

1. TITULO

“INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES PRE Y
POSTOPERATORIOS DEL HOSPITAL “MANUEL YGNACIO MONTEROS
VALDIVIESO” IESS LOJA DURANTE EL PERIODO JUNIO –
NOVIEMBRE DEL 2011”

2. RESUMEN

El presente trabajo de investigación denominado “Intervención Psicológica en pacientes pre y postoperatorios del Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso IESS Loja” fue llevado a cabo durante el periodo Junio – Noviembre del 2011.

El objetivo de este trabajo de tesis exponer la importancia de un modelo de intervención psicológico, en el campo de la salud mental, a partir de la experiencia en el área de cirugía, en pacientes en edades comprendidas entre los 41 a 60 años con una muestra de 43 personas, los mismos que denotaron la necesidad de una intervención psicológica que les permita la adecuada adaptabilidad al medio quirúrgico y hospitalario.

Para ello se utilizó test psicológicos, como el cuestionario SEAPSI para Personalidad, Hamilton para Ansiedad y Beck para Depresión. Estos reactivos psicológicos permitieron obtener datos importantes del total de la población, al demostrar que el 54% de los pacientes encuestados presentaron rasgos de personalidad dependiente; el 93% una reacción ansiosa depresiva breve antes de la cirugía, este porcentaje está en relación con otras variables como género, nivel de instrucción y estado civil, los cuales puntuaron un mayor porcentaje en pacientes mujeres, nivel de instrucción secundario y superior, y en pacientes viudos.

Después de la cirugía, al aplicar la Escala Hospitalaria de Ansiedad Depresión el 63% no presentó ningún síntoma ansioso depresivo, no obstante el 37% restante aún presentó ansiedad postquirúrgica.

Se concluyó entonces que la necesidad de un tratamiento psicológico es muy evidente ya que brindará al paciente quirúrgico, durante su estancia hospitalaria, una atención adecuada y una recuperación satisfactoria.

SUMMARY

This research work entitled "Psychological Intervention in pre and postoperative patients Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso Hospital IESS Loja" was conducted during June-November 2011.

The aim of this thesis to explain the importance of a psychological intervention model in the mental health field from the experience in the field of surgery in patients aged 41 to 60 years with a sample of 43 people, the same as denoted the need for psychological intervention to enable them to appropriate surgical adaptability to their environment and hospitable.

I used psychological tests, as the questionnaire for Personality SEAPSI, Hamilton Anxiety and Beck Depression. These reagents provide data important psychological of the total population, by showing that 54% of patients surveyed had dependent personality traits, 93% anxious depressive reaction shortly before surgery, this percentage is in relation to other variables as gender, education level and marital status, which scored a higher percentage of female patients, the secondary education level and higher, and widowed patients.

After surgery, when applying the Hospital Anxiety Depression Scale, 63% did not show any symptoms anxiety depression, however the remaining 37% still showed anxiety after surgery.

It was concluded that the need for psychological treatment is very evident as to provide surgical patient during their hospital stay, proper care and a successful recovery.

3. INTRODUCCIÓN

El enfermar constituye una de las experiencias vitales más difíciles por las que atraviesan los seres humanos, ya que enfrenta al sujeto enfermo a profundos cambios en la relación consigo mismo, su entorno y la sociedad. La internación constituye una experiencia no menos crítica que la anterior, pues la persona que ingresa a un Hospital para someterse a algún tipo de procedimiento médico o quirúrgico, sufre un cambio radical en su forma de vida habitual. Todo su entorno pasa a no ser solo diferente, sino del todo inhabitual y extraño, ya que se encuentra frente a una situación nueva y desconocida.

Durante una hospitalización médica, el enfermo puede sufrir ansiedad y/o depresión, presentándose en primera instancia “el síndrome hospitalario o del mandil blanco, que hace referencia al aumento de tensión al entrar en una consulta médica y puede distorsionar las mediciones de la presión arterial, creando malestar general en el paciente y percibiendo el medio hospitalario amenazante por temor a presentar alguna patología incurable. Además la adaptabilidad del paciente puede estar mediada por estar alejado de sus familiares, si fracasa en afrontar su enfermedad o si es portador de algún trastorno de ansiedad”¹. La ansiedad y depresión perturba y limita al paciente para enfrentar la enfermedad y, al médico, puede dificultarle diagnósticos y tratamientos al no saber cómo llevar adecuadamente estos tipos de patologías psicológicas.

Es comprensible entonces que en la estancia hospitalaria se pueda crear un ambiente negativo para la adaptación del paciente, dependiendo de las condiciones en las que sea ingresado, “además es importante considerar que un gran número de evidencias sugieren que mientras mayor es la ansiedad, más lenta y complicada resulta la recuperación postoperatoria,

¹ <http://alfonsonino.blogspot.com/2010/05/el-sindrome-del-mandil-blanco.html>

lo que ocurre a través de mecanismos tanto conductuales como fisiológicos. De igual manera, investigaciones en el campo de la Psiconeuroinmunología muestran que el estrés rompe la homeostasis neuroendocrina y retarda la reparación de tejidos, dificultando la cicatrización de las heridas, además los individuos más distresados son más susceptibles de experimentar trastornos del sueño y el sueño profundo se relaciona con la secreción de la hormona de crecimiento, que también facilita la cicatrización de las heridas”².

“Estudios realizados en un Hospital de Bogotá en pacientes hospitalizados por intervención quirúrgica, en una muestra de 82 pacientes y con un rango de edades entre 22 y 76 años, demuestran una prevalencia del 41.5% de depresión leve a moderada, una prevalencia de trastorno depresivo del 11% y una mayor prevalencia de síntomas somático-motivacionales, frente a los síntomas cognitivo-afectivos”³. Estos hallazgos corresponden a la alta prevalencia de depresión en contexto hospitalario; igualmente, confirma la importancia de la evaluación de síntomas cognitivo-afectivos para determinar la presencia o no de episodios depresivos en este tipo de pacientes.

Las funciones del psicólogo clínico por lo tanto, se basan en buscar el equilibrio en cada acción, en cada momento y en cada eslabón del proceso asistencial que se produce en las instituciones de salud, tanto médico como psicológico, de esta manera se podrá humanizar, haciendo más integral cada relación que se establece en conjunto como al remitir a otra especialidad, cuando dos profesionales tienen que interconsultar un caso y tomar una decisión o cuando un servicio tiene que organizar una forma de abordaje de un problema que están presentando. El respaldo

² Yalilis Castellero Amador y Marilín Pérez Lazo de la Vega, Preparación psicológica para la cirugía mayor Vol.6. Pág. 35

³ Diana María Agudelo Vélez, Lina Marcela Lucumí Acelas, Yannin Juliana Santamaría Quiroga, Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados. Pág. 48

teórico y los resultados de la presente investigación permiten observar la importancia de realizar una intervención psicológica pre y postoperatoria en nuestro medio, que garantice una mejor adaptabilidad hospitalaria para mejorar la atención y calidad de vida del paciente.

El material y método utilizado en esta investigación es de estudio cuasi experimental porque se trabajó con una muestra, cuyos elementos están predeterminados y escogidos, ya que no han sido al azar. Es además una investigación de corte transversal, a una muestra de 43 pacientes hospitalizados en el área de cirugía, efectuado en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso "IESS" Loja, que es un hospital que cuenta con el servicio de psicología. Previa a una adecuada socialización del trabajo a llevarse a cabo y la construcción de la empatía con los pacientes, se evaluó a quienes aceptaron de manera voluntaria participar en este estudio, en el cual se tomó pacientes de edades comprendidas entre los 41 a 60 años en el mismo que participaron hombres y mujeres.

Dentro de los criterios de exclusión se encuentran: las áreas de Pediatría, Ginecología, Clínica, Cuidados Intensivos y Emergencia. De igual manera se excluye la población de neonatos, niños, adolescentes, jóvenes y adultos mayores, en edades comprendidas de 0 a 40 años.

Dentro de los instrumentos aplicados para la investigación se utilizó el test de ansiedad de Hamilton que es uno de los instrumentos más utilizados en estudios sobre ansiedad, puede ser usado para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento. Además se utilizó el test de depresión de Beck que es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión, estos dos test fueron aplicados antes de la cirugía. Se aplicó además luego de la cirugía la Escala Hospitalaria de Ansiedad y

Depresión (HAD) es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar ansiedad y depresión en enfermos físicos y mentales, y también en población general. “Con esta escala se han registrado las respuestas emocionales de ansiedad y depresión en amplias muestras de población sana adolescente, de estudiantes universitarios, de adultos y personas de tercera edad”⁴.

Para la recolección de datos se aplicó la historia clínica breve, la misma que cuenta con datos como: nombres, edad, estado civil, nivel de instrucción, tipo de cirugía y comorbilidad.

La presente investigación ha denotado diversos resultados, obtenidos mediante los test aplicados antes y después de la cirugía, los mismos que han sido expuestos a través de cuadros y barras, permitiendo hacer uso de la estadística descriptiva, en la que las conclusiones se derivan de los datos obtenidos y el análisis del mismo, con el respaldo del marco teórico y los conceptos. Además con dichos resultados se pudo observar las demandas y necesidades de una atención psicológica pre y postoperatoria, a través de la cual se estableció un plan psicoterapéutico adecuado para los pacientes.

⁴ www.infoconline.willsglaucoma.org/spanish/20040728.htm

4. REVISIÓN DE LITERATURA

Depresión

La depresión se la puede explicar con mayor claridad según los síntomas que se presenten y la duración de los mismos.

Cuando una persona se siente triste, melancólica con sentimientos pasajeros y desaparecen en unos días, se puede decir que la persona ha estado deprimida, pero como ocurre en algunas enfermedades biológicas en las que el cuerpo se cura solo y que no siempre necesitan del tratamiento médico, de igual manera puede ocurrir con la depresión que no siempre necesita del psicólogo o psiquiatra, dependiendo por supuesto de las diversas habilidades y resolución de problemas según los esquemas mentales estructurados en la mente de una persona.

Cuando existen síntomas depresivos que se extienden en un periodo de dos semanas o más, en los cuales se presenta tristeza profunda o euforia, llanto fácil, sensación de debilidad y cansancio, perspectiva sombría del futuro, pérdida del apetito y por ende pérdida de peso, insomnio o hipersomnia, pensamientos autolíticos y descuido de la higiene personal, se considera un trastorno del estado de ánimo y se requiere de una correcta evaluación psicológica para determinar un diagnóstico preciso.

“Muchas personas con una enfermedad depresiva nunca buscan tratamiento. Pero la gran mayoría, incluso aquellas con casos más graves de depresión, pueden mejorar con tratamiento. Intensas investigaciones de la enfermedad han resultado en el desarrollo de medicamentos, psicoterapias, y otros métodos para tratar a las personas con este trastorno incapacitante”⁵.

⁵ Instituto Nacional de la Salud Mental, Depresión. Pág. 79

Causas de la Depresión

No existe una causa única conocida de la depresión. Más bien, esta parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos, y psicológicos.

Factores Genéticos

“Los familiares de pacientes con depresión mayor, no presentan una probabilidad más alta que la población general de desarrollar la enfermedad bipolar, pero cuando se analizan familiares de pacientes con diagnóstico de enfermedad bipolar, se observa un riesgo mayor (11%) de presentar cuadros clínicos de depresión mayor.

Se han realizado estudios en familias para definir si existen subtipos de depresión, y si algún de ellos posee una mayor asociación familiar; Pero hasta el momento no se la identificado un subtipo especial. Se acepta que en los cuadros depresivos donde hay un factor externo claramente relacionados como en los cuadros de depresión reactiva, hay menor influencia genética.

Un hallazgo interesante en estos estudios de familias es el relacionada con la edad de inicio de la enfermedad, donde se describe que si existe depresión mayor como antecedente en uno de los padres y la edad de inicio es antes de los 20 años de edad, la probabilidad familiar de sufrirá el trastorno aumenta; por el contrario, cuando el cuadro depresivo se inicia después de los 40 años el riesgo familiar es menor.

Otro campo promisorio para la investigación clínica es el estudio de la respuesta a los medicamentos. Se ha observado en diferentes estudios que la respuesta a los antidepresivos es común en los familiares, lo que

sugiere una posible neuromodulación determinada por factores genéticos, que sería transmitida a nivel familiar.”⁶

Factores Bioquímicos

“Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se sabe, por ejemplo, que las personas con depresión grave típicamente tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores que son la serotonina, dopamina y norepinefrina. Además, los patrones de sueño, que se ven afectados por la bioquímica del organismo, son generalmente diferentes en las personas que tienen trastornos depresivos. La depresión puede ser inducida o aliviada con ciertos medicamentos, y algunas hormonas pueden alterar los estados de ánimo. Lo que aún no se sabe es si el "desequilibrio bioquímico" de la depresión tienen un origen genético o es producido por estrés, por un trauma, o por una enfermedad física u otra condición ambiental.

Factores Psicológicos

Las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer de depresión.

Estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas. Aparentemente, los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia y van conformando a lo largo del tiempo un patrón de pensamiento depresivo”⁷.

⁶ <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/avances/vol1/articulos/articulo06.pdf>

⁷ <http://www.respuestasaladepresion.com/causas/causas.php>

Áreas del Cerebro Relacionadas con la Depresión

“En la figura ubicada en la parte inferior enumeran algunas de las áreas involucradas en la afectividad humana. Entre ellas, las relacionadas con los trastornos depresivos, estas son el córtex prefrontal, el núcleo estriado, la amígdala y el hipotálamo. Se cree que el neocórtex y el hipocampo están involucrados en los aspectos cognitivos de la depresión, es decir, en las ideas o sentimientos de culpa, de falta de autoestima, de desesperanza y autolíticas, y en las alteraciones de memoria. Lo cual se relaciona con el aumento significativo del riesgo de depresiones en pacientes con antecedentes de lesiones tumorales o vasculares a nivel del lóbulo frontal. Algunos autores defienden la existencia de una especificidad regional, argumentando la existencia de un mayor riesgo de depresión pequeña y/o localizado en la región frontal izquierda. En los últimos años, se han realizado grandes esfuerzos para demostrar la posible relación etiológica entre la depresión de inicio tardío y la patología vascular cerebral, denominándose a este posible subtipo de depresión “depresión vascular”. Se define como aquella depresión que es debida a múltiples infartos cerebrales, con frecuencia “tranquilos”, es decir sin síntomas neurológicos. Parece ser que este nuevo concepto tiene implicaciones etiológicas, clínicas, terapéuticas (tratamiento de los factores de riesgo vascular) y pronósticas (curso crónico y recurrente) que difieren del resto de depresiones”⁸.

⁸ <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple4a.html>

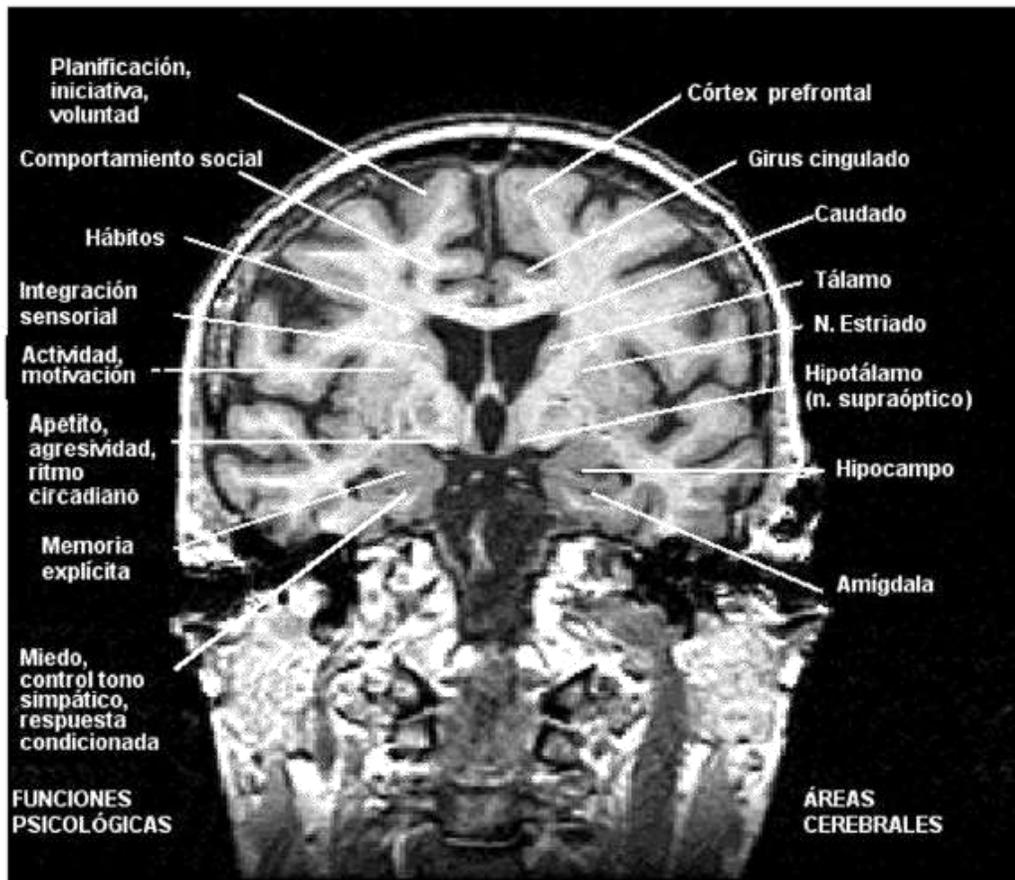


Figura 2. Neuroanatomía de la afectividad.

Síntomas de la Depresión

- No todas las personas con enfermedades depresivas padecen los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia, y duración de los síntomas pueden variar según la persona y su enfermedad en particular.
- Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, o vacío.
- Sentimientos de desesperanza y/o pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad, y/o impotencia.
- Irritabilidad, inquietud.
- Pérdida de interés en las actividades o pasatiempos, incluso en las relaciones sexuales.

- Fatiga y falta de energía.
- Dificultad para concentrarse, recordar detalles, y para tomar decisiones.
- Insomnio, despertar muy temprano, o dormir demasiado.
- Comer excesivamente o perder el apetito.
- Pensamientos suicidas o intentos de suicidio
- Dolores y malestares persistentes, dolores de cabeza, cólicos, o problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento.

Factores de Riesgo de la Depresión

Debido a que la depresión es un proceso complejo, cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos. Se desconoce el peso de cada factor en la relación de las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrolla.

“Dentro del papel atribuido a las circunstancias personales o sociales se ha destacado la pobreza, las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales, la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco y las circunstancias laborales, ya que los desempleados, discapacitados y las personas en baja laboral por enfermedad o maternidad presentan depresiones con mayor frecuencia.”⁹

El estado civil y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión y también se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos ansiosos.

⁹ Ministerio de Sanidad y Consumo, Guía práctica clínica sobre manejo de la depresión mayor en el adulto. Pág. 65

“Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de alto riesgo tanto para enfermedades somáticas como psiquiátricas, las cuales comienzan en edades tempranas y persisten durante la edad adulta. Así, los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general, proporción también importante en los de segundo grado. El patrón de presentación del cuadro también puede ser diferente, encontrando como señal más temprana un trastorno de ansiedad. No obstante, estos estudios familiares por sí mismos no pueden establecer qué cantidad de riesgo proviene de los factores genéticos y qué cantidad de ambiente familiar compartido. Por otra parte, con el progresivo conocimiento del genoma humano se ha hecho posible identificar la localización cromosómica de genes que confieren vulnerabilidad para trastornos como la depresión mayor. Un factor que podría influir en su desarrollo es la presencia de un polimorfismo del gen que codifica el transportador de serotonina, lo que produciría una disminución del transporte de este neurotransmisor que está asociado a la depresión”¹⁰.

“Los rasgos neuróticos de la personalidad que incluyen una angustia exagerada, síntomas histéricos, fobias, síntomas obsesivos y compulsivos y una depresión grave, se asocian a rasgos de personalidad para desarrollar depresión ante los eventos adversos de la vida. Los trastornos de ansiedad son en general factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión mayor y también la distimia se ha visto como un importante predictor del desarrollo posterior de un cuadro depresivo mayor. Por otra parte, se ha observado que pacientes fundamentalmente varones, con antecedentes de ataques de pánico, tenían mayor riesgo de desarrollar depresión mayor.

¹⁰ Dr. Alberto Infante Campos D. G., Depresión y Tratamiento, Agencia de Calidad del SNS. Pág. 13

Se ha descrito además una asociación entre migraña y depresión, de manera que los pacientes con depresión mayor presentaban mayor riesgo de sufrir migraña y a su vez, los que presentaban migraña (no otro tipo de cefalea) tenían mayor riesgo de depresión mayor. También, la presencia de enfermedad cardíaca y diversas enfermedades endocrinas, como la diabetes, el hipo o hipertiroidismo, el síndrome de Cushing, la enfermedad de Adisson y la amenorrea hiperprolactinémica, parecen aumentar el riesgo de depresión”¹¹.

Prevalencia y Repercusiones de la Depresión

“Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta en el mundo a unos 121 millones de personas, de los que menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos y advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si ocurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés”¹².

“Debido a estos factores que pueden presentarse, la necesidad de tratamiento es muy necesaria sobre todo por el índice de suicidio que existe en nuestra sociedad, es así que el juicio de la OMS, el suicidio constituye un problema de salud pública muy importante y en gran medida prevenible, que se traduce en casi un millón de víctimas al año”¹³.

Muchos casos de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, aunque raras veces resulta fácil establecer su autonomía diagnóstica respecto de otras entidades psicopatológicas. Así, por ejemplo, la asociación entre trastorno depresivo y de ansiedad es alta y

¹¹ Instituto Nacional de la Salud Mental, Depresión. Pág. 82

¹² Depresión Internet Geneva:

http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/

¹³ Guía práctica clínica sobre manejo de la depresión mayor en el adulto, Ministerio de Sanidad y Consumo. Pág. 117

con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones. La depresión también puede ocurrir con el abuso de alcohol u otros tóxicos.

Si bien las causas de la depresión pueden ser muchas, diferentes factores podrían influir en su génesis, como determinados factores genéticos, vivencias de la infancia y adversidades psicosociales actuales (contexto social y aspecto de la personalidad). También podrían jugar un papel importante como factores de riesgo en el desarrollo de una depresión, dificultades en las relaciones sociales, el género, el estatus socio económico, o disfunciones cognitivas, aunque lo más probable sea una interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales.

Depresión en el Género Femenino

La depresión es más común en mujeres que en hombres. Hay factores biológicos, de ciclo de vida, hormonales, y psicosociales que son únicos de la mujer, que pueden ser relacionados con que las tasas de depresión sean más elevadas entre las mujeres.

“Investigadores han demostrado que las hormonas afectan directamente las sustancias químicas del cerebro que regulan las emociones y los estados de ánimo. Por ejemplo, las mujeres son particularmente vulnerables a la depresión luego de dar a luz, cuando los cambios hormonales y físicos junto con la nueva responsabilidad por el recién nacido, pueden resultar muy pesados. Muchas mujeres que acaban de dar a luz padecen un episodio breve de tristeza transitoria, pero algunas sufren de depresión posparto, una enfermedad mucho más grave que requiere un tratamiento activo y apoyo emocional para la nueva madre. Algunos estudios sugieren que las mujeres que padecen depresión posparto, a menudo han padecido previos episodios de depresión”¹⁴.

¹⁴Instituto Nacional de la Salud Mental, Depresión. Pág. 30

“Algunas mujeres también pueden ser susceptibles a sufrir una forma grave del síndrome premenstrual, a veces llamado trastorno disfórico premenstrual. Esta es una enfermedad producida por cambios hormonales que ocurren cerca del periodo de la ovulación y antes de que comience la menstruación. Durante la transición a la menopausia, algunas mujeres experimentan un mayor riesgo de sufrir depresión. Científicos están explorando la forma en la que la elevación y las disminuciones cíclicas del estrógeno y de otras hormonas pueden afectar la química del cerebro que está relacionada con la enfermedad depresiva”¹⁵.

Finalmente, muchas mujeres enfrentan el estrés adicional del trabajo y de las responsabilidades del hogar, cuidado de los hijos y padres ancianos, maltrato, pobreza, y tensiones de las relaciones. Aún no está claro por qué algunas mujeres que enfrentan desafíos inmensos padecen de depresión, mientras que otras con desafíos similares no la padecen.

Depresión en el Género Masculino

Los hombres experimentan la depresión de manera distinta que las mujeres y pueden enfrentar los síntomas de diferentes modos. Los hombres tienden más a reconocer que sienten fatiga, irritabilidad, pérdida de interés en las actividades que antes resultaban placenteras, y que tienen el sueño alterado, mientras que las mujeres tienden más a admitir sentimientos de tristeza, inutilidad, o culpa excesiva.

“Los hombres tienen más probabilidades que las mujeres de acudir al alcohol o a las drogas cuando están deprimidos, frustrados, desalentados, irritados, o enojados. Algunos hombres se envician al trabajo para evitar hablar acerca de su depresión con la familia o amigos o comienzan a mostrar un comportamiento imprudente o riesgoso. Y aunque en los

¹⁵Dr. Alberto Infante Campos D. G., Depresión y Tratamiento, Agencia de Calidad del SNS. Pág. 14

Estados Unidos, son más las mujeres que intentan suicidarse, son más los hombres que mueren por suicidio”¹⁶.

Tipos de Depresión

Existen varios tipos de trastornos depresivos. Los más comunes son el trastorno depresivo grave y el trastorno distímico.

Trastorno depresivo grave

También llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para las actividades cotidianas y el disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida.

Trastorno distímico

“También llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas. Algunas formas de trastorno depresivo muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas. Sin embargo, no todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estas formas de depresión”¹⁷.

¹⁶Instituto Nacional de la Salud Mental, Depresión. Pág. 137

¹⁷Guía práctica clínica sobre manejo de la depresión mayor en el adulto, Ministerio de Sanidad y Consumo. Pág. 163

Depresión psicótica

Ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios.

Depresión posparto

La cual se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto.

“Se calcula que del 10 al 15 por ciento de las mujeres padecen depresión posparto luego de dar a luz”¹⁸.

Trastorno bipolar

También llamado enfermedad maniaco depresiva, no es tan común como la depresión grave o la distimia. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo que van desde estados de ánimo muy elevado (por ejemplo, manía) a estados de ánimo muy bajo (por ejemplo, depresión).

“Clasificación y Criterios Diagnósticos de la Depresión

Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante

Código CIE-10: F32, F33

“También conocida como depresión mayor, depresión unipolar o depresión clínica, se da en el paciente que tiene uno o más episodios depresivos mayores. Si el episodio es único, el diagnóstico es trastorno depresivo mayor de episodio único, mientras si ha habido más de un episodio, se diagnostica trastorno depresivo mayor recurrente. El término depresión unipolar se opone al de depresión bipolar o trastorno maníaco-depresivo,

¹⁸Instituto Nacional de la Salud Mental, Depresión. Pág. 17

e indica que el estado de ánimo se mantiene en un solo polo emocional, sin existencia de períodos de manía. Los criterios que establecen tanto el DSM-IV como el CIE-10 para el trastorno depresivo mayor son:

Criterio A: La presencia de por lo menos cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas:

- Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días
- Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales
- Disminución o aumento del peso o del apetito
- Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más)
- Enlentecimiento o agitación psicomotriz
- Astenia (sensación de debilidad física)
- Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa
- Disminución de la capacidad intelectual
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas

Criterio B: No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos.

Criterio C: El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.

Criterio D: Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.

Criterio E: No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente.

Trastorno distímico

Código CIE-10: F34.1 Los criterios para este tipo de trastorno depresivo son:

Criterio A: Situación anímica crónicamente depresiva o triste durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días, durante un mínimo de dos años.

Criterio B: Deben aparecer dos o más de estos síntomas:

- Variaciones del apetito (trastornos en la alimentación)
- Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más)
- Astenia
- Baja autoestima
- Pérdida de la capacidad de concentración
- Sentimiento recurrente de desánimo o desesperanza

Criterio C: Si hay periodos libres de los síntomas señalados en A y B durante los dos años requeridos, no constituyen más de dos meses seguidos.

Criterio D: No existen antecedentes de episodios depresivos mayores durante los dos primeros años de la enfermedad. Si antes de la aparición de la distimia se dio un episodio depresivo mayor, éste tendría que haber

remitido por completo, con un periodo posterior al mismo, mayor de dos meses, libre de síntomas, antes del inicio de la distimia propiamente dicha.

Criterio E: No existen antecedentes de episodios maníacos, hipomaniacos o mixtos, ni se presentan tampoco los criterios para un trastorno bipolar.

Criterio F: No hay criterios de esquizofrenia, de trastorno delirante o consumo de sustancias tóxicas.

