

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**“ ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS PRE Y
POSTOPERADOS DE ENFERMEDADES CARDIACAS DE UNICAR
(VALVULAR Y CORONARIA)”**

INFORME FINAL

De Investigación presentado al Honorable Consejo Directivo
De la Escuela de Ciencias Psicológicas.

POR

LUISA MARCELA PATZAN CAL.
OLGA MARINA GARCIA OXOM.

Previo a optar el Título de

PSICÓLOGAS

En el grado académico de

LICENCIATURA.

CONSEJO DIRECTIVO

Licenciado Riquelmi Gasparico Barrientos
DIRECTOR ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS.

Licenciada Karla Emy Vela Díaz de Ortega
SECRETARIO ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

Licenciada María Lourdes Gonzáles Monzón
Licenciada Liliana Del Rosario Álvarez de García
REPRESENTANTES DEL CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licenciado Evodio Juber Orozco Edelman
REPRESENTATE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS DE LA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS.

Estudiante Elsy Maricruz Barillas Divas
Estudiante José Carlos Argueta Gaitán
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

c.c. Control Académico
CIEPs.
Archivo
REG. 534-2001
CODIPS 858-2005

**De Orden de Impresión Informe Final
de Investigación**

11 de mayo de 2005

Estudiantes
Olga Marina García Oxóm
Luisa Marcela Patzán Cal
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto DÉCIMO (10º), del Acta VEINTINUEVE GUIÓN DOS MIL CINCO (29-2005), de la sesión del Consejo Directivo del 6 de mayo de 2005, que copiado literalmente dice:

"**DÉCIMO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: "**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS PRE Y POST-OPERADOS DE ENFERMEDADES CARDÍACAS DE UNICAR (VALVULAR CORONARIA)**", de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

OLGA MARINA GARCÍA OXÓM

CARNET No. 96-18671

LUISA MARCELA PATZÁN CAL

CARNET No. 94-14727

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Lucrecia Martínez Ventura y revisado por el Licenciado Elio Salomón Teos Morales. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del informe final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para la Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciado Riquelme Gasparico
DIRECTOR



/Gladys

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA

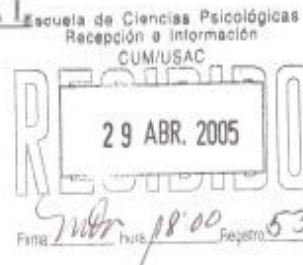


ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM
17. Avenida 3-40, Zona 11, DECEJA "A"
TEL.: 2405-010 FAX: 2405-1303 y 14
e-mail: umc@unsc.edu.gt

CIEPs. 23-2005
REG. 534-2001

Guatemala, 27 de abril de 2005

INFORME FINAL



SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EDIFICIO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Elio Salomón Teos Morales., ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACION, titulado:

“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS PRE Y POST-OPERADOS DE ENFERMEDADES CARDÍACAS DE UNICAR (VALVULAR CORONARIA)”

ESTUDIANTE:	CARNÉ No
Luisa Marcela Patzán Cal	94-14727
Olga Marina García Oxóm	96-18671

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

LICENCIADA MAYRA LUNA DE ALVAREZ
COORDINADORA

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA -CIEPs.- “Mayra Gutiérrez”

c.c. Revisor/a
Archivo

ESTM/edr



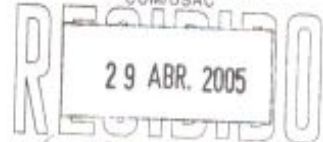


CIEPs. 24-2005

Guatemala, 27 de abril de 2005

LICENCIADA
MAYRA LUNA DE ÁLVAREZ, COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
CIEPs. "MAYRA GUTIÉRREZ"
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



Firma: *[Signature]* Hora: 11:00 Registro: 534-01

LICENCIADA DE ÁLVAREZ:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION**, titulado:

"ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS PRE Y POST OPERADOS DE ENFERMEDADES CARDÍACAS DE UNICAR (VALVULAR CORONARIA) "

ESTUDIANTE:

CARNÉ No.

Luisa Marcela Patzán *Cal*
Olga Marina García Oxóm

94-14727
96-18671

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE**, y solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

LICENCIADO ELIO SALOMÓN TEOS MORALES
DOCENTE REVISOR

c.c.: Archivo
Docente Reviso/a

ESTM/edr



Guatemala, 16 de junio, 2004

Señores
Departamento de Tesis del CIEPs
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

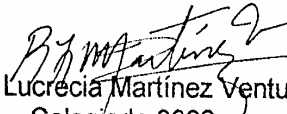
Estimados señores:

Respetuosamente me dirijo a ustedes para hacer de su conocimiento que he llevado a cabo la asesoría del informe final titulado "ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS MAYORES PRE Y POST OPERADOS DE ENFERMEDADES CARDIACAS DE UNICAR (Valvular Y coronaria)", el cual ha sido elaborado por las alumnas:

Luisa Marcela Patzán Cal Carné No. 9414727
Olga Marina García Oxom Carné No. 9618671

Dicho trabajo llena los requisitos pertinentes para su aprobación por lo que se sugiere continuar con los trámites necesarios.

Atentamente,


Licda. Lucrecia Martínez Ventura,
Colegiado 6062
Lucrecia Martínez Ventura
Psicóloga y Terapeuta del Lenguaje
Colegiado No. 6062



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 911 - Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913-14
e-mail: cum@psicologia.edu.gt

CIEPs.
archivo

REG. 534-2001

CODIPs. 718-2003

DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN Y NOMBRAMIENTO DE ASESOR

03 de julio de 2003

Estudiantes

Luisa Marcela Patzán Cal
Olga Marina García Oxóm
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto DÉCIMO NOVENO (19º), del Acta VEINTITRÉS GUIÓN DOS MIL TRES (23), de Consejo Directivo de fecha veinticuatro de junio, que copiado literalmente, dice:

"DÉCIMO NOVENO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Proyecto de Investigación titulado: **"ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS PRE Y POST-OPERADOS DE ENFERMEDADES CARDÍACAS DE UNICAR (VALVULAR CORONARIA)",** de la Carrera: **LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA,** realizado por:

LUISA MARCELA PATZÁN CAL

CARNÉ No. 9414727

OLGA MARINA GARCÍA OXÓM

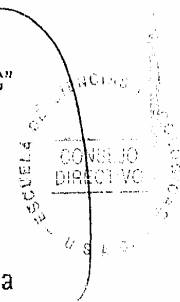
CARNE No. 9618671

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-, resuelve aprobarlo y nombrar como asesora a la Licenciada Reyna Lucrecia Ventura y como revisor al Licenciado Elio Salomón Teos Morales"

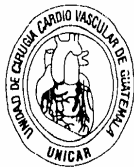
Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciado Ronald Solís Zea
SECRETARIO



/Gladys



Unidad de Cirugía Cardiovascular de Guatemala

Guatemala, 25 de marzo 2004


Licenciada
Mayra Luna de Alvarez
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
9ª. Avenida 9-45, Zona 11
Presente

Estimada Licenciada Luna:

Por este medio hago constar que las estudiantes **LUISA MARCELA PATZAN CAL** quien se identifica con Carnet No. 9414727 y **OLGA MARINA GARCIA OXOM** Carnet No. 9618671, realizaron en la Unidad de Cirugía Cardiovascular de Guatemala -UNICAR-, el trabajo de tesis titulado: "**Ansiedad y Depresión en Pacientes Adultos Pre y Post Operatorio de enfermedades cardíacas de UNICAR, Valvular y Coronaria**" previo a optar el título de Licenciadas en Psicología, el cual fue asesorado por el Doctor Walter Mazariegos Samayoa.

Agradeciendo la atención a la presente, me suscribo de usted

Atentamente,


Dr. Walter Mazariegos Samayoa
MEDICO SUB-JEFE DE INTENSIVO ADULTOS



PADRINOS DE GRADUACIÓN

Lic. Iván Rocael Monzón Muñoz
PSICÓLOGO
No. COLEGIADO ACTIVO 6441.

Licda. Lucrecia Martínez Ventura
PSICÓLOGA
No. COLEGIADO ACTIVO 6062.

Arq. Eckard Joachim Schumann Lottmann
ARQUITECTO
No. COLEGIADO ACTIVO 1518.

ACTO QUE DEDICO

A DIOS:

Porque su bondad es infinita.

A LA SANTÍSIMA VIRGEN:

Por ser mi guía y protección de cada día.

A MI MADRE:

Encarnación Cal T.

Por el don de la vida y la oportunidad de llegar a ser alguien en ella.

A MI MADRINA:

Dalila de Morán

Por su cariño y apoyo incondicional.

A MI HIJA:

Elisa Marcela Godoy Patzán.

por su cariño.

A LA LICDA. Aminta de Cabrera:

Por sus consejos y apoyo recibido.

AL DR. Walter Mazariegos:

Por sus consejos y apoyo en los momentos mas difíciles de mi vida.

Y ESPECIALMENTE A MI FAMILIA.

ACTO QUE DEDICO

A DIOS Y A LA SANTÍSIMA VIRGEN MARIA:

Por ser la base fundamental de nuestra existencia y por guiarme en todo momento de mi vida.

A MIS PADRES:

Manuel García Ramos
y Filomena Oxóm.

Por su amor y apoyo incondicional y que esto sea una pequeña recompensa por sus múltiples sacrificios.

A MIS HERMANOS:

Especialmente a mi hermana Lidia Verónica
por ser mi guía y mi apoyo.
a mis hermanos Jersón Manuel, Oscar Antonio.
Con cariño y que sea este un ejemplo a seguir.

A MIS SOBRINAS:

Diana Julissa, Adriana Nayeli, Ilsy Gabriela.
Quienes con su inocencia y ternura llenan de alegría mi vida.

A MIS AMIGAS (OS)

Gracias por su amistad.

AGRADECIMIENTOS:

A

LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Que permitió nuestra formación como profesionales.

A

LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Por ser el medio para nuestra formación académica.

A

LA UNIDAD DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
Por abrirnos sus puertas y permitirnos realizar nuestra investigación.

A

CADA UNO DE LOS PACIENTES
Por haber permitido ser parte de este estudio

Al

Dr. Walter Mazariegos, Lic. Elio Salomón Teos, Licda. Lucrecia Martínez, Lic.
Iván Monzón.
Por su valiosa colaboración y asesoría.



INDICE

	PAGINA
PROLOGO POR EL DR. WALTER MAZARIEGOS.....	1
PROLOGO.....	2-4
INTRODUCCIÓN.....	5-6
 CAPITULO 1 (MARCO TEORICO)	
ANSIEDAD.....	7
TRASTORNOS PSÍQUICOS.....	8
ANSIEDAD NORMAL.....	9
DEPRESIÓN.....	10-11
SÍNTOMAS OBTENIDOS POR LA OBSERVACIÓN DEL PACIENTE.....	12
QUE ES EL ENVEJECIMIENTO.....	13-14
PSICOTERAPIA BREVE.....	15-16
CONVENIO IGSS-UNICAR.....	17
LOS APARATOS VALVULARES.....	18-19
VÁLVULA MITRAL.....	20
INSUFICIENCIA MITRAL.....	21
ESTENOSIS VALVULAR AORTICA.....	22
ENFERMEDAD CARDIACA ISQUEMICA.....	23
DIABETES MELLITUS.....	24
SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD CARDIACA ISQUEMICA.....	25
PRUEBAS DE DIAGNOSTICO.....	26-28
PRIMER REEMPLAZO VALVULAR.....	29
FORMULACION DE LA HIPÓTESIS.....	30-31
 CAPITULO II (TÉCNICAS E INSTRUMENTOS)	
TÉCNICAS.....	32-33
 CAPITULO III	
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	34-43
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN GENERAL.....	44
 CAPITULO IV (CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES)	
CONCLUSIONES.....	45
RECOMENDACIONES.....	46
RESUMEN.....	47
BIBLIOGRAFÍA.....	48-50
RESUMEN.....	51
ANEXOS	

PROLOGO

La ansiedad y Depresión han acompañado al ser humano siempre, la enfermedad es una de las múltiples causas, más si esta puede potencialmente causar la muerte.

El presente estudio pretende demostrar cuánta ansiedad y depresión, puede causar en un ser humano, la noticia de que debe ser intervenido quirúrgicamente del corazón y su reacción en el postoperatorio inmediato y mediato.

Dicho estudio fue realizado en **UNICAR**, único centro dedicado a esto, en Guatemala.

No esta demás mencionar, que es la primera vez que se realiza en Guatemala, un estudio de esta índole en pacientes que se someten a una cirugía cardiaca.

Esperando el impacto que debe causar en el gremio Médico y Psicológico.

DR. Walter Antonio Mazariegos Samayoa.

PROLOGO

En Guatemala, existen profesiones relacionadas con la salud, las cuales deben preocuparse en general por el ser humano, principalmente si este padece de alguna enfermedad cardiaca y sobre todo si va a ser sometido a una cirugía de corazón abierto, ya que con el simple hecho de decir que el corazón es un órgano vital, y que esta dañado por un sin fin de situaciones, es motivo de preocupación.

Y a su vez va a desencadenar síntomas psicológicos como lo es la ANSIEDAD que es la respuesta normal a conflictos que ponen en peligro la vida, de igual forma la DEPRESION la cual es la reacción personal ante una situación mezclando un sentimiento.

Y es por todo esto que se realizó esta investigación para beneficiar a la población que asiste a la Unidad de Cirugía Cardiovascular, sabiendo cuáles son las causas que van a producir la sintomatología ansiosa y depresiva en dichos pacientes, ya que un individuo al enfermar, frecuentemente altera su estado emocional, desde el momento que recibe un diagnóstico médico, especialmente de enfermedades con pronóstico difícil, por eso el paciente manifiesta de alguna forma una alteración emocional, y es necesario que el médico encargado de brindarle la atención necesaria, también tome en cuenta su estado psíquico, ya que esto también influye en el proceso físico y su tratamiento.

El objetivo general de dicha investigación fue:

- Determinar la incidencia y las características de ansiedad y depresión en las fases PRE y postoperatoria.

Y a su vez los específicos fueron:

- Evaluar la ansiedad y la depresión en pacientes pre y Post operados de cirugía cardiaca de Unicar.
- Proporcionar atención psicológica de apoyo individual a los pacientes para superar sus crisis emocionales.
- Determinar las principales causas ambientales, sociales, familiares que generan ansiedad y depresión en los pacientes.
- Identificar los síntomas más comunes de Ansiedad y Depresión que manifiesta el paciente en el proceso pre y Post operatorio.

Esto es de vital importancia a nivel teórico ya que es necesario que exista un profesional de la salud mental que a través de sus técnicas y métodos psicológicos le brinde el apoyo emocional al paciente para enfrentar los conflictos en forma positiva tanto en la fase pre como la postoperatoria.

