



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

**Propuesta de intervención psicológica pre-post
quirúrgica en pacientes adultos jóvenes con cardiopatías
congénitas**

T E S I S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

L I C E N C I A D A E N P S I C O L O G Í A

P R E S E N T A

JOHANA LISBETH CORTES MENDOZA

Director: Mtra. MARÍA CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ

Dictaminadores: Lic. JOSÉ ESTEBAN VAQUERO CÁZARES

Lic. EDY ÁVILA RAMOS





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos:

A mi madre Marisela Mendoza Sánchez por motivarme cuando perdía la fe y estar nuevamente, cuando volví a nacer. A mi padre José Luis Cortes Orta por su comprensión y apoyo.

A mi amado Jorge Antonio Hernández González, por confiar en mí y enseñarme a que la vida no se vive como si fuera el último día, si no el primero.

A la Mtra. Ma. Cristina Bravo González por la paciencia que tuvo hacia mí persona, por compartir su conocimiento, experiencia, tiempo, compromiso, alegría e interés en la realización de este proyecto.

Al Instituto Nacional De Cardiología “Ignacio Chávez” por el trato cálido, oportuno, respetuoso y profesional que tienen para todos y cada uno de los pacientes. Especialmente al Dr. Rodríguez, Dr. Kurí, Dra. Ávila, Dr. Bayrón, a los cirujanos y a todo el personal médico que hizo posible que yo aún este aquí.

A la Dra. Guitele Chernitzky por ser mi maestra de vida, por enseñarme que la risa es la distancia más corta entre los seres humanos, por despertar mi conciencia, mi voluntad. Por atender a mi alma con alegría, respeto, atención y compromiso. Por enseñarme a ver lo que merezco y luchar por ello, por compartirme que la vida, es una gran obra de teatro observada por Dios y debemos darle el mejor espectáculo.

ÍNDICE TEMÁTICO

Contenido	Página
Resumen	5
Introducción	6
Capítulo 1. Psicología de la salud	10
1.1 Definición y antecedentes de la psicología de la salud	10
1.2 Diferencias entre psicología de la salud y Medicina Conductual.	15
1.1 Funcion es del psicólogo en la psicología de la salud.	19
Capítulo 2. Enfermedades Crónicas y Cardiovasculares Congénitas.	23
2.1. Concepto de Salud – Enfermedad	23
2.2. Definición de enfermedades crónicas.	27
2.3. Enfermedades cardiovasculares congénitas	28
2.4. Estudios de diagnóstico para la detección de enfermedades cardiovasculares congénitas.	32
2.5. Tratamientos de enfermedades cardiovasculares congénitas.	33
Capítulo 3. Impacto psicológico de una enfermedad cardiovascular congénita.	36
3.1. Reacciones psicológicas del paciente ante el diagnóstico.	38
3.2. Reacciones psicológicas de la familia ante el diagnóstico.	41
3.3. Implicaciones emocionales, cognitivas y conductuales ante la propuesta de una cirugía correctiva	43
Capítulo 4. Propuesta cognitivo-conductual de intervención psicológica pre y post quirúrgica en adultos jóvenes con cardiopatías congénitas.	49

4.1. Introducción, justificación y objetivos.	49
4.2. Descripción del Programa Vía Rápida del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”	54
4.3 Metodología	59
Conclusiones	74
Referencias Bibliográficas	79
Anexos	91

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares representan para el ser humano un padecimiento altamente preocupante, por considerar a este órgano como el segundo más importante después del cerebro. Conocer que se tiene un padecimiento cardíaco y que este, está presente desde el nacimiento, es para el individuo que lo posee una fuente de emociones negativas, que van desde pensar en que es un castigo de un ser supremo hasta culparse a sí mismo por la situación en la que se encuentra. De acuerdo con Attie (2001), la cardiopatía congénita más frecuente es la comunicación inter auricular y el individuo que la padece puede llegar a la edad adulta sin tratamiento y sin ser diagnosticado, ya que la sintomatología puede o no manifestarse o bien el paciente puede confundirla, o no resultar relevante para él, ya que ha nacido bajo estas condiciones y no conoce la diferencia entre salud cardíaca y enfermedad cardíaca.

Cuando ya se ha detectado, se deben realizar múltiples estudios exploratorios, con la finalidad de tener la mayor cantidad de información y los cardiólogos puedan decidir el tratamiento. Al estar presentes múltiples variables generadoras de estrés y ansiedad, como son la hospitalización, estudios preoperatorios, conversaciones del padecimiento frente al paciente, términos médicos desconocidos, firma de autorización y riesgos quirúrgicos, el paciente puede tener repercusiones cognitivas, emocionales y conductuales negativas que afecten su estado anímico para enfrentar la cirugía o bien dificultar la recuperación, por tanto, es necesario elaborar propuestas de intervención psicológicas que favorezcan la adaptación a una cirugía mayor, como en el caso de este trabajo.

INTRODUCCIÓN

La salud y la enfermedad física entraron en el panorama de la Psicología casi a finales de la década de los 70`s. En esos momentos, gracias a los avances de la medicina científica, se había producido un aumento en la expectativa de vida de los seres humanos, y una sustitución de las enfermedades agudas-infecciosas por las enfermedades crónicas como principales responsables de la morbilidad y mortalidad. Por ello, los psicólogos se fueron implicando cada vez más en el análisis y consideración de tales comportamientos, que hasta ahora se habían considerado como de naturaleza exclusivamente física o médica (Rodríguez, 1998).

Rhot (1990) menciona que uno de los logros más importantes de la ciencia de la conducta ha sido el desarrollo de la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual, como una forma aplicada de la psicología que se sirve de la interacción entre el comportamiento fisiológico del organismo y de los eventos físicos y sociales que le rodean. Y hace énfasis en que el aspecto destacable de la Medicina Conductual lo constituye su aporte objetivo a la comprensión integral de la enfermedad, así como también a la confección de toda una estrategia para el abordaje terapéutico de una gran cantidad de padecimientos antiguamente ajustados exclusivamente al ámbito de la medicina convencional. Proyectándose además como una alternativa válida para el manejo de pacientes internos y ambulatorios. La humanización en la atención de la salud es el resultado de la integración de lo psicológico en la salud, ya que implica un nuevo manejo de las reglas, roles, rutinas y comunicación entre médico y paciente, en el hospital para aumentar la adherencia a los tratamientos, el logro de estilos de vida saludables, la prevención de enfermedades, el manejo de situaciones de riesgo psicosocial que aumenten la probabilidad de la enfermedad, el evitar que la enfermedad produzca discapacidad y el disminuir el impacto sobre la calidad de vida y funcionalidad de las personas(Gómez, 2007).

Tanto la salud como la enfermedad deben considerarse como parte de un solo proceso dinámico que se constituye en la expresión particular de la vida social del individuo, inscrita necesariamente en el análisis de los diferentes niveles interactivos que involucran al hombre y los eventos y procesos que le rodean cotidianamente (Rhot, 1990). La salud humana ha sido conceptualizada por la Organización Mundial de la Salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedades (Simón, 1999). Gómez (2007) menciona que el modelo biomédico, permitió el control de enfermedades a través de vacunas, pero se produce un aumento de otras enfermedades asociadas al componente comportamental, como son las enfermedades crónicas degenerativas.

Por otra parte, están aquellas enfermedades que no se pueden prevenir y que son del grupo de las enfermedades o padecimientos congénitos, es decir, que están presentes o se desarrollan en el nacimiento, las cuales también reciben atención específica de acuerdo a cada caso. Buendía (2005) menciona que la reducción de las enfermedades infecciosas y nutricionales en los países industrializados ha situado a las enfermedades congénitas entre las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil. Padecimientos de índole cerebral, renal, pulmonar, cardíacos, por mencionar solo algunos son tratados de manera específica, ya sea farmacológico ó se intervenga quirúrgicamente. Castillero (2007) menciona que las enfermedades cardiovasculares representan un serio problema de salud en cuanto a morbilidad y mortalidad. Se considera en la actualidad que en los países desarrollados, ahora el 85% de los niños que nacen con cardiopatía congénita alcanzarán la vida adulta (Alva, 2006). Attie (2001) menciona que los avances en el diagnóstico y en el tratamiento de las cardiopatías congénitas cambiaron en forma significativa el patrón de sobrevida de los enfermos, ya que algunos pacientes llegan a la vida adulta sin tratamiento quirúrgico por no requerir operación en el momento del diagnóstico o a lo largo de la evolución, o bien no existía solución quirúrgica en el momento en el que fueron diagnosticados.

Castillero, Valdés, y Moix (1994), mencionan que dentro del conjunto de respuestas psicológicas, la ansiedad es considerada predominante, estableciéndose fuertes asociaciones entre la ansiedad y el ajuste postoperatorio. Divine y Jenkins (1992; 1995, en Castillero, 2007) encuentran en estudios realizados que en los modelos de intervención psicosocial y los programas de intervención psicoeducacional los niveles de ansiedad y depresión habían disminuido significativamente. Galindo (2006) menciona que el familiar del paciente también experimenta cierto impacto con el diagnóstico y el tratamiento propuesto. Por tal motivo en el presente trabajo se diseñará una propuesta de intervención psicológica para ser aplicada en pacientes con cardiopatías congénitas antes y después de la cirugía cardíaca, con la finalidad de preparar cognitiva, conductual y emocionalmente al paciente para la intervención y la recuperación. Con esta propuesta se pretende realizar una aportación metodológica al programa de “Vía Rápida” del Hospital Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”.

La propuesta de intervención psicológica pre y post quirúrgica en pacientes adultos jóvenes con cardiopatías congénitas está conformada por 10 sesiones, donde el familiar participará solo en 3 de ellas, están divididas en tres fases: Fase Preoperatoria, Fase Postoperatoria y Fase de seguimiento. El contenido general del presente trabajo estará conformado por 4 capítulos, en el primero se abordará la psicología de la salud, definición y antecedentes de la psicología de la salud, las diferencias entre psicología de la salud y medicina conductual y las funciones del psicólogo en la psicología de la salud; en el segundo capítulo se abordarán las Enfermedades crónicas y cardiovasculares congénitas, el concepto de salud-enfermedad, la definición de enfermedades crónicas, las enfermedades cardiovasculares congénitas, los estudios de diagnóstico para la detección de enfermedades cardiovasculares congénitas y los tratamientos de enfermedades cardiovasculares; En el tercer capítulo se abordará el impacto psicológico de una enfermedad cardiovascular congénita, las reacciones psicológicas del paciente

ante el diagnóstico, las reacciones psicológicas de la familia ante el diagnóstico y las implicaciones emocionales, cognitivas y conductuales ante la propuesta de una cirugía correctiva; finalmente en el cuarto capítulo se planteará la propuesta cognitivo-conductual de intervención psicológica pre y post quirúrgica en adultos jóvenes con cardiopatías congénitas, la introducción, la justificación y el objetivo, la descripción del Programa Vía Rápida para la cirugía cardíaca del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” y la metodología de la propuesta de intervención, divididas en Fase Preoperatoria, Fase Post-operatoria y Fase de seguimiento.

1. PSICOLOGÍA DE LA SALUD

1.1 Definición y antecedentes de la psicología de la salud.

La psicología comienza su historia como ciencia y como profesión a partir de la segunda mitad del siglo XIX (Werner y Chaves, 2005). Definiéndose como la ciencia que estudia el comportamiento de los organismos mediante el método científico con el propósito de encontrar las variables que influyen en la conducta de las personas a nivel cognitivo, emocional y motor. Desde su fundación como ciencia y profesión, el tema de la salud ha sido una prioridad y debido a los avances se ha logrado conocer de manera más detallada el papel que las cogniciones, las emociones y las respuestas motoras desempeñan en la salud y en la enfermedad de las personas (Oblitas, 2006).

La salud humana ha sido conceptualizada como el estado caracterizado por la ausencia de enfermedad, incapacidad o invalidez. Antonovsky (1979, en Simón, 1999) señala que desde esta perspectiva una persona estaría situada en un continuo en el que uno de sus extremos correspondería a la salud y el otro a la enfermedad. Además de ausencia de enfermedad y malestar o sufrimiento, la salud implica diferentes dimensiones de bienestar como son el ajuste psicosocial, la calidad de vida, el funcionamiento cotidiano, la protección hacia posibles riesgos de enfermedad, el desarrollo personal, entre otros. Por ello, la Organización Mundial de la Salud propone una definición donde menciona que la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedades (Simón, 1999). La salud y la enfermedad física entraron en el panorama de la Psicología casi a finales de la década de los setentas. Gracias a los avances de la medicina científica, en el siglo XX se había producido un aumento en la expectativa de vida de los seres humanos, y una

sustitución de las enfermedades agudas-infecciosas por las enfermedades crónicas como principales responsables de la morbilidad y mortalidad. Por ello, los psicólogos se fueron implicando cada vez más en el análisis y consideración de tales comportamientos, que hasta ahora se habían considerado como de naturaleza exclusivamente física o médica. Eso amplió el campo de las relaciones entre psicología y salud, generando en parte, el nacimiento de una nueva área de aplicación de la psicología al campo de la salud, primero bajo las denominaciones de Medicina Psicosomática y Psicología Médica, con un ámbito más reducido y finalmente, como Psicología de la Salud (Rodríguez, 1998). Piña y Rivera (2006) recopilan y mencionan que dentro de las definiciones más reconocidas y aceptadas que hay al respecto de la psicología de la salud, se encuentran las siguientes:

Piña y Rivera (2006) mencionan las concepciones de psicología de salud para cada uno de los siguientes autores: la primera es la propuesta por Stone (1988) quién define que la psicología de la salud es una especialidad de la psicología que comprende la aplicación de los conceptos y métodos psicológicos a cualquier problema surgido en el sistema de salud, ya sea que se hable de los niveles de atención a la salud, de salud pública, de educación y planificación de la salud, o bien de otros componentes del sistema, añadiendo que la práctica tradicional de la psicología clínica vendría a constituirse en una de sus subdivisiones. Por su parte, Matarazzo (1980) considera que la psicología de la salud a agregado contribuciones profesionales, científicas y educativas a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y el diagnóstico de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas. Mientras que Torres y Beltrán (1986) mencionan que por psicología de la salud debe entenderse una actividad profesional encaminada a estudiar e influir sobre aquellos aspectos de la esfera psicológica como:

Actitudes, concepciones, conductas, valores, hábitos, etcétera, que facilitan la vinculación estrecha entre el equipo de salud y la población, en un esfuerzo conjunto para identificar y dar solución a los problemas de salud que aquejan a la segunda. Por su parte, Bloom (1988) menciona que la psicología de la salud tiene que ver con el estudio científico de la conducta, las ideas, actitudes y creencias relacionadas con la salud y la enfermedad. Holtzman, Evans Kennedy e Iscoe (1988) consideran que la psicología de la salud se interesa en la relación biopsicosocial de la mente y el cuerpo en un medio sociocultural determinado, así como en el desarrollo de nuevas tecnologías del comportamiento para la promoción y el mantenimiento de la salud. Para Rodríguez y Palacios en (1989) refieren que la psicología de la salud es un área que permite la aplicación de los alcances metodológicos de otras áreas de la psicología y con esto una incidencia en la conducta particular de los individuos y de sus comunidades, para el cuidado, mantenimiento y promoción de la salud como un *estilo de vida*, planteando una alternativa diferente de la organización del comportamiento individual y colectivo al respecto.

Carrobles (1993) la Psicología de la Salud se define como la especialidad de la psicología que se centra en los problemas de la salud, sean físicos o médicos, con el objeto de prevenir su ocurrencia o de procurar su rehabilitación, siempre con base en los conocimientos, principios y la metodología científica, añadiendo que el comportamiento constituye uno de los determinantes principales, tanto de la salud; Finalmente, Morales (1997) entiende por psicología de la salud a la rama aplicada de la psicología dedicada al estudio de los componentes de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención a la salud, poniendo especial énfasis en la identificación de los procesos psicológicos que participan en la determinación de la salud, en el riesgo de enfermar, en la condición y en la recuperación de la salud, fundamentalmente.

Por otra parte, Oblitas (2006) menciona que la psicología de la salud es el área de la psicología contemporánea que se encarga del estudio científico de los factores psicológicos de la salud y enfermedad en términos de evaluación, prevención e intervención y define a la salud como el completo estado de bienestar biopsicosocial auto-percibido y se refiere al funcionamiento adecuado de las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales del individuo. Señala que entre los objetivos de la psicología de la salud está en primer lugar la promoción de la salud, en donde las acciones realizadas están dirigidas a promover un estilo de vida saludable, entendiendo por salud no sólo la ausencia de enfermedad, sino también la presencia de un estado de bienestar físico y anímico en el individuo.