Criterio G: No hay criterios de enfermedades orgánicas.

Criterio H: Los síntomas originan malestar y deterioro de las capacidades sociales, laborales o en otras áreas del funcionamiento del paciente.

Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto (ansiedad y ánimo depresivo)

Código CIE-10: F43.20, F43.22

Por **trastorno adaptativo** o **depresión reactiva**, se acepta la aparición de síntomas cuando ésta ocurre en respuesta a un acontecimiento vital estresante, y no más allá de los tres meses siguientes a su aparición. Se habla de depresión reactiva cuando el cuadro es más grave de lo esperable o tiene mayor repercusión funcional de la que cabría esperar para ese factor estresante. Debe existir, entonces, un criterio de "desproporción" para su diagnóstico.

Trastorno depresivo no especificado

F32.9

Se denomina **trastorno depresivo no especificado** a aquella situación en la que aparecen algunos síntomas depresivos, pero no son suficientes para el diagnóstico de alguno de los trastornos previos. Esta situación

puede darse cuando existe un solapamiento de síntomas depresivos con un trastorno por ansiedad (síndrome ansioso-depresivo), en el contexto de un trastorno disfórico premenstrual o en cuadros de trastorno depresivo post-psicótico (residual) en la esquizofrenia.”¹⁹

Enfermedades que Coexisten con la Depresión

La depresión a menudo coexiste con otras enfermedades. Tales enfermedades pueden presentarse antes de la depresión, causarla, y/o ser el resultado de esta. Es probable que la depresión y otras enfermedades difieran según las personas y las situaciones. No obstante, estas otras enfermedades concurrentes deben ser diagnosticadas y tratadas.

Los trastornos de ansiedad, tales como el trastorno de estrés postraumático, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico, la fobia social, y el trastorno de ansiedad generalizada, acompañan frecuentemente a la depresión.

Las personas que padecen trastorno de estrés postraumático están especialmente predisuestas a tener depresión concurrente. El trastorno de estrés postraumático es una enfermedad debilitante que puede aparecer como resultado de una experiencia aterradora o muy difícil, tal como un ataque violento, un desastre natural, un accidente, un ataque terrorista, o un combate militar.

Las personas con trastorno de estrés postraumático a menudo reviven el suceso traumático con escenas retrospectivas (retroceso al pasado), recuerdos, o pesadillas.

¹⁹ Clasificación internacional de las enfermedades (CIE10), Trastornos mentales y del comportamiento. Pág. 152

Otros síntomas incluyen irritabilidad, arrebatos de ira, profundo sentimiento de culpa, y evasión de pensamientos o conversaciones sobre la experiencia traumática. En un estudio financiado por el Instituto “Nacional de la Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés), investigadores descubrieron que más del 40 por ciento de las personas con trastorno de estrés postraumático también sufrieron de depresión en intervalos de uno y cuatro meses luego de la experiencia traumática”²⁰.

“El abuso o la dependencia del alcohol o de otras sustancias también pueden ser coexistentes con la depresión. De hecho, investigaciones han indicado que la coexistencia de trastornos del ánimo y la adicción a sustancias son dominantes entre la población de los Estados Unidos”²¹.

“La depresión a menudo coexiste con otras condiciones médicas como enfermedad cardíaca, derrame cerebral, cáncer, VIH/SIDA, diabetes, y la enfermedad de Parkinson. Estudios han demostrado que las personas que padecen depresión además de otras enfermedades médicas graves, tienden a presentar síntomas más graves, tanto de la depresión como de las enfermedades médicas, a adaptarse con mayor dificultad a su condición médica, ya tener que afrontar costos médicos más altos que aquellas que no tienen depresión coexistente”²².

Tratamiento de la Depresión

La depresión, aun en los casos más graves, es un trastorno altamente tratable. Al igual que con muchas enfermedades, mientras más pronto pueda comenzar el tratamiento, más efectivo es y las probabilidades de prevenir una repetición son mayores.

²⁰Instituto Nacional de la Salud Mental, Depresión. Pág. 93

²¹Dr. Alberto Infante Campos D. G., Depresión y Tratamiento, Agencia de Calidad del SNS. Pág. 47

²²Instituto Nacional de la Salud Mental, Depresión. Pág. 32

El primer paso para obtener el tratamiento adecuado es visitar a un médico. Ciertos medicamentos y condiciones médicas, tales como virus o trastornos de tiroides, pueden provocar los mismos síntomas que la depresión.

Un médico puede descartar estas posibilidades por medio de un examen físico, una entrevista, y pruebas de laboratorio. Si el médico puede descartar a una condición médica como la causa, debe referir al paciente a un profesional de la salud mental y este llevar a cabo una evaluación psicológica.

El profesional de la salud mental llevará a cabo una evaluación diagnóstica completa. Él o ella deben conversar con el paciente sobre cualquier antecedente familiar de depresión y obtener todos los antecedentes de los síntomas, por ejemplo, cuándo comenzaron, cuánto han durado, su gravedad, y si ocurrieron antes, si los síntomas ocurrieron antes, cómo fueron tratados.

Se debe preguntar si el paciente consume alcohol o drogas y si ha tenido pensamientos suicidas o de muerte.

Una vez diagnosticada, una persona con depresión puede ser tratada con varios métodos. Los tratamientos más comunes son la medicación y la psicoterapia.

Tratamiento Farmacológico

“Los antidepresivos normalizan las sustancias químicas naturales del cerebro llamadas neurotransmisores, principalmente la serotonina y la norepinefrina. Otros antidepresivos normalizan el neurotransmisor dopamina. Los científicos que estudian la depresión han descubierto que estas sustancias químicas en particular participan en la regulación de los

estados de ánimo, pero no están seguros de cómo exactamente funcionan”²³.

“Los tipos de medicamentos antidepresivos más nuevos y populares se llaman inhibidores selectivos de la receptación de serotonina. Entre los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina se encuentran la fluoxetina (Prozac), el citalopram (Celexa), la sertralina (Zoloft), varios otros. Los inhibidores de la recaptación de serotonina norepinefrina son similares a los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina e incluyen la venlafaxina (Effexor) y la duloxetina (Cymbalta). Los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina y los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina son más populares que los antidepresivos más antiguos, como los tricíclicos (llamados así por su estructura química) y los inhibidores de la mono amino oxidasa porque tienden a tener menos efectos secundarios. No obstante, los medicamentos pueden tener distintos efectos en las personas, no existe una única propuesta cuando se trata de medicamentos. Por lo tanto, los antidepresivos tricíclicos o los inhibidores de la mono amino oxidasa pueden ser la mejor opción para ciertas personas”²⁴.

“Las personas que tomen inhibidores de la mono amino oxidasa deben atenerse a significativas restricciones alimenticias y medicinales para evitar posibles interacciones graves. Deben evitar ciertos alimentos que contienen niveles altos de la sustancia tiramina, la cual está presente en muchos quesos, vinos, y pepinillos así como en algunos medicamentos descongestivos. Los inhibidores de la mono amino oxidasa interactúan con

²³www.medlineplus.com

²⁴ Dr. Alberto Infante Campos D. G., Depresión y Tratamiento, de la Agencia de Calidad del SNS.
Pág. 37

la tiramina de tal forma que pueden causar un aumento agudo en la presión arterial, lo cual podría llevar a un derrame cerebral”²⁵.

El médico debe proporcionarle al paciente que tome inhibidores de la mono amino oxidasa una lista completa de los alimentos, medicamentos, y sustancias prohibidas.

Con cualquier clase de antidepresivo, los pacientes deben tomar dosis regulares durante al menos tres a cuatro semanas antes de poder experimentar un efecto terapéutico completo. Deben continuar con los medicamentos durante el tiempo especificado por su médico, aun si se siente mejor, para de esta manera evitar una recaída de la depresión. Los medicamentos únicamente deben interrumpirse bajo supervisión médica. Algunos medicamentos deben dejarse de tomar gradualmente a fin de darle al organismo tiempo para ajustarse. Aunque los antidepresivos no forman hábito ni son adictivos, el dejar de tomar repentinamente un antidepresivo puede provocar síndrome de abstinencia o una recaída. Algunas personas, tales como aquellas que sufren depresión crónica o recurrente, pueden necesitar medicamentos por tiempo indefinido.

“Además, si un medicamento no funciona, el paciente debe estar dispuesto a probar otro. Investigaciones han demostrado que los pacientes que no mejoraron luego de tomar un primer medicamento aumentaron sus probabilidades de liberarse de los síntomas luego de cambiar a otro medicamento o agregar uno nuevo al que ya estaba tomando”²⁶.

“Algunas veces se utilizan estimulantes, medicamentos para la ansiedad, u otros medicamentos en combinación con un antidepresivo, especialmente si el paciente padece un trastorno mental o físico

²⁵www.medlineplus.com

²⁶Dr. Alberto Infante Campos D. G, Depresión y Tratamiento, Agencia de Calidad del SNS. Pág. 98

coexistente. Sin embargo, ni los medicamentos para la ansiedad ni los estimulantes son efectivos contra la depresión si se toman solos y ambos deben tomarse solamente bajo estrecha supervisión médica”²⁷.

Psicoterapia

“Varios tipos de psicoterapia o “terapia de diálogo”, descritos a continuación, pueden ayudar a las personas con depresión. Algunos tratamientos son de corto plazo (10 a 20 semanas) y otros son de largo plazo, según las necesidades del individuo. Existen dos tipos principales de psicoterapia, la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal, las cuáles han probado ser efectivas en el tratamiento de la depresión. Al enseñar nuevas maneras de pensar y de comportarse, la terapia cognitivo-conductual ayuda a las personas a cambiar sus estilos negativos de pensamiento y de comportamiento que pueden contribuir a su depresión.

Terapia Combinada

“Estudios han indicado que una combinación de medicamentos y psicoterapia pueden ser para los adolescentes la opción más efectiva para tratar la depresión y reducir la probabilidad de una reaparición”²⁸.

Del mismo modo, un estudio sobre el tratamiento de la depresión en ancianos descubrió que los pacientes que respondieron al primer tratamiento de medicamentos y terapia interpersonal tenían menos probabilidades de volver a sufrir de depresión si continuaban con su tratamiento combinado durante al menos dos años.”²⁹

²⁷ Dr. Alberto Infante Campos D. G. de la Agencia de Calidad del SNS, Depresión y Tratamiento. Pág. 52

²⁸ Prof. Dr. Sergio Andrés Pérez Barrero, Psicoterapia para Aprender a Vivir. Pág. 231

²⁹ Dr. Alberto Infante Campos D. G. de la Agencia de Calidad del SNS, Depresión y Tratamiento. Pág. 56

Terapia Cognitivo Conductual

“La terapia cognitiva fue desarrollada originalmente por Aaron Beck en 1958 y formalizada a finales de los años 70 para ser aplicada en la depresión y ha resultado ser la modalidad de terapia psicológica estudiada con más frecuencia en la depresión. La intervención se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con la depresión.

El terapeuta adopta un estilo educativo y busca la colaboración del paciente, de manera que pueda aprender a reconocer sus patrones de pensamiento negativo y reevaluarlo. Este enfoque requiere que el paciente practique sus nuevas habilidades entre sesiones mediante tareas para casa y en sale nuevas conductas. Se reconoce habitualmente que toda intervención de terapia cognitiva incluye más menos técnicas conductuales, de ahí la de nominación de terapia cognitivo-conductual”³⁰.

“Por otra parte, bajo la denominación de TCC existe una gama diferente de intervenciones que comparten la asunción teórica básica de que la mayor parte de la conducta humana es aprendida. Así, buscan implementar determinadas habilidades en las personas deprimidas como en la terapia de solución de problemas, el entrenamiento asertivo o en la terapia conductual de parejas. La activación conductual es uno de los ingredientes de la terapia cognitiva de Beck que enfatiza la relación entre actividad y el estado de ánimo y que ha sido objeto de renovada atención.

La TCC adopta un formato estructurado, es limitada en el tiempo y se basa en el modelo cognitivo-conductual de los trastornos afectivos. Ha sido evaluada en una diversidad de contextos (atención primaria,

³⁰ J. J. Ruiz y J. J. Cano, Manual de Psicoterapia Cognitiva. Pág. 72

especializada, pacientes ingresados), comparada principalmente con tratamiento farmacológico y con diferentes muestras de pacientes. La duración más frecuente oscila entre 15-20 sesiones de 50 minutos y de frecuencia aproximadamente semanal, aunque también hay estudios que adoptan formatos más breves para casos menos graves (entre 6-8 sesiones) y se asume que la duración de la terapia puede prolongarse en caso de mayor gravedad o como habilidad asociada.

Fases de la terapia cognitivo conductual

La intervención en terapia cognitivo-conductual se estructura en tres fases:

1. Evaluación. En primer lugar, se realiza una evaluación completa del caso, mediante entrevistas y los cuestionarios que se consideren necesarios. Finalizada esta evaluación, el terapeuta plantea hipótesis explicativas de los problemas de la persona, y juntamente con ella, se definen los objetivos del tratamiento. Esta fase dura 2 o 3 sesiones.

2. Intervención. Consiste en la utilización de técnicas terapéuticas dirigidas a conseguir los objetivos planteados. Se trabaja con el intercambio verbal y, tan o más importante, con la realización de una serie de propuestas o “deberes” (cosas para escribir, hacer, pensar, imaginar, leer o experimentar) y que se realizan entre sesión y sesión de terapia. Estos deberes serán siempre consensuados con el cliente y con el ritmo que pueda asumir.

La duración de esta fase de intervención puede ir de los 2-3 meses a más de un año, en función de la complejidad, intensidad y duración de los síntomas y problemas del cliente. En un primer momento la frecuencia de las sesiones será semanal, y a medida que la persona vaya mejorando, se irán espaciando.

3. Seguimiento. Una vez alcanzados los objetivos, se harán sesiones de seguimiento para evaluar el mantenimiento de los cambios y hacer los ajustes que sean necesarios.

Terapia Interpersonal

La TIP fue creada originalmente por Klerman, con la finalidad de sea aplicada como tratamiento de mantenimiento de la depresión, aunque posteriormente se empleó como tratamiento independiente, y en la actualidad se ha aplicado a una variedad de trastornos diferentes. La TIP aborda principalmente las relaciones interpersonales actuales y se centra en el contexto social inmediato del paciente. El formato original de la terapia dispone tres fases a lo largo de 12 a 16 semanas, con sesiones semanales durante la fase de tratamiento de la fase aguda”³¹.

Los síntomas y el malestar se relacionan con la situación de paciente en una formulación que comprende una o más de las siguientes áreas de la vida: duelo, disputas interpersonales, transición del rol y déficits interpersonales.

Las sesiones de terapia son estructuradas y se centran en facilitar la comprensión de los sucesos más recientes en términos interpersonales y en la exploración de formas alternativas de manejar dichas situaciones.

Psicodinámica

“Basada en la teoría de Freud, la psicoterapia psicodinámica se concentra en trabajar sobre los conflictos no resueltos de la propia infancia. La depresión es vista como un proceso aflitivo por la pérdida de un progenitor u otra persona significativa o por la pérdida de su amor. El individuo depresivo puede sólo expresar ira hacia esta pérdida volviéndola

³¹ Prof. Dr. Sergio Andrés Pérez Barrero, Psicoterapia para Aprender a Vivir. Pág. 45

hacia ella o él mismo y transformándolo en depresión. El objetivo terapéutico del paciente es interpretar y entender estos sentimientos iniciales reexperimentándolos. En los últimos años lo que solía ser una larga terapia ha quedado reducida a algunos meses.

El psicoanalista de hoy enfrenta el desafío que implica la demanda de pacientes que no están dispuestos a efectuar un tratamiento psicoanalítico con la frecuencia que éste requiere. Esta demanda en sí misma, más situaciones específicas que así la indican conducen a la práctica de la Psicoterapia Psicoanalítica, posiblemente con mayor frecuencia que en décadas anteriores.

Este procedimiento puede llegar a lograr objetivos positivos con el terapeuta y su bagaje clínico, basado en la teoría de la técnica psicoanalítica, en un marco distinto, dadas las características específicas de este tipo de terapia, donde pacientes, pareja terapéutica, metas, técnica y proceso son diferentes a las del psicoanálisis.

Las entrevistas llevadas a cabo para conseguir la comprensión del motivo de consulta y la personalidad del paciente son el primer paso para su conocimiento. En general se puede tener las entrevistas necesarias para completar un primer proceso, el de las entrevistas, estimando el motivo de la consulta, la sucesión y sincronía del cuadro, la posibilidad de un diagnóstico presuntivo, una breve devolución y el poder acordar con él la expectativa de ayuda y qué sector en especial así lo requiere. Concluyo este primer paso con el enunciado del contrato de trabajo.

El contrato

Incluye informarle al paciente del número de sesiones por semana -que realizo frente a frente-, desde una o dos en general, hasta diarias si es necesario; acuerdo días y horas fijas, y trato de proponer un tiempo pre -

determinado de trabajo. Es decir que, al primer tiempo del proceso de entrevistas, seguirá éste, el del tratamiento propiamente dicho. He observado en supervisiones de material clínico, que al no delimitar este primer paso, el proceso propiamente dicho de la terapia llevaron al paciente a interrupciones o deserciones, que más que a su patología, eran debidas a que no había un marco contractual claramente establecido.

Respecto a la duración del tratamiento, a veces ha sido el paciente quien la estipulaba, en la medida en que estaba prevista una intervención quirúrgica o su estancia en Buenos Aires. En otros casos dependió de mí, con lo cual he informado sobre un término posible, que eventualmente podría ser reconsiderado y pensado, una vez concluida la etapa que nos estábamos proponiendo; pero salvo situaciones acotadas, no planteo una fecha de terminación. Entiendo que como terapeuta, y por sobre todo analista, llevar a cabo este tipo de tratamiento implica un esfuerzo; delimitar un encuadre de días y horas estables de entrevistas y mantenerlo le da a este especial proceso una estabilidad, y permite al paciente encontrarse cuidado y cuidando un espacio y un tiempo que le brinda la posibilidad de pensar sobre sí mismo desde otro vértice.

La transferencia

Trabajar en "profundidad" la transferencia es el eje del análisis. En las terapias breves hay autores que polarizan sus criterios entre trabajar sólo lo presente y actual (Roger) y otros que insensiblemente lo hacen sin diferenciarla de un análisis (Malan). Este es otro punto controversial acerca el cual al limitar a la primera postura es privar a determinados pacientes de una comprensión más amplia de lo que le está sucediendo; por otro lado el predominio de la interpretación sobre los otros recursos técnicos se opone a la estrategia misma de la psicoterapia psicoanalítica, cuyos objetivos incluyen darle al paciente un cierto conocimiento de sus

conflictos más accesibles o preconcientes. Por lo tanto se trabaja con interpretaciones o señalamientos que puedan agilizar el proceso, con el fin de darle una comprensión que va más allá de lo racional, es decir, lograr que pueda tomar una cierta conciencia de algunos de los móviles inconscientes que lo llevan a su sufrimiento actual, inevitablemente relacionados con experiencias de su historia.

La contratransferencia.

Es otro elemento de trabajo y comprensión. A partir del material que brinda el paciente y el cómo lo recibo, surge la necesidad de implementar los instrumentos terapéuticos, ya sean sugestivos, abreactivos, manipulativos, clarificadores o interpretativos (Bibring, 1954). Se intenta lograr un cierto grado de insight frente al padecimiento. Vicisitudes del proceso tales como el acting out, la reacción terapéutica negativa, la reversión de la perspectiva y el impasse, también pueden ser detectadas como obstáculos que se oponen a su consecución. Su aparición crea dificultades más serias para este tipo de terapia que para el psicoanálisis.”³²

Terapia electro convulsiva

“En los casos en que ni los medicamentos y/ni la psicoterapia ayuda a aliviar una depresión resistente al tratamiento, puede ser útil la terapia electro convulsiva. La terapia electro convulsiva, antes conocida como “terapia de choque”, solía tener una mala reputación. Pero esta ha mejorando notablemente en los últimos años y puede ofrecer alivio a personas con depresión grave que no han podido sentir ninguna mejoría con otros tratamientos.

³² <http://www.depsicoterapias.com/articulo.asp?IdArticulo=96>

Antes de administrar la terapia electroconvulsiva, al paciente se le administra un relajante muscular y se le anestesia brevemente. El paciente no es consciente del pulso eléctrico que se aplica en la terapia electroconvulsiva. Típicamente, al paciente se le somete a terapia electroconvulsiva varias veces a la semana y a menudo es necesario que tome un medicamento antidepresivo o estabilizador del ánimo para complementar los tratamientos con terapia electroconvulsiva y prevenir una recaída. Aunque algunos pacientes únicamente necesitan unas pocas aplicaciones de terapia electroconvulsiva, otros pueden necesitar terapia electroconvulsiva de mantenimiento, al principio, usualmente una vez a la semana y luego cada vez menos hasta llegar a tratamientos mensuales de hasta un año.

La terapia electroconvulsiva puede ocasionar algunos efectos secundarios de corto plazo, incluyendo confusión, desorientación, y pérdida de memoria. Pero, por lo general, estos efectos secundarios desaparecen pronto después del tratamiento. Investigaciones han indicado que al cabo de un año de tratamiento con terapia electroconvulsiva, los pacientes no presentan efectos cognitivos adversos³³.

Ansiedad

La ansiedad es una emoción normal, que cumple una función adaptativa en numerosas situaciones. Todo organismo viviente necesita disponer de algún mecanismo de vigilancia para asegurar su supervivencia, y la ansiedad cumple ese papel en numerosas situaciones.

Así, es normal, y deseable, que un ser humano tenga miedo cuando se avecina un peligro real. De hecho nuestro organismo está preparado para

³³Prof. Dr. Sergio Andrés Pérez Barrero, Psicoterapia para Aprender a Vivir. Pág. 153

aprender a sentir miedo y ansiedad en determinadas circunstancias como una forma de prevenir males mayores.

Sin embargo, a veces ocurre que toda la maquinaria de prevención que el ser humano posee no funciona como debiera, produciendo falsas alarmas es entonces cuando se dispara la reacción de alarma ante estímulos inofensivos, convirtiéndose en un trastorno de ansiedad.

“Los trastornos de ansiedad se caracterizan por tener a la ansiedad o el miedo como elementos principales del sufrimiento humano. Cada trastorno se refiere a un conjunto característico de síntomas y sensaciones que suelen aparecer en la misma persona, denominado síndrome clínico.

Los principales trastornos de ansiedad son:

- Trastorno de pánico
- Agorafobia
- Fobia social
- Fobias específicas
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno por estrés agudo
- Trastorno por estrés postraumático, y
- Trastorno de ansiedad generalizada

Prácticamente cualquier problema de ansiedad se puede incluir en alguno de los apartados precedentes, si bien, a veces, los síntomas que se presentan no alcanzan la intensidad, la frecuencia o la repercusión en la vida social, laboral o personal como para justificar un diagnóstico formal de trastorno de ansiedad.

En otros casos, las reacciones de ansiedad se deben a acontecimientos estresantes como por ejemplo una separación de pareja o un despido laboral, que crean una dificultad puntual para desarrollar nuestra vida

cotidiana y que se denomina **trastorno adaptativo**, cuando no alcanza la intensidad para ser un trastorno de ansiedad.

También puede ocurrir que los síntomas de ansiedad puedan estar provocados por enfermedades físicas o por el consumo de fármacos, drogas o sustancias dietéticas. En estos casos puede haber un trastorno de ansiedad o no, dependiendo de cada persona y de las circunstancias que ocurran.

Etiología

Los trastornos de ansiedad pueden desencadenarse por una variedad de factores, incluidos las experiencias de vida y los rasgos psicológicos. Específicamente, el aumento del estrés y los mecanismos inadecuados de afrontamiento de situaciones adversas pueden contribuir a la ansiedad. Los antecedentes familiares y la genética también se han implicado en la etiología de los trastornos de ansiedad.

Estudios muestran que hay un vínculo entre trastornos de ansiedad y áreas específicas del cerebro, y que un desequilibrio en determinados neurotransmisores cerebrales que regulan la ansiedad, como noradrenalina, serotonina y ácido gamma aminobutírico (GABA), pueden contribuir a los síntomas de la enfermedad”.

El prosencéfalo es la zona más afectada en las personas con trastornos de ansiedad. También se cree que el sistema límbico, implicado en el almacenamiento de los recuerdos y la creación de las emociones, juega un papel central en el procesamiento de toda la información relacionada con la ansiedad. Otras estructuras cerebrales implicadas en el control de las emociones, como el hipotálamo, también pueden estar implicadas en la patogenia de los trastornos de ansiedad. Por lo general, las personas con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) muestran un aumento de

actividad en los núcleos basales, especialmente en el cuerpo estriado y otras áreas del lóbulo frontal del prosencéfalo”³⁴.

“Clasificación y Criterios Diagnósticos de Ansiedad

Crisis de angustia

Aparición temporal y aislada de miedo y/o malestar intensos, acompañada de al menos 4 de los 13 síntomas clásicos que se inician bruscamente y llegan al máximo en los primeros 10 minutos:

- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
- Sudoración.
- Temblores o sacudidas.
- Sensación de ahogo o falta de aliento.
- Sensación de bolo o atragantamiento.
- Opresión o malestar torácico.
- Náuseas o molestias abdominales.
- Sensación de inestabilidad, mareo o desmayo.
- Desrealización (sensación de irrealidad –”estoy soñando”-) o
- Despersonalización (me veo así y creo que no me sucede a mí).
- Miedo a perder el control o volverse loco.
- Miedo a morir.
- Parestesias.
- Escalofríos o sofocaciones y vaporadas.

Trastorno de Angustia

1. Crisis recidivantes o inesperadas

³⁴www.medlineplus.com

2. Al menos una de las crisis se ha seguido durante un mes o con más de alguno de los síntomas siguientes:
 - Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis.
 - Preocupación por las implicaciones o consecuencias de la crisis (perder el control, sufrir un infarto, volverse loco).
 - Cambio significativo del comportamiento a tenor de la crisis (evitación/escape).
3. La crisis no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o una enfermedad médica (hipertiroidismo).
4. La crisis no puede explicarse mejor por otro trastorno (p. ej. Fobia social o Fobia específica; TOC; T. de estrés postraumático o T. de ansiedad por separación). Puede o no acompañarse de Agorafobia.

Agorafobia

1. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar es difícil o embarazoso, o donde si aparece una crisis de angustia inesperada o relacionada con la situación- puede resultar vergonzante o no disponerse de ayuda. Las situaciones más típicas suelen ser: estar solo fuera de casa; mezclarse con mucha gente o hacer colas; viajes y pasar por puentes.
2. Estas situaciones se evitan y/o se escapa de ellas. Si se “soportan” es a costa de malestar, a veces angustia, aunque un “apoyo afectivo” ayuda a soportarlas.
3. No puede explicarse mejor por otros trastornos mentales (fobia social, específica, TOC, estrés postraumático, y ansiedad de separación).

Fobia Específica

1. Temor acusado y persistente, excesivo o irracional ante la presencia o anticipación de un objeto o situación específica (insectos, colas, inyecciones).
2. La exposición del estímulo fóbico provoca casi siempre una respuesta inmediata de ansiedad que puede generar una crisis de angustia situacional. (En niños puede generar lloros, berrinches, inhibición o abrazos).
3. El sujeto (salvo los niños) reconoce que es un miedo excesivo o irracional.
4. Las situaciones fóbicas se evitan/escapan o se soportan con ansiedad o malestar.
5. La evitación, escape, anticipación ansiosa (miedo al miedo) etc, generan invalidez interfiriendo la vida normal (afectiva, laboral, académica o social) y/o provocan malestar clínico importante.
6. En menores de 18 años los síntomas deben de ser de 6 meses como mínimo.
7. No se puede explicar mejor por otra psicopatología: TOC; Estrés postraumático; Ansiedad de separación; Fobia social; Angustia y/o Agorafobia.

Fobia Social

1. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no son del ámbito familiar o a la posible evaluación por los demás. Se teme actuar de un modo o mostrar ansiedad de forma humillante o embarazosa (en niños se debe demostrar que su capacidad para relacionarse socialmente con sus familiares es

normal y ha existido siempre y que aparece con chicos de su edad y no sólo con adultos).

2. Esto provoca casi siempre una respuesta inmediata de ansiedad que puede llegar a una crisis de angustia situacional o relacionada con la situación.
3. Salvo en niños, se reconoce que es algo excesivo e irracional.
4. Estas situaciones se evitan, se escapa de ellas o se “soportan” con ansiedad y/o malestar intenso.
5. El escape, evitación o anticipación ansiosa genera invalidez-interferencia con la rutina del sujeto social, laboral, etc o producen un malestar clínico significativo.
6. En menores de 18 años el cuadro debe durar más de 6 meses.
7. No se explica por efectos de sustancias; enfermedad médica u otro trastorno mental (angustia, agorafobia, separación, dismorfofobia corporal, trastorno del desarrollo –”cortes” adolescentes- o trastorno esquizoide de la personalidad).