- a nivel social es el primer estudio que se realiza en Guatemala sobre los conflictos emocionales que sufren las personas que padecen de alguna enfermedad cardíaca

-a nivel Institucional, los resultados mas significativos fue el haber evaluado con el test zung a los 40 pacientes en la fase pre y post operatoria y de esta forma establecer que dichos paciente padecían mas síntomas ansiosos y depresivos en la fase preoperatoria y que estos se debía principalmente a las causas ambientales, familiares y sociales que el paciente tenia en su entorno. No se logro brindarle a los pacientes una atención psicológica completa debido al factor tiempo y espacio ya que no se cuenta con un lugar adecuado para brindar una terapia breve de 5 sesiones. Pero si se logro que al momento de ser evaluado el paciente pudiera hacer una buena catarsis emocional ya que con el simple hecho de contar como se sentía en esos momentos y cuales eran sus temores y angustias se sentía más tranquilo.

Todo lo mencionado con anterioridad afecta en gran medida al paciente y a su familia y a la sociedad, y es por estos factores, y vivencias personales que se tuvo con cada paciente que formaron parte del estudio quienes colaboraron espontáneamente, respondiendo a las preguntas del test zung , que se observo la necesidad de que se les brinde apoyo psicológico para poder resolver sus conflictos , temores, angustias los cuales no pueden decir a sus familiares, ya que no les gustaría que se preocuparan mas, o simplemente lo que prevalecía en la mayoría de los pacientes era que ellos sentían que era una carga y que al salir de la cirugía iban a requerir de un cuidado especial.

Y por eso es necesario que se le brinde ayuda psicológica a los pacientes hospitalizados mas si son cirugías de alto riesgo, como lo realizan en los hospitales del extranjero en los cuales existe un psicólogo y un psiquiatra quienes trabajan conjuntamente con el personal médico, paramédico, enfermería, para lograr una pronta recuperación del paciente, brindado todo el apoyo moral y físico que requiere cada pacientes. Y por esta inquietud surge el tema “Ansiedad y Depresión en pacientes adultos pre y post operados de enfermedades cardíacas de Unicar”. Siendo este el primer estudio que se realiza en Guatemala, en la única institución que se especializa en enfermedades cardíacas.

El contenido expuesto en este trabajo, en el capítulo número uno, se presenta la introducción, el marco teórico el cual contempla la definición de ansiedad y depresión como síntoma no como trastorno, el adulto mayor, terapia breve o de emergencia, la institución, también todo lo relacionado con el corazón y las enfermedades que le ocasionan un mal funcionamiento, así como cada uno de los componentes del estudio cardiovascular. En la última parte encontramos las permisivas e hipótesis y sus variables.

En el segundo capítulo se conocerán las técnicas de muestreo de recolección de datos, técnicas de análisis estadísticos de datos, los instrumentos para recabar información como lo es la escala auto evaluativa de ZUNG.

Y en el capítulo tres y último es la presentación, análisis de resultados, los cuales se presentan por medio de cuadros y gráficas.

Se le agradece a la Unidad de Cirugía Cardiovascular de Guatemala, por haber abierto las puertas de la institución para realizar el trabajo de campo, así mismo al personal que labora en la misma, y especialmente a cada uno de los pacientes que aceptaron ser parte de este estudio y por la confianza depositada en cada una de nosotras, dándonos a conocer como se sentían, lo que pensaban sobre lo que estaban viviendo y sintiendo en esos momentos más críticos de su vida, ya que algunos creían que su vida ya no tenía sentido que ya no valía la pena seguir viviendo, que solo iban a ser una carga para su familia, cosas como esas lograrán exteriorizar los pacientes, así como también contaron como era su vida antes de la enfermedad y sobre todo como se sintieron al momento que se les informó que serían sometidos a una cirugía cardíaca, ya que padecer de alguna insuficiencia cardíaca crea pensamientos asociados con la muerte. La mayoría pensaban y consideraban con frecuencia que no saldrían de la cirugía. Pero era alentador saber como entrevistadoras que el paciente había respondido de forma positiva a la cirugía y que se encontraba ya en su cuarto, y cuando se le volvía a entrevistar sus temores y angustias habían disminuido no en gran cantidad, pero sí de una forma que los animaba a ver la vida desde otro punto de vista más positivo y alentador porque ya habían logrado dar el primer paso y aunque les quedaba un largo proceso de recuperación y de medicación lo enfrentaban con más optimismo.

LAS ESTUDIANTES

INTRODUCCIÓN

La atención integral de la salud del adulto mayor involucra elementos que van más allá de la atención médica, este proceso ocurre en un entorno social en el que intervienen e interrelacionan: la familia, los trabajadores de la salud, la sociedad y la propia persona mayor.

La mujer y el hombre envejecen de distinta manera. Ante todo, la mujer es más longeva que el hombre, y parte de su ventaja en cuanto a esperanza de vida es de índole biológica. Lejos de ser el sexo más débil, la mujer parece ser más resistente que el hombre a cualquier edad, sin embargo la longevidad de las mujeres las hace más proclives a contraer enfermedades que por lo común se relacionan con la vejez, por otro lado los hombres tienen más probabilidades de sufrir problemas cardíacos, pero a medida que las mujeres envejecen, las enfermedades cardíacas se convierten en principales causas de discapacidad.

Las personas de edad son tanto receptoras como proveedoras de atención. Además de cuidar a sus nietos y a sus hijos, muchos atienden también a otros miembros de su familia, especialmente a sus cónyuges y, a veces, incluso a sus propios padres. A menudo, dicha atención se proporciona por cariño pero también por un sentido de obligación y sin expectativa de reciprocidad. Llegan instantes en que las creencias tan difundidas de que los adultos mayores no tienen nada que aportar a la sociedad o que son una carga para la familia cuando esto no es cierto ya que ellos son los que más aportan a la sociedad a través de la experiencia obtenida de los años de productividad que han tenido, sino también es una fuente de conocimiento para sus familias y transmiten dichos conocimientos de generación en generación independientemente a lo que se dedicaron en su vida laboral.

Y estas creencias mal difundidas muchas veces crean en los adultos mayores problemas psicológicos, tales como ansiedad y depresión y estos problemas aumentan de alguna forma al saber que padecen de alguna enfermedad cardíaca y la cual amerita una cirugía de corazón abierto y es por todo lo mencionado con anterioridad que surge la inquietud de las investigadoras de desarrollar el tema. “ANSIEDAD Y DEPRESION EN PACIENTES ADULTOS PRE Y POST OPERADOS DE ENFERMEDADES CARDIACAS DE UNICAR (VALVULAR Y CORONARIA), el cual se desarrolló en La Unidad De Cirugía Cardiovascular la cual se encuentra ubicada en la 5ta Avenida 6-22 zona 11, y presta servicios médico-quirúrgicos a personas con enfermedades cardíacas, la cual se produce cuando algunos tejidos con el tiempo se van degenerando estructural y funcionalmente por mecanismos Biofísicos y los cambios relacionados con la edad.

En ambas fases se evaluó a 40 pacientes comprendidos entre las edades de 60 a 75 años entre hombres y mujeres. A quienes se les aplicó la prueba "Escala para la autovaloración, de la ansiedad y depresión del DR. William K. Zung. Para medir los niveles de ansiedad y depresión.

Como resultado de la aplicación de las pruebas se lograron obtener resultados significativos tales como establecer que los pacientes sufrían de ansiedad y depresión marcada-severa en la fase preoperatoria.

El objeto de estudio forma parte de la Psicología clínica y consiste en el estudio de las deficiencias de adaptación psíquica. Rama de la Psicología práctica que se ocupa de las relaciones psíquicas del paciente.

Entendemos por ansiedad a un sentimiento con aspectos tanto psicológicos como fisiológicos. Por lo general, un estado emocional, desagradable que está acompañado por la excitación fisiológica y los elementos cognitivos de aprehensión, culpabilidad y una sensación de desastre eminente. Se distingue del temor, que es una reacción emocional hacia un objeto específico o que se puede identificar y sus síntomas más comunes son:

Síntomas afectivos: intranquilidad, temor, angustia, desintegración mental y aprensión.

Síntomas somáticos: temblores, molestias y dolores corporales, debilidad inquietud, palpitaciones, vértigo, desmayos, disnea, parestesias, náuseas y vómito, micción frecuente, sudoración rubor facial, insomnio y pesadillas.

Y como Depresión al estado de ánimo triste, deprimido de mal humor, con inhibición del curso del pensamiento, débil voluntad e incapacidad de decisión. Es una manifestación normal cuando hay causas exteriores que la explican. Sin una base normal suficiente y en grado intenso, se presenta en diversas enfermedades mentales y sus síntomas más comunes son:

Síntomas afectivos persistentes: Tristeza y melancolía, accesos de llanto.

Síntomas Fisiológicos: Variación diurna, pérdida del sueño, pérdida del apetito, pérdida de peso asociada con ingestión disminuida de alimentos, o metabolismo aumentado y reposo disminuido, libido disminuida, constipación.

Síntomas Psicológicos: Agitación Psicomotora, Retardo Psicomotor, confusión, vacuidad, desesperanza, indecisión, irritabilidad, insatisfacción, devaluación personal, rumiación suicida.

Con la realización del presente estudio se le da cumplimiento a uno de los objetivos propuestos por la Universidad de San Carlos de Guatemala y la Escuela de Ciencias Psicológicas que consiste en contribuir al conocimiento de problemas emocionales y así poder proporcionar las posibles soluciones

MARCO TEORICO

ANSIEDAD

Es una respuesta normal a conflictos que ponen en peligro la vida y es la emoción más común que esta presente de manera distinta desde la infancia hasta la muerte. Se presenta cuando el individuo se enfrenta a una amenaza aún indefinida. Y se caracteriza por la sensación subjetiva de anticipación, temor o aprensión o una sensación de desastre inminente asociada con grados diversos de excitación y reactividad autónomas. Al igual que el dolor físico, la ansiedad determina alteraciones de conducta. Sin embargo, la ansiedad severa representa un factor primario, del funcionamiento no adaptado y de los trastornos psicológicos. La ansiedad participa directamente en producir desórdenes psicósomáticos. Cuando moderada, la ansiedad puede volver a la persona alerta, sensible, perceptiva y más espiritual de lo que era, dejándola mejor preparada para enfrentarse a una crisis que sí estuviera relativamente relajada y desprevenida.¹

La ansiedad se manifiesta a través de tres grupos de síntomas usualmente presentes de manera simultánea, pero que pueden estar representados de diferente manera en cada paciente: basta uno de tales síntomas para suponer un estado de ansiedad, y un examen más profundo permitirá generalmente descubrir la presencia de otras alteraciones. Tal grupo de síntomas está constituido por:

- a. Trastornos somáticos
- b. Trastornos psíquicos, y
- c. Trastornos conductuales.

a) TRASTORNOS SOMÁTICOS: Estos trastornos pueden aparecer de manera aguda, bruscamente o estar presentes de modo constante, con períodos de remisión y de reactivación, pudiendo interesar los más diversos segmentos corporales dada su base neurovegetativa y pueden en ser ocasiones tan graves como para inhabilitar con severidad al individuo.

Los síntomas cardiovasculares son los más frecuentes: taquicardia con palpitaciones, variaciones del nivel tensional a veces muy notables, extrasístoles, y sensación de constricción precordial. Los trastornos respiratorios son también bastante frecuentes: crisis disneicas, sensación molesta de “falta de aire” o de ahogo, dolor pectoral, tos rebelde, et. Los síntomas gastrointestinales están representados por trastornos más variados: trastornos hipogástricos, irregulares del ritmo excretorio, espasmos faríngeos, náuseas, vómito, sequedad bucal, sed y hambre paroxística, dolores agruras y sensación de constricción gástrica o abdominal, etc.

¹ (Sarason G. Irwin PSICOLOGIA ANORMAL México, Prentice Hall, Hispanoamericana S.A. 1996, Pág. 156)

b) TRASTORNOS PSÍQUICOS: La sensación que refieren habitualmente los pacientes ansiosos es la de sentirse “como si” se encontraran en una situación de peligro inminente. “Siento como si me fuera a ocurrir algo de un momento a otro, pero no se que ” es una de las expresiones más frecuentemente referidas por los enfermos ansiosos.

La sensación de malestar que provoca la ansiedad es en ocasiones tan intensa como para sobreponerse a los trastornos físicos confundándose con ellos, de manera que en la ansiedad es bastante difícil distinguir hasta que punto la desagradable impresión de temor de peligro o de amenaza es autónoma y hasta qué punto depende de la percepción de los propios trastornos físicos.

Las preocupaciones inmotivadas estrechamente unidas al síntoma precedente están las continuas preocupaciones del ansioso: estas tienen que ver en primer lugar con la propia salud, y de hecho se encuentran muy unidas a las sensaciones descritas, pero prácticamente tienen que ver con todos los hechos y todas las personas que de alguna manera están en relación con el paciente.

En la ansiedad, es típica la reducción de las capacidades de rendimiento de que se queja el paciente. Hay que tener presente que la ansiedad, dentro de ciertos límites puede ser un factor útil para el individuo en cuanto que, como se verá, constituye una señal de peligro genérico que pone en estado de alarma las defensas del organismo; no obstante en general, tal límite es superado fácilmente y la capacidad de reacción del individuo resulta debilitada.

C) TRASTORNOS CONDUCTUALES: Acompañado de los trastornos psíquicos que se han descrito y que en parte son observables objetivamente, existen algunos rasgos conductuales observables que hacen suponer la presencia de un estado de ansiedad aunque no exista una comunicación verbal con el paciente.

Ante todo, la inquietud motora: el ansioso esta inquieto, no logra mantener la misma posición por largo tiempo, generalmente se estruja o se tuerce las manos, a veces se muerde las uñas o se lastima los labios con los dientes en ocasiones tiene movimientos mímicos estereotipados o tic.

Enseguida, la irritabilidad: En los estados de ansiedad, la tolerancia a los estímulos está reducida; basta un estímulo acústico o visual que en condiciones normales se toleraría para producir reacciones motoras poco controladas.

Las perturbaciones del sueño acompañan con frecuencia a los estados ansiosos: generalmente dificultad para iniciar el sueño, pero también despertar precoz, hasta llegar al verdadero insomnio; además, la mayoría de los sueños son de contenido angustioso o terrorífico.²

ANSIEDAD NORMAL: Cuando su intensidad y su carácter convienen a una situación dada y cuando sus efectos no causan desorganizaciones ni malas adaptaciones.