En este sentido, se destacan las acciones destinadas a fomentar aquellos hábitos de salud que pueden hacer que las personas se sientan mejor en su vida diaria; en segundo lugar, contempla la prevención de enfermedades, en donde las acciones realizadas se centran en la modificación de hábitos no saludables asociados a múltiples patologías, bien crónicas o agudas. En este aspecto, se hace aún más evidente la estrecha relación entre los ámbitos de la promoción y de la prevención. Sin embargo, existen otros muchos comportamientos de riesgo cuya eliminación es la única y más eficaz forma de evitar muchas enfermedades graves. En tercer lugar, contempla el evaluar y tratar enfermedades específicas. Son muchas las alteraciones que han sido objeto de tratamientos basados en las técnicas de modificación de conducta. Y finalmente en cuarto lugar, contempla la evaluación y el mejoramiento del sistema sanitario, en este rubro se encuadran todas las propuestas dirigidas a mejorar la atención sanitaria en lo que se refiere a la práctica profesional, a la educación sanitaria de los usuarios y a la relación entre los colectivos implicados, además de la formulación de una política de salud. En estas definiciones se refleja la diversidad de formas de concebir a la psicología de la salud.

La definición sobre la cual se basa este trabajo es la que concibe a la Psicología de la Salud como aquella especialidad de la psicología que se centra en prevenir e intervenir mediante estrategias específicas en el restablecimiento y mantenimiento de la salud emocional y con ello contribuir a la recuperación física.

La Psicología de la Salud es el producto de una nueva forma de pensamiento en salud, que considera la dimensión psicosocial en el proceso salud-enfermedad en los niveles conceptual, metodológico y en la organización de los servicios de atención a la población. Tiene sus antecedentes teóricos y prácticos en los modelos de Psicología Clínica, Psicología Médica, Medicina Conductual y Psicología Comunitaria, siendo el más viejo de estos modelos la Psicología Clínica que comienza desde finales del siglo XIX asociado al trabajo de instituciones para enfermos mentales; ya que como menciona Rodríguez (1998), la psicología estuvo vinculada al mundo de la salud fundamentalmente a través de su colaboración con el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades mentales. La psicología Médica por su parte se enfocó a la aplicación del conocimiento psicológico, a la comprensión de las manifestaciones emocionales y de comportamiento de los enfermos, al análisis de la participación del psiquismo en el origen de las enfermedades de expresión.

Mientras que la Psicología Comunitaria desarrollo un enfoque social y comunitario para la atención a los problemas de salud somática y al estudio de la relación médico-paciente. Finalmente la Medicina Conductual comenzó como una continuidad del modelo de Psicología Médica, haciendo énfasis en que el origen y manifestación de la enfermedad es el comportamiento aprendido, busca medios a través de los cuales los cambios en el comportamiento desempeñen una función útil en el tratamiento y la prevención de enfermedades (Martín, A. 2003).

La psicología de la salud se ha abierto espacios de intervención, análisis e investigación en el modelo de atención en salud actual, logrando grandes avances desde el quehacer profesional y en la construcción de propuestas teóricas para explicar las conductas dirigidas al mantenimiento de la salud, con participación de otras áreas de la psicología. La evolución de la investigación en psicofisiología demuestra la relación entre los factores emocionales, cognitivos y los procesos fisiológicos facilitando el desarrollo de la medicina conductual, con una mirada interdisciplinaria, ya que implicaba la integración de las ciencias biomédica y las de la conducta, relevantes, para explicar y manejar el fenómeno salud-enfermedad en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Gómez, 2007).

1.2 Diferencias entre psicología de la salud y medicina conductual.

Rhot (1990) considera que uno de los logros más importantes de la ciencia de la conducta ha sido el desarrollo de la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual, como una forma aplicada de la psicología que se sirve de la interacción entre el comportamiento fisiológico del organismo y de los eventos físicos y sociales que le rodean. Y hace énfasis en que el aspecto destacable de la Medicina Conductual lo constituye su aporte objetivo a la comprensión integral de la enfermedad, así como también a la confección de toda una estrategia para el abordaje terapéutico de una gran cantidad de padecimientos antiguamente ajustados exclusivamente al ámbito de la medicina convencional. Proyectándose además como una alternativa válida para el manejo de pacientes internos y ambulatorios. La medicina conductual se define como el área que se ocupa del desarrollo de los conocimientos y de las técnicas de las ciencias del comportamiento con la finalidad de profundizar tanto en la salud como en la enfermedad física y de la aplicación de estos conocimientos en la prevención, diagnóstico y terapia y rehabilitación (Schwartz y Weis ,1978, en Vinaccia, 1988).

Este campo aborda el trabajo conjunto, integral y complementario hacia la atención de pacientes con problemas crónicos, entre otros, a través de diferentes modelos de intervención, que implican básicamente entrenar al paciente para aprender a vivir en mejores condiciones y evitar deterioros psicológicos y conductuales para mejorar la calidad de vida del paciente. Los modelos clínicos que han demostrado mayor eficacia al abordar problemáticas de salud son los derivados de la Teoría Cognitivo Conductual (Martínez, Piqueras y Ramos 2010).

El campo de la medicina conductual surgió básicamente por iniciativa de los psicólogos que trabajaban en el campo de la salud, pero los profesionales médicos sintonizaron de inmediato con el nuevo enfoque dado su carácter científico y su aplicación en diversos escenarios; considerando la gran variedad de disciplinas que contribuyen a los problemas de la salud y la enfermedad, el concepto de Medicina Conductual ofrece el espacio de discusión interdisciplinaria para intercambiar ideas y enfoques teóricos al respecto. El elemento principal de este paradigma es que no es necesario que todas las disciplinas tengan una misma perspectiva para que resulte efectiva la colaboración entre ellas. Lo anterior sustenta el cambio del concepto multidisciplinario a interdisciplinario, lo cual sólo puede ser llevado a cabo cuando todos los participantes reconocen el valor que representan otras disciplinas al aportar diferentes perspectivas y formas de solución ante de problemáticas de salud. En la década de los años setentas las principales aportaciones a la medicina conductual se hicieron desde el área del análisis experimental de la conducta. Fueron muy relevantes las aplicaciones clínicas del biofeedback, así como los intentos de extender los principios del condicionamiento clásico y del condicionamiento operante al tratamiento de múltiples enfermedades y/o padecimientos (Rodríguez, 2010). Blanchard (1982, en Rodríguez, 2010), al referirse a la historia de la medicina conductual, menciona tres acontecimientos que favorecieron el surgimiento de la misma en la década de los años 70's.

El primero de ellos fue la utilización de un conjunto de técnicas efectivas para modificar el comportamiento y que habían sido utilizadas con éxito en enfermos mentales, pero que comenzaban a ser aplicadas a pacientes con otros problemas de salud como la obesidad, el tabaquismo, las adicciones, entre otros; el segundo fue el desarrollo del campo de la biorretroalimentación, que estaba demostrando que era posible efectuar cambios fisiológicos en funciones corporales, reguladas por el sistema nervioso autónomo, abriendo la posibilidad de realizar intervenciones terapéuticas efectivas para trastornos somáticos como la migraña, la hipertensión, las cefaleas de tensión, las úlceras y el dolor crónico; finalmente el tercero, se dirigió la atención hacia las dos principales causas de mortalidad en adultos, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, además de que se reconocía el papel importante que los cambios en el comportamiento jugaban en el tratamiento y prevención de esas enfermedades.

La Medicina conductual como campo interdisciplinario, integra conocimientos de la ciencia conductual con la biomédica dando como resultado la conjunción de diversos saberes. En México, se han estudiado interdisciplinariamente diversas problemáticas como las enfermedades crónicas degenerativas, cardiovasculares, diabetes, cáncer, entre otras. La medicina conductual incorpora las aportaciones científicas, tecnológicas y profesionales de otros campos, pues reconoce que las aportaciones de diversas disciplinas, es necesaria para comprender la naturaleza multifacética de los problemas de salud en el mundo contemporáneo, demostrado así su éxito (Anderson, 1999; Blanchard, 1992; Rodríguez y Rojas, 1998, ambos en Rodríguez, 2010). Los trabajos de Cannon, Selye y Brady (1935, 1946, 1958 en Luzoro, 1992) muestran que la respuesta fisiológica varía significativamente en función de factores estrictamente psicológicos. Las variables ambientales, actuando a través de vías y mecanismos puramente psicológicos son capaces de alterar la bioquímica de nuestro organismo. Las características del cambio serán, en buena parte, función de asociaciones y valoraciones aprendidas.

Podemos ya avanzar algunas conclusiones prácticas: los efectos indeseables de las respuestas fisiológicas a los estímulos estresantes podrán aminorarse o suprimirse. Pomerlau y Brady (1979, en Rodríguez, 2010) propusieron como características inherentes a la medicina conductual el uso de técnicas clínicas surgidas del análisis experimental de la conducta, que se enmarcaban bajo los rubros genéricos de Terapia y Modificación de la conducta; y una tendencia hacia la investigación, teniendo como soporte metodológico el análisis funcional de las conductas asociadas a las enfermedades y desórdenes médicos. La escuela psicoanalítica alcanzó una notable difusión la denominada medicina psicosomática. El término "psicosomático" ha alcanzado un grado de autonomía respecto de la teoría que lo sustentaba, pasando a designar todos aquellos trastornos orgánicos cuya etiología puede atribuirse a causas psicosociales, con independencia del marco conceptual con que los mismos se contemplan (Luzoro, 1992).

Agras (1982, en Rodríguez, 2010) señala dentro de los cuatro factores que favorecieron el rápido crecimiento de la medicina conductual; al antecedente de la medicina psicosomática, por haber generado un cuerpo de investigación que vinculaba los factores psicológicos, a un número importante de enfermedades, como segundo factor al análisis conductual aplicado, como área de intervención, había generado procedimientos de tratamiento psicológico, conductualmente orientados a una variedad de trastornos físicos, como tercer factor a los estudios epidemiológicos habían identificado ciertos factores que incrementaban el riesgo asociado con algunas enfermedades, y finalmente el cuarto factor como consecuencia del aumento en los costos del tratamiento de las enfermedades, se produjo interés por la prevención en lo general, y en particular, en los factores psicológicos y sociológicos involucrados en el trabajo preventivo. Teniendo como base la Medicina Conductual, en su proceso de desarrollo, se observa el efecto de las creencias, actitudes, las emociones y la conducta en la salud, esa multitud de variables intervinientes en el fenómeno de salud-enfermedad facilita la

participación de varias áreas del saber siendo ellas la psicología clínica, social y comunitaria, las cuales proporcionan nuevos planteamientos tanto en la psicología como en la medicina y nuevas áreas de análisis. Implica el reconocimiento de factores multifactoriales en el fenómeno de la enfermedad, un producto de la interacción entre predisposiciones individuales, influencias ambientales, vulnerabilidad orgánica, estilos de vida y aun procesos emocionales, lo cual implica que el manejo de la enfermedad debe ser integral (Gómez, 2007).

1.3 Funciones del psicólogo en la psicología de la salud.

Godoy (1999) define cinco áreas de intervención de la psicología de la salud, en primera instancia la promoción y el mantenimiento de la salud, a través de un trabajo en educación, manejo de las actitudes, las motivaciones y el componente afectivo buscando crear estilos de vida saludables, habilidades básicas y conductas en busca de mejorar la salud ambiental; la segunda área es la prevención de la enfermedad a través del manejo de las actitudes, las motivaciones y el componente afectivo, para modificar conductas y hábitos de riesgo que podrían propiciar enfermedades, la detección temprana de los problemas y riesgos y disminuir las secuelas de la enfermedad; la tercera área es la evaluación y el tratamiento de rehabilitación desde el punto de vista psicológico y funcional de enfermedades catastróficas específicas; la cuarta área corresponde a la búsqueda del análisis y transformación del sistema de salud y a la preparación de los pacientes en procesos específicos. Gómez (2007) menciona que en esta última se contempla por ende a la humanización en la atención de salud que incluye la comunicación médico-paciente. Y la última área, que es la docencia a otros profesionales sobre la importancia de los componentes comportamentales en el manejo del proceso salud-enfermedad. Los psicólogos han estado en una relación benéfica desde el punto de vista terapéutico y económico con médicos de todas las especialidades por el crecimiento de la medicina conductual y de la

psicología de la salud (Bradley y Prokop, 1982, en Kendall y Ford, 1998). En la Psicología de la salud cada vez son más numerosos los trastornos que a través de técnicas psicológicas se intentan prevenir, paliar o tratar. Este incremento en la utilización de técnicas psicológicas se debe a que las alteraciones que se comprueba están afectadas por procesos emocionales van en aumento. Mientras en un principio se creía que sólo era en las llamadas enfermedades psicosomáticas como las úlceras de estómago, las migrañas, entre otras donde los componentes emocionales jugaban un papel importante, actualmente se reconoce que trastornos tan "orgánicos" como el Cáncer o el SIDA también pueden estar afectados por los mismos. Ello explica por qué esta disciplina se está especializando en el tratamiento de más alteraciones (Moix, 1994).

La Psicología de la Salud ha desarrollado un nuevo panorama de aplicación de los fundamentos y técnicas psicológicas, la perspectiva distinta que ha dado a problemas que anteriormente eran manejados solo por los médicos, es la mejor demostración de que es necesario un enfoque multidisciplinario para abordarlos y resolverlos. Actualmente los psicólogos conductuales que laboran en el área de la salud han expandido sus actividades hacia diversas áreas como son la prevención de enfermedades, cambios de estilo de vida, atención de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas y rehabilitación de pacientes, por lo general los psicólogos desarrollan estas acciones en colaboración con médicos, enfermeras, odontólogos, trabajadores sociales y otros miembros del equipo de salud. La tarea central del psicólogo conductual en el campo de la salud, implica el modificar estilos de vida a través del cambio conductual, de diseñar y aplicar programas de entrenamiento para que las personas sean más sanas, prevenir la aparición de algunas enfermedades, mejorar las condiciones de vida en el caso de enfermedades crónico degenerativas y desarrollar programas de rehabilitación (Reynoso y Seligson, 2005).

En la actualidad se sabe que todo lo que una persona piensa, dice y hace tiene una influencia considerable en su nivel de bienestar y salud. Los pensamientos lógicos y racionales, las emociones relajantes, la autoeficacia, el apoyo psicosocial, la alimentación adecuada, realizar ejercicio, la calidad de sueño, el sentido del humor, los pasatiempos, las actividades culturales, entre otras variables, influyen de forma significativa en el bienestar, la salud y la calidad de vida. Los pensamientos irracionales, los errores cognitivos, los estados emocionales negativos, como la ansiedad y la depresión, la tendencia a reaccionar con ira y coraje, la falta de apoyo psicosocial, las adicciones como el tabaquismo y el alcoholismo o vivir en un estilo de vida estresante, contribuyen a la pérdida de la salud y al desarrollo de enfermedades agudas y crónicas (Oblitas, 2006).

Gómez (2007) menciona que es fundamental la participación del psicólogo de la salud en los procesos de humanización de la calidad de la atención a pacientes, principalmente porque puede tener una visión más integral del ser humano ya que las cogniciones, las conductas, el sistema de creencias y las actitudes son determinantes en la construcción del mantenimiento de la salud y el control de la enfermedad. Por lo anterior, se considera de suma importancia la intervención del psicólogo en los procesos de restablecimiento de la salud como un elemento del campo multidisciplinario. Desde los comienzos de la psicología como ciencia y como profesión a partir de la segunda mitad del siglo XIX se definía como la ciencia que estudia el comportamiento de los organismos con el propósito de encontrar las variables que influyen en la conducta de las personas a nivel cognitivo, emocional y motor, surge la Psicología de la Salud como producto de una nueva forma de pensamiento en salud, que considera la dimensión psicosocial en el proceso salud-enfermedad en los niveles conceptual, metodológico y en la organización de los servicios de atención a la población.

Teniendo sus antecedentes teóricos y prácticos en los modelos de Psicología Clínica, Psicología Médica, Psicología Comunitaria y Medicina Conductual, definiendo a esta última como el área que se ocupa del desarrollo de los conocimientos y de las técnicas de las ciencias del comportamiento con la finalidad de profundizar tanto en la salud como en la enfermedad física y de la aplicación de estos conocimientos en la prevención, diagnóstico y terapia y rehabilitación. Por lo general los psicólogos que están inmersos en el ámbito de la medicina conductual trabajan en colaboración de otros profesionales de la salud, como lo son médicos, enfermeras, odontólogos con la finalidad de prevenir la aparición de algunas enfermedades o mejorar las condiciones de vida en el caso de enfermedades crónico degenerativas.

2. ENFERMEDADES CRÓNICAS Y CARDIOVASCULARES CONGÉNITAS.

2.1. Concepto de Salud – Enfermedad

La salud y la enfermedad constituyen uno de los aspectos más importantes de la vida de las personas, y es por ello, que es cada vez mayor la inversión en la promoción y erradicación de la enfermedad (Godoy,1999). Las concepciones tradicionales de salud y enfermedad han abierto un espacio para la confrontación con desarrollos conceptuales y metodológicos más integrales, con mayor capacidad de aprehender la complejidad real de los procesos determinantes, de superar la visión simple y unilateral, de describir y explicar las relaciones entre los procesos más generales de la sociedad con la salud de los individuos y grupos sociales (Castellanos, 1990).

