



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGÍA

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA MODIFICAR LA
COMORBILIDAD EMOCIONAL PREOPERATORIA DEL PACIENTE
TRIBUTARIO A MARCAPASO EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

NORMA ANGÉLICA LEÓN PARDO

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: DR. CARLOS GONZALO FIGUEROA LÓPEZ
COMITÉ: MTRO. ALFONSO CORREA REYES
DRA. BERTHA RAMOS DEL RÍO
DRA. ROSA MARTHA MEDA LARA
MTRA. ROCIO ELIZABETH DÍAZ SANTANA

PAPIIT IN30371



México, D. F.

AGOSTO 2012



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGÍA

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA MODIFICAR LA
COMORBILIDAD EMOCIONAL PREOPERATORIA DEL PACIENTE
TRIBUTARIO A MARCAPASO EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

NORMA ANGÉLICA LEÓN PARDO

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: DR. CARLOS GONZALO FIGUEROA LÓPEZ
COMITÉ: MTRO. ALFONSO CORREA REYES
DRA. BERTHA RAMOS DEL RÍO
DRA. ROSA MARTHA MEDA LARA
MTRA. ROCIO ELIZABETH DÍAZ SANTANA

PAPIIT IN30371



México, D. F.

AGOSTO 2012

Agradecimientos

*“Nuestra mayor gloria no está
en no haber caído nunca,
sino en levantarnos cada vez que caemos”
GOLDMITH OLIVER*

Esta frase describe la filosofía de la vida que me ha enseñado la persona a la que le debo estar en este mundo, a la que más amo, admiro como mujer y persona; aquella persona que me cuida cuando estoy enferma, me alienta a seguir cuando me siento derrotada, limpia mis lagrimas si estoy triste y comparte una sonrisa para alegrarme la vida... Esto es tu triunfo mami... Esto es el resultado de tanto años de estudios, desveladas, regaños y comprensión, Gracias mamá.

Gracias a Dios por permitirme tantos años de vida y bendiciones, a mi Monchis que está en el cielo, este trabajo te lo dedico abuelito y sé que estas siempre conmigo, a todas las personas que me ayudaron a lo largo de este proceso.

A mi abue que me alienta a tener fe, a mi tía Gaby que me apoya siempre, a mi tía Vero que me escucha y me da un consejo; a mis tíos, a mi papi Ciro por escucharme y decirme ¡Échale Ganas!, a mis dos angelillos Arath y Monse que siempre pintan en mi una sonrisa y por supuesto no podían faltar mis dos grandes tesoros, confidentes y amigas Natalia y Marina, Gracias hermanitas esta tesis es para ustedes.

Gracias papá por ser un apoyo sabes que te quiero mucho y esta tesis es para ti.

Gracias Prof Carlos por sus palabras, opiniones, consejos y aguantarme en este tiempo, he aprendido mucho de usted y es un ejemplo a seguir.

Gracias a la Dra Rosa Martha por ser mi sinodal y participar en este proceso tan importante en mi vida académica, fue un honor para mí contar con su presencia en este trabajo.

Gracias Profe Rocio por sus palabras, consejos y guiarme, me debe mi fiesta he jaja.

Gracias Profe Bertha por sus observaciones y consejos, fue un placer que usted estuviera en mi jurado.

Gracias Profe Alfonso ha sido un gusto conocerlo, platicar con usted y que forme parte de este jurado.

Gracias Profe Tere sin su ayuda, sin sus palabras, sus consejos, su guía, esto no sería posible, usted es un ejemplo a seguir, le tengo un gran aprecio y admiración. Gracias por confiar en mí y darme la oportunidad de haber formado de un grupo tan especial Psicología de la Salud.

Gracias a PAPIIT por su apoyo.

Gracias Lau por estar en mi vida, por ser un ejemplo a seguir, por tus palabras de aliento, tu apoyo incondicional, por tantas aventuras, esta tesis no sería posible sin ti. Por supuesto a mi gran hermano Arturo que ha sido una pieza fundamental, gracias por tantos consejos y hacerme ver un mundo diferente.

Hay tantas personas que agradecer que me llevaría otra tesis en mencionarlas, pero que sin ellas simplemente esto no sería viable, quiero agradecerle a todos mis amigos (o) Blanca, Xochil, Naye, Karen, Diana, Miriam y Adriel, por apoyarme, darme ánimos y darme palabras de aliento. A mis amigos de psicología de la Salud de diferentes generaciones pero en especial a Samantha, Andrea, Tala y Sonia, gracias las quiero mucho chamcas y las admiro.

Gracias Sr. Benja por ayudarme y apoyarme tanto a lo largo de la carrera.

Por último no podría faltar la persona que ha sido el motor de mi vida, que me apoya siempre y sin ella tardaría más en titularme. Gracias mi amor por desvelarte conmigo, por alentarme, por cambiar mi vida, por ser ese ángel que me cuida y me ama. Esta tesis es para ti como cada logro que tengo en mi vida.

GRACIAS A TODOS

Índice

Resumen	1
Introducción	2
Capitulo 1 Preparación Psicológica para Procedimientos Invasivos	5
1.1 Antecedentes	5
1.2 Psicofilaxis quirúrgica	9
1.3 Elementos del Programa de Preparación Psicológica	12
1.3.1 Psicoeducación	13
1.3.2 Técnicas de Relajación	14
Capitulo 2 Factores Psicológicos asociados a Procedimientos Invasivos	15
2.1 Ansiedad	15
2.2 Depresión	18
2.3 Calidad de Vida	19
Capitulo 3 Arritmia Cardíaca	22
3.1 Definición	22
3.2 Clasificación	23
3.2.1 Bradiarritmia	24
3.2.2 Taquiarritmia	24
3.2.3 Bloqueo AV	25
3.3 Síntomas	26
3.4 Diagnóstico	27
3.5 Tratamiento	27
3.5.1 Farmacológico	27
3.5.2 Semiquirúrgico	27
3.5.3 Psicológico	29
Justificación	31
Planteamiento del problema	32
Objetivos	32
Método	34
Resultados	40
Discusión y Conclusiones	64
Referencias	68
Anexos	73

Resumen

El objetivo de este estudio fue implementar un programa de preparación psicológica para procedimientos invasivos en pacientes tributarios (candidatos) a marcapaso definitivo para modificar la comorbilidad emocional. Es un estudio descriptivo y transversal, participaron siete pacientes portadores marcapaso temporal hospitalizados en la Unidad 302 de Cardiología del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” (HGM), así como la unidad de Medicina Experimental (UME). Se aplicó un cuadernillo integrado por: el Cuestionario de Calidad de Vida (CVRS) y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Los resultados sugieren diferencias estadísticas significativa en los dominios del CVRS: limitaciones físicas $\alpha=0.028$, autoeficacia $\alpha=0.042$, interferencia social $\alpha= 0.026$, estado funcional $\alpha=0.027$, y en el resumen clínico $\alpha=0.018$.; y en el HADS en la escala de Depresión con $\alpha=0.020$. Estos datos ponen en evidencia la presencia de Ansiedad y Depresión preoperatoria y su modificación con la preparación psicológica; así como una mejora en la Calidad de Vida después de la implantación del dispositivo.

Palabras Clave: Preparación psicológica, Comorbilidad emocional, Procedimientos invasivos, Portadores de marcapaso.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo, ya que cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otro causa. Se calcula que en el 2004 murieron 17,4 millones de personas debido a estas enfermedades, lo que representa un 30% de muertes registradas en el mundo y para el 2015 se conjetura morirán cerca de 20 millones de personas por ECV, sobre todo por cardiopatías y Accidentes Vasculares Cerebrales (AVC), y se prevé que sigan siendo la principal causa de muerte (OMS, 2011).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reportó que en el 2007 ocurrieron 1.5 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares y se estimó que en el 2010 fallecieron por enfermedades cardiovasculares 18,1 millones de personas, de las cuales el 80% vivía en países de ingresos bajos y medianos (OPS, 2011).

Las Enfermedades Cardiovasculares forman parte de las principales causas de muerte en el país, la cardiopatía isquémica es responsable de más de la mitad de las muertes. En el 2009 se registraron 78.604 defunciones, siendo la causa principal de mortalidad las Enfermedades del Corazón (Vega, 2011).

Las causas de las ECV son multifactoriales pueden ser congénitas, derivadas de otras enfermedades (hipertensión, diabetes, obesidad, etc.) y por supuesto el estilo de vida el cual lleva implícito una serie de factores psicosociales como son: el estrés, ansiedad, la hostilidad, la ira y conducta tipo A. Es evidente que existe cierta conexión entre estos factores psicológicos y las enfermedades cardiovasculares. Tanto el estilo de vida y los factores psicosociales pueden ser modificados por el tratamiento conductual, en los que el paciente y el profesional trabajan juntos (Pickering, Clemow, Davison & Gerin, 2003).

Al tener un impacto los factores psicológicos en las enfermedades cardiovasculares y viceversa, nació un nuevo campo dentro de la psicología, la Cardiología Conductual que logra unir a cardiólogos y psicólogos para poder trabajar en un fin común, el informar y promover en la población un estilo de vida más saludable que ayude a prevenir el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, optimizar los resultados médicos y psicológicos en pacientes cardíacos y estimular la formación de redes de apoyo social para los pacientes.

La cardiología conductual ha demostrado que no solo los factores de riesgo son cuestiones biológicas sino que además existen los factores psicosociales que afectan directamente al corazón, principalmente el estrés, depresión, ansiedad y algunos patrones de comportamiento. Este nuevo campo de la psicología trata de dar una explicación de cómo es que estos factores interactúan para inducir algún tipo de trastorno cardiovascular y la modificación del estilo de vida para un mejor tratamiento contra la enfermedad (Figuroa, Domínguez, Ramos & Alcocer, 2009).

Como menciona Figuroa (2011) la Cardiología Conductual busca demostrar que una patología cardiovascular se debe estudiar no sólo enfocándose al corazón o a la enfermedad en sí, sino que se debe considerar su naturaleza multifactorial con la influencia de diferentes factores, entre ellos los psicosociales. Una vez detectados, junto con el tratamiento médico ofrecer alternativas de tratamiento psicológico que coadyuven a prevenir o en su caso a modificar algunos factores.

No se debe olvidar que el estar enfermo provoca experiencias emocionales desagradables que traen consigo emociones negativas como: ansiedad, ira, tristeza y depresión. Por eso es importante que en cualquier institución hospitalaria se aborde el tema de la salud desde una perspectiva integradora que incluya los aspectos biológicos, psicológicos y sociales (Sánchez, Velasco, Rodríguez & Baranda, 2006). Y más cuando habrá procedimientos invasivos como son las cirugías, las cuales, serán en muchas ocasiones una experiencia estresante por una variedad de razones. Las condiciones de recuperación y la evolución del evento quirúrgico pueden variar en función de la situación emocional del paciente (Gavito, Corona, Villagrán, Morales, Téllez & Ortega-Soto, 2000).

Para afrontar una intervención quirúrgica, los pacientes movilizan sus recursos emocionales y pueden adaptarse a los requerimientos del proceso perioperatorio en el que se encuentran. Sin embargo, este proceso de adaptación resulta no siempre exitoso y es cuando se produce consecuencias fisiológicas (temperatura elevada, dolor, infecciones, alteraciones en el ritmo cardiaco, etc.) y psicológicas (ansiedad, depresión, miedo, etc.) (Gavito, Corona, Villagrán, Morales, Téllez & Ortega-Soto, 2000).

Las intervenciones psicológicas enfocadas a enfermedades físicas (diabetes, hipertensión, cáncer, etc.) constan de brindar información sobre el proceso médico, de apoyar en la relación empática con su especialista, ofrecer técnicas de relajación autógena y desensibilización sistemática, entre otras, que buscan disminuir la ansiedad ante la cirugía y aumentar la probabilidad de una adherencia (Gómez, 2007).

Por esta la razón el propósito del siguiente trabajo es proponer un programa de preparación psicológica en pacientes con marcapaso temporal a fin de abrir una pauta para futuras investigaciones con este tipo de pacientes.

CAPITULO 1

Preparación Psicológica para Procedimientos Invasivos

1.1 Antecedentes

Uno de los primeros trabajos en el que se observó la importancia del “tratamiento psicológico” para facilitar la recuperación quirúrgica fue realizado por Egbert, Battit, Welch y Bartlet, en 1964, en el cual se comprobó que un grupo de pacientes que había recibido la visita del anestesta el día antes de la operación para dar información general acerca del procedimiento médico, comparando con un grupo al que sólo se le había administrado barbitúrico, necesito menos días para recuperarse, menos analgésicos y sufrió menos ansiedad (Castillero , 2007).

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

Madrigal *et al.* (2005) evaluó el efecto de un programa de psicoprofilaxis quirúrgica sobre las poblaciones linfocitarias en sujetos que van a ser tratados con cirugía sin ingreso, en 74 pacientes, divididos en un grupo control (n=37) y un grupo experimental (n=37). Se consideró dos momentos: un momento basal (consulta preoperatoria) y antequirófano (antes de comenzar la cirugía). El procedimiento de la psicoprofilaxis consistió en una entrevista, un video y un boletín de información y entrenamiento en habilidades para controlar la ansiedad. Se utilizaron las pruebas psicométricas Inventario de Ansiedad Estado de Spielberg (STAI) y el Cuestionario de Salud General (GHQ-28); y las poblaciones linfocitarias (linfocitos totales, CD 3, CD4, CD 4RA, CD 4RO, CD8, CD 56, CD 19 y CD 57). Se analizaron los datos con la prueba “t-Student” para datos apareados. Las puntuaciones del GHQ fueron de 17.7 para el grupo control y 17.4 para el grupo

experimental por lo tanto no se diferenciaban entre ambos grupos y las puntuaciones del STAI fue de 44.1 y 43.1 respectivamente en la fase basal mientras que en el antequirófano fue de 41.1 grupo control y 42.1 en el grupo experimental, aunque disminuye la ansiedad no es significativa ni intragrupo ni intergrupo. Con respecto a la población linfocitaria CD 19 disminuyó significativamente en el antequirófano en los pacientes del GC respecto a la situación basal y respecto al grupo control.

Brigas et al. (2006) propusieron un protocolo de evaluación e intervención psicosocial desarrollado en pacientes por cáncer de pulmón. Se utilizó una entrevista semiestructurada en la cual, se recoge los datos personales, aspectos médicos relacionados con el diagnóstico y tratamientos previos, la valoración de síntomas clínicos relevantes; se utilizaron la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD), el Cuestionario de Salud SF-36, la Entrevista diagnóstica M. I. N. I. (Mini International Neuropsychiatric Interview) y el Cuestionario de conocimiento de la Enfermedad. La intervención psicológica dependió de la información recogida y las necesidades propias de cada paciente. La intervención prequirúrgica se constituyó de: Psicoeducación, estrategias de afrontamiento adaptativas, manejo de la ansiedad anticipatoria y de dolor (por medio de respiración, relajación y visualización).

Cánovas et al. (1998) diseñó y comprobó la eficacia del programa psicológico en pacientes quirúrgicos, para reducir los niveles de ansiedad y depresión. La muestra estuvo compuesta por 30 mujeres divididas en dos grupos control y experimental, sometidas a una histerectomía abdominal. El programa psicológico se compuso de: información, expresión emocional, respiración, relajación, visualización, ejercicios para facilitar la recuperación. Para la evaluación psicológica se utilizaron el HAD y el Cuestionario de recuperación física. Se analizaron los datos con la prueba t de Student. Los resultados fueron: la ansiedad del grupo control prequirúrgica fue de 9.1 mientras en el grupo control fue de 7.8 y en la postquirúrgica fue de 8 y 3.8 respectivamente. Los puntajes de la depresión fue para el grupo control 4.8 y para el grupo experimental 3.9 en la fase prequirúrgica mientras que en la postquirúrgica fueron de 6.2 y 3.2 respectivamente. Los resultados muestran que el grupo experimental padeció menos ansiedad y depresión postquirúrgicas, sufrió menos dolor y complicaciones después de la operación, necesitó menos analgésicos, recuperó

antes sus funciones orgánicas, y se acortó su estancia hospitalaria con respecto al grupo control. Por tanto podemos concluir que el programa psicológico diseñado se mostró eficaz como facilitador de la recuperación en pacientes quirúrgicos.

Linares et al. (2007) implementaron un programa psicológico en el Servicio de Hematología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, con el cuál, se pretendió favorecer la adaptación, amortiguar el impacto psicológico y el sufrimiento asociado. Además disminuir, en lo posible, los efectos negativos como son la ansiedad y la depresión. El programa psicológico consistió en cuatro sesiones: 1. Análisis y manejo de la información, 2. Habilidades de afrontamiento, 3. Manejo del estrés y 4. Preparación para el aislamiento a nivel familiar. Se midieron las variables de ansiedad y depresión con la Escala de Ansiedad y Depresión (HAD) y el nivel de información con una escala categorial diseñada específicamente para este estudio. Los momentos de medida se realizaron al diagnóstico, al ingreso en cámara de aislamiento, a los cien días, a los seis meses, al año y a los dos años después del trasplante. Se formaron dos grupos principales; un grupo intervención y un grupo control. En este trabajo se mostró cómo los pacientes que reciben la intervención psicológica antes del trasplante, obtienen niveles menores en ansiedad y depresión, además de tener un nivel de información más elevado que los que no reciben dicha intervención.

Carapia, Mejía, Nacif & Hernández (2011) modificaron los niveles de ansiedad prequirúrgica a través de técnicas psicológicas. Por medio de una sesión individual, dividida en tres fases: *Pretratamiento* evaluando niveles de ansiedad, dolor y presión arterial; *Fase II Tratamiento*: psicoeducación, respiración diafragmática, reestructuración cognitiva, habilidades de comunicación y reforzamiento positivo; *Fase III de Posttratamiento*: se reevaluó ansiedad, dolor y tensión arterial. Se utilizaron una EVA y el Inventario de Ansiedad Estado de Spielberg (STAI). Los resultados obtenidos fueron de una muestra de 51 pacientes, el 64.7% eran de sexo femenino, 35.2% de masculino. Los nivel de ansiedad prequirúrgica reportados fueron 49% leve, 27.5% moderada y 23.5% severa. Ansiedad postoperatoria leve en todos los pacientes. Las técnicas psicológicas empleadas fueron: psicoeducación (27.40%), reforzamiento positivo (23.52%) respiración diafragmática (21.56%), otras técnicas variadas (27.52%).

No solamente se ha implementado programas de psicoprofilaxis en gente adulta sino tambien en niños.

Macedo, Parolo & Risso (2010) evaluaron el efecto de la preparación psicológica prequirúrgica, así como síntomas de ansiedad, miedos y preocupaciones relacionados con la hospitalización y la cirugía. Los participantes fueron tres niños y adolescentes con cardiopatías entre 9 y 14 años. Se utilizaron: una Entrevista estructurada, el Cuestionario de Preocupaciones en Cirugía Pediátrica, Escala de Miedo Hospitalar, la Escala de Ansiedad Manifiesta Niño Forma - MI-FI. La evaluación de la aplicación de las escalas fue llevada a cabo en dos momentos que precedieron a la cirugía, pre y posoperatorio. Los resultados de la evaluación premostraron la presencia de miedo, ansiedad y preocupación. En el caso 1 en la Escala de Miedo Hospitalar las puntuaciones fueron de 62.5 % en la pre y en la post de 43.75 %. En el caso 2 fue de 46.25 % y 58.75 % respectivamente y en el tercer caso fue de 37.50% y 36.25%. En el cuestionario de Preocupaciones en Cirugía Pediátrica, en el caso 1 los resultados fueron de 62.96 % en la pre y 23.14% en la postevaluación; en el caso 2 fue de 55 % y 62% respectivamente y en el caso 3 fue de 22% y 14.81 %. En la Escala de Ansiedad Manifiesta los puntajes fueron: caso 1 en la pre 62.16% y en la post 56.75%; en el caso 2 fue de 59.45% y 51%; y en el caso 3 fue de 16.21% y 21.62%. A pesar de las limitaciones del estudio por parte de la pequeña muestra de los sujetos fue posible concluir que la preparación psicológica es importante porque ayuda al desarrollo de estrategias más adecuadas de afrontamiento, la reducción de la aparición de problemas emocionales y de comportamiento en pre-y post-quirúrgico.

1.2 Psicoprofilaxis quirúrgica

Una situación psicosocial frecuente en cirugía es el estrés prequirúrgico. Con este término nos referimos a la alteración emocional que ocurre como consecuencia de la anticipación psicológica de la cirugía, que se desencadena en el antequirófano o en el quirófano mismo, antes de la administración de anestésicos o de la presencia de dolor (Madrigal et al., 2005).

Las características del procedimiento quirúrgico lleva implícito una serie de temores: miedo a no despertar de la anestesia, sentir dolor durante la operación, al dolor que puedan provocar los procedimientos invasivos previos a la intervención, entre otros, lo que, provocan altos niveles de ansiedad repercutiendo en el sujeto desfavorablemente (Barrilero, Casero & Cebrán, s.f.; Brigas et al., 2006).

