar y controlar los cambios físicos asociados a su problema doloroso y aprenda a controlarlos.

Desviación de la atención: hace referencia a la concentración en estímulos diferentes a los que generan dolor. Ayuda a disminuir la ansiedad e incrementa el umbral de tolerancia. El distractor externo debe motivar al paciente a centrar su atención en el y participar de la actividad propuesta.

Hipnosis: las técnicas de sugestión e hipnosis hacen referencia a un conjunto de fenómenos conductuales, preceptuales y de modificación de la experiencia subjetiva que se alcanza por el propio progreso en la experimentación de los mismos.

Reestructuración cognitiva: busca la identificación y modificación de los pensamientos distorsionados y catastróficos asociados a la enfermedad. Dar información clara referente al diagnóstico, pronóstico y tratamiento se convierte en un elemento fundamental en la intervención psicológica para que a futuro haya adhesión al tratamiento.

Inoculación de estrés: permite generar habilidades para el enfrentamiento del dolor, la tensión y el estrés. Incluye 3 fases generalmente:

Fase educativa: consiste en una discusión con el paciente acerca del papel que juegan las cogniciones en los comportamientos y emociones, demostrándole que juega un papel activo en su problema.

Fase de adquisición y práctica de habilidades de afrontamiento: puede ser de carácter cognoscitivo (pensamientos ajustados a la realidad) o instrumental con mecanismos como la relajación o desviación de la atención.

Fase de aplicación y seguimiento de las habilidades adquiridas en situaciones reales gradualmente dificultosas.

Otras estrategias: es posible incluir otras estrategias como autocontrol, solución de problemas, habilidades de comunicación y asertividad.

Protocolos de intervención psicológica

Los protocolos de intervención son herramientas de actuación psicológica que se desarrollan con el fin de asistir a psicólogos clínicos en la toma de decisiones frente a la terapéutica más óptima y eficaz de intervención. Los protocolos permiten fijar estándares de calidad adecuados para dar respuestas a las necesidades de atención de salud mental a la población ya que reúnen el compendio de terapias eficaces y sustentadas en evidencias científicas sólidas (Moran, 2010).

Un protocolo de intervención psicológica reúne un conjunto de procedimientos, actividades o conductas estructuradas con una secuencia ordenada, con el fin de ser aplicadas a un paciente, para mejorar su curso clínico. En ellos se definen un plan preciso y detallado del estudio diagnóstico y terapéutico de problemas clínicos específicos. Se caracterizan porque tienen normas o reglas, se aplican en forma secuencial y sirven para solucionar problemas. Se fundamentan en pruebas o evidencias científicas reales y en la experiencia personal de los profesionales de la salud mental (Moran, 2010).

El protocolo de intervención psicológica diseñado para la población pediátrica del Instituto del Corazón de Bucaramanga se compone varias sesiones de intervención, en las que se aplican las técnicas cognitivo conductuales tanto a los pacientes mayores de 3 años como a sus padres, según sea el caso. Las técnicas recomendadas para el trabajo con esta población son:

Información: Méndez, Ortigosa & Pedroche (1996), señalaron que la información es la estrategia más empleada con pacientes pediátricos para prepararles a la hospitalización, ya que la información modifica respuestas cognitivas; respuestas psicofisiológicas; y respuestas motoras. Además, algunas veces la información va acompañada con frecuencia de instrucciones del comportamiento deseado o funciona como reforzador positivo. Dado que la mayoría de los pacientes son menores de 3 años, esta técnica es utilizada fundamentalmente con los padres.

Detección del pensamiento: El método de detención de pensamiento (también llamado bloqueo o parada de pensamiento) consiste en la interrupción y modificación, por medio de la sustitución, de los pensamientos negativos. Puede ayudara los niños y a

sus padres a vencer las dudas y preocupaciones constantes que pueden inferir en la relajación.

Reestructuración cognitiva: Nezu, Nezu & Lombardo (2006), explican que la reestructuración cognitiva pretende reducir los pensamientos automáticos negativos y aminorar los esquemas desadaptativos. Este planteamiento parte de que los factores cognitivos (ideas, actitudes, percepciones) influyen en las emociones y en el comportamiento de la gente. La reestructuración cognitiva pretende que el paciente: identifique los patrones de pensamiento negativo, comprenda como influyen estas cogniciones en sus respuestas emocionales y conductuales ante situaciones estresantes, y cambien esa mentalidad al sustituir las ideas negativas por otras más adaptativas y saludables.

Comunicación asertiva: entendida como la habilidad para transmitir y recibir los mensajes, sentimientos, creencias u opiniones propios o ajenos de una manera honesta, oportuna y respetuosa con la finalidad de tener una comunicación que permita obtener lo que se desea sin lastimar a los demás (Egúsqiza, 2000).

Entrenamiento en relajación y respiración: Según Méndez et al. (1996), los entrenamientos son los mismos que los utilizados en contextos clínicos, sólo que adaptando el procedimiento a la situación hospitalaria, como la exigencia de llevarlos a cabo en un período de tiempo muy corto. Con niños menores de siete u ocho años resulta muy apropiado realizar un juego para inducir la relajación. Un método alternativo para estas edades es el denominado *robot-muñeco de trapo (robot-ragdoll)*, de Kendall y Braswell (1986), que consiste en actuar primero como un robot (rígido, tenso y andando sin doblar las extremidades), y después como un muñeco de trapo (flexible, relajado y flácido). El grado de relajación se evalúa levantando el brazo del niño y dejándolo caer.

Imaginación: Se solicita al niño que imagine una escena tranquila que le haga sentirse feliz. A continuación se le indica que describa dicha escena para evaluar su capacidad de creación y mantenimiento de imágenes mentales. De esta forma se comprueba que el niño focaliza su atención en imágenes sugerentes, relajantes, de gran fuerza emotiva y que no se centra en estímulos que le producen ansiedad. Así mismo se utiliza una

variante de afrontamiento de las *imágenes emotivas* de Lazarus y Abramovitz (1962), consistente en identificar un héroe del niño o una imagen fantástica, que le produzca un sentimiento de seguridad que le ayude a superar la ansiedad provocada por la situación médica (Méndez et al., 1996).

Autoverbalizaciones/Autoinstrucciones: su objetivo es lograr a partir del lenguaje interior un cambio en el comportamiento motor (Meichenbaum, 1977 citado por Méndez et al., 1996). Los programas de preparación psicológica, utilizan *autoverbalizaciones de apoyo*, es decir, frases o mensajes que pretenden infundir valor al niño («puedo manejar la situación»), o minimizar el carácter aversivo de la situación («pronto habrá pasado todo»).

Distracción cognitiva: Consiste en distraer la atención para que no se focalice en sensaciones internas. Entre los posibles ejercicios de distracción cognitiva, se encuentran los siguientes: “la técnica de fijación de la atención, dónde se debe mirar un objeto y describirlo minuciosamente; cuanto más completa sea la descripción, mejor. Otra es implicarse en alguna actividad que requiera atención, pero no demasiado esfuerzo, y que si se puede sea divertida, como un juego de mesa” (García, s. f.).

Estrategia de ampliación de conciencia (Meditación): para Nezu et al. (2006), esta técnica es eficaz para manejar el estrés y como estrategia para reducir la ansiedad. En la meditación, el individuo pretende prestar atención y concentrarse en todos los estímulos ambientales internos y externos. La atención plena o Mindfulness (Anchorena, 2010) permite que las personas aprendan a relacionarnos de forma directa con aquello que está ocurriendo en su vida, aquí y ahora, en el momento presente. Es una forma de tomar conciencia de la realidad, dándonos la oportunidad de trabajar conscientemente con nuestro estrés, dolor, enfermedad, pérdida o con los desafíos de la vida. En contraposición, una vida en la que no hay atención, en la que las personas se preocupan más por lo que ocurrió o por lo que aun no ha ocurrido, ello conduce al descuido, el olvido y al aislamiento, reaccionando de manera automática y desadaptativa.

Resolución de problemas: consiste en un modelo sistemático de resolución de problemas cotidianos para mejorar la capacidad de afrontar situaciones estresantes. Esto se logra mediante explicaciones didácticas, ejercicios de juego de roles y asignación de

tareas para la casa. Su finalidad es mejorar la capacidad general de afrontar la angustia psicológica y disminuirla (Nezu et al., 2006).

El duelo: cuando fallece un hijo

La cirugía cardíaca, al igual que otros tipos de intervenciones invasivas, tiene diferentes riesgos, entre los cuales se encuentra la muerte. Es deber de los médicos comunicar a los familiares del paciente (padres) que dichos riesgos y complicaciones pueden surgir durante o después de haber practicado el procedimiento quirúrgico, lo cual genera en estos una gran angustia durante la cirugía y la estancia en UCI del niño, que se puede manifestar mediante algunos síntomas como: sudoración excesiva, ganas de llorar continuamente, disminución del sueño y apetito, desinterés por otras personas o actividades, disminución en la capacidad de concentración, e incluso sentimientos de culpabilidad.

La muerte, definida como el cese de las funciones vitales, esta tan apartada de nuestras vidas que es casi de mal gusto hablar de ella y de lo que le rodea (Sevilla, 2009). En el caso de los padres, el tema de la muerte de sus hijos puede llegar a asumirse con culpabilidad, sumado a un sentimiento de impotencia por no haber hecho todo lo posible por salvarle la vida a su ser querido. Además, en occidente existe una cultura de negación ante la muerte, con lo cual se alimenta la idea de los familiares de que si el paciente fallece es por negligencia medica, como si el profesional de la salud no hubiese agotado todos los medios posibles para preservar la vida.

Por lo anterior el acompañamiento psicológico a la familia durante el duelo (del latín dolos, dolor) deber permitir como su significado lo evidencia, manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien, expresada con dolor, lastima, aflicción o pesar (Carmona & Bracho, 2008). La muerte de un hijo afecta al equilibrio familiar y a veces puede producir reacciones patológicas en cualquiera de los miembros. Según Schumacher, 1984 (citado por Worden, 1997) la capacidad de los padres para ayudar a los hermanos a comunicarse en la unidad familiar y darles la oportunidad de expresar los sentimientos directamente lleva a la negociación sana de las tareas del duelo.

Algunas familias afrontan los sentimientos respecto a la muerte de un hijo suprimiendo los hechos que rodean a la perdida, de manera que el siguiente hijo no

conozca nada a cerca de sus predecesores. En otros casos, cuando la familia es numerosa, puede que después de la pérdida haya un tiempo en que pase por alto a los otros hijos: pero elaborar la pérdida de un hijo cuando los padres están separados es todavía más difícil, puesto que surgen rivalidades por el poder y el control e incluso culpabilizan al otro de la pérdida.