Trastorno Obsesivo Compulsivo T.O.C

1. En cuanto a las Obsesiones y Compulsiones:

OBSESIONES:

- Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intensos o inapropiados y causan ansiedad y/o malestar significativos.
- No se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
- Se intentan ignorar o neutralizar mediante otros pensamientos o actos.

- El sujeto reconoce que son producto de su mente pero que no lo puede controlar.

COMPULSIONES:

- Comportamientos o actos mentales repetitivos que el sujeto se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o según unas reglas y ritual estricto.
 - El objetivo es prevenir o reducir el malestar/ansiedad o la prevención de “algún acontecimiento negativo o catastrófico” (de forma absurda).
2. El sujeto en algún momento reconoce que son excesivas o irracionales (no los niños), si no es así se dice que es “con poca consciencia de enfermedad”.
 3. Provocan un malestar clínico significativo, pérdida de tiempo (más de 1 hora al día) o interfieren con la vida normal (invalidez).
 4. No se limita a un “monotema” de otra patología (comida o imagen corporal en un T. C. A; dismorfofobia; preocupación por enfermedades en hipocondríacos; obsesiones sexuales en parafilias; o culpa en depresión).
 5. El trastorno no se debe a efectos de una sustancia o una enfermedad médica o demencia o RM.

Trastorno de Estrés Postraumático

1. Se ha estado expuesto a un acontecimiento traumático en el que han existido:
 - Experiencias, presencias o explicaciones de acontecimiento/s caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o de los demás (sobre todo queridas).

- Se ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos (en los niños puede expresarse con comportamientos desestructurados, disruptivos o agitados).
2. El trauma es reexperimentado persistentemente a través de:
- Recuerdos recurrentes e intensos (como “flash-back”) que incluyen imágenes, pensamientos o percepciones –olores, voces...- (en los niños puede expresarse mediante juegos repetitivos sobre o con aspectos del temor).
 - Sueños recurrentes –pesadillas- con malestar (en los niños puede haber terror nocturno con contenido irreconocible).
 - El individuo tiene la sensación y/o actúa como si el acontecimiento traumático estuviera ocurriendo -alucinaciones, disociaciones...- (los niños pueden reescenificar el suceso).
 - Malestar psicológico intenso al exponerse mentalmente o externamente al estímulo que simbolizan o recuerdan al suceso o un aspecto del mismo.
 - Respuestas psicofisiológicas vegetativas y motóricas ante lo mismo.
3. Escape/evitación ante los estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general –casi parálisis o “fuga mental”- ausentes antes del suceso según, al menos, 3 de los siguientes síntomas:
- Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso.
 - Ídem para evitar actividades, lugares o personas que lo recuerden.
 - Incapacidad para recordar ciertos aspectos importantes (“amnesia histórica”).

- Reducción acusada del interés o participación en actividades significativas.
 - Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
 - Restricción de la vida afectiva y/o sexual (hipoafectividad).
 - Sensación de futuro limitado (a veces con conductas de “desenfreno”: “comer y que el tiempo se acaba” –típico en adolescentes-).
4. Aumento del arousal (no antes del trauma) según 2 ó más síntomas:
 - Dificultades para conciliar/mantener el sueño.
 - Irritabilidad o ataques de ira.
 - Dificultades de concentración.
 - Hipervigilancia.
 - Sobresalto exagerado.
 5. Todo esto se prolonga más de 1 mes
 6. Todo ello origina malestar clínico significativo y/o deterioro social, laboral, familiar.

Puede ser:

AGUDO: Menos de 3 meses

CRÓNICO: Más de 3 meses

DE INICIO DEMORADO: 6 meses o más entre el suceso y el inicio del cuadro.

Trastorno de Estrés Agudo

Es similar al TEP pero su duración es menor de 1 mes, tras un acontecimiento traumático grave.

Las alteraciones duran un mínimo de 2 días, y un máximo de 1 mes.

Trastorno de Ansiedad Generalizada

1. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (p. ej. interferencias en el rendimiento laboral o escolar) que se prolonga más de 6 meses.
2. Al sujeto le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
3. Todo ello se asocia al menos a 3 de estos 6 síntomas (en los niños basta con 1):
 - Inquietud o impaciencia.
 - Fatigabilidad fácil.
 - Dificultades para concentrarse y/o para tener la mente en blanco (relajada).
 - Irritabilidad.
 - Tensión muscular.
 - Alteraciones del sueño.
4. El centro de la ansiedad y preocupaciones no es mono sintomático, no se limita a un solo foco: p. ej. miedo al miedo de padecer una crisis de angustia (en el T.A.), pasarlo mal en público (fobia social), enfermedades (hipocondría o TOC), estar lejos de casa (T. de separación), engordar (anorexia), quejas de múltiples síntomas físicos (somatización).
5. Provoca malestar significativo y/o deterioro social, laboral, familiar.
6. No se debe a sustancias, enfermedad médica (hipertiroidismo), ni trastorno del desarrollo (pubertad/adolescencia/climaterio) o un cuadro psicótico.”³⁵

³⁵ Clasificación internacional de las enfermedades (CIE10), Trastornos mentales y del comportamiento. Pág. 152

Tratamiento para los Trastornos de Ansiedad

En general, los trastornos de ansiedades tratan con medicación, tipos específicos de psicoterapia, o ambos. Los tratamientos a escoger dependen del problema y de la preferencia de la persona. Antes de comenzar un tratamiento, un médico debe realizar una evaluación diagnóstica cuidadosamente para determinar si los síntomas de una persona son causados por un trastorno de ansiedad o por un problema físico. Si se diagnostica un trastorno de ansiedad, el tipo de trastorno o la combinación de trastornos presentes deben identificarse, al igual que cualquier enfermedad coexistente, tales como depresión o abuso de sustancias. En ocasiones, el alcoholismo, la depresión, u otras enfermedades coexistentes tienen un efecto tan fuerte sobre el individuo, que el tratamiento del trastorno de ansiedad debe esperar hasta que las enfermedades coexistentes queden bajo control.

Las personas con trastornos de ansiedad que ya hayan recibido tratamiento, deben informar en detalle a su respectivo médico acerca de tal tratamiento. Si estas personas recibieron medicamentos, deben informar a su médico qué medicación se utilizó, qué dosis se usó al comienzo del tratamiento, si la dosis se aumentó o disminuyó durante el tratamiento, qué efectos secundarios se presentaron, y si el tratamiento les ayudó a reducir la ansiedad. En caso de que hubiesen recibido psicoterapia, deben describir el tipo de terapia, con qué frecuencia asistieron a sesiones, y si la terapia fue útil.

Tratamiento Farmacológico

“La medicación no curará los trastornos de ansiedad, pero puede mantenerlos bajo control mientras la persona recibe psicoterapia. La medicación debe ser prescrita por médicos, usualmente psiquiatras, y trabajar en equipo con el psicólogo clínico, que ofrecen psicoterapia. Las

principales medicaciones usadas para los trastornos de ansiedad son antidepresivos, medicamentos ansiolíticos (pastillas para la ansiedad/nervios), y bloqueadores beta para controlar algunos de los síntomas físicos. Con un tratamiento apropiado, muchas personas con trastornos de ansiedad pueden vivir vidas normales y plenas.

Psicología Hospitalaria

La persona hospitalizada, es un ser débil, con poder y valor disminuidos, que sufre y que va a ser o ha sido objeto de juicios clínicos, exploración física- diagnóstica y tratamiento, experiencia compleja que adquiere sus matices y expresiones diferentes en cada caso. El proceso de hospitalización representa un desafío completamente nuevo, lo cual le genera al paciente una gama de emociones y sensaciones, las cuales pueden producir cuadros psicopatológicos adjuntos a la enfermedad de origen por la que fue hospitalizado. Es normal que una persona presente cambios emocionales moderados en su estado de ánimo frente a las eventualidades de la vida, como por ejemplo enfermarse, tras este suceso vital que supone la pérdida de la salud y además hospitalizarse, es bastante frecuente que aparezca: angustia, sentimientos de tristeza y abatimiento, ya sea por una sobrevaloración o generalización de la enfermedad al considerarla como global o irreversible; esto también conlleva a una visión negativa de sí mismo, declarándose culpable de estar enfermo, de no haberse podido cuidar oportunamente; y ahora estar al cuidado de otros”³⁶.

También implica una visión negativa del futuro, cargado de desesperanza y una visión negativa de su entorno. La complicación de esta cadena de acontecimientos, bien su frecuencia o en su intensidad, van a

³⁶ Gómez Restrepo C. 2002, Fundamentos de Psiquiatría Clínica: niños, adolescentes y adultos. Pág. 85

desencadenar en cuadros como la depresión y/o ansiedad, que se adjuntan a la enfermedad física o médica por la que ingresó a hospitalizarse, de forma que interfiere extraordinariamente con la capacidad de adaptación del individuo a este evento.

Durante el proceso de hospitalización podemos observar que el paciente presente la ansiedad como primera reacción, que se deriva de impacto existencial. Obviamente este tiene relación con la inferioridad, incapacidad, debilidad y limitación frente a la enfermedad.

La segunda consecuencia psicopatológica percibida, es el síntoma depresivo, el cual se puede sospechar detrás de las dolencias somáticas, quejas exageradas, autoacusaciones injustificadas, tristeza inexplicable objetivamente, pérdida de intereses, del apetito, sueño, fatiga, llanto e ideas nihilistas y de muerte, impresión subjetiva y vacío interior. Por otro lado, la disminución de la autoestima y los mecanismos de defensas que moviliza el paciente, pueden manifestarse más o menos aislados u organizados en síntomas neuróticos, dando lugar a síndromes fóbicos, obsesivos o paranoides.

Intervención Psicológica Hospitalaria

“Las implicaciones que conlleva una hospitalización son múltiples e impactan al paciente en diferentes áreas. El solo ingreso al hospital genera un importante nivel de angustia. Es un territorio desconocido, el paciente se ve sometido a una serie de rutinas hospitalarias e incluso y con frecuencia desconoce los términos médicos usados para dirigirse a él.

De ahí la importancia de tener una red de apoyo para el paciente y sus familiares, evitando así que la experiencia sea vivida como una tragedia, y verla quizá como una oportunidad de fortalecimiento, tanto a nivel personal como familiar.

Si por salud se entiende el estado donde no se tiene una enfermedad, y una enfermedad es una afección bien definida, entonces el ingreso al hospital se asocia necesariamente con un desequilibrio tanto a nivel físico como emocional. Como tal, los servicios ofrecidos por un hospital no sólo estarán encaminados a buscar la salud física del paciente, sino a brindar todos los medios necesarios para apoyarlo emocionalmente durante su estancia hospitalaria”³⁷.

La IPH brinda apoyo emocional al paciente y a su familia, previniendo futuros desórdenes al ayudarlos a establecer el equilibrio emocional en ellos. Es una ayuda para tomar decisiones acertadas en momentos de crisis.

Síndrome Hospitalario o de la Bata Blanca

“Es un curio suceso que experimenta menos de un 30 por ciento de la población, se da principalmente en mujeres y jóvenes que acuden al médico y por unas u otras razones se ponen nerviosos y acaban provocando que suba su presión arterial. Esto realmente se puede convertir en un problema a la hora de tomar la tensión, ya que se pueden dar falsos positivos de **hipertensión**, de hecho actualmente se estima que uno de cada tres personas diagnosticadas como hipertensos, realmente no lo son.

Estas subidas puntuales pueden distorsionar por completo la lectura de los datos, dándose por ejemplo el caso de pacientes que en la consulta presentan un tensión de hasta 180-120, pero que luego al volver a casa la tienen a 120-70, lo cual es la presión normal para un adulto en reposo.

³⁷ Psic. Martha Ortiz, Terapia de Contención, colección biblioteca del profesional, editores académicos Bogotá. Pág. 231

La consecuencia de esto es que uno le pueden recetar un tratamiento que realmente no necesita, ya que su problema es simplemente que se pone nervioso cuando está con el médico, es por ello que se viene recomendando el tomar la tensión en días diferentes y con distinto personal sanitario, así como emplear dispositivos que permiten tomar la tensión en casa.

Si una persona tiene una presión arterial normal, pero a causa del **síndrome de bata blanca** es **diagnosticado como hipertenso**, puede recibir un tratamiento que le haría tener un tensión por debajo de lo normal, lo cual tampoco es bueno, ya que algunos de los efectos secundarios podrían ser la ralentización del ritmo cardíaco, mareos, dolor de cabeza e incluso la impotencia”³⁸.

Reacciones Psicológicas a la Hospitalización

“Cada individuo reacciona de manera diferente tras ser ingresado en un hospital, dependiendo de la naturaleza de la enfermedad, de su personalidad y de su situación vital. Algunos pacientes lo interpretan como un lugar seguro del que van a obtener cuidado y alivio en sus síntomas, mientras que otras personas lo ven como un lugar que aumenta su ansiedad. En comparación con su hogar, un hospital es un ambiente impersonal, en el que a uno normalmente le despojan de sus ropas, a menudo hay que compartir habitación con otros y tiene que adaptarse a una nueva rutina, a horarios de comidas, sueño y visitas, rodeado de un sinfín de caras nuevas, cada una de ellas con una función concreta que desarrollar. Un hospital moderno es la empresa más compleja que existe. Ingresar en uno para recibir cuidados es una experiencia que no deja impasible a nadie.

³⁸ <http://www.dietaypeso.net/sindrome-de-bata-blanca-e-hipertension/>

Informar al Paciente

Estudios recientes han demostrado que la sensación de control del paciente, aumenta la capacidad para responder de forma adecuada a la enfermedad, Fanis (1977) demostró que pacientes con un grado moderado de temor frente al ingreso eran los más capaces de procesar mejor la Información que recibían sobre su enfermedad y tenían más posibilidades de recuperación.

En 1992 Devine concluyó que educando psicológicamente a los pacientes quirúrgicos, disminuye el tiempo de estancia hospitalaria, tal incidencia de complicaciones médicas, el grado de dolor quirúrgico y la necesidad de analgésicos.

Aspectos Psicosociales del Hospital

Podríamos definir el hospital como:

“Una macro unidad operativa desde los puntos de vista social, económico, político y funcional, dentro de la cual se produce una serie casi ilimitada y dispar de situaciones, interacciones, funciones y prestaciones, tendentes en su conjunto a recuperar a los individuos para la sociedad.”³⁹

Con ello podemos entender cómo algo que es aparentemente simple (el hospital como casa de cura) es realmente una institución (algo más que una casa) de una enorme complejidad. Una institución cuyo objetivo, como nota curiosa, es la «recuperación de los individuos para la sociedad. Pero sucede que la mayoría de las camas hospitalarias acostumbran a estar ocupadas por pacientes crónicos o terminales, con lo que resulta que los pacientes están siendo atendidos en una institución que no es la adecuada, ya que no cuenta con esa función entre sus objetivos. Dentro

³⁹ Moscoso y Oblitas 1994, Manual de psicología Clínica y de la Salud Hospitalaria. Pág. 28

del referido marco de una intervención psicológicamente adecuada en los pacientes hospitalizados, es preciso tratar de:

1. Frenar las molestias y disfunciones derivadas de la enfermedad.
2. Evitar o retrasar complicaciones en los cuadros instaurados.
3. Mantener al paciente con la máxima autonomía, libertad e inserción en su entorno, que sean posibles.
4. Mejorar la adaptación tanto del paciente como de su familia (que no olvidemos que también padece las consecuencias de la enfermedad y que, a su vez, influye muchas veces decisivamente en la evolución del paciente) a la situación de enfermedad.
5. Mejorar el cumplimiento de las normas y controles de salud, tanto en sanos como en pacientes crónicos.
6. Implicar al paciente y a su familia tanto en la situación de enfermedad como en su tratamiento.
7. Evitar la pasividad, la dependencia y el conformismo.
8. Equilibrar, en cada caso, el reparto de las cargas-beneficios consecuentes a la enfermedad entre todas aquellas personas implicadas en esa situación de enfermedad.
9. Mejorar al máximo la calidad de vida en todos aquellos aspectos en que ello resulte posible.

Impacto de la Hospitalización Sobre el Paciente

El hecho estar hospitalizado les plantea unas dificultades que pueden resumirse en los siguientes aspectos:

- Son sujetos con su salud comprometida en extremo.

- Que reciben una atención tecnificada al máximo.
- Pero cuya asistencia se presta de una forma bastante desindividualizada.
- En la que se les exige que repriman al máximo sus manifestaciones espontáneas.
- Y donde se refuerzan sus conductas regresivas (que en el fondo eso es «ser un buen enfermo»).
- Se trata, por otra parte, de una situación en la que generalmente existen dificultades para poder aplicar los aprendizajes o experiencias previos.
- En la cual se produce una máxima dependencia de los medios técnicos y del personal.
- Y en la que se está permanentemente en situación de peligro, de poder sufrir situaciones desagradables, tanto por la propia evaluación de la enfermedad padecida, como por los tratamientos y exploraciones a que se puede ser sometido.

La propia situación de hospitalización ya supone por sí misma una carga de ansiedad y problemas importantes para todos los implicados (pacientes, familiares y personal que desempeña su labor profesional), debemos considerar la situación de enfermedad que padece el paciente, complica aún más su situación y la hace más dificultosa.

La situación de enfermedad implica unos cambios, descritos por Detré y Jarecki en 1974 cuando se refieren a las causas de lo que ellos llaman «ansiedad situacional en la hospitalización». Esos pacientes se encuentran sometidos a unas condiciones particulares, de entre las que destacan:

A) Un futuro personal en mayor o menor grado temible e incierto, en relación con su bienestar, salud y/o supervivencia.

B) Problemas materiales, económicos, etc., derivados del internamiento.

C) Molestias físicas y psíquicas derivadas de la enfermedad, de las exploraciones que ésta conlleva y de los tratamientos que puedan resultar potencialmente necesarios.

D) La ignorancia del motivo de algunas exploraciones y de su peligrosidad, de los tratamientos que pudieran derivarse de sus resultados, de la evolución que probable y realmente va a seguir el cuadro, etc.

E) La dependencia de su bienestar, de su sufrimiento y de su futuro, de personas desconocidas, con una conducta generalmente aséptica e impersonal, que no muestran estar especialmente motivadas afectivamente hacia él de una forma concreta.

F) La consecuente separación familiar y de su entorno físico habitual, etc.

Dificultades Individuales de la Adaptación a la Hospitalización

Dificultades para poder adaptarse a la situación de enfermedad y más concretamente de hospitalización, que a su vez conllevarán aumentos de la ya citada ansiedad situacional. Aumentos de ansiedad que, indefectiblemente, irán asociados a incrementos de los niveles de sufrimiento y consecuentemente también a un empeoramiento de las perspectivas pronósticas del mismo cuadro orgánico. Esas dificultades de adaptación, en cuanto a sus causas, podrían ser sistematizadas, con fines expositivos, en tres grandes bloques:

1. Las referidas a los hábitos personales del sujeto.
2. Las referidas a sus estilos de vida.

3. Las referidas a sus expectativas”⁴⁰.

Dificultades de adaptación a la hospitalización referidas a los hábitos personales del paciente

Podríamos distinguir cuatro aspectos:

Alimentación

“La hospitalización supone cambios (y por consiguiente necesidad de adaptarse) en este aspecto de la vida cotidiana del paciente, tanto en lo que se refiere a horarios, cantidad y calidad, condimentación o temperatura, como en lo que se refiere a la forma y postura física en que se ve obligado a comer, al tipo de servicio que se le proporciona para ello, etc.

Sueño

Aquí la necesidad de adaptarse se plantea por los cambios que experimenta el sujeto hospitalizado tanto en lo que se refiere a los horarios (muy importante por los cambios que se ponen en sus ritmos circadianos), como en lo que se refiere a la comodidad física (dimensiones de la cama, “extrañar” el colchón o la almohada, etc.), en lo referente (en contraste a lo que cualquier persona está acostumbrada a lo largo de toda su vida) a las interrupciones a que se le somete en el descanso por que la de compañeros de habitación, ruidos y luces, tomas de medicación propias o de los compañeros dentro del horario de sueño, etc.

Higiene personal

Aquí las dificultades se derivan de la necesidad de utilizar instalaciones generalmente inhóspitas e incómodas, con un espacio físico inusual en el

⁴⁰Moscoso y Oblitas 1994, Manual de psicología Clínica y de la Salud Hospitalaria. Pág. 27

que faltan los elementos habituales para el sujeto. Y que, además, se ve obligado a compartir con personas extrañas.

Alojamiento

En este caso las dificultades se derivan, obviamente, de las incomodidades que generalmente implica la estrecha convivencia con personas extrañas, de costumbres y gustos distintos, que la hospitalización impone. Pero no es raro que existan también problemas a la hora de ocupar tranquilamente una cama extraña, que ha sido ocupada anteriormente por personas desconocidas, como males ignorados o incluso que han fallecido en ella”⁴¹.

Dificultades de Adaptación a la Hospitalización Debidas a los Estilos de Vida del Paciente

Intimidad

“Las dificultades se plantean aquí ante la imposibilidad de hablar en privado de asuntos personales o ínfimos y, en general, ante la de conservar la intimidad tanto ante el personal sanitario como ante los compañeros de habitación (por ejemplo a la hora de hacer sus necesidades estando encamado, o a la hora de tenerse que mostrar desnudo para exploraciones o curas).

Independencia

Las limitaciones de la movilidad (con un confinamiento en la sala que no se reduce sólo a quienes tienen que permanecer encamados), teniendo que pedir permiso para casi todo lo que en la vida habitual se hace libremente, con imposibilidad de control o de toma de decisiones, etc., implican obviamente, y cuando menos, molestias para la persona que,

⁴¹Moscoso y Oblitas 1994, Manuel de psicología Clínica y de la Salud Hospitalaria. Pág. 27

además de estar enferma, se tiene que someter a todos estos cambios de su vida habitual.

Atuendo

Aunque pueda parecer poco relevante, resulta también molesto para el paciente el tener que permanecer constantemente, durante el tiempo que dure la hospitalización, con ropa de noche, generalmente manteniendo la uniformidad que impone el hospital y muchas veces con inadecuación de tallas, de planchado, etc., de esa ropa que facilita la institución, con desconocimiento de lo referente al anterior usuario de esa misma prenda, etc.”⁴².

Dificultades de Adaptación a la Hospitalización Derivadas de las Expectativas del Sujeto

Hacia sí mismo

“La expectativa del sujeto hacia sí mismo como paciente implica que debe «ser bueno». Y ello significa que debe ser dócil y hasta heroico si es menester. Debe obedecer ciegamente las indicaciones que se le hagan, sin rechazar en ningún caso tratamientos, dietas o manipulaciones, etc. (con independencia de lo que piense o tema de ellos). También debe curarse y (por supuesto) no debe morir ni mantener relaciones sexuales. Debe abstenerse de hacer preguntas comprometidas para el personal asistencial, lo mismo que tiene la obligación de no molestar llamando reiteradamente a los profesionales o planteándoles exigencia alguna. Debe también tratar con extremado tacto a ese personal (sin enjuiciar ni cuestionar su conducta). Debe controlar sus esfínteres, sus olores, etc. En cualquier caso, debe huir de ser etiquetado como «enfermo problema» por el personal sanitario, pues ello podría (aunque sólo fuera en su mente)

⁴²Moscoso y Oblitas 1994, Manuel de psicología Clínica y de la Salud Hospitalaria. Pág. 30

acarrearle el rechazo de ese personal y con ello perjuicios en su asistencia. Aquel que el personal sanitario considera como «enfermo problema», por su parte, se caracteriza concretamente por mantener una excesiva dependencia del propio personal, por tratar de obtener «beneficios secundarios» de la enfermedad, por negar el cuadro orgánico, por su escasa colaboración en el tratamiento, por plantear dificultades de convivencia con el personal o con los otros pacientes, o por resistirse a renunciar a su propia personalidad y a las costumbres que tenía anteriormente, etc.

3) Hacia la enfermera

La enfermera es una figura profesional que despierta en el paciente expectativas ambivalentes. Por un lado, sabe que es una persona que no debe dejarle morir, pero que tampoco debe darle información ni su opinión, que no debe dejarse guiar en su actuación por su conciencia sino por su obligación, que tiene acceso a toda su intimidad pero que no debe divulgar la información.

C) Hacia el médico

Esa es una figura que en el hospital, más que en ningún otro sitio, es magnificada e idealizada. No se le debe enjuiciar ni molestar con preguntas, no debe eludir las decisiones últimas sobre cuál es la mejor atención, tiene en su poder la capacidad de indicar o suspender un tratamiento (y con ello facilitar el dolor, el sueño, la vida o la muerte), es quien toma la decisión de dar por muerto a un enfermo o de que se siga luchando por su vida. Kerekjarto, M. y., 1978).

Con todo ello podemos comprender que en la situación de verse hospitalizado, el paciente va a tener que poner en marcha los mecanismos de adaptación que son habituales en él cuando se encuentra en aquellas

situaciones en las que se siente en peligro, indefenso e ineficaz. Sensaciones que generalmente se experimentan con poca frecuencia en el adulto, pero que sí pueden haber sido experimentadas cuando fue niño. La consecuencia va a ser fácilmente la utilización de mecanismos que quizá resultarán útiles en la infancia pero que, de ser utilizados de idéntica forma a como se hizo entonces, resultarán cuando menos impropios e ineficaces en el adulto: regresión, negación, evasión, entrega, agresión, introversión, inculpação y utilización son algunos de ellos. La madurez personal previa del sujeto podrá lograr que en esa situación, para él novedosa, se pongan en marcha mecanismos de adaptación «sanos como son la superación, la apropiación o la resignación (sólo cuando no cabe otra), hacia los cuales el psicólogo clínico, conocedor de sus problemas, puede ayudarle a marchar adecuadamente»⁴³.

El Funcionamiento Hospitalario un Campo de Aplicación de la Psicología Clínica

La hospitalización presenta por sí misma las condiciones suficientes para hacer un efecto de estrés y de desorganización del control emocional del enfermo.

“Medidas relativamente sencillas podrían atenuar fácilmente estos riesgos. A menudo dichas medidas no se siguen por ignorancia de su importancia, su carácter banal que hace desconocer su verdadero valor y alcance, la acogida, por ejemplo, constituye un momento en que el enfermo es particularmente vulnerable. Las palabras y las actitudes tomarán para él una importancia muy grande para agravarlo o, al contrario calmarlo. No es difícil, incluso si no se ha vivido, imaginar lo que puede ser la angustia de un enfermo que llega a las urgencias de un hospital; inquietud sobre la naturaleza de la afección, contacto con la familia, precipitación en un

⁴³Moscoso y Oblitas 1994, Manuel de psicología Clínica y de la Salud Hospitalaria. Pág. 31

mundo desconocido, tumulto de las urgencias, promiscuidad, por no hablar de las repercusiones de los efectos físicos de la enfermedad (dolor, fiebre, malestares diversos...); además será el paso continuo anónimo del personal (Interno de guardia, enfermeras de urgencias, después de la sala de hospitalización, camilleros, personal administrativo), el recorrido del laberinto de los pasillos de una sala a la otra, de la sala de radiología a la sala de operaciones, la larga sucesión de exámenes complementarios. En estas condiciones puede bastar con pequeños gestos como apretar la mano, decir el nombre, explicar la naturaleza y razones de las diferentes gestiones para que el clima psicológico cambie considerablemente y que la angustia vaya normalizándose⁴⁴.

El psicólogo clínico debe evaluar al paciente hospitalizado, estar seguro de las demandas del mismo y de la necesidad de tratamiento, dependiendo por supuesto de la personalidad del paciente y de la adaptación que presente al medio hospitalario. No obstante es necesario con ello intervenir en psicoeducación, es decir explicar al paciente los puntos positivos de su internamiento, que pueda entender las ganancias que obtendrá y explicarle sobre todo el procedimiento al que vaya a ser sometido. En pacientes con trastornos de ansiedad o depresión se presenta una mayor dificultad adaptativa, principalmente por la psicopatológica existente y más aún si es un paciente quirúrgico.

En muchas ocasiones, sobre todo en nuestro medio, los pacientes son hospitalizados por diferentes patologías biológicas, descuidando la parte psicológica o psiquiátrica y presentándose probablemente una comorbilidad. Este hecho es muy preocupante, ya que al encontrarse en un medio hospitalario, en donde va a recibir la atención necesaria para su

⁴⁴ Jesaniinet, A 1982. Manual de Psicología Médica, Masson, México. Pág. 64

recuperación, sería lo más apropiado la intervención psicológica, que permitirá una atención global al paciente y una verdadera recuperación.