Desde la notificación de la operación hasta el momento del alta se genera en la persona diferentes formas de ansiedad, fantasías y temores inherentes a la intervención. Por ejemplo, consideraciones sobre la propia enfermedad que lo ha llevado a la operación, preocupaciones por las alteraciones que introduce en la vida familiar, laboral y social en general. Por esta necesidad de atender los problemas psicológicos surge la *psicoprofilaxis quirúrgica* que es una preparación psicológica a la hospitalización y cirugía, la cual pretende que el impacto psicológico potencialmente traumático de la experiencia quirúrgica se reduzca y tienda al logro de una mejor adaptación a la situación pre y postoperatoria (Mangin, 2010).

Se sitúa claramente en el campo de la psicología preventiva, que remite a la anticipación de un daño o perjuicio que pueda ocurrir en el futuro con la finalidad de evitarlo. El trabajo de prevención psicoterapéutica consiste en colaborar con el paciente a elaborar lo que va a suceder para que pueda darle un sentido en lugar de quedar expuesto a las creencias, los prejuicios o las fantasías predominantes frente a un suceso traumático (Mangin, 2010).

Una preparación psicológica previa a la cirugía permite al paciente poner en funcionamiento mecanismos adaptativos que disminuyen y previenen la producción de trastornos psicológicos de entidad que se manifiestan en el postoperatorio y lo complican (Rodríguez et al., 2005).

Según Damiani (s.f.) la psicoprofilaxis implica tres etapas bien diferenciadas: la etapa inicial o preoperatoria, la etapa intermedia o intraquirúrgica y la etapa postquirúrgica. En la etapa preoperatoria, se establece el vínculo terapéutico con el paciente, se lleva a cabo una evaluación psicológica. En la etapa intraquirúrgica se busca la intervención activa del paciente, ayudándolo a:

- Estimular la manifestación de preguntas que le generen dudas, para que logre confianza en el equipo médico tratante.
- Realizar la reestructuración cognitiva de ideas preconcebidas, creencias y falsas expectativas en relación al proceso quirúrgico.
- Cuestionar perturbaciones del pensamiento como: catastrofización, minimización, magnificación.
- Distracción cognitiva: se genera una distracción en el paciente por medio de que cuente números o forme imágenes de una situación relajante. Los efectos son la reducción de la ansiedad y el dolor.
- Recordar: se le hace recordar a la persona acontecimientos pasados positivos; o recordar ocasiones en las que gracias a la habilidad se había superado con éxito algún obstáculo. Los efectos son la disminución de la presión sanguínea y la disminución de la ansiedad.
- Relajación: se entrena al paciente en relajación antes de la intervención quirúrgica y se le estimule a que la practique diariamente durante su convalecencia. Los efectos que se obtienen son la disminución de ansiedad, reducción de la toma de analgésicos, disminución de la presión sanguínea y la frecuencia cardíaca.

- Técnicas mixtas: en muchos casos las técnicas antes mencionadas se combinan. Se puede usar la relajación junto con técnicas informativas, apoyo psicológico con indicaciones conductuales, etc. Una técnica que se tiene en cuenta en las cirugías por la alta efectividad, es la "inoculación al estrés", ya que incluye tanto elementos cognitivos como conductuales (Damiani, s.f.).

En la etapa posquirúrgica se le pregunta sobre su estado general así como en la forma en que ha afrontado el acto quirúrgico además de promover la adherencia al tratamiento de rehabilitación.

Además se recomienda intervenciones guiadas a la corrección de hábitos de comportamiento de riesgo cardíaco y al entrenamiento en estrategias de afrontamiento de su enfermedad.

De acuerdo con Laham (2009) una eficaz intervención no sólo debería apuntar a la modificación de las conductas de riesgo, sino, también, a un cambio en las condiciones ambientales que garanticen la motivación y la adherencia a un nuevo estilo de vida. Por esta razón, no sólo es vital la información sobre los beneficios y los perjuicios de los hábitos nocivos y la aplicación de diferentes estrategias terapéuticas en la persona afectada, sino, también, es altamente favorable el trabajo terapéutico grupal y la promoción de redes de apoyo en su entorno más cercano: familia y amistades.

La intervención de terapias grupales es más efectiva por la razón que una persona que comienza a participar en estos grupos observa que no está sola. Este descubrimiento facilita el trabajo con aquellas consecuencias emocionales negativas ya comentadas: la depresión y la negación de la enfermedad. Pero, a su vez, el intercambio grupal mantiene la motivación y la adherencia a tratamientos para reemplazar hábitos nocivos, tratar conductas como la hostilidad y mantener una mejor calidad de vida.

Independientemente de los grupos terapéuticos, existe una clara necesidad de tratamientos individuales, de pareja y de familia. Lo que recomienda Laham (2009) es comenzar con un tratamiento intensivo que combine entrevistas individuales (una o dos por semana, según el caso) con la participación en grupos.

Actualmente, tienen la mayor aceptación aquellos programas que se basan en una metodología psicoeducativa de corte cognitivo, que incluye los siguientes puntos:

- Control de las emociones negativas: disminución de los niveles de ansiedad y depresión.
- Manejo del estrés, aumentando las habilidades de afrontamiento a situaciones amenazantes.
- Control de la hostilidad y la modificación de conductas consecuentes con esta emoción, tanto sea la agresión como la ira reprimida.
- Adquisición permanente de comportamientos saludables, modificando hábitos de riesgo cardíaco: tabaquismo, sedentarismo, dieta inadecuada.
- Aumento de las interacciones sociales.

Estos programas tienen como hilo conductor el pasaje de un sujeto pasivo sin control sobre su vida, (el paciente) a un sujeto activo que puede controlar su vida, dotándolo de estrategias y habilidades que le permitan interactuar y desarrollarse en su entorno, anulando las respuestas ansioso-depresivas, las reacciones de estrés frente a una valoración de las situaciones como amenazantes (Laham, 2009).

1.3 Elementos del Programa de Preparación Psicológica

Los Programas de Preparación Psicológica tienen cinco objetivos (Mangin, 2010):

- 1) Proporcionar información
- 2) Estimular la expresión emocional
- 3) Establecer relaciones de confianza entre el paciente y el personal del hospital
- 4) Suministrar información a los familiares
- 5) Proporcionar estrategias de afrontamiento al paciente.

Los programas diseñados para la preparación a la hospitalización y valorados experimentalmente incluyen un conjunto de técnicas como son: la transformación de información, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, el modelado simbólico etc.

En el programa realizado en esta investigación se incluyeron: Psicoeducación, Técnicas de relajación y Manejo de ideas irracionales ante el procedimiento quirúrgico.

1.3.1 Psicoeducación

El concepto de Psicoeducación podría definirse como: la aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los pacientes y a los familiares, información específica acerca de la enfermedad, y entrenamientos en técnicas para afrontar el problema. Es un proceso educativo mediante el cual el facilitador detalla y sumaria información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y óptimo abordaje de un padecimiento desde su entorno (Albarrán & Macías, 2007).

La información es el medio más accesible para proporcionar conocimiento al paciente, es el más utilizado, aunque no por ello el más eficaz, pues a veces no se asimila y tampoco se maneja la información dada. Se considera necesaria, pero insuficiente para una completa preparación psicológica (Mangin, 2010).

Rojas (2001) menciona que en el contexto hospitalario o de enfermedad, se necesita de la herramienta de la información para así poder salir adelante de una mejor manera, evitando angustias y problemas innecesarios.

Pedroche y Quiles (2000) mencionan que la información brindada en la Psicoeducación debe de explicar acerca de la hospitalización y la enfermedad que puede referir a procedimientos, sensaciones físicas que éstos producen, además, se entiende como un elemento importante para facilitar la adaptación del paciente además de aliviar preocupaciones cuando los pacientes se enfrentan a una situación médica.

1.3.2 Técnicas de Relajación

Hay una gran evidencia de que la relajación es un instrumento clínico útil en el tratamiento de problemas psicosomáticos asociados al estrés (dolor de cabeza, hipertensión, desórdenes gastrointestinales, etc.) y psicológicos, tales como el insomnio, la ansiedad y la depresión (Mangin, 2010).

De acuerdo con Castellero (2007) para tratar la ansiedad, las técnicas más eficaces son aquellas que combinan procedimientos cognitivos y conductuales, él hace referencia a la relajación como la ausencia de tensión o activación en el estado de un organismo, la cuál se manifiesta en tres niveles:

- a) Fisiológico: incluye los cambios somáticos, viscerales y corticales (cambios en la tensión muscular, tasa cardiaca, ritmos electroencefalograficos).
- b) Conductual: hace referencia a los actos externos directamente observables del organismo (expresiones corporales y faciales, actividad motora).
- c) Subjetivo: se refiere a la expresión interna consciente del propio estado emocional o afectivo del sujeto (calma tranquilidad).

Practicar la relajación proporciona que el individuo se de cuenta de que posee una forma de moderar sus reacciones ante la experiencia del estrés. El reconocimiento de esta capacidad puede reducir reacciones de ansiedad anticipatorias aumentando, al mismo tiempo, el sentidos de la propia eficacia (Mangin, 2010).

A lo largo del capítulo se presentaron diferentes estudios donde se puede observar el impacto de programas de preparación psicológica, sin embargo, no existen estudios previos de estos programas con pacientes cardiovasculares ni mucho menos con pacesintes con arritmias cardiacas.

CAPITULO 2

Factores Psicológicos asociados a los Procedimientos Invasivos

2.1 Ansiedad

De acuerdo con Valenzuela, Barrera y Ornelas (2010) la ansiedad se define como una condición emocional transitoria consistente en sentimientos de tensión, aprehensión, nerviosismo, temor y elevada actividad del sistema nervioso autonómico. Esta condición varía en fluctuaciones y grado de intensidad a través del tiempo. El acto anestésico-quirúrgico genera ansiedad en el paciente, por lo que se debe enfocar a disminuir la ansiedad mediante una adecuada atención hospitalaria que incluye consulta preanestésica oportuna, con la debida preparación psicológica y farmacológica del enfermo.

Existen diversos tipos de trastornos de ansiedad (de pánico, generalizada, trastornos mixtos ansioso-depresivos) sin embargo, la que se genera en el paciente por el acto anestésico-quirúrgico es un malestar psíquico y físico que nace de la sensación de peligro inmediato y se caracteriza por temor difuso (Valenzuela, Barrera, & Ornelas, 2010).

Entonces la ansiedad prequirúrgica se define como un estado emocional displacentero, que antecede y persiste más allá del acto quirúrgico, manifestado a través de un patrón variable de respuestas que engloban aspectos: 1) cognitivos: amenaza, miedo y aprensión; 2) fisiológicos: caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo, además de cambios endocrinos, inmunológicos, etc. y 3) motores: evitación e inquietud (Brigas et al., 2006).

Como mencionan Wojciech, Kanski, Soluch y Szymanska (2009) los síntomas se dividen en fisiológicos, cognitivos y conductuales. Los fisiológicos incluyen la aceleración del ritmo cardiaco y la frecuencia respiratoria, aumento de la presión arterial y el tono muscular. Los cognitivos son cansancio, sensación de amenaza y los conductuales pueden ser actividades motoras sin sentido, cambios frecuentes de posición, entre otros.

Además los niveles de ansiedad pueden depender del sexo, la edad y los motivos de la cirugía (Vingerhoets, 1998); así como el estado socioeconómico, ocupación, estado físico, calidad de la atención médica etc. (Ruiz, Muñoz, Olivero & Islas, 2000).

El hecho de que el individuo afronte la cirugía con altos niveles de ansiedad puede tener influencias negativas en la recuperación físico-psíquica postquirúrgica, tales como largas estancias hospitalarias o mayor necesidad de analgésicos, lo cual supone un perjuicio tanto para el individuo como para el sistema de salud por su elevado costo económico.

Como menciona Vingerhoets (1998) altos niveles de ansiedad preoperatoria se asocia con un peor resultado después de una cirugía cardíaca. El reducir la ansiedad preoperatoria podría mejorar tanto costos médicos como económicos.

Dentro de los diferentes estudios que se han realizado con respecto a la ansiedad y a los procedimientos quirúrgicos, se ha encontrado que un buen manejo de esta variable repercutirá benéficamente en el paciente en diferentes aspectos dentro del circuito perioperatorio (Feixas & Saldivar, 2010).

Se ha comprobado como menciona Carapia et al. (2011) que si se controla el nivel de ansiedad preoperatoria permite disminuir la incidencia de la inestabilidad cardiovascular y arritmias cardíacas durante la anestesia y la cirugía.

Carneiro et al. (2009) comparó el nivel y la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad cardíaca a ser sometido a procedimientos invasivos y/o quirúrgicos, utilizando la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD). Se incluyeron 96 pacientes, estado físico ASA II y III, que constituyeron tres grupos: estudio electrofisiológico (EEF), implante de marcapaso (MP) y revascularización del miocardio (RM). Los resultados fueron los siguientes: los grupos fueron homogéneos en cuanto a las variables sociodemográficas. Se observó una diferencia estadística significativa entre los tres grupos ($p = 0,006$; $p = 0,034$) en lo concerniente al nivel y a la prevalencia de ansiedad (HAD-A) y en la comparación del nivel de ansiedad grupo a grupo, se verificó la diferencia significativa entre los grupos EEF x RM y EEF x MP ($p < 0,05$). La comparación de los tres grupos en cuanto al nivel y a la prevalencia de Depresión (HAD-D) no arrojó

diferencia estadística significativa. Los pacientes con enfermedades cardíacas que van a ser sometidos a estudios electrofisiológicos, implantes de marcapasos y revascularización del miocardio, tienen diferencia de los niveles y prevalencia de ansiedad, pero no presentan diferencia con relación a los niveles y a la prevalencia de depresión.

Karanci y Dirik (2003) analizó la ansiedad pre y posoperatoria en pacientes sometidos a cirugía de emergencia. La muestra consistió en 146 pacientes que tenían cirugía de emergencia abdominal. Los instrumentos que se utilizaron fueron: el inventario de Ansiedad-Estado (STAI Estado), el cuestionario de ansiedad específica para cirugía (ASSQ), Ways of Coping Inventory (WCI) y la Escala Multidimensional de Percepción Social (MSPSS). Se observó una diferencia significativa en la ansiedad pre y en la postoperatoria, las mujeres presentaron mayor ansiedad previa a la operación que los hombres. Las variables sociodemográficas, las características psicológicas y el tipo de cirugía deben ser tomadas en cuenta para identificar a los pacientes en riesgo de sufrir la ansiedad tanto antes como después de la cirugía y así brindarles apoyo psicológico.

Pérez, Martín y Quiñones (2000) evaluaron la influencia de la ansiedad prequirúrgica en la recuperación posoperatoria de los pacientes sometidos a cirugía por vías esenciales. Trabajaron con una muestra de 66 pacientes. Evaluaron la ansiedad prequirúrgica utilizando la escala estado del inventario de Ansiedad Rasgo -Estado (STAI Estado), la cual se aplicó en diferentes momentos. Se encontró que el nivel de ansiedad preoperatorio es moderado, se incrementa paulatinamente al aproximarse la intervención quirúrgica y alcanza su máxima intensidad el día de la operación. La ansiedad preoperatoria predice el consumo de fármacos, las complicaciones prequirúrgicas y el dolor posoperatorio.

Fernández, Figuera, Companys, Pinilla y Muñoz (2002) realizaron un trabajo para disminuir la ansiedad y la incidencia de complicaciones transoperatorias a través de la información y del control del dolor. En una muestra de 24 pacientes evaluándolos con una EVA, una entrevista personal estructurada para valorar el nivel de información y el estado de ansiedad, y una encuesta de valoración sobre la información recibida y el grado de satisfacción. Los resultados fueron: que la información facilitada durante el transoperatorio,

ha contribuido a disminuir la ansiedad de los pacientes y con ello la incidencia de complicaciones.

2.2 Depresión

No solo la ansiedad se genera ante la noticia de una operación sino también la depresión. Ésta también afecta la recuperación de la persona intervenida quirúrgicamente, en la medida en que implica alteraciones de los niveles de corticoides y en la respuesta inmunológica.

La depresión se define como la incapacidad de experimentar placer acompañada de una desmoralización, por un sentimiento prolongado, reacción a la pérdida (dolor), pérdida de la autoestima, actitud pesimista (Zuñiga, 2010).

Como menciona Rozanski, Blumenthal y Kaplan (Citado en Zuñiga Angeles, 2010) la depresión tiene repercusiones en los pacientes con enfermedades coronarias:

1. Hábitos de vida poco saludables.
2. Hipercolesterolemia.
3. Alteraciones en la función plaquetaria.
4. Menor variabilidad del ritmo cardíaco.
5. Efecto arritmogénico.

Diversos estudios han constatado que en personas post-infartadas, la depresión se asocia a un mayor riesgo de muerte, arritmias ventriculares, recuperación incompleta, taquicardia ventricular, y recurrencia de nuevos eventos cardíacos. La depresión parece que ejerce su mayor influencia sobre la mortalidad y morbilidad durante los primeros seis meses tras un infarto agudo de miocardio, pero existe evidencia de que su efecto negativo puede perdurar durante el curso de la enfermedad cardiovascular (Sadín, 2002).

La depresión experimentada por los pacientes que precede al suceso cardiovascular (p.ej., infarto de miocardio) y la depresión como reacción al propio infarto o al suceso quirúrgico y proceso hospitalario que conlleva no es la misma. Si bien son escasos los

trabajos que han investigado este aspecto, algunos estudios indicaban que los pacientes con historia de un trastorno depresivo recurrente, previa al infarto de miocardio, tendían a experimentar mayor grado de depresión durante la hospitalización y después de ser dados de alta; estos pacientes también poseían mayor riesgo de mortalidad durante los meses que seguían después del infarto de miocardio (Sadín, 2002).

Vilchis, Secín, López y Códova (2010) determinaron la frecuencia de ansiedad y depresión en una muestra de pacientes adultos que acuden al servicio de Urgencias del Hospital Ángeles del Pedregal, México D.F.. Se les aplicó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria en 96 pacientes. Se encontró una frecuencia de 34.8% de pacientes con ansiedad y 8.7% con depresión. Se requiere la identificación sistemática y oportuna de los trastornos de ansiedad y depresión en las salas de urgencias porque es el punto de partida del seguimiento de estos pacientes. La falta de atención a esta esfera de padecimientos puede elevar la morbilidad y la mortalidad.

2.3 Calidad de Vida

La OMS (2009) define la “calidad de vida” como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un constructo multidimensional que se refiere a las percepciones de los pacientes respecto a los efectos de la enfermedad y el tratamiento sobre sus funciones físicas, psicológicas y sociales (Kumari, Krishnamoorthy, Harichandrakumar & Das, 2007).

La CVRS se refiere a cómo la salud de la persona afecta su habilidad para realizar actividades rutinarias sociales y físicas. Incluye áreas de la conducta como son: a) funcionamiento físico (capacidad para realizar tareas físicas) b) funcionamiento ocupacional (habilidad para realizar múltiples funciones esenciales y no sólo en el trabajo)

c) percepciones sobre el estado de salud (creencias personales y evaluaciones del estado de salud general) d) funcionamiento psicológico y funcionamiento social (cómo se relaciona con otras personas, y cómo reaccionan otras personas ante él) (Rincón, Figueroa, Alcocer & Ramos del Rio, 2011).

Entonces la calidad de vida relacionada con la salud de una persona con una enfermedad va ser la consiguiente de la interacción de su enfermedad, su evolución, su personalidad, su adaptabilidad a ella, las redes de apoyo social recibido y percibido, entre otras circunstancias.

Existen varios estudios en donde relaciona la calidad de vida con enfermedades cardiovasculares por ejemplo: Etxeberría, Sánchez, Alonso, Campos y Jarne (2007) evaluaron a 37 pacientes con IC para examinar la calidad de vida y los factores que pudieran influir en ella. Utilizaron el Cuestionario Minnesota para el vivir con fallas cardíacas, MLWHFQ, se tomaron en cuenta la edad, el sexo, la comorbilidad, función cognitiva, depresión y capacidad funcional en la vida diaria. La depresión fue el factor que se asoció más con la disminución de la calidad de vida en los pacientes ($p=0.0001$).

Roca et al. (2003) evaluaron, mediante el cuestionario de CVRS, la influencia de las variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes hipertensos. Se evaluó a 736 pacientes hipertensos, en el análisis multivariante, el sexo femenino, el número de enfermedades concomitantes, el grado de hipertensión arterial, el grado de afección orgánica y el nivel educativo fueron las variables que se mostraron relacionadas con la CVRS. Se observó una mejoría en la CVRS después de 6 meses de intensificación del tratamiento, apreciándose una correlación positiva entre grado de reducción de presión arterial, frecuencia cardíaca y mejora en la CVRS especialmente en la dimensión de estado de ánimo.

Vinaccia, Quiceno, Gómez y Montoya (2007) realizaron una investigación para evaluar las dimensiones de la calidad de vida relacionadas con la salud en 282 pacientes con hipertensión arterial leve. Se utilizó el cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial (CHAL). Los resultados evidenciaron un cierto deterioro en la calidad de vida de

estos pacientes en lo que concierne al estado de ánimo y principalmente en sus manifestaciones somáticas.