Godoy (1999) menciona que la salud humana, generalmente ha sido conceptualizada como la simple ausencia de enfermedad; esta concepción únicamente indica que la enfermedad, cualquiera que esta sea, es la quiebra de la salud, siendo esta mucho más allá que el simple hecho de ausencia de anomalías o alteraciones orgánicas, ya que la salud implica diferentes dimensiones de bienestar, de ajuste psicosocial, de calidad de vida, de funcionamiento cotidiano, de protección ante posibles riesgos de enfermedad y de desarrollo personal. Alonso (1994) refiere que las definiciones de salud han sido muy variadas a lo largo del tiempo, desde la prehistoria, como mencionan Brannon y Feist (2001) donde se consideraba que la salud era puesta en peligro por los espíritus procedentes del exterior y que se introducían al cuerpo generando la enfermedad, posteriormente, los Babilonios que consideraban que la salud dependía de los dioses ya que ellos enviaban las enfermedades como castigos, esta concepción de castigo divino se mantuvo con los hebreos, así que la salud era vista como un regalo de Dios.

Por su parte los griegos consideraban a la salud como una unidad holística del cuerpo y espíritu, los antiguos chinos consideraban que la salud era un equilibrio entre las fuerzas de la naturaleza, en la antigua Roma, consideraban que la salud era la ausencia de elementos patógenos como puede ser el aire en mal estado o los fluidos corporales espúreos, que causan enfermedades; para los primeros cristianos, la salud no era tan importante como la enfermedad, ya que constituía un signo de que el individuo ha sido elegido por Dios. Para Descartes la salud es una condición del cuerpo mecánico, que está separado de la mente, para Vichow, la salud es afectada por organismos microscópicos que invaden a las células produciendo enfermedades; para Freud la salud está influida por las emociones y la mente.

Finalmente tenemos una de las definiciones más utilizadas y es la que propone la OMS (1946, en Brannon y Feist, 2001) donde define a la salud como el estado de bienestar físico, mental y social completo y no sólo la ausencia de enfermedad. Para Karl Meninger (1947, en Alonso, 1994) la salud es vista como una sensación de felicidad, como factor intrínseco del concepto de salud; para Grisbog (1955, en Alonso, 1994) define la salud en términos de bienestar en las áreas del amor, del trabajo y de la diversión. Para Noack (1987, en Godoy, 1999, pág. 42) la salud es un *“proceso o estado de equilibrio dinámico que tiene, en sentido positivo, el bienestar físico, psíquico y social, y en sentido negativo, la ausencia de enfermedades, trastornos, síntomas o necesidades físicas, psíquicas y sociales”*. Brannon y Feist (2001) definen a la salud como la presencia de un bienestar positivo y no solo como la ausencia de enfermedad. Por otra parte, la enfermedad es definida por Laurell (1982) de dos maneras, la primera desde el concepto médico clínico que la considera como un proceso biológico del individuo y la segunda desde la concepción ecológica que la considera como el desequilibrio de la interacción entre el huésped y su ambiente. Mientras que la epidemiología clásica, reconoce a la enfermedad como cualquier otro evento que ocurre en la naturaleza y tiene una historia natural de evolución (Martín, A. 2003).

Santacreu (1991, en Godoy, 1999, pág 43-44) menciona que *“la salud y la enfermedad deben ser entendidas como el estado actual de las relaciones entre el organismo y el ambiente o ecosistema en que éste se desenvuelve, siendo la salud la resultante de relaciones o respuestas a corto o largo plazo inadaptativas o desadaptadas, estando la capacidad de adaptación de un individuo a su ambiente o ecosistema determinada por los recursos biológicos y psicológicos que posee el individuo y las exigencias o presiones del propio ecosistema”*.

Desde la perspectiva de Antonovsky (1979, 1987, en Godoy, 1999) si se situara a una persona en una línea continua, en donde uno de sus extremos correspondiera a la salud y en el otro extremo se situara a la enfermedad, en este continuo hipotético, el polo más claro conceptual y operativamente ha sido siempre el relativo a la enfermedad, definida como la anomalía o alteración, momentánea o duradera del componente biofísico (que comprende las enfermedades físicas o médicas) o bien del componente psicológico (que comprende las enfermedades mentales) del organismo, esto se acompaña del componente subjetivo de incapacidad, malestar o sufrimiento y el menos claro corresponde a la salud, conceptualizada por la carencia de enfermedad, como ausencia de anomalías o alteraciones físicas o mentales. Desde la perspectiva de Godoy (1999) la salud se define como un proceso de relaciones dinámicas y con dos direcciones, entre dimensiones y competencias individuales y características ambientales, donde el resultado es un estado caracterizado por el equilibrio y el bienestar bio-psico-social, siendo la enfermedad la pérdida, momentánea o duradera de este equilibrio, acompañada de los propios trastornos, síntomas, discapacidades o necesidades físicas, psíquicas o sociales.

El modelo biomédico, en el cual el principal causante de una enfermedad es un agente patógeno, un virus, una bacteria que facilita un desequilibrio del cuerpo; aunado a condiciones ambientales las cuales favorecen la interacción que afecta

al organismo, permitió el control de enfermedades a través de vacunas, pero se produce un aumento de otras enfermedades asociadas al componente comportamental y a las creencias que afectan el estilo de vida, como las enfermedades coronarias, la falla cardíaca, el sida, la cirrosis hepática por alcoholismo, aumentado así, la proporción de personas con enfermedades crónicas y los problemas asociados a nivel emocional de la persona afectada y su familia (Gómez, 2007); mientras que el modelo Biopsicosocial incorpora no solo los factores físicos, sino también los factores psicológicos y sociales (Brannon y Feist, 2001). El modelo sobre el cual se basa este trabajo es biopsicosocial y la concepción que se tomara en cuanto a la salud es la que la define como el estado de bienestar emocional que posibilita afrontar de manera adaptativa, la detección de enfermedades, que pueden ser momentáneas o crónicas.

A comienzos del siglo XX, la mayor parte de la gente en los Estados Unidos consideraba a la enfermedad y la salud como algo causada por agentes que están más allá de su control, tenían una responsabilidad muy limitada a la hora de contraer una enfermedad ya que creían que era imposible evitar las enfermedades contagiosas, dado que estas se producían al contacto con agua en malas condiciones o por contagio de otras personas enfermas. Posteriormente las enfermedades crónicas han remplazado a las enfermedades infecciosas en lo que respecta a las causas principales de enfermedad y muerte, entre estas enfermedades crónicas se incluyen las enfermedades cardiovasculares, los accidentes cerebro vasculares, el cáncer, el enfisema pulmonar y la diabetes (Brannon y Feist, 2001).

2.2. Definición de enfermedades crónicas.

La enfermedad crónica es definida por la OMS (1979, en Vinnacia y Orozco, 2005) como un trastorno orgánico funcional que obliga a que haya una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida. En lo referente a la etiología, hay una serie de factores que en su conjunto dan pie a la enfermedad; entre estos factores se encuentran el ambiente, los estilos de vida y los hábitos, la herencia, los niveles de estrés, la calidad de vida y la presencia de una enfermedad persistente que puede convertirse en crónica. Los cambios en el estilo de vida y tipo de alimentación están favoreciendo el incremento en la prevalencia de factores de riesgo tales como obesidad y dislipidemia, que si bien, tienen factores genéticos subyacentes, la influencia del medio ambiente es innegable.

El tabaco y el alcohol atavían este complejo transicional potenciando no sólo la prevalencia de dichas enfermedades, sino también sus complicaciones. La culminación de la interacción nociva de todos estos factores es principalmente la afección cardiovascular. Así, las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar de morbi-mortalidad en casi dos terceras partes de la población mundial (Velázquez, Rosas, Lara, Pastelín, Grupo ENSA 2000, Sánchez, Attie y Tapia, 2003). Los trastornos o enfermedades crónicas varían, están desde los que se consideran benignos, como sería la pérdida parcial auditiva o visual, hasta las enfermedades graves como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades músculo-esqueléticas, entre otras; desde el punto de vista estadístico es alarmante el pronóstico de que el mayor número de personas desarrollarán algún tipo de incapacidad o enfermedad crónica que puede llegar a ser causa de muerte (Barquín, 2002). Las enfermedades crónicas degenerativas ocupan un lugar importante dentro de los padecimientos de salud pública.

Córdova et al., (2008) mencionan que la prevención y el control de las enfermedades crónicas y degenerativas debe ser una prioridad para el sector salud, ya que el alto grado de incidencia lo justifica, de no ser así el efecto social de estas anomalías será creciente, ya que afectan a individuos en edades productivas y representan costos elevados para el sector salud. Se realizan campañas de concientización, a través de medios de comunicación o bien mediante la distribución de folletos informativos entre la población para cuidar su alimentación, realizar actividades que impliquen activación física, y al menos una revisión o “chequeo médico de rutina” una vez al año; con la finalidad de poder diagnosticar o prevenir algún tipo de padecimiento, como la diabetes mellitus, la hipertensión, niveles elevados de colesterol y triglicéridos, ya que la elevación de estos últimos puede ocasionar desde un infarto hasta una embolia cerebral. Por otra parte, están aquellas enfermedades que no se pueden prevenir y que son del grupo de las enfermedades o padecimientos congénitos, es decir, que están presentes o se desarrollan en el nacimiento, las cuales también reciben atención específica de acuerdo a cada caso, algunas son motoras, mentales, otras comprometen órganos vitales como son hígado, pulmones, riñones o corazón.

2.3. Enfermedades cardiovasculares congénitas

Dentro de la anatomía clínica del corazón tenemos que éste se localiza en el mediastino medio, apoyado sobre el diafragma, está situado a nivel del quinto espacio intercostal izquierdo en intersección con la línea medio-clavicular en donde normalmente puede ser palpable. Esta estructura es hueca y forma 4 cavidades con función de bomba, dos aurículas y dos ventrículos, la forma del corazón es la de un cono irregular con una base, un vértice de romo y tres caras (Guadalajara, 2006). Se define como enfermedad cardiovascular congénita o cardiopatía congénita (CC) a toda anomalía estructural del corazón. Las cardiopatías congénitas son consecuencia de alteraciones del desarrollo embrionario del corazón, aproximadamente entre la 3ª y 10ª semana de gestación. La etiología todavía no es clara en muchas de las cardiopatías, y se consideran

tres principales causas: la genética, los factores ambientales y las causas multifactoriales, en las que se asociarían factores genéticos y ambientales. Entre las causas genéticas, aparte de las cromosopatías conocidas se han identificado defectos genéticos y moleculares específicos que contribuyen a las malformaciones cardíacas. Dentro de las causas ambientales responsables de malformaciones cardíacas, se encuentran las enfermedades maternas, como la diabetes pregestacional, la fenilcetonuria, el lupus eritematoso y la infección por VIH, la exposición materna al alcohol, anfetaminas, hidantoínas y la exposición a tóxicos, como disolventes orgánicos, lacas, pinturas, herbicidas, pesticidas y productos de cloración (Perich, 2008). Castillero (2007) menciona que las enfermedades cardiovasculares congénitas representan un serio problema de salud en cuanto a morbilidad y mortalidad. De acuerdo a los resultados presentados por la *American Heart Association*, en Estados Unidos el crecimiento anual de los enfermos que ingresan a la vida adulta con cardiopatía congénita, tratada o no tratada, se estima en 5%, esto significa 50 mil pacientes más al año.

Se considera en la actualidad que en los países desarrollados, ahora el 85% de los niños que nacen con cardiopatía congénita alcanzarán la vida adulta (Alva, 2006). En Cuba, específicamente en el Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas, constituye la primera causa de enfermedad, de hospitalización y de muerte (Castillero, 2007). En México no existen cifras oficiales, sin embargo se estima que son aproximadamente 300 mil el número de enfermos adultos, tratados con cardiopatía congénita y el incremento anual es, probablemente de 15 mil nuevos pacientes adultos con este tipo de cardiopatía (Alva, 2006). Por su parte Mareli (2009, en García, Benito y Caffarena, 2010) menciona que se calcula una prevalencia de alrededor de 160.000 cardiopatas congénitos en la edad adulta en España, y la recomendación más plausible en el futuro puede ser la necesidad de un centro especializado por cada 2 millones de habitantes.

Dentro de las clasificaciones de las cardiopatías congénitas más práctica y difundida es la de Nadas (Domínguez, 1981), la cual se estructura de la siguiente manera:

Grupo 1.- Comunicación entre la circulación sistémica y pulmonar, sin cianosis tardía.

Grupo 2.- Lesiones valvulares o vasculares, con corto circuito derecha-izquierda o sin corto circuito.

Grupo 3.- Transposición de los grandes vasos, drenaje venosos anómalos y anomalías de la posición del corazón y del ápex.

Attie (2004) menciona que en el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chavez” en los últimos 17 años se han clasificado diez cardiopatías congénitas más frecuentes en el adulto y las menciona de acuerdo a su orden de frecuencia: en primer lugar ubica a la comunicación interatrial o interauricular, en segundo, la persistencia del conducto arterioso, en tercer lugar la comunicación interventricular, en cuarto lugar la coartación aórtica, en quinto lugar la estenosis aórtica. Les siguen en orden de menor frecuencia, la aorta bicúspide, la anomalía de Ebstein, la estenosis pulmonar valvular, la conexión anómala total de venas pulmonares y la tetralogía de Fallot. Este trabajo se enfocará en la cardiopatía congénita de comunicación interatrial o interauricular (CIA) por ser la que se presenta con mayor frecuencia. La comunicación interatrial o interauricular es un defecto del tabique interauricular que establece la comunicación entre las dos cavidades auriculares con un corto circuito que puede ser izquierda a derecha, de derecha a izquierda o bidireccional (Domínguez, 1981). Guadalajara (2006) menciona que este defecto en los tabiques puede originarse por falta de crecimiento o bien por zonas de necrosis celular y que este flujo de sangre aún no ha pasado a oxigenarse por el pulmón y regresa hacia la circulación general (Domínguez, 1981).

En el corazón normal no hay comunicación sanguínea entre corazón derecho e izquierdo, ya que estos están separados por dos tabiques musculares alineados que se denominan septum interauricular al que separa a las aurículas, y septum interventricular al que separa a los ventrículos. El término corazón derecho hace referencia a la aurícula y ventrículo derecho; mientras que el término corazón izquierdo hace referencia a la aurícula y ventrículo izquierdos. El corazón derecho impulsa la sangre venosa a la circulación arterial pulmonar de presión baja, en tanto que el corazón izquierdo impulsa la sangre arterial a la circulación arterial sistémica de presión elevada (Guadalajara, 2006). La mayor parte de las veces esta comunicación es única pero en ocasiones puede formar parte de un complejo de malformaciones y en este caso el tipo de comunicaciones etiqueta el tipo de complejo de que se trate. Dentro de los tipos anatómicos que de comunicaciones interauriculares se encuentran los de comunicación tipo fosa oval, que se les denomina “Ostium Secundum”, la comunicación inferior a la fosa oval, denominados “Ostium Primum”; La comunicación superior a la fosa oval y la comunicación posterior a la fosa oval (Domínguez, 1981).

2.4. Estudios de diagnóstico para la detección de enfermedades cardiovasculares congénitas.

El incremento en la cantidad de adultos con cardiopatías congénitas demanda un mejor conocimiento de la anatomía y fisiología simple y compleja, por parte del médico que maneja la atención de estos pacientes (Foster, 1997). Attie (2001) menciona que los avances en el diagnóstico y en el tratamiento de las cardiopatías congénitas cambiaron en forma significativa el patrón de sobrevida de los enfermos, ya que algunos pacientes llegan a la vida adulta sin tratamiento quirúrgico por no requerir operación en el momento del diagnóstico o a lo largo de la evolución, o bien no existía solución quirúrgica en el momento en el que fueron diagnosticados. El tipo de estudio a realizar dependerá de la sintomatología del paciente, el diagnóstico y el posible tratamiento.

Domínguez (1981) menciona que en el caso particular de la cardiopatía congénita de comunicación interauricular, la sintomatología es muy especial, alrededor de la mitad de los enfermos son asintomáticos, los síntomas se desarrollan en un 60 % de los enfermos aproximadamente, mientras el resto permanece asintomático. Uno de los síntomas más comunes es la disnea de esfuerzo, seguida de palpitaciones, en ocasiones existe el antecedente de fiebre reumática, los niños con flujo pulmonar aumentado están propensos a desarrollar bronquitis y otras infecciones pulmonares, en los adultos el diagnóstico de comunicación interauricular presenta alguna dificultad ya sea por que el enfermo está en edad media y a veces no se piensa en la posibilidad de alguna malformación congénita o porque el cuadro clínico es atípico. En algunos casos se presentan crisis de neumonía, infarto pulmonar o congestión pulmonar, en otros casos los pacientes no tienen un desarrollo somático adecuado, tienen aspecto infantil y son muy delgados, la piel es delgada y pálida, los huesos son ligeros y débiles y se retrasa la menstruación de la mujer.