Aspectos psicológicos del paciente frente a la enfermedad

“Enfermar supone enfrentarse a un mundo hasta entonces desconocido y negado. Todo individuo cuando enferma experimenta una serie de reacciones emocionales ante la enfermedad que el médico debe considerar. Existen muchos factores que intervienen en esas reacciones, entre los que destacan la personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad, la familia y los amigos, el hospital y la personalidad del médico y demás profesionales de la salud.

Personalidad del enfermo

La personalidad del paciente influirá en los mecanismos de defensa que utilizará. Así, por ejemplo, las personas dependientes utilizarán la regresión a estadios precoces del desarrollo, y dirán: ¡Ayúdeme!, mientras que los que son muy independientes correrán el riesgo de negar la gravedad de la enfermedad.

Existen tipos patológicos de personalidad (trastornos de la personalidad) que interfieren en un grado importante con la actividad clínica. Varios estudios han de mostrado que un 10 % de los enfermos de servicios médicos y quirúrgicos tiene algún tipo de trastorno de la personalidad. En estos casos suele prolongarse la estancia media o surgen conflictos por demandas en excesivo exigentes o extemporáneas y se deteriora la relación médico-enfermo. Según el tipo de trastorno de la personalidad aparecen problemas más específicos. Personalidades inseguras tendrán miedo a perder el control sobre sus vidas; las que padecen, por ejemplo, un trastorno límite tenderán a dividir al personal en buenos y malos,

haciendo más difícil su tratamiento; los pasivo agresivos tenderán a ser irritables y demandantes cuando enfermen.

Edad del paciente

Los adultos jóvenes tienen más riesgo de reaccionar ante una enfermedad con resentimiento o incredulidad, y de buscar diferentes opiniones con la esperanza de que el diagnóstico original fuese una equivocación. Los pacientes ancianos en general aceptan mejor sus problemas médicos.

Tipo de enfermedad

Las enfermedades del corazón, como las arritmias o las enfermedades de las arterias coronarias, producen mucha ansiedad y el miedo ante la muerte es constante. La insuficiencia respiratoria o la dificultad para respirar producen un estado de ansiedad agudo que se resuelve cuando la situación revierte. El diagnóstico de cáncer produce miedo y las enfermedades de transmisión sexual, como el SIDA, producen, con frecuencia, además de miedo, sentimientos de culpa. Las enfermedades crónicas, como la insuficiencia renal, artritis reumatoide o diabetes mellitus, producen diversas respuestas que van desde su aceptación hasta su negación, rechazando el tratamiento.

Familia y Amigos

La complejidad de la dinámica familiar afectará el comportamiento del paciente. Así, por ejemplo, la ansiedad del esposo será transmitida al paciente; otras veces, en caso de ganancias secundarias, la curación y el alta se retrasarán.

Aspectos Psicológicos del Paciente Crónico, Ambulatorio y Hospitalizado

Aspectos psicossomáticos del enfermo

Las enfermedades somáticas generalmente tienen un tiempo de incubación que varía de una enfermedad a otra (8-15 días) los síntomas se van instaurando paulatina y progresivamente o las manifestaciones clínicas se manifiestan de manera en cuyo estado de enfermedad experimentan una serie de reacciones físicas y psicoemocionales de las cuales se puede describir:

- Disminución de energías físicas.
- Un sufrimiento físico localizado.
- Angustia, ansiedad y depresión.
- Temor a la soledad o invalidez y amenaza de muerte.
- Significación de la enfermedad⁴⁵.

1. Disminución de las energías físicas: El deterioro de sus energías físicas limita su actividad y le obliga adoptar una posición auto defensiva: se encorva o se postra en cama deseando que este estado sea lo más pasajero posible.

2. Sufrimiento físico localizado: La molestia principal se localiza en alguna parte del organismo, dependiendo del tipo de enfermedad somática, y por el desconocimiento de la función real de sus órganos y sistemas determina que el paciente exagere la magnitud de su preocupación por su enfermedad.

3. La angustia: La angustia que origina la enfermedad depende de las vivencias desagradables que haya tenido anteriormente y de las molestias

⁴⁵Jesaniinet, A 1982. Manual de Psicología Médica, Masson, México. Pág. 43

que experimente así como de las peculiaridades de su personalidad, mostrando intranquilidad, desesperación que repercute en la disminución de su apetito, en el sueño, sus quejas frecuentes.

La ansiedad es la emoción más común, está presente de manera distinta de la infancia hasta la muerte. Se presenta cuando el individuo se enfrenta a la amenaza aún indefinida. Cuando la amenaza se ha definido en algo concreto ansiedad deja paso al miedo (miedo a algo concreto). La ansiedad se puede expresar de manera diferente, como, por ejemplo, inquietud, insomnio, hiperactividad, irritabilidad y miedo. Muchas veces los síntomas son tan intensos como para provocar hiperventilación, palpitaciones, calambres y hasta una serie de quejas gastrointestinales, cardiológicas o genitourinarias”.

“Depresión: La depresión surge ante vivencias de pérdida, incluyendo la pérdida de la salud. De ahí que la asociación entre depresión y enfermedad médica sea común.

Los signos y síntomas de depresión de los pacientes que padecen una enfermedad médica son los mismos que los que padecen una depresión clínica no asociada a enfermedad física. El principal problema es que es diagnosticada con muy poca frecuencia y si no se trata, la calidad de vida del individuo disminuirá, se retrasará la curación y aumentará el riesgo de suicidio. En el diagnóstico de una depresión asociada a una enfermedad médica son más importantes los síntomas psicológicos que los físicos. Así, por ejemplo, la pérdida de peso, fatiga o cambios en el ritmo intestinal no serán útiles para diagnosticar una depresión clínica en el caso de colitis ulcerosa.

Algunas enfermedades, como, por ejemplo, el cáncer de estómago, pueden comenzar como una depresión, mientras que en otras son comunes los síntomas depresivos, como en el caso de la artritis

reumatoide, la enfermedad de Parkinson o la esclerosis múltiple. En estos casos se postula la presencia de mecanismos neurobiológicos comunes.

4. Temor a la soledad e Invalidez: La evolución de la enfermedad, las molestias somáticas, su estado de ánimo deprimido determina que en algún momento sienta amenazada su existencia, sienta temor a la soledad cuando él se encuentre solo en un estado crítico de su enfermedad, pues para él, es el único que sufre su enfermedad y experimenta inseguridad respecto a sus resistencias orgánicas que no pueda recuperarse o quede con alguna invalidez, entonces miedo a la muerte, reflexiones que te hace comprender el valor de la vida, su importancia y los aspectos positivos de la vida, lo que indica que el hombre se resiste y rechaza a la muerte y ahora sus deseos de vivir en beneficio de su familia y sus amigos.

5. Significación de la enfermedad: Cada individuo cuando pierde su estado de bienestar que le proporciona su salud trata de encontrar una significación a su enfermedad según sus vivencias que haya tenido anteriormente, las sensaciones que experimente durante el proceso de su enfermedad según: sus conceptos sociales, morales, religiosos, según su edad, el sexo, la raza, así como su constitución y su personalidad.

Algunos pacientes consideran su enfermedad como una prueba para valorar su resistencia y como una prueba para soportar el sufrimiento.

Otros pacientes la consideran como un castigo a su actitud y comportamiento no muy adecuado para que les permita reflexionar y adoptar una nueva actitud frente a su familia y demás personas.

O es considerado como un hecho natural ya que cualquier individuo está propenso a sufrir alguna enfermedad en su convivencia con los riesgos de la naturaleza, su medio ambiente en el cual vive.

Para algunas personas la enfermedad es una necesidad para obtener un beneficio, ya sea como una solución a su angustia y sensación de incapacidad frente a una responsabilidad o como una necesidad de dependencia para obtener el cuidado y la atención que creen merecer”⁴⁶.

Comprensión Psicológica del Enfermo

La comprensión psicológica del enfermo representa una tarea ineludible para todo psicólogo clínico.

Actitud psicológica: Es una actitud abierta, acogedora y expectante, desprovista de elementos subjetivos y autoritarios y centrados en el acontecer de la personalidad del otro. El psicólogo se coloca entonces mentalmente en la posición del enfermo, pero sin fusionarse con él.

Esta actitud resulta muy favorable para que el enfermo se entregue más fácilmente a la comunicación, la ventilación efectiva y la cooperación con el médico.

La actitud psicológica es sobre todo necesaria ante los enfermos más o menos enaonizados y ante los enfermos en trancede rehabilitación y readaptación.

Reacciones Inadecuadas del Paciente

“Los modelos habituales a la reacción psicológica a la enfermedad que aparecen en los pacientes, deben atenerse al patrón de las conductas frustradoras propias del estado morbosos. Mediante la movilización de sus mecanismos defensivos el yo trata de luchar contra la angustia y los temores ligados a la enfermedad y se enfrenta con las frustraciones

⁴⁶Jesaniinet, A 1982. Manual de Psicología Médica, Masson, México. Pág. 44

Inminentes a la misma, estableciendo nuevos modos de relación con el mundo y consigo mismo”⁴⁷.

Mecanismos de Defensa del Individuo Cuando Enferma

La enfermedad es uno de los acontecimientos amenazantes, angustiantes, más importantes. Por eso, el individuo cuando enferma ponen marcha los mismos mecanismos de defensa que puede poner ante otras situaciones estresantes. De ellos los más importantes son los siguientes.

1. Regresión

“Toda enfermedad que implica reposo en cama, hospitalización o cuidados de terapias de rehabilitación y readaptación. Se trata de una respuesta emocional en la que el individuo abandona su independencia y determinación y retrocede a estadios más precoces del desarrollo, cuando eran pasivos y dependientes de otros. La regresión es un mecanismo adaptativo cuando el individuo coopera y confía en el médico, pero se convierte en negativo si se vuelve demasiado dependiente y se niega a cooperar; en estos casos es importante la de un mundo de fantasías.

2. Evasión

Se presenta como un rechazo de la realidad actual por la creación de un mundo de fantasías y sueños, donde el sujeto vive la realización de los deseos, las motivaciones y los impulsos que no ha podido satisfacer por habérselo impedido al acontecer morboso y otros obstáculos frustrantes. Muchos enfermos entronizados compensen su instalación en una ingrata realidad; como la construcción de una segunda vida, duramente íntima y subjetiva en aras del pensamiento fantástico.

⁴⁷Jesaniinet, A 1982. Manual de Psicología Médica, Masson, México. Pág. 44

3. Agresión: La movilización del acto agresivo más frecuente consiste en proyectar sobre el médico o el personal de salud algunos incidentes desfavorables: el origen de la enfermedad y las posibles complicaciones. La lentitud con que se produce el proceso de curación a cualquier otra circunstancia frustrante. No están satisfechos nunca con los cuidados que se les proporciona, tienen la impresión de que no reciben el mismo trato que los demás enfermos. Estos sujetos suelen desplegar una conducta verbal muy agresiva y llena de notas de desconfianza, especialmente en las clínicas, las sanitarias y los hospitales. Los sanitarios encargados de sección de enfermos deberían recibir una preparación psicológica especial para desmontar desde un principio estas conductas violentas y agresivas.

4. Inculpación: La liberación de mecanismos auto punitivos hace, que el enfermo se sienta culpable de su enfermedad y los consiguientes trastornos y trata de aislarse. Los escrúpulos le asedian, El psicólogo ha de saber dar el cauce adecuado a la comunicación de estos enfermos. Una apertura de comunicación amplia y precoz es la medida más idónea para solucionar la cuba reactiva de estos enfermos y evitar que la misma culmine como muchas veces ocurre en un serio cuadro depresivo o en un acto de suicidio.

5. Negación. El individuo trata de eliminar todos aquellos sentimientos o pensamientos desagradables. Un individuo puede negar un acontecimiento como una enfermedad negando que la padezca, ocultando sus efectos o actuando como si no tuviese ningún efecto. Se trata de una respuesta emocional común ante la enfermedad. Existen evidencias para afirmar que se trata de una respuesta más común en los ancianos que en los jóvenes. Se hace normalmente patente cuando existe una entre la condición física del paciente y como lo cuenta, algunos pacientes al insistir que se encuentran bien o que su padecimiento es mínimo o nulo. La negación a la enfermedad se produce especialmente por 3 vías:

Vía masoquista: Donde se considera a la irrupción de la enfermedad como un castigo justo y merecido.

Vía ganancial: La alimentada por el propósito de obtener beneficios con el estatuto del enfermo, sobre todo estos dos: la liberación de responsabilidades y el derecho a la ayuda ajena.

Vía hipocondriaca: Caracterizada por la escrupulosa observación del organismo propio y la proliferación de temores a las enfermedades.

6. Represión y supervisión: Aquí el individuo trata también de eliminar todos aquellos sentimientos o pensamientos desagradables. La supresión es un proceso mediante el cual el individuo realiza un esfuerzo más o menos consciente para desviar del pensamiento todo aquello que es desagradable. La represión es utilizada para rechazar o no identificar de forma consciente aquellas sensaciones desagradables⁴⁸.

Reacciones Adecuadas del Paciente

Los enfermos también pueden presentar reacciones psicológicas a las enfermedades adecuadas y convenientes. En estas favorables reacciones, la personalidad del enfermo se muestra libre de dispositivos psicológicos infantiles, agresivos, autopunitivos, deformantes de la realidad, masoquistas e hipocondriacas. El conjunto de las reacciones adecuadas a la realidad se sistematiza en estos tres grupos:

1. Las relaciones de superación de enfermedad, se caracteriza en una serena postura ante ella, caracterizado por un auténtico deseo de curar y un alto espíritu de colaboración con el médico. Estos enfermos se sacrifican gustosamente y están dispuestos a hacer todo lo posible

⁴⁸ Jesús Alberdi Sodupe, Depresión, Sergas. A Coruña. España. Pág. 67

para ayudar al médico a superar el frustrante escorio de su enfermedad.

2. **Las reacciones impregnadas de resignación** ante el acontecer optado también de un magnífico deseo de curar y una excelente disposición a colaborar con el médico, pero su nivel de iniciativa y de actividad psicomotora es mucho más bajo que en el anterior.
3. **Las relaciones de aprobación de la enfermedad**, existe una certeza y profunda visión de la apropiación de la enfermedad, impregnada de vivencia propia; "El saber de lo ineludible exige la aceptación de estar enfermo. Ese estado llega a ser Inseparable de la propia existencia. Uno llega así mismo con tal limite, y sin veladuras; este es el origen a partir del cual uno puede apropiarse de su enfermedad".

Además en el medio hospitalario el paciente puede presentar trastornos de adaptación, los cuales deben de ser diagnosticados correctamente para el manejo adecuado de la patología que presente; a continuación se describen criterios del CIE 10 que detallan las pautas para cada uno de los criterios de adaptación:

F43.2 Trastornos de adaptación

“Estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado). El agente estresante puede afectar sólo al individuo o también al grupo al que pertenece o a la comunidad.

Las manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de

todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria. El enfermo puede estar predispuesto a manifestaciones dramáticas o explosiones de violencia, las que por otra parte son raras. Sin embargo, trastornos disociales (por ejemplo, un comportamiento agresivo o antisocial) puede ser una característica sobreañadida, en particular en adolescentes. Ninguno de los síntomas es por sí solo de suficiente gravedad o importancia como para justificar un diagnóstico más específico. En los niños los fenómenos regresivos tales como volver a tener enuresis nocturna, utilizar un lenguaje infantil o chuparse el pulgar suelen formar parte del cortejo sintomático. Si predominan estas características debe recurrirse a F43.23.

El cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del cambio biográfico o del acontecimiento estresante y la duración de los síntomas rara vez excede los seis meses, excepto para el F43.21, reacción depresiva prolongada.

Pautas para el diagnóstico

- a)** La forma, el contenido y la gravedad de los síntomas.
- b)** Los antecedentes y la personalidad.
- c)** El acontecimiento estresante, la situación o la crisis biográfica.

Incluye:

"Shock cultural".

Reacciones de duelo.

Hospitalismo en niños.

Excluye:

Trastorno de ansiedad de separación en la infancia (F93.0).

Si se satisfacen las pautas de trastorno de adaptación, la forma clínica o manifestación predominantes pueden ser especificadas mediante un quinto carácter adicional:

F43.20 Reacción depresiva breve: Estado depresivo moderado y transitorio cuya duración no excede de un mes.

F43.21 Reacción depresiva prolongada: Estado depresivo moderado que se presenta como respuesta a la exposición prolongada a una situación estresante, pero cuya duración no excede los dos años.

F43.22 Reacción mixta de ansiedad y depresión: Tanto los síntomas de ansiedad como los depresivos son destacados, pero no mayores que en el grado especificado para el trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41.2) u otro trastorno mixto por ansiedad (F41.3).

F43.23 Con predominio de alteraciones de otras emociones: Los síntomas suelen incluir otros tipos de emoción, como ansiedad, depresión, preocupación, tensiones e ira. Los síntomas de ansiedad y depresión pueden satisfacer las pautas de trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41.2) o de otros trastornos mixtos de ansiedad (F41.3) pero no son lo suficientemente relevantes como para permitir diagnosticar un trastorno más específico depresivo o de ansiedad. Esta categoría debe utilizarse también para las reacciones en los niños en los que se presenten también una conducta regresiva como enuresis nocturna o succión del pulgar.

F43.24 Con predominio de alteraciones disociales: La alteración principal es la del comportamiento, por ejemplo una reacción de pena o dolor en un adolescente que se traduce en un comportamiento agresivo o disocial.

F43.25 Con alteración mixta de emociones y disociales: Tanto los síntomas emocionales como el trastorno del comportamiento son manifestaciones destacadas.

F43.28 Otro trastorno de adaptación con síntomas predominantes especificados⁴⁹.

⁴⁹ Clasificación internacional de las enfermedades (CIE10), Trastornos mentales y del comportamiento. Pág. 188

5. MATERIAL Y MÉTODO

La presente investigación fue realizada en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso "IESS" de Loja, que es una entidad subregional o provincial, que atiende a usuarios de las provincias de Loja, Zamora y El Oro, con equipos de trabajo multidisciplinario, formados científica, ética y humanísticamente en cirugía, clínica y cuidado materno infantil; prestando servicios de salud integral a los afiliados, respetando su identidad, educación y cultura con un personal capacitado y una comunicación interactiva que contribuye al mejoramiento de las condiciones de vida.

Es por ello que el presente trabajo investigativo tiene el objetivo de involucrarse en la necesidad del paciente y sobre todo mejorar su calidad de vida, específicamente en el paciente quirúrgico hospitalizado. Dentro del hospital, el lugar específico en donde se realizó fue el área de cirugía, en donde se evaluó a dichos pacientes, en edades comprendidas entre los 41 a 60 años, por medio de un consentimiento y de manera voluntaria, participando 43 pacientes tanto hombres como mujeres, realizando con ellos la aplicación de reactivos psicológicos.

Además debido a los pocos días de estancia hospitalaria se acopiaron breves datos personales del paciente, ya que desde el día de su ingreso cuenta con pocos días hasta su alta como para aplicar una historia clínica psicológica. Al mismo tiempo luego de la cirugía y por indicación del cirujano, el paciente no está en condiciones de responder ningún tipo de pregunta más allá de las necesarias.

Durante el diálogo con el paciente se aplicó la entrevista psicológica con aplicación de breves datos personales (ficha socio – demográfica clínica), así como aplicación de reactivos psicológicos antes de la cirugía, como el Test Depresión de Beck y Test Ansiedad de Hamilton y después de la

cirugía la Escala Hospitalaria de Ansiedad Depresión, los mismos que los detallaré a continuación:

MATERIAL 1:

Entrevista Psicológica

La primera entrevista reviste especial consideración y una importancia ampliamente reconocida en el proceso diagnóstico. Es la técnica que más se usa y por la naturaleza de la información que aporta es insustituible e indispensable para el psicólogo clínico.

En el trabajo psicológico de investigación diagnóstica se hace imprescindible la utilización de la entrevista teniendo a la recolección de datos informativos.

En general se procede en la toma de datos directamente o a través de la información que proporcionan los familiares, esto debido a las diferentes limitaciones que poseen los sujetos. La entrevista individual se la efectúa al paciente siguiendo la metodología propuesta de la historia clínica. La entrevista con los familiares sirve para complementar la información de la historia, cuyos datos no han sido referidos por el paciente.

MÉTODO 1:

El **Método Lógico Inductivo** es el razonamiento que, partiendo de casos particulares, se eleva a conocimientos generales. Este método permite la formación de hipótesis, investigación de leyes científicas, y las demostraciones, conjugándose con la aplicación de **Inducción Incompleta**, que permite que los elementos del objeto de investigación no puedan ser numerados y estudiados en su totalidad, obligando a recurrir a tomar una muestra representativa, que permita hacer generalizaciones. Además se utilizó el **Método Analítico** el mismo que consiste en la

extracción de las partes de un todo, con el objeto de estudiarlas y examinarlas por separado, para ver, por ejemplo las relaciones entre las mismas.

MATERIAL 2:

Ficha Socio - Demográfica Clínica

Las características socio - demográficas de los individuos, como su edad, género, estado civil, nivel educacional, ocupación, lugar de nacimiento, presencia de enfermedad, tipo de cirugía y comorbilidad psicopatológica, son útiles instrumentos para la determinación de factores externos que pueden incidir en la salud mental del paciente quirúrgico y si alguno de ellos es el causante de provocar una psicopatología.

A continuación se describen los principales rasgos sociodemográficos que fueron utilizados en esta investigación:

Edad:

La edad es una pregunta muy importante ya que permite conocer cómo a través de ella el sujeto va asumiendo las diferentes etapas de vida y sus habilidades de adaptación frente a la misma.

Género:

El género se encuentra en estrecha relación con el papel y el rol que debe desempeñar un individuo, así como la disposición y la aceptación de este rol. Cuando ocurre lo contrario se pueden presentar problemas en este ámbito y un posible desbalance psicológico del sujeto frente a la sociedad.

Lugar de Nacimiento:

El lugar de nacimiento puede determinar distintos patrones de conducta en el paciente, debido a comportamientos y conductas aprendidas que pueden ser característicos del lugar donde habite.

Estado Civil:

El estado civil permite establecer diferentes pautas diagnósticas, al evaluar por supuesto la adaptabilidad de un paciente frente a su situación civil y si esto le produce o no algún tipo de problema psicológico.

Nivel Educativo:

El nivel de instrucción puede estar enfocado en muchas situaciones a la manera de asumir dificultades o diferentes tipos de patología, así por ejemplo los pacientes quirúrgicos de nivel de instrucción primaria, por lo general se muestran más tranquilos frente a una cirugía que los pacientes de instrucción secundaria o superior.

Ocupación:

La ocupación laboral del sujeto permite conocer al investigador las maneras en las que el individuo se adapta a su trabajo y si este le ocasiona o no algún problema que involucre su salud mental.

Enfermedad:

La presencia de enfermedad en el ser humano puede generar trastornos ansiosos depresivos debido a los cuidados que debe tener a partir de la aparición de su enfermedad. En pacientes que son sometidos a cirugía estos estados ansiosos son muy evidentes y al no manejarlos el paciente adecuadamente, el proceso de recuperación será más lento.

Tipo de Cirugía:

Conocer el tipo de cirugía al que va a ser sometido un paciente, es un punto importante para el investigador, ya que a través de la muestra estudiada puede determinar qué tipo de cirugía ocasiona mayor ansiedad en los pacientes quirúrgicos.

Comorbilidad:

La comorbilidad está asociada a factores externos que originaron diferentes trastornos, por lo general de ansiedad o depresión y que no se originaron frente a la cirugía, sino que por el contrario se agudizaron mayormente al verse el sujeto que iba a ser intervenido quirúrgicamente.

MÉTODO 2:

Método Analítico y Sintético

Método Analítico: Este método implica el análisis de la separación de un todo en sus partes o en sus elementos constitutivos. Se apoya en que para conocer un fenómeno es necesario descomponerlo en sus partes.

Método Sintético: Implica la síntesis, esto es, unión de elementos para formar un todo. El juicio analítico implica la descomposición del fenómeno, en sus partes constitutivas.

Es decir estos métodos permiten al investigador, a través de la descomposición de un material, obtener datos importantes para una posterior síntesis de su investigación, uniendo todos los datos que obtuvo de la misma con el objetivo de obtener conclusiones y el abordaje de las soluciones a plantear.

MATERIAL 2:

Test SEAPSI Personalidad

Este cuestionario fue realizado por la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa, el cual mide rasgos de personalidad en pacientes mayores de edad. No se ha encontrado literatura en donde mide su fiabilidad y validez, no obstante ha sido elaborado por el Dr. Lucio Balarezo Chiriboga que es un prestigioso catedrático de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Central de Quito.

MÉTODO 3:

Método Analítico y Sintético

Método Analítico: Este método implica el análisis de la separación de un todo en sus partes o en sus elementos constitutivos. Se apoya en que para conocer un fenómeno es necesario descomponerlo en sus partes.

Método Sintético: Implica la síntesis, esto es, unión de elementos para formar un todo. El juicio analítico implica la descomposición del fenómeno, en sus partes constitutivas.

Es decir estos métodos permiten al investigador, a través de la descomposición de un material, obtener datos importantes para una posterior síntesis de su investigación, uniendo todos los datos que obtuvo de la misma con el objetivo de obtener conclusiones y el abordaje de las soluciones a plantear.

MATERIAL 3:

Test Depresión de Beck

Historia

El inventario de Depresión de Beck fue desarrollado inicialmente como una escala hetero aplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias fases auto evaluativas que el entrevistador leía al paciente para que éste seleccionase la que mejor se adaptase a su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala autoaplicada. Beck y cols.(1979) da a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz (1991), siendo ésta la más utilizada en la actualidad.

Es un cuestionario autoaplicado y de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad / intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. Ni la numeración de las alternativas de respuesta, ni los enunciados de los distintos ítems deben aparecer en el formato de lectura del cuestionario, ya que al dar una connotación clínica objetiva a las frases pueden influir en la opción de respuesta del paciente.

Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológicos-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somáticos vegetativos.

Interpretación

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico.

Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad/severidad son los siguientes:

- No depresión: 0-9 puntos
- Depresión leve: 10-18 puntos
- Depresión moderada: 19-29 puntos
- Depresión grave: > 30 puntos

A efectos de cribado o detección de casos en población general el punto de corte ha sido establecido por Lasa L. y cols en > 13 puntos. En pacientes médicos la validez predictiva de la escala está peor establecida, por cuanto los ítems somáticos tienden a aumentar el número de falsos positivos si se utiliza un punto de corte bajo y se han utilizado puntos de corte más altos (por ej.: > 16 en pacientes diabéticos, > 21 en pacientes con dolor crónico).

A efectos de selección de sujetos para investigación, el punto de corte usualmente aceptado es > 21 puntos.

Propiedades Psicométricas

Fiabilidad:

Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva,

mostrando una buena consistencia interna. La fiabilidad del test oscila alrededor de $r = 0.8$, pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración.

Validez:

Muestra una correlación con otras escalas. En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0.55 y 0.96 (media 0.72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0.55 y 0.73 (media 0.6).

Su validez Predictiva como instrumento diagnóstico ha sido recientemente estudiada en una amplia muestra de población general entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento:

- Sensibilidad del 100 %,
- Especificidad del 99 %,
- Valor predictivo positivo 0.72, y
- Valor predictivo Negativo de 1 (punto de corte mayor-igual 13)

MÉTODO 3:

Método Analítico el cual permitiódeshcomponer y distinguir los elementos de un todo y revisar ordenadamente cada uno de ellos por separado, como ocurre en el caso de establecer claramente la depresión en los pacientes sometidos a cirugía; complementándose con el **Método Sintético** que tiende a reconstruir un todo, a partir de los elementos estudiados por el análisis de los reactivos psicológicos aplicados.

Descubriendo así los distintos elementos que componen la naturaleza o esencia del fenómeno u objeto investigado, las causas y los efectos, además de integrar los elementos en una unidad nueva, en una comprensión total de la esencia de lo que ya se conoce en todos sus elementos y particularidades.

MATERIAL 4:

Test Ansiedad de Hamilton

Historia

La escala de ansiedad de Hamilton fue diseñada en 1.959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1.969 dividió el ítem “síntomas somáticos generales” en dos (“somáticos musculares” y “somáticos sensoriales”) quedando en 14. Esta versión dos es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Su objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia).

Se trata de una escala hetero aplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe complementarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. El propio autor indicó para cada ítems una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos de anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo.

Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados. Sólo algunas cuestiones hacen referencia a signos que pueden observarse durante la entrevista, por lo que el paciente debe ser interrogado sobre su estado en los últimos días. Se aconseja un mínimo de 3 días y un máximo

de 3 semanas. Beck y Cols recomiendan administrarla siempre a la misma hora del día, debido a las fluctuaciones del estado de ánimo del paciente, proponiendo a modo de ejemplo entre las 8 y las 9 am.

Interpretación

Se trata de uno de los instrumentos más utilizados en estudios farmacológicos sobre ansiedad. Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento. No distingue síntomas específicos de un trastorno de ansiedad, ni entre un desorden de ansiedad y una depresión ansiosa. A pesar de discriminar adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos, no se recomienda su uso como herramienta de screening ni de diagnóstico.

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

Como los efectos de la medicación pueden tener diferente intensidad sobre los síntomas psíquicos y somáticos, es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma, resultando útil la puntuación de las subescalas.

Aunque puede utilizarse sin entrenamiento previo, éste es muy recomendable. Caso de no estar habituado en su manejo es importante que sea la misma persona la que lo aplique antes y después del tratamiento, para evitar en lo posible interpretaciones subjetivas.

No existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad, resultando especialmente útil sus variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento. Se ha sugerido (Beck y Cols) que el test no debería utilizarse en casos de ataques de pánico, pues no existen instrucciones para distinguir entre éstos y estados de ansiedad generalizada o persistente. Proponen que cuando se sospeche la presencia de ataques de pánico (puntuación ≥ 2 en el ítem 1 y ≥ 2 en al menos 3 de los ítems 2, 8, 9, 10 y 13) esta escala puede cuantificar la severidad de los mismos. El tiempo valorado en estos casos debe ser las 3 semanas anteriores la primera vez que se administra y solamente la última semana cuando se utiliza repetidamente.

Cuando no existen ataques de pánico o cuando no se han producido en los últimos 3 días la escala puede utilizarse para valorar ansiedad generalizada, preguntado por los síntomas entre los ataques. En estos casos se ha propuesto por Beck, de forma orientativa: 0 - 5 puntos (No ansiedad), 6 - 14 (Ansiedad menor), 15 ó más (Ansiedad mayor). Kobak propone la puntuación igual o mayor de 14 como indicativa de ansiedad clínicamente manifiesta.

En ensayos clínicos se han utilizado como criterios de inclusión valores muy dispares, oscilando entre 12 y 30 puntos. Beneke utilizó esta escala para valorar ansiedad en pacientes con otras patologías concomitantes (depresión, psicosis, neurosis, desórdenes orgánicos y psicósomáticos) obteniendo puntuaciones medias similares en todos ellos, con una media, considerando todas las situaciones, de alrededor de 25 puntos.

A pesar de haberse utilizado en numerosos estudios clínicos como medida de ansiedad generalizada, no se centra en los síntomas de ésta, tal y como se contemplan en el DSM-IV. Los síntomas clave de los

desórdenes de ansiedad generalizada reciben menos prominencia que los síntomas fóbicos y los referentes a excitación del sistema autonómico, que durante tiempo no han formado parte de la definición de ansiedad generalizada, están excesivamente considerados.

Inicialmente se concibió para valoración de “neurosis de ansiedad”, pero a lo largo del tiempo este concepto ha evolucionado, hablándose hoy en día de “desorden de pánico”, “desorden fóbico” y “ansiedad generalizada”, entre otros. En la práctica clínica muchas veces es difícil distinguir entre ansiedad y depresión, ya que algunos síntomas se superponen, por otra parte muchos estados depresivos cursan con ansiedad. Según Hamilton en estos casos no debería utilizarse la escala, aunque algunos autores sugieren que la subescala de ansiedad somática puede utilizarse para valorar el grado de ansiedad en pacientes depresivos, así como la respuesta al tratamiento ansiolítico y antidepresivo. No obstante ha demostrado su validez interobservador en pacientes con depresión.

Propiedades Psicométricas

Fiabilidad:

Muestra una buena consistencia interna. Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ($r = 0,74 - 0,96$). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ($r = 0,96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r = 0,64$).

Validez:

La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi ($r = 0,63 - 0,75$) y con el Inventario de Ansiedad de Beck ($r = 0,56$). Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de

correlación con la Escala de Depresión de Hamilton ($r = 0,62 - 0,73$). Es sensible al cambio tras el tratamiento.

MÉTODO 4:

Método Analítico el cual permitió descomponer y distinguir los elementos de un todo y revisar ordenadamente cada uno de ellos por separado, como ocurre en el caso de establecer claramente la depresión en los pacientes sometidos a cirugía; complementándose con el **Método Sintético** que tiende a reconstruir un todo, a partir de los elementos estudiados por el análisis de los reactivos psicológicos aplicados.

Descubriendo así los distintos elementos que componen la naturaleza o esencia del fenómeno u objeto investigado, las causas y los efectos, además de integrar los elementos en una unidad nueva, en una comprensión total de la esencia de lo que ya se conoce en todos sus elementos y particularidades.

MATERIAL 5:

Escala Hospitalaria Ansiedad Depresión

Historia

La valoración psiquiátrica de pacientes hospitalizados suele ser difícil, ya que los síntomas somáticos característicos de ansiedad y depresión presentes en estos pacientes, pueden estar justificados por su dolencia física. Para obviar este inconveniente, Zigmond y Snaith (1983) diseñaron una escala que sustituye los síntomas que pueden ser provocados por la dolencia física por otros más específicos de la vivencia psíquica del trastorno, con la finalidad de proporcionar un instrumento para detectar estados de depresión y ansiedad en pacientes de servicios hospitalarios no psiquiátricos.

Interpretación

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante la última semana. La puntuación para cada subescala se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas (0-3) en los ítems respectivos (ítems pares para la de depresión, impares para la de ansiedad). El rango de puntuación es de 0-21 para cada subescala, y de 0-42 para la puntuación global.

En la versión original de la escala se proponen los mismos puntos de corte para las dos subescalas:

- 0 – 7 Normal
- 8 –10 Dudoso
- ≥ 11 Problema clínico

Otros autores recomiendan la utilización de la puntuación global y no las de las subescalas por separado, ya que no se ha podido documentar un buen poder discriminativo entre ansiedad y depresión, con puntos de corte que varían entre las distintas enfermedades médico-quirúrgicas (desde ≥ 12 en pacientes médicos con síntomas somáticos inexplicados, hasta ≥ 20 en pacientes en cuidados paliativos).

La HADS es una escala sencilla y de fácil aplicación, útil en pacientes médico-quirúrgicos para valorar el grado en que la enfermedad afecta a su estado emocional. Proporciona medidas dimensionales de “malestar psíquico”, mostrando una buena correlación con diferentes aspectos de severidad de la enfermedad física y con otras medidas dimensionales de calidad de vida. Puede ser utilizada para detectar cambios durante el curso de la enfermedad o en respuesta a distintos tipos de intervenciones. Su validez para detectar enfermedad psiquiátrica definida es muy cuestionada.

Aunque se ha utilizado en otros ámbitos (pacientes psiquiátricos, población general, población consultante, ancianos, no parece ser ésta una elección razonable ya que en estos casos otras escalas tienen mejor documentada su validez.

Propiedades Psicométricas

Los índices psicométricos de esta escala distan mucho de estar bien establecidos. En general, los datos de fiabilidad en términos de consistencia interna y fiabilidad test-retest son adecuados, pero la capacidad de las respectivas subescalas para discriminar entre ansiedad y depresión está muy cuestionada y su validez predictiva es escasa, con cifras de sensibilidad y, sobre todo, de especificidad bajas. Esto se traduce en un bajo rendimiento a efectos de cribado o detección de casos, ya que para niveles adecuados de sensibilidad, la especificidad es baja y por tanto el porcentaje de falsos positivos es elevado.

MÉTODO 5:

Método Analítico el cual permitió descomponer y distinguir los elementos de un todo y revisar ordenadamente cada uno de ellos por separado, como ocurre en el caso de establecer claramente la depresión en los pacientes sometidos a cirugía; complementándose con el **Método Sintético** que tiende a reconstruir un todo, a partir de los elementos estudiados por el análisis de los reactivos psicológicos aplicados.

Descubriendo así los distintos elementos que componen la naturaleza o esencia del fenómeno u objeto investigado, las causas y los efectos, además de integrar los elementos en una unidad nueva, en una comprensión total de la esencia de lo que ya se conoce en todos sus elementos y particularidades.

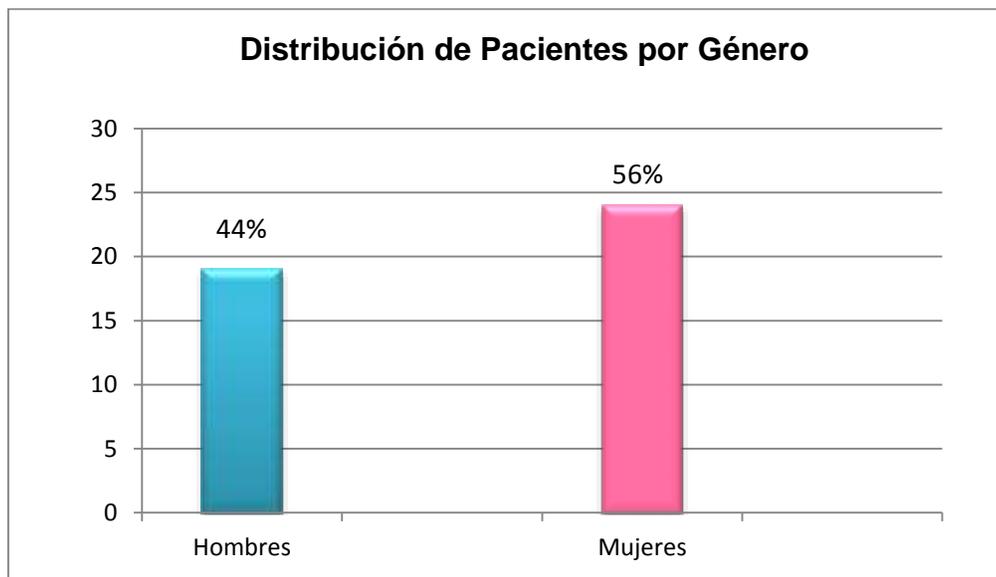
6. RESULTADOS

La presente investigación proyectó los siguientes resultados, los mismos que los detallare primero según las variables establecidas: género, estado civil, nivel de instrucción, resultados de los test aplicados, personalidad, ansiedad y depresión según el tipo de cirugía y datos importantes de acuerdo a la ficha socio demográfica que se aplicó.

Tabla N. 1
Distribución de Pacientes por Género

Variable	Valores	Porcentaje
Hombres	19	44%
Mujeres	24	56%
Total	43	100%

Gráfico N. 1



Fuente: Ficha Socio demográfica Clínica
Elaborado por: Andrea Sarmiento Arias

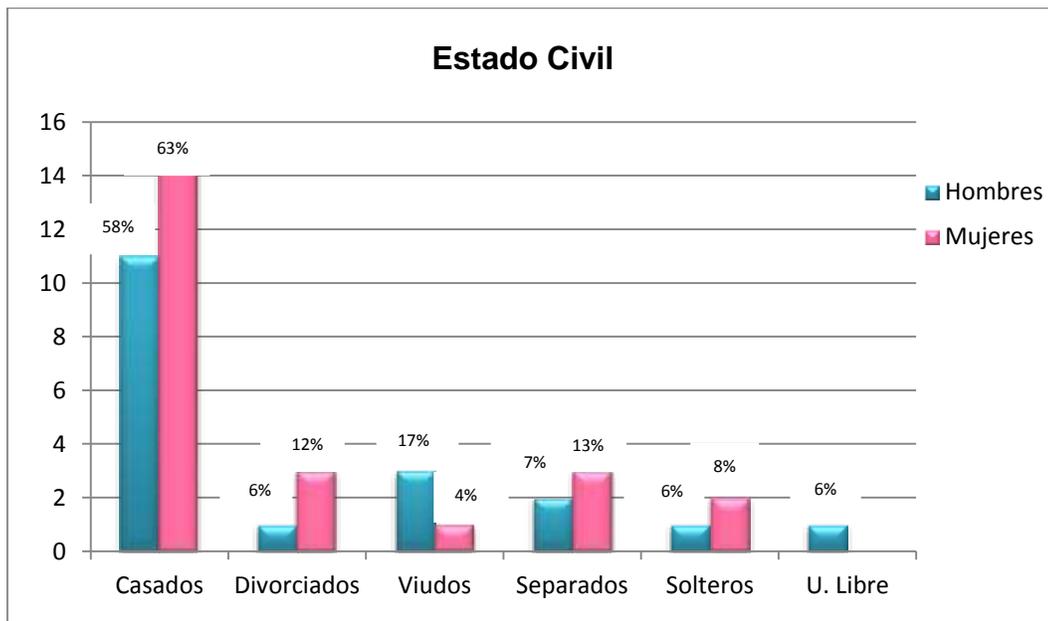
Del total de datos (43 pacientes) en edades comprendidas entre 41 y 60 años, el 44% que corresponde a 19 pacientes investigados, pertenece al género masculino y el 56% correspondiente a 24 pacientes, pertenece al género femenino; la población con mayor frecuencia en intervención quirúrgica corresponde al género femenino.

Tabla N. 2

Estado Civil

Variable	Valores Hombres	Valores Mujeres	Porcentaje Hombres	Porcentaje Mujeres
Casados	11	15	58%	63%
Divorciados	1	3	6%	12%
Viudos	3	1	17%	4%
Separados	2	3	7%	13%
Solteros	1	2	6%	8%
Unión Libre	1	0	6%	0%
Total	19	24	100%	100%
	43			

Gráfico N. 2



Fuente: Ficha Socio demográfica Clínica
Elaborado por: Andrea Sarmiento Arias

Del total de datos obtenidos (43 pacientes) en la población de hombres, el 58% referente a 11 pacientes son casados, el 6% referente a 1 paciente es divorciado, el 17% vinculado a 3 pacientes son viudos, el 7% vinculado a 2 pacientes son separados, el 6% vinculado a 1 paciente es soltero y el

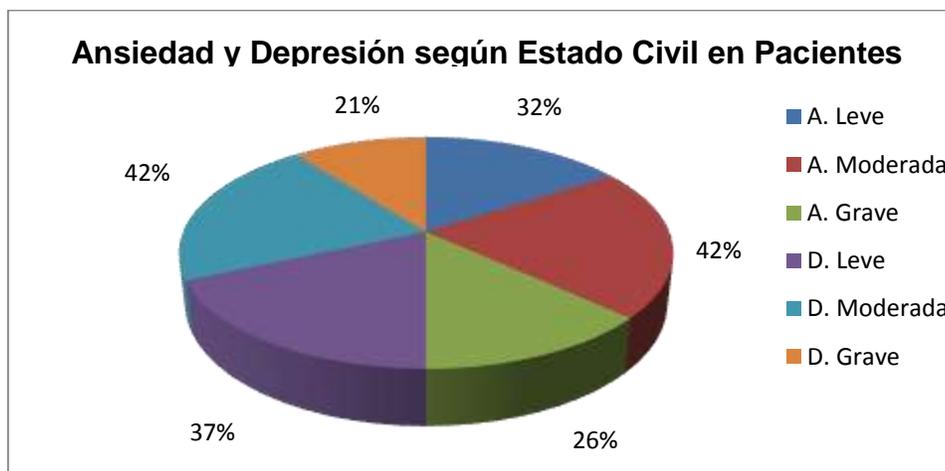
6% concerniente a 1 paciente es unión libre. En la población de mujeres el 63% referente a 15 pacientes son casadas, el 12% referente a 3 pacientes son divorciadas, el 4% vinculado a 1 paciente es viuda, el 13% vinculado a 3 pacientes son separadas y el 8% concerniente a 2 pacientes son solteras. Por lo tanto el 60% de los pacientes encuestados pertenecen al estado civil casado.

Tabla N. 3

Ansiedad y Depresión según Estado Civil en Pacientes Hombres

Variable	Ansiedad Leve	Ansiedad Moderada	Ansiedad Grave	Total
Casados	5	5	1	11
Separados	0	0	1	1
Viudos	1	0	2	3
Divorciados	0	1	1	2
Otros	0	2	0	2
TOTAL	6	8	5	19
Porcentaje	32%	42%	26%	100%
Variable	Depresión Leve	Depresión Moderada	Depresión Grave	Total
Casados	6	4	1	11
Separados	0	1	0	1
Viudos	0	2	1	3
Divorciados	0	1	1	2
Otros	1	0	1	2
TOTAL	7	8	4	19
Porcentaje	37%	42%	21%	100%

Gráfico N. 3



Fuente: Test Hamilton, Beck y Ficha Socio demográfica Clínica
Elaborado por: Andrea Sarmiento Arias

Del total de datos obtenidos en la población hombres (19 pacientes), el 32% correspondiente al nivel de ansiedad leve reflejado por el reactivo Hamilton, 5 pacientes son casados y 1 paciente de estado civil viudo. Del 42% correspondiente al nivel de ansiedad moderada, 5 pacientes son casados, 1 paciente es divorciado y 2 pacientes que corresponden a estado civil soltero y unión libre. Del 26% correspondiente al nivel de ansiedad grave, 1 paciente es casado, 1 paciente es separado, 2 pacientes son viudos y 1 paciente es divorciado. En cuanto a la depresión, el 37% correspondiente al nivel de depresión leve, 6 pacientes son casados y 1 paciente es unión libre. Del 42% correspondiente a nivel de depresión moderada, reflejado por el test depresión de Beck, 4 pacientes son casados, 1 paciente es separado, 2 pacientes son viudos y 1 paciente es divorciado. Del 21% correspondiente a nivel de depresión grave, 1 paciente es casado, 1 paciente es viudo, 1 paciente es divorciado y 1 paciente es soltero. Por lo tanto en todos los pacientes hombres se presentó algún nivel de ansiedad y depresión moderada a grave en un 30%, perteneciendo a los pacientes viudos, separados, solteros y divorciados con ansiedad y depresión moderada a grave.

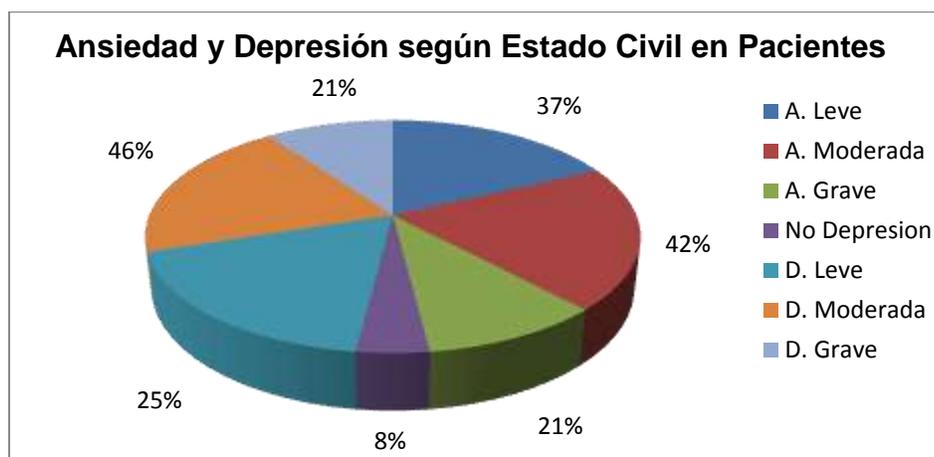
Tabla N. 4

Ansiedad y Depresión según Estado Civil en Pacientes Mujeres

Variable	Ansiedad Leve	Ansiedad Moderada	Ansiedad Grave	Total
Casados	6	7	2	11
Separados	1	1	1	1
Viudos	0	0	1	3
Divorciados	1	2	0	2
Otros	1	0	1	2
TOTAL	9	10	5	24
Porcentaje	37%	42%	21%	100%

Variable	No Depresión	Depresión Leve	Depresión Moderada	Depresión Grave	Total
Casados	1	3	8	3	11
Separados	0	1	1	1	1
Viudos	0	0	1	1	3
Divorciados	0	2	1	0	2
Otros	1	1	0	0	2
TOTAL	2	6	11	5	24
Porcentaje	8%	25%	46%	21%	100%

Gráfico N. 4



Fuente: Test Hamilton y Beck y Ficha Socio demográfica Clínica
Elaborado por: Andrea Sarmiento Arias

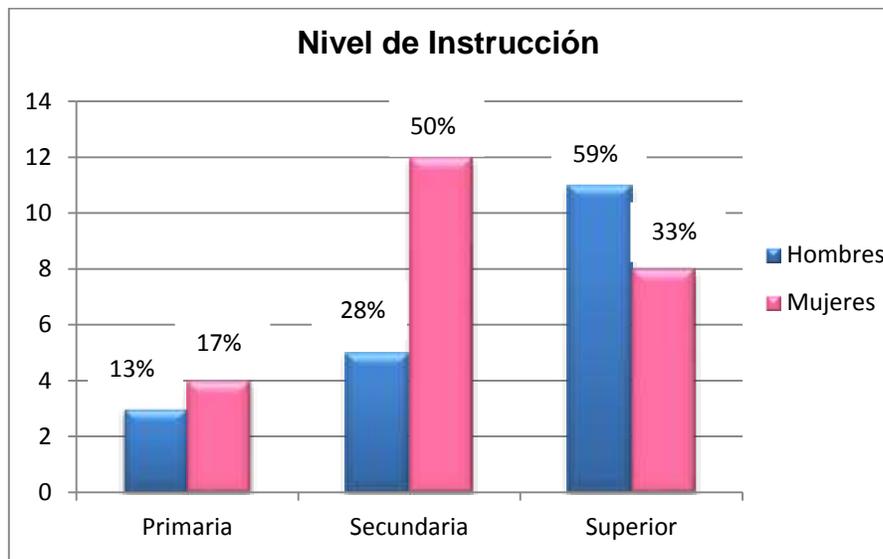
Del total de datos obtenidos en la población mujeres (24 pacientes), del 37% correspondiente al nivel de ansiedad leve y a través del test de ansiedad de Hamilton, 6 pacientes son casadas, 1 paciente es divorciada y 1 paciente de estado civil unión libre. Del 42% correspondiente al nivel de ansiedad moderada, 7 pacientes son casadas, 1 paciente es separada y 2 pacientes son divorciadas. Del 21% correspondiente al nivel de ansiedad grave, 2 pacientes son casadas, 1 paciente es separada, 1 paciente es viuda y 1 paciente es soltera. En cuanto a la depresión a través del test de Beck, el 8% correspondiente a 2 pacientes de estado civil casado y unión libre no presentan depresión, el 25% correspondiente al nivel de depresión leve, 3 pacientes son casadas, 1 paciente es separada y 2 pacientes son divorciadas. Del 46% correspondiente a nivel de depresión moderada, 8 pacientes son casadas, 1 paciente es separada, 1 paciente es viudo y 1 paciente es soltera. Del 21% correspondiente a nivel de depresión grave, 3 pacientes son casadas, 1 paciente es separada y 1 paciente es viuda. Por lo tanto en todas las pacientes mujeres se presentó algún nivel de ansiedad y depresión moderada a grave en un 37%, perteneciendo a pacientes viudas, separadas, solteras y divorciadas con ansiedad y depresión moderada a grave.

Tabla N. 5

Nivel de Instrucción

Variable	Valores Hombres	Valores Mujeres	Porcentaje Hombres	Porcentaje Mujeres
Primaria	3	4	13%	17%
Secundaria	5	12	28%	50%
Superior	11	8	59%	33%
Total	19	24	100%	100%
	43			

Gráfico N. 5



Fuente: Ficha Socio demográfica Clínica

Elaborado por: Andrea Sarmiento Arias

Del total de datos obtenidos (43 pacientes) en la población de hombres el 13% referente a 3 pacientes son de instrucción primaria, el 28% referente a 5 pacientes son de instrucción secundaria y el 59% perteneciente a 11 pacientes son de instrucción superior. En la población de mujeres el 17% referente a 4 pacientes son de instrucción primaria, el 50% referente a 12 pacientes son de instrucción secundaria y el 33% perteneciente a 8

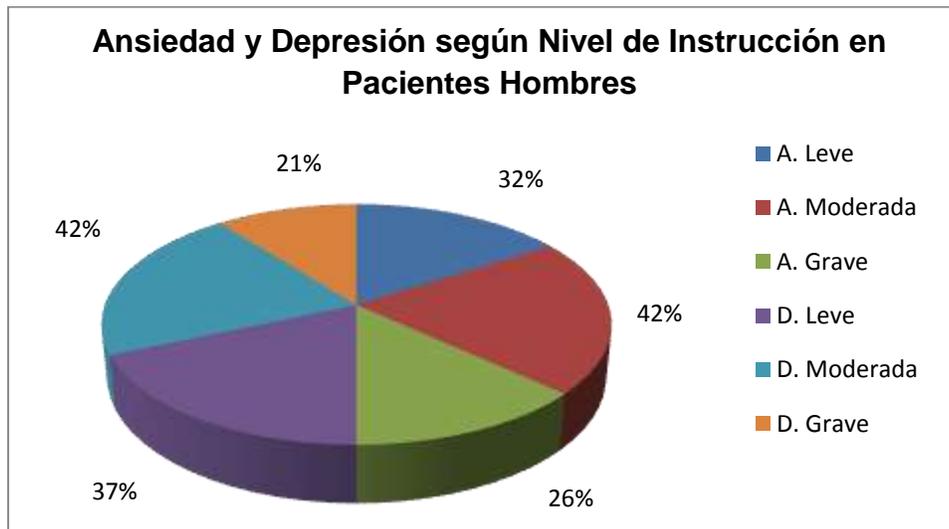
pacientes son de instrucción superior. Con ello el 16% corresponde a nivel de instrucción primaria, el 40% corresponde al nivel de instrucción secundaria y el 44% corresponde al nivel de instrucción superior

Tabla N. 6

Ansiedad y Depresión según Nivel de Instrucción en Pacientes Hombres

Variable	Primaria	Secundaria	Superior	Total	Porcentaje
Ansiedad Leve	3	2	1	6	32%
Ansiedad Moderada	0	2	6	8	42%
Ansiedad Grave	0	1	4	5	26%
TOTAL	3	5	11	19	100%
	19				
Depresión Leve	2	3	2	7	37%
Depresión Moderada	1	1	6	8	42%
Depresión Grave	0	1	3	4	21%
TOTAL	3	5	11	19	100%
	19				

Gráfico N. 6



Fuente: Test Hamilton y Beck y Ficha Socio demográfica Clínica
Elaborado por: Andrea Sarmiento Arias

Del total de la población hombres (19 pacientes), el 32% correspondiente al nivel de ansiedad leve medido a través del reactivo de Hamilton, 3

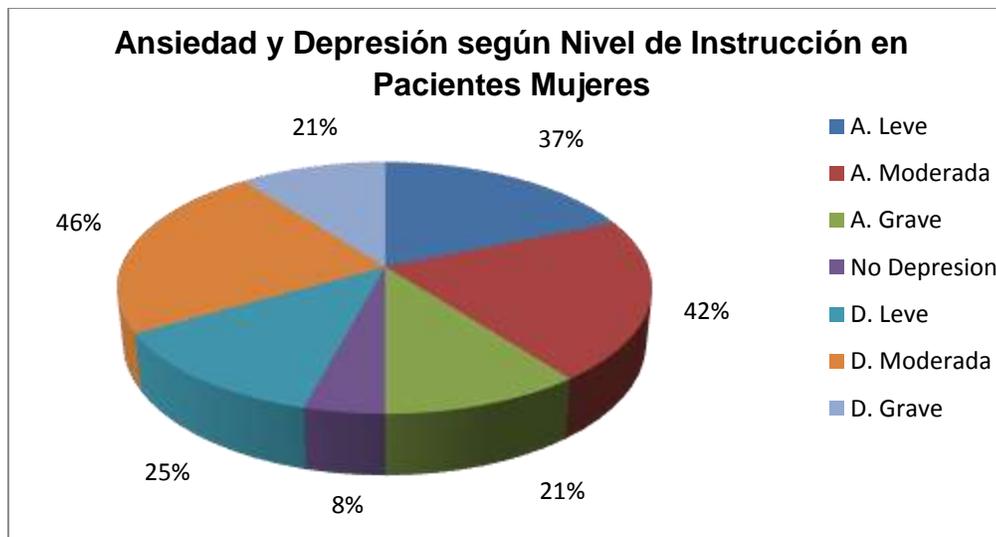
pacientes son de instrucción primaria, 2 pacientes son de instrucción secundaria y 1 paciente es de instrucción superior. Del 42% correspondiente al nivel de ansiedad moderada, 2 pacientes son de instrucción secundaria y 6 pacientes son de instrucción superior. Del 26% correspondiente al nivel de ansiedad grave, 1 paciente es de instrucción secundaria y 4 pacientes son de instrucción superior. En lo referente a depresión mediante el reactivo de Beck, el 37% correspondiente a depresión leve, 2 pacientes son de instrucción primaria, 3 pacientes son de instrucción secundaria y 2 pacientes son de instrucción superior. Del 42% correspondiente a depresión moderada, 1 paciente es de instrucción primaria, 1 paciente es de instrucción secundaria y 6 pacientes son de instrucción superior. Del 21% correspondiente a depresión grave, 1 paciente es de instrucción secundaria y 3 pacientes son de instrucción superior. Por lo tanto se pudo constatar que en pacientes con nivel de instrucción primaria no presentan ansiedad y depresión, lo que si ocurre con el nivel de instrucción secundaria y superior.