Las variables psicológicas como son la ansiedad, depresión y la calidad de vida relacionada con la salud, juegan un papel importante en las enfermedades cardiovasculares, estos factores psicológicos pueden aumentar a lo largo del tratamiento médico. Cuando existe una cirugía es normal sentir ansiedad y/o depresión pero cuando estos sobrepasan ciertos niveles se tendrán consecuencias fisiológicas como puede ser una larga estancia hospitalaria, mayor ingesta de analgésicos, arritmias cardíacas, presión arterial elevada, etc. y psicológicas: insomnio, falta o exceso ingesta de alimentos, fatiga, etc.

CAPITULO 3

ARRITMIA CARDIACA

Las anomalías que presentan el corazón se pueden clasificar de dos maneras: congénitas y adquiridas, la primera se refiere a la persona ha nacido con un corazón y/o grandes vasos de estructura anormal, por ejemplo, es posible que se haya formado mal o que tenga orificios entre sus cámaras o valvular etc. y el segundo a la persona que nació con un corazón normal y posteriormente dejó de funcionar normalmente (Sauvage, 2003).

Las enfermedades cardiovasculares corresponden a los trastornos del sistema circulatorio, estas pueden ser congénitas o adquiridas, incluyen el corazón, los vasos sanguíneos y la sangre (Corella & Ordavás, 2007).

3.1 Definición

Como menciona la American Heart Association [AHA] (2011) las arritmias son latidos anormales, algunas son tan breves (por ejemplo, una pausa temporal o latido prematuro) que la tasa general del corazón o ritmo no se ve afectada. Pero si las arritmias duran más tiempo, pueden causar que el ritmo cardíaco demasiado lento o demasiado rápido, por lo que el corazón bombea con menos eficacia.

Se define como arritmia a cualquier ritmo cardiaco diferente del ritmo sinusal, incluyendo en un sentido amplio a cualquier alteración en el origen, frecuencia, regularidad o conducción del impulso cardiaco (Elduayen & Muñoz, 2009).

El impulso eléctrico del corazón se inicia en el nodo sinusal y pasa por las aurículas al nodo aurículo-ventricular y llega a los ventrículos por el haz de His. En los ventrículos se produce un estímulo sincrónico a través del sistema Purkinje. Si hay un problema en este recorrido eléctrico entonces habrá arritmia (AHA, 2011).

Los mecanismos responsables de las arritmias cardíacas se dividen en (Fajuri, 2009):

- Transtornos en la conducción de los impulsos
- Transtornos del automatismo
- Combinación de ambos

3.2 Clasificación

Hay diferentes clasificaciones de las arritmias (Brugada & Matas, 2007)

1. Por su origen
 - Supraventriculares: Se localizan por encima de los ventrículos: en las aurículas o en el nodo aurículo-ventricular.
 - Ventriculares: Se originan en los ventrículos.
2. Por su frecuencia cardíaca
 - Taquicardias: Frecuencia superior a los 100 lpm.
 - Bradicardias: Frecuencia por debajo de los 60 lpm.
3. Por su causa
 - Fisiológicas: Originadas por una alteración orgánica o de otro nivel (anemia, taquicardia en el ejercicio, bradicardia sinusal producida en el entrenamiento deportivo, etc.).
 - Patológicas: No atribuibles a causa secundaria alguna.
4. Por su repetición
 - Crónicas: De carácter permanente.
 - Paroxísticas: Se presentan en ocasiones puntuales

A continuación se explicara ampliamente la clasificación de las arritmias por su frecuencia cardíaca.

3.2.1 Bradiarritmias

El término bradiarritmia se utiliza para cualquier ritmo que tenga una frecuencia cardíaca menor de 60 lpm (latidos por minuto).

El origen de este problema puede ser consecuencia de patologías que afecten el nodo sinusal (NS), el nodo auriculoventricular (NAV), el sistema His-Purkinje (bloqueos distales) o alteraciones combinadas. Las causas de la bradiarritmia se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1: Causas que pueden provocar una arritmia cardíaca

PATOLOGÍA	CAUSAS
Patología Cardíaca	Obstrucción de las arterias coronarias: <ul style="list-style-type: none">• Infarto agudo de miocardio• Angina de Pecho
Trastornos de la conducción o formación del impulso	Bradiarritmias, taquiarritmias, bloqueos cardiacos
Traumatismos en el pecho	Accidentes laborales, de circulación
Enfermedades pulmonares	Digital, antibióticos antiarritmicos
Alteraciones de los electrolitos	Enfermedades o sustancias que provocan alteraciones en los iones necesarios para nuestro organismo (niveles demasiado altos o demasiados bajos de potasio, entre otros).

Nota. FUENTE: Brugada, J., & Matas, M. (2007). Arritmias y Marcapasos. En J. Robles, *Salud del Hospita Clínica de Barcelona y la fundación BBVP* (pp. 241 - 248). Nerea.

3.2.2 Taquiarritmias

El término taquiarritmia se utiliza para cualquier ritmo cardíaco con frecuencia mayor de 100 lpm. Estas se pueden clasificar en (Matiz, Gutiérrez & Gómez, 2003):

- Taquiarritmias supraventriculares: los latidos son supraventriculares prematuros. No representan una limitación
- Taquicardia sinusal: los latidos son de 110 y 160 lpm.

- Taquicardia auricular: los latidos van de 130 y 200 lpm.
- Flutter auricular: los latidos son de 200 y 300 lpm.
- Taquicardia intranodal: los latidos son de 170 lpm.
- Taquicardias en pacientes portadores de vías accesorias. Este padecimiento puede desencadenar una muerte súbita.
- Taquicardias ventriculares los latidos ventriculares son prematuros. La mayoría con este padecimiento no presentan síntomas.
- Taquicardia y fibrilación ventricular: a partir de la aparición de 3 o más latidos consecutivos de origen ventricular, cuando duran más de 30 segundos se consideran taquicardia ventricular sostenida.

3.2.3 Bloqueos AV

Como ya se habia mencionado anteriormente los trastornos en la conducción de los impulsos, pueden determinar la aparición de un bloqueo cardiaco.

El bloqueo AV consiste en un retardo mayor en nodo AV, lo que puede en casos extremos bloquear el paso del estímulo sinusal hacia el tronco del Haz de His y los ventrículos. Esto se refleja en el intervalo PR, que mide el comienzo de despolarización auricular hasta el comienzo de la despolarización ventricular (Elduayen & Muñoz, 2009).

Se reconocen tres grados de bloqueo:

- Bloqueo AV de primer grado: se identifica cuando en el ECG se presenta un intervalo PR con una duración constante superior de los 0,20 segundos en adultos, o superior de 0,16 en niños. Los bloqueos de primer grado se presentan en la fiebre reumática, intoxicación digitálica o por el uso de bloqueadores β -adrenérgicos. También pueden ser congénitos.
- Bloqueo AV de segundo grado: presenta dos modalidades, el impulso del nodo sinusal es transmitido a los ventrículos por dos vías diferentes:

Mobitz I o períodos de Wenckebach- Lucciani: se registra un patrón de bloqueo menor por encima del nodo AV.

Mobitz tipo II: la etiología, en la mayoría de los casos, es por oclusión de las ramas proximales de la arteria coronaria derecha. La magnitud del bloqueo es expresada según la relación de ondas P y complejos QRS. De acuerdo con las manifestaciones clínicas, se debe preparar al paciente para la implantación de un marcapaso temporal o transvenoso.

- Bloqueo AV de tercer grado: ningún impulso atrial alcanza el nodo AV. Las cavidades auriculares y ventriculares son controladas por distintos marcapasos, por lo que funcionan de forma independiente. El marcapaso auricular puede ser el nodo sinusal o un foco ectópico, por lo cual se puede registrar a este nivel taquicardia, bradicardia, fibrilación o flutter; la frecuencia atrial es mayor que la ventricular. El ritmo ventricular puede originarse en la parte alta del septum y en este caso los complejos QRS, son estrechos y con una frecuencia de 40-50 latidos por minuto, mientras que el ritmo ventricular originado de la parte baja de los ventrículos, se caracteriza por presentar de 30-40 latidos por minuto y complejos QRS anchos (Matiz, Gutiérrez & Gómez, 2003).

3.3 Síntomas

Los síntomas más frecuentes según la AHA (2011):

- Cansancio
- Mareo
- Vértigo
- Sudoración
- Síncope (desmayo)

Pueden causarle incluso hasta la muerte.

En muchas ocasiones los pacientes son asintomáticos, es decir, no presentan síntomas.

3.4 Diagnóstico

Para realizar un diagnóstico se utilizan pruebas de laboratorio y gabinete como son:

- Electrocardiograma (ECG)
- Monitor de Holter y monitor de eventos cardíacos
- Pruebas de sangre
- Radiografía de tórax
- Ecocardiografía
- Prueba de esfuerzo
- Estudio electrofisiológico
- Prueba de la mesa basculante
- Angiografía coronaria
- Holterimplantable

3.5 Tratamiento

Existen modalidades generales de tratamiento para las arritmias: farmacológico, semiquirúrgico y psicológico.

3.5.1 Fármacos

Los fármacos antiarrítmicos más utilizados son: la atropina, isoprotenerol, verapamil, aimalina, quinidina, amiodarona, digoxina, betabloqueadores, flecainidina, encainida, lidocaína, procainamida, mexiletina, magnesio, propafenona, etc. (Fajuri, 2009).

3.5.2 Semiquirúrgicos

Consisten en dos procesos:

- La ablación percutánea consiste en la introducción de un catéter para quemar pequeñas zonas del corazón donde se generan arritmias.

- Los dispositivos implantables: son aparatos electrónicos capaces de analizar el ritmo del corazón y tratar las arritmias mediante estímulos eléctricos. Los más usados son los marcapasos y los desfibriladores automáticos (DAI).

El marcapasos (Figura 1) es un dispositivo que estimula el músculo cardíaco por medio de descargas eléctricas sincronizadas con precisión, lo cual induce al corazón a latir de manera similar al ritmo cardíaco natural. Existen tres clases de marcapasos, monocameral el cuál utiliza sólo un cable en la aurícula o en el ventrículo derecho, el bicameral utiliza dos cables, uno en la aurícula y otro en el ventrículo derecho y el marcapasos con respuesta en frecuencia reconocen cambios que se producen en el organismo y ayudan a acelerar los latidos del corazón (pueden ser bicamerales o monocamerales) (Medtronic, 2011).



Figura 1. Marcapasos bicameral

Los desfibriladores automáticos implantables [DAI] (Figura 2), supervisan continuamente el corazón para tratar la taquicardia (latidos cardíacos rápidos) y prevenir el fallo cardíaco súbito. Si se descubre una frecuencia cardíaca peligrosamente rápida, envían una pequeña señal eléctrica indolora para corregirla. Si la frecuencia cardíaca rápida continúa, el DAI está diseñado para producir una descarga y restaurar una frecuencia más normal en el corazón (Medtronic, 2011).



Figura 2. Desfibrilador automático implantable (DAI)

3.5.3 Psicológicos

Los tratamientos psicológicos consisten en darle psicoeducación tanto a la familia como al paciente entre otras estrategias para modificar hábitos y estilos de vida. El enfoque más utilizado para este tratamiento es el cognitivo conductual (Wolfgang, Melanie, & Lecler, 2007).

Como mencionan Fernandez - Abascal, Martin y Dominguez (2003) el tratamiento psicológico consiste en modificar hábitos, estilos de vida, factores psicosociales y promover la adherencia terapéutica. Los hábitos y estilo de vida se refieren a la dieta, obesidad, sedentarismo, consumo de tabaco, etc., mientras que los factores psicosociales son aquellos que han demostrado tener una relación con las enfermedades cardiovasculares, como personalidad tipo A (personas impulsivas, ambiciosas, competitivas, orientadas al logro, dinámicas, que se exigen mucho, con urgencia de tiempo), depresión, ira, hostilidad, ansiedad, etc.

Además se emplean técnicas de la terapia cognitivo conductual como son:

- Relajación: la más utilizada es la relajación progresiva de Jacobson: la cual consiste en enseñar al paciente a tensar y relajar sistemáticamente varios grupos de músculos, para así aprender a discriminar la sensación resultante de la tensión y relajación, hasta que el paciente pueda eliminar las contracciones musculares y experimente una relajación profunda (Caballo, 2008).
- El biofeedback consiste en que el paciente aprenda a conocer y controlar funciones psicofisiológicas sobre las que no está consciente (como respiración, pulso, conductancia de la piel, etc.) a través de un equipo que capta la actividad fisiológica del cuerpo del paciente y traduce estas señales que pueden verse en una pantalla (Caballo, 2008; Fernandez - Abascal, Martin, & Dominguez, 2003).
- La reestructuración cognitiva consiste en explicar al paciente lo que son los pensamientos negativos y el efecto que tiene interpretar y predecir sentimientos y acciones. El paciente tiene que conseguir ser consciente de lo que está pensando, y

reconocer cuando estos pensamientos no son los adecuados para que sustituya esos juicios erróneos por otros más exactos y con esto haya un cambio conductual.

Supone que los problemas emocionales son una consecuencia de pensamientos desadaptativos y por lo tanto, sus intervenciones tratan de establecer patrones de pensamiento más adaptativos (Lega, Caballo, & Ellis, 2002)

- Psicoeducación se le informa al paciente y a su cuidador primario sobre su padecimiento, el tratamiento, con el fin de que el paciente se vuelva adherente.

Como se vio a lo largo del capítulo las arritmias cardiacas tienen una etiología fisiológica pero también psicológicas, por esta razón es importante llevar un tratamiento integral, es decir tanto farmacológicamente, quirúrgicamente (en algunos casos) y psicológicamente. Este último debe de empezar cuando se diagnostica, para que el paciente acepte su enfermedad, cambie conductas o estilos de vida y sea más fácil la adherencia al tratamiento médico.

JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo, ya que cada año mueren más personas por estas que por cualquier otra enfermedad. Un ejemplo de esta situación es México, donde una de las principales causas de mortalidad de la población adulta mayor son las enfermedades del corazón de las cuales casi 22 de cada 100 son hombres y 23 de cada 100 son mujeres (INEGI , 2007).

Las ECV que incrementan año con año generando altos costos en para los sistemas de salud, ya que estos pacientes requerirán de medicación de por vida, y en su momento de hospitalización e intervenciones quirúrgicas podrían generar incapacidad y disfuncionalidad en las personas que las padecen. Además de que en los pacientes cardiovasculares que están hospitalizados y requieren de tratamiento quirúrgico se suman otros factores que pueden complicar su tratamiento y pronóstico. Esto es, la presencia de estados emocionales como la depresión y la ansiedad los cuales dependerán de muchos factores tales como el tiempo de hospitalización, tipo de procedimiento quirúrgico, nivel de información, expectativas de resultado, el estrés, etc. (Ruiz et al., 2000). Al respecto, existen estudios que comprueban que la ansiedad al igual que la depresión, juegan un papel importante en procedimiento quirúrgico provocando incremento en el dolor postoperatorio, mayor necesidad de analgésicos y prolongación en los días de estancia hospitalaria, lo que implicará incremento en los costos de tratamiento y hospitalarios.

Por tanto, se considera necesario diseñar estrategias que permitan disminuir la comorbilidad psicológica en las enfermedades cardiovasculares y promover una mejor recuperación y en menor tiempo. De tal forma que en el presente trabajo, se presenta una propuesta de preparación psicológica para procedimientos invasivos en pacientes con ECV portadores de marcapaso temporal candidatos a cirugía para colocación de marcapaso definitivo. Procedimiento que pretende contribuir a a la disminución de la comorbilidad emocional.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles serán los efectos de la preparación psicológica para procedimientos invasivos en la comorbilidad emocional de pacientes cardiovasculares portadores de marcapaso temporal candidatos a cirugía para colocación de marcapaso definitivo?

OBJETIVOS

El objetivo general de éste estudio fue implementar un programa de preparación psicológica para procedimientos invasivos en pacientes portadores de marcapaso temporal candidatos a marcapaso definitivo a fin de modificar la comorbilidad emocional.

Los objetivos específicos son:

- Evaluar la Ansiedad y Depresión pre y postoperatoria.
- Evaluar la Calidad de Vida relacionada con la Salud pre y postoperatoria.
- Brindar psicoeducación, relajación y restructuración cognitiva para modificar la comorbilidad emocional.

Definiciones Conceptuales y Operacionales de las variables

Ansiedad

Definición Conceptual

Se enfoca en los aspectos cognitivos y emocionales de la ansiedad, particularmente evalúa sentimientos de miedo o pánico y características de ansiedad generalizada (Flint & Rifat, 2002).

Definición Operacional

Puntuación obtenida en la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) con la subescala de ansiedad que son los reactivos 1,3,5,7,9,11,13 con una puntuación igual o mayor a tres puntos que indica la presencia de ansiedad. (0-2 Normal, 3-8 Leve/Moderada y >9 severa Ansiedad y/o Depresión).

Depresión

Definición Conceptual

Se define como la incapacidad de experimentar placer acompañada de una desmoralización, por un sentimiento prolongado, reacción a la pérdida (dolor), pérdida de la autoestima, actitud pesimista (Snaith, 2003).

Definición Operacional

Puntuación obtenida en la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) con la subescala de depresión que son los reactivos 2,4,6,8,10,12,14 con una puntuación igual o mayor a dos puntos que indica la presencia de depresión. (0-1 Normal, 2-6 Leve/Moderada y >7 severa Ansiedad y/o Depresión).

Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Definición Conceptual

Se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico, y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional (Peláez, Figueroa, & Ramos del Río, 2010).

Definición Operacional

Puntuación obtenida en el Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS), está compuesto por 23 ítems que componen 5 dimensiones y puntajes globales: limitación física; síntomas (frecuencia, gravedad y cambios a través del tiempo); autoeficacia, calidad de vida e interferencia social. Las opciones de respuesta de los ítems son escalas tipo Likert de 1 a 4, 5 o 6 puntos. Además, se calculan dos puntuaciones

globales: el estado funcional, que es el resultado de la suma de la puntuación de los dominios, limitación física y de síntomas de frecuencia y severidad; y el resumen clínico, que es la suma del estado funcional y de los dominios de calidad de vida e interferencia social.

MÉTODO

Participantes

Muestra

Siete pacientes con arritmia cardíaca candidatos/tributarios a marcapaso definitivo del servicio de Cardiología del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

Criterios de inclusión: mayores de 20 años, ambos sexos, hospitalizados con un marcapaso transitorio en la Unidad de Cardiología 302.

Criterios de no inclusión: padecer algún trastorno psiquiátrico, algún padecimiento oncológico o alguna discapacidad sensorial.

Criterios de exclusión: revoque su consentimiento para estar dentro del programa psicológico.

Escenario

Laboratorio de electrofisiología clínica y experimental del Hospital General de México y la Unidad 302 del mismo.

Instrumentos

El cuadernillo de aplicación (anexo 2) contiene los siguientes instrumentos

- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) fue desarrollada por Zigmond y Snaith en 1983. Consta de 14 reactivos divididos en dos subescalas de 7 reactivos cada una, su puntuación es de 0 a 3 en una escala tipo Likert. Las propiedades psicométricas que se encontraron en un grupo de 89 pacientes de consulta externa

del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia, obteniendo un alfa de Cronbach de $\alpha = .85$ y la confiabilidad por mitades de 0.8 (Rico, Restrepo, & Molina, 2005).

- Ficha de identificación: recopila información sobre los datos generales del paciente (p.ej. edad, domicilio, ocupación, etc), evolución de su enfermedad (fecha de ingreso y egreso del hospital, periodo de evolución de la enfermedad, números de marcapasos implantados, etc), religión, estilo de vida (es decir se realiza mediante una pregunta en la cuál se le pregunta que hace para cuidar su salud con respecto a su enfermedad cardiaca), predisposición al cambio (se realiza con una pregunta de qué tan dispuesto está a realizar cambios en su estilo de vida).
- Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) está compuesto por 23 ítems que componen cinco dimensiones: limitación física; síntomas (frecuencia, gravedad y cambios a través del tiempo); autoeficacia, calidad de vida e interferencia social. Las opciones de respuesta de los ítems son escalas tipo Likert de 1 a 4, 5 o 6 puntos. Además, se calculan dos puntuaciones globales: el estado funcional, que es el resultado de la suma de la puntuación de los dominios limitación física y de síntomas de frecuencia y severidad; y el resumen clínico, que es la suma del estado funcional y de los dominios de calidad de vida e interferencia social. En el Hospital General de México se ha validado y estandarizado (Rincón, Figueroa, Alcocer, & Ramos del Rio, 2011) éste cuestionario con pacientes con Insuficiencia Cardiaca. Los resultados obtenidos fueron: una consistencia interna parecida a la versión original en cada uno de los dominios: limitaciones físicas ($\alpha=0.84$), síntomas ($\alpha=0.84$), interferencia social ($\alpha=0.84$).
- Historia Clínica del paciente datos clinicos del paciente.