Entre los estudios más utilizados en la detección de las cardiopatías congénitas se utiliza la electrocardiografía, las radiografías de tórax, la ecocardiografía, el cateterismo cardiaco, la angiografía con radionúclidos, ecocardiografía de IRM, entre otros datos de laboratorio (Foster,1997). En el caso particular de la Comunicación Interauricular, ya que se identifican los síntomas que pueden dar sospecha de esta cardiopatía, los estudios a realizar son a consideración del médico tratante y generalmente son con la finalidad de ir conociendo más a detalle el padecimiento para posteriormente decidir el tratamiento más adecuado. Domínguez (1981) menciona que principalmente el estudio radiológico, el electrocardiograma y el cateterismo cardiaco son los más frecuentes en este tipo de cardiopatías. El cateterismo cardíaco como método de diagnóstico, terapéutico y de valoración de las cardiopatías congénitas, se han sumado más valiosos recursos como la ecocardiografía, la tomografía computada y la resonancia magnética nuclear (Attie, 2004).

2.5. Tratamientos de enfermedades cardiovasculares congénitas.

Las cardiopatías congénitas aparecen aproximadamente en 7 de cada 1000 niños nacidos vivos, de ellos dos tercios mueren en el primer año si no se diagnostican oportunamente y no se aplica el tratamiento apropiado. El reconocimiento oportuno de la cardiopatía congénita que pueda tener un niño o adolescente es de vital importancia pues la mayoría de ellas pueden ser tratadas exitosamente con cirugía (Guadalajara, 2006). Los pacientes que alcanzan la edad adulta con Cardiopatías congénitas tratadas se clasifican en varias categorías como son: los que sobreviven a la edad adulta sin intervención quirúrgica, los que sobreviven con intervención curativa, quirúrgica o no quirúrgica y los que sobreviven con prevención paliativa, quirúrgica o no quirúrgica (Foster,1997). Los avances en el diagnóstico y en el tratamiento de las cardiopatías congénitas cambiaron en forma significativa el patrón de sobrevida de estos enfermos. Algunos pacientes llegan a la vida adulta sin tratamiento quirúrgico ya fuera por no requerir operación en el momento del diagnóstico o a lo largo de la evolución, o porque en el momento del diagnóstico no existía solución quirúrgica (Perloff, 1999, en Attie, 2001).

Buendía (2005) menciona que la reducción de las enfermedades infecciosas y nutricionales en los países industrializados ha situado a las enfermedades congénitas entre las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil. Algunos de estos padecimientos, según su afectación reciben tratamientos específicos, ya sea farmacológicos, o bien tratamientos invasivos donde se remplace ese órgano por otro o se intervenga quirúrgicamente al paciente para realizarle alguna corrección. La incidencia de cardiopatías congénitas es de 6 a 8 por ciento. A principios del siglo pasado la mayoría de los niños nacidos con cardiopatía grave sucumbía en los primeros meses de vida, con el desarrollo de técnicas quirúrgicas, primero paliativas y después correctivas, la sobrevida fue mejorando progresivamente.

A finales del siglo XX se mejoró la cardioplejía durante la derivación cardiopulmonar en niños pequeños, esto permitió operar a la mayoría en edades tempranas y se expandió la cardiología intervencionista (Alva, 2006). En el adulto con cardiopatía congénita, existen dos grandes grupos, uno formado por aquellos pacientes que evolucionan sin tratamiento quirúrgico y otro, formado por quienes recibieron alguna forma de tratamiento y viven sanos o con secuelas poco importantes (Attie, 2004).

Las definiciones de salud han sido diversas a lo largo del tiempo, en la prehistoria, se consideraba que la salud era puesta en peligro por los espíritus procedentes del exterior y que se introducían al cuerpo generando la enfermedad, posteriormente los babilonios la consideraban como un castigo divino, después los hebreos la consideraban como un regalo de Dios, los griegos consideraban a la salud como una unidad holística del cuerpo y espíritu, los chinos pensaban que la salud era un equilibrio entre las fuerzas de la naturaleza, los romanos la consideraban como la ausencia de elementos patógenos como puede ser el aire en mal estado que causan enfermedades. Para los cristianos, la enfermedad era más importante que la salud ya que constituía un signo de que el individuo había sido elegido por Dios. Para Descartes la salud es una condición del cuerpo mecánico, que está separado de la mente, para Vichow, la salud es afectada por organismos microscópicos que invaden a las células produciendo enfermedades; para Freud la salud está influida por las emociones y la mente.

Finalmente tenemos una de las definiciones más utilizadas y es la que propone la OMS (1946, en Brannon y Feist, 2001) donde define a la salud como el estado de bienestar físico, mental y social completo y no sólo la ausencia de enfermedad. Para Karl Meninger (1947, en Alonso, 1994) la salud es vista como una sensación de felicidad, como factor intrínseco del concepto de salud; para Grisbog (1955, en Alonso, 1994) define la salud en términos de bienestar en las áreas del amor, del

trabajo y de la diversión. Para Noack (1987, en Godoy, 1999, pág. 42) la salud es un *“proceso o estado de equilibrio dinámico que tiene, en sentido positivo, el bienestar físico, psíquico y social, y en sentido negativo, la ausencia de enfermedades, trastornos, síntomas o necesidades físicas, psíquicas y sociales”*. Brannon y Feist (2001) definen a la salud como la presencia de un bienestar positivo y no solo como la ausencia de enfermedad.

3. IMPACTO PSICOLÓGICO DE UNA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR CONGÉNITA.

Vega y Ferreira (2006) mencionan que cada cambio o pérdida es una vivencia única que permite al ser humano experimentarla como él desee, ya que debe reconocer lo negativo y positivo que para él resulta la situación vivida. Cada persona enfrenta la enfermedad dependiendo de las características individuales y de la importancia atribuida a este padecimiento, lo que puede llevar al paciente a experimentar sentimientos, como miedo, angustia, inseguridad, ira, tristeza, melancolía, entre otros (García, Medina, Solano, Gómez y Gómez, 2010). La angustia es un malestar psíquico y físico que nace de la sensación de peligro inmediato y se caracteriza por un temor difuso, que va de la inquietud al pánico (De la Paz, Prego y Barzaga, 2006) y este malestar se puede experimentar al darnos a conocer que tenemos un padecimiento de salud considerable.

Si es una enfermedad adquirida, se evaluará si es crónica o reversible, la información que se puede tener al respecto de esta es basta, ya que se realizan comerciales o campañas preventivas y de concientización. En el caso de las enfermedades congénitas, quedará a consideración del especialista el abordaje terapéutico de la misma, debido a que no solo se debe eliminar la sintomatología que imposibilita al paciente, sino también se deben investigar las causas, repercusiones de un diagnóstico tardío y las posibles opciones de tratamiento, ya sea correctivo o paliativo. Cuando el órgano comprometido es el corazón, el impacto emocional del diagnóstico, para el paciente suele ser devastador, ya que, es considerado de manera general por las personas, como se revisó con anterioridad, un órgano de vital importancia junto con el cerebro.

García et al.,(2010) mencionan que el tener una enfermedad cardiovascular puede afectar al paciente en su vida cotidiana, al dejar de realizar actividades que le permitan pertenecer al contexto en que vive. Las enfermedades cardíacas no sólo son padecimientos fisiológicos; también afectan las relaciones sociales, las cuestiones psicológicas y la calidad de vida (Ríos, Huitrón y Rangel, 2009). Este tipo de situaciones conllevan generalmente a que el paciente se aisle debido a su actual situación de salud, centrándose en este proceso de forma constante (García et al., 2010). Ríos, Huitrón y Rangel (2009) mencionan que este tema es algo que reciente y gradualmente ha comenzado a tomarse en cuenta. Cuando una persona en edad adulta joven, es diagnosticada con algún padecimiento cardiovascular congénito, lo primero que pasa por su mente, es preguntarse, *“¿Por qué se me ha detectado hasta ahora y no cuando nací?”*.

Es difícil para el paciente creer en un primer momento en la veracidad del médico o de los estudios, dado que cuando se habla de un padecimiento congénito, se tiene la creencia que éste repercute con síntomas claros en la infancia; en el caso particular de la cardiopatía congénita de comunicación interauricular, en muchos casos es asintomática o no hay una identificación clara de los síntomas por parte del niño o del adulto joven, ya que ha nacido bajo esta condición y no es capaz de diferenciar entre un estado de salud cardíaca óptima y un estado de salud cardíaca deficiente o que está comenzando a declinar. La fatiga, la falta de aire y las taquicardias como se mencionó previamente, podrían ser un indicativo de un padecimiento cardiovascular, sin embargo en la infancia también puede relacionarse con que el niño se encuentra agitado por hacer demasiado esfuerzo, teniendo en cuenta que el concepto de “demasiado” es relativo para cada persona. Y debido a esto podría no sospecharse que se esté teniendo un déficit en el funcionamiento del corazón. Los estudios clínicos antes mencionados son los que permiten tener la certeza del tipo de problema que se está presentando.

Y cuando es notificado al paciente, éste podría experimentar, en un primer momento, incredulidad ante el diagnóstico y en ocasiones solicitar una segunda opinión. Cuando el paciente ha elaborado la primera fase de la aceptación de la enfermedad, viene la segunda fase, que es la comunicación del diagnóstico específico del tipo de cardiopatía congénita, el grado de la lesión y las posibilidades de tratamiento. Para esto se realizan estudios más específicos, como el eco-cardiograma transesofágico que le muestra el nivel de presión pulmonar y poder decidir de manera más precisa el tratamiento a seguir. Todo esto es notificado al paciente en la consulta con su cardiólogo.

3.1. Reacciones psicológicas del paciente ante el diagnóstico.

El ser humano es por excelencia un generador de procesos comunicativos, y con ellos participa y transmite sus expectativas, experiencias y habilidades de carácter lingüístico (Haro y Martínez, 2002). Y cuando este, es utilizado para informar acerca de una enfermedad, también trae consigo reacciones psicológicas. Al recibir el diagnóstico de tener una cardiopatía congénita de comunicación interauricular, las repercusiones emocionales no sólo son por la notificación de la enfermedad, sino también, el impacto de saber que es grave y que tienen una enfermedad, de la cual desconoce su naturaleza o complicaciones futuras. La incertidumbre de no saber si será incapacitante de por vida o si con un tratamiento farmacológico o quirúrgico se puede corregir. Martín, M. (2003) menciona que la sobre activación de un individuo frente a determinados elementos estresores le prepara para una actividad intensa en la que el sistema simpático adrenal produce una segregación de adrenalina y noradrenalina que provocan un aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial. La persona con la enfermedad congénita se encuentra ante un momento de incertidumbre, rabia, desconcierto, tristeza y sufrimiento. La forma de comunicación, en la utilización de un lenguaje técnico, el cual no es comprendido por la persona enferma, términos no conocidos, información a veces no clara o ambivalente y la información de malas noticias en contextos no apropiados, son características aún presentes en algunos

hospitales y mantenidas por el modelo médico de atención en salud (Gómez, 2007). En la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, publicada en el 2001 (Tena,Ruelas, Sánchez, Rivera, Moctezuma, Manuell, Ramírez, Casares,Hernándezy Migoya, 2002) se hace referencia a que el paciente tiene derecho a:

"Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz: el paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a que el médico tratante le brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; a que esta información se le proporcione siempre en forma clara, comprensible con oportunidad, con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente, y sea siempre veraz, ajustada a la realidad" (pág. 527).

Ya que se tienen todos los resultados de los estudios, generalmente el médico explica al paciente la enfermedad que padece, le indica el tratamiento a seguir y las posibles complicaciones del mismo; sin embargo, con frecuencia lo hace en términos técnicos, tal vez por falta de entrenamiento, prisa o poca sensibilidad, actúa sin considerar los aspectos psicológicos, que ayudarían al individuo a manejar mejor su situación (León y Salazar, 2008). A partir del momento que se conocen el diagnóstico, se presentan innumerables sensaciones que no dejan de ser señales indicadoras de la sensibilidad del ser humano, la orientación adecuada puede contribuir a la disminución del miedo. La Enfermedad es algo muy difícil de aceptar, especialmente porque se concibe que será para toda la vida, a pesar de que en muchas ocasiones no siempre están presentes los síntomas, que les puedan alertar de que algo no está bien con su salud.

Las patologías que se desarrollan a corto o largo plazo producen algunas reacciones en el paciente como la negación frente al diagnóstico, siendo este el estilo de afrontamiento más utilizado (Martín, M. 2003).

Generalmente el individuo muestra tristeza y melancolía, buscando un aislamiento personal que puede durar unos minutos o hasta el fin de la enfermedad. Presentan también otras reacciones como rabia, resentimiento, hostilidad, tristeza por el tiempo desperdiciado cuando poseía la salud; miedo, por ver ante sí, un peligro o causa posible de muerte, por padecer una enfermedad que afecta al órgano donde se centra la naturaleza de la vida. Esto también ocasiona, preocupación, ansiedad y depresión por añorar y comparar su situación pasada y la presente; Pazmiño (2011) menciona que los pacientes en estado depresivo pueden presentar sentimientos de inutilidad, manifestarse culpables de todo lo malo que sucede en su entorno, se manifiestan con pensamientos irracionales y desesperanza profunda, mientras que en la ansiedad puede generarse una percepción de un daño anticipado que puede ser interno o externo.

También se manifiestan otras emociones como la derrota y el fracaso, que son provocadas por la convivencia con la enfermedad. Generalmente es aquí cuando el individuo se apoya en su fe divina (García et al., 2010). En algunos casos en el enfoque espiritual, la persona puede generar pensamientos distorsionados alrededor de su padecimiento, como podría ser espera cobrar algún día todo el sacrificio y abnegación, como si hubiera alguien que llevara las cuentas (Pazmiño, 2011). Para Mercado (2007, en García et al., 2010) enfermar y enfrentar la enfermedad, es un suceso que le permite al individuo reordenar la forma habitual de vivir, pues cada sujeto tiene experiencias particulares y únicas con su enfermedad. No solo el paciente experimenta un impacto emocional al conocer el diagnóstico y las posibilidades de tratamiento, también el familiar o los familiares.

3.2. Reacciones psicológicas de la familia ante el diagnóstico.

El familiar del paciente también experimenta cierto impacto con el diagnóstico y el tratamiento propuesto. Galindo (2006) menciona que entre los principales problemas que se generan en la familia, están la incertidumbre acerca de la enfermedad, la ignorancia de los tratamientos médicos, la dificultad de comprensión y/o transmisión de la información médica de la enfermedad, el desconocimiento de la evolución y el pronóstico, los temores indeterminados hacia el personal médico, el desconcierto y desubicación durante la estancia en el hospital. La hospitalización también origina en la persona un gran estrés, además del ya existente por causa de la enfermedad, que también se extiende a los miembros de la familia, aunado a esto se puede mencionar el papel pasivo que toma la familia, limitándola a recibir información y a esperar (Flórez, 2001).

En cuanto a los problemas que se generan en el sistema familiar Galindo (2006) señala que se puede presentar dificultad de llevar una vida normal aún cuando el estado físico del paciente lo permitiera, el anteponer lo que se consideran sus necesidades físicas dejando de lado “lo emocional”, la dificultad en las interacciones con el enfermo, dificultad de atención al resto de la familia como podrían ser los hijos, la pareja y finalmente el aumento de la ansiedad en la familia, en general. El impacto emocional ante el diagnóstico, no es igual para todas las familias, incluso para una familia en particular, cada miembro lo vive de manera diferente ya que dentro de una familia cada integrante desarrolla un rol específico y en ocasiones muy marcado, como podrían ser, los roles de “proveedor económico” y “reconfortador emocional” este último, es el que generalmente se encarga de acompañar al enfermo, motivarlo, reconfortarlo, mostrarle un ambiente positivo y esperanzador, sugerirle alternativas en el estilo de vida, de acuerdo a su entender de bienestar y conforme a su experiencia personal.

El “proveedor económico” se encarga de comprar los medicamentos, pagar los estudios clínicos solicitados o dar las facilidades para que el enfermo pueda recurrar su salud, entre otras cosas que van en función a brindar el financiamiento económico de la enfermedad. Para Flórez (2001) la familia es la unidad social básica y puede ser un recurso importante para ayudar a minimizar los problemas de salud acarreados en algún miembro de la misma. Un paciente críticamente enfermo puede necesitar a su familia más que nunca, la puede utilizar para sacar fuerzas de ella y poder sobreponerse a su crisis biológica. Por lo cual la familia para el paciente hospitalizado, se convierte en su soporte social básico, disminuyendo los efectos del estrés y ayudando a mejorar la salud mental tanto del individuo como de su familia.