Tabla N. 7

Ansiedad y Depresión según Nivel de Instrucción en Pacientes Mujeres

Variable	Primaria	Secundaria	Superior	Total	Porcentaje
Ansiedad Leve	2	4	3	9	37%
Ansiedad Moderada	1	6	3	10	42%
Ansiedad Grave	1	2	2	5	21%
TOTAL	4	12	8	24	100%
No Depresión	2	0	0	2	8%
Depresión Leve	0	4	2	6	25%
Depresión Moderada	1	6	4	11	46%
Depresión Grave	1	2	2	5	21%
TOTAL	4	12	8	24	100%

Gráfico N. 7



Fuente: Test Hamilton y Beck y Ficha Socio demográfica Clínica
Elaborado por: Andrea Sarmiento Arias

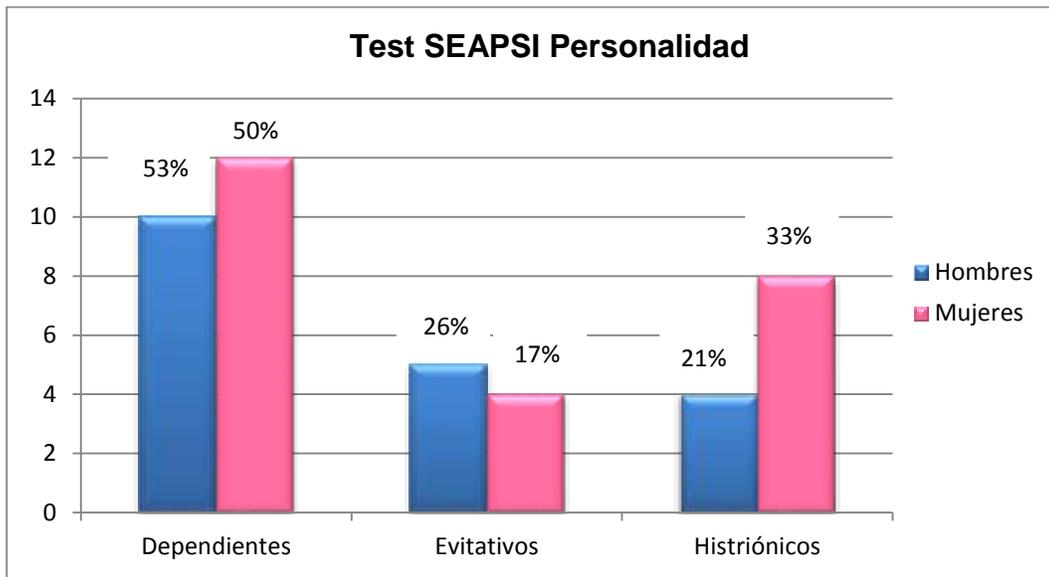
Del total de la población mujeres (24 pacientes), el 37% correspondiente al nivel de ansiedad leve, medido a través del test de Hamilton, 2 pacientes son de instrucción primaria, 4 pacientes son de instrucción secundaria y 3 pacientes son de instrucción superior. Del 42% correspondiente al nivel de ansiedad moderada, 1 paciente es de instrucción primaria, 6 pacientes son de instrucción secundaria y 3 pacientes de instrucción superior. Del 21% correspondiente al nivel de ansiedad grave, 1 paciente es de instrucción primaria, 2 pacientes son de instrucción secundaria y 2 pacientes son de instrucción superior. En lo referente a depresión y con la aplicación del test de beck, el 8% no presentan depresión y corresponde a 2 pacientes de instrucción primaria, el 25% correspondiente a depresión leve, 4 pacientes son de instrucción secundaria y 2 pacientes son de instrucción superior. Del 46% correspondiente a depresión moderada, 1 paciente es de instrucción primaria, 6 pacientes son de instrucción secundaria y 4 pacientes son de instrucción superior. Del 21% correspondiente a depresión grave, 1 paciente es de instrucción primaria, 2 pacientes de instrucción secundaria y 2 pacientes son de instrucción superior. Por lo tanto se pudo constatar que pacientes con nivel de instrucción primaria no presentan ansiedad y depresión moderada o grave, lo que si ocurre con el nivel de instrucción secundaria y superior.

Tabla N. 8

Test SEAPSI Personalidad

Variable	Valores Hombres	Valores Mujeres	Porcentaje Hombres	Porcentaje Mujeres
Dependientes	10	12	53%	50%
Evitativos	5	4	26%	17%
Histriónicos	4	8	21%	33%
Total	19	24	100%	100%
	43			

Gráfico N. 8



Fuente: Test SEAPSI Personalidad
Elaborado por: Andrea Sarmiento Arias

Del total de datos obtenidos (43 pacientes) en la población de hombres el 53% referente a 10 pacientes rasgos de personalidad dependiente, el 26% referente a 5 pacientes presentaron rasgos de personalidad evitativa y el 21% perteneciente a 4 pacientes presentaron rasgos de personalidad histriónica. En la población de mujeres el 50% referente a 12 pacientes presentaron rasgos de personalidad dependiente, el 17% referente a 4 pacientes presentaron rasgos de personalidad evitativa y el 33% perteneciente a 8 pacientes presentaron rasgos de personalidad

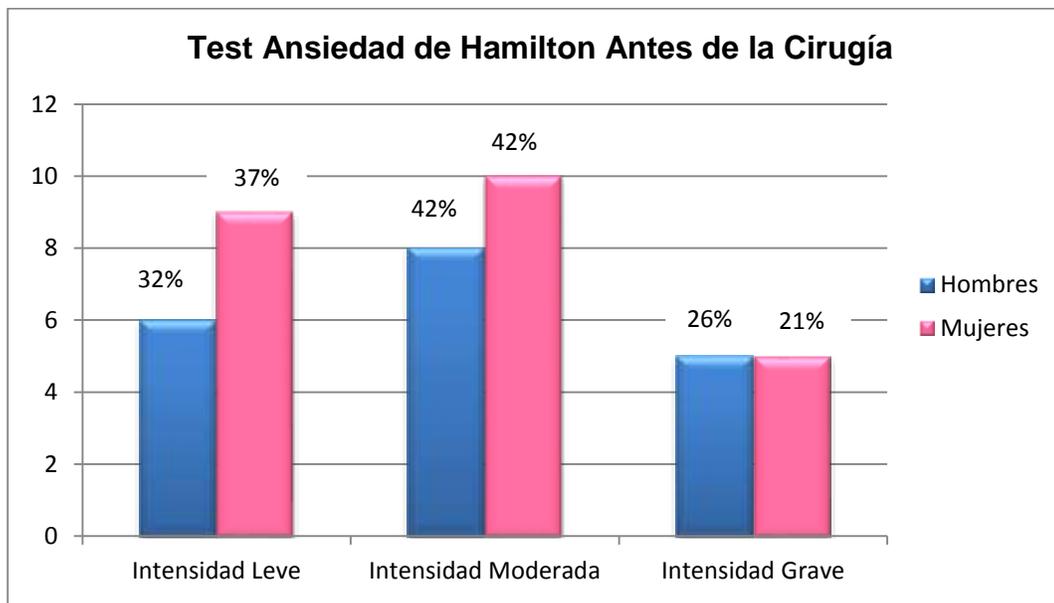
histriónica. Por lo tanto el 51% de los pacientes encuestados presentaron rasgos dependientes de personalidad.

Tabla N. 9

Test Ansiedad de Hamilton Antes de la Cirugía

Variable	Valores Hombres	Valores Mujeres	Porcentaje Hombres	Porcentaje Mujeres
Intensidad Leve	6	9	32%	37%
Intensidad Moderada	8	10	42%	42%
Intensidad Grave	5	5	26%	21%
Total	19	24	100%	100%
	43			

Gráfico N. 9



Fuente: Test Ansiedad de Hamilton
Elaborado por: Andrea Sarmiento Arias

Del total de datos obtenidos (43 pacientes) en la población de hombres el 32% referente a 6 pacientes presentaron intensidad leve en ansiedad antes de la cirugía, el 42% referente a 8 pacientes presentaron intensidad moderada en ansiedad antes de la cirugía y el 26% perteneciente a 5 pacientes presentaron intensidad grave en ansiedad antes de la cirugía. En la población de mujeres el 37% referente a 9 pacientes presentaron

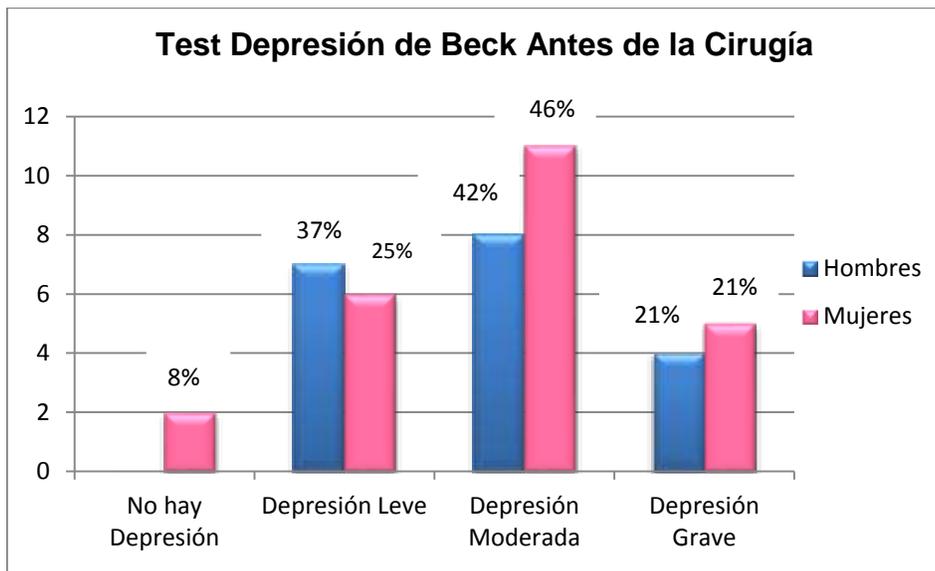
intensidad leve en ansiedad antes de la cirugía, el 42% referente a 10 pacientes presentaron intensidad moderada en ansiedad antes de la cirugía y el 21% perteneciente a 5 pacientes presentaron intensidad grave en ansiedad antes de la cirugía. Por lo tanto se presentó un mayor porcentaje de ansiedad con intensidad moderada en un 41% antes de la cirugía y en los dos géneros.

Tabla N. 10

Test Depresión de Beck Antes de la Cirugía

Variable	Valores Hombres	Valores Mujeres	Porcentaje Hombres	Porcentaje Mujeres
No hay Depresión	0	2	0%	8%
Depresión Leve	7	6	37%	25%
Depresión Moderada	8	11	42%	46%
Depresión Grave	4	5	21%	21%
Total	19	24	100%	100%
	43			

Gráfico N. 10



Fuente: Test Depresión de Beck
Elaborado por: Andrea Sarmiento Arias

Del total de datos obtenidos (43 pacientes) en la población de hombres el 37% referente a 7 pacientes presentaron depresión leve antes de la cirugía, el 42% referente a 8 pacientes presentaron depresión moderada antes de la cirugía y el 21% perteneciente a 4 pacientes presentaron depresión grave. En la población mujeres el 8% referente a 2 pacientes no

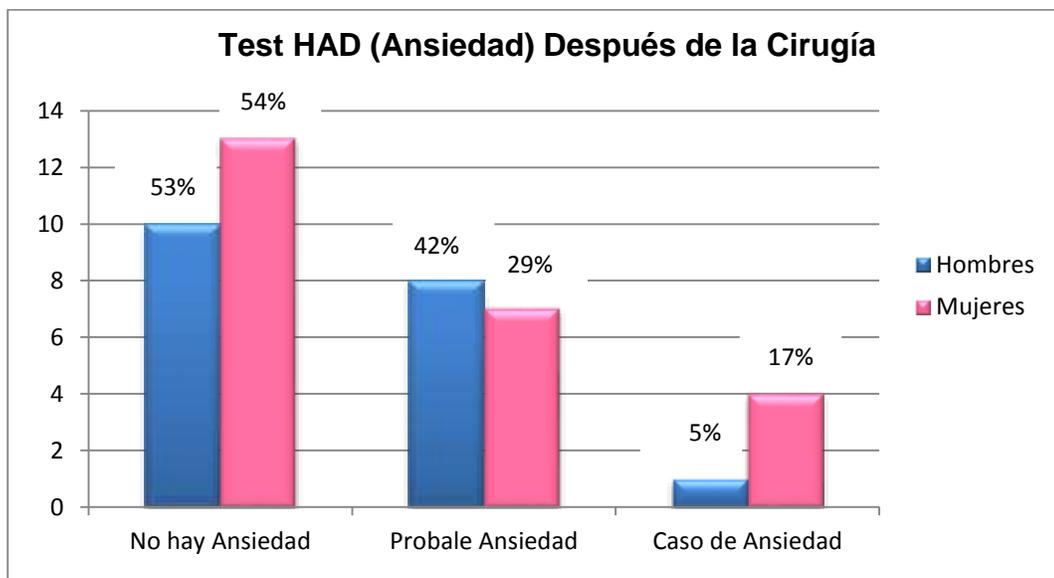
presentaron depresión antes de la cirugía, el 25% referente a 6 pacientes presentaron depresión leve antes de la cirugía, el 46% referente a 11 pacientes presentaron depresión moderada antes de la cirugía y el 21% perteneciente a 5 pacientes presentaron depresión grave. Por lo tanto se presento un mayor porcentaje de depresión moderada antes de la cirugía en un 44% en los dos géneros.

Tabla N. 11

Test HAD (Ansiedad) Después de la Cirugía

Variable	Valores Hombres	Valores Mujeres	Porcentaje Hombres	Porcentaje Mujeres
No hay Ansiedad	10	13	53%	54%
Probable Ansiedad	8	7	42%	29%
Caso de Ansiedad	1	4	5%	17%
Total	19	24	100%	100%
	43			

Gráfico N. 11



Fuente: Test HAD

Elaborado por: Andrea Sarmiento Arias

Del total de datos obtenidos (43 pacientes) en la población de hombres el 53% referente a 10 pacientes no presentan ansiedad después de la cirugía, el 42% referente a 8 pacientes presentaron probable ansiedad después de la cirugía y el 5% perteneciente a 1 paciente presentó caso de ansiedad. En la población mujeres el 54% referente a 13 pacientes no presentaron ansiedad después de la cirugía, el 29% referente a 7 pacientes presentaron probable ansiedad después de la cirugía y el 17%

perteneciente a 4 pacientes presentaron caso de ansiedad. Después de la cirugía se presentó un mayor porcentaje de ausencia de ansiedad en un 53% tanto en el género masculino como femenino.

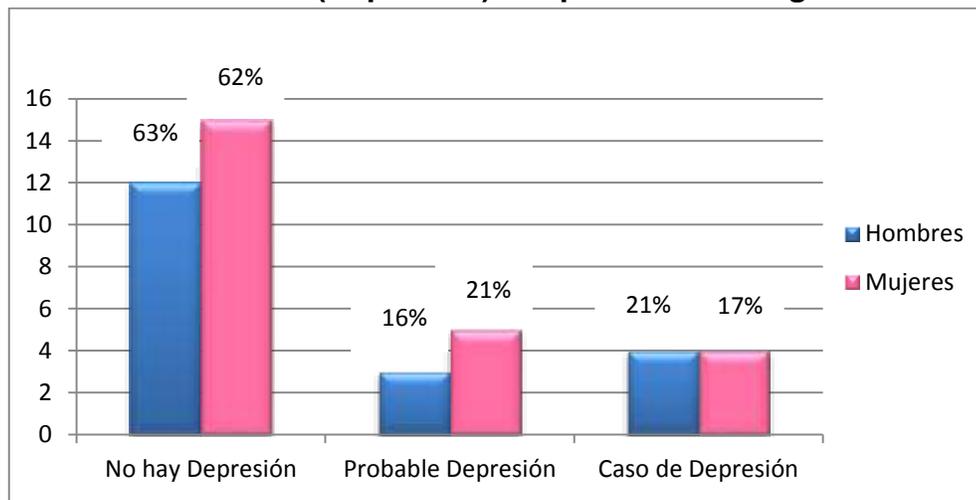
Tabla N. 12

Test HAD (Depresión) Después de la Cirugía

Variable	Valores Hombres	Valores Mujeres	Porcentaje Hombres	Porcentaje Mujeres
No hay Depresión	12	15	63%	62%
Probable Depresión	3	5	16%	21%
Caso de Depresión	4	4	21%	17%
Total	19	24	100%	100%
	43			

Gráfico N. 12

Test HAD (Depresión) Después de la Cirugía



Fuente: Test HAD

Elaborado por: Andrea Sarmiento Arias

Del total de datos obtenidos (43 pacientes) en la población de hombres el 63% referente a 12 pacientes no presentaron depresión después de la cirugía, el 16% referente a 3 pacientes presentaron probable depresión después de la cirugía y el 21% perteneciente a 4 pacientes presentaron caso de depresión después de la cirugía. En la población mujeres el 62% referente a 15 pacientes no presentan depresión después de la cirugía, el 21% referente a 5 pacientes presentaron probable depresión después de

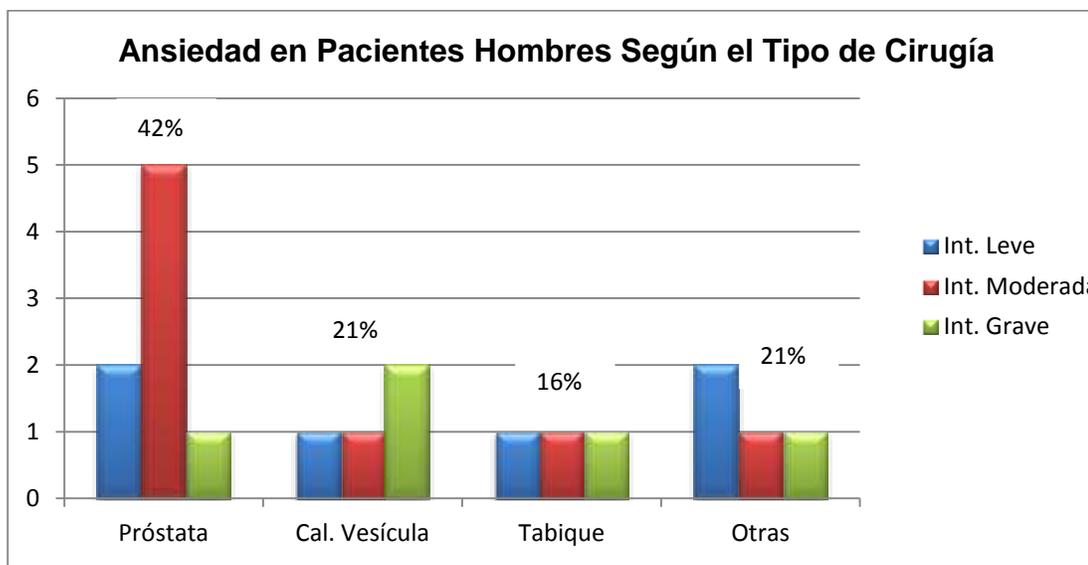
la cirugía y el 17% perteneciente a 4 pacientes presentaron caso de depresión. Por lo tanto en los dos géneros se presentó en un 63% un menor porcentaje de depresión después de la cirugía.

Tabla N. 13

Ansiedad en Pacientes Hombres Según el Tipo de Cirugía

Variable	Intensidad Leve	Intensidad Moderada	Intensidad Grave	Total	Porcentaje
Próstata	2	5	1	8	42%
Cálculos Vesícula	1	1	2	4	21%
Tabique	1	1	1	3	16%
Otras	2	1	1	4	21%
Total	6	8	5	19	100%
	19				

Gráfico N. 13



Fuente: Test Hamilton y Ficha Socio demográfica Clínica
Elaborado por: Andrea Sarmiento Arias

Del total de datos obtenidos en la población hombres (19 pacientes) el 42% correspondiente a cirugía de próstata señala 2 pacientes que presentan intensidad leve en ansiedad, 5 pacientes con intensidad moderada en ansiedad y 1 paciente con intensidad grave en ansiedad. El 21% correspondiente a cirugía de cálculos a la vesícula señala 1 paciente que presenta intensidad leve en ansiedad, 1 paciente con intensidad

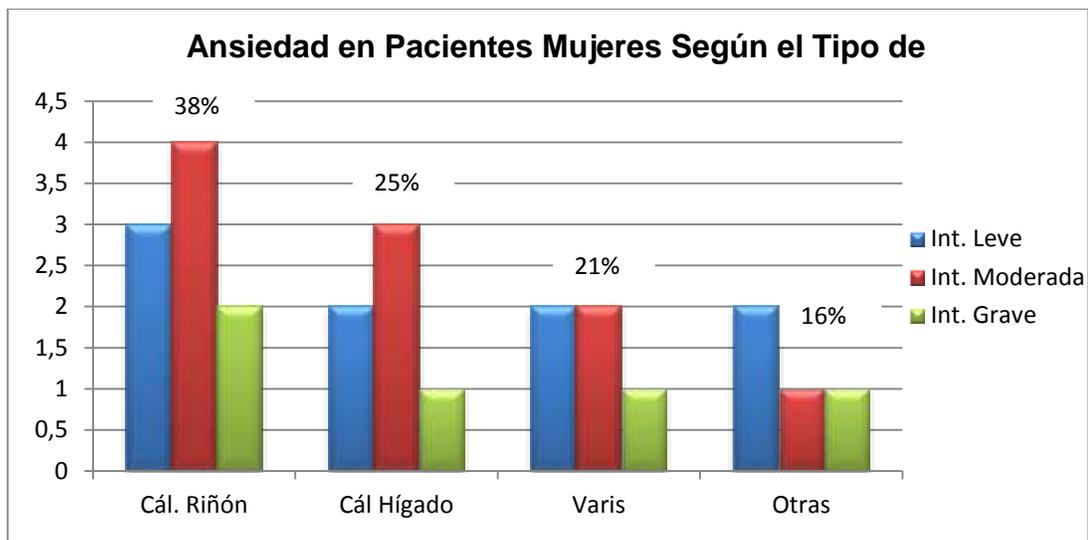
moderada en ansiedad y 2 pacientes con intensidad grave en ansiedad. El 16% correspondiente a cirugía de tabique señala 1 paciente que presenta intensidad leve en ansiedad, 1 paciente con intensidad moderada en ansiedad y 1 paciente con intensidad grave en ansiedad. Finalmente el 21% correspondiente a otras cirugías señala 2 pacientes que presentan intensidad leve en ansiedad, 1 paciente con intensidad moderada en ansiedad y 1 paciente con intensidad grave en ansiedad. Por lo tanto en el género masculino se presenta un mayor porcentaje de ansiedad con intensidad moderada por cirugía de próstata, no obstante se puede evidenciar además pacientes con una intensidad grave de ansiedad por cirugía de cálculos a la vesícula y tabique.

Tabla N. 14

Ansiedad en Pacientes Mujeres Según el Tipo de Cirugía

Variable	Intensidad Leve	Intensidad Moderada	Intensidad Grave	Total	Porcentaje
Cálculos Riñón	3	4	2	9	38%
Cálculos Vesícula	2	3	1	6	25%
Varis	2	2	1	5	21%
Otras	2	1	1	4	16%
Total	9	10	5	24	100%
	24				

Gráfico N. 14



Fuente: Test Hamilton y Ficha Socio demográfica Clínica

Elaborado por: Andrea Sarmiento Arias

Del total de datos obtenidos en la población mujeres (24 pacientes) el 38% correspondiente a cirugía de cálculos al riñón señala 3 pacientes que presentan intensidad leve en ansiedad, 4 pacientes con intensidad moderada en ansiedad y 2 pacientes con intensidad grave en ansiedad. El 25% correspondiente a cirugía de cálculos al hígado señala 2 pacientes que presentan intensidad leve en ansiedad, 3 pacientes con intensidad

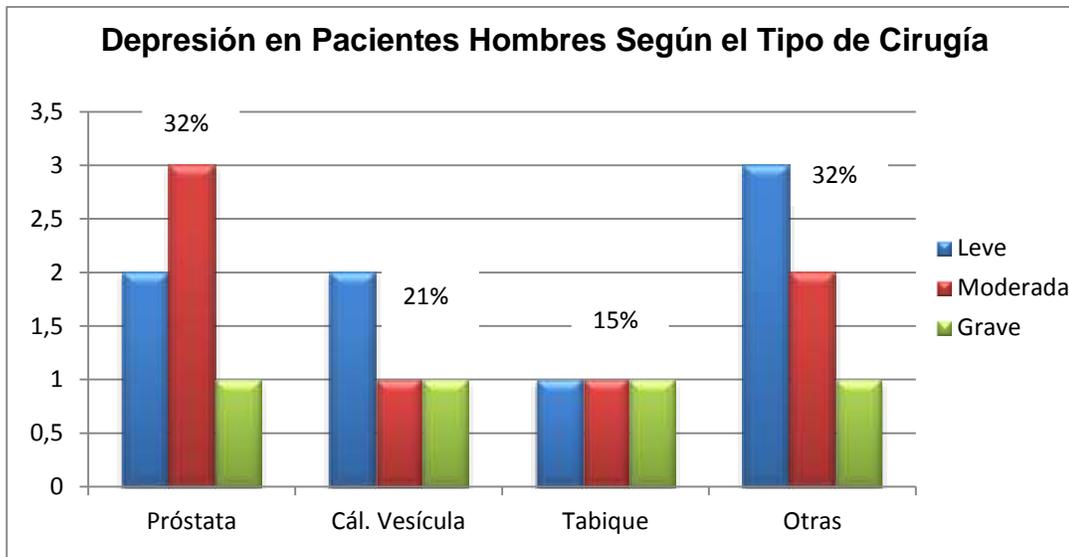
moderada en ansiedad y 1 paciente con intensidad grave en ansiedad. El 21% correspondiente a cirugía de varis señala 2 pacientes que presenta intensidad leve en ansiedad, 2 pacientes con intensidad moderada en ansiedad y 1 paciente con intensidad grave en ansiedad. Finalmente el 16% correspondiente a otras cirugías señala 2 pacientes que presentan intensidad leve en ansiedad, 1 paciente con intensidad moderada en ansiedad y 1 paciente con intensidad grave en ansiedad. Por lo tanto en el género femenino se presenta un mayor porcentaje de ansiedad con intensidad moderada por cirugía de cálculos al riñón, de igual manera se puede evidenciar pacientes con una intensidad grave de ansiedad por la misma cirugía.