El trabajo psicológico es muy importante en este periodo, primero para ayudar a los padres y familiares a aceptar la realidad de la pérdida, segundo, para conseguir la disminución del enfado y la culpa que sienten hacia si mismos y hacia los otros, tercero, para orientar en las decisiones que deben tomar respecto al futuro propio y el de su familia, y cuarto, para prevenir el desarrollo de una psicopatología si existen factores de riesgo asociados durante la pérdida.

METODOLOGÍA

Diseño: Es un estudio cuasiexperimental, medida test/postest.

Población: Pacientes del Instituto del Corazón de Bucaramanga que serán sometidos a cirugía cardíaca, con edades entre los 0 y los 18 años, de sexo femenino y masculino y sus padres o acudientes.

Muestra: Se seleccionó una muestra conformada por 18 pacientes pediátricos del Instituto del Corazón de Bucaramanga los cuales fueron sometidos a cirugía cardíaca y sus acudientes; en cuanto al primer grupo (adultos) el 11% eran hombres y el 89% mujeres con un rango de edad entre los 19 a 43 años y una media de 33 años. La muestra pediátrica estuvo conformada por 72% hombres y 28% mujeres, con un rango de edad entre los 0 y los 18 años.

Instrumentos:

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

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

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

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

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

Inventario de Evaluación de Ansiedad Estado-Rasgo, (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970).

El cuestionario consta de 40 ítems divididos en dos subescalas (Estado y rasgo), cada una con 20 ítems. Los datos de validación respaldan su utilización como instrumento de medida. La validación española desarrollada por Bermúdez (1978a; 1978b) indica valores de consistencia interna para muestras, tanto normales como clínicas, similares a las obtenidas en los estudios originales y que oscilan entre 0,82 y 0,92, al igual que los valores test-retest, entre 0,70 y 0,80. En la misma línea, los índices de la validez convergente y discriminante obtenidos en la adaptación española corroboran el elevado poder psicométrico de la prueba (Bermúdez, 1978a, 1978b; Iglesias, 1982; Sandín, 1981; Urraca, 1987).

Escala de valoración subjetiva del estado de ánimo

Esta escala permite que niños mayores de 5 años realicen una valoración subjetiva de su estado de ánimo antes y después de la cirugía, con la finalidad de comprobar si la intervención psicológica fue eficaz, o se debe continuar trabajando sobre algún problema específico. Esta escala además permite vislumbrar el estado anímico del paciente y su relación con la enfermedad médica. Fue diseñada por la estudiante Yuly Esparza en 2009.

Escala analógica de dolor

Esta escala esta compuesta por iconos que representan diferentes grados de dolor y permite que niños mayores de 5 años realicen una valoración subjetiva de la intensidad del dolor que sienten en el postoperatorio, específicamente, durante la hospitalización.

Procedimiento: Se seleccionó una muestra de los pacientes pediátricos de cirugía del Instituto del Corazón de Bucaramanga a través de la consulta pre-quirúrgica. Ellos y sus padres fueron informados acerca de los objetivos de la investigación, se solicitó su consentimiento para participar en el estudio, comentándoles acerca del secreto ético de la información y que podían retirarse de la investigación cuando ellos consideraran. Se diligenció la historia clínica psicológica a los pacientes y se les aplicaron los instrumentos contemplados en el protocolo de intervención (ver anexo 1) tanto a estos como a sus padres, con una duración aproximada de 40 minutos. Luego se procedió con el análisis de los datos (SPSS 14.0) y la elaboración del informe.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de los análisis llevados a cabo a partir de los datos obtenidos por la muestra del presente estudio. En primer lugar se realiza una descripción de las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra compuesta por 18 pacientes pediátricos de cirugía cardiovascular y sus acudientes; posteriormente se muestran los resultados obtenidos por estos últimos en las pruebas psicológicas durante el pretest y el postest con su respectiva comparación de medias. Finalmente, se muestra el análisis de la regresión que indica la relación entre las variables psicológicas de los adultos y los indicadores clínicos de recuperación de los niños.

En la Tabla 1 se muestra la distribución de las variables sociodemográficas para la muestra adulta estudiada. Los datos indican que se trabajó con un total de 18 participantes, los cuales eran mayores de 18 años y correspondían a los acudientes o representantes legales de los niños atendidos en cirugía cardíaca. La media de edad fue de 33 años, con respecto al género predominó el femenino con un 89%, en la mayoría el estado civil fue casado (39%), encontrándose que una cifra importante tiene entre 2 y 3 hijos, son empleados o amas de casa y en cuanto al lugar de procedencia, la generalidad (45%) provienen de fuera de Santander.

Tabla 1. *Descripción sociodemográfica de la muestra de acudientes N=18*

		Frecuencia %		Frecuencia %	
Genero	Hombre	11%	Estado civil	Casado	39%
	Mujer	89%		Unión libre	39%
Procedencia	Bucaramanga	44%		Separado	11%
	Municipios de Santander	11%		Viudo	6%
	Otros Departamentos y/o municipios	45%		Soltero	5%
Ocupación	Empleado	45%	Numero de hijos	Hijo único	28%
	Ama de casa	44%		Entre 2 y 3 hijos	55%
	Independiente	11%		4 hijos o mas	17%
Edad	Entre 19 y 43 años	Media: 33			

En cuanto a la descripción sociodemográfica de los pacientes pediátricos, se observa en la Tabla 2 que en su mayoría pertenecen al género masculino (72%), una cifra importante (61%) son menores de 5 años y por lo tanto su escolaridad no ha iniciado,

Sexo del paciente	Frecuencia %	Edad del paciente	Frecuencia %	Escolaridad	Frecuencia %
Hombre	72%	Menores de 5 años	61%	No aplica	61%
Mujer	28%	Entre 5 y 18 años	39%	Primaria	22%
				Bachillerato	11%
				Educación técnica	6%

por esta razón se utiliza la etiqueta de “no aplica”.

Tabla 2. *Descripción sociodemográfica de la muestra pediátrica N=18*

En la Tabla 3 se presenta la descripción de las variables clínicas correspondientes a la muestra pediátrica, donde se encuentra que el 55% no ha presentado anteriormente alguna enfermedad médica, al 67% no se le ha practicado anteriormente algún tipo de cirugía, sólo el 17 % reporta antecedentes médicos en la familia paterna y la mayoría (66%) no presenta ningún trastorno del desarrollo.

Tabla 3. *Descripción variables clínicas de la muestra pediátrica N=18*

Antecedentes médicos personales	Frecuencia %	Antecedentes médicos familiares	Frecuencia %	Presencia de otro trastorno	Frecuencia %
Neumonía	11%	Familia paterna	17%	Síndrome de down	28%
Bronquiolitis	6%	No reporta	83%	Consumo de sustancias	6%
Tiroides	6%	Cirugías anteriores	Frecuencia %	Ninguno	66%
Apendicitis	11%	Ninguna	67%		
Otro	11%	Cateterismo	22%		
Ninguno	55%	Apendicitis	11%		

Tabla 4. *Estadísticos descriptivos y porcentaje de altos puntajes en las pruebas empleadas pre y postest.*

	Media		Desviación Std		Porcentaje de altos puntajes		valores t
	pretest	postest	pretest	postest	pretest	postest	
sentimiento de ira	6,33**	6,06	2,32	1,47	11%	6%	19,31 (17)
expresión física	5,06	5,22**	0,23	0,64	100%	100%	63,30 (17)
expresión verbal	5,56**	5,11	1,75	0,47	11%	6%	24,86 (17)
temperamento de ira	9,72**	8,44	3,81	3,89	11%	17%	14,13 (17)
reacción de ira	11,22**	11,06	4,89	4,24	22%	22%	14,79 (17)
expresión externa de ira	10,56**	9,39	3,86	3,22	17%	11%	16,82 (17)
expresión interna de ira	11,89	12,44**	3,21	3,32	17%	22%	22,54 (17)
control externo de ira	17,44	19,89**	4,87	3,72	28%	39%	25,15 (17)
control interno de ira	17,78	20,17**	5,70	4,79	0%	0%	21,35 (17)
índice de expresión de ira	23,22**	17,78	12,97	11,12	6%	0%	10,06 (17)
Rasgo de ira	78,61	81,39**	13,72	12,30	11%	22%	37,15 (17)
Estado de ira	16,94**	16,39	3,76	2,03	11%	11%	33,39 (17)
BDI	16,94**	11,61	14,35	14,76	17%	11%	5,87 (17)
STAI- Rasgo	28,78**	19,06	12,59	12,79	17%	17%	10,67 (17)
STAI Estado	24,33**	13,28	14,74	10,19	28%	0%	8,24 (17)

*p<0,05; **p<0,001

En la Tabla 4 se observan los análisis descriptivos de las puntuaciones más relevantes de la comparación de medias del STAXI-2 (Inventario de expresión de ira Estado-rasgo), BDI (Inventario de depresión de Beck) y STAI (Cuestionario de ansiedad Estado-rasgo). En cuanto a la primera prueba (STAXI-2) se encuentra que la media de la subescala expresión física aumenta ligeramente en el postest, mientras que la media postest de las subescalas: expresión interna de ira; control externo de ira; control interno de ira y rasgo de ira aumentan significativamente en el postest. En todos los casos la diferencia de medias fue significativa al nivel de p<0,001.

Por otra parte, las variables del STAXI-2 que mostraron una mayor disminución en el postest con respecto al pretest y con diferencias estadísticamente significativas al nivel de p<0,001 fueron: sentimiento de ira, expresión verbal, temperamento de ira, reacción de ira, expresión externa de ira, índice de expresión de ira y estado de ira. Con

respecto al BDI y al STAI, que miden depresión y ansiedad rasgo-estado, respectivamente, también se observa una importante disminución en las medias obtenidas en el postest. En ambos casos la diferencia es estadísticamente significativa al nivel de $p < 0,001$.

En la tabla 5 se presentan los resultados de un análisis de regresión con el objetivo de comparar los indicadores clínicos de los niños en función de las respuestas emocionales de los padres, ya que la literatura refiere el impacto que tiene sobre la recuperación del niño, el nivel de afrontamiento y el estado emocional de los padres. Así, se observa que las variables que mejor predicen la estancia en UCI fueron las puntuaciones en depresión y en la expresión interna de ira. Es decir, la estancia hospitalaria fue mayor para los pacientes cuyos padres obtuvieron mayores puntuaciones en estas escalas. Por su parte, la duración de la estancia en piso está más relacionada con las subescalas de control externo de ira, expresión externa de ira y ansiedad estado, también en el sentido de a mayor puntuación en las escalas mayor tiempo de estancia hospitalaria.