La persona moderadamente ansiosa, como un vigilante esta más preparada para vigilar y se mostrará cauta y sensible a las reacciones de una persona complaciente. Pero la ansiedad normal también tiene desventajas. Si una persona no puede hacer nada en una situación que justificadamente la pone ansiosa, sufrirá sin propósito ninguno una sensación de tensión de preocupación y de expectativa vaga. Con el tiempo tal tipo de reacción fatiga y agota los recursos de una persona.³

LA ANSIEDAD Y LA NEUROSIS TRAUMÁTICAS: Quien carezca completamente de ansiedad se encontrará tan mal preparado como quien padezca excesiva ansiedad.

Ansiedad traumática y la neurosis es el efecto de choque causado por una experiencia traumática- o una serie de experiencias traumáticas leves pero erosivas-sobre una persona que se siente incapaz de protegerse, por carecer de las defensas adecuadas.

En los casos quirúrgicos más preparados suelen ser afectados posteriores la pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de desconfianza y de resentimiento hacia la persona que, según piensa el paciente, debió haberlo protegido.

ANSIEDAD PATOLÓGICA: Se considera que la ansiedad es patológica en los adultos cuando nada parece justificarla, cuando se la exagera o dura demasiado, o cuando da lugar a maniobras defensivas que interfieren seriamente con el gozo y con la vida activa de una persona.

ANSIEDAD PRIMARIA: En la infancia está ausente el patrón de ansiedad, en las primeras semanas de vida es la necesidad irresistible de descargar la tensión en cualquier situación de estrés que se presente, mediante actividades tales como llorar y la hiperactividad generalizada. A esta se le llama ansiedad primaria. Lo usual es que el niño sufra algún estrés identificable, como el proveniente del hambre, del dolor, de la incomodidad de un ruido fuerte o de un trato poco amable.⁴

² (Pacheri Paolo MANUAL DE PSIQUIATRÍA México, Trillas, 1989, 30-34)

³ (Pancheri Paolo MANUAL DE PSIQUIATRÍA, México; Trillas, 1989, Pág. 34)

⁴ (Cameron Norman DESARROLLO Y SICOPATOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD

DEPRESIÓN

El término “depresión” se usa para referirse a un estado sentimental y/o a una reacción personal ante una situación. Algunas personas se deprimen temporalmente; otras presentan una depresión clínica, la cual es menos común y más seria. Dos características están siempre presentes en la depresión estado de ánimo disfórico (depresivo, triste, sin esperanza irritable, preocupado) y pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Otras características que se pueden observar son: Poco apetito, cambio en el peso habitual (sube o baja de peso. Dificultad para dormir, pérdida de energía, cambios psicomotores (tiende a agitarse o a reaccionar lentamente) sentimiento de auto reproche o culpa inapropiada, dificultad para pensar claro o concentrarse, ideas suicidas o deseos de morir. La persona deprimida tiende a incrementar los síntomas somáticos y las incapacidades, disminuir la motivación de cuidar la salud y prolongar la hospitalización; esto se relaciona con el incremento de la mortalidad. Existe una íntima relación entre la depresión y las enfermedades crónicas como esclerosis múltiple, ciertos virus, cáncer, desórdenes en las glándulas tiroideas y enfermedad física. Diferenciar entre la depresión y enfermedad física no siempre es fácil, ya que muchos síntomas somáticos son parte de un síndrome de depresión mayor (por ejemplo: Pérdida de peso, problemas de sueño y poca energía) Por eso debe realizarse un examen físico completo que incluya exámenes de laboratorio. En algunas ocasiones, la depresión desaparece sola, mientras que en otras la persona necesita terapia para superarla. Es más probable que se presente en una persona que ya la ha padecido anteriormente.⁵

La depresión puede variar desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia hasta desesperación en grado extremo. En el síndrome depresivo menos grave, el paciente está callado, cohibido, inhibido, infeliz, pesimista y esto tiene sus raíces en la culpa inconscientes que surge de las dificultades interpersonales, es incapaz de tomar decisiones y le cuesta trabajo ejecutar actividades mentales que habitualmente no se le dificultan.

Los síntomas de la depresión ligera se manifiestan por una pérdida de interés agradable en los asuntos habituales de la vida, se pierde la espontaneidad; todo requiere un esfuerzo extra y proporciona menos satisfacción que antes.

En la depresión intensa la persona se halla francamente abatida o se siente físicamente agotada y por lo general está desesperada, desvalida y carente de autoestima, su raciocinio, verbalización y movimientos se hallan retardados, está tensa e intranquila, de los numerosos síntomas físicos el insomnio es el más prominente.

⁵ (Sarason G. Irwin PSICOLOGIA ANORMAL, México, Prentice Hall Hispanoamericana S.A. 1980, Pág 287)

En la más intensa, hace falta el sueño que es necesario para atenuar su agotamiento. Estas vigilancias solitarias en las horas de la madrugada son con frecuencia las horas de desesperación más profunda.

La depresión es un padecimiento recurrente, pero de curso definido puede clasificarse de la siguiente manera:

EXÓGENA O REACTIVA: Cuando factores ambientales psicológicos que la determinan.

ENDÓGENA: No hay evidencia de factores determinantes.

El estado de ánimo deprimido se encuentra en varios trastornos, de modo que su sola presencia no significa que la persona padece un trastorno de estado de ánimo. El término depresión se puede referir a un síntoma o a un trastorno. La gente emplea la palabra "depresión" en un lenguaje cotidiano para referirse a un síntoma. Estos pueden ser el resultado de un estado emocional, una reacción ante una situación o el estilo de comportamiento característico de una persona. El sentimiento de la depresión por lo general se conoce como "melancolía". Y surge ante vivencias de pérdida incluyendo la pérdida de la salud. Los signos y síntomas de depresión de los pacientes que padecen 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, calidad de vida del individuo disminuirá, se retrasará la curación y aumentará el riesgo de suicidio.

También la depresión, como la ansiedad, constituye una de las constantes modalidades de reacción del hombre frente a diversas causas, físicas o psíquicas. Por ejemplo: a veces la persona se siente triste, de mal humor o pesimista sin razón aparente en tanto que otras veces, se puede sentir particularmente eufórico u optimista, también sin razón aparente.⁶

El estado de ánimo triste, deprimido, de mal humor, con inhibición del curso del pensamiento, débil voluntad e incapacidad de decisión. Es una manifestación normal cuando hay causas exteriores que la explican. Sin una base normal suficiente y en grado intenso, se presenta en diversas enfermedades mentales, especialmente en la psicosis maniaco depresiva⁷

⁶ (Sarason G.Irwin PSICOLOGIA ANORMAL México, Prentice Hall Hispanoamericana S.A.,1996, Pág. 323).

⁷ (Dorsch Friederich DICCIONARIO DE PSICOLOGIA Barcelona, HERDER, Prentice Hall Hispanoamericana S.A., 1981, Pág. 231)

Los síntomas de la depresión pueden encuadrarse en tres grupos:

- a. Los síntomas obtenidos por la observación del paciente.
- b. Sensaciones referidas por el paciente
- c. Síntomas somáticos.

SÍNTOMAS OBTENIDOS POR LA OBSERVACIÓN DEL PACIENTE: El aspecto general del deprimido es casi siempre tan característico que permite hacer un diagnóstico desde la primera mirada. El rostro es tenso, pobre en movimientos mímicos bloqueado en una expresión de dolor y tristeza, las cejas están contraídas, los ojos pocos móviles y lúcidos; en los casos más graves, el paciente puede llorar silenciosamente, pero siempre con una extrema pobreza de movimientos mímicos.

La lentitud motora del deprimido es muy evidente; los movimientos son lentos ocurren con obvio esfuerzo por parte del paciente, como si a cada músculo notable retraso para responder a las preguntas; las respuestas surgen con palabras aisladas o directamente con monosílabos. El tono de la voz es generalmente bajo, con una entonación lamentosa, las palabras son pronunciadas lentamente, con fatiga y habitualmente muy pocas, tanto que hace necesario formular numerosas preguntas por parte del examinador para obtener un mínimo de información sobre el paciente.

SENSACIONES REFERIDAS POR EL PACIENTE: Los sentimientos de insuficiencia y tristeza son prácticamente constantes en todo estado depresivo: el paciente se siente incapaz de terminar hasta tareas relativamente sencillas en las que antes se desempeñaba de manera adecuada.

Así como el propio pasado es visto de manera angustiante y culpabilizada, la vivencia de la situación presente es pesimista y peyorativa: el paciente tiende a devaluar y a mirar bajo una luz peyorativa de la situación actual; las pequeñas dificultades son vistas como insuperable, su condición actual es vista trágicamente y sin posibilidad de salida. Obstáculos de todo género hacen el presente angustiante y la vida no merece vivirse.

SÍNTOMAS SOMÁTICOS: El trastorno más constante es el insomnio. En los casos más graves, es total; en otros, se manifiesta con dificultad en el adormecimiento o con despertar precoz o con sueño interrumpido, discontinuo, irregular, acompañado de sueños de contenido angustiante y terrorífico. También es frecuente la reducción del apetito: el paciente come poco, con disgusto y de manera irregular.⁸

⁸ (Cameron Norman DESARROLLO Y SICOPATOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD México, TRILLAS, Pág- 37-38)

QUE ES EL ENVEJECIMIENTO: Es un proceso normal, progresivo e irreversible, condicionado por factores psico-biosociales, caracterizado porque la disminución de la capacidad del individuo lo aísla o es agredido por el ambiente social.⁹

TERCERA EDAD: El termino surgió en Francia cerca de 1950 y lo acuñó el Dr. J.A. Hut, iniciador de la gerontología en ese país, abarcó a personas de cualquier edad, jubiladas y pensionada, consideradas como de baja productividad, bajo consumo y poca o nula actividad laboral.

ADULTO MAYOR: 1994 la organización panamericana de la salud decidió emplear el término adulto mayor, para designar a las personas de 60 años o mas.¹⁰

EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO: Las principales características de los cambios que se observan en los individuos en las áreas física, mental y social.

- A. **CAMBIOS FISICOS:** El envejecimiento en ausencia de enfermedad es un proceso marcadamente benigno. Este involucra la constante declinación de la función orgánica y de la regulación de los sistemas corporales.

El envejecimiento no es la acumulación de enfermedades, aunque ambos están relacionados de manera compleja.

- B. **CAMBIOS SOCIALES:** Se puede afirmar que gran parte de los problemas que acompañan a los individuos durante la vejez no son atribuidos a la edad en si misma sino que son producto de la estructura social, la cual: Dificulta a quienes envejecen el satisfacer sus necesidades, les restringen las oportunidades de desarrollar sus potencialidades y coarta la iniciativa y la posibilidad de vivir una vida plena.¹¹

SE LE RETIRA DE LA FUERZA DE TRABAJO: En una sociedad cuya meta fundamental es la producción de bienes y servicios y donde el trabajo es el medio por excelencia para ganar el respeto de los demás y cimentar la autoestima; es decir, que se valora a la persona por sus logros y efectividad en la esfera laboral económica. Por lo tanto la jubilación se convierte en una perdida de la identidad social y hace que las personas mayores se les perciba como inútiles. Esta situación afecta en forma diferente a los hombres y a las mujeres, para estas el quedarse en casa significa “invadir “ el territorio de la cónyuge, se consideran un estorbo para los demás, se aburren y se desvalorizan como individuos.

⁹ Diplomado a Distancia PROMOCION DE LA SALUD EN EL ADULTO MAYOR Unidad 1 Pág.05.

¹⁰ IBID Pág 07

¹¹ IBID Pág 10

A medida que las personas envejecen:

- ❖ Aumenta gradualmente el riesgo de enfermarse y tener dificultades funcionales. A partir de la visión de la vejez como deterioro, surgió, el estereotipo que establece que es sinónimo de discapacidad.
- ❖ La falta de roles sociales: Crea dificultad a los individuos para dar un sentido pleno a la vida durante la vejez, el cual se obtiene al desempeñar o cumplir el papel básico asignado por la sociedad. Mientras el rol del niño es jugar, el del adulto es trabajar, amar y construir una familia, el del anciano es aun algo indefinido.
- ❖ El cambio en la dinámica y composición familiar: La vejez es la época de la vida que con más frecuencia se enfrenta la viudez, la partida de los hijos o familiares el irse a vivir con los hijos o familiares o el enfrentarse a la necesidad de vivir en un hogar o residencia para ancianos.¹²

C. **CAMBIOS PSICOLÓGICOS:** El envejecimiento psicológico es la acción el efecto tiempo en las distintas funciones psicológicas; en referencia a la forma de percibir y entender la realidad; la forma en que sentimos y valoramos la relación con los demás y con el entorno; en definitiva la manera como nos comportamos. El proceso de envejecimiento afecta la personalidad, el área cognoscitiva y las otras funciones psíquicas.

EN LA PERSONALIDAD. El incremento de la edad surge una tendencia a la introversión, mientras que otros sostienen que la personalidad de un adulto mayor no difiere con la edad, destacando que los cambios de la personalidad se realizan más en el aspecto interno que el externo.

Existen consensos que durante la vejez, los rasgos de personalidad se hacen más evidentes y marcados. En relación con la actividad, participación social y las relaciones humanas, los rasgos de personalidad del adulto mayor se han llegado a organizar de la siguiente manera:

1. **MADURAS:** La mejor adaptada. Constructivas en sus relaciones con otros; acepta satisfactoriamente su pasado y el presente; tiene buenas relaciones interpersonales, con muy escasos o nulos rasgos neuróticos.
2. **DEPENDIENTE:** consideran la vejez desprovistas de toda responsabilidad, sus relaciones con los demás se caracteriza por la dependencia.

¹² IBID Pág.17

3. **BLINDADOS:** Lucen bien adaptados, pero rígidos, recurren constantemente a mecanismos de defensa; desarrollan una vida activa, pero rígida.
4. **DESCONTENTOS Y AUTOFOBICOS:** Tipos de personalidad considerada mal adaptada, caracterizados por amargura, agresividad y depresión.¹³

PSICOTERAPIA BREVE

La eficacia de aplicar la psicoterapia breve en una amplia variedad de problemas personales y emocionales-depresiones, estados de ansiedad, despersonalización, desórdenes somáticos y emergencias de muchas clases y problemas específicos de la edad, tales como el envejecimiento, las aflicciones. LA EFECTIVIDAD DE LA PSICOTERAPIA BREVE SE DERIVA DE LA CLARIDAD DE CONCEPTUALIZACION NECESARIA PARA SU PRACTICA.

Que es la Psicoterapia? Es básicamente un proceso muy simple que comprende desconocimiento, aprendizaje. Nosotros somos el producto de nuestro propio pasado cognoscitivo. Nosotros traemos nuestro peculiar Anlage biológico dentro de nuestro mundo experimental, que tiene un efecto estructurante en la manera que registramos guardamos y rescatamos nuestra experiencia.