Tabla N. 15

Depresión en Pacientes Hombres Según el Tipo de Cirugía

Variable	Leve	Moderada	Grave	Total	Porcentaje
Próstata	2	3	1	6	32%
Cálculos Vesícula	2	1	1	4	21%
Tabique	1	1	1	3	15%
Otras	3	2	1	6	32%
Total	7	8	4	19	100%

Gráfico N. 15



Fuente: Test Depresión de Beck y Ficha Socio demográfica Clínica
Elaborado por: Andrea Sarmiento Arias

Del total de datos obtenidos en la población hombres (19 pacientes) el 32% correspondiente a cirugía de próstata señala 2 pacientes que presentan depresión leve, 3 pacientes con depresión moderada y 1 paciente con depresión grave. El 21% correspondiente a cirugía de cálculos a la vesícula señala 2 pacientes que presentan depresión leve, 1 paciente con depresión moderada y 1 paciente con depresión grave. El 15% correspondiente a cirugía de tabique señala 1 paciente que presenta

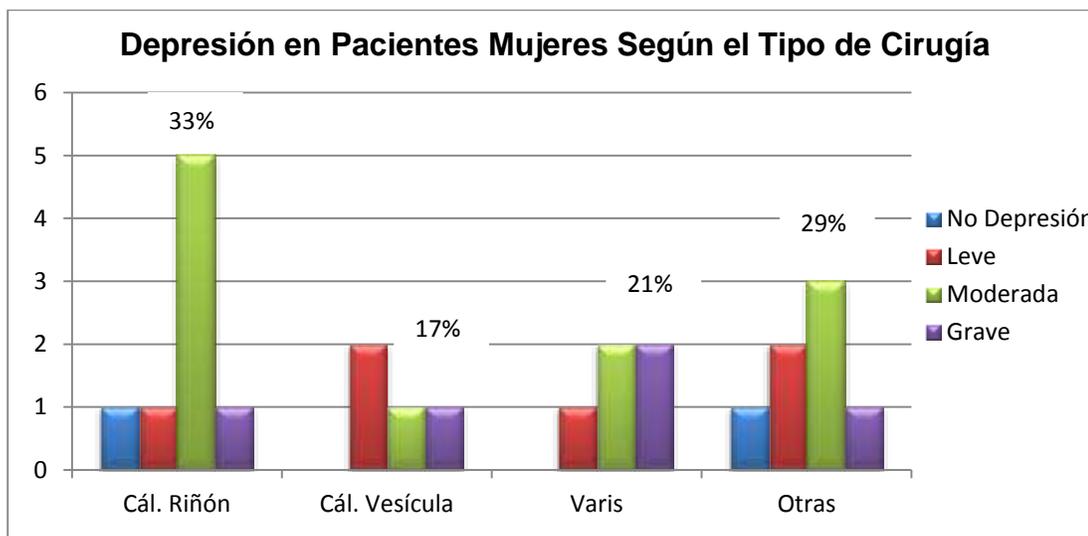
depresión leve, 1 paciente con depresión moderada y 1 paciente con depresión grave. Finalmente el 32% correspondiente a otras cirugías señala 3pacientes que presentan depresión leve, 2 pacientes con depresión moderada y 1 paciente con depresión grave. Por lo tanto en el género masculino se presenta un mayor porcentaje de depresión leve y moderada por cirugía de próstata y de cálculos a la vesícula.

Tabla N. 16

Depresión en Pacientes Mujeres Según el Tipo de Cirugía

Variable	No Depresión	Leve	Moderada	Grave	Total	Porcentaje
Cálculos Riñón	1	1	5	1	8	33%
Cálculos Vesícula	0	2	1	1	4	17%
Varis	0	1	2	2	5	21%
Otras	1	2	3	1	7	29%
Total	2	6	11	5	24	100%

Gráfico N. 16



Fuente: Test Depresión de Beck y Ficha Socio demográfica Clínica
Elaborado por: Andrea Sarmiento Arias

Del total de datos obtenidos en la población mujeres (24 pacientes) el 33% correspondiente a cirugía de cálculos al riñón señala 1 paciente que no presenta depresión, 1 paciente que presenta depresión leve, 5 pacientes con depresión moderada y 1 paciente con depresión grave. El 17% correspondiente a cirugía de cálculos a la vesícula señala 2 pacientes que presentan depresión leve, 1 paciente con depresión moderada y 1

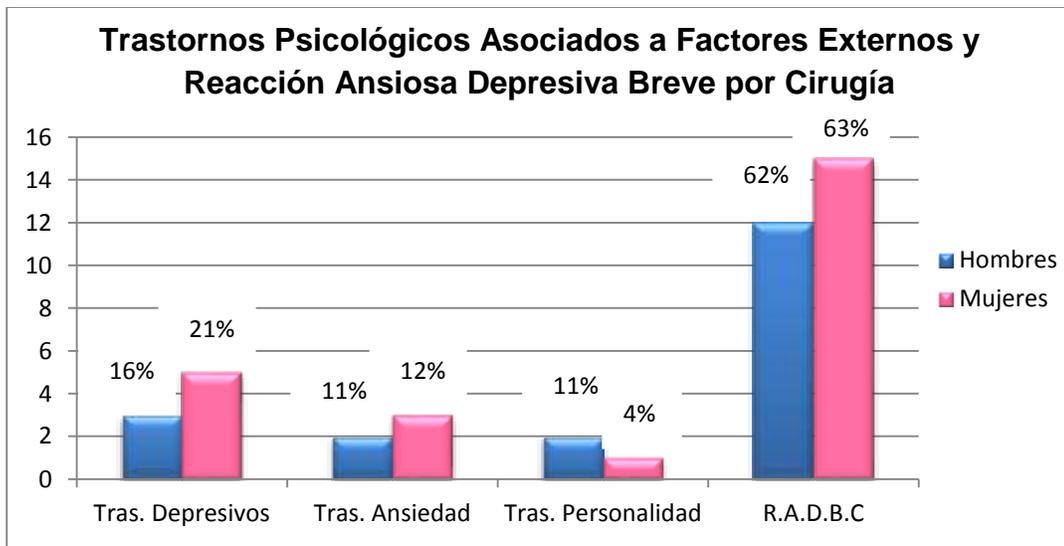
paciente con depresión grave. El 21% correspondiente a cirugía de varis señala 1 paciente que presenta depresión leve, 2 pacientes con depresión moderada y 2 pacientes con depresión grave. Finalmente el 29% correspondiente a otras cirugías señala 1 paciente que no presenta depresión, 2 pacientes que presentan depresión leve, 3 pacientes con depresión moderada y 1 paciente con depresión grave. Por lo tanto en el género femenino se presenta un mayor porcentaje de depresión moderada por cirugía de cálculos al riñón.

Tabla N. 17

Trastornos Psicológicos Asociados a Factores Externos y Reacción Ansiosa Depresiva Breve por Cirugía

Variable	Valores Hombres	Valores Mujeres	Porcentaje Hombres	Porcentaje Mujeres
Trastornos Depresivos	3	5	16%	21%
Trastornos de Ansiedad	2	3	11%	12%
Trastornos de Personalidad	2	1	11%	4%
Reacción Ansiosa Depresiva Breve por Cirugía	12	15	62%	63%
Total	19	24	100%	100%
	43			

Gráfico N. 17



Fuente: Ficha Socio demográfica Clínica y test de Hamilton y Beck
Elaborado por: Andrea Sarmiento Arias

Del total de datos obtenidos (43 pacientes) en la población de hombres el 16% referente a 3 pacientes presentaron trastornos depresivos no asociados a la cirugía, el 11% referente a 2 pacientes presentaron trastornos de ansiedad no asociados a la cirugía, el 11% referente a 2

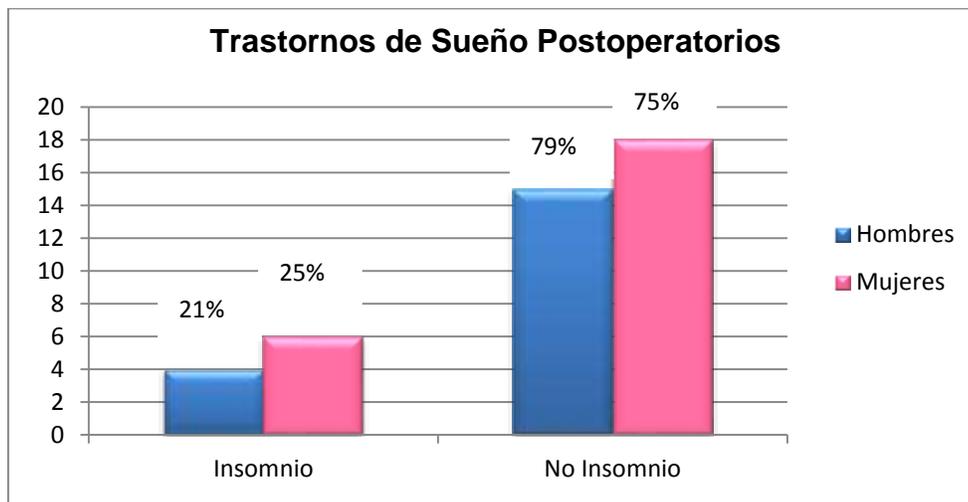
pacientes presentaron trastornos de personalidad y el 62% perteneciente a 12 pacientes presentaron una reacción depresiva breve por cirugía. En la población de mujeres el 21% referente a 5 pacientes presentaron trastornos depresivos no asociados a la cirugía, el 12% referente a 3 pacientes presentaron trastornos de ansiedad no asociados a la cirugía, el 4% referente a 1 paciente presentó trastorno de personalidad y el 63% perteneciente a 15 pacientes presentaron una reacción depresiva breve por cirugía. Por lo tanto se presentó un mayor porcentaje en pacientes que presentaron una reacción ansiosa depresiva por cirugía, no obstante existen pacientes con psicopatología no asociada a la intervención quirúrgica, la cual ya ha sido diagnosticada y que necesitan de atención psiquiátrica y psicológica.

Tabla N. 18

Trastornos de Sueño Postoperatorios

Variable	Valores Hombres	Valores Mujeres	Porcentaje Hombres	Porcentaje Mujeres
Presencia de Insomnio	4	6	21%	25%
No presentan Insomnio	15	18	79%	75%
Total	19	24	100%	100%
	43			

Gráfico N. 18



Fuente: Ficha Socio demográfica Clínica
Elaborado por: Andrea Sarmiento Arias

Del total de datos obtenidos (43 pacientes) en la población de hombres el 21% referente a 4 pacientes presentaron insomnio después de la cirugía y el 79% referente a 15 pacientes no presentaron problemas para dormir después de la cirugía. En la población mujeres el 25% referente a 6 pacientes presentaron insomnio después de la cirugía, y el 75% referente a 18 no presentaron problemas para dormir después de la cirugía. De los datos obtenidos se pudo constatar entonces que un alto porcentaje no presentó problemas para dormir después de la cirugía en los dos géneros.

7. DISCUSIÓN

El presente trabajo investigativo proyectó la necesidad de una intervención psicológica en pacientes pre y postoperatorios, presentando trastornos psiquiátricos como depresión y ansiedad, logrando observar la necesidad de una adecuada intervención psicoterapéutica y por ende el bienestar general del paciente hospitalizado.

Debido a que el campo de la psicología clínica no es muy amplio en nuestro medio y sobretodo en la provincia de Loja, no existen registros de tesis en los cuales se pueda constatar la necesidad de un tratamiento psicoterapéutico en pacientes quirúrgicos, como una intervención útil para la salud integral del paciente; es por ello que este estudio realizado propone dar las pautas iniciativas para abrir un campo que brinde ayuda psicológica y en donde se evidencien registros útiles para estudios subsiguientes.

Trabajos investigativos realizados en distintas instituciones hospitalarias de otros países, han demostrado la necesidad de un tratamiento psicológico pre y postoperatorio, permitiendo la proporción de registros útiles que respaldan la importancia de esta investigación y que reflejan datos importantes para la necesidad de un tratamiento psicoterapéutico. Dichos estudios se describen seguidamente:

“La histerectomía es valorada por las pacientes como una situación altamente estresante, que genera fuertes reacciones emocionales con reconocido efecto negativo sobre la recuperación postquirúrgica. Para contrarrestar dichos efectos psicológicos adversos se han desarrollado diferentes tipos de programas de preparación para cirugía, los cuales buscan hacer más controlable y predecible el proceso pre y posoperatorio, facilitando la recuperación. El presente estudio buscó comparar dos tipos de preparación para cirugía en mujeres programadas para histerectomía

abdominal en la Clínica Carlos Lleras Restrepo de Bogotá. El primer grupo de 30 mujeres, recibió una preparación basada en la consideración particular de las estrategias de afrontamiento. El segundo grupo, también de 30 mujeres, recibió preparación mediante información escrita. Como variables de resultado se estudiaron los niveles de ansiedad pre y posoperatoria, la magnitud del dolor postoperatorio percibido y la presencia de complicaciones postquirúrgicas inmediatas. Los resultados revelaron que las participantes del grupo que recibió el primer tipo de programa presentaron mayor disminución en la ansiedad, menor nivel de dolor percibido y una baja frecuencia de complicaciones, que aquellas que recibieron la preparación a través de información escrita. En cuanto a la variable ansiedad, medida en tres momentos del proceso quirúrgico, se comprobó una diferencia significativa entre los dos grupos en la ansiedad previa a la cirugía. No obstante, en la segunda medición postquirúrgica, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos. Sin embargo, al realizar la prueba de diferencia de medias con los puntajes de ganancia (La diferencia entre las puntuaciones del pre-test y el post-test) de ambos grupos se encontró que, como se había predicho, el grupo experimental mostró una mayor reducción en sus niveles de ansiedad como efecto del tratamiento recibido, que el grupo de control”⁵⁰.

Dado entonces que, la ansiedad, ya sea a través de mecanismos conductuales o fisiológicos, afecta a la recuperación postquirúrgica, se han realizado numerosas investigaciones con el fin de diseñar técnicas psicológicas dirigidas a disminuir esta emoción y así facilitar la recuperación postquirúrgica. “Uno de los primeros trabajos, ya clásico, en el que se observó la importancia del "tratamiento psicológico" para facilitar

⁵⁰ Cárdenas, Andrea; Quiroga, Cynthia; Restrepo, Martha; Cortés, Daniel. HISTERECTOMÍA Y ANSIEDAD: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE DOS TIPOS DE PREPARACIÓN PSICOLÓGICA PREQUIRÚRGICA Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 56, núm. 3, 2005, pp. 209-215, Pág. 212

la recuperación fue el realizado por Egbert, Battit, Welch y Bartlett en 1964. En este estudio se comprobó que un grupo de pacientes que había recibido la visita del anestesista el día antes de la operación, comparado con un grupo al que sólo se le había administrado barbitúricos, necesitó menos días para recuperarse, menos analgésicos y sufrió menos ansiedad. Desde el estudio de Egbert y colaboradores, las investigaciones que se han realizado con el fin de comprobar la eficacia de las técnicas psicológicas para reducir la ansiedad y facilitar la convalecencia han sido numerosas. Por ejemplo, Holden-Lund (1988) llevó a cabo un estudio en el que la mitad de los pacientes, con el fin de reducir su ansiedad, practicaron la relajación y ejercicios de imaginación sobre la curación de la herida. Estos pacientes comparados con un grupo control, no sólo presentaron menos ansiedad sino que también presentaron niveles inferiores de cortisol y tuvieron menos eritemas en la herida. Podemos hipotetizar que la curación de la herida fue más fácil en el grupo experimental porque presentó menos niveles de cortisol debido, a su vez, a su menor ansiedad. Los trabajos de Linn, Linn y Klimas (1988), entre otros, corroboran igualmente la hipótesis de mediación fisiológica. En estos dos trabajos se pudo comprobar que los pacientes con más estrés prequirúrgico fueron los que tuvieron una respuesta inmunitaria inferior y los que presentaron más complicaciones”⁵¹.

“Así, en un estudio realizado igualmente en pacientes quirúrgicos, con una muestra formada por 158 pacientes, en el Hospital General Universitario de Valencia, se pudo obtener diferentes resultados, valorando el nivel de depresión y ansiedad de los participantes, así como sus datos clínicos (diagnóstico) y sociodemográficos (edad, sexo, nivel cultural, tipo de relación con el paciente). Al analizar las relaciones entre los pacientes y los

⁵¹Jenny Moix Queraltó, Emoción y cirugía. Universidad Autónoma de Barcelona, 1994, 10(2), 167-175, Pág. 170

cuidadores primarios se obtuvo una correlación positiva en cuanto a la edad y el nivel cultural de ambos grupos. Por otro lado, tanto el grado de depresión como el de ansiedad-rasgo de los pacientes se hallaron relacionados positivamente con el de los cuidadores primarios. En primer lugar, y dada la existencia de niveles clínicamente significativos tanto de ansiedad como de depresión en los pacientes así como en sus cuidadores primarios, estos resultados indicarían la necesidad de proporcionar un apoyo psicológico que favorezca su adaptación a la situación y facilite el posterior proceso de recuperación. Por otro lado, los niveles de depresión y ansiedad de pacientes y cuidadores se encontraron relacionados, lo cual podría ser interpretado como un indicativo de que el estado de ánimo de ambos grupos se encuentra relacionado y podrían influirse mutuamente. Aunque el tipo de análisis realizado no permite conocer la dirección de esta posible influencia, estudios previos muestran que los cuidadores primarios pueden contribuir de forma significativa en la consecución de una buena evolución del proceso de enfermedad de los pacientes, y que reducir los niveles de estrés de los mismos podría incidir en una mejora de los resultados del paciente”⁵².

De este modo, se plantearía la necesidad de realizar en futuras investigaciones una valoración del estado psicológico, no solo de los pacientes, sino también de sus cuidadores, con el objetivo de proporcionarles un apoyo adecuado que les permita ofrecer este tipo de ayuda a sus familiares.

“Por lo tanto, las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de ansiedad psicológica porque obligan a los pacientes a enfrentar situaciones posiblemente desconocidas y que además, implican ciertos riesgos. Los pacientes, al tener conocimiento de que se les tendrá que

⁵² Pujiula-Masó J et al. La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial, Pág. 47

realizar cirugía, deben apelar a sus recursos emocionales para hacer frente a la situación e intentar sortear con mayor o menor éxito las exigencias de la recuperación postoperatoria. Como resultado de las alternativas de ese complejo proceso de adaptación psicológica a la cirugía, la ansiedad es síntoma frecuente en los pacientes quirúrgicos. Dentro de los diferentes estudios que se han realizado con respecto a la ansiedad y a dichos procedimientos, se ha encontrado que un buen manejo de esta variable repercutirá benéficamente en el paciente en diferentes aspectos dentro del circuito perioperatorio. El enfoque principal para mejorar los resultados perioperatorios ha sido a través de intervenciones farmacológicas, las cuales son pocas veces completamente efectivas y se asocian a efectos secundarios significativos como dolor, náusea y fatiga. Estos efectos adversos, a su vez, pueden repercutir en prolongar la estancia hospitalaria, retrasar el alta del paciente y requerir de mayores dosis de medicamentos. Se ha estudiado la hipnosis como un medio alternativo no-farmacológico para manejar estos efectos secundarios adversos de los procedimientos quirúrgicos⁵³.

Por todo lo citado, la necesidad de asistencia psicológica hospitalaria en pacientes quirúrgicos es muy necesaria, al ser evidente las demandas que se han presentado en estos estudios realizados y los diferentes estudios que proponen distintas soluciones para una intervención apropiada al paciente y la necesidad de un plan de intervención terapéutico. De esta manera los datos obtenidos en esta investigación realizada, en cuanto a la reacción ansiosa depresiva quirúrgica, ha determinado que, en un 44% el género masculino presentaba dicha reacción o algún trastorno psicológico, en un 49% en el género femenino se presentaban de la misma manera y un 7% restante no presentaba ninguna reacción; por lo tanto el 93% de la

⁵³ G. Feixas y P. Saldivar-Maldonado, Eficacia de la intervención psicológica en la reducción de la ansiedad pacientes quirúrgicos Pág. 73

muestra estudiada atravesaba por estrés quirúrgico tanto pre como postoperatorio.

8. CONCLUSIONES

Del estudio de Intervención Psicológica en pacientes pre y postoperatorios del Hospital “Manuel Ignacio Monteros Valdivieso” IESS Loja durante el periodo Junio a Octubre del 2011, se concluyó lo siguiente:

- En los dos géneros el porcentaje de pacientes casados es más evidente.
- En el género masculino se presentó un mayor porcentaje de ansiedad y depresión leve a moderada en pacientes casados, siendo evidente también, en un menor porcentaje, ansiedad y depresión grave en pacientes viudos y pacientes de distinto estado civil.
- En el género femenino se presentó un mayor porcentaje de ansiedad en pacientes casadas, ocurriendo lo mismo en la depresión, sin embargo existe un mínimo porcentaje que no presentan ningún cuadro depresivo.
- En los dos géneros se presentaron niveles de ansiedad moderada a grave en nivel de instrucción secundaria o superior, ocurriendo lo contrario en el nivel de instrucción primaria, presentándose niveles bajos de ansiedad y depresión.
- En lo referente a los resultados de los reactivos psicológicos, el test de personalidad demostró un mayor porcentaje de rasgos de personalidad dependiente en los pacientes hospitalizados.

- En los test aplicados antes de la cirugía, el test de ansiedad de Hamilton y depresión de Beck denotó ansiedad y depresión moderada antes de la cirugía, en los dos géneros.
- El test HAD en ansiedad y depresión, aplicado después de la cirugía proyectó que después de la misma se mantenía un nivel bajo de ansiedad en los pacientes de los dos géneros
- La cirugía que produce una mayor reacción ansiosa – depresiva moderada en el género masculino, es la cirugía de próstata, no obstante se puede evidenciar pacientes con intensidad grave por cirugía de cálculos a la vesícula y al tabique. Además en el género femenino, la cirugía de cálculos al riñón proyecta una reacción ansiosa - depresiva con intensidad moderada a grave.
- En el género masculino el 38% hace referencia a trastornos psicológicos asociados a factores externos, y el 62% representa a una reacción ansiosa depresiva breve por cirugía. En el género femenino el 37% está relacionado con trastornos psicológicos asociados a factores externos, y el 63% a una reacción ansiosa depresiva breve por cirugía. Siendo muy evidente la presencia de pacientes con trastornos psicológicos no asociados a la cirugía y la comorbilidad que presentan.
- Los trastornos del sueño asociados a la cirugía fueron muy evidentes, pero en un mayor porcentaje antes de la cirugía, disminuyendo notablemente después de la misma.
- Por todo lo citado, considero la importancia de la realización de un plan de intervención psicoterapéutico, con el objetivo de mejorar la

calidad de atención del paciente hospitalizado y brindarle una mejor recuperación quirúrgica.

- Los factores psicológicos, especialmente la ansiedad, afectan a la recuperación postquirúrgica. Los pacientes más ansiosos son los que sufren una recuperación más larga y difícil, aunque en este estudio se hayan presentado en un menor porcentaje.

9. RECOMENDACIONES:

- Que en la formación profesional se pueda extender el campo de práctica en centros de salud hospitalaria, con el objetivo de educar al paciente en cuanto a la intervención necesaria del psicólogo clínico y así promocionar la importancia de nuestra carrera.
- Llevar a cabo programas de preparación para cirugía, en forma interdisciplinaria, como parte de la atención que deben recibir los pacientes, lo cual redundará en una mayor calidad asistencial y en una mejor adaptación física y psicológica quirúrgica.
- Promover protocolos de intervención psicológica, con el objetivo de que la función del psicólogo clínico sea tomada muy en cuenta antes y después del proceso de recuperación del paciente quirúrgico como una parte esencial de su tratamiento.
- Implementar la preparación psicológica del paciente quirúrgico, iniciándose desde la interconsulta del médico cirujano al psicólogo clínico, con el objetivo de preparar al paciente antes de la cirugía.
- Establecer a partir de esta investigación la promoción del psicólogo clínico en los diferentes centros hospitalarios, con el objetivo de continuar investigando las necesidades del paciente, por el bienestar de su salud mental.

10. PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICO

PRESENTACIÓN:

Muchos de los indicadores de recuperación pueden depender, en gran medida, del comportamiento del enfermo, por ejemplo, la toma de analgésicos y sedantes. Normalmente, cuando la administración de analgésicos y sedantes no está pautada, las enfermeras los suministran cuando los pacientes se quejan. Quizás los pacientes ansiosos son los que más se quejan y por ello reciben más analgésicos.

Otro indicador que se podría pensar depende, en cierta medida, del comportamiento del paciente en la duración de la estancia hospitalaria. Es posible que los pacientes con más ansiedad sean los que manifiesten de forma más acusada sus preocupaciones sobre su estado, retrasando, de esta forma, la decisión de los médicos respecto al alta.

Hay otros comportamientos que también pueden determinar, en parte, cómo será la convalecencia. Por ejemplo, podemos pensar que la forma en que los enfermos siguen los consejos médicos puede influenciar en cómo se recuperan. A este respecto, se puede hipotetizar que los pacientes más nerviosos son los que peor siguen las instrucciones de los médicos y por ello son los que tardan más en recuperarse.

Además, partiendo de que la ansiedad corre paralela a una activación fisiológica de los sistemas autonómico, neuroendocrino e inmunitario, una segunda hipótesis es que la ansiedad afecta a la recuperación a través de esta activación. Aunque todavía son pocas las investigaciones que han intentado comprobar esta hipótesis, los resultados hallados, ya descritos anteriormente, parecen corroborarla.

Debido a la necesidad de atención psicológica que presenta el paciente frente a una intervención quirúrgica, existen diferentes técnicas integrativas psicoterapéuticas que permiten una mayor adaptabilidad y aceptación de su realidad, y así proporcionarle las herramientas útiles para abordar estos sucesos.

En esta investigación se encontraron pacientes con comorbilidad debido a factores externos no asociados a la cirugía, los mismos que no se incluyen para el plan psicoterapéutico, pero si deben ser tomados muy en cuenta para un tratamiento psicológico adecuado según el caso de cada uno de ellos.

Este plan de intervención está focalizado a realizarse una semana antes de la cirugía, con el fin de preparar al paciente con herramientas útiles que le brinden una adecuada recuperación integral.

OBJETIVOS:

- Establecer una alianza terapéutica, con el objetivo de orientar al paciente a una adecuada recuperación de su cirugía.
- Entrenar al paciente con técnicas aprendidas en terapia, con el objetivo de evitar conflictos emocionales como ansiedad y angustia frente a la cirugía.
- Reconocer pensamientos negativos que originen ansiedad, depresión y otros trastornos.
- Orientar al paciente a pensamientos positivos frente a la intervención quirúrgica.

- Sustituir cogniciones erróneas por pensamientos adecuados orientados a la realidad, con el objetivo de lograr una correcta aceptación del proceso quirúrgico.
- Identificar las maneras de correlacionar factores externos, emociones, interpretación y acciones ejecutadas.
- Identificar paradigmas relacionados con el temor a una negligencia médica que predispongan a deformar la experiencia hospitalaria del paciente.

ASPECTOS GENERALES DE LA PSICOTERAPIA

La terapia es una actividad que se realiza en un lugar tranquilo, seguro, donde el paciente puede sentir que ahí tiene un lugar para él, siempre esperándole a él. Cada día que llega lo encuentra igual que cuando se marchó. Nuestro recibimiento es siempre muy parecido, casi ritual. Le abrimos la puerta, le sonreímos, le damos la mano con contundencia y le pedimos que pase. Todo esto le transmite que lo estábamos esperando.

Por ello este factor es muy importante para la favorable acogida del paciente a la terapia y por ende permite establecer una correcta relación de ayuda psicoterapéutica.

PROPIEDADES DEL TERAPEUTA

“La preocupación acerca de las condiciones que debe poseer el terapeuta no constituye sino un elemento más, que interesa en ese gran conjunto de variables que intervienen dentro del proceso. Es incontrovertible la circunstancia de mayor o menor destreza y eficacia demostrada por los especialistas, independiente de la diversa utilización técnica o postura doctrinaria.

Las investigaciones contempladas generalmente se rigen por las orientaciones profesiológicas deducidas de la psicometría, que no resultan del todo coherentes e integrales. De todas maneras, denotan la necesidad de ir consiguiendo un control cada vez más completo sobre el proceso.

Varios estudios han sugerido características asociadas con la eficacia de los asesores. La tolerancia a la ambigüedad, la madurez, comprensión, capacidad de mantener una distancia emocional apropiada con relación al paciente y capacidad de contacto impersonal, son algunas de las medidas no intelectuales de mayor importancia.

Equilibrio y Madurez Emocionales. Se refiere al grado de control de la vida afectiva del profesional en cuanto a su expresión personal. Se sabe con certeza que el trato interpersonal continuado e intenso, como supone la ayuda psicológica, está sujeto a una gran cantidad de fenómenos afectivo – emocionales que surgen entre cliente y psicólogo. Las técnicas racionales, en general, suponen la discusión y análisis de aspectos íntimos y personales, el mismo estado del cliente otorga la facilidad para que se den respuestas emocionales de variada naturaleza frente al profesional; son comunes las expresiones de simpatía, alegría, tristeza, hostilidad, ira en estas sesiones. Las respuestas ante estas contingencias requieren de control, tranquilidad y madurez por parte del especialista para lograr los mejores resultados o por lo menos para evitar que se transformen en obstaculizantes del proceso.

Ya que el profesional también posee una esfera afectiva que es expresión de su propia convivencia personal, se requiere también que ejerza un control eficiente sobre la misma. No pocos tratamientos han terminado por la falta de estos recursos durante el proceso.

Comprensión y Capacidad Empática. Las posibilidades de situarse en el lugar del otro, con expresiones de sentimiento que sean comprensivas

para el cliente, son aspectos que mejoran la eficacia de la ayuda. Este sentir “igual que” el otro no es una circunstancia fácil, se la debe ir cultivando en la vida práctica y no únicamente en cuanto a sentimientos, sino también en cuanto a su expresión perceptible para el cliente. En este fenómeno se basa el reflejo de sentimientos como técnica de comunicación.