En cuanto a la valoración del grado de dolor percibido por los niños mayores de 5 años durante los diferentes momentos de la hospitalización (antes y después de la cirugía) se encontró que generalmente es en la etapa de recuperación postquirúrgica, durante la estancia en UCI, que aumenta el grado de dolor, en una escala de 0 a 5 donde 0 es “muy contento sin dolor” y 5 es “siento demasiado dolor, mas fuerte de lo que puedo soportar” en promedio describen el dolor en 2, el cual corresponde a “ siento un poco mas de dolor”. En lo que se refiere a la autoevaluación del estado de ánimo se observa la mayoría de los pacientes describen su estado de animo en la 1 sesión, antes de la cirugía, como “normal” y en la 6 sesión, que corresponde al control postquirúrgico, como “alegre”.

Las variables que mejor predicen el grado de dolor y el estado de ánimo de los niños son: Reacción de ira, Control externo de ira y Expresión externa de ira, es decir, a mayor puntuación de los padres en estas escalas mayor percepción de dolor. Los demás indicadores clínicos como: asistencia al control postquirúrgico y toma de medicamentos, no aparecen en la tabla pues dada la homogeneidad de las respuestas, todas afirmativas, es imposible calcular los valores necesarios para los análisis de regresión con las variables psicológicas de sus padres.

Tabla 5. *Análisis de regresión entre variables psicológicas de los padres e indicadores clínicos de recuperación de los niños.*

Variable dependiente	Variabes predictoras	Beta	Valor t	sig.	R Cuadrado Corregido
Días de hospitalización en UCI	BDI	0,950	2,146	0,085	0,876
	expresión interna de ira	0,554	1,536	0,185	
	expresión verbal	-0,574	-1,168	0,295	
Días de hospitalización en piso	control externo de ira	-0,641	-0,989	0,368	0,780
	expresión externa de ira	-0,577	-0,762	0,481	
Dolor en la hospitalización pre quirúrgica	STAI Estado	-0,535	-0,749	0,488	0,489
	Reacción de ira	-0,845	-2,066	0,94	
	Control externo de ira	-0,473	-0,882	0,418	
Dolor en UCI	Expresión externa de ira	-0,303	-0,649	0,545	0,945
	Reacción de ira	-0,943	-0,712	0,001	
	Expresión externa de ira	-0,825	-4,003	0,010	
Dolor en piso	Control externo de ira	-0,619	-3,509	0,017	0,559
	Reacción de ira	-0,905	-2,383	0,063	
	Control externo de ira	-0,779	-1,565	0,178	
Dolor en el control postquirúrgico	Expresión externa de ira	-0,606	-1,040	0,358	0,869
	Reacción de ira	-0,783	-2,052	0,095	
	Control externo de ira	-0,601	-1,201	0,283	
Estado de animo Consulta prequirúrgica	Expresión externa de ira	-0,589	-1,007	0,360	0,443
	Expresión interna de ira	0,734	1,769	0,137	
Estado de animo Consulta postquirúrgica	Control externo de ira	-0,677	-1,210	0,280	0,159
	Reacción de ira	-0,586	-1,374	0,228	
	Expresión interna de ira	0,581	1,139	0,306	
Estado de animo Consulta postquirúrgica	Reacción de ira	-0,717	-1,366	0,230	0,438
	Control externo de ira	-0,579	-0,842	0,438	

DISCUSIÓN

Según Castillero (2007), cualquier acto quirúrgico es una fuente potencial de estrés no sólo para los niños que van a ser sometidos a la cirugía, sino además para sus padres, razón por la cual es indispensable que se realice la intervención psicológica con ambos grupos. El primer grupo que conformó la muestra del presente estudio estuvo integrado por los acudientes legales que accedieron a participar en la investigación, en la mayoría de los casos eran los mismos padres. A estos se les aplicaron los cuestionarios para medir síntomas de ansiedad, depresión e irritabilidad tanto antes como después de la cirugía y previa obtención del consentimiento informado para participar en el proceso de investigación. El segundo grupo estuvo compuesto por los niños que iban a ser sometidos a cirugía cardíaca a quienes se les diligenció la historia clínica psicológica y se les aplicó la escala de valoración subjetiva de estado de ánimo (solo para mayores de 5 años) y la escala analógica de dolor (solo para mayores de 5 años).

En cuanto a la descripción sociodemográfica del primer grupo, se encontró que un porcentaje significativo (89%) eran mujeres, y la relación que tenían con el paciente era madre-hijo, en lo referido a la ocupación, se desempeñan como amas de casa (44%) y como empleados (45%). En el caso de estos últimos se encontró que durante la hospitalización y la cirugía de los niños los acudientes debían dejar sus trabajos, o ausentarse largo tiempo de ellos, sin remuneración alguna, para poder llevar a cabo los exámenes y el tratamiento adecuado. La media de edad fue 33 años, indicando, en general, padres jóvenes. La mayoría de la muestra tiene pareja (78%), la cual representa una red de apoyo familiar importante, según la percepción de los participantes, ya que se encarga de proveer económicamente al acudiente y amortigua el impacto de las situaciones que se generan durante la hospitalización, además la familia es capaz de reorganizarse en función de satisfacer las necesidades del enfermo y su acompañante, realizando en la mayoría cambio de roles, cambio de horarios, etc.

En cuanto a la procedencia se encuentra que el 56% de los participantes procede de otro municipio diferente a Bucaramanga, razón por la cual, deben desplazarse hasta la ciudad para acceder a los servicios de citas medicas, exámenes y la misma cirugía, lo cual implica un incremento en los gastos familiares (hospedaje, transporte y alimentación), más si no cuentan con una red de apoyo en la ciudad. Además, en su mayoría (72%) tienen 2 o más hijos, por lo cual generalmente es la madre quien viaja a

Bucaramanga con el hijo enfermo y el padre permanece en su sitio de residencia al cuidado de los otros hijos.

En cuanto a las características sociodemográficas de la muestra pediátrica se encuentra que un alto porcentaje eran hombres (72%). Respecto a la edad cabe aclarar que el 61% eran menores de 5 años, razón por la cual en estos casos la intervención psicológica se centró únicamente en sus padres o acudientes; con los demás se trabajó el manejo del dolor y la disminución de miedos y temores relacionados con la cirugía cardiaca durante las sesiones indicadas en el protocolo de intervención psicológica; con este grupo se pudo corroborar lo propuesto por Rinaldi, 1978 citado por Dussán, 2007 en cuanto a que la inminencia de la cirugía genera con frecuencia en los niños una serie de trastornos: terrores nocturnos, insomnio, trastornos de adaptación y problemas de conducta y aprendizaje y son comunes las fantasías y el miedo relacionado con el acto quirúrgico y la anestesia.

Sólo un 39% de la muestra pediátrica estaba realizando estudios académicos en el momento de la cirugía y la hospitalización, en estos casos se evidencia que las actividades sociales y escolares de los pacientes se ven interrumpidas con frecuencia por las demandas de la enfermedad y el tratamiento, ya que como señala Rodríguez, 1986 citado en Roig et al., 2003 la permanencia en un centro médico conduce a una ruptura de los roles habituales y a la limitación en el uso de recursos sociales.

Pasando a las variables clínicas, se encontró que un 28% de la muestra pediátrica presentaba además de la cardiopatía congénita un trastorno del desarrollo, específicamente síndrome de Down, debido a que tal como indica la literatura las cardiopatías congénitas pueden presentarse aisladas o ser parte de diversos síndromes genéticos y cromosómicos, como el síndrome de Down, la trisomía 13, el síndrome de Turner, el síndrome de Marfan, el síndrome de Noonan y el síndrome de Ellis-van Creveld (Cardiopatías congénitas, 2007).

Además, se encontró que el 22% de la muestra pediátrica había sido sometido anteriormente a un cateterismo, procedimiento que consiste en pasar una sonda delgada y flexible (catéter) hasta el lado derecho o izquierdo del corazón, por lo regular desde la ingle o el brazo. Aunque este es un procedimiento invasivo, el riesgo de muerte no es muy alto, sin embargo los pacientes y sobre todo sus padres como señala la literatura

suelen tener o han desarrollado en algún momento, miedos y/o ansiedad, generalizada en ocasiones, en cuanto a la intimidación de muerte que puede provocar la enfermedad cardíaca y los riesgos de su tratamiento (Galindo, 2006). Hablar de muerte con los padres genera un sentimiento de tristeza y desesperanza que debe ser manejado de la mejor manera posible, facilitando la aceptación de la cirugía y preparándolos para la recuperación de su hijo; para ello el psicólogo debe enmarcar su actuación en los principios del *counselling*, proveer apoyo emocional a los familiares que afrontan la enfermedad y todas las consecuencias que esta trae, como por ejemplo: la pérdida de autonomía del paciente, riesgo de muerte, secuelas, etc. (Arranz & Cancio, 2003).

En la comparación de medias del STAXI-2 se encuentra que en las Escalas/subescalas *Expresión física* (mide la intensidad de los sentimientos actuales relacionados con la expresión física de ira); *Expresión interna de ira* (mide la frecuencia con la que sentimientos de ira son experimentados pero no son expresados) ; *Control externo de ira* (mide la frecuencia con la que la persona controla la expresión de los sentimientos de ira evitando su manifestación hacia personas u objetos del entorno); *Control interno de ira* (mide la frecuencia con la que la persona intenta controlar sus sentimientos de ira mediante sosiego y la moderación en las situaciones enojosas) y *Rasgo de ira* (mide la frecuencia con la que el sujeto experimenta sentimientos de ira a lo largo del tiempo) (Miguel Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger, 2001), las puntuaciones aumentan significativamente en el posttest, con lo cual se puede presumir que una vez practicada la cirugía cardíaca en los niños, en los padres aumenta la frecuencia con que experimentan sentimientos de ira, pero además aumenta la forma como intentan controlarlos. Dichas respuestas emocionales que presentan los padres pueden deberse a que el hospital es un estresor de tipo físico, cultural, social y personal (Rodríguez, 1986; Taylor, 1986; Rodríguez, Marín y Zurriaga, 1999; citados por Roig, Pastor & Neipp, 2003) fundamentalmente para el paciente que ingresa y las personas que le acompañan; la literatura indica que lo que puede parecer cotidiano para el personal que trabaja allí, para el paciente puede ser molesto y estresante, como por ejemplo la estructura física del hospital, los olores, ruidos, salas de espera, etc.