Equipo Multidisciplinario

Se realizó un trabajo interdisciplinario con un equipo médico conformado por:

- Residentes de la especialidad de Cardiología de la UNAM, los cuales se encargaban de las evaluaciones médicas de los pacientes hospitalizados.
- Ingenieros biomédicos del servicio de Cardiología, se encargaban de la colocación de los marcapasos transitorios; junto con un médico residente y cirujano extranjero realizaban la colocación del marcapaso definitivo.
- Enfermeras del servicio de Cardiología apoyaban en los cuidados de los pacientes ante, durante y después de la cirugía.

Y los psicólogos de la Unidad de Cardiología Conductual que realizaban evaluaciones psicológicas y la aplicación del programa de preparación psicológica.

Procedimiento

El estudio se conformó de tres fases:

1. Fase 1. Preoperatoria, se dividió en dos momentos
 - La evaluación psicológica preoperatoria
 - Intervención Psicológica preoperatoria
2. Fase 2. Transoperatoria
 - Intervención Psicológica transoperatoria
3. Fase 3. Postoperatoria
 - Post evaluación psicológica

La primera evaluación psicológica: fue de 30 a 45 min, en la unidad 302 de Cardiología del Hospital General. Se le pidió al paciente que leyera la carta de consentimiento informado (anexo 1) donde se le explicó en qué consistía su participación para que fuera firmado si es que estaba de acuerdo. Se llenó la ficha de identificación y se

realizó la primera evaluación psicológica utilizando el HADS, y el Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS).

A continuación se describe en la Tabla 2 la estructura general del procedimiento.

Tabla 2: ETAPAS DE LA PREPARACIÓN PSICOLÓGICA

FASE 1: PREOPERATORIO		FASE 2: TRANSOPERATORIO	FASE 3: POSOPERATORIO
<i>Evaluación Psicológica Preoperatoria</i>	<i>Intervención Psicológica Preoperatoria</i>	<i>Intervención Psicológica Transoperatoria</i>	<i>Evaluación Psicológica Postoperatoria</i>
1 sesión (30 a 45 min) Instrumentos: Ficha de identificación HADS CVRS	Sesión 1 (45 a 60 min) Psicoeducación sobre la enfermedad y el procedimiento quirúrgico Sesión 2 (45 a 60 min) Técnicas de respiración y relajación Sesión 3 (45 a 60 min) Identificación de ideas irracionales con respecto al procedimiento Sesión 4 (45 a 60 min) Repaso de lo visto previamente	1 sesión (1 A 3 horas) Se acompaña al paciente en la sala de espera platicando con el tema en común y placenteros (ej. comidas favoritas, etc.) La intervención se divide en 5 momentos: 1. Al entrar al quirófano: respiraciones diafragmáticas 2. Al colocar la anestesia: distracciones cognitivas (contar números) 3. En la implantación del dispositivo se usaron técnicas de visualización. 4. En la saturación de nuevo se empleo distracción cognitiva. 5. Al finalizar el acto semiquirurgico se utilizó respiraciones diafragmáticas y movimientos circulares en extremidades.	1 sesión (30 min) una semana después del implante Instrumentos HADS CVRS

Intervención Psicológica Preoperatoria: fue de 4 sesiones de 45 minutos cada una.

Sesión 1

Se brindo psicoeducación, en el cual, se abordó: el funcionamiento del corazón, ¿Qué son las arritmias?, ¿Qué es un marcapaso? ¿Cómo funciona un marcapaso? y el procedimiento para la colocación del marcapaso. Con ayuda de folletos (ver anexo 2). Se le dejó de tarea leer los folletos 1, 2 y 3, para estimular dudas y preguntas.

Sesión 2

Se le enseñó al paciente los beneficios y la técnica de la respiración profunda, la relajación progresiva muscular de Jacobson. Se revisaron las dudas acerca de los folletos leídos y de tarea se dieron los folletos 4,5 y 6 para su lectura.

Sesión 3

Se revisaron las dudas acerca de los folletos leídos. Además se trabajó con las ideas irracionales identificadas en las sesiones previas por medio de un cuadro donde dividían: las ideas irracionales, las sensaciones físicas que producían esas ideas, las emociones, las cogniciones y las conductas con respecto al procedimiento quirúrgico.

Sesión 4

Se realizó un ejercicio de visualización y se hizo una revisión de las técnicas, dudas o comentarios que el paciente tenía.

Sesión en la sala de espera (antes de entrar al quirófano)

El día de la intervención quirúrgica en la sala de espera se acompañó al paciente y se hablaron sobre temas comunes que causen placer al paciente como por ejemplo: su comida favorita, sobre su familia, fútbol, etc. Cabe mencionar que el paciente está en esta sala aproximadamente 1:30.

Intervención Psicológica Transoperatoria: fue de una sesión de 1 a 3 horas.

Cuando el paciente es ingresado al quirófano lo colocan en la mesa de operaciones, le hacen asepsia, limpiando el área de intervención (entre el pecho y el hombro, del lado contrario del marcapasos temporal); después se coloca la anestesia temporal y se realiza una inserción de aproximadamente 5 a 10 cm. A continuación se hace una cavidad para el generador y se introduce una guía y los cables de estimulación. Posteriormente se conectan los cables al generador, se calibra el marcapasos y se sujeta el generador a los músculos del pecho (para evitar que se mueva el marcapasos), se cierra la herida, se lava la zona de trabajo y se retira el marcapasos temporal.

En el quirófano la intervención consistió en cinco momentos:

1. **Al entrar al quirófano:** Ejercicios de respiración diafragmática.
2. **Al colocar la anestesia local:** Se utilizó distracción cognitiva y atención selectiva.
3. **En la implantación del marcapasos:** Se empleó técnicas de visualización.
4. **En la suturación:** Respiración diafragmática y atención selectiva.
5. **Al terminar la cirugía:** ejercicios de respiración diafragmática y movimientos leves en los pies, rodillas, cadera, manos, muñecas y cuello.

Se acompañó al paciente a la sala de espera hasta que se lo lleven al pabellón 302.

Post Evaluación Psicológica: se dio en una sesión de 30 a 40 minutos.

Al quitar los puntos de la sutura se realizó la segunda evaluación psicológica, con los mismos instrumentos aplicados en la primera evaluación psicológica.

Consideraciones Éticas

Este apartado comprende la carta de consentimiento informado, la cuál, es un documento que describe la participación de los pacientes en el estudio. En éste documento se aborda los lineamientos éticos y legales que el Hospital General de México establece, además de los objetivos y beneficios de la investigación (ver anexo 1).

Los participantes tienen el derecho a revocar su participación y la confidencialidad de la información, está asegurada legalmente de acuerdo a los artículos 133 y 134 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Atención Médica en vigor.

Resultados

A continuación se presentaran los resultados obtenidos en esta investigación, en la Tabla 3 se muestran los datos sociodemograficos de los 7 casos y después una descripción clínica de cada uno de ellos.

Tabla 3: VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Casos	Edad	Sexo	Escolaridad	Lugar de residencia	Edo. Civil	Ocupación
1. R.M.L.G.	78	Mujer	3 ° de primaria	Sotoluca, Hidalgo	Casada	Ama de casa
2. M.M.G.	60	Hombre	1° de primaria	Quinta Aurora, Puebla	Casado	Campesino
3. R.T.V.	69	Hombre	2° de secundaria	Iztapalapa , D.F.	Casado	Impresor
4. A.J.J.	84	Hombre	1° de primaria	Iztapalapa D.F.	Viudo	Albañil jubilado
5. F.C.R.	77	Hombre	Técnico en Contaduría	Coyoacán, D.F.	Viudo	Trabajos Eventuales
6. R.R.C.	85	Hombre	1° de primaria	Arbolitos, Edo de México	Viudo	Comerciante jubilado
7. P.R.B.P.	79	Hombre	5° de primaria	San Felipe de Jesús, Morelos	Casado	Ayudante de Constructora

Nota. Todos los pacientes fueron diagnosticados con **Bloqueo Auriculoventricular**.

Caso 1 R.M.L.G.

Motivo de Consulta:

La paciente es referida por el equipo médico de la Clínica de Arritmias del HGM a la Unidad de Cardiología Conductual, específicamente al programa de Preparación Psicológica para procedimientos invasivos, tras a la colocación del marcapaso transitorio para modificar la ansiedad y depresión posiblemente generada por la implantación de su marcapaso definitivo.

Historia Clínica

La paciente ingresó al Hospital General de México (HGM) el día 16 de febrero de 2011 debido a un síncope cardíaco y se le diagnostico posteriormente Bloqueo

Auriculoventricular (AV) situación que derivo en la colocación de un marcapaso temporal a la espera de la implantación del definitivo.

Un antecedente heredo familiar es la Diabetes Mellitus II, por parte de su padre y hermanos, así como el diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistólica desde hace diez, tratada con fármaco antihipertensivo y metabloqueador (Enalapril y el Nifedipino).

La evaluación psicológica se realizó el día 8 de Marzo de 2011. Durante la entrevista y evaluación, se observo a la paciente cooperadora, abordable, extrovertida, no reporto alteraciones en la sensopercepción ni en contenido de pensamiento. Su lenguaje oral fue fluido, concreto, lógico y no presento aparentemente ninguna alteración en el. Fue intervenida quirúrgicamente el 15 de Marzo del mismo año, para la implantación del marcapaso permanente y su estancia hospitalaria fue de 30 días.

En cuanto a la percepción del estado de salud, la paciente reporto considerarse regularmente saludable y sentirse poco presionada con el estilo de vida que lleva: no consume sustancia tóxicas, no realiza ejercicio físico, ni una dieta balanceada, no se siente estresada o preocupada por actividades cotidianas como pueden ser realizar labores domésticos, cuidar de los nietos, o trabajar (actualmente solamente se dedica al hogar).

En su tiempo libre realiza actividades pasivas (coser, tejer, ver la tele). Cuida su salud en general no ingiriendo tanta grasa y comiendo verduras; al tener una enfermedad cardiaca (específicamente una arritmia cardiaca) hay que realizar cambios en el estilo de vida (como es hacer una dieta balanceada, hacer ejercicio pero sin contacto físico, no exponerse a fuentes grandes generadoras de altos voltajes de electricidad, ni aparatos que tengas vibraciones intensas o imanes grandes); no cargar cosas pesadas, entre otras cosas; sin embargo la paciente ha pensando realizar cambios pero no los lleva acabo.

Es importante mencionar que la paciente tiene muy poca información sobre su enfermedad, antes del síncope cardiaco no sabía que tenía una alteración en el ritmo del corazón y por ese motivo no ha realizado cambios en su estilo de vida, por lo que es de suma importancia brindarle psicoeducación sobre su enfermedad y el proceso quirúrgico además de fomentarle adherencia terapéutica (visitas al médico, alimentación baja en grasas y sales, ejercicio físico, salud bucal, entre otras).

Resultados de los Instrumentos Psicológicos

Se puede observar en la Figura 1 que no hay un cambio después de la preparación psicológica en limitaciones físicas, síntomas (la paciente fue asintomática), autoeficacia y estado funcional. En la calidad de vida hubo una disminución en la postevaluación y en la interferencia social; en el resumen clínico hubo un incremento.

SIMBOLOGÍA DEL CVRS			
L	Limitaciones físicas	A	Autoeficacia
S	Síntomas	Ca	Calidad de vida
F	Síntomas de frecuencia	I	Interferencia social
Se	Síntomas de severidad	EF	Estado funcional
C	Síntomas cambio a través del tiempo	RC	Resumen clínico

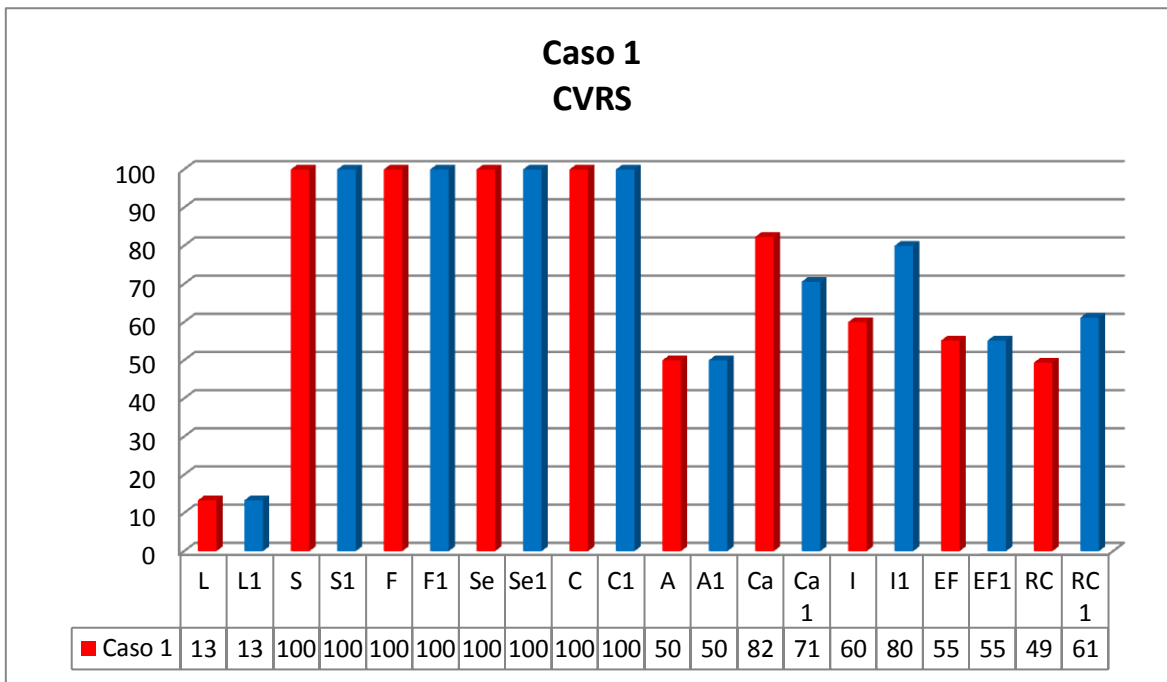


Figura 1. Caso 1, CVRS. Las barras de color rojo indican los datos de la preevaluación (dos semanas antes de su intervención quirúrgica) y las barras de color azul los de la postevaluación (una semana después de su intervención quirúrgica).

En cuanto a los resultados de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) se muestran en la Figura 2.

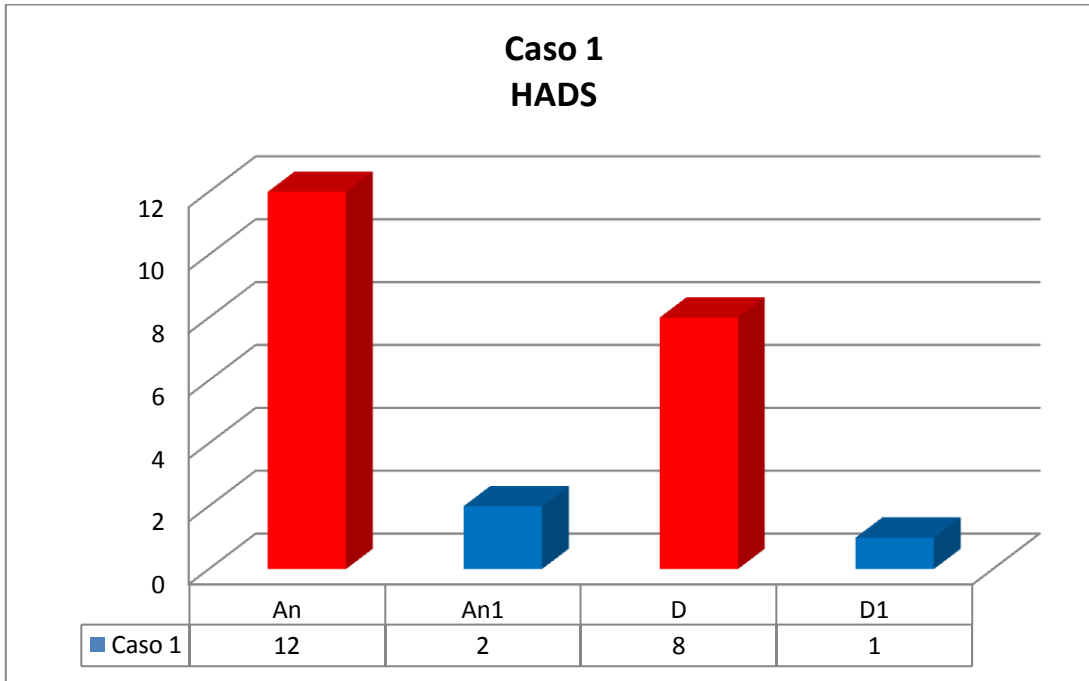


Figura 2. Caso 1, HADS. Las barras de color rojo indican los datos de la preevaluación (dos semanas antes de su intervención quirúrgica) y las barras de color azul los de la postevaluación (una semana después de su intervención quirúrgica).

La paciente reportó altos niveles de ansiedad y depresión en la preevaluación mismos que disminuyeron en la postevaluación. Asimismo, obtuvo bajos puntajes en las limitaciones físicas, en el cuestionario de Calidad de Vida, posterior a sufrir un accidente y no poder caminar bien y el tener que utilizar una andadera para caminar, situación que la hacen permanecer sentada o acostada en su estancia hospitalaria necesitando de la ayuda de las enfermeras y familiares para conductas de higiene personal. Se mostro muy ansiosa por la intervención quirúrgica, con temores a una complicación médica, presencia de cogniciones como el “que no sobreviviera”, mismos que se disminuyeron con el proceso de psicoeducación y con el manejo de ideas irracionales. En el quirófano la paciente se mantuvo calmada, tranquila, cooperativa con los médicos y solo presento un poco de dolor en la cadera. Como se muestra en los resultados del HADS hubo una disminución en la ansiedad y depresión.

Caso 2 M.M.G.

Motivo de Consulta:

El paciente es derivado por el equipo médico de la Clínica de Arritmias del HGM a la Unidad de Cardiología Conductual, al programa de Preparación Psicológica para procedimientos invasivos, tras la colocación del marcapaso transitorio para modificar la ansiedad y depresión posiblemente generada por la implantación de su marcapaso definitivo.

Historia Clínica

El paciente ingresó al HGM el 28 de marzo de 2011 debido a una lipotimia y se le diagnóstico Bloqueo Auriculoventricular (AV), situación que derivó en la colocación de un marcapaso temporal a la espera de la implantación del definitivo.

Durante la entrevista y evaluación, se observó a el paciente cooperador, abordable, tímido, no reportó alteraciones en la sensopercepción ni en contenido de pensamiento. Su lenguaje oral fue concreto y lento. Fue intervenido quirúrgicamente el 26 de Mayo del mismo año, para la implantación del marcapaso permanente y su estancia hospitalaria fue de 31 días. No padece alguna enfermedad crónica.

Los resultados obtenidos sobre la percepción del estado de salud, reportó el considerarse regularmente saludable, sentirse regularmente presionado con el estilo de vida que lleva, no consume sustancias tóxicas, no llevar una dieta balanceada (por falta de ingresos) y sentirse estresado o preocupado por su trabajo. En su tiempo libre realiza actividades pasivas como el descansar y ver la televisión y cuida su salud en general comiendo a sus horas. Al tener una enfermedad cardíaca (específicamente una arritmia cardíaca) hay que realizar cambios en el estilo de vida (como es hacer una dieta balanceada, hacer ejercicio pero sin contacto físico, no exponerse a fuentes grandes generadoras de altos voltajes de electricidad, ni aparatos que tengan vibraciones intensas o imanes grandes; no cargar cosas pesadas, entre otras cosas); sin embargo el paciente ha pensando realizar cambios pero no los lleva a cabo.

Es importante mencionar que el paciente tiene muy poca información sobre su enfermedad, antes de ingresar al hospital, no sabía que tenía una alteración en el ritmo del corazón y por ese motivo no ha realizado cambios en su estilo de vida, por lo que es de suma importancia brindarle psicoeducación sobre su enfermedad y el proceso quirúrgico además de fomentarle adherencia terapéutica (visitas al médico, alimentación baja en grasas y sales, ejercicio físico, salud bucal, entre otras).

Resultados de los Instrumentos Psicológicos

Los resultados en el CVRS se observan en la Figura 3, en donde las dimensiones hay un incremento en los datos después de la preparación psicológica (postevaluación).