Encontrar la manera para que la familia se involucre en el cuidado de su ser querido puede disminuir la desesperanza y llenarlas de gran gozo, pueden expresar su interés y apoyo, visitándolo, tocarlo físicamente mediante un saludo cercano como un beso en la frente o mejilla, platicar con él, preguntándole como se siente. El soporte psicológico es un elemento básico para el ajuste y la convivencia familiar y un instrumento mediador entre el médico, el hospital y la familia, ya que según Galindo (2006) unos familiares menos ansiosos o con un mayor autocontrol de su ansiedad, tendrán una mejor calidad en la relación con el enfermo y en la relación médico-hospitalaria. Tocante a la contención emocional que se le puede brindar al familiar del enfermo, está el brindarle la información clara y oportuna, para que las dudas o aquellas ideas catastróficas que se puedan generar por el desconocimiento se disipen y no sean otro factor que influya en el desempeño como acompañante y apoyo primario del paciente. También se busca que no se genere un colapso en el familiar cuidador. Ese proceso, se debe buscar el bienestar no solo del paciente si no también del familiar, para esto se requiere de tiempo y esfuerzo continuo para adaptarse a las nuevas condiciones de vida dentro de una posición crítica, para tomar actitudes que posibiliten adecuarse a una condición de vida sana (García et al., 2010).

3.3. Implicaciones emocionales, cognitivas y conductuales ante la propuesta de una cirugía correctiva.

Cuando se han reunido todas las evidencias posibles, a través de los estudios específicos antes mencionados y se ha detectado que se trata de una cardiopatía congénita de comunicación Inter auricular, los especialistas comienzan a evaluar las opciones de tratamiento. Este puede depender del grado de evolución de la enfermedad o bien de las complicaciones que se han producido en el organismo y que podrían interferir para tener un pronóstico poco favorable. Si el especialista o el grupo de especialistas determinan que el paciente es candidato, de acuerdo a la estructura del padecimiento, para la colocación de un dispositivo llamado Amplatzer (Zabal, 2001) para corregir esta intercomunicación, el procedimiento que se emplea es a través de cateterismo, que como menciona Buendía (2005) los resultados de esta técnica son satisfactorios, con baja morbimortalidad, el tiempo de estancia es breve y con un período de recuperación igualmente corto.

Este tipo de enfermedades conllevan procedimientos diagnósticos y tratamientos que resultan invasivos, como las angioplastias, valvuloplastias, cateterismo y cirugías (Castillero y Valdés, 2002). Attie (2001) menciona que la cirugía está indicada por los especialistas cuando la relación entre el gasto pulmonar y el sistémico es igual o mayor de 1.5 en ausencia de resistencias vasculares pulmonares irreversibles. Y afirma que hoy en día el cierre del defecto con oclusores está perfectamente indicado. En los estudios exploratorios se evalúa en funcionamiento de varios órganos del cuerpo que pudieran tener algún tipo de complicación por el tiempo que se ha tenido este tipo de comunicación interauricular, como podría ser un crecimiento del mismo corazón por haber recibido una cantidad de sangre mayor al considerado normal o adecuado, un crecimiento del hígado causado por la misma razón que el corazón, se evalúa de igual forma el sistema circulatorio.

Si el especialista considera que se tienen las condiciones mínimas necesarias para hacer esta corrección, le plantea al paciente, la intervención quirúrgica cardíaca o también llamada comúnmente, operación a corazón abierto. La cirugía es concebida por Werner (2005) como una especialidad de la medicina para curar las dolencias, ya sea cortando o retirando aquello que está perjudicando el cuerpo y que ha sido utilizada desde el inicio de la civilización siendo perfeccionada a través de la tecnología. La intervención quirúrgica puede considerarse como una situación estresante para el paciente y su familia. Cualquier procedimiento quirúrgico por mínimo que sea, conlleva cierto nivel de estrés, en particular la cirugía cardiovascular tiene un impacto mayor, tanto físico como psicológico, ya que se le atribuye a este órgano un carácter de primacía en relación con los otros.

Velasco y Sinibaldi (2001), señalan que siempre que el individuo sufre una intensa emoción, sea positiva o negativa, se producen cambios funcionales a nivel del sistema cardiovascular. Emociones como el miedo, la ansiedad, el enojo, la felicidad y la excitación están acompañados de cambios en la frecuencia cardíaca, en el ritmo y volumen de sangre que el corazón bombea después de cada latido, por otra parte también se registran cambios en la presión arterial. Estas respuestas del sistema circulatorio surgen de manera personal y por tanto subjetiva, con esto el sujeto interpreta para sí mismo los sucesos de su vida personal, ambiente o contexto. Dependerá del individuo la percepción que tenga de estos sucesos, ya sean como retos, pérdidas o ganancias, el estrés que le provoque esta vivencia hará que reacciones de modo diferente, expresándose en cambios a nivel, emocional, cognitivo y conductual. El paciente adulto internado vive situaciones de estrés donde podría presentar un cuadro de regresión de su edad cronológica, manifestando comportamientos infantiles y exagerada dependencia, esta situación precisa ser atendida por personas de su familia o de su entera confianza, para que pueda sentirse seguro y protegido (Da Silva, 2007).

En las relaciones de pareja también experimenta un impacto emocional, cognitivo y comportamental. Velasco y Sinibaldi (2001) mencionan que muchos cónyuges se convierten en individuos sobre protectores hacia su pareja enferma protegiéndoles para que no realicen mucho o casi ningún tipo de trabajo, así como evitarles toda actividad de índole sexual, esto último se relaciona con el temor que existe de que el individuo enfermo pueda fallecer súbitamente durante la práctica sexual; esta idea parte de una concepción desvirtuada y exagerada, de que el sexo es una actividad que demanda una gran cantidad de energía. Los problemas que la familia vive como acompañante del paciente en la unidad hospitalaria son varios, Da Silva (2007) menciona como primer inconveniente, la inadecuada área física destinada para el reposo e higienización del acompañante, ansiedad y estrés del acompañante, en algunos casos, poca preparación por parte de los profesionistas de la salud, para asistir y atender las dudas de los familiares.

El impacto emocional puede comprometer la colaboración del paciente para la realización de la cirugía, incluso el permiso a realizarla, el apego al tratamiento y la recuperación. Las reacciones que pueden desencadenarse ante este evento están vinculadas con el temor al dolor, a la anestesia, al proceder, a perder la integridad del cuerpo, la autonomía, incluso morir (Castillero, 2007). Enfrentarse a esta situación demanda del paciente un estilo de afrontamiento adecuado, Miró (1998) define por estilo de afrontamiento a la forma habitual con la que un individuo se enfrenta las situaciones que para él tienen una cierta amenaza. Martín (2007) menciona que el miedo, es una emoción natural, apoyada en creencias irracionales que puede impedir la realización adecuada de tratamientos. Dependiendo del significado subjetivo que para cada persona tengas los acontecimientos que suceden en el mundo exterior, así como la diversidad de información originada dentro de su propio cuerpo y que se encuentre representada por pensamientos e imágenes mentales, reaccionando así tanto en sentido psíquico como fisiológico, pudiendo presentar cambios notables en la función cardiaca, quizá el individuo perciba dolor retroesternal, que se sitúa al nivel en el

que se localiza el corazón y esto conlleva a percibir otras alteraciones también originadas en el sistema cardiovascular ya que los niveles de estrés se incrementan y esto ocasiona un círculo vicioso que crece de manera exponencial (Velasco y Sinibaldi, 2001). Este nivel elevado de estrés trae consigo modificaciones comportamentales, como impaciencia, irritabilidad o alteraciones del sueño, como el insomnio, al cual Norton (1999, en Castellero y Valdés, 2002) lo define como la incapacidad para dormir o para dormir satisfactoriamente y puede manifestarse en varias formas como dificultad para quedarse dormido, para permanecer dormido, despertarse varias veces en la noche y despertar mucho antes que de costumbre. El sueño puede estar afectado por varias condiciones, entre ellas, trastornos como el bruxismo, la enuresis del sueño, la narcolepsia, la apnea del sueño, la hipersomnia del sistema nervioso central o bien dolor físico, disconfort. El sueño tiene un carácter reparador por lo que en la cirugía cardíaca resulta importante su cuidado y tratamiento.

García, Hernández y García (s/f) mencionan que algunos pacientes experimentan la hospitalización y la cirugía como la antesala del cambio y una esperanza de recuperación y ven la necesidad de la intervención quirúrgica. Pires, Mendonca y Spadoti (2006) encuentran en un estudio realizado, que predominan los sentimientos que denominaron como positivos y de esperanza. Estos sentimientos estuvieron presentes en los pacientes en el periodo de notificación de que el tratamiento sería la intervención quirúrgica manteniéndose hasta el internamiento, estos sentimientos son los que denominaron de aprensión como el miedo, la preocupación, la ansiedad, el recelo, la desconfianza y el nerviosismo. De acuerdo a un estudio realizado en el Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas en Cuba (CIMEQ) por Castellero y Valdés en los años 2000 y 2002 (Castillers, 2007) se observó que dentro del conjunto de respuestas psicológicas, la ansiedad es considerada predominante, ya que en etapa preoperatoria estuvo presente en el 98% de los pacientes estudiados, de los cuales el 48% la manifestó en niveles elevados.

De Horne et al., (1994, en Castellero, 2007) y Moix (1994), mencionan que se establecen fuertes asociaciones entre la ansiedad y el ajuste postoperatorio, los resultados quirúrgicos, las infecciones por supresión inmunológica, la presencia de náuseas, los cambios en la frecuencia cardíaca y la temperatura corporal y la hipertensión arterial. Ríos, et al., (2009) mencionan que el impacto emocional que se da por el diagnóstico de padecer una enfermedad cardíaca y tener como alternativa de tratamiento, la intervención quirúrgica podría tener un manejo psicológico que sirva de apoyo para el paciente y sus familiares. Todo cambio es una vivencia única y demanda de quién la vive una forma particular de afrontarla. El paciente con la enfermedad congénita se encuentra ante un momento de incertidumbre, rabia, desconcierto, tristeza y sufrimiento.

La forma de comunicación, en la utilización de un lenguaje técnico, el cual no es comprendido por la persona enferma, términos no conocidos, información a veces no clara o ambivalente y la información de malas noticias en contextos no apropiados, son características aún presentes en algunos hospitales y mantenidas por el modelo médico de atención en salud, por esta razón es importante hacerle saber al paciente de manera, *clara, oportuna y veraz*, como se menciona en la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes todo lo referente a su padecimiento. Cuando el órgano comprometido es el corazón, el impacto emocional del diagnóstico, para el paciente suele ser devastador, ya que, es considerado de manera general por las personas, un órgano de vital importancia junto con el cerebro. Esta condición, puede afectar al paciente en su vida cotidiana, al dejar de realizar actividades que le permitan pertenecer al contexto en que vive, ya que las enfermedades cardíacas no sólo son padecimientos fisiológicos; sino también afectan las relaciones sociales, las cuestiones psicológicas y la calidad de vida, ocasionando generalmente que el paciente se aíse debido a su actual situación de salud, centrándose en este proceso de forma constante.

El familiar del paciente también experimenta cierto impacto con el diagnóstico y el tratamiento propuesto como podrían ser la incertidumbre acerca de la enfermedad, la ignorancia de los tratamientos médicos, la dificultad de comprensión y/o transmisión de la información médica de la enfermedad, el desconocimiento de la evolución y el pronóstico, los temores indeterminados hacia el personal médico, el desconcierto y desubicación durante la estancia en el hospital. El soporte psicológico es un elemento básico para el ajuste y la convivencia familiar y un instrumento mediador entre el médico, el hospital y la familia, ya que unos familiares menos ansiosos o con un mayor autocontrol de su ansiedad, tendrán una mejor calidad en la relación con el enfermo y en la relación médico-hospitalaria.

4. PROPUESTA COGNITIVO-CONDUCTUAL DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PRE Y POST QUIRÚRGICA EN ADULTOS JÓVENES CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS.

4.1. Introducción, justificación y objetivos.

En determinadas enfermedades cardíacas y en estadios específicos, como es el caso de la cardiopatía congénita de comunicación interauricular, se plantea el tratamiento quirúrgico como alternativa terapéutica óptima. La cirugía mayor, específicamente la cardiovascular, es considerada por Castillero (2007) como una fuente potencial de estrés y por este motivo realiza un estudio para mostrar la efectividad de la preparación psicológica en los pacientes sometidos a cirugía cardíaca, ya que considera que este tipo de intervenciones correctivas conlleva un impacto tanto físico como psicológico. Los exámenes especializados y procedimientos quirúrgicos como cirugía de corazón abierto, *bypass* coronario, trasplante de órganos, se pueden percibir como agresiones o amenazas a pesar de ser indispensables para el conseguir un estado de salud adecuado (Gómez, 2007).

Dentro del conjunto de respuestas psicológicas en el contexto quirúrgico, la ansiedad es considerada predominante antes de la intervención y de acuerdo con Moix et al., (1993) la ansiedad que se presenta antes de la intervención, también afecta la recuperación postquirúrgica. Otro factor que genera ansiedad y angustia es la anestesia, ya que es muy temida por los pacientes, por ser también un procedimiento invasivo (Castillero, 2007). De Horne et al., (1994, en Castillero, 2007) y Moix (1994), mencionan que se establecen fuertes asociaciones entre la ansiedad y el ajuste postoperatorio, los resultados quirúrgicos, las infecciones por supresión inmunológica, la presencia de náuseas, los cambios en la frecuencia cardíaca, la temperatura corporal y la hipertensión arterial. Investigaciones

realizadas por Kiecolt-Glaser et al., en 1998 (en Castillero, 2007) en el campo de la psiconeuroendocrinoinmunología muestran que el estrés y la ansiedad rompen con la homeostasis neuroendocrina y retardan la reparación de los tejidos, dificultando la cicatrización de las heridas. Orgilés, Méndez, Rosa e Inglés (2003) mencionan que la ansiedad puede ayudar a generar alternativas de solución pero, si la ansiedad es desproporcionada y/o supera a lo esperado para el desarrollo evolutivo, puede constituir una alteración psicopatológica. De igual manera los pacientes más estresados presentan trastornos del sueño, se tiene en consideración que el sueño profundo se relaciona con la secreción de la hormona del crecimiento que también facilita la reparación tisular. Otro trastorno que también está presente entre los pacientes que son intervenidos quirúrgicamente, es la depresión.

En un estudio realizado por Castillero y Valdés (2002) utilizaron pruebas psicológicas para valorar los niveles de depresión y escalas de síntomas generales y de evaluación de los trastornos del sueño, en los resultados señalan que la depresión estuvo presente en el 54% de los pacientes en la etapa previa a la cirugía y en el 28% de los pacientes en la etapa postoperatoria predominando la depresión leve. En cuanto a los resultados que obtuvieron de los trastornos del sueño se destaca que en la evaluación inicial el 78% de los pacientes se despertaban varias veces durante la noche; respecto a la escala de percepción de síntomas, las más significativas fueron la irritabilidad, el nerviosismo y la tristeza. Teniendo que la irritabilidad, que se asocia con las condiciones del proceso quirúrgico como depender de otros para ciertas actividades de rutina y el dolor, disminuye en la etapa post operatoria, registrándose como moderada en un 24% de los pacientes. Martín y Pérez (2007) mencionan que también puede verse afectado el proceso por las características de personalidad del paciente, que se confrontan con las rutinas de una hospitalización en un centro especializado. Generalmente la hospitalización tiene cuatro elementos esenciales: las rutinas, los roles, las reglas y el estilo de comunicación.

El ambiente físico, los colores de las paredes y las sábanas ya tiende a ser modificado, sin embargo la tendencia en ciertos hospitales aún persiste. Con respecto a las rutinas como el encierro en una habitación, un horario igual todos los días de dar alimentos, la toma de signos, la entrega de turnos, evoluciones, el momento del baño o la curación, las revisiones médicas, la aplicación de medicamentos o ingesta de ellos a horas determinadas; las reglas con respecto a las visitas, los menús diarios, los procesos administrativos como el manejo de autorizaciones a servicios, entre otras; con respecto a los roles, el poder del médico, de la enfermera y en general con todo el equipo de salud, el rol de "Paciente" que es el comportamiento que debe asumir la persona con una enfermedad y la utilización de tecnicismos muchas veces interpretados por el paciente que al desconocer su significado, le otorgan un sentido catastrófico.