Entre las situaciones más comunes que suelen llevar al sujeto a experimentar sentimientos de ira están: los largos tiempos de hospitalización, las complicaciones médicas que pueda tener el niño durante la recuperación, la desinformación sobre los

tratamientos y el estado de salud del niño, los procedimientos dolosos a los que se somete el paciente y el estado de ánimo (irritable) del niño durante la estancia hospitalaria. Para la reducción de estos sentimientos en los familiares, durante las sesiones del protocolo de intervención psicológica se posibilita la expresión de pensamientos y sentimientos, permitiendo que cada miembro interprete y evalúe la enfermedad, el proceso quirúrgico y los propios recursos para afrontarla, de tal manera que el mismo pueda intervenir en sus pensamientos disfuncionales, expectativas inadecuadas y proporcionar los recursos y habilidades para un afrontamiento efectivo (Castillero, 2007).

En cuanto a las demás Escalas/subescalas del STAXI-2 (Miguel Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger, 2001): *Sentimiento* (mide la intensidad de los sentimientos de ira experimentados en un momento específico), *Expresión verbal* (mide la intensidad de los sentimientos actuales relacionados con la expresión verbal de ira), *Reacción de ira* (mide la frecuencia con que el sujeto experimenta sentimientos de ira en situaciones que implican frustración o evaluaciones negativas), *Estado de ira* (mide la intensidad de los sentimientos de ira y el grado en que el sujeto siente que está expresando su ira en un momento determinado), *Temperamento de ira* (mide la disposición a experimentar ira sin una provocación específica), *Expresión externa de ira* (mide la frecuencia con que los sentimientos de ira son expresados verbalmente o mediante conductas agresivas físicas) e *Índice de expresión de ira* (se calcula a partir de los elementos de las escalas E. Ext., E. Int., C. Ext. Y C. Int.); mostraron una disminución significativa en el postest, lo cual se puede relacionar con los estudios de Jenkins (1995, citado por Castillero, 2007), sobre las consecuencias favorables de los programas de intervención psicoeducacional para la cirugía, tales como percepción más favorable de la experiencia hospitalaria, mayor satisfacción con los servicios recibidos y una sostenida creencia de mayor control personal sobre el proceso de recuperación.

Es decir, la disminución en la comparación de medias evidencia que la intervención del psicólogo fue efectiva porque posibilitó la reducción de sentimientos de ira, a través de varias herramientas como: la orientación en la toma de decisiones, mostrando varias perspectivas de acuerdo a la situación planteada y educando en la resolución de problemas, con lo cual se logró reducir los niveles de irritabilidad en los padres.

En las pruebas de depresión y ansiedad (BDI y STAI) también se observó una disminución significativa en el posttest, coincidiendo con el estudio de Devine (1992, citado por Castellero, 2007), en el que se encontró que entre los principales efectos de recibir tratamiento psicológico previo a la cirugía cardiaca estaban niveles de ansiedad y depresión significativamente bajos.

Respecto a los indicadores clínicos de recuperación de los niños se encontró que un 100% de la población toma los medicamentos indicados por el médico una vez dados de alta y que asiste al control o los controles postquirúrgicos con el médico cirujano y con el psicólogo tratante, lo cual permite que la recuperación en casa sea exitosa y disminuir el número de reingresos hospitalarios. Respecto a la duración de la hospitalización en UCI se observó que la estancia hospitalaria fue mayor para los pacientes cuyos padres obtuvieron mayores puntuaciones en las escalas de Depresión y expresión interna de ira; mientras que la duración de la estancia en piso está más relacionada con las subescalas de control externo de ira y expresión externa de ira, también en el sentido de a mayor puntuación en las escalas mayor tiempo de estancia hospitalaria.

En cuanto a la escala analógica de dolor aplicada a los niños mayores de 5 años, en general se encontró una disminución significativa en el grado de dolor postquirúrgico, ya en lo evaluado durante la última sesión se encontró que la mayoría refiere “solo un poquito de dolor” y por supuesto menor necesidad de analgésicos. Las respuestas emocionales de los padres que mejor predicen el grado de dolor son las evaluadas por las escalas/subescalas del STAXI-2: reacción de ira, control externo de ira y expresión externa de ira, indicando que a mayor puntuación de los padres en estas, mayor percepción de dolor en los niños antes de la cirugía, durante la hospitalización en UCI y en piso y en el control post operatorio.

Pasando a la valoración subjetiva del estado de ánimo, evaluada en los niños mayores de 5 años durante la primera y sexta sesión del protocolo de intervención psicológica se encontró que la escala de Expresión Interna de Ira del STAXI-2, es la que mejor predice el estado de ánimo del niño en estos momentos, así cuando sus padres experimentan los sentimientos de ira pero no los expresan, es decir, los suprimen, esto ayuda a que los niños perciban de un modo más positivo su propio estado de ánimo.

De lo anterior se concluye que efectivamente el estado emocional de los padres, ejerce una influencia en el estado emocional de los pacientes pediátricos de cirugía cardíaca, como se pudo observar a través de la comparación de medias y el análisis de regresión realizado con los indicadores clínicos de recuperación de los niños.

CONCLUSIONES

A partir de la experiencia como pasante de psicología en el Instituto del Corazón de Bucaramanga se puede llegar a concluir los siguientes elementos:

Entre los hallazgos más importantes del presente estudio se encuentra que es importante dirigir la intervención psicológica no sólo a los pacientes pediátricos de cirugía cardíaca, sino también a sus padres, evaluando e interviniendo sobre las variables psicológicas que presentan ante la cirugía.

En el presente estudio se evaluaron los niveles de ansiedad, depresión e irritabilidad de los padres de los pacientes de cirugía cardíaca mediante la aplicación de una batería de pruebas que se aplicó en 2 momentos y mediante la intervención del psicólogo descrita en el protocolo de intervención, se logró una disminución en las medidas posttest constatando así, que el protocolo de intervención psicológica proporciona a los padres estrategias de afrontamiento eficaces frente a los procedimientos médicos y la hospitalización de sus hijos.

Además, las puntuaciones bajas de ansiedad, depresión e irritabilidad en el posttest, se relacionan con una menor estancia hospitalaria de los niños y mejor percepción del estado de ánimo propio, tanto antes como después de la cirugía cardíaca. Respecto a otros indicadores clínicos de recuperación de la muestra pediátrica se observa alto compromiso de los padres con el tratamiento, adecuada toma de medicamentos y asistencia a los controles postquirúrgicos, lo que produce un menor riesgo de complicaciones postquirúrgicas y menor número de reingresos hospitalarios.

Asimismo, se encuentra que en los niños mayores de 5 años, una vez aplicado el protocolo de intervención psicológica se logra un manejo adecuado del dolor y mejor percepción de la experiencia hospitalaria, lo cual permite una rápida incorporación a sus actividades cotidianas.

Es decir, estos resultados permiten concluir que la intervención psicológica es efectiva ya que ofrece herramientas a los padres y a los niños sometidos a intervención quirúrgica para afrontar eficazmente los procesos consecuentes al alta hospitalaria, generando impacto sobre la condición de los pacientes y sus familiares antes y después de la cirugía cardíaca cumpliendo con los objetivos propuestos.

RECOMENDACIONES

La intervención psicológica en el paciente pediátrico de cirugía cardíaca y sus familias permite la disminución de los niveles de ansiedad, depresión, irritabilidad y dolor, por ello se recomienda ampliar este servicio, a todos los niños que requieran exámenes u otros procedimientos como el cateterismo cardíaco en el Instituto del Corazón de Bucaramanga.

Además, se sugiere que para próximos estudios relacionados con los efectos de la intervención psicológica en la recuperación de la cirugía cardíaca se intente ampliar el número de la muestra de investigación, y se cuente con un grupo control, ya que aunque inicialmente este estudio estaba propuesto de esa forma, no fue posible llevarlo a cabo así, dado que en la primera sesión ejecutada por el psicólogo pasante se realizaba psicoeducación u otra clase de intervención psicológica a los acudientes del menor.

Se recomienda a la Universidad Pontificia Bolivariana que siga apoyando este tipo de estudios, ya que permiten ampliar el conocimiento sobre la intervención psicológica, específicamente en el campo de psicología clínica y de la salud, en el ámbito cardiovascular, fortaleciendo las bases de esta disciplina a nivel departamental, nacional e internacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anchorena, M (2010). Mindfulness en la salud. Recuperado el 20 de Mayo de 2010 en <http://www.mindfulness-salud.org/index.php>

Arranz, P. & Cancio, H. Una herramienta del psicólogo hospitalario: el counselling. En E. Remor, P. Arranz & S. Ulla (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao. Editorial Desclee de Brouwe.

Cardiopatías congénitas (2007). MedlinePlus, información de salud de la biblioteca nacional de medicina de EEUU y los institutos nacionales de la salud. Recuperado el 23 de Marzo en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001114.htm>

Carmona Z. & Bracho C. (2008). *La muerte, el duelo y el equipo de salud*. Revista de salud publica, 2(2): 14-23.

Castillero, Y. (2007). Intervención psicológica en cirugía cardíaca. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25 (1), 52-63.

Dussán, A. (2007). *La enfermedad crónica en el niño y la familia: Consideraciones generales e intervención psicológica*. En Psicología de la salud: Abordaje integral de la enfermedad crónica. Bogota. Manual moderno.

Egúsquiza, O. (2000). La asertividad modelo de comunicación en las organizaciones. Recuperado septiembre 26 de 2009 en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/Publicacione/quipukamayoc/2000/segundo/asertividad.htm>

Galindo, A. (2006). Proyecto de intervención psicológica en las familias de niños con cardiopatías congénitas: aplicación de un programa de relajación progresiva. *MAPFRE* 17, 38-46

García, C. (s.f.). Combatir los pensamientos negativos. Recuperado septiembre 8 de 2009 en:

<http://www.parasaber.com/salud/psicologia/autoayuda/claves/articulo/psicologia-pensamientos-negativos-distraccion-cognitiva-combatir/8419/>

Instituto del Corazón de Bucaramanga. Quienes somos. Nuestro origen. Misión. Visión. Política de calidad. Recuperado el 1 de Agosto de 2009 en: <http://www.institutodelcorazon.com/>

Jaramillo, G., Hernández, A., Mosquera, W. & Durán, A. (2007) *Cirugía cardiovascular en cardiopatías congénitas neonatales*. Cardiopatías Congénitas. Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

Martin, J. *Intervención psicológica en un servicio de cardiología*. En E. Remor, P. Arranz & S. Ulla (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao. Desclee de Brouwe.