SIMBOLOGÍA DEL CVRS			
L	Limitaciones físicas	A	Autoeficacia
S	Síntomas	Ca	Calidad de vida
F	Síntomas de frecuencia	I	Interferencia social
Se	Síntomas de severidad	EF	Estado funcional
C	Síntomas cambio a través del tiempo	RC	Resumen clínico

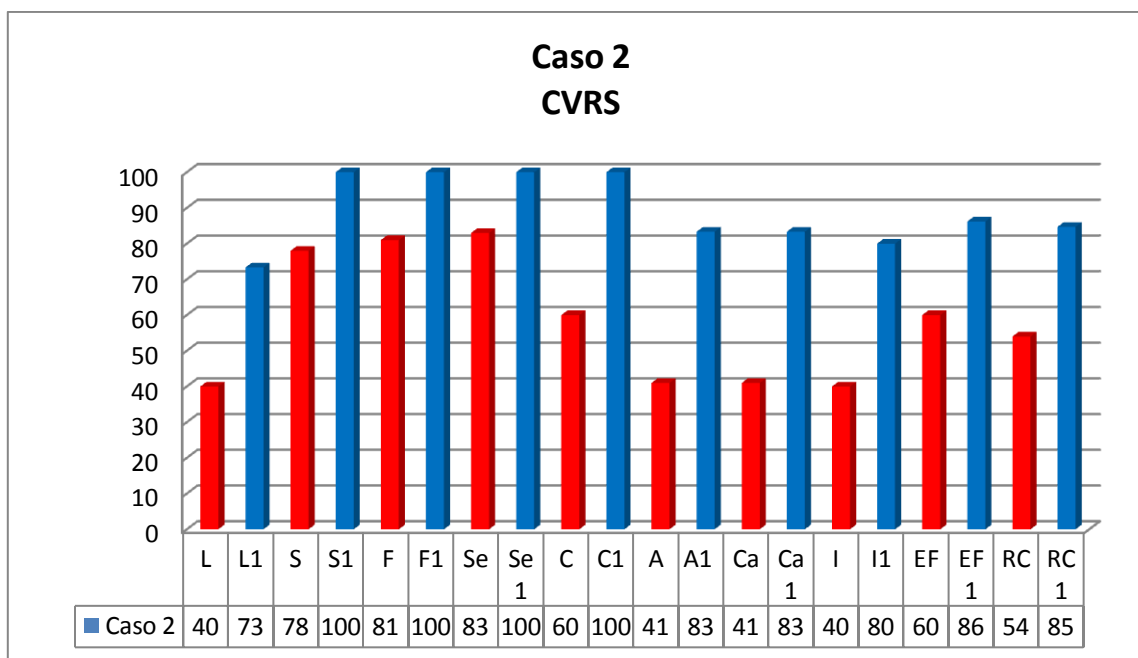


Figura 3. Caso 2, CVRS. Las barras de color rojo indican los datos de la preevaluación (dos semanas antes de su intervención quirúrgica) y las barras de color azul los de la postevaluación (una semana después de su intervención quirúrgica).

Los resultados del HADS muestran un mayor puntaje en la escala de Depresión en comparación en la escala de Ansiedad ambas disminuyeron en la postevaluación (Figura 4).

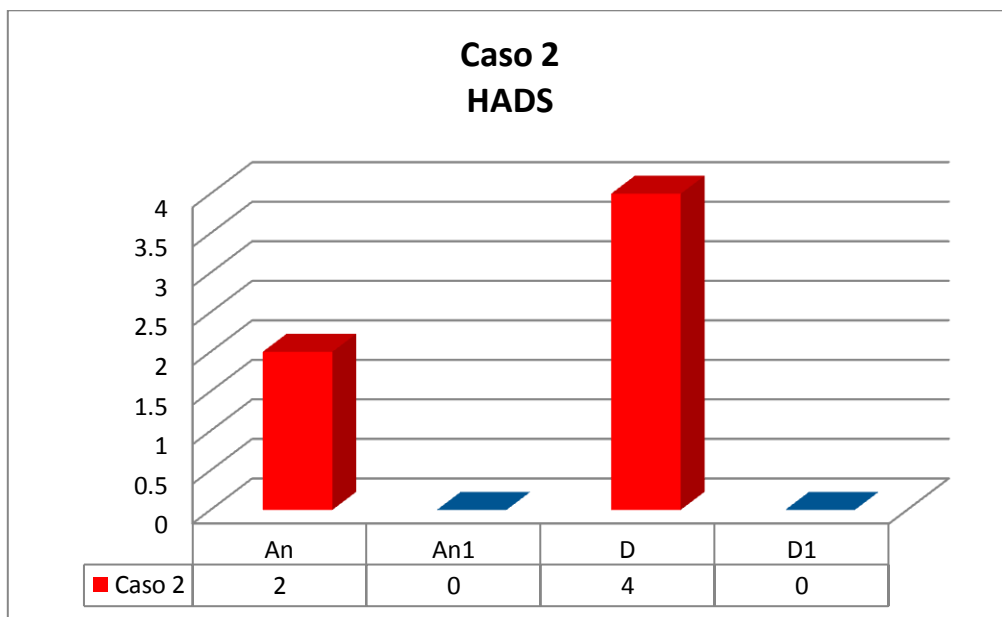


Figura 4. Caso 2, HADS. Las barras de color rojo indican los datos de la preevaluación (dos semanas antes de su intervención quirúrgica) y las barras de color azul los de la postevaluación (una semana después de su intervención quirúrgica).

El aumento de los puntajes de los dominios: limitaciones físicas y los síntomas (en todos sus rubros) probablemente se debió a la colocación del marcapaso, el paciente reporto síntomas como: mareos, vértigos, dolor en el pecho, falta de aire, etc., que disminuyeron gracias al dispositivo. Su asepsia personal del paciente fue buena durante su estancia, era introvertido y diario su esposa e hijos lo visitaban. No mostro ansiedad por la operación, aunque tenía dudas sobre su enfermedad y del procedimiento al que iba hacer sometido, estas dudas se fueron aclarando con la psicoeducación brindada. Durante el procedimiento quirúrgico el paciente se mantuvo calmado, tranquilo, cooperativo con el personal médico.

Caso 3 R.T.V.

Motivo de Consulta:

El paciente es referido por el equipo médico de la Clínica de Arritmias del HGM a la Unidad de Cardiología Conductual, específicamente al programa de Preparación Psicológica para procedimientos invasivos, tras a la colocación del marcapaso transitorio para detectar y tratar síntomas de ansiedad y o depresión posterior a la implantación de su marcapaso definitivo.

Historia Clínica

El paciente ingresó al HGM el día 29 de marzo de 2011 debido a un presincope y se le diagnóstico posteriormente Bloqueo Auriculoventricular (AV), situación que derivó en la colocación de un marcapaso temporal a la espera de la implantación del definitivo. Tiene como antecedente heredo familiar, Diabetes Mellitus II, Hipertensión Arterial Sistólica, Cáncer por parte de su padre y hermanos, así como el diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistólica desde hace veinticinco años actualmente no toma medicamentos para esta enfermedad.

La evaluación psicológica se realizó el día 18 de Abril de 2011. Durante la entrevista y evaluación, se observó al paciente cooperador, extrovertido, atento, participativo, no reportó alteraciones en la sensopercepción ni en contenido de pensamiento. Su lenguaje oral fue fluido, concreto, lógico. Fue intervenido quirúrgicamente el 27 de Mayo del mismo año, para la implantación del marcapaso permanente y su estancia hospitalaria fue de 28 días.

Los resultados obtenidos sobre la percepción del estado de salud actualmente, el paciente reportó que se considera muy saludable; se siente muy presionado con el estilo de vida que lleva, no consume sustancias tóxicas, no lleva una dieta balanceada, se siente estresado o preocupado su trabajo. En su tiempo libre realiza actividades pasivas (leer y escuchar música). Cuida su salud en general llevando a cabo las indicaciones médicas con exactitud; al tener una enfermedad cardíaca (específicamente una arritmia cardíaca) hay que realizar cambios en el estilo de vida (como es hacer una dieta balanceada, hacer ejercicio pero sin contacto físico, no exponerse a fuentes grandes generadoras de altos voltajes de electricidad, ni aparatos que tengan vibraciones intensas o imanes grandes; no

cargar cosas pesadas, entre otras cosas); sin embargo el paciente ha pensando realizar cambios pero no los lleva a cabo.

Es importante mencionar que el paciente tiene muy poca información sobre su enfermedad, antes de ingresar al hospital, no sabía que tenía una alteración en el ritmo del corazón y por ese motivo no ha realizado cambios en su estilo de vida, por lo que es de suma importancia brindarle psicoeducación sobre su enfermedad y el proceso quirúrgico además de fomentarle adherencia terapéutica (visitas al médico, alimentación baja en grasas y sales, ejercicio físico, salud bucal, entre otras).

Resultados de los Instrumentos Psicológicos

En la Figura 5 se observa los puntajes obtenidos en el CVRS que en la mayoría de las dimensiones hubo un incremento en los puntajes en la postevaluación. El paciente fue asintomático por esa razón no hay cambios en los rubros de los síntomas.

SIMBOLOGÍA DEL CVRS			
L	Limitaciones físicas	A	Autoeficacia
S	Síntomas	Ca	Calidad de vida
F	Síntomas de frecuencia	I	Interferencia social
Se	Síntomas de severidad	EF	Estado funcional
C	Síntomas cambio a través del tiempo	RC	Resumen clínico

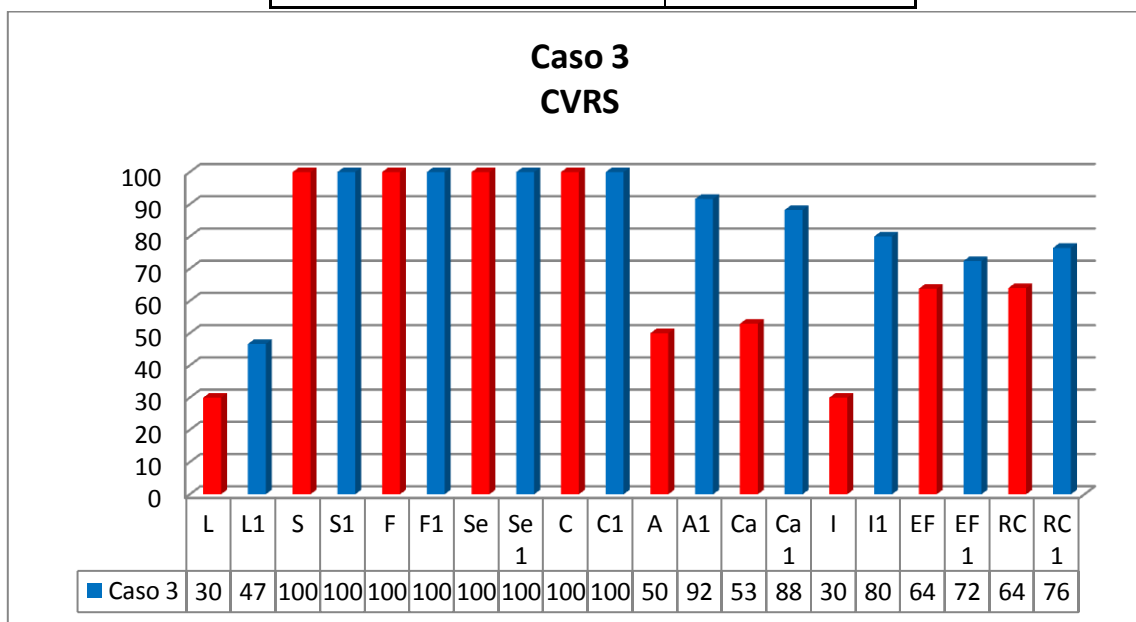


Figura 5. Caso 3, CVRS. Las barras de color rojo indican los datos de la preevaluación (dos semanas antes de su intervención quirúrgica) y las barras de color azul los de la postevaluación (una semana después de su intervención quirúrgica).

En la Figura 6 se muestran los resultados del HADS, el paciente reportó niveles bajos en ambas escalas y las dos disminuyeron en la postevaluación.

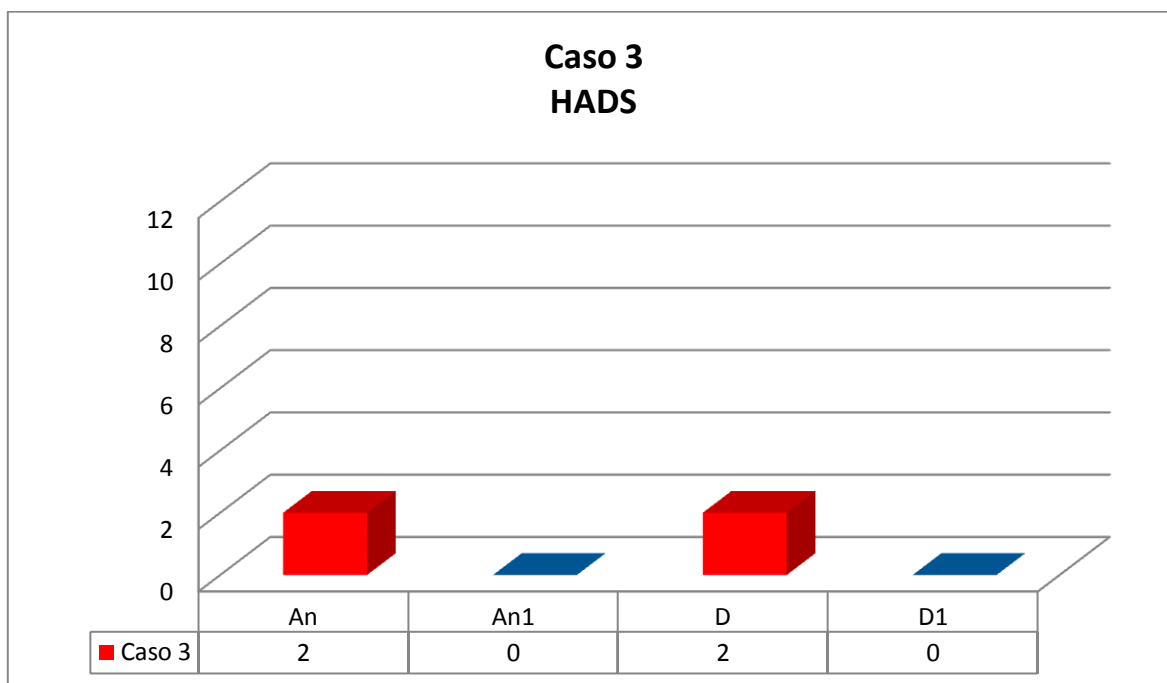


Figura 6. Caso 3, HADS. Las barras de color rojo indican los datos de la preevaluación (dos semanas antes de su intervención quirúrgica) y las barras de color azul los de la postevaluación (una semana después de su intervención quirúrgica).

El paciente reportó niveles de ansiedad y depresión normales, su asepsia personal fue buena durante su estancia, era extrovertido. Se mostró ansioso por la intervención quirúrgica, tenía dudas, temores a una complicación médica, presencia de cogniciones como el “que no sobreviva” mismas que se disminuyeron con la psicoeducación y el manejo de ideas irracionales. En el quirófano el paciente se mantuvo calmado, tranquilo, cooperativo con los médicos.

Caso 4 A.J.J.

Motivo de Consulta:

El paciente es referido por el equipo médico de la Clínica de Arritmias del HGM a la Unidad de Cardiología Conductual, específicamente al programa de Preparación Psicológica para procedimientos invasivos, tras a la colocación del marcapaso transitorio para modificar la ansiedad y/o depresión posiblemente generada por la implantación de su marcapaso definitivo.

Historia Clínica

El paciente ingresó al HGM el 09 de marzo de 2011 debido a un síncope y se le diagnóstico posteriormente Bloqueo Auriculoventricular (AV), situación que derivó en la colocación de un marcapaso temporal a la espera de la implantación del definitivo.

Un antecedente heredo familiar es la Diabetes Mellitus II, por parte de su hermano, así como el diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistólica tratada con fármaco antihipertensivo (Enalapril).

La evaluación psicológica se realizó el día 5 de Abril de 2011. Durante la entrevista y evaluación, se observó a el paciente cooperador, tímido, no reportó alteraciones en la sensopercepción ni en contenido de pensamiento. Su lenguaje oral fue concreto y lento. Fue intervenido quirúrgicamente el 25 de Mayo del mismo año, para la implantación del marcapaso permanente y su estancia hospitalaria fue de 45 días.

Los resultados obtenidos sobre la percepción del estado de salud actualmente, el paciente reportó que se considera regularmente saludable; se siente regularmente presionado con el estilo de vida que lleva, no consume sustancias tóxicas, no lleva una dieta balanceada.

En su tiempo libre realiza actividades pasivas (leer y resolver crucigramas). Cuida su salud en general no estresándose, tomando sus medicamentos; al tener una enfermedad cardíaca (específicamente una arritmia cardíaca) hay que realizar cambios en el estilo de vida (como es hacer una dieta balanceada, hacer ejercicio pero sin contacto físico, no exponerse a fuentes grandes generadoras de altos voltajes de electricidad, ni aparatos que tengan vibraciones intensas o imanes grandes; no cargar cosas pesadas, entre otras cosas); sin embargo el paciente ha pensando realizar cambios pero no los lleva a cabo.

Es importante mencionar que el paciente tiene muy poca información sobre su enfermedad, antes de ingresar al hospital, no sabía que tenía una alteración en el ritmo del corazón y por ese motivo no ha realizado cambios en su estilo de vida, por lo que es de suma importancia brindarle psicoeducación sobre su enfermedad y el proceso quirúrgico además de fomentarle adherencia terapéutica (visitas al médico, alimentación baja en grasas y sales, ejercicio físico, salud bucal, entre otras).

Resultados de los Instrumentos Psicológicos

Los resultados del CVRS se observan en la Figura 7, en la mayoría de las dimensiones hubo un incremento en los puntajes en la postevaluación. El paciente fue asintomático por eso no hay cambios en los rubros de los síntomas.

SIMBOLOGÍA DEL CVRS			
L	Limitaciones físicas	A	Autoeficacia
S	Síntomas	Ca	Calidad de vida
F	Síntomas de frecuencia	I	Interferencia social
Se	Síntomas de severidad	EF	Estado funcional
C	Síntomas cambio a través del tiempo	RC	Resumen clínico

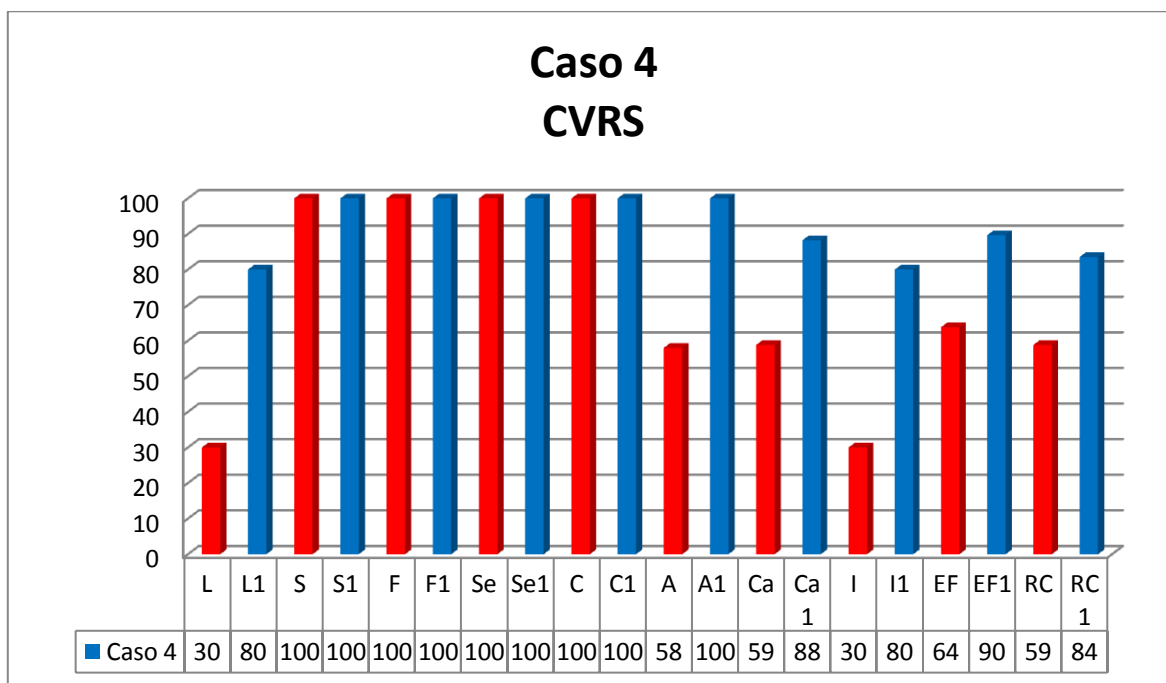


Figura 7. Caso 4, CVRS. Las barras de color rojo indican los datos de la preevaluación (dos semanas antes de su intervención quirúrgica) y las barras de color azul los de la postevaluación (una semana después de su intervención quirúrgica).

Los resultados del HADS muestran que el paciente solo reportó Depresión la cual, disminuyó en la postevaluación (Figura 8).