Las conversaciones que se dan entre los médicos frente al paciente, del padecimiento, del procedimiento, de los inconvenientes, del avance de la enfermedad, el tono de voz de los médicos, pueden generar también incertidumbre, desesperanza, pensamientos negativos y una sensación de vulnerabilidad por parte del paciente, porque siente que no tiene participación en su padecimiento, en cuanto a la corrección de la enfermedad, siente que no hay algo que él pueda hacer y que este proceso solo está en manos del personal hospitalario. Zorrilla (2012) menciona, en una investigación realizada en España, que en los 30 minutos previos a la operación, es el momento, de toda la hospitalización, donde el paciente experimenta más ansiedad, ya que este se halla ubicado en la antesala del quirófano, mientras el personal sanitario prepara la sala y es cuando el individuo se encuentra solo y hasta cierto punto, aislado y abandonado. Moix (1997) menciona que en los periodos preoperatorios los pacientes van acumulando a medida que se acerca el momento de la intervención, un componente de ansiedad que, si bien no deja de ser una reacción general de estrés, presenta unas características propias que hacen de este espacio de tiempo una vivencia para el paciente no solo desagradable y tensa sino también

peligrosa, puesto que se pueden desencadenar en el organismo una serie de reacciones que influyen en la aparición de síntomas provocados por el estrés y no tanto por el padecimiento y que desafortunadamente el paciente posee ante esto pocas defensas o, si las hay, no son percibidas en ese instante. Gómez (2007) menciona que en un medio tan complejo de términos, exámenes, interacciones, tensión, dolor, miedo, el psicólogo de la salud tiene áreas de intervención específicas, no solo desde lo individual sino también desde lo comunitario trabajando la prevención y la rehabilitación y en ocasiones también la promoción de la salud, tanto con la persona con enfermedad, la familia, como con el equipo de salud.

Echeburúay De Corral (1999) menciona que la intervención terapéutica debe actuar también sobre los familiares de los pacientes, porque con frecuencia se encuentra en ellos sobre implicación, sub implicación o implicación inadecuada en los problemas del paciente. Divine (1992, en Castellero, 2007) encontró dentro de la efectividad de los modelos de intervención psicosocial para los procedimientos quirúrgicos, la disminución de la estadía hospitalaria, la reducción de la incidencia de complicaciones respiratorias y de otros tipos, menor grado de dolor postquirúrgico, menor necesidad de analgésicos y niveles de ansiedad y depresión significativamente bajos.

Barrilero y Casero (1998) mencionan que la recuperación postquirúrgica del paciente, tanto física como psíquica, parece estar influenciada de forma negativa por el nivel de ansiedad con que afronta la cirugía, esto supone la prolongación de la estancia hospitalaria o la mayor necesidad de analgésicos, repercutiendo tanto en el paciente como en el sistema hospitalario, por la sobrecarga de trabajo. Moix (1997) menciona que la ansiedad, incide en la recuperación postquirúrgica cuanto más ansiedad experimenta el paciente antes de la operación, más larga y difícil suele ser la convalecencia.

Este estado de ansiedad en los pacientes quirúrgicos se debe al miedo a las circunstancias que rodean la intervención: miedo al dolor, a lo desconocido, a la dependencia de factores y personas ajenas, a cambios corporales como la mutilación, a la posibilidad de morir y principalmente a la anestesia (Carapia, Mejía, Nacif, y Hernández, 2011).

Por otra parte, Jenkins (1995, en Castillero, 2007) menciona como beneficios de implementar programas de intervención psicoeducacional para la cirugía, a la inducción más rápida de la anestesia y al mayor margen de seguridad anestésica, al menor porcentaje de hipertensión postoperatoria, a tener una percepción más favorable de la experiencia hospitalaria, una mayor satisfacción con los servicios recibidos y una percepción de mayor control personal sobre el proceso de recuperación. Moix (1993) menciona que la técnica psicológica más estudiada es la que consiste en suministrar información al paciente antes de la intervención, esta información suele referirse a la técnica quirúrgica, el funcionamiento del hospital, las sensaciones como dolor y malestar.

El tratamiento psicológico de los pacientes quirúrgicos en los hospitales, no sólo supone un beneficio humano, en cuanto a la disminución del dolor, de la ansiedad, entre otros, sino también un beneficio económico, ya que la aplicación de técnicas psicológicas al paciente que será intervenido quirúrgicamente, podría reducir su estancia hospitalaria, ahorrando el gasto de un día o varios días más de hospitalización y además de que con esto se podría contribuir a solucionar el problema de las largas listas de espera que sufren los hospitales (Moix, 1994). Debido a esta sobresaturación en el ámbito hospitalario y en particular de los pacientes con problemas cardiovasculares, el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” creó un programa llamado “Vía Rápida” para la cirugía cardíaca.

4.2. Descripción del Programa Vía Rápida del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"

Debido al grado de especialización que tiene el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" (INCICH) cada vez se incrementa el número de casos que atienden con cardiopatías complejas y complicadas, con un grado muy avanzado de deterioro, teniendo un alto índice de morbimortalidad y un costo económico muy alto (Trevethan et al., 2001). Desde hace más de una década el número de pacientes que atiende el Instituto ha aumentado considerablemente y de manera paralela el número de cirugías cardíacas, por lo cual la lista de enfermos en espera de ser operados tiende a incrementarse a pesar de que la cardiología intervencionista ofrece actualmente otra alternativa de tratamiento en casos seleccionados de cardiopatía isquémica, valvulopatías y cardiopatías congénitas.

Aproximadamente del 30% al 40% de los cardiopatas con indicación quirúrgica ingresan al hospital a través de los servicios de urgencias, debido a alguna complicación ó con gran deterioro de su cardiopatía y que desafortunadamente le restan espacio a aquellos en quienes ya se ha hecho la solicitud para cirugía electiva al departamento de admisión hospitalaria, enfermos que son provenientes de la Consulta Externa y que se encuentran en lista de espera con todos los requisitos médicos y administrativos cubiertos, listos para internarse (Rodríguez et al., 2010). Trevethan et al., (2001) menciona que el ingreso de estos enfermos descompensados, prolonga su estancia hospitalaria ya que primero se les estabiliza, posteriormente les realizan exámenes preoperatorios y erradican focos sépticos durante su internamiento lo que representa más días de hospitalización y un costo mayor no sólo de dinero, sino también en mayor morbilidad y mortalidad. Esta situación propicia que un número considerable de los enfermos de la lista de espera de admisión hospitalaria, terminan ingresando al instituto a través del servicio de urgencias, debido a que el tiempo prolongado de espera favoreció el deterioro de su padecimiento.

Debido a esto, fue necesaria la instalación de un programa quirúrgico que agilizará todos los estudios y requisitos preoperatorios requeridos para su internamiento, y redujera los costos en vidas, complicaciones, esfuerzo y dinero. Y es así como en 1999 inicia el programa de *vía rápida* para casos de muy bajo riesgo quirúrgico y posteriormente en 2004, este programa se extendió a pacientes con riesgo intermedio, analizando la estancia hospitalaria, mortalidad, complicaciones y reingresos, el cuál continúa vigente hasta este momento. De Marzo de 2004 a Febrero de 2009 se incluyeron pacientes adultos con indicación de cirugía cardíaca y con riesgo quirúrgico de bajo a intermedio, con requisitos preoperatorios completos antes del internamiento (Ávila et al., 2010).

De acuerdo con el estudio realizado por Rodríguez et al., (2010) se establecieron cinco fases en el programa, la primera es la selección de los casos nuevos, procedentes de Consulta Externa y de la lista de espera de admisión hospitalaria, para evaluar el riesgo quirúrgico que permita su inclusión al programa por cuatro cardiólogos del servicio de consulta externa y un coordinador. Teniendo como criterios de inclusión: la autorización por parte del departamento de Trabajo Social, donde se verifica que el paciente cumpla con todos los requisitos establecidos incluyendo la cobertura total de los costos de acuerdo a la clasificación socioeconómica, de las 8 existentes; debe existir una cardiopatía congénita acianógena no complicada como CIA (comunicación interauricular), CIA+ DAPVP (comunicación interauricular con drenaje anómalo parcial de venas pulmonares), PCA (persistencia del conducto arterioso), CIV (comunicación interventricular), aneurisma roto del seno del Valsalva, enfermedad valvular hasta tres válvulas enfermas, obstrucción coronaria que requiera revascularización máximo 4 puentes, clase funcional I-II de la NYHA (NewYorkHeartAssociation), fracción de expulsión mayor a 40% y/o Cardiomegalia hasta grado tres; y contar con sus donadores de sangre completos, antes del internamiento. El tiempo que transcurre entre una fase y otra depende específicamente del caso.

Como segunda fase están las consultas preoperatorias para actualizar exámenes de laboratorio, erradicar focos sépticos y, de ser necesario, corregir factores concomitantes como anemia e hipotiroidismo para que el paciente entre a cirugía en las mejores condiciones posibles. Los pacientes deben suspender la ingesta de anticoagulación oral y ácido acetilsalicílico de tres a siete días, aproximadamente antes de la cirugía, en caso de estarlos tomando. La Tercera Fase es la presentación y discusión de los casos en sesión médico quirúrgica, con la participación de cardiólogos clínicos, cirujanos, un intensivista, una hematóloga y una trabajadora social, con la finalidad de aceptar, diferir o rechazar los casos así como establecer el día de internamiento y la fecha probable de cirugía. La Cuarta Fase es la evaluación de los días de estancia hospitalaria y finalmente la Quinta Fase es el seguimiento por tres meses. Este programa se lleva a cabo en un lapso aproximado de 3 a 5 meses, siendo un poco más o un poco menos dependiendo de las características particulares del caso.

De un total de 598 pacientes ingresados al programa hasta el 2010, se analizaron 533, con edad de 47 ± 14 años, 62.5% mujeres. Se clasificaron en cuatro grupos: valvulares (68%), congénitos (25%), isquémicos (5%) y mixtos (2%). Los promedios de días de estancia hospitalaria fueron: preoperatoria 1.9, terapia tres, postoperatoria en piso 6.9 y total 11.9 días. Se evidenció que 17.8 % estuvieron más de 14 días por: re-operaciones, complicaciones pulmonares, arritmias, o infecciones. La mortalidad fue de 4.1% y hubo 2.8% de reingresos en los primeros tres meses posteriores a la cirugía. Se concluyó que este programa conduce a tener bajos índices de mortalidad, estancia hospitalaria y reingresos (Rodríguez et al., 2010). En el programa de "Vía Rápida" se establece un grupo de trabajo, integrado por los departamentos de consulta externa, hospitalización, cirugía, unidad de terapia postquirúrgica y trabajo social. El colaborar de manera multidisciplinaria permite brindarle al paciente, una atención completa, oportuna y eficaz, ya que se revisa el caso con varias perspectivas, física, social y psicológica.

Hay una interacción previa del anestesiólogo con el paciente, para evaluar el estado de salud general y poder determinar si es viable realizar la cirugía como se tiene programado. Castillero (2007) menciona que casi todas las interacciones humanas implican un intento por ejercer influencia sobre los demás para que se comporten de determinada manera, en el caso particular de los miembros del equipo de salud intervienen de manera sistemática para que el paciente sometido a una cirugía mayor altere sus conductas con el fin de lograr un ajuste pre y postoperatorio adecuado, para de manera general obtener resultados satisfactorios; el éxito de este proceso es variable y no solo depende de la experticia de quién interviene, sino también entran en juego una multiplicidad de variables como la historia personal en experiencias traumáticas previas, la vivencia de padecimientos similares en familiares, amigos o personas conocidas, las fantasías y proyectos futuros, las características de la personalidad del paciente y los estilos de afrontamiento. La importancia de brindarle al paciente una intervención psicológica previa a la cirugía, puede contribuir a mejorar su condición física y emocional para enfrentar de manera óptima; así también es importante intervenir después de la cirugía, para fortalecer el apego al tratamiento, la relación médico paciente y las relaciones familiares.

En lo tocante a la familia nuclear, se ha revisado por Ríos et al.,(2009) que también necesita este apoyo emocional, que aunque estos no experimentan el mismo grado en la sintomatología emocional que el paciente, si genera, pensamientos catastróficos, incertidumbre del futuro, aumenta considerablemente la ansiedad durante el tiempo que se está realizando la cirugía de su familiar y conductualmente realiza algunas acciones para sacar o disipar un poco el malestar que le genera esa condición en combinación con el miedo a recibir malas noticias, cuando algún miembro del equipo de cirugía le llama para darle información del resultado de la misma y el estado de salud actual del paciente.

Por tal motivo, el presente trabajo tiene como objetivo realizar una aportación metodológica al Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” a través de una propuesta de intervención psicológica cognitivo-conductual, para ser aplicada en pacientes adultos jóvenes con cardiopatías congénitas de comunicación interauricular y orientación al familiar responsable, antes y después de la cirugía cardiaca, con la finalidad de dotar al paciente de herramientas emocionales, cognitivas y conductuales para enfrentar de manera más adaptativa el proceso de una cirugía mayor.

4.3 Metodología

Participantes.

La intervención se realizará en su totalidad con el paciente que será sometido a cirugía cardiorácica y que su edad oscile entre los 22 y 28 años de edad, varones y mujeres que padezcan una cardiopatía congénita de comunicación interauricular, que sean paciente del hospital y cuyo caso haya sido aceptado por el programa *Vía Rápida para la Cirugía cardíaca*. Así mismo, se intervendrá con el familiar responsable que hable español, sepa leer y escribir.

Instrumentos.

Se utilizará el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988; Steer, Ranieri, Beck & Clark, 1993), versión estandarizada por Robles, Varela, Jurado & Páez (2001) para población mexicana ($\alpha = .83$), es un autoinforme de 21 ítems que evalúan síntomas de ansiedad, cuenta con cuatro opciones de respuesta. Los puntajes de severidad de síntomas van de 0 a 63, donde 63 representa la severidad máxima.

Carta de consentimiento informado, diseñado por el psicólogo, consta de un documento informativo, donde el paciente autoriza participar en el proyecto (ver Anexo 1).

Materiales y escenario.

Los materiales a utilizar serán un cuaderno o libreta pequeña, lápiz, pluma, sacapuntas, goma, sillas o sillones cómodos para realizar ejercicios de relajación o bien la cama hospitalaria en el caso de las sesiones de internamiento y las

postoperatorias. El lugar donde se llevará a cabo esta intervención será dentro de la instalación hospitalaria.

Procedimiento.

La propuesta de intervención psicológica estará conformada por 10 sesiones, divididas en tres etapas del manejo hospitalario. La duración de las sesiones oscilará entre 40 a 50 minutos para cada una de ellas dependiendo del avance del paciente, en el cumplimiento del objetivo de la sesión. Las primeras 6 sesiones están contempladas a realizarse en la etapa preoperatoria, dos sesiones en la etapa postoperatoria y finalmente dos sesiones en la etapa de seguimiento. El familiar del paciente que será intervenido también recibirá la intervención junto en tres sesiones, la primera será en la etapa de preoperatoria, específicamente el día que el médico les informa el diagnóstico, la segunda se realizará en la etapa de internamiento específicamente el día que el paciente será ingresado y la tercera sesión se realizará en la etapa postoperatoria, en el momento que se da de alta al paciente.

Posterior a la aceptación del paciente en el programa Vía Rápida, se le invitará personalmente a participar en el programa de atención psicológica, de aceptar, se le explicarán las características generales de la intervención y se le proporcionará la carta de consentimiento informado. En las Tablas 1 a 3 se presenta el programa de intervención completo, de acuerdo a la etapa quirúrgica.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Tabla 1. Fase Preoperatoria.