La Psicoterapia Breve y de Emergencia más ampliamente definida: La psicoterapia puede ser razonablemente una ciencia buena, la practica de la psicoterapia breve exige en especial que el terapeuta opere partiendo de un conjunto de hechos firmemente asentados y de hipótesis bien fundamentadas.

Diciéndolo con precisión la terapia rápida no es una terapia fácil. Terapeuta tiene que estar penetrantemente alerta para percibir cada comunicación significativa, mientras con rapidez formula los comunes denominadores, llena los huecos de las partes omitidas desde su ventajosa posición de sentido no común, y casi simultáneamente tiene que decir sobre cual es la intervención mas fructífera, que tiene que cotejar con su avalúo de las fuerzas, circunstancias de la vida real del paciente y condiciones del yo del paciente. En la psicoterapia rápida el terapeuta no tiene tiempo para esperar a que se desarrolle el insight , tiene que crearlo.

La psicoterapia breve tiene sus raíces en la teoría psicoanalítica ortodoxa.

¹³ IBID Pág. 21.

Uno de los pasos de la psicoterapia en la depresión y ansiedad suele ser el que no se dirija a la disminuida autoestima del paciente. El terapeuta tiene que percatarse de que el hecho de que el paciente tenga la necesidad de ir a tratamiento es un golpe más a su autoestima ya que el puede tomar eso como una debilidad de su parte para manejar sus problemas. La confianza que se le puede realmente dar al paciente partiendo de sus capacidades y de las fuerzas de su yo es un procedimiento estrechamente aliado al incremento de la autoestima.

Psicoterapia breve y de emergencia: Se limita a unas pocas sesiones de tratamiento en las cuales se utilizan técnicas específicas para la consecución de una meta terapéutica específica. La psicoterapia breve puede ser aplicada a cualquier clases de problema emocional. Por otro lado la psicoterapia rápida también puede ser útil como medida preventiva; en muchos casos un tratamiento inmediato, aunque corto, impide que el mal evolucione hacia una desadaptación grave que puede llegar a ser una enfermedad será y crónica.

Las Necesidades del Individuo: La mayoría de las personas se presentan a psicoterapia solo en los momentos de crisis; una vez superado ese trance desaparece la motivación para seguir explorando más profundamente los problemas.

En la vida de casi todos los seres humanos, hay un conjunto de situaciones que en un determinado momento pueden llevarlos a padecer graves problemas psicológicos. La existencia humana se mueve en un tejido de problemas que van desde el proceso biológico del nacimiento, el matrimonio, la muerte, las tribulaciones de los hijos, las desavenencias de los padres hasta los problemas económicos. Dondequiera que la sintomatología interfiera con el desempeño de las tareas sociales y ocupacionales del individuo, la psicoterapia breve le proporcionará un medio de minimizar la alteración de su vida y la de su familia o unidad económica.

La intervención en crisis se define como “ un estado provocado cuando una persona encara un obstáculo a las metas importantes de su vida, que por un tiempo, resulta inmanejable por medio de la aplicación de los métodos usuales para resolver problemas.

Aunque la intervención en crisis puede iniciarse con el propósito de retomar al paciente solamente al nivel premórbido, podría ser difícil limitar o bloquear la posibilidad de que el paciente pudiera espontáneamente alcanzar niveles de adaptación más altos. En enfermedades físicas agudas el cuerpo enfrenta una invasión bacteriana o viral con anticuerpos u otros mecanismos de defensa y aunque incapacitado, comienza a adaptarse a la invasión.

En la actualidad es una costumbre generalizada el preparar a los pacientes que van a someterse a intervenciones quirúrgicas con fluidos, antibiótico, y cualquier cosa que se necesite; posteriormente, en el cuarto de recuperación, se hacen cargo de las secuelas inmediatas y de las complicaciones. Cuando una persona se le va a amputar algo o se le va a hacer alguna operación emocionalmente traumática debería proporcionársele psicoterapia preoperatoria y postoperatoria.

CONVENIO IGSS- UNICAR

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y la Unidad de Cirugía Cardiovascular tiene vigente un convenio por medio del cual se compromete a prestar servicios médico-hospitalarios a pacientes del IGSS en el área cardiovascular de consulta e intervenciones quirúrgicas. Todo de acuerdo con la capacidad de encamamiento, quirófanos, servicios intensivos, sala de recuperación, medicamentos y material de curación, recursos humanos especializados y en general, toda la capacidad profesional que requieren los servicios médicos especializados completos, a los pacientes que le sean transferidos por el IGSS.

A través de este convenio, **UNICAR** se compromete a proporcionar toda clase de cirugía y atención clínica prestada por profesionales especializados, dotando a los pacientes de prótesis valvulares y vasculares, equipo necesario para el procedimiento, así como los recursos Técnicos que sean necesarios adicionales a la hospitalización.

Es doble reconocer que, antes de la existencia de este convenio, los pacientes con problemas cardíacos, se enviaban al extranjero con muy altos costos, pues adicional a los gastos de transporte, no sólo del enfermo y de su acompañante, así como gastos de estancia hasta que el paciente estuviera recuperado y en condiciones de regresar a Guatemala. Gracias a ese convenio, es doble asegurar que cada día que pasa se logra una mayor y mejor atención en la rama cardiovascular, de lo cual los afiliados al IGSS son profesionalmente beneficiados.¹⁴

EL CORAZÓN

Está constituido en realidad por dos bombas separadas, un corazón derecho que impulsa la sangre por los pulmones y un corazón izquierdo que la impulsa por los órganos periféricos.

¹⁴ Revista "CORAZON" UNICAR:

A su vez, cada uno de estos dos corazones separados es una bomba pulsátil de dos cavidades compuestas por una aurícula y un ventrículo. La aurícula funciona principalmente como cavidad de entrada hacia el ventrículo, pero impulsa también la sangre de manera débil para ayudar a desplazarla hacia el interior de la otra cavidad. A su vez, el ventrículo produce la fuerza principal que impulsa a la sangre por las circulaciones pulmonar o periférica.¹⁵

LOS APARATOS VALVULARES

Hemos recordado la estructura de las cámaras cardíacas y con especial cuidado la de las cámaras ventriculares. Lo primero que tenemos que recordar son las que pudiéramos llamar “válvulas de admisión” a los ventrículos, o sea las válvulas tricúspide y mitral, las cuales al abrirse y permanecer abiertas durante toda la diástole permiten el llenado ventricular, pero en cambio se cierran durante la sístole para impedir el regreso de la sangre impulsada por las paredes ventriculares, hacia las cámaras superiores del corazón o auriculares.

La válvula auriculo ventricular del lado derecho tiene en su nombre la definición de su estructura: **tricúspide** o sea, formada por tres valvas, en tanto que la del lado izquierdo sólo tiene **dos valvas** que, cuando están abiertas y son vistas del lado ventricular, recuerdan el aspecto de una mitra de obispo, de donde le viene su nombre de **válvula mitral**.

Volviendo a las válvulas auriculoventriculares, hay que recordar también que, dadas sus formas y condiciones de localización lo mismo que la consistencia de sus bordes, tienen tendencia, durante la contracción ventricular, a abombarse hacia las cámaras auriculares y de hecho se abrirían hacia ellas como lo hacen las alas de una puerta batiente, si no existieran elementos que, al limitar el desplazamiento valvular, impidieran esa apertura retrógrada.

Dichos elementos son las **cuerdas tendinosas**, formaciones fibrosas que se insertan en los bordes libres y en la cara inferior de las valvas por uno de sus extremos y por el otro, reunidas en grupos, se insertan en los **músculos papilares**, otras formaciones que se elevan como columnas en el interior de las cámaras ventriculares y cuya contracción, simultánea con la del resto del miocardio ventricular, limita la excursión de las valvas para impedir que, como ya se dijo, ellas se abren hacia las aurículas por acción del aumento de presión intra ventricular durante la sístole.

¹⁵ RAHILLY ROMAN O. ANATOMIA DE GARDENER México, Interamericana, 1989, Pág. 351.

Los músculos papilares, principales son **dos** en el **ventrículo izquierdo** y **tres** en el **derecho**, aunque pueden existir otros pequeños músculos papilares accesorios.

El hecho de que el número de músculos papilares principales sea en cada ventrículo igual al de las valvas de la correspondiente válvula auriculo ventricular, no significa que cada uno de ellos de inserción exclusivamente a las cuerdas tendinosas de una valva determinada. En realidad, algunos reciben cuerdas de más de una valva y a su vez una valva puede insertar sus cuerdas en más de uno de aquellos. Así, en el ventrículo derecho los **músculos papilares son:**

- a. El músculo papilar principal anterior, el cual da inserción a cuerdas tendinosas de las valvas anterior y posterior de la tricúspide.
- b. El músculo papilar posterior, el cual da inserción a cuerdas de la valva posterior y de la valva del tabique.
- c. El músculo papilar del infundíbulo o del cono, el cual da inserción a cuerdas tendinosas tanto de la valva anterior como de la valva del tabique.

En el lado izquierdo los músculos papilares son: el papilar principal anterior y el posterior, los cuales dan inserción preferentemente, el primero a las cuerdas de la valva antero septal y el segundo a las de la valva postero mural; no obstante algunas cuerdas de cada valva pasan al músculo opuesto.

El papel de las cuerdas tendinosas y de los músculos papilares es tan importante, que la ruptura de una o varias de aquéllas o la lesión de uno de los músculos papilares, pueden traer como consecuencia que la valva correspondiente se invierta hacia la cavidad auricular durante la sístole, con lo cual la oclusión del orificio valvular se hace insuficiente y parte de la sangre pasa retrógradamente del ventrículo a la aurícula.

En las válvulas auriculo ventriculares, el conjunto de los anillos, las valvas, las cuerdas tendinosas y los músculos papilares, forma lo que se conoce como el aparato valvular. En cuanto a las válvulas **pulmonar y aórtica**, situadas en el de las arterias respectivas, su estructura difiere de la de las auriculo ventriculares en varios aspectos. En primer lugar, sus valvas no están unidas a cuerdas tendinosas ni tienen nada que ver con los músculos papilares.¹⁶

¹⁶ TORO MORATAYA MARIO FUNDAMENTO DE MEDICINA (CARDIOLOGÍA) Colombia, CIB., 1997, Pág. 10.

ENFERMEDADES VALVULARES: La causa número uno en Guatemala es la **Fiebre Reumática**, es una enfermedad inmunitaria en la cuál las válvulas del corazón, principalmente la válvula mitral y aórtica tienden a ser lesionadas rara vez es afectada la válvula pulmonar y tricúspide. Y la menos común es la degenerativa, la cual se presenta más en ancianos.¹⁷

VÁLVULA MITRAL

GENERALIDADES: La válvula mitral situada en el plano auriculo ventricular izquierdo consta de 4 elementos:

- a. Dos valvas o velos, la mayor de las cuales es la valva anteromedial o antero interna, denominada también valva septal o valva aórtica y valva postero lateral o postero externa, denominada también valva mural.
- b. El anillo fibroso al cual están adheridas las dos valva.
- c. Las cuerdas tendinosas, las cuales se unen al borde libre y cara inferior de las dos valvas.
- d. Los músculos papilares sobre los cuales se insertan las cuerdas tendinosas y que tienen su origen en la superficie endocárdica del ventrículo.

El orificio valvular mitral tiene un área aproximada de 5 cms. Tanto las cuerdas tendinosas como los músculos papilares evitan que durante la sístole ventricular las valvas se viertan en la cavidad auricular creando una insuficiencia valvular. La válvula mantiene un flujo unidireccional y su movimiento es pasivo. A diferencia de la tricúspide, resiste enormes presiones y se calcula que las válvulas durante un año se abren y cierran unos 40 millones de veces.

¹⁷ IBID Pág. 11.

ESTENOSIS MITRAL

GENERALIDADES: La estenosis valvular mitral se debe en la mayoría de los casos a lesiones provocadas por la **Fiebre Reumática** y en un mínimo de ellos es de origen congénito o por enfermedad degenerativa como en el pseudoxantoma elástico familiar.

La fiebre reumática, que es la deformación causante de la estenosis valvular mitral, produce deformación de las valvas confusión de ellas y engrosamiento de las mismas. Puede existir acortamiento de las cuerdas tendinosas y fusión de unas con otras, dándole a la válvula un aspecto de embudo. Sobre el aparato valvular mitral se puede depositar calcio, lo cual hace progresar el fenómeno de la estenosis. La estenosis se puede clasificar en 3 grados:

1. Estenosis ligera: Cuando la superficie del orificio mitral es menor de 5 cms pero mayor de 1.5 cms.
2. Moderada: Cuando se halla entre 1 y 1.5 cms
3. Severa: Cuando el orificio mitral es menor de 1 cms. ¹⁸

INSUFICIENCIA MITRAL

GENERALIDADES. La insuficiencia mitral debe su origen en un 80% a la fiebre reumática en la que las valvas, por el proceso de cicatrización, se atrofian y deforman impidiendo durante la sístole ventricular la coaptación de dichas valvas, lo cual facilita el reflujo desde el ventrículo izquierdo hacia la aurícula.

VÁLVULA AORTICA

GENERALIDADES: La válvula sigmoidea aórtica o semilunar posee tres valvas en forma de media luna insertadas en la raíz de la aorta en forma de nidos de golondrinas y en el sitio de su inserción la aorta sufre un abombamiento hacia fuera, dejando una dilatación denominada seno de valsalva. Los bordes libres de cada valva forman un ángulo obtuso en cuyo vértice se encuentra un nódulo denominado, corpúsculo o cuerpo de Arancio. El área valvular aórtica es de 2.5 a 3.5 cms ²/m de superficie corporal.

¹⁸ IBID Pág. 170.

A los senos de Valsalva con sus respectivas valvas se les denomina así: seno de Valsalva anterior derecho de donde se origina la coronaria derecha, seno de Valsalva anterior izquierdo en donde nace la coronaria izquierda y seno de Valsalva posterior o no coronario.

La válvula sigmoidea posee cuerdas tendinosas y su apertura se debe a la eyección ventricular. La válvula aórtica puede estar comprometida en su área de apertura (estenosis) o existir deformidad de la válvula que impida la normal coaptación de sus valvas (insuficiencia valvular)

INSUFICIENCIA VALVULAR AÓRTICA

GENERALIDADES: La insuficiencia o regurgitación valvular aórtica es un deficiente cierre o coaptación de sus valvas durante la diástole favoreciendo el regreso de la sangre desde la aorta al ventrículo izquierdo. El 80% de los pacientes que sufren fiebre reumática presentan lesiones valvulares y de éstos un 30 % quedan con compromiso a nivel aórtico, ya sea con estenosis, insuficiencia o con doble lesión.