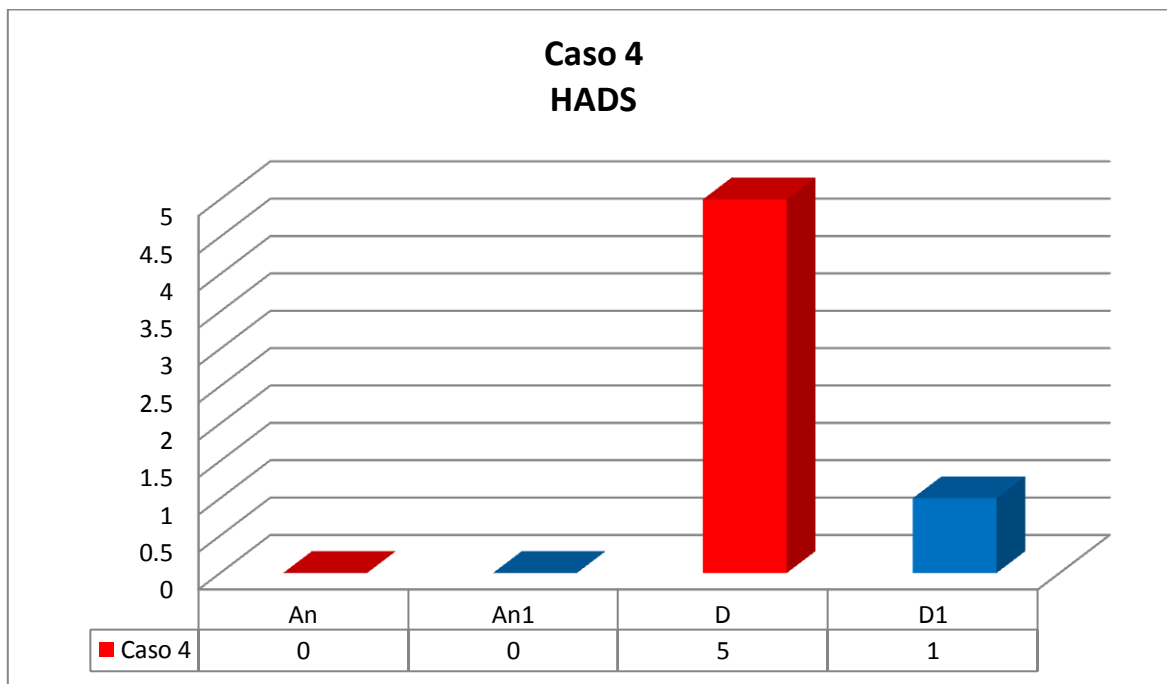


Figura 8. Caso 4, HADS. Las barras de color rojo indican los datos de la preevaluación (dos semanas antes de su intervención quirúrgica) y las barras de color azul los de la postevaluación (una semana después de su intervención quirúrgica).

El aumento del puntaje de limitaciones físicas probablemente sea por la colocación del marcapaso, mientras que el aumento en los demás dominios pudiera ser a la preparación psicológica. Su asepsia personal del paciente fue buena durante su estancia. No mostro ansiedad por la intervención quirúrgica, ni tenía dudas o preguntas. En el quirófano el paciente se mantuvo calmado, tranquilo, cooperativo con los médicos.

Caso 5 F.C.R.

Motivo de Consulta:

El paciente es referido por el equipo médico de la Clínica de Arritmias del HGM a la Unidad de Cardiología Conductual, específicamente al programa de Preparación Psicológica para procedimientos invasivos, tras a la colocación del marcapaso transitorio para modificar la ansiedad y/o depresión posiblemente generada por la implantación de su marcapaso definitivo.

Historia Clínica

El paciente ingresó al HGM el 29 de abril de 2011 debido a un síncope y se le diagnóstico posteriormente Bloqueo Auriculoventricular (AV), situación que derivó en la colocación de un marcapaso temporal a la espera de la implantación del definitivo.

La evaluación psicológica se realizó el día 10 de Mayo de 2011. Durante la entrevista y evaluación, se observó al paciente cooperador, abordable, no reportó alteraciones en la sensopercepción ni en contenido de pensamiento. Su lenguaje oral fue concreto fluido y lógico. Fue intervenido quirúrgicamente el 25 de Mayo del mismo año, para la implantación del marcapaso permanente y su estancia hospitalaria fue de 27 días.

Los resultados obtenidos sobre la percepción del estado de salud actualmente, el paciente reportó que se considera regularmente saludable; se siente poco presionado con el estilo de vida que lleva, no consume sustancias tóxicas..

En su tiempo libre realiza actividades activas (camina y hace ejercicio). Cuida su salud en general comiendo a sus horas, haciendo ejercicio; al tener una enfermedad cardíaca (específicamente una arritmia cardíaca) hay que realizar cambios en el estilo de vida (como es hacer una dieta balanceada, hacer ejercicio pero sin contacto físico, no exponerse a fuentes grandes generadoras de altos voltajes de electricidad, ni aparatos que tengan vibraciones intensas o imanes grandes; no cargar cosas pesadas, entre otras cosas); sin embargo el paciente ha pensando realizar cambios pero no los lleva a cabo.

Es importante mencionar que el paciente tiene muy poca información sobre su enfermedad, antes de ingresar al hospital, no sabía que tenía una alteración en el ritmo del corazón y por ese motivo no ha realizado cambios en su estilo de vida, por lo que es de

suma importancia brindarle psicoeducación sobre su enfermedad y el proceso quirúrgico además de fomentarle adherencia terapéutica (visitas al médico, alimentación baja en grasas y sales, ejercicio físico, salud bucal, entre otras).

Resultados de los Instrumentos Psicológicos

La Figura 9 muestra los resultados del CVRS y se puede observar en la mayoría de las dimensiones incrementos en los puntajes en la postevaluación. Los puntajes globales aumentaron en la postevaluación por lo que se podría decir que la calidad de vida del paciente se elevó.

SIMBOLOGÍA DEL CVRS			
L	Limitaciones físicas	A	Autoeficacia
S	Síntomas	Ca	Calidad de vida
F	Síntomas de frecuencia	I	Interferencia social
Se	Síntomas de severidad	EF	Estado funcional
C	Síntomas cambio a través del tiempo	RC	Resumen clínico

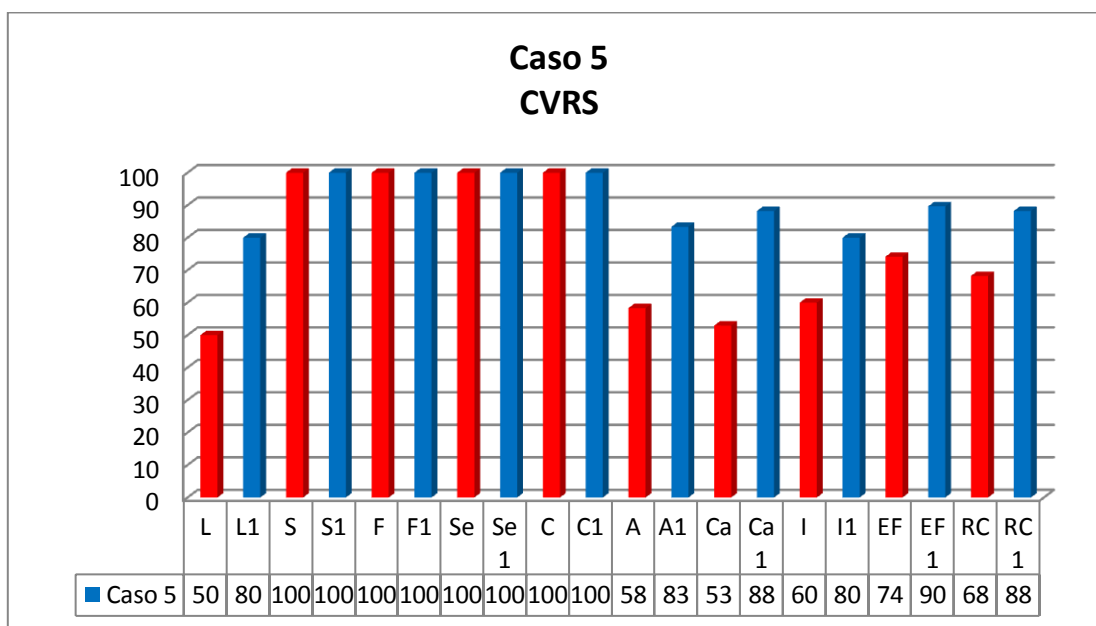


Figura 9. Caso 5, CVRS. Las barras de color rojo indican los datos de la preevaluación (dos semanas antes de su intervención quirúrgica) y las barras de color azul los de la postevaluación (una semana después de su intervención quirúrgica).

En el HADS se observa una disminución en ambas escalas en la postevaluación (Figura 10).

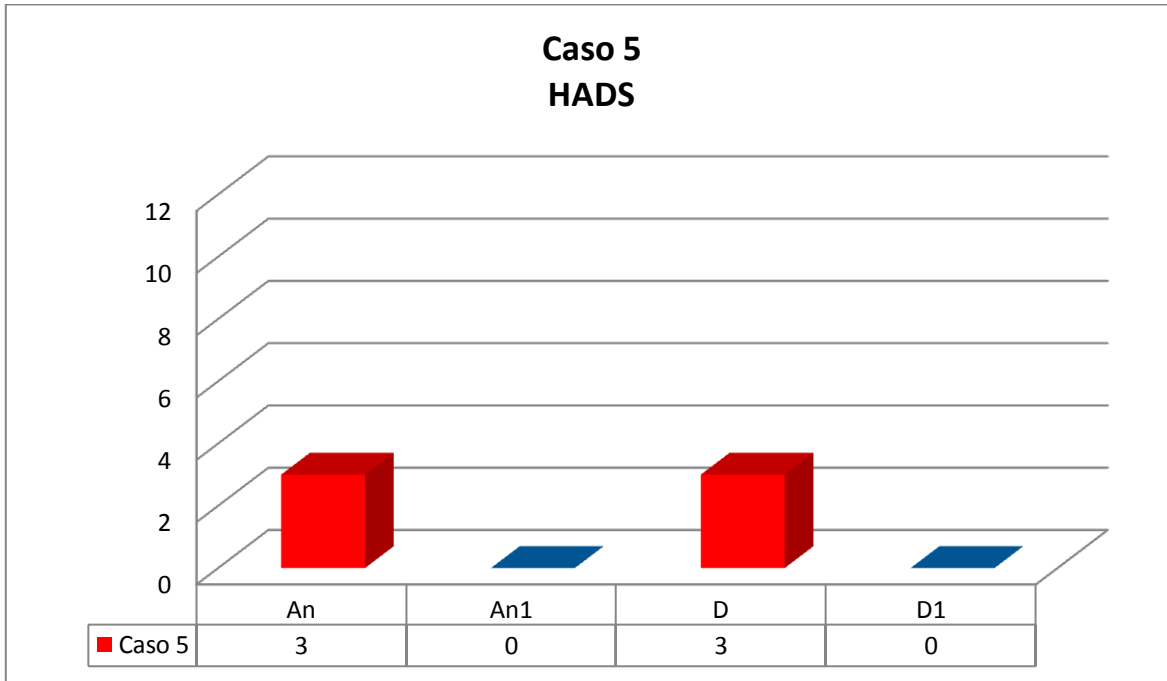


Figura 10. Caso 5, HADS. Las barras de color rojo indican los datos de la preevaluación (dos semanas antes de su intervención quirúrgica) y las barras de color azul los de la postevaluación (una semana después de su intervención quirúrgica).

El paciente fue asintomático por esa razón no hay cambios en los dominios que evalúa la sintomatología. La Autoeficacia, Calidad de Vida, Interferencia Social aumentaron después de la preparación psicológica y se vio reflejado en los puntajes Estado Funcional y Resumen Clínico, mejorando su Calidad de Vida. Su asepsia personal del paciente fue buena durante su estancia, era introvertido y su hija la visitaba. El paciente no mostró ansiedad por la intervención quirúrgica y en el quirófano se mantuvo calmado, tranquilo, cooperativo con los médicos.

Caso 6 R.R.C.

Motivo de Consulta:

El paciente es referido por el equipo médico de la Clínica de Arritmias del HGM a la Unidad de Cardiología Conductual, específicamente al programa de Preparación Psicológica para procedimientos invasivos, tras a la colocación del marcapaso transitorio para modificar la ansiedad y/o depresión posiblemente generada por la implantación de su marcapaso definitivo.

Historia Clínica

El paciente ingresó al HGM el día 28 de marzo de 2011 debido a un presíncope y se le diagnosticó posteriormente Bloqueo Auriculoventricular (AV), situación que derivó en la colocación de un marcapaso temporal a la espera de la implantación del definitivo.

Desde hace diez años fue diagnosticado con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial Sistólica, tratada con fármaco un antihipertensivo (Enalapril).

La evaluación psicológica se realizó el día 10 de Mayo de 2011. Durante la entrevista y evaluación, se observó a el paciente cooperador, extrovertido, participativo, no reportó alteraciones en la sensopercepción ni en contenido de pensamiento. Su lenguaje oral fue concreto, fluido y lógico. Fue intervenido quirúrgicamente el 23 de Mayo del mismo año, para la implantación del marcapaso permanente y su estancia hospitalaria fue de 58 días.

El paciente se considera poco saludable; se siente poco presionado con el estilo de vida que lleva, no consume sustancias tóxicas, no lleva una dieta balanceada.

En su tiempo libre realiza actividades pasivas (escuchar música). Cuida su salud en general comiendo a sus horas y divirtiéndose sanamente; al tener una enfermedad cardíaca (específicamente una arritmia cardíaca) hay que realizar cambios en el estilo de vida (como es hacer una dieta balanceada, hacer ejercicio pero sin contacto físico, no exponerse a fuentes grandes generadoras de altos voltajes de electricidad, ni aparatos que tengan vibraciones intensas o imanes grandes; no cargar cosas pesadas, entre otras cosas); sin embargo el paciente ha pensando realizar cambios pero no los lleva a cabo.

Es importante mencionar que el paciente tiene muy poca información sobre su enfermedad, antes de ingresar al hospital, no sabía que tenía una alteración en el ritmo del corazón y por ese motivo no ha realizado cambios en su estilo de vida, por lo que es de suma importancia brindarle psicoeducación sobre su enfermedad y el proceso quirúrgico además de fomentarle adherencia terapéutica (visitas al médico, alimentación baja en grasas y sales, ejercicio físico, salud bucal, entre otras).

Resultados de los Instrumentos Psicológicos

En el CVRS se puede observar en la Figura 11 que en todas las dimensiones hay un incremento en los datos después de la preparación psicológica (postevaluación).

SIMBOLOGÍA DEL CVRS			
L	Limitaciones físicas	A	Autoeficacia
S	Síntomas	Ca	Calidad de vida
F	Síntomas de frecuencia	I	Interferencia social
Se	Síntomas de severidad	EF	Estado funcional
C	Síntomas cambio a través del tiempo	RC	Resumen clínico

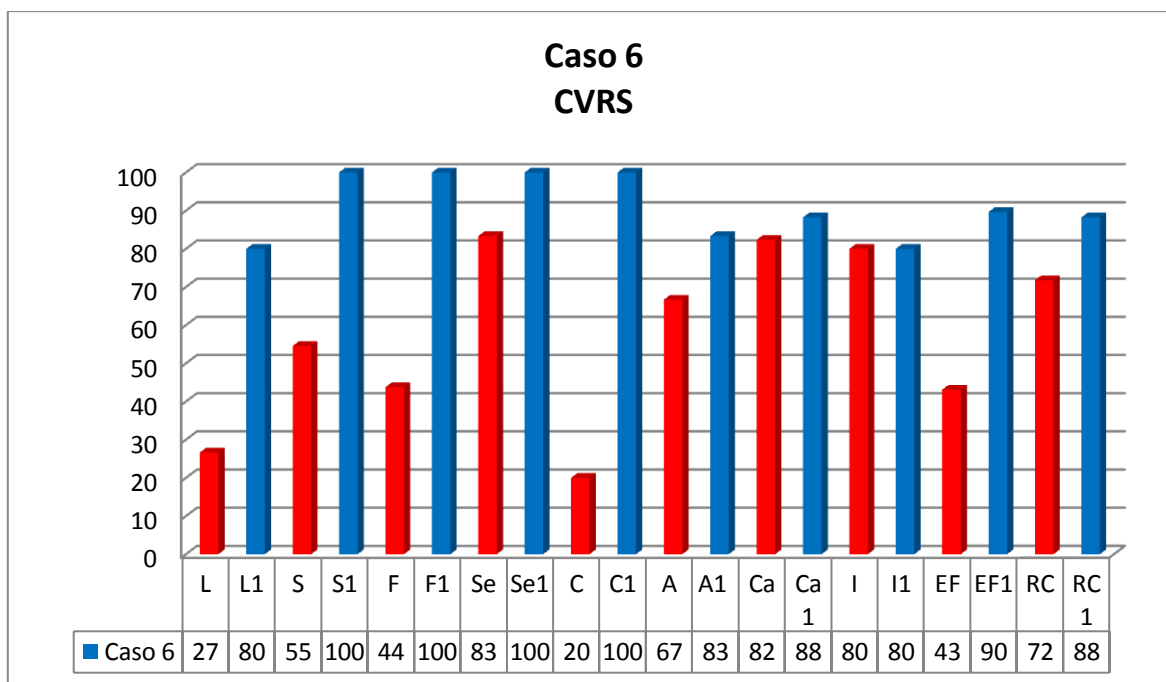


Figura 11. Caso 6, CVRS. Las barras de color rojo indican los datos de la preevaluación (dos semanas antes de su intervención quirúrgica) y las barras de color azul los de la postevaluación (una semana después de su intervención quirúrgica).

En el HADS los resultados fueron: un mayor puntaje en la escala de Depresión y ambas disminuyeron en la postevaluación (Figura 12).

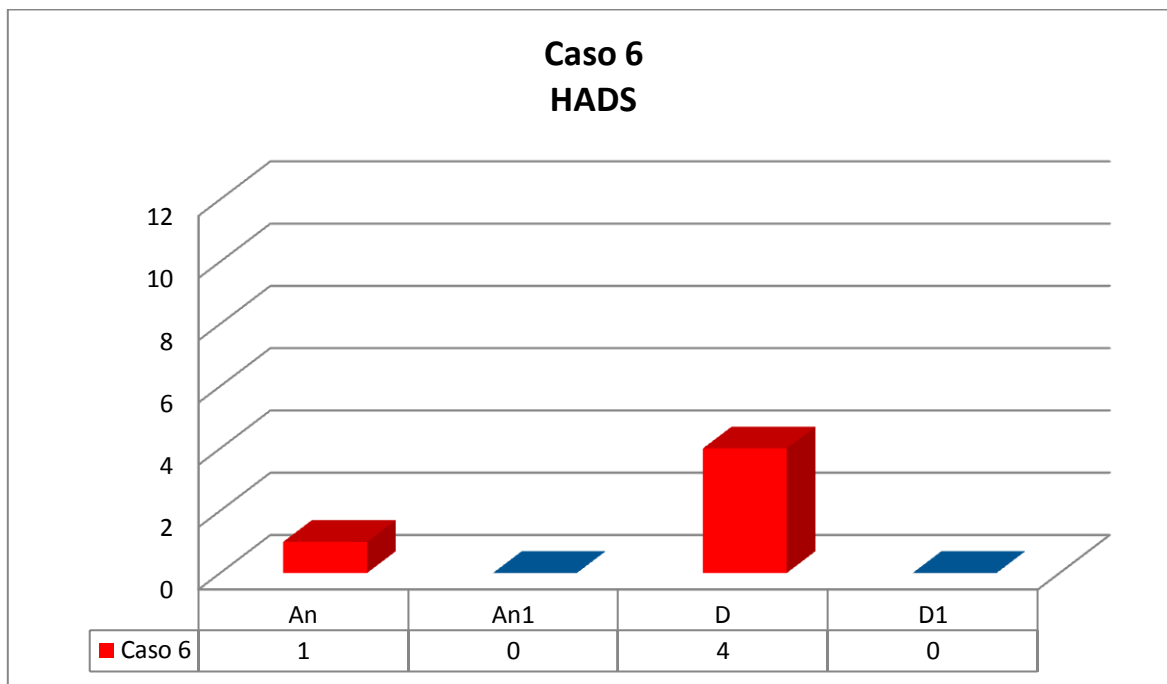


Figura 12. Caso 6, HADS. Las barras de color rojo indican los datos de la preevaluación (dos semanas antes de su intervención quirúrgica) y las barras de color azul los de la postevaluación (una semana después de su intervención quirúrgica).

El paciente fue sintomático por lo que hubo un incremento limitaciones físicas después de la implantación del dispositivo. Su asepsia personal fue buena durante su estancia. No mostro ansiedad por la intervención quirúrgica, aunque tenía dudas sobre su enfermedad y del procedimiento al que iba hacer sometido, estas dudas se fueron aclarando con la psicoeducación brindada. En el quirófano el paciente se mantuvo calmado, tranquilo, cooperativo con los médicos.

Caso 7 P.R.B.P.

Motivo de Consulta:

El paciente es referido por el equipo médico de la Clínica de Arritmias del HGM a la Unidad de Cardiología Conductual, específicamente al programa de Preparación Psicológica para procedimientos invasivos, tras a la colocación del marcapaso transitorio para modificar la ansiedad y/o depresión posiblemente generada por la implantación de su marcapaso definitivo.

Historia Clínica

El paciente ingresó al HGM el día 12 de abril de 2011 debido a un síncope y se le diagnóstico posteriormente Bloqueo Auriculoventricular (AV), situación que derivó en la colocación de un marcapaso temporal a la espera de la implantación del definitivo.