El acercamiento de la distancia social que se produce a través de este fenómeno, sin embargo, requiere además de una graduación que le permita al terapeuta mantener un alejamiento personal pertinente a fin de poder distinguir los sentimientos del paciente de los propios, condición importante para poder manejar los conceptos con objetividad, claridad y precisión. Lo contrario es decir, un excesivo acercamiento afectivo impide una apreciación concreta de las situaciones conflictivas del cliente por sentirse el psicólogo demasiado imbuido de las mismas. Inversamente la actitud fría, impersonal, demasiado tecnicista, hace perder confianza y tranquilidad al cliente, ocasionando las separaciones y deserciones del proceso.

Buena Capacidad para Establecer Contactos Interpersonales. El contacto psicoterapéutico es una forma de relación interpersonal en la cual surgen circunstancias emocionales que se hallan presentes en la naturaleza humana. Siendo el psicólogo una persona especializada en este campo, no cabe sino que pueda manejar técnicamente los recursos más idóneos para obtener resultados positivos en la terapia.

Resistencia. La resistencia representa toda oposición manifestada en el paciente a las sugerencias, recomendaciones o modificaciones en su sentir, pensar, actuar. Este fenómeno resulta obvio en todas las conexiones cerebrales temporales establecidas en el desarrollo de la historia vital del individuo, por esta razón, cuando se ejerce una acción

terapéutica obran como obstáculos de los cambios estas situaciones. La desadaptación necesaria que supone el establecimiento de una nueva forma de vida, significa el rompimiento de un estereotipo dinámico y de una inercia inexplicable en la adaptación del sujeto.

FENÓMENOS AFECTIVOS DERIVADOS DE LA RELACIÓN DE AYUDA

En el proceso de ayuda surgen fenómenos afectivos que no son exclusivos de la terapia, sino son propios de la interacción humana. El terapeuta que utiliza conocimientos y recursos psicológicos en la relación, y se supone que con destreza, debe aprender no solo a reconocerlos, sino además a controlarlos, manejarlos y hasta producirlos.

Rapport. Se lo puede definir como una sensación de comodidad, de entendimiento mutuo, de incondicionalidad y de interés recíproco que surge entre paciente y terapeuta. Las actitudes cordiales, no directivas y permisivas durante la primera sesión sirven para incrementar el rapport; la iniciación con discusiones de otros temas neutrales con el paciente, la demostración de interés y el tono amistoso, también incentivan la presencia de esta condición.

Finalmente, habrá que señalar que la reputación del profesional también tiende a mejorar el rapport, por este motivo es necesario que se guarden condiciones de honestidad, amabilidad, reserva y eficacia en los casos que se atienden.

Empatía. Es la capacidad para sentir y describir los pensamientos y sentimientos de otros. La ocurrencia de esta condición que no es simple, estimula en el paciente sentimientos de seguridad; al sentirse comprendido por el terapeuta, puede verbalizar con mayor confianza su problemática, el psicólogo a su vez, se esforzará por incrementar ente

fenómeno que supone una liberación de sus propios sentimientos personales.

Transferencia. Es el desplazamiento del afecto de un objeto a otro, por el cual el paciente dirige sus sentimientos inicialmente aplicables a otra persona con frecuencia a una persona significativa que puede verse relacionado al psicoanalista. Se denomina transferencia positiva cuando la irrupción de afectos o sentimientos sean expresiones de amor, simpatía, ayuda, gratitud, etc. Será transferencia negativa cuando la expresión afectiva sea de celos, hostilidad, ira, agresión, temor, etc.

Contratransferencia. Consiste en la expresión de afectos o sentimientos por parte del terapeuta hacia el paciente, con las mismas connotaciones anotadas en el fenómeno transferencial en cuanto a su valencia. Las expresiones objetivas de este fenómeno alcanzan matices muy sutiles como la prolongación de algunas sesiones sin causa justificada, el acortamiento de las mismas o el rechazo directo o indirecto hacia determinados pacientes⁵⁴.

TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS INTEGRATIVAS PARA EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE QUIRÚRGICO HOSPITALIZADO

Apoyo psicológico. Llamamos técnica de apoyo psicológico a aquella que se basa principalmente en crear un clima de confianza para poder hablar con el paciente de forma distendida sobre sus preocupaciones acerca de la operación. Aunque de todas las técnicas que se describirán, esta técnica es la menos estructurada, también se consigue mediante su aplicación una facilitación de la recuperación.

⁵⁴ Balarezo Chiriboga Lucio; Psicoterapia, Asesoramiento y Consejería, Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Pág. 54

Resolución de Conflictos. Algunas orientaciones consideran tarea fundamental del proceso terapéutico la resolución de conflictos tanto a nivel consciente, como inconsciente que se efectúa en el ámbito de la dinámica interna y personal del sujeto.

Conocimiento de la Madurez de la Personalidad. La mayor introspección que el paciente tome sobre sus modalidades que caracterizan a su personalidad constituye una forma de control de su conducta que es favorable en algunos trastornos específicos, de modo que resulta válido este objetivo sin importar el esquema que se proponga.

Inoculación al Estrés. Es un procedimiento cognitivo-conductual desarrollado por el psicólogo canadiense Donald Meichenbaum para reducir el estrés. Implica la adquisición de destrezas de afrontamiento y ensayo de las mismas, que igual que en otros ámbitos también se aplica en cirugía, mostrándose efectiva.

La inoculación del estrés consiste en tres fases:

- **Fase educativa:** Información tanto general de la teoría, como específica de su aplicación al problema actual, y del cada paso del procedimiento. Ejemplo: En el caso de temor a afrontar una cirugía, se le explica en qué consiste el procedimiento y la recuperación quirúrgica, los beneficios que va a obtener de la misma, etc.
- **Fase de ensayo:** El consultante practica la actividad temida en un ambiente seguro. En el ejemplo anterior, se ayuda al cliente a imaginar el proceso quirúrgico pero con los resultados deseados del paciente.
- **Fase de implementación:** El consultante lleva a cabo el plan en el ambiente natural. En el ejemplo anterior, en el momento en el que

el paciente ya se encuentra hospitalizado, este pone en práctica los pensamientos positivos aprendidos pero ya en el ambiente natural.

La estrategia también incluye otras actividades coadyuvantes, como la práctica de la meditación, ejercicio, cambios en la dieta, etc.

Técnicas Cognitivas

En este apartado incluiré aquellas técnicas cuyo principal objetivo ha consistido en alejar los pensamientos negativos respecto a la operación y cuyo procedimiento para alcanzar dicho objetivo no se ha basado en técnicas conductuales sino más bien en métodos cognitivos.

Distracción cognitiva. Esta técnica fue usada en el estudio de Pickett y Clum (1982). Según la descripción de estos autores, la técnica consistió en la asociación de 10 imágenes de la operación seguidas de 10 imágenes que dirigían la atención del paciente a una situación relajante. Los efectos conseguidos fueron: la reducción de la ansiedad y del dolor.

La Adaptación al Ambiente. Utilizable cuando se observan trastornos de desajuste ante situaciones de cambio longitudinal o transversal de la historia vital del individuo. Puede conseguirse manejando elementos de la personalidad del paciente o modificando circunstancias ambientales en las que se desenvuelve el sujeto.

Recordar. Esta técnica se utilizó en la investigación de Rybarczyk y Auerbach (1990) con gente mayor de 65 años y consistió: en recordar acontecimientos pasados positivos; o bien, en recordar ocasiones en las que gracias a la habilidad del sujeto se había superado con éxito algún obstáculo. Ambos procedimientos se mostraron efectivos. Los beneficios consistieron en la disminución de la presión sanguínea y la disminución de la ansiedad.

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

Técnicas Conductuales

El objetivo de las técnicas conductuales es la colaboración activa del paciente en su recuperación. Para ello se dan al paciente instrucciones comportamentales específicas.

Relajación. Habitualmente, se entrena al paciente en relajación antes de la intervención quirúrgica y se le anima a que la practique diariamente durante su convalecencia. Los beneficios conseguidos mediante esta técnica son muchos: disminución de la ansiedad, reducción de la toma de analgésicos, disminución de la presión sanguínea y la frecuencia cardíaca, etc.

Modelamiento. Esta técnica se utiliza principalmente en niños. Consiste, normalmente, en la visualización de un vídeo donde se muestra al paciente una persona afrontando correctamente las diferentes etapas de la hospitalización. Este método ha resultado efectivo para reducir la ansiedad y las conductas problemáticas que suelen mostrar ciertos pacientes.

Suministro de instrucciones conductuales. Estas instrucciones son específicas para facilitar la recuperación. Las instrucciones conductuales que se facilitan a los pacientes dependen mucho del tipo de operación a la que han de someterse. Sin embargo, en general se puede decir que éstas

suelen hacer referencia a cómo el paciente debe: moverse después de la intervención, toser, y respirar profundamente. Aunque muchos de estos consejos ya suelen darse por parte de las enfermeras o médicos, éstos no las suelen facilitar de forma tan sistemática y prestando tanta atención al factor motivación para llevarlas a cabo como cuando estas instrucciones forman parte de técnicas psicológicas.

Técnicas Informativas. Es la técnica más utilizada con pacientes quirúrgicos, se basa en informar a los pacientes acerca de la operación y la hospitalización. Esta técnica posee diferentes modalidades que vienen determinadas por cómo y qué tipo de información se facilita. Respecto a la forma de suministrar información, ésta se puede facilitar a través de folletos, cassettes, vídeos o mediante la simple conversación. En cuanto al contenido, existen dos clases de información. Una es la que hace referencia al procedimiento. Es decir, se informa al paciente sobre la naturaleza de las diferentes fases: pre, intra y postquirúrgica. El segundo tipo de información se centra en las sensaciones que probablemente el paciente sentirá como: el dolor, la somnolencia, rigideces, etc. Evidentemente, en muchos casos la información hace tanto referencia al procedimiento como a las sensaciones. La eficacia de las técnicas informativas depende en gran medida del estilo de afrontamiento de los pacientes. Diversas investigaciones demuestran que la información produce efectos beneficiosos a los pacientes "vigilantes" (sujetos que normalmente intentan superar las situaciones estresantes obteniendo la máxima información sobre las mismas) mientras que incluso puede provocar efectos contraproducentes en personas "evitadoras" (sujetos que no suelen querer ningún tipo de información intentando superar la ansiedad sin pensar en el problema).

Técnicas Intraoperatorias. Dentro de esta categoría encontramos técnicas muy distintas a las descritas hasta el momento, puesto que éstas

se aplican durante el periodo intraoperatorio mientras el paciente se encuentra totalmente anestesiado. Estas técnicas se basan en la idea de que es posible el procesamiento de la información durante la anestesia general. De hecho varios estudios confirman esta hipótesis. Uno de los estudios realizados es el de Jelcic, Wolters, Bonke y Phaf (1992). Esta investigación se llevó a cabo con 81 pacientes que debían ser sometidos a una intervención bajo anestesia general. Estos pacientes fueron asignados al azar a dos grupos: al experimental, durante la anestesia, se le presentó a través de auriculares dos nombres de frutas (pera y banana) y dos nombres de colores (amarillo y verde) repetidamente; al grupo control sólo se le presentaron sonidos del mar. Una vez despertados de la anestesia, se les preguntó si recordaban algo de lo sucedido durante la intervención. Como se puede suponer, ningún paciente recordaba nada de lo ocurrido. Cuando se les pidió que dijeran los primeros nombres de frutas y colores que "les vinieran a la cabeza, el grupo experimental señaló, de forma significativa, un mayor número de veces los nombres presentados durante la anestesia que el grupo control. Si, parece indicar que existe algún tipo de procesamiento de la información durante la anestesia, es lógico que se hayan diseñado técnicas terapéuticas basadas en este descubrimiento. Estas técnicas consisten en facilitar sugerencias de una fácil y rápida recuperación, normalmente mediante auriculares, mientras el paciente está anestesiado. Todavía son pocas las investigaciones realizadas en esta línea y, en algunos casos, los resultados son contradictorios. Por ello, aunque aún es pronto para sugerir que se incorporen estas técnicas en la rutina hospitalaria, los resultados son suficientemente alentadores para proseguir los estudios en este campo.

FASES DEL PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICO

El siguiente plan psicoterapéutico se guiará por las siguientes fases:

1. Encuadre
2. Diagnostico
3. Planificación de sesiones
4. Intervención

1. ENCUADRE

El encuadre es la primera fase en la que se establece la relación de ayuda con el paciente, es la clave fundamental para llevar a cabo un buen proceso psicoterapéutico. Los fenómenos afectivos derivados de la relación de ayuda se establecen en esta primera fase, en la que a través del **rapport** se le brinda al paciente una sensación de comodidad, y a su vez junto con el psicólogo, es decir paciente – terapeuta, se establece un entendimiento mutuo, incondicionalidad e interés recíproco. De igual manera con el establecimiento de la **empatía** que permite estimular en el paciente sentimientos de seguridad al sentirse comprendido por el terapeuta, este puede verbalizar con mayor confianza su problemática y exponer libremente sus puntos de vista. En este punto el psicólogo debe esforzarse por incrementar este fenómeno a través de la **confidencialidad** que le brinda al paciente con la que se supone una liberación de los propios sentimientos personales.

El encuadre permite además establecer las pautas claras con el paciente, en cuanto al tipo de terapia al que va a ser sometido, el número de sesiones y el tiempo establecido en cada una de ellas; además un factor muy importante que se debe esclarecer son los objetivos y logros que obtendrá de la terapia, así como los compromisos que se deberá cumplir.

2. DIAGNÓSTICO

Para el establecimiento de un diagnóstico adecuado es necesario realizar una completa historia clínica psicológica, en la cual se recolectará datos informativos del paciente, así como información de cada una de las etapas de vida, identificando conflictos y maneras de afrontamiento, las mismas que darán pautas claves para sospechar cómo afrontará el proceso operatorio; es importante también la aplicación de reactivos psicológicos (IPDE (personalidad), ANSIEDAD DE HAMILTON, DEPRESIÓN DE BECK, HAD Y LA ESCALA DE CONTROL DE SÍNTOMAS ANSIOSOS DEPRESIVOS) los mismos que reforzarán el diagnóstico clínico. La historia clínica psicológica y la aplicación de reactivos permitirán además esclarecer si el paciente afrontará adecuadamente la cirugía o a su vez si presenta una comorbilidad debida a factores externos, si ocurriera este último punto se deberá realizar el diagnóstico y tratamiento pertinente según las demandas psicológicas del paciente. Durante esta segunda fase se establecerá la planificación de sesiones para el diagnóstico de una reacción ansiosa depresiva breve por cirugía.

3. PLANIFICACIÓN DE SESIONES

Luego de realizar las dos primeras fases se propone el establecimiento de nueve sesiones, las mismas que se establecerán antes, durante y después de la cirugía, es decir las primeras sesiones se realizarán en consulta externa hasta el día de su hospitalización y aquí se continuará con las sesiones restantes. Estas sesiones se establecerán en un tiempo de 45 minutos cada una, en donde se utilizará técnicas psicológicas integrativas que brindarán al paciente la adaptación adecuada al ambiente hospitalario y al proceso quirúrgico.

PRIMERA FASE: CONSULTA EXTERNA (ANTES DE LA CIRUGÍA)

1° Sesión

Objetivos:

- Establecer confianza terapéutica
- Motivar al paciente a continuar con el tratamiento por su bienestar integral

Técnica: Establecimiento de confianza psicoterapéutica

Procedimiento:

- Establecimiento del rapport y empatía
- Recopilación de la información: La cual permite que el psicólogo pueda interrogar al paciente acerca de elementos causales o dificultades que lo aquejan. Este punto es importante para una apertura inicial del problema.
- Reducción de la ansiedad: Tiene que ver con la tranquilización que el terapeuta brinda al paciente con frases de apoyo acerca de los temores que presente frente al proceso quirúrgico, despejando así dudas que originen ansiedad.
- Explicación del trabajo que se realizará (técnicas que se encuentran descritas en las siguientes sesiones)
- Establecimiento del contacto terapéutico: Instauración de metas y objetivos a cumplirse.
- Tarea para casa (modelo cognitivo): Se motiva al paciente a escribir en una hoja de papel los temores y dudas de la cirugía, la misma que formara parte de su diario de conductas.

Todos estos puntos se realizarán en la primera sesión, estableciendo un manejo apropiado del mismo y otorgando la seguridad al paciente de que

sus temores serán manejados adecuadamente con la ayuda del psicólogo; además la primera sesión determina el enganche terapéutico para las siguientes sesiones.

2° Sesión

Objetivos:

- Proporcionar al paciente información con respecto a la cirugía para aclarar en el paciente dudas y temores.
- Otorgar al paciente una mayor tranquilidad con respecto a la cirugía

Técnica: Psicoeducación

Procedimiento:

Se revisará la tarea enviada en la sesión anterior (diario de conductas), con la cual se procederá a explicar al paciente como se llevará a cabo el procedimiento quirúrgico según la cirugía a la que vaya a ser sometido así como riesgos y beneficios, los mismos que están controlados por el médico. Explicándole además desde la hospitalización y los beneficios de una adecuada adaptabilidad para una pronta recuperación y la ganancia de su salud. Además se despejarán dudas e incertidumbres que puede presentar en terapia según la tarea que se envió otorgando de esta manera alivio sintomático.

3° Sesión

Objetivos:

- Enseñar al paciente técnicas de respiración y relajación para eliminar síntomas de ansiedad.

Técnica: Respiración y Relajación muscular de Jacobson

Procedimiento:

“Se inicia con la explicación de la técnica y los beneficios que va a obtener al realizarla correctamente, como reducción de la ansiedad y el estrés. Se debe explicar además la postura y los pasos que se le irá describiendo y que deberá realizar:

Respiración: “Inspire profundamente como le sea posible; y entonces tome un poquito más; expire y respire normalmente durante 15 segundos. Después expire echando todo el aire que sea posible; entonces expire un poco más; respire normalmente durante 15 segundos”

Relajación: Cada tensión debe durar unos 10 segundos; cada relajación otros 10 o 15 segundos. Contar “1, 2, 3...”

Manos. Apretar los puños, se tensan y destensan. Los dedos se extienden y se relajan después.

Bíceps y tríceps. Los bíceps se tensan (al tensar los bíceps nos aseguramos que no se tensen las manos, para ello se agita las manos antes, después se relaja dejándolos reposar en los apoyabrazos. Los tríceps se tensan doblando los brazos en la dirección contraria a la habitual, después se relajan.

Hombros. Llevarlos hacia atrás (se debe ser cuidadoso con esto) y relajarlos.

Cuello (lateral). Con los hombros rectos y relajados, doblar la cabeza lentamente a la derecha hasta donde se pueda, después relajar. Hacer lo mismo a la izquierda.

Cuello (hacia adelante). Llevar el mentón hacia el pecho, después relajarlo. (Llevar la cabeza hacia atrás no está recomendado).

Boca (extender y retraer). Con la boca abierta, extender la lengua tanto como se pueda y relajar dejándola reposar en la parte de abajo de la boca. Llevar la lengua hasta tan atrás como se pueda en la garganta y relajar.

Lengua (paladar y base). Apretar la lengua contra el paladar y después relajar. Apretarla contra la base de la boca y relajar.

Ojos. Abrirlos tanto como sea posible y relajar. Estar seguros de que quedan completamente relajados, los ojos, la frente y la nariz después de cada tensión.

Espalda. Con los hombros apoyados en el respaldo de la silla, llevar el cuerpo hacia adelante de manera que la espalda quede arqueada; relajar. Ser cuidadoso con esto.

Glúteos. Tensar y elevar la pelvis fuera de la silla; relajar. Apretar las nalgas contra la silla; relajar.

Muslos. Extender las piernas y elevarlas 10 cm. Sin tensar el estomago; relajar. Apretar los pies en el suelo; relajar.

Estómago. Llevar de él hacia dentro tanto como sea posible; relajar completamente. Llevar del estómago hacia afuera; relajar.

Pies. Apretar los dedos (sin elevar las piernas); relajar. Apuntar con los dedos hacia arriba tanto como sea posible; relajar.

Dedos. Con las piernas relajadas, apretar los dedos contra el suelo; relajar. Arquear los dedos hacia arriba tanto como sea posible; relajar.

Con el objetivo de que esta técnica tenga resultados se motiva al paciente a hacer la secuencia entera una vez al día hasta sentir que es capaz de controlar las tensiones de los músculos y reducir la ansiedad.

Nota: No se recomienda esta técnica si el paciente presenta problemas óseos o musculares, en este caso se aplicará solo las técnicas de respiración⁵⁵.

⁵⁵ es.wikipedia.org/wiki/Relajaci3n_muscular_progresiva_de_Jacobson

4° Sesión

Objetivos:

- Desarrollar habilidades de afrontamiento.
- Provocar en el paciente sentimientos de seguridad según las ganancias que obtendrá en su salud luego de la cirugía y así disminuir síntomas ansiosos depresivos.

Técnica: Estrategias de Afrontamiento

Procedimiento:

El terapeuta informará al paciente las ganancias que obtendrá para su salud luego de realizada la cirugía, las actividades que podrá realizar, etc estableciendo de esta manera técnicas de afrontamiento que permita en el paciente reconocer que es más importante la realidad percibida que la realidad afectiva.

Esta técnica continuará en la siguiente, por lo que se enviará una tarea en donde señale en una lista situaciones estresantes que aún persistan, ordenándola desde las situaciones de menor estrés a la de mayor carga estresante en cuanto a la cirugía. Esta lista de situaciones estresantes se le dará al paciente en una hoja, el mismo que frente a ellas señalará de la mayor a menor carga estresante.

5° Sesión

Objetivos:

- Enseñar al paciente a través de esta técnica a afrontar y relajarse ante las experiencias estresantes que puede aún presentar.
- Implementar destrezas de afrontamiento al proceso quirúrgico mediante pensamientos positivos.
- Reducir síntomas ansiosos depresivos.

Técnica: Inoculación del estrés

Procedimiento:

En esta sesión se pedirá al paciente la tarea enviada la sesión anterior. El entrenamiento parte desde la enseñanza de las técnicas de respiración profunda y la relajación progresiva que se le enseñó al paciente en la tercera sesión, de forma tal que ante una situación generadora de estrés, en el lugar y momento que sea, pueda relajar la tensión.

Se pide el paciente que tense los músculos en donde sienta mayor tensión, seguidamente los relajará y se hará que evoque en su imaginación a cada una de las situaciones estresantes con los ojos cerrados, el terapeuta debe pronunciar estas situaciones desde la mayor a menor, según lo que haya señalado el paciente en la tarea enviada. En segundo lugar, se deberá crear toda una serie de pensamientos de afrontamiento del estrés, los que deberán ser utilizados para contrarrestar los pensamientos automáticos habituales. Una vez establecido un adecuado nivel de afrontamiento en este ejercicio de realidad virtual, se pasará a instrumentar la utilización de las actividades de relajación y afrontamiento aprendidos, en situaciones de la vida real, es decir ya para el día del internamiento hospitalario reduciendo síntomas ansiosos depresivos.

6° Sesión

Objetivos:

- Reducir la ansiedad y depresión frente a la intervención quirúrgica.
- Implementar cogniciones positivas a través del modelado orientado a pensamientos con resultados positivos.

Técnica: Modelado

Procedimiento:

Esta técnica consiste en la asociación de 10 imágenes con personas afrontando una operación desde la hospitalización, seguidas de 10 imágenes con resultados positivos en estas personas después de la cirugía, siendo estas últimas las que dirigirán la atención del paciente a una situación relajante. Estas imágenes se mostrarán paulatinamente tomando un tiempo de cinco segundos para cada una, permitiendo así que el paciente se vaya identificando y adaptando al ambiente hospitalario que estará próximo a enfrentar.

Luego se pedirá al paciente que exponga los sentimientos que le causaron estas imágenes y se evaluará de esta manera los pensamientos y actitudes que el paciente ya haya adquirido hasta esta sesión, reforzándolos con los resultados positivos que observó en las imágenes.

SEGUNDA FASE: CONSULTA INTERNA (ANTES DE LA CIRUGÍA)

7° Sesión

Objetivos:

- Instaurar conductas adecuadas para un buen manejo del ambiente hospitalario
- Evaluar las técnicas aprendidas que en esta sesión deberán ser utilizadas si aún persisten síntomas ansiosos depresivos.

Técnica: Suministro de instrucciones conductuales y evaluación de las técnicas aprendidas.

Procedimiento:

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

Es así que se implementará todas las indicaciones necesarias para que el paciente quirúrgico esté preparado para el proceso postoperatorio,

En esta sesión se efectuará las técnicas ya aprendidas en sesiones anteriores, como la relajación y la inoculación al estrés si es que el caso lo amerita.

SEGUNDA FASE: CONSULTA INTERNA (DESPUÉS DE LA CIRUGÍA)

8° Sesión

Objetivo:

- Reducción de ansiedad postoperatoria.

Técnica: Imaginación guiada y relajación – respiración

Procedimiento:

Para esta sesión el paciente ya se encuentra operado y en proceso de recuperación. Luego de la cirugía y por recomendaciones médicas no es prudente que el paciente emita ninguna palabra más allá de las necesarias; por lo tanto el terapeuta deberá realizar la siguiente técnica que se basa en la imaginación guiada, en la que se pide al paciente que realice únicamente el ejercicio de respiración, y con ayuda del terapeuta realizará un viaje mental por todo el cuerpo hasta la herida y una vez allí imaginarse el proceso normal de cicatrización y curación. Esta técnica ha demostrado en estudios que el paciente presenta menos ansiedad, menor liberación de cortisol y menos eritemas en la herida.

SEGUNDA FASE: CONSULTA INTERNA (DESPUÉS DE LA CIRUGÍA)

9° Sesión

Objetivo:

Evaluar del proceso terapéutico y los resultados obtenidos

Técnica: Cierre terapéutico

Procedimiento:

En esta última sesión el paciente es dado de alta, por lo que se hará una evaluación de los síntomas ansiosos depresivos al responder nuevamente la escala de control de síntomas y la Escala Hospitalaria de Ansiedad Depresión, con el fin de que el paciente observe la utilidad de las sesiones psicoterapéuticas y la garantía de que ha recibido una atención integral de todo un equipo de salud humana enfocado directamente a su bienestar.

SEGUIMIENTO

Se propone una evaluación del paciente en tres meses luego de la cirugía con el objetivo de aseverar que el paciente se encuentra estable y que la cirugía no ha dejado secuelas que impidan su desenvolvimiento personal, social y familiar.

11. BIBLIOGRAFÍA:

- **YALILIS** Castellero Amador y Marilín Pérez Lazo de la Vega, Preparación psicológica para la cirugía mayor Vol.6.
- **AGUDELO** Vélez Diana María, Lina Marcela Lucumí Acelas, Yannin Juliana Santamaría Quiroga, Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados
- **Instituto Nacional de la Salud Mental**, Depresión
- **Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE10)**, Trastornos mentales y del comportamiento
- **DR, C. G BOEREE**, Psicología General, traducción de Nacho Madrid
- **DR. ALBERTO INFANTE** Campos D. G., Depresión y Tratamiento, Agencia de Calidad del SNS.
- http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
- **Ministerio de Sanidad y Consumo**, Guía práctica clínica sobre manejo de la depresión mayor en el adulto.
- **PROF. DR. SERGIO ANDRÉS PÉREZ** Barrero, Psicoterapia para Aprender a Vivir
- **Balarezo Chiriboga Lucio**; Psicoterapia, Asesoramiento y Consejería, Pontificia Universidad Católica del Ecuador
- **J. J. RUIZ Y J. J. Cano**, Manual de Psicoterapia Cognitiva
- **Organización Mundial de la Salud**, 1992, CIE 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento, Editorial Técnicas Gráficas FORMAS S. A. Madrid
- **GÓMEZ** Restrepo C. 2002, Fundamentos de Psiquiatría Clínica: niños, adolescentes y adultos
- **PSIC. MARTHA ORTIZ**, Terapia de Contención, colección biblioteca del profesional, editores académicos Bogotá

- **MOSCOSO** y Oblitas 1994, Manual de psicología Clínica y de la Salud Hospitalaria
- **JESANIINET**, A 1982. Manual de Psicología Médica, Masson, México
- **JESÚS ALBERDI** Sudupe, Depresión, Sergas. A Coruña. España
- **VALLEJO** Ruiloba J 2003, Introducción a la Psicología y a la Psiquiatría, Editorial Masson quinta edición, Barcelona España
- **CÁRDENAS**, Andrea; Quiroga, Cynthia; Restrepo, Martha; Cortés, Daniel. Histerectomía y ansiedad: estudio comparativo entre dos tipos de preparación psicológica prequirúrgica Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 56
- **PUJIULA-MASÓ** J et al. La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial
- **FEIXAS** y P. Saldivar-Maldonado, Eficacia de la intervención psicológica en la reducción de la ansiedad pacientes quirúrgicos