ESTENOSIS VALVULAR AÓRTICA

GENERALIDADES: La válvula aórtica, que normalmente tiene una superficie que oscila entre 2.5 a 3.5 cms²/m de superficie, puede disminuirse causando un obstáculo a la eyección del ventrículo izquierdo. Esta disminución del área valvular o estenosis es significativa hemodinámicamente cuando el orificio se halla reducido en un 60 a 70%, es decir, cuando es menor de 1cms.

A nivel valvular aórtico existen dos variedades: La estenosis valvular aórtica congénita y la adquirida. Esta puede ser causada en primer lugar por la fiebre reumática, la endocarditis bacteriana con cicatrización y depósito de calcio, o la descrita en 1904 por Monckeberg la cual denominó estenosis valvular aórtica calcificada.

Cuando el área valvular es mayor de 0.75 cms²/m de superficie corporal, la estenosis se considera leve; entre 0.75 y 0.50 cms²/m de superficie corporal, la estenosis es moderada y si el área valvular es menor de 0.50 cms², la estenosis es severa.¹⁹

¹⁹ IBID Pág. 189.

ENFERMEDAD CARDIACA ISQUEMICA

La causa más común de la Enfermedad Cardíaca Isquémica, es la aterosclerosis coronaria. La aterosclerosis es una enfermedad de la íntima de las arterias, crónica, progresiva y multifocal que, en el caso de las coronarias está limitada a los vasos epicardios de grande y mediano calibre; la obstrucción distal severa (vasos de pequeño calibre) tiende a ocurrir en corazones con severa enfermedad proximal y en todo caso las lesiones son menos exuberantes que las proximales.

Los factores de riesgo coronario son condiciones para las cuales se han demostrado por métodos estadísticos que incrementan la susceptibilidad de un individuo a la morbilidad y mortalidad por aterosclerosis de las arterias coronarias. La hipercolesterolemia especialmente lipoproteínas de baja densidad, la hipertensión arterial, el tabaquismo, un bajo nivel de lipoproteínas de alta densidad, la diabetes mellitus, la hipertrigliceridemia, el sedentarismo, la obesidad y posiblemente una personalidad de tipo A, son los factores de riesgo reconocido para la enfermedad Cardíaca Isquémica.

HIPERLIPIDEMIA

Aunque es difícil saber con certeza el nivel seguro de colesterol, se sabe que en las sociedades donde este nivel es menor de 150 mg/dl con lipoproteínas bajas, la aterosclerosis y la Enfermedad Cardíacas Isquémica son muy raras. Así mismo, está demostrado que los hombres con los niveles mayores de 264 mg/dl tienen una incidencia cuatro veces mayor de Enfermedad Cardíaca Isquémica que aquellos con niveles menores de 161 mg/dl. El papel de la hipertrigliceridemia no está definido, pero los estudios sugieren que se comportan como factor de riesgo independiente en ambos sexos; sin embargo, es posible que su asociación con elevación de Lipoproteínas de baja densidad y bajo nivel de Lipoproteínas de alta densidad, solamente reflejen un estado metabólico alterado, en el cual los triglicéridos sólo son un epifenómeno.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL: Bien establecida como uno de los riesgos mayores de Enfermedad Cardíaca Isquémica de carácter continuo y progresivo, no parece posible establecer cuál es el límite por debajo del cual la presión arterial es definitivamente segura.

TABAQUISMO: Significativa e independientemente relacionado con Enfermedad Cardíaca Isquémica fatal y no fatal en ambos sexos, en grupos de mediana edad y ancianos incrementan la mortalidad 2-3 veces en los fumadores comparados con no fumadores de la misma edad y sexo; particularmente interesante, la protección que confiere los beta-bloqueadores respecto a los eventos finales (infarto agudo, enfermedad cerebro vascular), no se consigue plenamente en los fumadores de ambos sexos.

Asociado al uso de anticonceptivos aumenta hasta 10 veces el riesgo de Enfermedad Cardíaca Isquémica fatal en mujeres jóvenes.

DIABETES MELLITUS: Repetidamente asociada como contribuyente en la progresión de la aterosclerosis y Enfermedad Cardíaca Isquémica. En los pacientes con este diagnóstico se incrementa el riesgo de ECI fatal a 4 - 8 veces para hombres y 5.8 veces para mujeres. Recientemente se ha resaltado la relación entre aterosclerosis e hiperglucemia tanto en pacientes diabéticos como en no diabéticos con o sin historia familiar de diabetes.

OBESIDAD: Importante aunque tiene definitiva relación con otros factores de riesgo como hipertensión arterial, hiperlipidemia, y diabetes mellitus. La frecuencia de ECI fatal y no fatal está directamente relacionada con el grado de obesidad y posiblemente sea un factor de riesgo independiente.

CIRCULACIÓN CORONARIA: La irrigación del corazón está a cargo de las dos arterias coronarias. Estas son las dos primeras ramas de la aorta, que nacen de los senos de Valsalva, exactamente por encima del plano valvular aórtico.

ARTERIA CORONARIA DERECHA: Nace del seno de Valsalva derecho y se dirige por el surco aurículo ventricular derecho hacia atrás, hasta alcanzar el surco interventricular posterior. Se considera que la arteria coronaria derecha es dominante cuando irriga la cara lateral del ventrículo izquierdo (60 % de los casos) y no dominante cuando es pequeña y no origina la arteria descendente posterior. Si origina la descendente posterior pero no origina ninguna posterolateral, se considera que hay circulación balanceada.

ARTERIA CORONARIA IZQUIERDA: Nace del seno de la Valsalva izquierdo y después de un tronco de 1 a 4 centímetros se divide en dos arterias: descendente anterior y circunfleja. En algunos casos origina una tercera arteria lateral o intermedia.

ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR: Desciende por el surco interventricular anterior e irriga los dos tercios anteriores del septum interventricular (4 a 7 arterias perforantes septales) la cara anterior y lateral del ventrículo izquierdo (2 a 3 arterias diagonales) y en algunos casos el tracto de salida del ventrículo derecho (arteria del tronco cono) anastomosándose con la homónima de la coronaria derecha.

ARTERIA CIRCUNFLEJA: Avanza por el surco aurículo ventricular izquierdo e irriga el nodo sinusal en el 40% de los casos, la pared posterior e inferior de la aurícula izquierda, arteria circunfleja auricular y puede irrigar las paredes lateral, posterior e inferior del ventrículo izquierdo de acuerdo con la dominancia (1 a 3 arterias obtusas marginales)

SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD CARDÍACA ISQUÉMICA

ANGINA DE PECHO: El dolor de la angina de pecho ha sido descrito clásicamente desde 1768; dolor generalmente retroesternal, el cual es precipitado por el ejercicio físico o por cambios emocionales y que mejora rápidamente con el reposo. Desde el punto de vista de patogénesis se clasifica así:

1. **Angina estable:** De al menos dos meses de duración, durante ese tiempo no se han notado cambios en frecuencia, duración o intensidad de los episodios de angina, como tampoco en los factores precipitantes o la facilidad con la cual se mejora.
2. **Angina inestable:** La terminología utilizada para referirse a la angina inestable (angina creciente, angina preinfarto, angina espontánea, insuficiencia coronaria aguda)
3. **Infarto agudo del miocardio:** La manifestación culminante del proceso isquémico es la oclusión completa de la circulación coronaria en un área definida.²⁰

COMPONENTES DEL ESTUDIO CARDIOVASCULAR

OBSERVACIÓN: Por medio de ella establecemos el primer contacto con el paciente antes de realizarse los exámenes a los cuales será sometido y de esta forma logramos establecer cual es la sintomatología que el paciente presenta.

PALPACIÓN : Para poder adquirir destreza y experiencia en el examen palpatorio del tórax, debe adquirirse primero gran experiencia con el sistema cardiovascular normal. Es importante tener en mente que todo movimiento hacia fuera es mejor descubierto por palpación, mientras que todo movimiento hacia adentro es más fácilmente visto que sentido. Para la inspección y palpación del tórax es mejor tener al paciente acostado sobre su espalda, ya sea en posición horizontal total o con el tronco elevado 30 a 45 grados.²¹

PERCUSIÓN: Es un método muy subjetivo y expuesto a error. Teóricamente no hay problemas debido a las cualidades percutorias del corazón (mate) y del pulmón (sonido claro), es indispensable percutir:

AUSCULTACIÓN : Es uno de los métodos más valiosos de la exploración cardiológica y a pesar de ser el oído humano un aparato prodigioso, es un instrumento muy pobre para la auscultación cardiaca debido a las características de los ruidos cardiacos.

²⁰ IBID Pág. 286.

²¹ IBID Pág. 36.

La auscultación cardiaca debe hacerse con el estetoscopio explorador en la región precordial y saliéndose de ella, para auscultar todas las regiones, las subclaviculares, la axila izquierda, el epigastrio, los vasos del cuello, y la cara posterior del tórax, especialmente en la región interés capular izquierda.²²

PRUEBAS DE DIAGNOSTICO

Las pruebas de diagnostico en pacientes con enfermedad cardiovascular, abarca desde exámenes sistemáticos (radiografía de tórax, electrocardiograma) que deben efectuarse en casi todo individuo sometido a valoración, hasta técnicas altamente complejas que resultarían apropiadas en subgrupos individuales de pacientes.

El **CATETERISMO** y la **ANGIOGRAFÍA** son componentes esenciales del estudio cardiovascular en la mayoría de las personas con (arteriopatía coronaria o enfermedad valvular avanzadas)

DESCRIPCIÓN DE LAS PRUEBAS

RADIOGRAFIA DE TORAX: (RX. Tórax) Los procedimientos de imágenes usadas con mayor frecuencia en la valoración del corazón son las radiografías de tórax estándar. Posteroanterior y lateral. El examen es simple y requiere equipo bastante económico y las ventajas de las radiografías de tórax en la valoración del cardiópata son:

- 1) Un observador con experiencia puede descubrir anomalías importantes no demostradas por otros métodos sin penetración corporal;
- 2) Es posible vigilar las alteraciones reconocidas y comprobar la reacción al tratamiento, y
- 3) Los resultados son fácilmente reproducibles, y la radiografía proporciona un índice comparativo confiable de cambios en enfermedades o en alteraciones de la función cardiovascular normal.²³

INTERPRETACIÓN: Para valorar en forma adecuada el estado cardiovascular, se requiere un método sistemático para leer las radiografías postero anterior y lateral, Además de valor el corazón es necesario estudiar grades vasos, vascularidad pulmonar, pleura, huesos, vísceras abdominales y estructuras extratoracicas que pueden proporcionar útiles indicios para el diagnóstico.

²² IBID Pág. 37.

²³ WYNGAARDEN JAMES-SMITH LLOYD TRATADO DE MEDICINA INTERNA, México, Interamericana, 1988, Pág. 215.

ELECTROCARDIOGRAMA : (EKG) Es una representación gráfica del registro de los fenómenos eléctricos que tienen lugar en el corazón y originan un campo eléctrico distribuido en todo el cuerpo. ²⁴

El examen electrocardiográfico usual para diagnóstico se efectúa con cinco electrodos, los cuales se colocan uno en cada una de las extremidades y uno en diferente lugar de la pared anterior del tórax. El instrumento se denomina electrocardiógrafo y la disposición de electrodos constituye una derivación electrocardiográfica.

Como se usa en la actualidad, el examen electrocardiográfico es un método de diagnóstico mayor. Algunas anomalías de la forma de la onda son la mejor señal clínicamente disponible del infarto de miocardio. Otras anomalías aunque muchas veces menos específicas, son señales útiles de diversos estados cardiacos y extra-cardiacos, que van desde el agrandamiento del corazón y la isquemia del miocardio. El electrocardiograma es el medio más seguro de identificar el ritmo cardiaco durante el examen, y descubrir cambios de ritmo cuando se vigila constantemente el registro. ²⁵

ECOCARDIOGRAMA: La ecocardiografía incluye diversos procedimientos diagnósticos en los que se usan ondas ultrasonoras de frecuencia alta para registrar la estructura del corazón y las velocidades de flujo dentro de él en todo el ciclo cardiaco.

Mediante el estudio ecocardiográfico se valoran en forma adecuada los tipos normales y anormales del tamaño y conexión de las cavidades cardíacas, movimiento y espesor de la pared, así como estructura y movimiento de válvulas.

Entre las complicaciones agudas del infarto de miocardio que pueden detectarse mediante eco cardiografías de imágenes y Doppler se cuentan: derrame pericardio con taponamiento cardiaco o sin él, válvula mitral flotante (Músculo papilar roto), insuficiencia mitral aguda por disfunción de músculo papilar. ²⁶

TRANSESOFÁGICO: A través de este se pueden obtener también imágenes eco cardiograficos "con penetración corporal", como cuando se usan transductores transesofágicos o durante toracotomía con aplicación directa del transductor al epicardio. Este método produce imágenes excelentes gracias a que no se pierden sonidos en el tórax, y a la posibilidad de usar ultrasonido frecuencia muy alta.

DOPPLER: El método Doppler ha sido rápidamente aceptado y proporciona importante información adicional sobre el flujo sanguíneo intra cardiaco, corto circuitos, así como estenosis y regurgitación valvulares. ²⁷

²⁴ IBID Pág.216.

²⁵ IBID Pág. 221.

²⁶ IBID Pág. 226.

Dicha información permite la intervención quirúrgica valvular sin cateterismo cardiaco previo. A menudo es útil para visualizar vegetaciones en las válvulas cardiacas.

MEDICINA NUCLEAR: También cardiología nuclear, se basa en la capacidad de colocar instrumentos en el exterior para detectar, definir y cuantificar la radiación que emana de estructuras cardiacas. Se ha establecido la utilidad de los procedimientos nucleares para definir fenómenos fisiopatológicos, pronósticos y diagnósticos en cardiopatas. Los procedimientos pueden repetirse sin riesgo y son adecuados para estudios tanto de imágenes como distribución puede valorarse sistemáticamente cambios en la función cardiaca, el volumen de sangre, la perfusión y el metabolismo cardiacos.²⁸

TOMOGRAFÍA CON POSITRONES: Esta técnica comprende imágenes y cuantificaciones de la distribución intra cardiaca de radionúclidos que emiten positrones. Esta técnica ha proporcionado conocimientos nuevos sobre el metabolismo y el flujo coronario.²⁹

CATETERISMO: Es un estudio del corazón mediante los rayos X durante el cual se pasa un catéter (tubito de plástico) por una arteria o vena del brazo o de la pierna hasta el corazón. Entonces se inyecta un medio de contraste por el catéter a las arterias coronarias y cavidades del corazón, mientras que se sacan radiografías.

Esta prueba permitirá determinar si su corazón tiene alguna complicación. Algunas veces hay complicaciones con la circulación de la sangre dentro del corazón. A veces las arterias coronarias del exterior del músculo cardíaco tienen bloqueos debido a la acumulación de colesterol que impide la circulación de la sangre por el resto del músculo cardíaco.