La evaluación psicológica se realizó el día 10 de Mayo de 2011. Durante la entrevista y evaluación, se observó a el paciente poco cooperador, poco participativo, no reportó alteraciones en la sensopercepción ni en contenido de pensamiento. Su lenguaje oral fue concreto. Fue intervenido quirúrgicamente el 23 de Junio del mismo año, para la implantación del marcapaso permanente y su estancia hospitalaria fue de 45 días.

Se considera muy saludable y no se siente presionado con el estilo de vida que lleva, no consume sustancias tóxicas.

En su tiempo libre realiza actividades pasivas (descanzar, ver la tele). No hace nada para cuidar su salud en general; al tener una enfermedad cardíaca (específicamente una arritmia cardíaca) hay que realizar cambios en el estilo de vida (como es hacer una dieta balanceada, hacer ejercicio pero sin contacto físico, no exponerse a fuentes grandes generadoras de altos voltajes de electricidad, ni aparatos que tengan vibraciones intensas o imanes grandes; no cargar cosas pesadas, entre otras cosas); sin embargo el paciente no está dispuesto a realizar estos.

Es importante mencionar que el paciente tiene muy poca información sobre su enfermedad, antes de ingresar al hospital, no sabía que tenía una alteración en el ritmo del corazón y por ese motivo no ha realizado cambios en su estilo de vida, por lo que es de suma importancia brindarle psicoeducación sobre su enfermedad y el proceso quirúrgico

además de fomentarle adherencia terapéutica (visitas al médico, alimentación baja en grasas y sales, ejercicio físico, salud bucal, entre otras).

Resultados de los Instrumentos Psicológicos

En el CVRS se puede observar en la Figura 13 que en todas las dimensiones hay un incremento en los datos después de la preparación psicológica (postevaluación).

SIMBOLOGÍA DEL CVRS			
L	Limitaciones físicas	A	Autoeficacia
S	Síntomas	Ca	Calidad de vida
F	Síntomas de frecuencia	I	Interferencia social
Se	Síntomas de severidad	EF	Estado funcional
C	Síntomas cambio a través del tiempo	RC	Resumen clínico

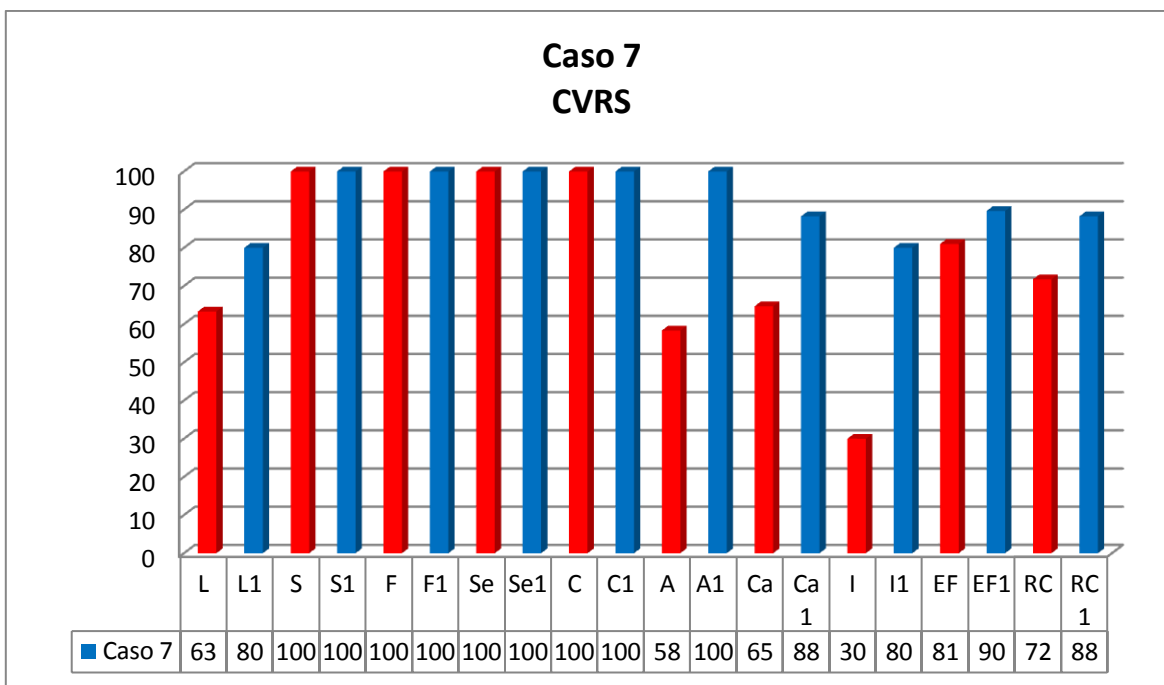


Figura 13. Caso 7, CVRS. Las barras de color rojo indican los datos de la preevaluación (dos semanas antes de su intervención quirúrgica) y las barras de color azul los de la postevaluación (una semana después de su intervención quirúrgica).

En el HADS los resultados se muestran en la Figura 14

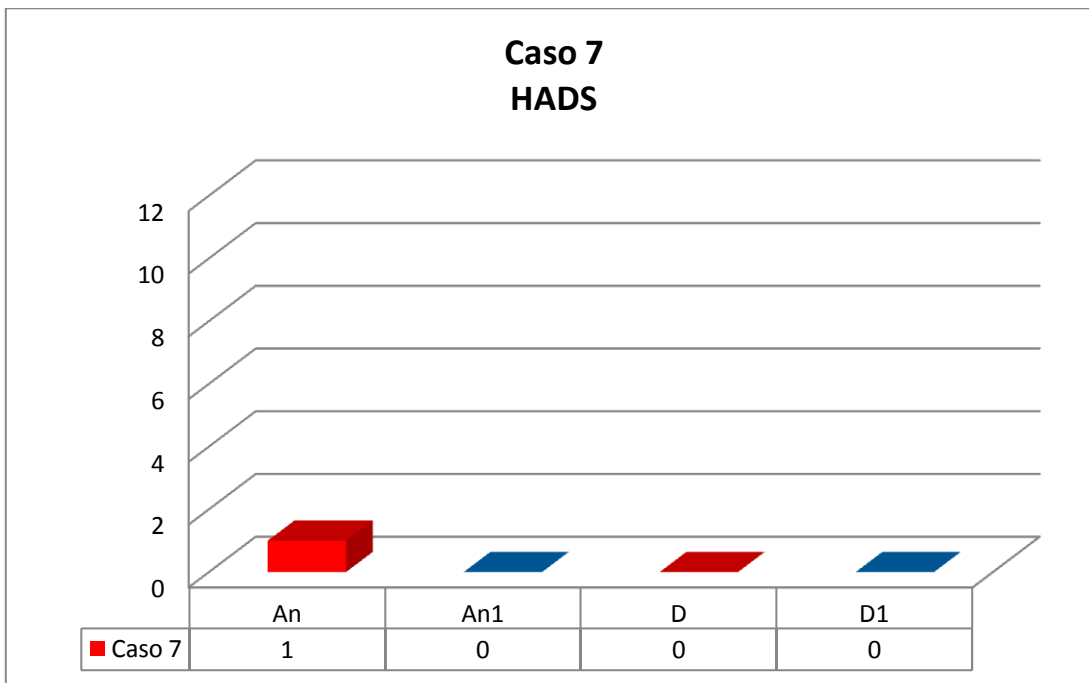


Figura 14. Caso 7, HADS. Las barras de color rojo indican los datos de la preevaluación (dos semanas antes de su intervención quirúrgica) y las barras de color azul los de la postevaluación (una semana después de su intervención quirúrgica).

El paciente reporto ansiedad normal. Su asepsia fue buena durante su estancia, era introvertido y diario su esposa lo visitaban. No mostro ansiedad y en el quirófano el paciente se mantuvo poco cooperativo con los médicos.

Análisis Estadístico

Se realizó la prueba no paramétrica de los signos W de Wilcoxon para contrastar las escalas del Cuestionario de Calidad de Vida y el HADS en la pre y postevaluación con un α de 0.05 y los resultados se muestran en la Tabla 4 y 5 respectivamente.

Tabla 4: CVRS. Estadísticos de Contraste

	Lim pre post	Sin Pre post	Sin frec y Pre post	Sin sev y Pre post	Sin camb Pre post	Aut Pre post	CV Pre Post	Int so Pre post	Edo Fun Pre post	R Cli Pre Post
Z	-2.201 ^a	-1.342 ^a	-1.342 ^a	-1.342 ^a	-1.342 ^a	-2.201 ^a	-2.032 ^a	-2.232 ^a	-2.207 ^a	-2.366 ^a
Sig. asintót. (bilateral)	.028*	.180	.180	.180	.180	.028*	.042*	.026*	.027*	.018*

NOTA. * $p < 0.05$. Lim: limitaciones físicas, Sin: Sintomas, Sin sev: síntomas de severidad, Sin cam: síntomas a través del cambio, Aut: autoeficacia, CV: calidad de vida, Int so: interferencia social, Edo Fun: estado funcional y R Clin; Resumen Clínico.

Hubo diferencias significativas en la mayoría de las escalas, por lo que se podría decir que la calidad de vida aumento despues del programa de intervención psicologica.

Tabla 5: HADS. Estadísticos de contraste

	Ansiedad post - Ansiedad pre	Depresion post - Depresión pre
Z	-1.342 ^a	-2.333 ^a
Sig. asintót. (bilateral)	.180	.020*

NOTA. * $p < 0.05$.

Existen diferencias significativas en la escala de Depresión. El programa de preparación psicológica ayudó probablemente a modificar la Depresión. Se tiene que considerar que la muestra es muy pequeña por lo que puede haber errores estadísticos.

La Calidad de Vida en general de los casos está por encima de la media, es decir, su calidad de vida es regular, los pacientes reportaron cambios en la mayoría de las escalas pero sólo hablaremos de los dos puntajes globales: el estado funcional y el resumen clínico.

En el estado funcional el cuál indica el impacto que perciben los pacientes en cuestiones del funcionamiento físico y de los síntomas en éste; se obtiene sumando las limitaciones físicas y los síntomas (excepto el de cambios a través del tiempo) los puntajes reportados en este estudio van desde 43 a 81, lo que representa que los pacientes no se sienten tan limitados cuando están hospitalizados y la mayoría de ellos no presentaron síntomas. Sin embargo en la postevaluación estos datos aumentaron de 72 a 90; es decir la mayoría de los pacientes no se sintieron limitados ni presentaron síntomas. Estadísticamente hubo cambios significativos en la pre y postevaluación, es decir hubo una diferencia significativa en esta escala.

En el Resumen clínico evalúa tanto la parte física como la parte emocional, y el impacto en sus relaciones sociales; se obtiene sumando el estado funcional, la calidad de vida y la interferencia social, los puntajes obtenidos fueron desde 49 a 72, en la primera evaluación, en la segunda evaluación fueron de 61 a 88. Estadísticamente también hubo cambios significativos en la pre y postevaluación, es decir hubo una diferencia significativa en esta escala. Por lo que se ve el impacto de la intervención psicológica brindada a los pacientes, es decir el manejo de la ansiedad, de la depresión y la psicoeducación, ayuda al paciente a elevar su calidad de vida.

En cuanto a la efectividad de la intervención psicológica sobre la comorbilidad emocional (Ansiedad y Depresión) los pacientes mostraron niveles mayores en depresión que en ansiedad; los resultados muestran una disminución importante en ambas, sin embargo hubo una diferencia significativa en la escala de Depresión, concluyendo que el programa hablando estadísticamente ayuda más a disminuir los niveles de depresión que los de ansiedad. Aunque clínicamente se ve que en ambas tiene efectos positivos.

Discusión Y Conclusiones

El objetivo de esta investigación fue implementar un programa de preparación psicológica para procedimientos invasivos en pacientes portadores de marcapaso temporal candidatos a marcapaso definitivo a fin de modificar la comorbilidad emocional.

Los resultados obtenidos se describen a continuación:

En el análisis se presentó una reducción estadísticamente significativa en la subescala de depresión en el cuestionario HADS esto se puede atribuir a las sesiones de intervención implementadas en estos pacientes, dónde aprendieron técnicas de relajación y psicoeducación acerca de su enfermedad cardiaca; también se debe tomar en cuenta que la muestra es muy pequeña y que puede haber errores estadísticos. Estos hallazgos concuerdan con Castillero & Pérez (2003) quienes evaluaron 45 pacientes y encontraron que el 46 % de ellos no presentaban depresión en la fase preoperatoria, un 22 % estaba moderadamente deprimido y un 30 % se ubicó en la categoría leve. Con depresión elevada encontraron solo un 2 %. En la fase posoperatoria los niveles de depresión disminuyeron significativamente; sin depresión se encontraron el 72 % de los pacientes y con depresión leve a un 22 %, en las categorías moderada y elevada, un 2 % y un 4 % respectivamente.

En la escalada de Ansiedad no se encontró diferencias significativas, sí hubo diferencias clínicas. Feixas & Saldivar (2010), realizaron un estudio con 39 personas sometidas a cirugía de banda gástrica ajustables, comparando dos intervenciones psicológicas: una de información preoperatoria y la hipnosis; los resultados fueron una reducción en la ansiedad en ambos grupos (más notable en el grupo de hipnosis). La comparación entre las medias pre y post intervención psicológica (utilizando la prueba de *W de Wilcoxon*) resultó significativa ($Z = -2.91$; $p = 0.004$) para el grupo control y ($Z = -4.02$; $p < 0.001$) para el grupo experimental.

Pinar, Kurt, & Gungor (2011) estudiaron el impacto de una instrucción preoperatoria en la ansiedad posoperatoria en 60 pacientes (divididas en dos grupos: control y experimental) sometidas a una cirugía gineoncológica, se encontró que las tasas de incidencia de la puntuación de ansiedad post-operatoria del grupo experimental fueron más

bajos que los del grupo control ($p < .05$). Los resultados de esta investigación ha demostrado que las pacientes que recibieron la instrucción preoperatoria sistemática sentían menos ansiedad que los que se les dio más que una rutina de cuidados de enfermería. Otro estudio similar fue el que realizó Yoshinobu, et al, (2004), investigó en ciento cuarenta y nueve pacientes los niveles de ansiedad-estado a un grupo se les brindó psicoeducación sobre su diagnóstico, sobre la cirugía, y de la anestesia; al otro nada de información. Un mayor nivel de ansiedad-estado se encontró entre los pacientes que no sabían su diagnóstico.

En la mayoría de los dominios de la calidad de vida se presentaron diferencias estadísticamente significativas. Lo que se concluye que al disminuir la comorbilidad emocional aumenta la calidad de vida en los pacientes.

Esta investigación aporta a la literatura nuevos datos sobre las variables psicosociales que están presentes en la etapa preoperatoria. En esta población se encontró más prevalencia de depresión, además de obtener mayores puntajes en los instrumentos que la ansiedad. Además de diseñar e implementar un programa de preparación psicológica para un procedimiento invasivo, desde un enfoque cognitivo conductual para disminuir la comorbilidad emocional de los pacientes en el periodo preoperatorio para mejorar así su calidad de vida relacionada con la salud y los cuidados posoperatorios.

Otra ventaja que tiene este estudio es que se contó con instrumentos especializados para medir los factores psicosociales en los pacientes con trastornos cardiovasculares, como fue la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), (validado por Rico, Restrepo y Molina en 2005 con un alfa de Cronbach de $\alpha=0.85$), además del Cuestionario de Calidad de Vida relacionado con la Salud (CVRS), (validado en el HGM por Rincón en 2011 con un alfa de Cronbach en los dominios de limitaciones físicas $\alpha=0.84$, síntomas $\alpha=0.84$, interferencia social $\alpha=0.84$, estado funcional $\alpha=0.89$, resumen clínico $\alpha=0.90$, autoeficacia $\alpha=0.41$).

Como en toda investigación se consideró los lineamientos éticos que se establecieron en la carta de consentimiento, en la que se hace mención de cuál sería la participación que los pacientes tendrían, así como el cuidado que se tuvo de los datos

recabados (ejemplo la confidencialidad) además de estar protegidos por los artículos 133 y 134 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Atención Médica en vigor.

Cabe mencionar que en la realización de esta investigación surgieron algunas limitantes como:

- a. El tamaño de la muestra fue pequeño por los criterios de inclusión asignados en este estudio en comparación de otras investigaciones.
- b. Se realizó la evaluación psicológica solamente en dos momentos (en el período preoperatorio y posoperatorio), por lo que se sugiere realizar otra evaluación antes de la intervención quirúrgica.

Este estudio reafirma la importancia del papel que desempeña la Psicología en la atención del proceso de salud-enfermedad, y la importancia de que se cuente con disciplinas especializadas como es la Cardiología Conductual para brindar una intervención psicológica más especializada.

Es importante que los pacientes tengan una preparación psicológica antes de su intervención quirúrgica por varias razones: al reducir los niveles de ansiedad y depresión, los pacientes sienten menos dolor, complicaciones posoperatorias, días de estancia hospitalaria, por lo que se reduce la toma de analgésicos y el gasto producido a los pacientes y al gobierno.

Además es necesario trabajar más allá de lo físico con un paciente con estas características, que si bien conllevan muchos factores para desarrollarse, se ha dejado de lado uno de los más importantes, que es el emocional, surge hoy en día la necesidad de atender psicológicamente a los pacientes con trastornos cardiacos, debido a que se han encontrado en la mayoría de estudios el impacto que estos generan en la calidad de vida.

Las investigaciones realizadas en el HGM han dado como resultado la creación del área de cardiología conductual, dónde se busca realizar un trabajo interdisciplinario entre profesionales de la salud (psicólogo, cardiólogo, enfermera, etc.), con la finalidad de mejorar las condiciones de salud en los pacientes con trastornos cardiacos, con el principal

propósito de mejorar su calidad de vida, teniendo una intervención psicológica desde su diagnóstico hasta después de sus intervención quirúrgica, y meses después.

Se concluye:

- El programa de preparación psicológica ayudo a reducir los niveles de Ansiedad y Depresión clínicamente.
- Se presentó una mayor prevalencia de Depresión que de Ansiedad, los pacientes son adultos mayores por lo que estudios hacen referencia a que este tipo de población es más propensa a la depresión.

REFERENCIAS

- American Heart Association (AHA). (10 de Junio de 2011). Recuperado el 03 de Febrero de 2012 en <http://www.heart.org>
- Albarrán, A., & Macías, M. (2007). Aportaciones para un modelo psieducativo en el servicio de psiquiatría del hospital civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara Jalisco, México. *Investigación en Salud*, 9(002); 118-124.
- Barrilero, J., Casero, J., & Cebrán, F. (s.f.). *Ansiedad y Cirugia, repercusiones en el paciente sometido a cirugia programada*. Recuperado el 26 de Febrero de 2011, en <http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%208/ansicirug.htm>
- Brigas, S., Krikorian, A., Hernando, F., Rodríguez, O., Jarabo, J., Fernandez, E., et al. (2006). Protocolo de intervención psicosocial en pacientes oncológicos sometidos a cirugía torácica. *Psicooncología*, 407-422.
- Brugada, J., & Matas, M. (2007). Arritmias y Marcapasos. En J. Robles, *Salud del Hospital Clínica de Barcelona y la fundación BBVP* (pp. 241 - 248). Nerea.
- Caballo, V. (2008). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo XXI de España Editores.
- Cánovas, M., Moix, J., Moinx, J., Sanz, A., Estrada, M., & Cos, R. (1998). Eficacia de una intervención cognitivo-conductual en pacientes quirúrgicos. *Cirugía Española*, 347-352.
- Carapia, A., Mejía, G., Nacif, L., & Hernández, N. (2011). Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 34(4): 260-263.
- Carneiro, A., Telles, L., Rassi, A., Siqueira, N., Lauzi, J., & Pimentel, A. (2009). Evaluación de la Ansiedad y Depresión en el Período Preoperatorio en Pacientes sometidos a Procedimientos Cardíacos Invasivos. *Rev Bras Anestesiol*, 59(4): 246-250.
- Castillero, Y., & Pérez, M. (2003). Preparación Psicológica para la cirugía mayor. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*.
- Castillero, Y. (2007). Intervención psicológica en cirugía cardíaca. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 52-63.
- Corella, D., & Ordavás, J. (2007). Genes, dieta y enfermedades cardiovasculares leves. *Investigaciones y Ciencia*(374), 74-83.