Méndez, X., Ortigosa, J. & Pedroche, S. (1996). *Preparación a la hospitalización infantil: Afrontamiento del estrés*. *Psicología Conductual*, 4 (2), 193-209.

Minici, A., Rivadeneira C. & Dahab J. La revolución conductual lo en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. Recuperado el 8 de Abril en <http://www.cognitivoconductual.org/articles/revolucion.htm>

Miguel Tobal, J., Casado, M., Cano Vindel, A., Spielberger, C.D. (2001). *Inventario de expresión de ira estado-rasgo (STAXI-2)*. Madrid: TEA Ediciones.

Moran, M. (2010) *Protocolos de intervención psicológica en salud mental: precisión terminológica*. Universidad del Norte. Conciencias.

Nezu, A., Nezu C. & Lombardo, E. (1996). *Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo Conductuales. Un enfoque basado en problemas*. Bogotá, D. C.: Manual Moderno.

Organización Mundial de la Salud. Programas y proyectos. Centro de prensa. Notas descriptivas. *Enfermedades cardiovasculares*. Recuperado el 1 de Agosto de 2009 en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>

Palazón, I. *Intervención en niños en el contexto hospitalario: un modelo general*. En E. Remor, P. Arranz & S. Ulla (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao. Desclee de Brouwe.

Ramírez, S. (2002). *Definición Psicología Clínica y de la Salud*. Instituto Ananda. Colegio Oficial de Psicólogos. Recuperado Septiembre 26 de 2009 en: <http://institutoananda.es/txoko02/>

Restrepo, Borrero, Rojas & Vélez. (1998). *Fundamentos de Medicina*. Cardiología Medellín. Corporación Para Investigaciones Biológicas. N. 5

Roig, S., Pastor, M., & Neipp M. *Aspectos psicológicos asociados a la hospitalización*. En E. Remor, P. Arranz & S. Ulla (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao. Desclee de Brouwe.

Sanz, J., Navarro, M.E. & Vázquez, C. (2003). *Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II*. Madrid: Editorial Complutense.

Sevilla, H. (2009). *Tanatoética: aportes de la filosofía ante la muerte*. Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 47 (2): 227-230.

Spielberger, C.D., Gorsuch R. & Lushene R. (1970). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)*. Madrid: TEA Ediciones.

Worden, W (1997). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. Buenos aires. Ediciones Paidós.

ANEXOS

ANEXO 1

“PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL INSTITUTO DEL CORAZÓN DE BUCARAMANGA SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDIACA”

El siguiente protocolo de intervención psicológica será implementado con pacientes pediátricos y sus padres, después haber asistido a la cita prequirúrgica, con el cirujano cardiovascular y el anestesiólogo pediátrico. Consta de seis sesiones, cada una de las cuales tiene un objetivo específico y las actividades que se realizarán durante la intervención psicológica para cumplirlo. La frecuencia de las sesiones será de una por día.

1. SESIÓN

Después de la consulta con el cirujano cardiovascular y el anestesiólogo pediátrico.

Objetivo general:

Evaluar el estado emocional de los pacientes y sus padres antes de la cirugía y facilitar el proceso de aceptación del procedimiento quirúrgico mediante el ofrecimiento de la información necesaria.

Actividades:

- Realizar el encuadre con el paciente y sus padres, después de la cita preanestésica.
- Obtener el consentimiento informado (anexo 1) de los padres del paciente y facilitar que estos conozcan la metodología de trabajo y accedan participar en la investigación.
- Evaluar el estado emocional del paciente y de sus padres antes del procedimiento quirúrgico mediante batería de pruebas.
- Realizar psicoeducación sobre la Hospitalización, utilizando la cartilla Sanar Corazoncito del Instituto del Corazón de Bucaramanga.

Técnicas de intervención:

Información: (Dirigida a niños mayores de 3 años) Se informa a los niños y a sus padres acerca de la preparación para la Hospitalización mediante la utilización de la cartilla *Sanar Corazoncito* del Instituto del Corazón de Bucaramanga (anexo 6) y se especifican datos como: en qué Clínica se realizará la cirugía, dónde esta ubicada dicha Clínica, cuando debe hospitalizarse el niño, qué artículos personales (pijamas, cobijas, tetero, leche, juguetes) y de aseo (cepillo de dientes, crema dental, toalla, pañales, pañitos húmedos) debe llevar a la clínica, cuántas personas pueden ingresar a la visita en habitación, cuáles son los horarios de visita y las recomendaciones relacionadas con la dieta alimenticia antes de la cirugía, entre otros.

Méndez, Ortigosa & Pedroche (1996), señalaron que la información es la estrategia más empleada con pacientes pediátricos para prepararles a la hospitalización, ya que la información modifica respuestas cognitivas; respuestas psicofisiológicas y respuestas motoras. Además, algunas veces la información va acompañada con frecuencia de instrucciones del comportamiento deseado o funciona como reforzador positivo.

Además, mediante la información también se busca resolver otras dudas que puedan tener los padres relacionadas con la hospitalización, como por ejemplo: cuánto tiempo permanecerá el niño hospitalizado, para así disminuir las preocupaciones constantes que pueden interferir en la preparación para la cirugía.

2. SESIÓN

Se realiza el día de la cita con enfermería.

Objetivo General:

Realizar intervención psicológica a los pacientes y sus padres con la finalidad de reducir los niveles de ansiedad, depresión e irritabilidad, que puedan emerger ante la comunicación de la fecha del procedimiento quirúrgico.

Actividades:

- Aplicar técnicas de intervención psicológica específicas tanto al paciente como a sus padres, de acuerdo con la valoración del estado de ánimo realizada en la primera sesión.

Técnicas de intervención

Reestructuración cognitiva: (Dirigida a niños mayores de 6 años y a sus padres) Nezu, Nezu & Lombardo (2006), explican que la reestructuración cognitiva pretende reducir los pensamientos automáticos negativos y aminorar los esquemas desadaptativos. Este planteamiento parte de que los factores cognitivos (ideas, actitudes, percepciones) influyen en las emociones y el comportamiento de la gente. La reestructuración cognitiva pretende que el paciente: identifique los patrones de pensamiento negativo, comprenda como influyen estas cogniciones en sus respuestas emocionales y conductuales ante situaciones estresantes, y cambien esa mentalidad al sustituir las ideas negativas con otras más adaptativas y saludables.

En este caso, la reestructuración cognitiva pretende reducir los pensamientos automáticos negativos relacionados específicamente con la cirugía y los riesgos que ella implica, como por ejemplo: la muerte del niño durante la cirugía, el manejo del dolor durante la hospitalización, la separación de los padres y su obediencia con el personal médico.

Entrenamiento en relajación y respiración: Según Méndez et al. (1996), los entrenamientos en relajación y respiración son los mismos que los utilizados en contextos clínicos, sólo que adaptando el procedimiento a la situación hospitalaria, como la exigencia de llevarlos a cabo en un período de tiempo muy corto, pues el tiempo del que se dispone para hacerlo es entre la comunicación de la fecha de la cirugía luego de la junta médica y el día de la hospitalización.. Con niños menores de siete u ocho años resulta muy apropiado realizar un juego para inducir la relajación. Un

método alternativo para estas edades es el denominado *robot-muñeco de trapo (robot-ragdoll)*, de Kendall y Braswell (1986), que consiste en actuar primero como un robot (rígido, tenso y andando sin doblar las extremidades), y después como un muñeco de trapo (flexible, relajado y flácido). El grado de relajación se evalúa levantando el brazo del niño y dejándolo caer.

Autoverbalizaciones/Autoinstrucciones: (Dirigida a niños mayores de 6 años) Su objetivo es lograr a partir del lenguaje interior un cambio en el comportamiento motor (Meichenbaum, 1977 citado por Méndez et al., 1996). Los programas de preparación psicológica, utilizan *autoverbalizaciones de apoyo*, es decir, frases o mensajes que pretenden infundir valor al niño («puedo manejar la situación»), o minimizar el carácter aversivo de la situación («pronto habrá pasado todo»).

3. SESIÓN

Se realiza el día de la hospitalización, antes de la cirugía.

Objetivo General:

Ofrecer herramientas a los pacientes y sus padres para afrontar eficazmente la hospitalización y prepararse para la cirugía y los procesos consecuentes a ésta.

Actividades:

- Estar presente en el momento que el paciente y su familia llegan a la clínica para hospitalizarse, colaborarles con el registro y la ubicación en la habitación.
- Presentar a las familias que se preparen para cirugía al siguiente día, si las hay. Se debe crear un vínculo entre las 2 familias, facilitando que expresen sus sentimientos, pensamientos y dudas para solucionarlas.
- Aplicar técnicas de intervención psicológica de manera individual, bien sea a los pacientes o a sus padres.
- Realizar Psicoeducación con los pacientes y sus padres respecto a la cirugía.

- Aplicar la escala analógica de dolor a los niños (anexo 8), para indagar por el dolor que perciben en ese momento.
-

Técnicas de intervención

Comunicación asertiva: (Dirigida a niños mayores de 6 años y sus padres) Entendida como la habilidad para transmitir y recibir los mensajes, sentimientos, creencias u opiniones propios o ajenos de una manera honesta, oportuna y respetuosa con la finalidad de tener una comunicación que permita obtener lo que se desea sin lastimar a los demás (Egúsquiza,2000). Se busca establecer una comunicación asertiva entre el paciente, la familia y el personal médico (enfermeras, médicos) de tal modo que los padres y sus hijos puedan saber cómo solicitar información, expresar desacuerdo e inconformidad y también por supuesto agradecimiento.

Imaginación: Se solicita al niño que imagine una escena tranquila que le haga sentirse feliz. A continuación se le indica que describa dicha escena para evaluar su capacidad de creación y mantenimiento de imágenes mentales. De esta forma se comprueba que el niño focaliza su atención en imágenes sugerentes, relajantes, de gran fuerza emotiva y que no se centra en estímulos que le producen ansiedad. Así mismo se utiliza una variante de afrontamiento de las *imágenes emotivas* de Lazarus y Abramovitz (1962), consistente en identificar un héroe del niño o una imagen fantástica, que le produzca un sentimiento de seguridad que le ayude a superar la ansiedad provocada por la situación médica (Méndez et al., 1996).