Sesión/ Lugar Participante/ Duración	Objetivo /Técnica	Actividad	Tareas	Evaluación
<p>La 1ª sesión se realizará el día que se informe al paciente y al familiar el diagnóstico del padecimiento.</p> <p>Familiar y Paciente. Tiempo: 40- 50 min.</p> <p>Lugar: Consultorio/cubículo Asignado para desarrollo de sesión</p>	<p>El familiar y el paciente definirán y diferenciarán los términos de ansiedad y depresión así como la relación negativa que puede establecerse con el incremento de estos en el proceso de enfermedad</p> <p>Técnica: Psicoeducación.</p>	<p>Aplicación del inventario de Ansiedad y Depresión de Beck.</p> <p>Descripción de Ansiedad y su contribución en el proceso de enfermedad.</p> <p>Descripción de la Depresión y su contribución en el proceso de enfermedad.</p>	<p>Elaborar una lista de las cosas que le preocupan de la cirugía. (Anestesia, dificultad, complicaciones, etc.)</p>	<p>Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck.</p>

<p>La 2ª sesión se realizará cuando el paciente acuda a estudios de laboratorio y ecocardiografía.</p> <p>Sólo el paciente</p> <p>Tiempo :40 - 50 min</p>	<p>El paciente modificará pensamientos de preocupación real y/o irracional generando alternativas de sustitución de pensamientos.</p> <p>Técnica: Reestructuración cognitiva.</p>	<p>Revisión de la tarea y simultáneamente se utilizará para realizar un ejercicio donde el paciente identifique y separare los pensamientos de preocupación real y los pensamientos irracionales con ayuda del psicólogo.</p> <p>Dar información al paciente, acerca de la relación entre pensamiento, conducta y emoción; así como las contribuciones positivas y negativas que tiene el modificar o no pensamientos.</p> <p>Modelado de sustitución de pensamientos irracionales a pensamientos más adaptativos.</p>	<p>Realizar un listado de situaciones en donde siente “ponerse nervioso” o que le causan ansiedad.</p> <p>Realizar un listado de sensaciones que experimenta físicamente cuando se enoja, se asusta o tiene “nerviosismo” – ansiedad-</p>	<p>Observación directa</p>
---	---	--	---	----------------------------

		<p>Modelado de generación de pensamientos alternos a las preocupaciones reales.</p> <p>Reproducción por parte del paciente del modelado con ejemplos planteados por el psicólogo.</p>		
<p>La 3ª sesión se realizará cuando acuda nuevamente a consulta externa para verificar los resultados de sus estudios y se le plantee como alternativa terapéutica la cirugía cardíaca.</p> <p>Paciente y familiar. Tiempo: 40 - 50 min</p>	<p>El paciente y el familiar realizarán por si solos la respiración diafragmática en situaciones que les generen ansiedad.</p> <p>Técnica: Psicoeducación Respiración diafragmática.</p>	<p>Descripción de la relación entre los pensamientos registrados en la lista, la inmediata manifestación de la sintomatología física y la conducta a realizar que interfiere con sus actividades diarias, incrementa el nivel de ansiedad, la probabilidad de presentar depresión o trastornos de sueño.</p> <p>Proporcionar información acerca</p>	<p>Realizar diariamente 5 respiraciones diafragmáticas en tres momentos del día, los cuales deberá registrar.</p> <p>Redactar brevemente en tercera persona, como si se</p>	<p>Observación directa y autoregistro de respiración diafragmática .</p>

		<p>del objetivo de la respiración diafragmática, los momentos en los que la puede realizar, la descripción de cómo practicarla y el modelado de la misma.</p> <p>Se solicitará al paciente y su familiar seguir las instrucciones proporcionadas por el psicólogo para realizar la respiración diafragmática.</p> <p>Realizar junto con el paciente y su familiar los ejercicios, aclarar dudas, solicitar al paciente que exprese si hubo mejoría y registrarlo. Solicitar que lo realice por si solo para evaluar la correcta ejecución y corregir errores.</p>	<p>tratará de algo que está relatando, cómo es el momento antes de irse a su habitación donde duerme, cuando ya se encuentra recostado para dormir hasta el despertar del día siguiente. Se ejemplifica al paciente y se resuelven dudas.</p>	
--	--	---	---	--

<p>La 4ª se realizará cuando el paciente acuda a exámenes preoperatorios.</p> <p>Paciente.</p> <p>Tiempo: 40 – 50 min</p>	<p>El paciente reproducirá la relajación progresiva.</p> <p>Técnica: Psicoeducación. Relajación Progresiva.</p>	<p>Se revisará la tarea señalando al paciente la interferencia de la ansiedad en el sueño y las alternativas de modificación.</p> <p>Se realizará un ejercicio base para que el paciente detecte la diferencia entre tensión y relajación.</p> <p>Se explicará al paciente en qué consiste la técnica de relajación progresiva, los momentos en los que se puede utilizar, los beneficios y la importancia de incorporarla como un elemento adicional al tratamiento.</p> <p>Se inicia ejercicio de relajación progresiva solicitando al paciente seguir atentamente las</p>	<p>Practicar la relajación en casa, por lo menos una vez al día y elaborar un autoregistro en la libreta.</p>	<p>Observación directa y autoregistro de relajación.</p>
---	--	--	---	--

		indicaciones proporcionadas por el psicólogo.		
<p>La 5ª sesión se realizará en el día del Internamiento, posterior a la visita del anestesiólogo, cuando el paciente ya se encuentre en el piso y cuarto asignado.</p> <p>Paciente y familiar</p> <p>Tiempo: 40 minutos</p>	<p>El paciente y el familiar reproducirán la relajación progresiva y la respiración diafragmática guiados por el terapeuta.</p> <p>Técnica: Relajación progresiva Respiración diafragmática.</p>	<p>Se invitará al familiar a realizar una sesión de relajación progresiva. Se iniciará dando indicaciones al paciente y al familiar para la realización de la técnica combinada con la respiración diafragmática.</p> <p>Se modificarán posibles errores durante la ejecución y se proporcionarán alternativas para resolver obstáculos durante el ejercicio.</p>		Observación directa.
<p>La 6ª sesión se realizará después de la cena del mismo día del internamiento.</p> <p>Lugar: En la habitación asignada</p>	<p>El paciente se relajará progresivamente.</p> <p>Técnica: Relajación progresiva.</p>	<p>Se solicitará seguir atentamente las indicaciones dadas por el terapeuta.</p> <p>Se modificarán posibles errores durante la ejecución y se</p>	<p>Dormirse temprano. Seguir las indicaciones por el personal médico.</p>	Observación directa.

<p>en el momento del internamiento.</p> <p>Paciente</p> <p>Duración:</p> <p>40 min.</p>		<p>proporcionarán alternativas para resolver obstáculos durante el ejercicio.</p>	<p>Realizar 5 respiraciones diafragmáticas mientras espera a que llegue el camillero por ella para prepararla para la cirugía.</p>	
---	--	---	--	--

Tabla 2. Fase Postoperatoria.

Sesión/ Lugar Participante/Duración	Objetivo/Técnica	Actividad	Tareas	Forma de evaluar
<p>La 7ª Sesión se realizará posterior a la cirugía y cuando el paciente tenga dos días de haber regresado a la habitación designada.</p> <p>Sólo el paciente</p> <p>Tiempo: 40 min</p> <p>Después del desayuno.</p>	<p>El paciente modificará pensamientos negativos por pensamientos positivos.</p> <p>Técnica: Psicoeducación y Reestructuración cognitiva.</p>	<p>Solicitar al paciente a expresar las emociones y pensamientos que ha generado a partir del despertar de la anestesia hasta ese momento.</p> <p>Se generarán junto con el paciente alternativas de sustitución de pensamientos negativos a positivos.</p>	<p>Solicitar al paciente a modificar en la medida de lo posible los pensamientos negativos que genere.</p>	<p>Reporte verbal.</p>

<p>La 8ª sesión será cuando se dé, el alta al paciente.</p> <p>Lugar: En la habitación asignada al paciente desde el internamiento.</p> <p>Paciente</p> <p>Duración: 40-50 minutos</p>	<p>El paciente generará alternativas de solución a pensamientos y/o situaciones que representen un obstáculo o dificultad para él.</p> <p>Técnica: Psicoeducación Reestructuración cognitiva. Resolución de problemas.</p>	<p>Solicitar al paciente mencionar las indicaciones dadas por el personal médico durante su recuperación.</p> <p>Identificar qué indicaciones considera difíciles y/o poco probables de realizar por temor. Analizar junto con el paciente la importancia de apegarse al tratamiento.</p> <p>Informar acerca de la relación entre sueño y cicatrización.</p> <p>Realización de un</p>	<p>Transcribir el horario realizado en una mitad de pliego de cartulina, del color deseado y pegarla en un lugar visible para el paciente.</p> <p>Elabore un listado de situaciones/indicaciones difíciles para él, con por lo menos tres alternativas de solución.</p>	<p>Horario de actividades y listado de alternativas.</p>

		horario de actividades estableciendo junto con el paciente rangos de tiempo en las actividades a realizar durante la recuperación. Retroalimentación.		
--	--	--	--	--

Tabla 3. Fase de Seguimiento

Sesión/ Lugar Participante/Duración	Objetivo/Técnica	Actividad	Tareas	Forma de evaluar
<p>La 9ª sesión se realizará cuando el paciente acuda a su primera cita a consulta externa con su cardiólogo tratante. Posterior a su cita, se le esperará en el consultorio o cubículo asignado para el proyecto.</p> <p>Paciente.</p> <p>Duración: 40 minutos.</p>	<p>El paciente generará alternativas de adaptación a su nueva condición de salud.</p> <p>Técnica: Psicoeducación.</p>	<p>Se solicitará al paciente exprese las dificultades de adaptación en el lapso de tiempo comprendido entre el alta y su primera revisión.</p> <p>Dar retroalimentación generando junto con el paciente alternativas para un estilo de vida apegado a las</p>	<p>Iniciar una actividad agradable de su elección.</p>	<p>Reporte verbal.</p> <p>Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck.</p>

		indicaciones médicas.		
<p>La 10ª sesión se realizará cuando el paciente acuda a la segunda cita en consulta externa con su cardiólogo tratante.</p> <p>Posterior a su cita se le esperará en el cubículo asignado para el proyecto.</p> <p>Sólo se trabajará con el Paciente.</p> <p>Duración; 40 minutos.</p>	<p>El paciente incorporará las recomendaciones médicas generales en su nueva condición de salud.</p> <p>Técnica:</p> <p>Psicoeducación.</p>	<p>Se analizarán junto con el paciente los cambios de hábitos que ha tenido a partir de la intervención quirúrgica, cuáles de ellos ya se suspenderán, cuáles de ellos permanecerá y si se incorporará algunos más a su nuevo estilo de vida.</p> <p>Informarle de la importancia de mantener estos</p>		

		<p>hábitos saludables y generar junto con el paciente una lista de conductas saludables.</p> <p>Aplicación del inventario de ansiedad y depresión de Beck.</p> <p>De ser necesario recomendar continuar con intervención psicológica, ya sea dentro del instituto o con algún psicólogo particular.</p>		
--	--	---	--	--

CONCLUSIONES

La pérdida de la salud representa para el ser humano un cambio en el estilo de vida, ya que debe formar nuevos hábitos, en ocasiones debe incorporar algún medicamento a determinada hora y todos los días, debe modificar su alimentación, faltar al trabajo o hasta abandonarlo para acudir a las consultas médicas si estas son frecuentes o deben hospitalizarlo, ya sea porque la sintomatología es severa y le imposibilita realizar las actividades laborales o bien porque será intervenido quirúrgicamente. De manera paralela a la modificación de las conductas habituales, las cogniciones y las emociones también presentan una desestabilización, que podría ser de mayor impacto cuando el individuo conoce que su padecimiento es cardíaco de tipo congénito, ya que el corazón es concebido, al igual que el cerebro, un órgano de vital importancia para el ser humano. Generalmente cuando se padece alguna enfermedad, se busca saber qué la ocasionó o cómo es que se pudo desarrollar, si el individuo tuvo algún tipo de participación que contribuyera a su aparición.

En el caso de las enfermedades congénitas cardiovasculares y específicamente de las de comunicación interauricular, su ocurrencia se relaciona con algún tipo de alteración desde la etapa fetal del individuo o bien podría deberse a un mecanismo que no se completó adecuadamente en el momento del nacimiento. Algunos casos se detectan al nacer mientras que en otros, es hasta la edad adulta donde se diagnostican, debido a que en ocasiones los síntomas no se manifiestan y eso dificulta su detección. A partir del momento en que se conoce el padecimiento, el individuo, generalmente muestra tristeza y melancolía, buscando un aislamiento personal que puede durar unos minutos o hasta el fin de la enfermedad. Presentan también otras reacciones como rabia, resentimiento, hostilidad, tristeza por el tiempo desperdiciado cuando poseía la salud; miedo, por ver ante sí, un peligro o causa posible de muerte, por padecer una enfermedad que afecta al órgano donde

se centra la naturaleza de la vida. Esto ocasiona preocupación, ansiedad y depresión por añorar y comparar su situación pasada y la presente, sentimientos de inutilidad, manifestarse culpables de todo lo malo que sucede en su entorno, se presentan pensamientos irracionales y desesperanza profunda, y puede generarse una percepción de un daño anticipado que puede ser interno o externo.

Cada persona tiene un estilo particular de procesar los sucesos de su vida, dependiendo de las características individuales y de la importancia atribuida a este padecimiento y a su tratamiento que quedará a consideración del especialista, debido a que no solo se debe eliminar la sintomatología que imposibilita al paciente, sino también se deben investigar las causas, repercusiones de un diagnóstico tardío y las posibles opciones de tratamiento, ya sea correctivo o paliativo, haciéndole saber al paciente de manera, clara, oportuna y veraz, como se menciona en la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes. Cuando los especialistas han determinado que el tratamiento más adecuado y quizá el único que se puede implementar para corregir y mejorar la calidad de vida del paciente, es la cirugía cardiotorácica, se inicia para el paciente un incremento paulatino de estrés y ansiedad, debido a diversos estudios, tanto invasivos como rutinarios, la información que circula a su alrededor, pocas veces entendida con claridad, pero interpretada por el individuo de manera catastrófica por el desconocimiento de la terminología médica, la incertidumbre del éxito de la cirugía, el desconocimiento del costo económico que generará, el poner en duda la capacidad de sí mismo para enfrentar esta situación, la preocupación de posibles complicaciones posteriores a la cirugía, y es, justamente en este momento donde la intervención del psicólogo cobra mayor relevancia; implementando un programa de intervención psicológica que prepare al paciente y a su familiar para afrontar este proceso, mediante información clara y sencilla de los momentos que se irán dando, de las sensaciones que experimentara y de la conducta saludable que necesita desarrollar.

Es importante señalar que un abordaje excelente que implementa el INCICH, es la evaluación del paciente por parte del anestesiólogo, quien generalmente visita al paciente un día antes de la cirugía para valorar el estado de salud general y determinar si está en condiciones de ser intervenido, le explica a la persona de manera breve y clara el proceder quirúrgico y las sensaciones que experimentará cuando sea aplicada la anestesia, las sensaciones de estar entubado y en qué momento será extubado, esto puede contribuir a disminuir un poco la incertidumbre del paciente por desconocer cómo será el proceso; esta información puede ser utilizada por el paciente para sacar deducciones irracionales o bien crear pensamientos amenazantes o catastróficos. Ruiz, Muñoz, Olivero e Islas (2000) mencionan que a diferencia del médico general, del clínico o del cirujano, el anestesiólogo tiene generalmente poco tiempo para estudiar a cada uno de los pacientes antes de la intervención quirúrgica y como ya se mencionó, este breve momento podría generar un incremento en el nivel de ansiedad del paciente al sentir que se acerca al momento de la cirugía. La importancia de la intervención del psicólogo posterior a la visita del anestesiólogo, radica en que a través de la técnica de Psicoeducación el paciente y su familiar puedan expresar las preocupaciones reales o irracionales que se hayan generado a partir de la información proporcionada.

La propuesta de intervención psicológica pre y post quirúrgica en pacientes con cardiopatías congénitas pretende brindar herramientas de afrontamiento, preparando cognitivamente y conductualmente al paciente para enfrentar ese momento de manera óptima, generando beneficios tanto al paciente como para la institución. Se espera, en base a las investigaciones realizadas, que si el paciente tiene una intervención previa a la cirugía en donde se le proporcione información en un lenguaje claro y lo más sencillo posible, disminuirá la ansiedad generada por el desconocimiento de la terminología médica y las interpretaciones equivocadas que hace de ésta. El personal médico tendrá el beneficio de un paciente más cooperativo, más participativo, más consciente de su proceso y que podrá apegarse al tratamiento, no sólo por prescripción sino también se involucra de

manera positiva y comprometida en su tratamiento, como puede ser acudir puntual a sus estudios preoperatorios y a sus consultas pre quirúrgicas. Al disminuir el nivel de ansiedad en el paciente incorporando las respiraciones diafragmáticas y la relajación progresiva, los músculos experimentan menos tensión y disminuye la probabilidad de contracturas más dolorosas posteriores a la intervención. Un paciente que es preparado para auto-controlarse antes y después de la cirugía siente que tiene una participación importante en ella, y no solo está en manos de los médicos, la responsabilidad es compartida y todos tienen algo que hacer para contribuir a la resolución positiva de ese proceso. Por tanto, el paciente puede tener una participación importante, siente que tiene parte del control, al menos de sus emociones y de la forma de afrontar la cirugía, antes y después.

Posterior a la intervención, el paciente ya conoce parte de los síntomas que experimentará y esto contribuye a que se muestre más accesible y cooperador en el momento de hacer alguna aspiración en el momento que se encuentre entubado o bien cuando será extubado, a que no se asuste por los síntomas que experimenta y no solicite constantemente la presencia de algún médico o del enfermero de terapia intensiva. El paciente sabrá que el dolor es algo que sentirá resultado del mismo proceder, que es muy importante que tosa por el beneficio que trae a nivel pulmonar y no solamente seguirá indicaciones de las cuales desconoce el para qué. El familiar también ha sido guiado en este proceso para disminuir su ansiedad ante la cirugía y con esto poder ser un apoyo adecuado para el paciente y evitar que presente un desgaste emocional y físico como cuidador primario.