- Damiani, A. (s.f.). *PSICOCARDIOLOGIA*. Recuperado el 21 de Marzo de 2011 en <http://psicocardiologia.com.ar>
- Elduayen, J., & Muñoz, L. (2009). Arritmias. In *Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz*.
- Etxeberria, L., Sanchez, A., G., A., Campos, R., & Jarne, B. (2007). Estudio de la Calidad de Vida en pacientes con Insuficiencia Cardíaca en un servicio de medicina interna. *Anales de Medicina Interna*, 57-60.
- Fajuri, A. (2009). *Manual de Arritmias*. Recuperado el 28 de Octubre de 2011 en <http://cardiologia.com.ar>
- Feixas, G., & Saldivar, P. (2010). Eficacia de la intervención psicológica en la reducción de la ansiedad pacientes quirúrgicos de banda gástrica ajustable. *Boletín de Psicología*, 71-87.
- Fernández - Abascal, E., Martín, M., & Domínguez, F. (2003). Factores de Riesgo e intervenciones psicológicas clínicas en los trastornos cardiovasculares. *Psicothemia*, 615-630.
- Fernández, L., Figuera, P., Companys, M., Pinilla, C., & Muñoz, M. (2002). Control de la Ansiedad y el dolor en el paciente al que se va a implantar un marcapasos. *Enfermería en Cardiología*, 32-38.
- Figuera, C., Domínguez, B., Ramos del Río, B., & Alcocer, L. (2009). Emergencia de la cardiología conductual en la práctica clínica. *Psicología y Salud*, 151-155.
- Figueroa, C. (2011). UNIDAD DE CARDIOLOGÍA CONDUCTUAL. *Hospital General de México: Cuna de la Cardiología Mexicana*, 46-48.
- Flint, A., & Rifat, S. (2002). Relationship Between Clinical Variables and Symptomatic Anxiety in Late-Life Depression. *Am J Geriatr Psychiatry*, 10(3): 292.
- Gavito, M. D., Corona, M., Villagrán, M., Morales, J., Téllez, J., & Ortega-Soto, H. (2000). La información anestésica quirúrgica: su efecto sobre la ansiedad y el dolor de los pacientes toracotomizados. *Rev Inst Nal Enf REsp Mex*, 13(3): 153-156.
- Gómez, M. (2007). La psicología de la Salud en un hospital de cuarto nivel de complejidad. *Psychologia: avances de la disciplina*, 159-179.
- Heart Rhythm Society. (2010). Disponible en: <http://www.hrsonline.org/>
- Intituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (1 de Octubre de 2007). Recuperado el 16 de Febrero de 2011 en <http://www.inegi.org.mx>

- Karanci, A., & Dirik, G. (2003). Predictors of pre- and postoperative anxiety in emergency surgery patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 363-369.
- Kumari, A., Krishnamoorthy, K., Harichandrakumar, K., & Das, L. (2007). Health Related Quality of life , an appropriate indicador to assess the impact of morbidity management and disability prevetion activities towards elimination of lymphatic Filariasis. *Filaria Journal*, 1-4.
- Laham, M. (2009). El tratamiento Psicocardiológico. *6to Congreso Virtual de Cardiología*.
- Lega, L., Caballo, V., & Ellis, A. (2002). *Teoria y Práctica de la Terapia Racional Emotiva* (2 ed.). Madrid: Siglo XXI de España.
- Linares, S., Moratalla, A., Romero, A., Pablos, J. M., López, P., Navarro, P. & Jurado, M. (2007). Información, ansiedad y depresión en paceutes sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) en un estudσιο de intervención psicológica. *Psicooncología*, 4(1): 97-109.
- Macedo, F., Parolo, D., & Risso, K. (2010). Preparo Psicológico em Pacientes Submetidos a Cirugia Cardíaca Pediátrica. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6(2): 144-166.
- Madrigal, I., Moreno, J., Rubio, A., Ibañez, A., López, J., & Martínez, L. (2005). Respuesta al estrés prequirúrgico en la cirugía sin ingreso: efectos sobre las poblaciones linfocitarias de un procedimiento de psicoprofilaxis quirúrgica. *Revista Española Anesthesiol*, 383-388.
- Mangin, M. (2010). *Efectos de la preparación psicologica previo a cirugía mayor dirigido a pacientes pediaticos*. Tesis de Licenciatura, UNAM, D.F., México
- Matiz, H., Gutiérrez, O., & Gómez, A. (2003). *Guias de practica clinica basadas en la evidencia. Arritmias supraventriculares*. Asociación Colombiana de facultades de Medicina.
- Medtronic. (Julio 2011). Recuperado el 05 de Febrero de 2012 en: <http://www.medtronic.com.mx/acerca-medtronic/medtronic-mexico/index.htm>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). Recuperado el 25 de Febrero de 2011, en: <http://www.who.com>
- OMS. (Septiembre 2011). *OMS*. Recuperado el 24 de Enero de 2012 en: <http://www.who.com>
- Organizacion Panamericana de la Salud (OPS). (03 de Octubre de 2011). Recuperado el 24 de Enero de 2012 en : <http://new.paho.org.com>

- Pinar, G., Kurt, A., & Gungor, T. (2011). The efficacy of preoperative instruction in reducing anxiety following gynecological surgery: a case control study. *World Journal of Surgical Oncology*, 1-8.
- Pedroche, P., & Quiles, S. (2000). Preparación Psicológica basada en la Información. En Q. Ortigosa, & C. Mendez, *Hospitalización Infantil* (págs. 75-94). Madrid: Biblioteca nueva.
- Peláez, V., Figueroa, C., & Ramos del Río, B. (2010). Impacto de la depresión y la ansiedad en la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con insuficiencia cardíaca. *Interpsiquis*.
- Pérez, R., Martín, M. d., & Quiñones, M. (2000). Influencia de la Ansiedad prequirúrgica en la evolución de la cirugía de las várices. *Revista Cubana de Angioplastia y Cirugía Vasculat*, 95-100.
- Pickering, T., Clemow, L., Davison, K., & Gerin, W. (2003). Behavioral Cardiology. Has its time finally arrived? *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 70(2): 101-112.
- Rincón, S., Figueroa, C., Alcocer, L., & Ramos del Río, B. (2011). Validación del Cuestionario de Vida Relacionada con la Salud en Pacientes con Insuficiencia Cardíaca. *En-claves del pensamiento*(10): 173-189.
- Roca, A., Badia, X., Dalfo, A., Gascon, G., Abellan, J., Lahoz, R., . . . Velasco, O. (2003). Relaciones entre variables clínicas y terapéuticas y Calidad de Vida relacionada con la Salud en pacientes con hipertensión arterial. *Médecina Clínica*, 12-17.
- Rodríguez, M., Dearmas, A., Sauto, S., Techera, S., Perillo, P., Suárez, A., & Berazategui, R. (2005). Primera Experiencia Nacional en Psicoprofilaxis Quirúrgica Pediátrica. *Archivo Pediatrico Uruguay*, 27-37.
- Rojas, E. (2001). *La ansiedad*. Madrid: Temas de hoy.
- Ruiz, E., Muñoz, J., Olivero, Y., & Islas, M. (2000). Ansiedad preoperatoria en el Hospital General de México. *Revista Médica del hospital General*, 231-236.
- Sadín, B. (2002). Papel de las emociones negativas en el Trastorno cardiovascular: un análisis crítico. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 1-18.
- Sánchez, S., Velasco, L., Rodríguez, R., & Baranda, J. (2006). Eficacia de un programa cognitivo- conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes médicamente enfermos. *Revista de Investigación Clínica*, 58(6): 540-546.
- Sauvage, L. (2003). *Diga no a las enfermedades del corazón*. Barcelona: Amot.

- Snaith, P. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health and Quality of life outcome*, 1-4.
- Valenzuela, J., Barrera, J., & Ornelas, J. (2010). Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. *Mediagraphic*, 151-156.
- Vega, L. (Febrero 2011). *Asociación Mexicana para la Prevención de la Aterosclerosis y sus Complicaciones*. Recuperado el 01 de Febrero de 2012 en:<http://www.ampacac.org.mx/>
- Vilchis, A., Secín, R., López, A., & Códova, V. (2010). Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes adultos en la sala de urgencias de un hospital general no gubernamental e identificación por el médico de urgencias. *Medicina Interna de México*(26), 5-10.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Gómez, Á., & Montoya, L. (2007). Calidad de vida relacionada con la Salud en pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial leve. *Diversitas. Perspectivas en psicología*, 203-211.
- Vingerhoets, G. (1998). Perioperative Anxiety and Depression in Open-Heart Surgery. *Psychosomatics*, 30-37.
- Wojciech, R., Kanski, A., Soluch, P., & Szymanska, O. (2009). Preoperative anxiety assessed by questionnaires and patient declarations. *Anestezjologia Intensywna Terapia*, 80-84.
- Wolfgang, L., Melanie, J., & Lecler, J. (2007). Psychological treatment of cardiac patients:.. *European Society of Cardiology*, 2972-2984.
- Zuñiga Angeles, M. E. (2010). Asociación entre la personalidad tipo D, ansiedad y depresión en paicentes con Insuficiencia cardiaca. Tesis de Licenciatura, UNAM, D.F., México

ANEXOS

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México D.F., a _____.

Yo otorgo mi autorización para participar como voluntario(a) en un programa de intervención psicológica para el control emocional ante la implantación de mi marcapasos.

Este programa tendrá una duración de 4 a 5 sesiones, de 40 minutos cada una. Al participar contestaré cuestionarios y obtendré algunas habilidades como respiración diafragmática, relajación progresiva muscular e información sobre el funcionamiento de mi marcapasos.

Mi nombre y alguna otra información que puedan identificarme tendrán un carácter confidencial y estarán legalmente asegurados. Ésta autorización la otorgo en los términos de los artículos 133 y 134 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Atención Médica en vigor.

Tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento sin que cambie mi relación con los investigadores y/o las instituciones.

El paciente:

Firma

Psicólogo

Testigo

ANEXO 2: Cuadernillo de Evaluación Psicológica

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

No. Exp.: _____ Fecha: _____

1. Nombre: _____

2. Edad: _____ 3. Sexo: 1(M) 2(F) 4. Fecha de nacimiento: _____

5. Domicilio: _____

6. Teléfono: _____ 7. Ocupación: _____

8. Estado Civil: _____ 9. Número de hijos: _____

10. Escolaridad: _____ 11. Dx.: _____

12. Periodo de Evolución: _____ 13. Tipo de Tx.: _____

13.1 Fecha de ingreso: _____ 13.2 Fecha de egreso: _____

13.3 Desde hace cuanto tiempo le colocaron su marcapaso: _____

13.4 Cuantos marcapasos le han implantado: _____

14. Le molesta tener un roce o contacto con su marcapaso.

1) Nada 2) Poco 3) Regularmente 4) Mucho 5) No aplica

15. Tiene miedo a una infección por el marcapaso.

1) Nada 2) Poco 3) Regularmente 4) Mucho 5) No aplica

16. Tiene miedo a que no funcione su marcapaso.

1) Siempre 2) Frecuentemente 3) Algunas veces 4) Nunca 5) No aplica

17. Ha disminuido su actividad sexual, debido a su marcapaso.

1) Nada 2) Poco 3) Regularmente 4) Mucho 5) No aplica

18. ¿Qué religión tiene?

19 Con relación a su religión, usted es:

1) Creyente y practicante 2) Creyente

20. ¿Con quién vive?

21. ¿Qué tan saludable se considera?

1) Nada saludable 2) Poco saludable 3) Regularmente saludable 4) Muy saludable

22. ¿Qué tan presionado se siente con el estilo de vida que lleva?

1) Nada presionado 2) Poco presionado 3) Regularmente presionado 4) Muy presionado

23. ¿Qué hace en su tiempo libre?

24. ¿Considerando su enfermedad cardíaca actual, qué hace para cuidar su salud?

25. Al tener una enfermedad cardíaca hay que hacer cambios en el estilo de vida ¿Que tanto está dispuesto a hacer estos cambios?

1) No estoy dispuesto a hacerlos en este momento

2) Lo he pensado pero no lo he llevado a cabo

3) Ya los estoy haciendo desde hace un mes

4) Llevo más de 6 meses haciéndolos.

Cuestionario de Calidad de vida Relacionada con la Salud (CC V)¹

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas hacen referencia a su enfermedad cardiaca y a cómo podría afectar aspectos de su vida. Por favor lea y complete las siguientes oraciones marcando con una X la respuesta que mejor se aplique a usted.

Debido a su enfermedad cardiaca, se pueden experimentar diversos síntomas, como; latidos cardiacos rápidos, desmayos, mareos, vértigo, dolor en el pecho, falta de aire, palidez, sudoración, etc.

1. Por favor marque con una X cuánto le ha limitado su enfermedad cardiaca (latidos rápidos, desmayos, mareos, vértigo, dolor en el pecho, falta de aire, palidez, sudoración) en su habilidad para hacer las siguientes actividades en las últimas 2 semanas.

Actividades	1 Totalmente limitado	2 Muy limitado	3 Moderadamente limitado	4 Ligeramente limitado	5 Nada limitado	6 Limitado por otras razones o no hago esa actividad
a) Vestirse usted mismo						
b) Bañarse						
c) Caminar una cuadra						
d) Realizar quehaceres domésticos o cargar su mandado						
e) Subir varios escalones sin detenerse						
f) Caminar rápido (como para alcanzar el camión)						

2. ¿Comparado con hace 2 semanas, han cambiado sus síntomas de enfermedad cardiaca (desmayos (sincope), mareos, vértigo, dolor en el pecho, falta de aire, palidez, sudoración, etc.)?	3. ¿En las últimas 2 semanas, con que frecuencia ha tenido; desmayos (sincope), mareos, vértigo, dolor en el pecho, falta de aire, palidez, sudoración, etc.?
1) Empeorado Mucho 2) Empeorado Ligeramente 3) No han cambiado 4) Mejorado Ligeramente 5) Mejorado Mucho 6) No he tenido ningún síntoma en las últimas 2 semanas	1) Todos los días. 2) 3 o más veces por semana pero no todos los días 3) 1 a 2 veces a la semana 4) Nunca en las dos semanas

¹ Rincón, Figueroa, Alcocer & Ramos del Río (2011)

4. ¿En las últimas 2 semanas, cuánto le ha molestado esta sensación de mareos y/o vértigo? Ha sido fastidioso...	5. ¿En las últimas 2 semanas, cuántas veces ha presentado; mareos, vértigo, dolor en el pecho, falta de aire, palidez, sudoración y este hecho lo ha limitado para hacer lo que usted quiere?
1) Totalmente 2) Mucho 3) Moderadamente 4) Ligeramente 5) No he tenido ningún síntoma.	1) Todo el tiempo 2) Varias veces al día 3) Por lo menos una vez al día 4) 3 o más veces por semana pero no todos los días 5) 1 a 2 veces por semana 6) Nunca durante las últimas 2 semanas
6. ¿En las últimas 2 semanas, cuánto le ha molestado el dolor en el pecho y/o la falta de aire? Ha sido fastidioso...	7. ¿En las últimas 2 semanas, en promedio, cuántas veces se ha sentido limitado en su forma de hacer lo que usted quería a causa de desmayos (sincope)?
1) Totalmente 2) Mucho 3) Moderadamente 4) Ligeramente 5) No he tenido síntomas.	1) Todo el tiempo 2) Varias veces al día 3) Por lo menos una vez al día 4) 3 o más veces por semana pero no todos los días 5) 1 a 2 veces por semana 6) Nunca durante las últimas 2 semanas
8. ¿En las últimas 2 semanas, cuánto le han molestado la palidez y/o sudoración? Ha sido fastidioso...	9. En las últimas 2 semanas, en promedio, ¿Cuántas veces se ha visto forzado a modificar su estilo de vida, debido a los síntomas de su enfermedad?
1) Totalmente 2) Mucho 3) Moderadamente 4) Ligeramente 5) No he tenido síntomas.	1) Todos los días 2) 3 o más veces por semana pero no todos los días 3) 1 a 2 veces por semana 4) Nunca en las dos semanas
10. Los síntomas de la enfermedad cardíaca pueden empeorar por varias razones, ¿Qué tan seguro está de saber qué hacer, o a quién llamar, si su enfermedad cardíaca empeorara?	11. ¿Qué tanto sabe sobre las cosas que tiene que hacer para cuidar el marcapasos? (ejemplo, no hacer fuerza con el brazo izquierdo durante el primer mes).
1) Totalmente Inseguro 2) Muy Inseguro 3) Algo Seguro 4) Muy Seguro 5) Totalmente Seguro	1) No sé nada en absoluto 2) No sé mucho 3) Sé algo 4) Conozco varias cosas 5) Lo sé todo

12. ¿En las últimas 2 semanas, qué tanto se ha sentido limitado para disfrutar la vida debido a su enfermedad cardíaca?	13. ¿Cómo le hace sentir el hecho de tener que pasar el resto de su vida con un marcapasos?
<ul style="list-style-type: none"> 1) Totalmente 2) Mucho 3) Moderadamente 4) Ligeramente 5) No me ha limitado disfrutar de la vida 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Insatisfecho 2) De algún modo satisfecho 3) Moderadamente satisfecho 4) La mayor parte del tiempo satisfecho 5) Completamente satisfecho.
14. ¿En las últimas 2 semanas, con qué frecuencia se ha sentido desalentado o deprimido debido a su enfermedad cardíaca?	
<ul style="list-style-type: none"> 1) Todo el Tiempo 2) La mayor parte del tiempo 3) Ocasionalmente 4) Nunca 	

15. Indique cómo su enfermedad cardíaca lo limitó para realizar las siguientes actividades en las últimas 2 semanas. Por favor marque con una X.

Actividades	1 Totalmente limitado	2 Muy limitado	3 Moderadamente limitado	4 Ligeramente limitado	5 Nada limitado	6 No aplica o no lo hice
a) Los pasatiempos y actividades recreativas						
b) Trabajar o realizar quehaceres domésticos						

16. Indique cómo su enfermedad cardíaca lo limitó en sus relaciones sociales en las últimas 2 semanas. Por favor marque con una X.

Actividades	1 Totalmente limitado	2 Muy limitado	3 Moderadamente limitado	4 Ligeramente limitado	5 Nada limitado	6 No aplica o no lo hice
a) Visitar a familia o amigos fuera de su casa						
b) Relaciones cercanas con sus amigos						

Dominios		Puntajes Min, Máx.	Rango	Puntaje Crudo	PECV
a)	Limitaciones Físicas (1)	6,36	30		
b)	Síntomas (2,3,4,5,6,7,8,9)	8,41	33		
	I Síntomas Frecuencia (3,5,7,9)	4,20	16		
	II Síntomas Severidad (4,6,8)	3,15	12		
	III Síntomas Cambios a través del tiempo (2)	1,6	5		
c)	Autoeficacia (10,11,12)	3,15	12		
d)	Calidad de vida (13,14,15)	4,21	17		
e)	Interferencia Social (16)	2,12	10		
Puntajes Globales					
Estado funcional (a+I+II)		13,71	58		
Resumen Clínico (a+I+II+d+e)		19,104	85		

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) ²

INSTRUCCIONES: Éste cuestionario está diseñado para ayudarnos a saber cómo se siente usted. Lea cada oración y subraye la respuesta que más describa cómo se sintió la semana pasada. No se demore en contestar las oraciones.

1. Me siento tenso(a) o nervioso(a):*	2. Aún disfruto de las cosas que solía disfrutar:**
3) Siempre. 2) Frecuentemente. 1) Ocasionalmente / algunas veces. 0) Nunca.	0) Definitivamente sí. 1) No tanto. 2) Sólo un poco. 3) Difícilmente.
3. Tengo una sensación de temor como si algo horrible fuera a pasar:*	4. Me puedo reír y ver el lado positivo de las cosas:**
3) Definitivamente sí. 2) Frecuentemente. 1) A veces / ocasionalmente. 0) Nunca.	0) Como siempre lo he hecho. 1) No mucho últimamente. 2) Ocasionalmente / algunas veces. 3) Nunca.
5. Tengo muchos pensamientos preocupantes:*	6. Me siento alegre:**
3) Todo el tiempo. 2) Frecuentemente. 1) A veces, pero no muy seguido. 0) Nunca.	3) No, nunca. 2) Algunas veces. 1) Frecuentemente. 0) Todo el tiempo.
7. Fácilmente me puedo sentir y sentirme relajado:*	8. Me siento deprimido:**
0) Siempre. 1) Frecuentemente. 2) Algunas veces. 3) Nunca.	3) Siempre. 2) Frecuentemente. 1) Algunas veces. 0) Nunca.
9. Llego a sentirme asustado y como si tuviera mariposas en el estómago:*	10. He perdido interés en mi apariencia:**
0) No, nunca. 1) Ocasionalmente. 2) Frecuentemente. 3) Siempre.	3) Definitivamente sí. 2) No me importa tanto como antes. 1) Probablemente, no le tomo mucha importancia 0) Le doy la misma y/o más importancia.

² Zigmong & Snaith (1983)

11. Me siento intranquilo, como si tuviera que estar en movimiento constantemente:*	12. Veo el futuro disfrutando de las cosas:**
3) Siempre. 2) Frecuentemente. 1) No mucho. 0) Nunca.	0) Más que nunca. 1) Un poco menos de lo que acostumbro. 2) Definitivamente menos de lo que acostumbro. 3) No lo hago.
13. Tengo repentinos sentimientos de pánico:*	14. Puedo disfrutar de una buena revista o programa de radio o televisión:**
3) Siempre. 2) Frecuentemente. 1) No muy seguido. 0) Nunca.	0) Siempre. 1) Frecuentemente. 2) Algunas veces. 3) Nunca.

Resultado			
Reactivos	*Ansiedad (1,3,5,7,9,11,13)	Reactivos	**Depresión (2,4,6,8,10,12,14)
Total		Total	
0-2 Normal		0-1 Normal	
3-8 Leve/ Moderada		2-6 Leve/ Moderada	
> 9 Severa Ansiedad y/o Depresión		> 7 Severa Ansiedad y/o Depresión	