ANGIOGRAFÍA: La angiografía, el examen mediante rayos x del corazón después de inyectar un medio de contraste o colorante radió paco, se utiliza para detectar la presencia y extensión de una enfermedad coronaria. Las arterias coronarias principales aparecen como cordones amarillentos a través del corazón.³⁰

²⁷ IBID Pág. 227.

²⁸ IBID Pág. 232.

²⁹ IBID Pág. 236..

³⁰ IBID Pág. 240.

PRIMER REEMPLAZO VÁLVULAR: El primer reemplazo valvular cardiaco fue llevado a cabo en 1952, desde entonces, el avance tecnológico en el diseño de las válvulas artificiales y el perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas lo han convertido en una operación habitual en grandes hospitales.

LA VÁLVULA CARDIACA ST. JUDE MEDICAL: Las válvulas cardíacas mecánicas ST. Jude Medical están concebidas como válvulas de reposición en pacientes con Válvula cardiaca Mitral o aórtica enferma, dañada o defectuosa. Estos dispositivos pueden usarse también para reemplazar una válvula cardiaca protésica previamente implantada.

La válvula cardiaca mecánica fue diseñada imitando la válvula natural, sus dos valvas (semidiscos) permiten el suave homogéneo flujo de sangre reduciendo sustancialmente la sobre carga del corazón. Tal como la válvula natural, abre y cierra con cada latido, dirigiéndola sangre a través de las distintas cámaras cardíacas.³¹

VALVAS Y ANILLO VALVULAR: Los substratos de grafito de las valvas y el anillo valvular están revestidos de carbón piró lítico. Las válvulas de la serie Master SJM las válvulas cardíacas mecánicas ST. Jude Medical tiene un anillo valvular que se puede girar dentro del anillo de sutura una vez que la válvula ha sido suturada en su sitio.

La válvula de la serie Master SJM se encuentra disponible en configuraciones mitrales y aórticas. Un mecanismo radió paco dentro del anillo de sutura de la válvula de la serie Master SJM permite que el anillo valvular se pueda girar a la posición preferida por el cirujano. El anillo blanco de tela poliéster que envuelve el orificio sirve para suturar la válvula al tejido cardiaco. La válvula cardiaca biológica Bioimplant se construye a partir de una válvula aórtica de porcino, tratada químicamente con glutar adherido, para fijar y estabilizar el tejido biológico.³²

Tal como las válvulas aórtica natural, tiene tres valvas o velos que se abren hacia los lados, permitiendo el suave flujo central de la sangre. Si bien proviene de una válvula aórtica, se usa como reemplazo valvular en cualquier posición.

³¹ ST. JUDE MEDICAL THYSISIANS MANUAL ME CHASICAL HEART VALVE (MANUAL DEL MEDICO VALVULA CARDIACA MECANICA ST. JUDE MEDIAL . Pág, 3.

³² IBID Pág.6.

FORMULACION DE LA HIPOTESIS

a. PREMISAS.

- Las personas adultas que van a ser intervenidas quirúrgicamente necesitan de todo el apoyo psicológico.

- La Ansiedad y depresión van en aumento durante la fase PRE y post – operatoria.

- Las condiciones externas también contribuyen a aumentar mas los síntomas de ansiedad y generar depresión.

- La escala para medir la Ansiedad y depresión de Zung, permite evaluar de una forma rápida y directa dichos niveles en los pacientes, y de esa forma determinar en que fase el paciente manifiesta más síntomas.

- El equilibrio adecuado que existe entre lo físico y lo mental ayudara no solo al paciente, sino que también al médico para obtener mejores resultados, ya que el paciente será más colaborador y eso contribuye a que el médico lo comprenda mejor y le de una adecuada orientación y No se sienta solo.

b. HIPÓTESIS

LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR QUE SON INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE PRESENTAN UN ELEVADO NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA ETAPA PRE OPERATORIA.

VARIABLE DEPENDIENTE:

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA ETAPA PREOPERATORIA.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE.

VARIABLE DEPENDIENTE**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA ETAPA PREOPERATORIA**

La ansiedad es un estado de aprehensión, expectación y temor constante ante una amenaza real o imaginaria que provoca estados de angustia y que puede generar depresión. La depresión como síntoma es una manifestación normal cuando hay causas exteriores que la explican. Es más probable que el paciente sufra mas estos síntomas en etapa preoperatoria ya que después de la cirugía le espera un largo proceso de recuperación.

VARIABLE INDEPENDIENTE**INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE**

Procedimiento médico cuya técnica de diagnostico e intervención se utilizan instrumentos que requieren la perforación del tejido o la invasión de un orificio corporal.

CAPITULO II.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 – TÉCNICAS.

2.1.1. Técnica de muestreo.

Se tomó una muestra de selección de 40 pacientes entre hombres y mujeres con un nivel socioeconómico diverso, así como del área urbana o rural. El único requisito para formar parte de la muestra fue el de ser paciente de UNICAR mayor de 60 y menor de 75. No se tomó en cuenta religión, estado civil, u otros. Para obtenerla, se recurrió al personal de enfermería y de archivo para establecer cuáles de los pacientes que ingresaban a diario cumplían los requisitos de edad, y que fuera a ser intervenido quirúrgicamente de alguna enfermedad valvular o coronaria. Posteriormente se le aplicaba una prueba para establecer los niveles de ansiedad y depresión y se les reevaluaba tres días después ya que luego de ser intervenido quirúrgicamente es trasladado al área de cuidados intensivos donde permanece conectado a diversos aparatos, y tiene un proceso aproximadamente de 24 horas de duración, dependiendo de su evolución después de ser desconectado de dichos aparatos, es trasladado a su cuarto donde reposa por lo menos 4 días mas para su pronta recuperación, y es en ese lapso aproximado ya que se encuentra en condiciones de responder se le reevalúa, ya que esto tenía como objeto determinar en que fase de la operación el paciente se mostraba mas ansioso y deprimido.

2.1.2. Técnicas de recolección de datos.

La presente investigación se realizo en la Unidad de Cirugía Cardiovascular de Guatemala ubicada 5ª. Avenida 6-22 zona 11.

Para recolectar los datos necesarios se procedió por medio de una ficha clínica a recolectar los datos mas importantes de los pacientes después se procedió a aplicar las escalas de ansiedad y depresión en la fase PRE y postoperatoria que forman parte del Test de Zung, previa anotación de sus datos generales (Sexo, edad, estado civil, religión, escolaridad y procedencia) La prueba se aplico de forma individual, para facilitar la adecuada comprensión de instrucciones y realización del Test.

Posteriormente, se utilizo nuevamente el Test de Zung para la aplicación del re-test tres días después dependiendo de cómo habían evolucionado después de la cirugía, con la finalidad de obtener los datos últimos sobre los índices de ansiedad y depresión presentados.

2.1.3. Técnicas de Análisis Estadísticos de los datos.

El análisis estadísticos se realizó a través de la interpretación de los datos obtenidos mediante un análisis descriptivo teniendo presente los diferentes parámetros de manifestación de ansiedad y / o depresión que se establecen en las escalas de las pruebas por medio de las puntuaciones obtenidas.

También se utilizo la técnica de porcentajes para realizar, en base a esto un análisis descriptivo que se establecen en las escalas de la prueba por medio de las frecuencias obtenida y diferenciadas entre medias de ambas aplicaciones.

Para la representación de los datos se utilizaron diferentes tipos de gráficas, las cuales proporcionan una ilustración sencilla y rápida.

2.2- INSTRUMENTOS

Los instrumentos para recabar la información consistieron específicamente en las escalas aplicadas del Dr. William W. K. Zung para medir ansiedad y depresión; que constan de 20 afirmaciones que muestran características del cuadro ansioso y/ o depresivo. Las mismas tienen cuatro posibles respuestas:

ANSIEDAD: Nunca o casi nunca, A veces, Con bastante frecuencia, Siempre o casi siempre.

DEPRESION: Muy pocas veces, algunas veces, La mayor parte del tiempo, continuamente.

De estas cuatro posibles respuestas, deben de marcar únicamente una. Obtenida la totalidad de respuestas, se califican con una clave específica para una, otorgándole un punteo bruto, que luego se relaciona con un índice porcentual de la escala que marca los diferentes niveles de ansiedad y depresión así:

MENOS DE 45: Dentro del rango normal o ninguna ansiedad y / o depresión Presente.

DE 45 A 59: Presencia de ansiedad y /o depresión mínima o moderada.

DE 60 A 74: Presencia de ansiedad y /o depresión marcada severa.

DE 75 O MAS: Presencia de la más extrema ansiedad y /o depresión.

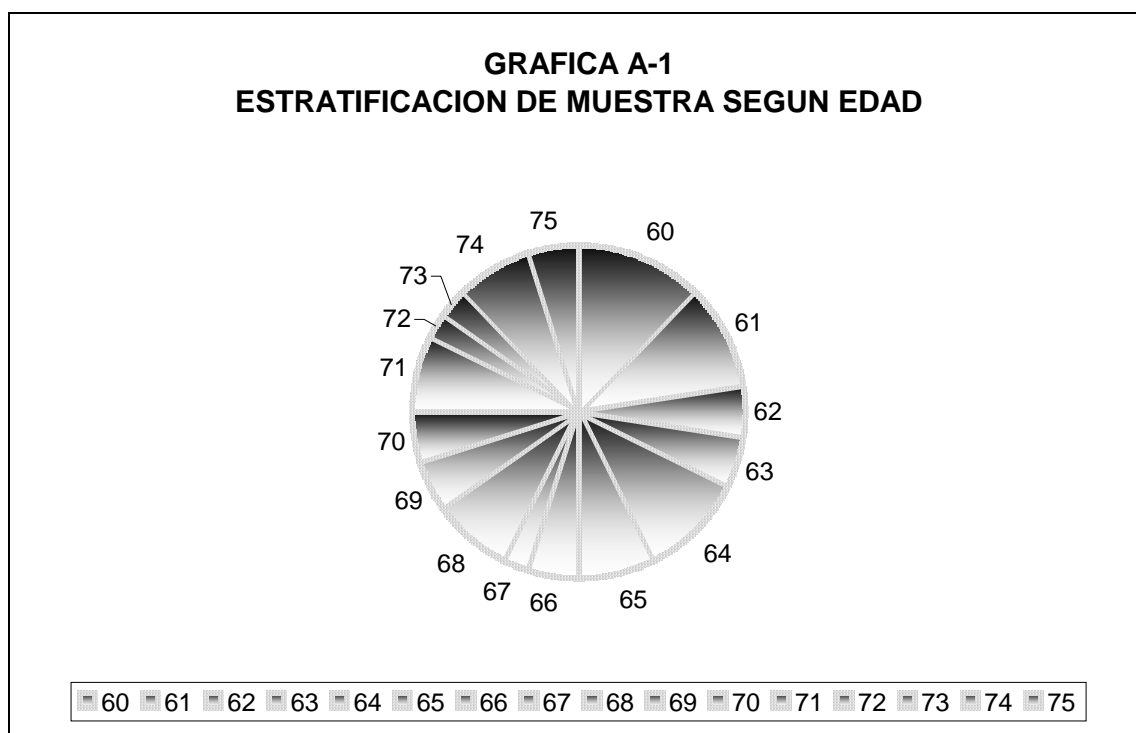
Dichas escalas están destinadas a medir sólo cuantitativamente, la depresión y la ansiedad. En consecuencia, las calificaciones altas no son en sí mismas diagnósticas, sino una indicación de la presencia de síntomas que puedan tener importancia clínica.

CAPITULO III.

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

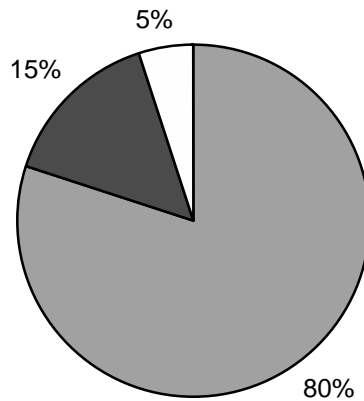
Para fundamentar el planteamiento teórico de la presente investigación, se procedió a realizar un trabajo de campo, el cual consistió en la aplicación –y posterior aplicación, tres días después –de las escalas de Ansiedad (AEA) Y Depresión (AMD) del Dr. William K. Zung a los pacientes de UNICAR. Con dichas escalas se logró determinar la variación entre los índices de ansiedad y depresión presentados por los pacientes.

A través de la aplicación de ambos tests, se obtuvo datos que se presentan en las gráficas que se presentan a continuación, los cuales evidencian las frecuencias de los índices de ansiedad y depresión, como el estado emocional que más prevalece; así como el número de pacientes encontrados en cada uno de los niveles de ansiedad y depresión, tanto en la primera aplicación, como en la reaplicación.



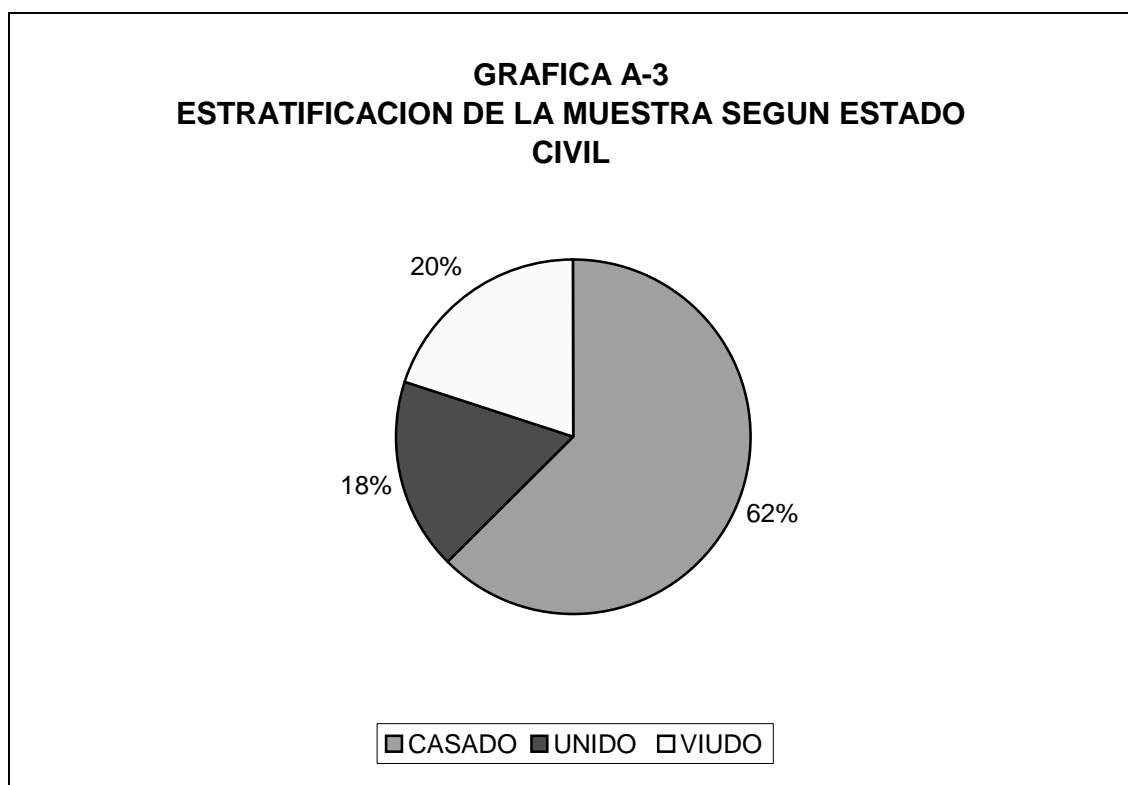
En la grafica A-1 se puede observar que los pacientes evaluados oscilaban entre las edades de 60 a 75 años entre hombres y mujeres.