Estrategia de ampliación de conciencia (Meditación): (Dirigida a niños mayores de 7 años y sus padres) Para Nezu et al. (2006), esta técnica es eficaz para manejar el estrés y como estrategia para reducir la ansiedad. En la meditación, el individuo pretende prestar atención y concentrarse en todos los estímulos ambientales internos y externos. Mediante la “ampliación de la conciencia” se intenta que el paciente acepte que debe estar hospitalizado durante cierto tiempo, que su actitud negativa influye negativamente en su recuperación, y por lo tanto debe aceptar su situación de una manera positiva y superarla. Esto se puede lograr por ejemplo, mediante un Juego de

médicos y pacientes, donde se pregunta al niño (a) ¿Cómo quisieras que fuera la habitación de la clínica? ¿Qué te gustaría tener aquí en la habitación (objetos de valor afectivo para el niño)?, ¿Cuánto tiempo crees que es necesario permanecer en la clínica?, ¿Cómo te gustaría que fuera tu estadía? Mediante un diálogo alrededor de estos temas, se busca crear un ambiente de confianza con el niño (a), llevándolo a reconocer la importancia de la hospitalización para la adecuada recuperación.

Resolución de problemas: (Dirigida a niños mayores de 10 años y sus padres) Consiste en un modelo sistemático de resolución de problemas cotidianos para mejorar la capacidad de afrontar situaciones estresantes. Esto se logra mediante explicaciones didácticas, ejercicios de juego de roles y asignación de tareas para la casa. Su finalidad es mejorar la capacidad general de afrontar la angustia psicológica y disminuirla (Nezu et al., 2006). Se explica al paciente o sus familiares de manera didáctica que pasaría si se apresurara el proceso de hospitalización, los costos que tiene para la salud del paciente, buscando disminuir la angustia psicológica que provoca estar, en algunos casos más de ocho días, en una clínica.

Reestructuración cognitiva (Dirigida a niños mayores de 6 años y sus padres) Se aplica un análisis basado en las ventajas y desventajas de la hospitalización, conduciendo a los individuos a poner en prueba sus suposiciones erróneas, permitiendo que vean la necesidad de permanecer en un ambiente controlado por el personal médico y lo difícil que sería para ellos controlar algún problema teniendo a su hijo (a) en casa.

4. SESIÓN

Realizada el día de la cirugía.

Objetivo General:

Ofrecer apoyo psicológico a los padres para afrontar eficazmente las horas de espera mientras transcurre la cirugía.

Actividades:

- Proveer apoyo emocional a los padres de los pacientes durante el tiempo que su hijo permanece en la sala de cirugía.

- Explorar a cerca de las expectativas que tienen sobre la cirugía de su hijo.

Técnicas de intervención

Además de las técnicas de intervención ya mencionadas, el psicólogo que se desempeña en el ámbito hospitalario debe enmarcar su actuación en los principios del *counselling*, esto quiere decir, que debe proveer apoyo emocional a pacientes y familiares que afrontan una enfermedad y todas las consecuencias que esta trae, como por ejemplo: la pérdida de autonomía, riesgo de muerte, secuelas, etc. Se entiende por apoyo emocional la creación de una relación terapéutica en la que el enfermo no se sienta juzgado, ni marginado, sino entendido y ayudado para poder confrontar, desde la acogida y el respeto, sus temores, deseos y necesidades (Arranz & Cancio, 2003).

5. SESIÓN

Durante la recuperación post quirúrgica.

Objetivo General:

Reducir los niveles de ansiedad, irritabilidad y dolor de los pacientes pediátricos y sus padres desde su ingreso a UCI, hasta el día del alta hospitalaria, mediante la utilización de las técnicas de intervención psicológica.

Actividades:

- Aplicar técnicas de intervención psicológica de manera individual, bien sea a los pacientes o a sus padres si lo requieren durante la hospitalización, con la finalidad de facilitar su recuperación.
- Proveer apoyo emocional a los pacientes y a sus padres durante el tiempo que permanezcan hospitalizados para que se sientan apoyados y acompañados por parte de un profesional de la salud.

- Aplicar la escala analógica de dolor a los niños (anexo 8), para indagar por el dolor que perciben en ese momento.

Técnicas de intervención Las mencionadas anteriormente

Distracción cognitiva (Dirigida a niños mayores de 3 años) que consiste en distraer la atención del niño para que no se focalice en sensaciones internas durante procedimientos que impliquen cierto grado de dolor, como por ejemplo toma de exámenes, canalización de la vena, toma de temperatura, etc.

Refocalización atencional Desde el condicionamiento clásico, se ha demostrado que las palabras e imágenes mentales pueden cumplir el papel de estímulos provocando entonces respuestas condicionadas. Si una persona piensa en que está ingiriendo jugo de limón, probablemente comience a experimentar salivación. Este tipo de relación entre PENSAMIENTO/IMAGEN como activador de RESPUESTA/SENSACION, aparece con frecuencia en los trastornos de ansiedad. Muy típicamente, las personas con trastorno de angustia se autoactivan mediante la observación y la revisión de sus propias sensaciones fisiológicas. Tal auto observación se traduce en un incremento aún mayor de dichas sensaciones, lo cual en estos pacientes puede derivar en un ataque de pánico.

La refocalización atencional consiste en el entrenamiento de un conjunto de conductas alternativas a la auto activación. El paciente aprende a orientar su atención a otros estímulos, concomitantemente desciende la ansiedad. A modo de ejemplo, un paciente con ansiedad social aprenderá a concentrarse en la tarea que tiene que llevar a cabo durante una disertación y no en si se está poniendo colorado, si transpira o si tiene palpitaciones. El entrenamiento conductual lo ayudará a prestar atención a la actividad en curso y no a la forma en que reacciona su propio cuerpo, ello traerá aparejado un alivio de su ansiedad.

6. SESIÓN

Se realizará el día del primer control postquirúrgico

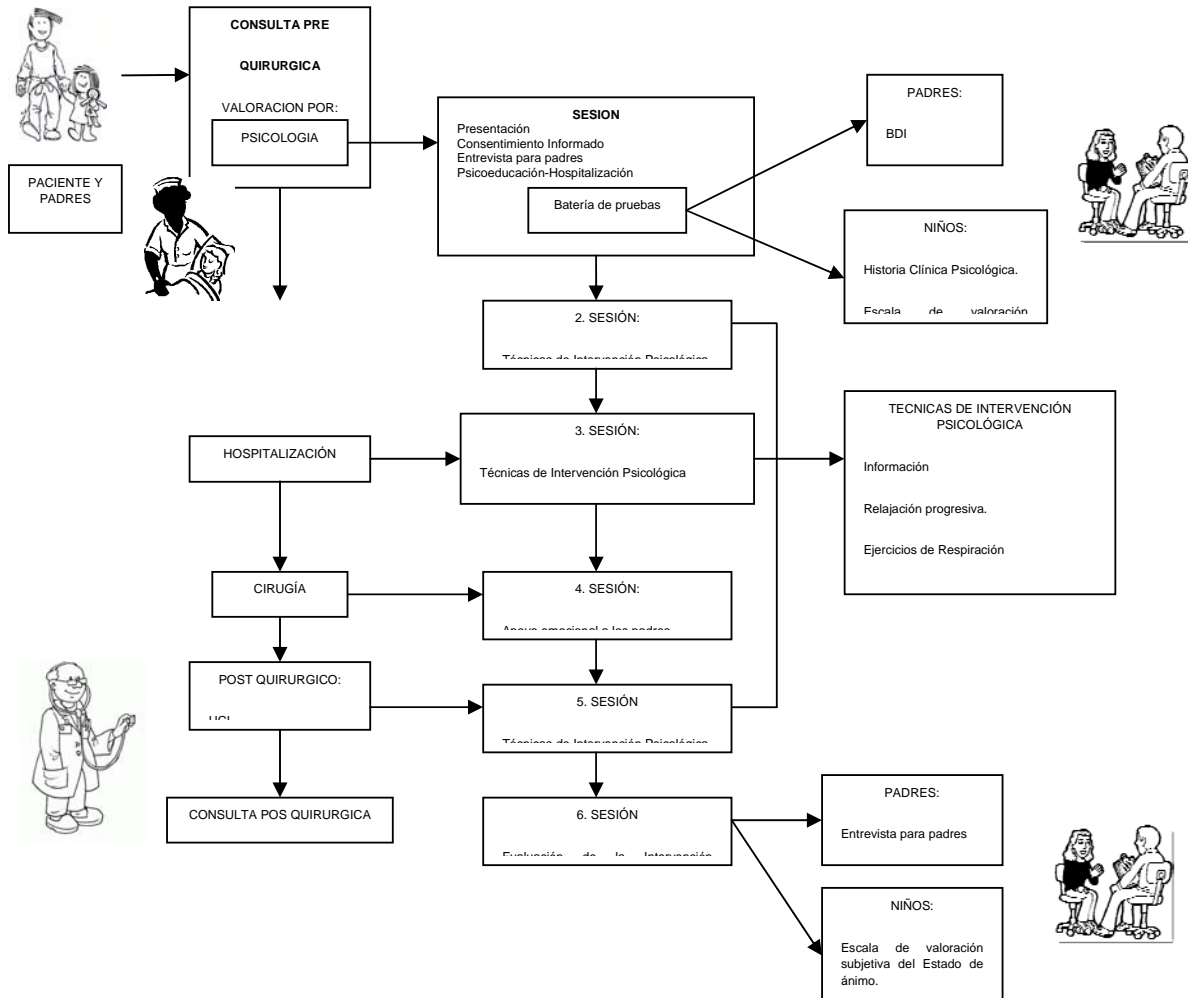
Objetivo general

Evaluar el impacto del protocolo de intervención psicológica en el estado emocional del paciente postquirúrgico, con el fin de favorecer la reincorporación en los ámbitos, escolar, familiar y social.

Actividades

- Evaluar el estado emocional del paciente y de sus padres después del procedimiento quirúrgico mediante la batería de pruebas. Aplicar la escala analógica de dolor (anexo 8) y la escala de valoración subjetiva del estado de ánimo en los niños (anexo 7).
- Reforzar las tareas de psicoeducación conducentes a fortalecer el proceso de recuperación en casa.
- Evaluar los resultados de la intervención, a través de algunos indicadores de recuperación clínica como: días de hospitalización, dolor, adherencia al tratamiento, complicaciones clínicas, y reingresos hospitalarios.
- Cierre de la intervención psicológica.

ANEXO 2



ANEXO 3



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



Lugar y Fecha

Yo _____ (nombre), con documento de identidad N. _____, a través de este documento acepto participar en el proyecto de investigación, **Implementación de un protocolo de intervención psicológica pre y post quirúrgico en pacientes pediátricos sometidos a cirugía cardíaca**, cuyo objetivo es evaluar los efectos de la intervención psicológica en la recuperación de pacientes pediátricos sometidos a cirugía cardíaca.