Esta propuesta se realizó teniendo en cuenta las aportaciones metodológicas de diversos estudios, enfocándose a brindar beneficios al paciente, al familiar y a la institución. Si el paciente conoce con claridad su padecimiento, los procedimientos médicos, la manera en que él puede ayudar, los beneficios de apegarse a las indicaciones postquirúrgicas, la importancia de modificar su estilo de vida y que esto no significa abandonar conductas agradables, sino a sustituir o modificar un

poco y en beneficio de su salud, el paciente será menos demandante con los médicos por situaciones que no ameritan la intervención de ellos. El paciente adquiere autonomía al saber perfectamente cada paso de su proceso y por qué se da. Se espera que tenga menos tiempo de hospitalización, mejor cicatrización, evitar trastornos de sueño o alimenticios, menores complicaciones y una baja probabilidad de adquirir infecciones dentro del hospital a causa de inmunosupresión.

Sería deseable y recomendable que se integraran dentro del protocolo pre quirúrgico a la intervención psicológica, de esta manera no solo se revisaría la estabilidad física del paciente, si no también se evaluaría su estabilidad emocional y se prepararía a éste para la intervención cardiaca y para integrarse con una conducta más adaptativa a su entorno. De ser necesario también sería importante considerar problemáticas generales del paciente, no solo el impacto del diagnóstico y de la cirugía, si no también si existe alguna predisposición para presentar algún trastorno emocional, como ansiedad, depresión; algún tipo de trastorno psiquiátrico o bien ya existe alguno; y de ser así, canalizar con el o los especialistas correspondientes para la recuperación del individuo.

Tomando como base lo mencionado, anteriormente, podría darse continuidad investigando quizá, cuántos de los pacientes intervenidos quirúrgicamente del corazón, presentaron, tanto a corto como a largo plazo, algún trastorno, donde fuera oportuna la medicación psiquiátrica.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, R. (1994). El paciente crónico y su entorno social. *Nefrología*. 14 (1). 24-26. Recuperado en <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P7-E110/P7-E110-S140-A2593.pdf>
- Alva, E.C. (2006). Ante el adulto con cardiopatía congénita. *Revista Mexicana de Cardiología*, 17 (3), 155- 158. Recuperado de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/contenido.cgi?IDREVISTA=25&IDPUBLICACION=1015>
- Attie, F. (2001). Cardiopatías congénitas en el adulto. *Archivos de Cardiología de México*, 71 (S1), 10-16. Recuperado de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=12&IDARTICULO=10671&IDPUBLICACION=1162&NOMBRE=Archivos de Cardiología de México>
- Attie, F. (2004). Aspectos de interés en la cardiopatía congénita del adulto. *Archivos de Cardiología de México*. 74 (2). S410 –S417. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2004/acs042bh.pdf>
- Ávila, V. N, Kuri, A. J, Rodríguez, C.L.L, Meléndez, R.G, Trevethan, C.S, Quiroz, M.A, Herrera,B.H, Herrera, A.V, Martínez, H.H, y Martínez, R.M.A. (2010). Reducción de la morbilidad y de los costos hospitalarios en cirugía cardiaca, mediante una estrategia prequirúrgica ambulatoria. *Archivos de Cardiología de México*, 80 (4), 229-234. Recuperado de www.elsevier.es

Barquín, C. M. (2002). La Moderna Salud Pública. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social*. 40 (6), 483-486. Recuperado de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/contenido.cgi?IDREVISTA=46&IDPUBLICACION=379>

Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. España: Paraninfo.

Buendía, A. (2005). A propósito de las cardiopatías congénitas. *Archivos de Cardiología de México*, 75 (4), 387-388. Recuperado de <http://www.cardiologia.org.mx>.

Castellanos, P.L. (1990). Sobre el concepto salud enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. *Boletín Epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud*, 10 (4). Recuperado de <http://www.baemprende.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/castellanos.pdf>.

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

Castillero, A.Y. y Valdés, P.L. (2002). Valoración y tratamiento de los trastornos del sueño en pacientes sometidos a estudios invasivos y/o cirugía cardiovascular. *Revista Cubana de Psicología*, 19(3), 257-261.

Da Silva, A.M. (2007). *O acompanhante do paciente adulto hospitalizado: Percepção dos enfermeiros*. Dissertação apresentada á Universidad Guarulhos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. San Pablo. Brasil. Recuperado de http://tede.ung.br/tde_arquivos/2/TDE-2008-01-11T124734Z-12/Publico/Aline%20Maria%20da%20Silva.pdf.

De la Paz, E.C; Prego, B.C y Barzaga, H.E. (2006). Miedo y ansiedad a la anestesia en pacientes sometidos a cirugía. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 29, (3), 159-162. Recuperado de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=37&IDARTICULO=9308&IDPUBLICACION=1023&NOMBRE=Revista%20Mexicana%20de%20Anestesiolog%EDA>.

Domínguez, D.A.C (1981). *Las enfermedades del corazón y la fenomenocardiografía*. México: Unión gráfica S.A. Offset Universal.

Echeburúa, E y De Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento Cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. *Revista de Análisis y Modificación de conducta*. 25, (102), 585-614. Recuperado de: <http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/3-avances.pdf>

Flórez, F. M. L. (2001). *Enfermería en Salud Cardiovascular*. Tesis para optar al título de Maestría. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/trabajos_originales.html.

Foster, E. (1997). Cardiopatías congénitas en el adulto (25). En Crawford, M.H. (Ed). *Diagnóstico y tratamiento en cardiología*. (pp. 419- 468) México: El Manual Moderno.

Galindo, L.A. (2006). Proyecto de intervención psicológica en las familias de niños con cardiopatías congénitas: Aplicación de un programa de relajación progresiva. *Mapfre medicinal*, 17 (1), 38-46. Recuperado de <http://www.elsevier.es>

García, G.L.; Benito, F.; Portela, F.y Caffarena, J. (2010). Novedades en Cardiología pediátrica, cardiopatías congénitas del adulto y cirugía cardiaca de cardiopatías congénitas. *Revista española de Cardiología*. 63 (1). Recuperado en http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13146750&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=99&accion=L&origen=elsevier&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v63nSupl.1a13146750pdf001.pdf

García, J. C., Martínez, M. R., y García, N. S. (s/f) Revisión bibliográfica sobre la información y otras intervenciones educativas y psicológicas preparatorias para la cirugía. *Revista de Enfermería Clínica*, 2 (1), 20-25. Recuperado de <http://departamento.enfe.ua.es/profesores/miguel/documentos/preparacion%20cirugia.pdf>

García, R.C, Medina, C.M.E, Solano, S.G, Gómez, T.D y Gómez, M.V (2010). El impacto del diagnóstico: experiencia descrita por mujeres con hipertensión

arterial. *Revista de Enfermería*. 14 (1), 33-38. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a06.pdf>

Godoy, J. (1999). Psicología de la salud: delimitación conceptual (1). En Simón, M.A. (coordinador). *Manual de Psicología de la Salud: Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*, (pp. 39-75). Madrid: Biblioteca Nueva.

Gómez, R.M.T. (2007). La Psicología de la Salud en un Hospital de cuarto nivel de complejidad. *Psychología. Avances de la disciplina. Revista de la Facultad de Psicología*, 1(2), 159-179. Recuperado de http://c3280-83.impsat.com.co/Nuestra_Universidad/Publicaciones/Psychologia/Volumen_1N2_2007/PS_hospital.pdf

Guadalajara, B.J.F. (2006) *Cardiología*. México: Méndez Editores. 6ª Edición.

Haro, F.F. y Martínez, L. M,B. (2002). Instrumentalizar la comunicación de la relación enfermera-paciente como aval de calidad. *Revista de Calidad Asistencial*, 1 (8), 613-618. Recuperado de <http://www.elsevier.es>

Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Beck para residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31. Recuperado de: http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Estudios_encuestas_escalas_y_cuestionarios/Articulos/inventario_beck.pdf.

Kendall, P.C. y Ford, J.D. (1998). Manejo cognoscitivo-comportamental del estrés como estrategia en Medicina Conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20(1), 55-70.

Laurell, A. C. (1982) La Salud- Enfermedad como proceso social. *Cuadernos médicos sociales*. 19. 1-11. Recuperado de <http://www.diadelemprendedor.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/laurell.pdf>

León, C. A. y Salazar, V. C. (2008). Valoración psicológica perioperatoria en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular. *Revista Costarricense de Cardiología*, 9 (3), 11-15.

Luzoro, G. J (1992). Psicología de la salud. *Revista de Psicología*, 111(1), 25- 29.

Martín, A.L. (2003). Aplicaciones de la Psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública*. Versión on-line, 29 (3). Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n3/spu12303.pdf>.

Martín, M.J. (2003). Intervención psicológica en un servicio de Cardiología,(13).En Remor, E, Arranz. P y Villa,S. (Eds.) El psicólogo en el ámbito hospitalario.(pp 349-369).Desclée de Brouwer. Biblioteca de Psicología. España.

- Martín, R.A. y Pérez, S.G.M. (2007). Influencia de la Unidad de Cuidados Intensivos en los familiares de pacientes con mala calidad de vida. *Red de revistas científicas de América latina y el Caribe, España y Portugal*. Universidad Autónoma del Estado de México, 7(1), 71-82. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/337/33770105.pdf>
- Martínez, A.E., Piqueras, J.A., y Ramos, L.V. (2010). Emotional intelligence in Physical and Mental Health. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8 (2), 861-890. Recuperado de http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/21/english/Art_21_432.pdf
- Miró, J. (1998). Cirugía, estrés y estrategias de afrontamiento: un análisis exploratorio. *Anuario de Psicología. Facultad de Psicología*. Universidad de Barcelona. 29 (3), 73- 87.
- Moix, J.Q. (1994). Emoción y Cirugía. Universidad Autónoma de Barcelona. *Anales de Psicología*, 10 (2), 167-175. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/view/29651/28701>
- Moix, Q. J. (1997). Evaluación de la ansiedad en la anestesia del quirófano. *Medicina Clínica*. Universidad Autónoma de Barcelona. 108 (4). 157 – 163. Recuperado de <http://revistas.um.es>
- Moix, Q. J., Casas, P.J.M., López, H.E., Quintana, E.C., Ribera, S.C y Gil, G.A. (1993). Facilitación de la recuperación postquirúrgica a través del suministro

de información y del apoyo psicológico. *Revista Control de calidad asistencial*, 8 (1), 13-17. Recuperado de <http://www.elsevier.es>

Moix, Q.J. (1994). Emoción y cirugía. Universidad Autónoma de Barcelona. *Anales de psicología*. 10 (2). 167- 175. Recuperado de <http://digitum.um.es/jspui/handle/10201/10081>

Oblitas, L.A. (2006). *Psicología de la salud*. México: Thomson Editores.

Orgilés. A.M, Méndez, C. X., Rosa, A.A.I E inglés, S.C.J. (2003). La terapia Cognitivo-Conductual, en un problema de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Anales de Psicología*. 19 (2), 193-204. Recuperado de <http://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/8011/1/La%20terapia%20cognitivo-conductual%20en%20problemas%20de%20ansiedad.pdf>

Pazmiño, M. J. C (2011). *Proyecto de intervención Psicológica en pacientes adultos del área cardiovascular del hospital Carlos Andrade Marín*. Tesis no publicada de Pregrado de Psicología. Universidad Politécnica Salesiana. Ecuador. Recuperado de <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/1324>.

Perich, D.R.M. (2008).Cardiopatías congénitas más frecuentes. *Pediatría Integral*. XII(8).Recuperado de <http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/ USER /PI 12 8.pdf#page=56>

- Piña, J., y Rivera, B. (2006). Psicología de la Salud: Algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55 (3), 669-679. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v5n3/v5n3a19.pdf>
- Pires, V.T.V; Mendonca, M.E y Spadoti, D.R.A (2006). Sentimientos de pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. 14 (3). Recuperado de <http://www.scielo.br>
- Reynoso, E. L. y Seligson, N.I. (2005). *Psicología clínica de la Salud. Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Rhot, E. (1990). Aplicaciones Comunitarias de la Medicina Conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 22 (1), 27-50.
- Ríos, M.B.P, Huitrón, C. G y Rangel, R. G.A (2009). Psicopatología y personalidad de pacientes cardiopatas. *Archivos de cardiología de México*. 79, (4), 257-262. Elsevier.
- Rodríguez, C.L.L., Kuri A.J., Avila, V N., Trevethan, C.S., Quiroz, M.A., Muñoz, C. E., Rodríguez, R.F.F., Fiscal, L.O.J., Barragán, G.R., Herrera, A.V., Santibáñez, E.F., Lacy, N.M.C. y Martínez, R.M.A.(2010). Programa de estancia corta en cirugía cardíaca. Análisis de morbimortalidad en 533 casos en 5 años. *Archivos de cardiología de México*: Elsevier México. 80 (2). 100- 107. Recuperado de www.elsevier.es

Rodríguez, M. J. (1998). *Psicología de la Salud y Psicología Clínica*. Departamento de Psicología de la Salud. Facultad de Medicina. Universidad “Miguel Hernández” de *Elche Alicante*. España. 69. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=772>.

Rodríguez, O.G. (2010). Desarrollo de la medicina conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1 (1), 5-12.

Simón, M. A. (1999). *Manual de Psicología de la salud*. S.L. Madrid España: Biblioteca Nueva.

Tena, T.C, Ruelas, B. E, Sánchez, G.J.M, Rivera, C.A.E, Moctezuma, B.G, Manuell, L.G.R, Ramírez, R.A, Casares, Q.S, Hernández, G. L.E, y Migoya, V.A (2002). Derechos de los pacientes en México. *Revista Médica del IMSS*.40, (6), 523-629. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2002/im026k.pdf>.

Trevethan, C.S., Santibáñez, F., Kuri, A.J., Chavéz, R.I., Martínez, R.M.A., Lorenzo, N.J.A., Altamira, M.P., González, B.C., Casanova, J.M., Flores, M.A.L. y Attie, F. (2001). Vía rápida para la cirugía cardiaca” *Archivos de Cardiología de México*, 71 (3), 214-220. Recuperado de www.elsevier.es

Vega, H.S. y Ferreira, G.M.S. (2006). Experiencia tanatológica en un grupo de apoyo de pacientes con hipertensión arterial pulmonar. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 14 (1) 10 - 15. <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/>

Velasco, M.L y Sinibaldi, J. J. F. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia: Sistemas, historias y creencias*. México. Manual Moderno.

Velázquez, M.O; Rosas, P. M; Lara, E.A; Pastelín ,H.G, Grupo ENSA 2000, Sánchez, C.C.; FauseAttie, F. y Tapia, C. R. (2003). Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México: Resultados finales de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. *Archivos de Cardiología de México*.73 (1). 1- 17. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2003/ac031i.pdf>

Vinaccia, S. (1988). Historia de la Medicina Comportamental en Colombia. *Revista Latinoamericana de psicología*, 20 (3), 385 -390.

Vinnacia,E. y Orozco, M.L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*.1 (2). pp 125-137. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/diver/v1n2/v1n2a02.pdf>

Werner, S. R., Chaves, M. E. M. (2005). Contribuicoes da psicologia da saúde-hospitalarnaatencaoao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20 (1), 50-55. Recuperado en <http://www.scielo.br/pdf/acb/v20s1/25568.pdf>

Zabal, C. (2001). *El cateterismo intervencionista en las cardiopatías congénitas*. *Archivos de Cardiología de México*. 71 (1). S188 – S191. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2001/acs011am.pdf>

A N E X O S

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de este documento, usted acepta la invitación a participar en el proyecto Intervención psicológica pre y post quirúrgica en pacientes adultos jóvenes con cardiopatías congénitas de manera enteramente voluntaria, y podrá suspender su participación en el momento que estime conveniente, sin que esto tenga consecuencias de ningún tipo para usted. La participación en el proyecto contempla la realización de 10 sesiones en un lugar destinado por la institución hospitalaria, teniendo como objetivo primordial que el paciente y su familiar o cuidador primario sean dotados de herramientas de afrontamiento, cognitivas y conductuales durante el tratamiento quirúrgico del padecimiento. La información obtenida se tratará como material confidencial y será conocido integralmente solo por el equipo a cargo de este proyecto.

Por medio de la presente y con previa aceptación por el comité del programa Vía Rápida para la cirugía cardíaca, Yo _____ acepto participar en todas y cada una de las sesiones del proyecto. Así mismo yo, _____ quien identifico mi parentesco con el paciente como _____, acepto participar en tres sesiones del proyecto. Declaramos que hemos leído el presente documento, se nos ha explicado en qué consiste, hemos tenido la posibilidad de aclarar nuestras dudas y tomo libremente la decisión de participar en este proyecto. Reconozco que se me ha entregado un duplicado firmado de este documento.

ATENTAMENTE

Nombre	Firma
Teléfono : _____	

Nombre del Testigo	Firma
Teléfono: _____	