GRAFICA A-2
ESTRATIFICACION DE LA MUESTRA SEGUN RELIGION



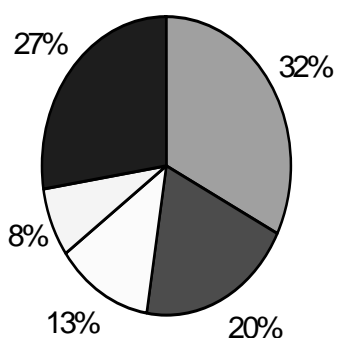
■ CATOLICO ■ EVANGELICO □ OTRAS

En la grafica A-2 Estratificación de la muestra según la religión se evidencia que el 80% de la población evaluada profesaban la religión católica, mientras que un 15% la religión evangélica y en menor porcentaje otra religión. De acuerdo a la ficha clínica se pudo determinar que la religión influyo de alguna manera a aumentar la ansiedad en los pacientes ya que se pudo observar que los que profesaban la religión evangélica se mostraban menos ansiosos que los que profesaban la religión católica, debido a los diferentes enfoques que le dan a la vida ambas religiones.



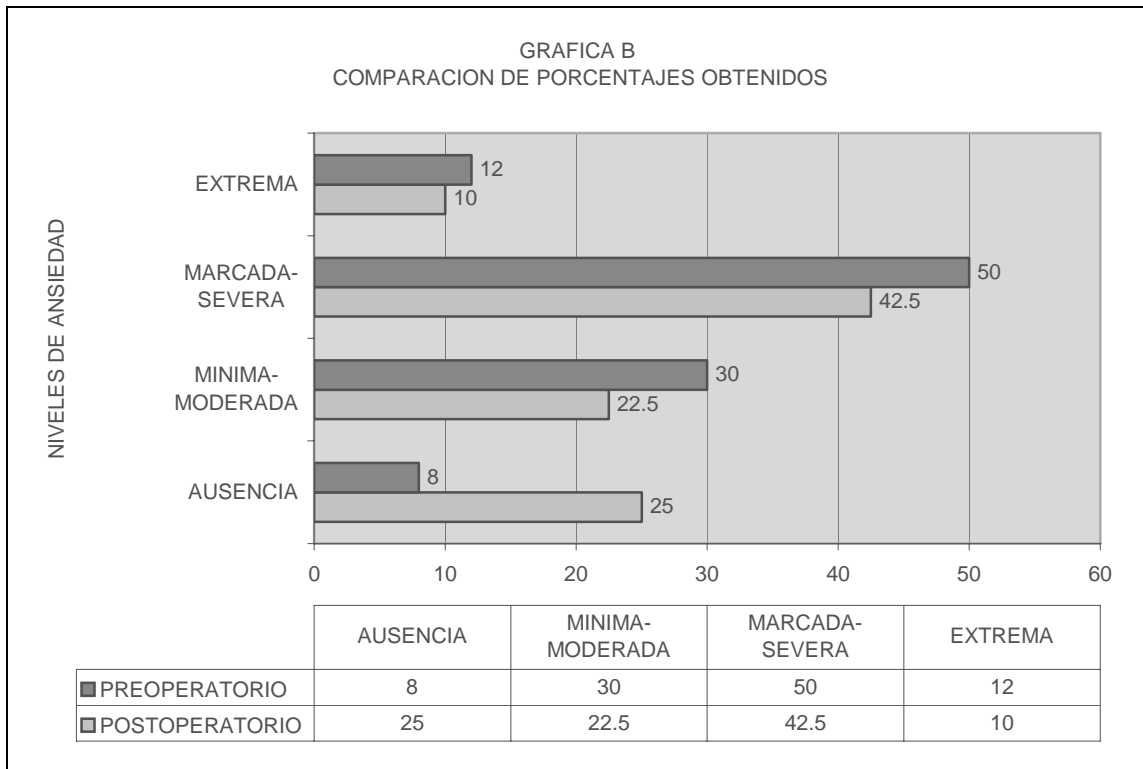
En la grafica A-3 se puede observar que el mayor porcentaje lo constituyen las personas casadas, mientras que un menor porcentaje las personas solteras por viudez, mientras que en una minoría eran unidos, con esto se concluye que de los 40 pacientes evaluados todos tenían compromisos familiares y estos contribuían a aumentar mas sus síntomas ansiosos y depresivos, ya que según el papel que jugaban en sus familias (padre, madre, esposa, etc.) y según la carga familiar que tenían los hacia sentirse intranquilos, temerosos, aprehensivos, ya que no sabían como iban a responder a la cirugía, y en base a eso si volviesen a ver a sus seres queridos y eso era un sentimiento mutuo por parte de sus familiares.

GRAFICA A-4
ESTRATIFICACION DE LA MUESTRA SEGUN
ESCOLARIDAD

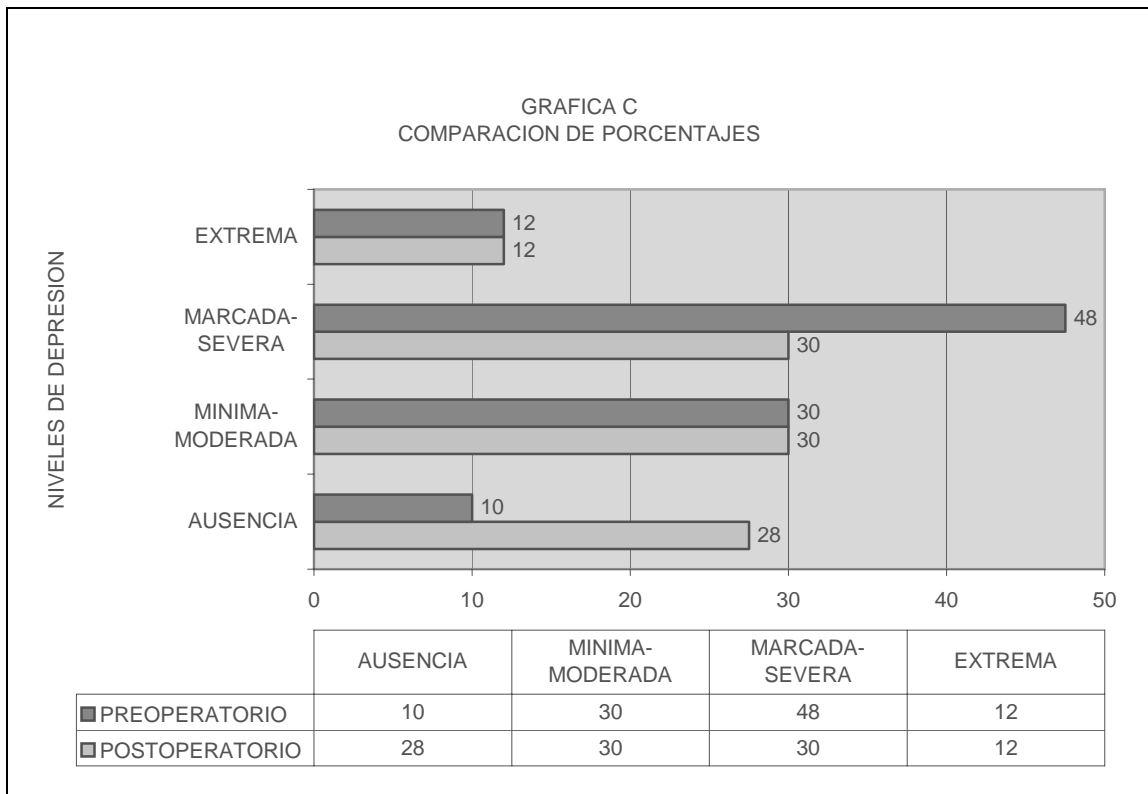


■ PRIMARIA INCOMPLETA ■ PRIMARIA COMPLETA □ BASICOS
□ DIVERSIFICADO ■ UNIVERSITARIO

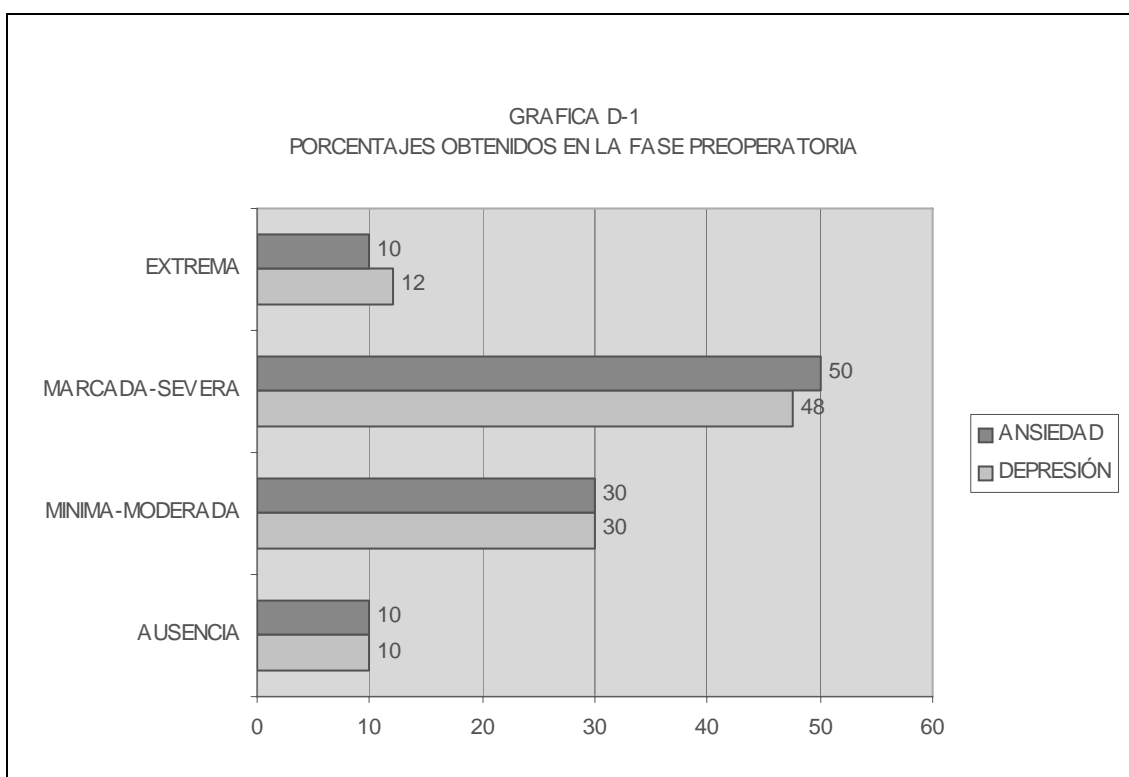
De acuerdo a la grafica A-4 según las personas evaluadas se pudo determinar que la mayoría de los pacientes no habían concluido la primaria completa, un porcentaje considerable la habían concluido, mientras que un grupo minoritario había logrado terminar básicos y tener una carrera a nivel medio, sin embargo un porcentaje muy significativo tenía estudios universitarios. En base a esto y a la información obtenida a través de la ficha clínica se pudo determinar que las personas con menor educación se mostraban mas ansiosos y con síntomas elevados de depresión que las persona que tenían estudios superiores y esto se debía a que las personas con menor escolaridad solo se quedaban con la información que el médico les brindaba acerca de la cirugía a la cual se les iba a someter, mientras que las personas con un poco mas de escolaridad indagaban mas por sus propios medios acerca de los pro y de los contra de someterse a una cirugía cardiaca y eso ayudaba a disminuir un poco su ansiedad y por lo tanto la depresión.



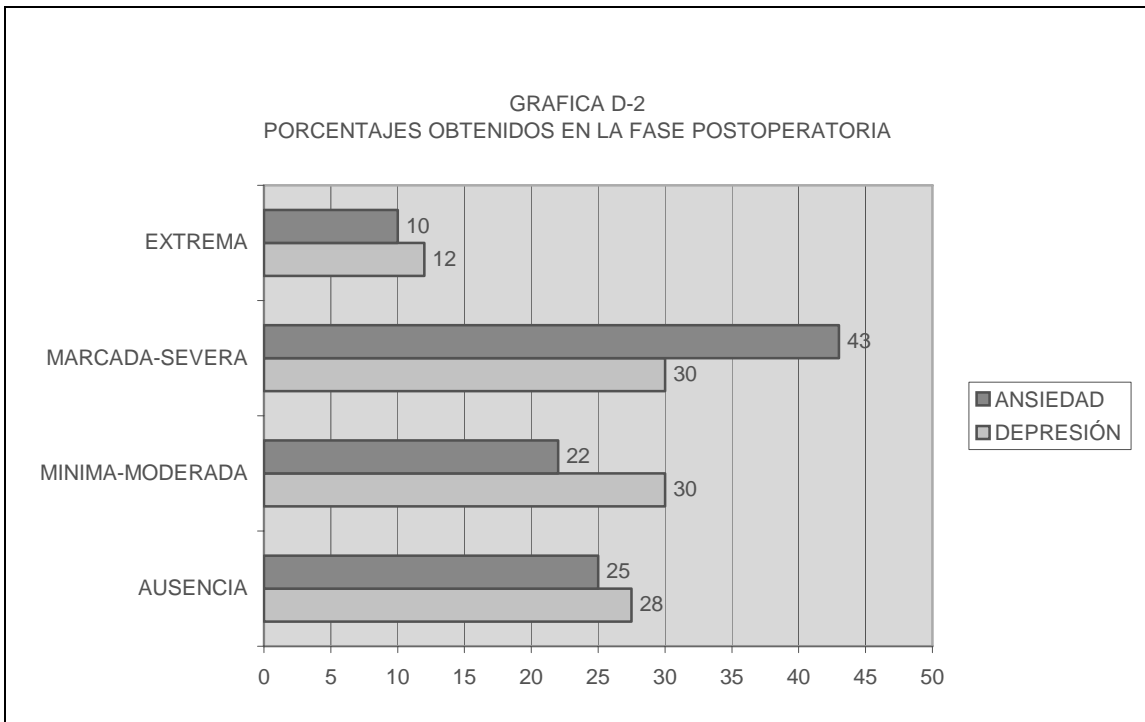
De acuerdo a la grafica B El 50% de la población evaluada presentó una ansiedad marcada severa, mientras que un 42.5 de esa misma población una ansiedad mínima moderada, mientras que un 12% una ansiedad extrema y un 8% ausencia total de ansiedad en la fase preoperatoria y esto se debió en gran medida a que las enfermedades de corazón, como lo son en estos casos las enfermedades de las arterias coronarias, producen mucha ansiedad y el miedo ante la muerte es constante y esto hizo que el paciente se sintiera mas ansioso en esta fase. Mientras que en la fase postoperatoria variaron en un pequeño porcentaje los síntomas de ansiedad ya que después de dar el primer paso todavía les queda un largo proceso de recuperación. Aunque un porcentaje mayor del 17% de los pacientes presentó una ausencia de ansiedad en la fase posterior a la operación.