Se me ha explicado que mi participación consiste en diligenciar los cuestionarios que se encuentran en el protocolo de investigación y además autorizo al investigador para realizar la respectiva intervención psicológica con mi hijo _____ (nombre), paciente del Instituto del Corazón de Bucaramanga. Se me ha garantizado que el tratamiento de los datos será confidencial y se me ha informado que los resultados serán expuestos de manera general.

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

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

Se me ha dado la seguridad de que no se me identificará en ninguna de las publicaciones que deriven de este estudio. También tengo conocimiento de que al término de la investigación será publicado un artículo con los resultados del estudio, al cual podré tener acceso.

Firma

c.c.

ANEXO 4
ENTREVISTA

NOMBRE DEL PACIENTE			
EDAD		TEL	
NOMBRE DEL ACUDIENTE			
PARENTESCO		EDAD	
NOMBRE DEL ENTREVISTADOR			

Día: _____ Mes: _____ Año: _____

A. ANTES DE LA CIRUGIA (consulta prequirúrgica)

1. ¿Como percibe el estado de ánimo de su hijo actualmente?
2. ¿Cómo es su estado de ánimo actualmente?
3. ¿Su hijo ha sido sometido anteriormente a algún tipo de cirugía? ¿Como cree que ha reaccionado ante la noticia de la cirugía?
4. ¿Cómo cree que puede ayudar a su hijo a prepararse para la cirugía?

Día: _____ Mes: _____ Año: _____

B. DESPUES DE LA CIRUGIA (consulta posquirúrgica)

1. ¿Como percibe el estado de ánimo de su hijo actualmente?
2. ¿Cómo es su estado de ánimo actualmente?
3. ¿Cómo cree que su hijo ve en este momento en tema de la cirugía?
4. ¿Cómo cree que aportó la intervención psicológica en la preparación y recuperación de la cirugía?

ANEXO 5

INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO (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

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 6

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)

INSTRUCCIONES

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

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

<p>10. Llanto</p> <p>0. No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1. Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2. Lloro por cualquier cosa.</p> <p>3. Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.</p> <p>11. Agitación</p> <p>0. No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.</p> <p>1. Me siento más inquieto o agitado que de costumbre. 2. Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.</p> <p>3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.</p> <p>12. Pérdida de Interés</p> <p>0. No he perdido el interés por otras personas o actividades.</p> <p>1. Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.</p> <p>2. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.</p> <p>3. Me resulta difícil interesarme en algo.</p> <p>13. Indecisión</p> <p>0. Tomo decisiones más o menos como siempre.</p> <p>1. Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.</p> <p>2. Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.</p> <p>3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p>14. Inutilidad</p> <p>0. No me siento inútil.</p> <p>1. No me considero tan valioso y útil como solía ser.</p> <p>2. Me siento inútil en comparación con otras personas.</p> <p>3. Me siento completamente inútil.</p> <p>15. Pérdida de Energía</p> <p>0. Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1. Tengo menos energía de la que solía tener.</p> <p>2. No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.</p> <p>3. No tengo suficiente energía para hacer nada.</p> <p>16. Cambios en el Patrón de Sueño.</p> <p>0. No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño</p>	<p>1a Duermo algo más de lo habitual.</p> <p>1b Duermo algo menos de lo habitual.</p> <p>2a Duermo mucho más de lo habitual.</p> <p>2b Duermo mucho menos de lo habitual.</p> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p> <p>3b Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p> <p>17. Irritabilidad</p> <p>0. No estoy más irritable de lo habitual.</p> <p>1. Estoy más irritable de lo habitual.</p> <p>2. Estoy mucho más irritable de lo habitual.</p> <p>3. Estoy irritable continuamente.</p> <p>18. Cambios en el Apetito</p> <p>0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <p>1a Mi apetito es algo menor de lo habitual.</p> <p>1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.</p> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor de lo habitual.</p> <p>3a He perdido completamente el apetito</p> <p>3b Tengo ganas de comer continuamente.</p> <p>19. Dificultad de Concentración</p> <p>0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>2. Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.</p> <p>3. No puedo concentrarme en nada.</p> <p>20. Cansancio o Fatiga</p> <p>0. No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.</p> <p>1. Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.</p> <p>2. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.</p> <p>3. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.</p> <p>21. Pérdida de Interés en el Sexo</p> <p>0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1. Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.</p> <p>2. Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.</p> <p>3. He perdido completamente el interés por el sexo.</p>
---	---

ANEXO 7

INVENTARIO DE EXPRESIÓN DE IRA RASGO – ESTADO (STAXI-2)

INSTRUCCIONES:

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

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

CÓMO ME SIENTO EN ESTE MOMENTO

ITEM	NO, EN ABSOLUTO	ALGO	MODERADA MENTE	MUCHO
1. Estoy furioso	1	2	3	4
2. Me siento irritado	1	2	3	4
3. Me siento enojado	1	2	3	4
4. Le pegaría a alguien	1	2	3	4
5. Estoy agotado	1	2	3	4
6. Me gustaria decir vulgaridades	1	2	3	4
7. Estoy disgustado	1	2	3	4
8. Daria puñetazos a la pared	1	2	3	4
9. Me dan ganas de maldecir a gritos	1	2	3	4
10. Me dan ganas de gritarle a alguien	1	2	3	4
11. Quiero romper algo	1	2	3	4
12. Me dan ganas de gritar	1	2	3	4
13. Le tiraria algo a alguien	1	2	3	4
14. Tengo ganas de abofetear a alguien	1	2	3	4
15. Me gustaría regañar a alguien	1	2	3	4

Parte 2

INSTRUCCIONES:

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

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

CÓMO ME SIENTO NORMALMENTE

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

Parte 3

INSTRUCCIONES:

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

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

CUANDO ME ENOJO O ME ENFUREZCO

ITEM	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre
26. Controlo mi carácter	1	2	3	4
27. Expreso mi ira	1	2	3	4
28. Me guardo para mí lo que siento	1	2	3	4
29. Hago comentarios irónicos	1	2	3	4
30. Mantengo la calma	1	2	3	4
31. Hago cosas como tirar las puertas	1	2	3	4
32. Aunque sienta rabia no lo demuestro	1	2	3	4
33. Controlo mi comportamiento	1	2	3	4
34. Discuto con los demás	1	2	3	4
35. Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie	1	2	3	4
36. Puedo controlarme y no salirme de casillas	1	2	3	4
37. Estoy más enfadado de lo que quiero admitir	1	2	3	4

Informe de Pasantía

38. Digo brutalidades	1	2	3	4
39. Me irrito más de lo que la gente se cree	1	2	3	4
40. Pierdo la paciencia	1	2	3	4
41. Controlo mis sentimientos de enfado	1	2	3	4
42. Rehuyo enfrentarme con aquello que me enfada	1	2	3	4
43. Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira	1	2	3	4
44. Respiro profundamente y me relajo	1	2	3	4
45. Hago cosas como contar hasta diez	1	2	3	4
46. Trato de relajarme	1	2	3	4
47. Hago algo tranquilo para calmarme	1	2	3	4
48. Intento distraerme para que se me pase el enfado	1	2	3	4
49. Pienso en algo agradable para tranquilizarme	1	2	3	4


ANEXO 8



"**Sanar corazoncito**" es una cartilla educativa que le ayudará a entender la operación del corazón de su hijo y de como usted le puede ayudar en su recuperación. Le dará una breve explicación de los términos generales de la intervención quirúrgica y sus cuidados posteriores.


Lea cuidadosamente este manual, consérvelo en la clínica y si tiene alguna inquietud nuestro equipo de trabajo del **Instituto del Corazón de Bucaramanga**, estará atento a responderle y brindarle todo el apoyo emocional, mientras su hijo permanezca en la clínica.



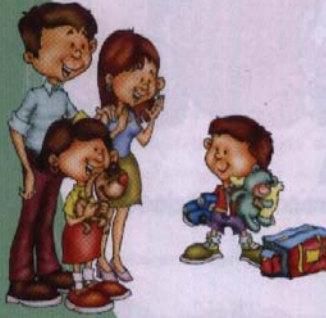


Tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Hable con su niño y explíquele cuando y cuánto tiempo permanecerá en la clínica.
- Cuéntele que usted siempre estará acompañándolo durante la cirugía y su recuperación.
- Lleve objetos conocidos de su hijo como una manta, juego, peluche o libro.
- Explíquele a su hijo que estará hospitalizado por unos días, en una sección especial con otros niños que han tenido operaciones similares a la suya.
- Hable con sus otros hijos acerca de la operación de su hermano, si alguno tiene más de 16 años, pueden venir a visitarlo.
- Traiga zapatos cómodos que se pueda colocar sin tener que agacharse y pijamas que se abotonen en el frente y no se puedan quitar por encima de la cabeza.



Instituto del
Corazón
de Bucaramanga
Un Compromiso de Vida



Preparando el Ingreso a la Clínica


Su niño será admitido al Instituto del Corazón de Bucaramanga mediante **el ingreso a la Clínica Materno Infantil San Luis, Foscal o Chicamocha**, el día antes de su operación. Ese mismo día debe registrarse en la oficina de admisiones para ubicarlo en su habitación, donde una enfermera le preguntará lo siguiente:

- El tipo y dosis del medicamento que está tomando.
- Si es alérgico algún medicamento o alimento
- El registro de vacunas que se le han tomado.
- Historia clínica de cirugías y enfermedades previas, si las ha tenido.

El día de la Cirugía

Horas antes de la operación, su hijo no debe comer ni beber para que su estómago este vacío. Se le dará un sedante para ayudarlo a relajarse y dormirse; posteriormente será llevado a un área de preinducción anestésica para prepararlo para su cirugía. Usted debe entregar la habitación y sacar sus elementos personales; posteriormente se le asignará una nueva, una vez haya salido de la recuperación en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.



Algún miembro de la familia debe permanecer en la sala de espera hasta que la operación finalice; si tiene que salir fuera de la clínica por favor informe a la recepcionista y deje un número telefónico, donde se le pueda localizar. Finalizada la cirugía el Cirujano Cardiovascular se pondrá en comunicación con usted para informarle sobre su estado de salud.



Inquietudes y Dudas acerca de la Cirugía de Corazón

Cuando su hijo este en la sala de cirugía, respirará una anestesia por una máscara. Esta es rápida y sin dolor y no tendrá conciencia de lo que ocurra a su alrededor. Estos son los aparatos de vigilancia que estarán controlando su estado de salud:

- Los electrodos del electrocardiograma proveen constante vigilancia del latido del corazón y el ritmo; están asegurados con cinta al pecho y permanecerán durante su cirugía y en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.
- Un tubo de respiración está pasado por la boca y dentro de la garganta para controlarle la respiración durante e inmediatamente después de la operación. Su hijo no podrá hablar mientras lo tenga y este está conectado a un respirador que deja que reciba cierta cantidad de oxígeno y otros gases.
- Dos o tres líneas intravenosas (tubos pequeños y delgados) están puestos en el puño o el tobillo, pierna y cuello para proveer indicaciones de la presión arterial y para la toma de muestras de sangre.
- Un tubo está insertado por la nariz al estómago para mantenerlo vacío y evitar que vomite.
- Un tubo esta puesto en la vejiga para permitir vigilar la producción de orina.





Cirugía de Corazón Abierta

La cirugía de corazón abierto se realiza con una incisión en medio del pecho encima del esternón. Esta corrige o mejora un defecto dentro del corazón y para poder realizarla hay que parar su funcionamiento; mediante una máquina de perfusión que hace que el corazón y pulmón impulsen el oxígeno y controlen la temperatura de todo el cuerpo.

Para esta intervención es necesario colocar un marcapasos temporal para nivelar el ritmo cardíaco por si este es afectado durante la intervención. Antes de finalizar la cirugía de corazón abierto el cirujano cardiovascular colocará dentro del corazón pequeños tubos que servirán para vigilar el drenaje o salida de sangre o líquidos que se acumulan dentro del organismo.

Finalizada la intervención quirúrgica, será cerrada con puntos la incisión del pecho y se le colocará una venda; en este momento su niño se encontrará en vigilancia postoperatoria.

Cirugía de Corazón Cerrado

La cirugía de corazón cerrado se realiza con una incisión al lado, entre las costillas. Este procedimiento corrige los vasos sanguíneos o alivia síntomas temporalmente antes de que la intervención del corazón abierto este prevista.

The infographic is divided into two sections by a diagonal red line. The top section, titled 'Cirugía de Corazón Abierta', features a cartoon illustration of a young boy sitting on the red line. The bottom section, titled 'Cirugía de Corazón Cerrado', features a cartoon illustration of a young girl sitting on the red line. The text in both sections is in Spanish and provides a detailed description of each surgical approach, including the location of the incision, the use of a perfusion machine for open heart surgery, and the placement of temporary pacemakers and drainage tubes.



Cuidados en su Recuperación

La Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos tiene durante las 24 horas del día personal médico y asistencial entrenado en el manejo de cardiología, intervenciones cardíacas y cuidado intensivo pediátrico. Su horario de atención de visitas es de lunes a domingo de 11 a.m. a 12:00 m y de 5:00 a 6:00 p.m.

Su hijo llegará a esta sección cuando todavía este durmiendo a causa de la anestesia; cuando se despierte y respire solo, se le retirará el respirador. Es posible que pueda recibir oxígeno adicional, sólo si es necesario y por indicación del médico tratante.

Igualmente otros aparatos de vigilancia utilizados durante la operación continuarán en su cuerpecito para supervisarle la respiración, el índice del corazón, la presión arterial, la producción de orina, el drenaje del tubo del pecho y las muestras de la sangre arterial. Los tubos se retirarán cuando el médico considere que ya no sean necesarias y ordene su traslado a la habitación para culminar su recuperación.

Posteriormente se programará con la fisioterapeuta unas sesiones de terapia respiratoria que le ayudará a que sus pulmones estén limpios, evitando así cualquier tipo de infección que pueda presentarse durante el periodo postoperatorio. Una vez el médico ordene su salida recibirá instrucciones completas acerca de su medicamento, el cuidado de la incisión y la dieta.

En esta etapa es normal que el comportamiento de su niño sea diferente a causa del miedo y la ansiedad que siente por su cirugía de corazón; pero cuando regrese de nuevo a su hogar, su estabilidad emocional regresará a la normalidad.



Instituto del Corazón de Bucaramanga
Un Compromiso de Vida



Los Medicamentos

Los medicamentos del corazón como Lanitop y Furosemida tomados antes de la cirugía del corazón se pueden reiniciar; aún para los pacientes que no lo han tomado.

El Lanitop (digoxin) es un medicamento que ayuda al corazón a que funcione más eficientemente, es un líquido verde o también viene en presentación en tableta.

El Lasix (furosemida) es un diurético que elimina el agua que está en el cuerpo a través de la orina.

La Aspirina podría ser recetada para reducir la fiebre o inflamación que ocurre después de la operación. Una fiebre después de su procedimiento quirúrgico indica la reacción del cuerpo a la cirugía y no es necesariamente una infección.

Cuidado de la Herida


Normalmente la incisión (herida) está cerrada con puntos especiales que ayudan a disminuir la cicatriz; procure que siempre esté limpia y seca. Algunas veces se puede formar un área de separación en la esquina de la incisión; si esta aparece roja o se infecta, debe comunicarse con el Cardiólogo Pediatra.

Evite exponer su herida al sol hasta por los menos tres meses después de su cirugía cardíaca.

Los primeros días su aseo personal se hará con pañitos; posteriormente se le informará cuando pueda bañarse completamente.



El Regreso a sus Actividades Cotidianas

Procure evitar que su hijo se acueste o caiga encima de la incisión, niños mayores no deben nadar, jugar deportes como fútbol, beisbol, voleibol, montar en bicicleta o escalar por lo menos seis semanas después de su cirugía.



Los juegos deben estar supervisados y las actividades extremas deben ser evitadas hasta la primera visita postoperatoria.



Durante esta visita, su médico revisará la condición física de su niño y decidirá cuando puede regresar de nuevo a su colegio.

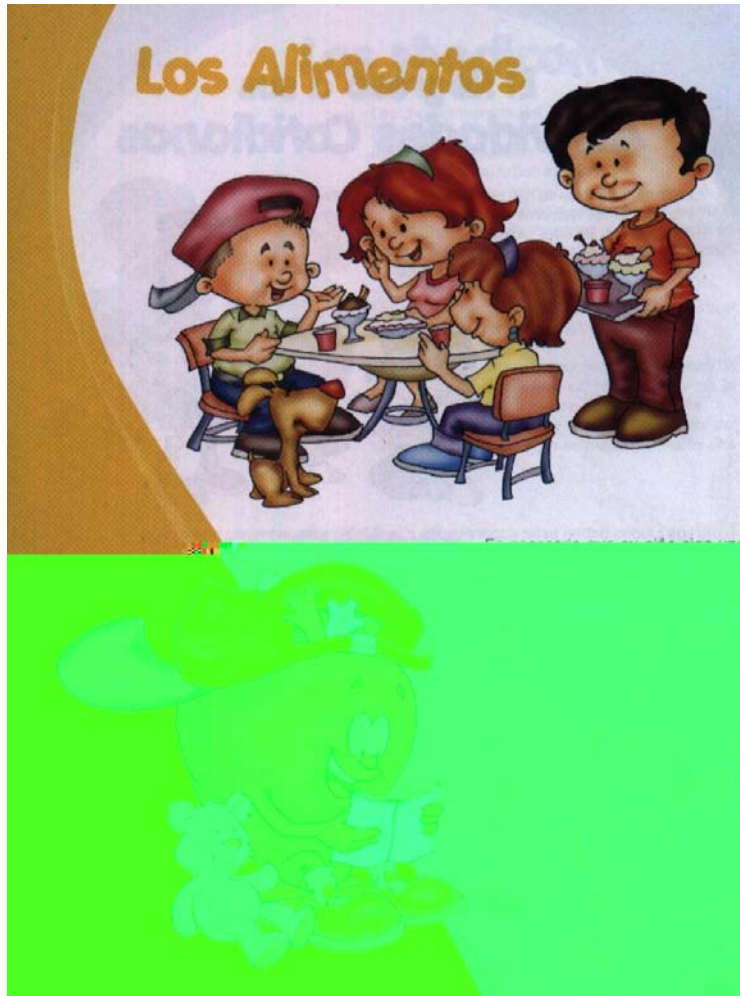


Cuando llamar al médico

Si usted vé que su hijo presenta alguno de los siguientes síntomas debe comunicarse con nuestro equipo de trabajo al Instituto del Corazón de Bucaramanga al número telefónico: 6575057- 6575089

- Es normal que se presente una fiebre alta durante la primera semana después de su cirugía de corazón. Pero si continúa por varios días o si la tiene más de 38 grados debe comunicarse con su médico.
- Si presenta hinchazón alrededor de los ojos, brazos o piernas.
- Si la incisión (herida) esta roja o tiene secreciones.
- Si su niño esta irritable y no come.
- Si su respiración está más rápida de lo normal.





ANEXO 9

Escala analógica de dolor

Formato de evaluación de dolor post-quirúrgico mediante la utilización de una escala gráfica.

Selecciona la cara que mejor describa como te sientes:

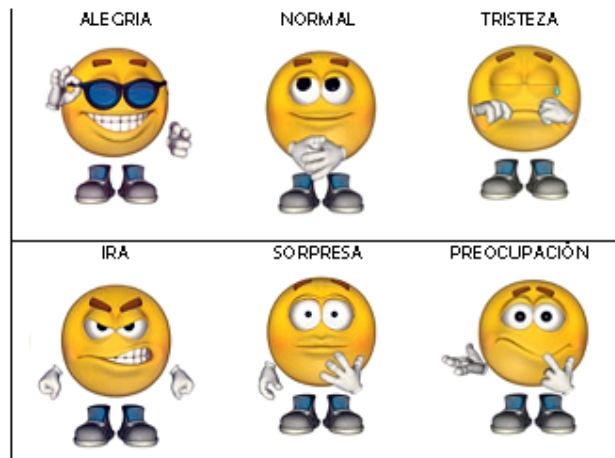
					
Muy contento, sin dolor. 0	Siento solo un poquito de dolor. 1	Siento un poco más de dolor. 2	Siento bastante dolor. 3	Siento mucho dolor. 4	Siento demasiado dolor, más fuerte de lo que puedo soportar. 5

ANEXO 10

**ESCALA DE VALORACIÓN SUBJETIVA DEL ESTADO DE ÁNIMO
INSTITUTO DEL CORAZÓN DE BUCARAMANGA**

Formato de evaluación del estado de ánimo post-quirúrgico mediante la utilización de una escala gráfica.

¿De las siguientes caritas con cuál me identifico actualmente?



Cuando pienso en volver a visitar una Clínica o cualquier institución de salud siento....