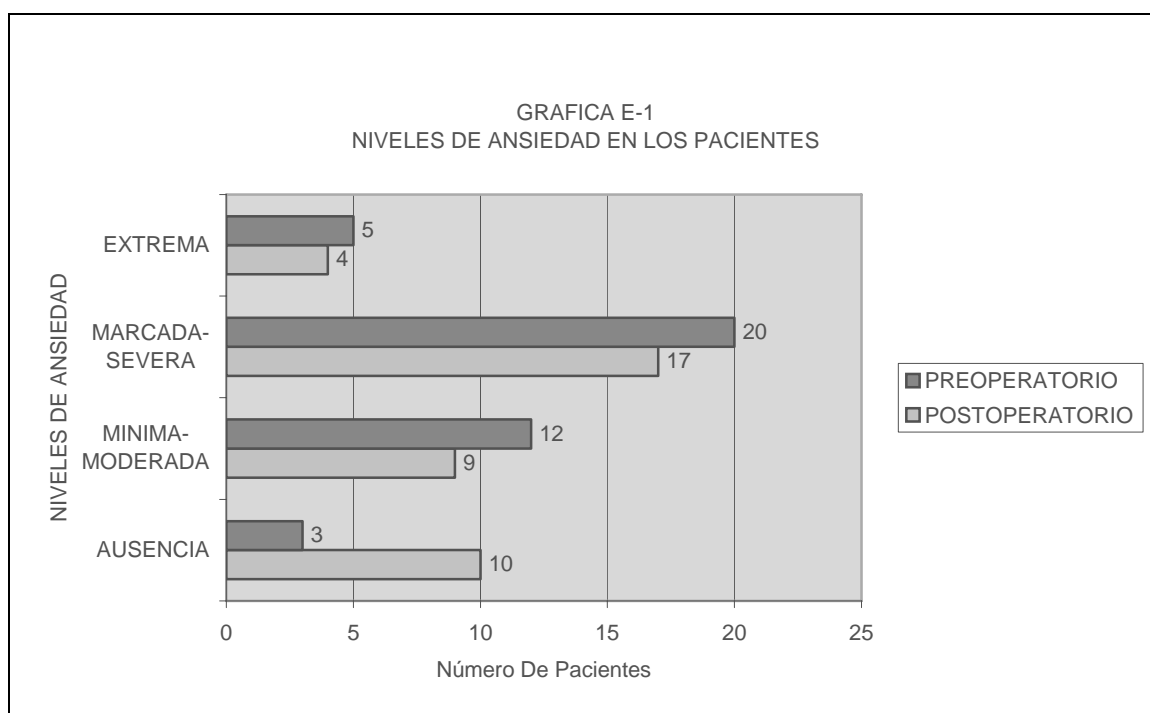
En la gráfica C se puede observar que el 48% de los pacientes presentaron síntomas depresivos marcados –severos, mientras un 30% una depresión mínima moderada en la fase preoperatoria, aunque al igual que en la fase postoperatoria no variaron en gran cantidad los porcentajes, donde si hubo un aumento significativo del 18% fue en una ausencia total de síntomas depresivos en la fase postoperatoria, esto indica que los pacientes experimentaron un número importante de síntomas depresivos antes y después de la cirugía a la cual fueron sometidos, y estos fueron producidos por el miedo al dolor o la incertidumbre ante el futuro. Se estableció a través de esta grafica que los síntomas depresivos fueron mas altos en la fase preoperatoria pero con una disminución del 18 % en la fase post operatoria.



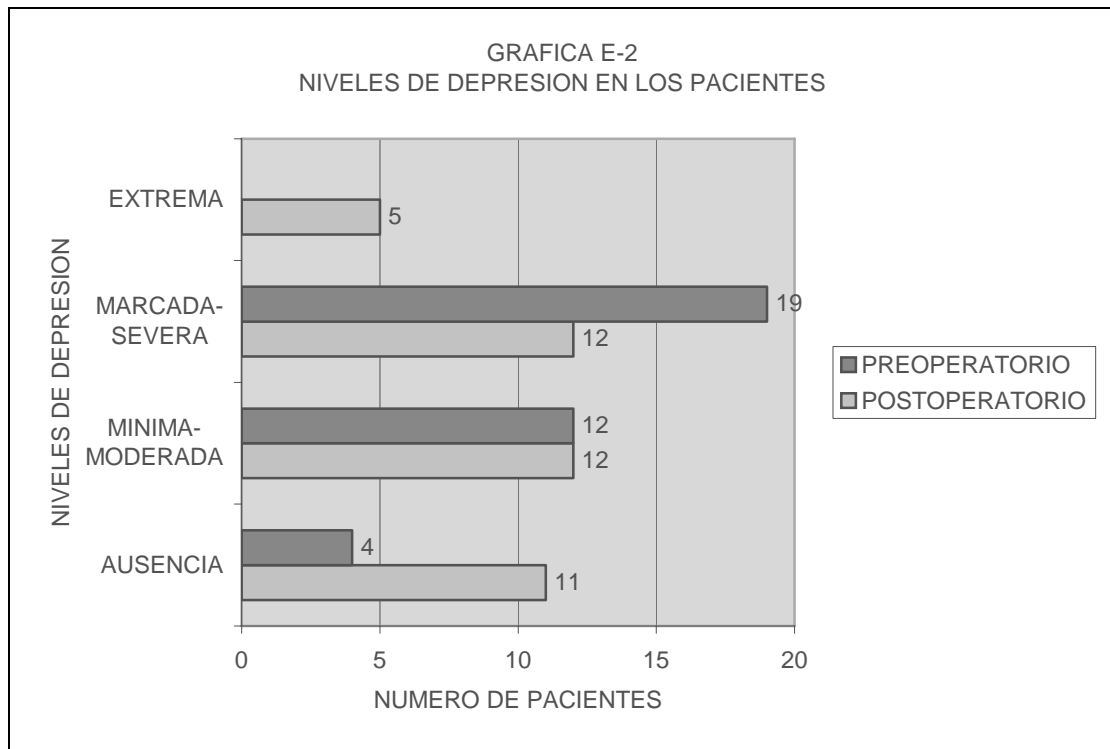
En la Grafica D-1 se puede observar que en la fase preoperatoria el paciente presentó según la aplicación del test Zung, síntomas ansiosos y depresivos, marcados-severos, pero no variaron de forma significativa los porcentajes en cuanto a una sintomatología ansiosa y depresiva, mínima-moderada y una ausencia total de los síntomas en la fase preoperatoria, esto indica que así como fue en aumento la ansiedad también fue aumentando la depresión. Y los factores que influyeron a aumentar dichos síntomas fueron que el simple hecho de ser hospitalizado, el miedo a las intervenciones quirúrgicas, o porque muchas veces la información que se le da es insuficiente se presenta de forma que aumenta sus síntomas.



En la grafica D-2 se pueden observar que los pacientes evaluados presentaron niveles ansiosos marcados -severos en la fase postoperatoria, mientras que los síntomas depresivos se encontraban en los niveles marcados a mínimos, sin mayores cambios esto indica que al igual que en la fase preoperatoria los pacientes presentan síntomas de ansiedad y depresión en menor escala y que estos se son acentuado por otros factores tales como: el largo proceso de recuperación, las posibles complicaciones post operatorias a largo plazo. Y con esto se puede concluir que tanto antes y después de la cirugía el paciente necesita que se le brinde ayuda Psicológica para que el paciente pueda mejorar de alguna forma su calidad de vida ya que es necesario que exista un equilibrio entre lo físico y lo psicológico.



Según la grafica E-1 de los 40 pacientes evaluados 20 de ellos presentaron en la fase preoperatoria niveles marcados-severos en cuanto a la fase post operatoria 17 se encontraban en dicho nivel, 12 pacientes presentaron una ansiedad mínima moderada en la fase preoperatoria, 9 pacientes en la fase postoperatoria, en ambos casos hubo una disminución de 3 personas, esto indica que los pacientes se encontraban más ansiosos en la fase preoperatoria mientras que si hubo un aumento significativo de ausencia de ansiedad en la fase preoperatoria mas de 7 personas habían podido superar la primera fase de su tratamiento, aunque en la fase post operatoria habían disminuido en menor escala sus síntomas ansiosos, esto indica que ambas fases el paciente debe recibir ayuda terapéutica para disminuir mas estos niveles tanto en la fase pre como postoperatoria.



Según la gráfica E-1 de los 40 pacientes evaluados 19 de ellos presentaron niveles marcados- severos de síntomas depresivos, mientras que registra una disminución de 6 pacientes en la fase post operatoria, en los niveles mínimos-moderados no existió ninguna diferencia ya que existió la misma cantidad de personas en ambas fases, si hubo una disminución total de depresión extrema en la fase postoperatoria y un aumento de 7 pacientes que ya no presentaron síntomas depresivos, esto nos indica que si hubo una disminución significativa en la fase postoperatoria.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN GENERAL

De acuerdo a las pruebas aplicadas a los pacientes de la unidad de cirugía cardiovascular se pudo determinar que los pacientes presentaron mas ansiedad en la fase preoperatorio debido a la reacción ansiosa que el individuo desarrolla ante una intervención esto es un factor determinante en el proceso de adaptación prequirúrgico y posquirúrgico, y se pudo establecer que la edad, el sexo, la escolaridad, la religión, y el estado civil, influye grandemente a aumentar mas los síntomas ansiosos y depresivos en los pacientes hospitalizados, ya que los adultos tienen mas riesgo de reaccionar ante una enfermedad con resentimiento o incredulidad, y de buscar diferentes opiniones con la esperanza de que el diagnostico original fuese una equivocación. Los pacientes ancianos en general aceptan mejor sus problemas médicos. Las enfermedades del corazón, en estos casos las enfermedades de las arterias coronarias y valvulares producen mucha ansiedad y el miedo ante la muerte es constante.

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

También se pudo evidenciar que cada individuo reacciona de manera diferente tras ser ingresado en el hospital, dependiendo de la naturaleza de la enfermedad, y de su situación vital. Algunos pacientes manifestaron sentirse en un lugar seguro del que van 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 normalmente el paciente le despojan de sus ropas, a menudo hay que compartir habitación con otros y tiene que adaptarse a su 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. Sin embargo ninguno se mostró a colaborar al contrario se mostraron muy colaboradores tanto en la fase PRE operatoria como en la post operatoria.

También se considera que el predominio de la sintomatología ansiosa sobre la depresiva se debe a toda la carga emocional, económica y sobre todo familiar, ya que esto influye grandemente a aumentar dichos síntomas desde que se le diagnostica la enfermedad, el curso del tratamiento hasta llegar a la cirugía y después la recuperación, mas en estos tipos de cirugía de corazón abierto principalmente si son valvulares y coronarias, como es sabido todo tratamiento medico , requiere de un proceso que lleva tiempo, y desde luego esto hace que aumento de los problemas emocionales, ya que no solo le preocupa el resultado final si no que también el aspecto económico ya que se requieren de varios gastos y en algunos caso no se cuenta con ese dinero, si mismo esta la familia de por medio, ya que El paciente en ningún momento quiere que su familia sufra o se preocupe por los resultados que se obtengan de la cirugía.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

- ❖ Por los resultados obtenidos, los pacientes de la Unidad de Cirugía Cardiovascular, que son intervenidos quirúrgicamente si presentan un elevado índice de ansiedad y depresión en la etapa preoperatorio.
- ❖ Por medio de la prueba del Dr. William w. k. Zung, se evaluó la ansiedad y la depresión en los pacientes tanto en la fase PRE y post operatoria de cirugía cardíaca de Unicar.
- ❖ Se logró determinar las causas ambientales, sociales, familiares que contribuyen aumentar los síntomas ansiosos y depresivos en los pacientes.
- ❖ Se logró determinar que la religión, el estado civil, la escolaridad son principales causas que generan ansiedad y depresión en los pacientes en la fase preoperatorio.
- ❖ Se identificaron los síntomas más comunes de ansiedad y depresión como el temor a no salir de la cirugía, que será de cada uno de ellos el día de mañana al igual que a su familia etc., y todo esto lo manifestaron en el proceso pre y post operatorio.

RECOMENDACIONES

- ✓ Se recomienda a la Escuela de Psicología de la Universidad de San Carlos, que en conjunto con la Unidad de Cirugía Cardiovascular, la oportunidad de tener una unidad como centro de practica psicológica.

- ✓ Se recomienda a la escuela de Psicología de La Universidad de San Carlos, preparar mas a los estudiantes en la aplicación de la Psicología Médica, con pacientes con enfermedades de alto riesgo y enfermedades terminales para que en conjunto con el médico logren ayudar mutuamente al paciente.

- ✓ Al departamento de Archivo de la Unidad de Cirugía Cardiovascular se le recomienda complementar la ficha clínica de los pacientes que ingresan a dicha unidad para obtener datos relevantes de la historia de vida del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Physiological Society: **PERIPHERAL CIRCULATION AND ORGAN BLOOD FLOW**. Washington, D.C. American Physiological Society, 1983.
2. Burch, G .E., and Windsor, T.: **A PRIMER OF ELECTROCARDIOGRAPHY**, 6th ed. Philadelphia, Lea & Febiger, 1972.
3. Brandy, A.J.: **MECHANICAL PROPERTIES OF CARDIAC FIBERS**. In Berne, R.M. et al, (ends): Handbook of Physiology. Sec. 22, Vol. I. Baltimore, Williams & Wilkins, 1979, p. 533.
4. Braunwald, Eugene, **PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA DE HARRISON**, 14va Edición, México. MC GRAW-HILL-Interamericana, 1998, 2 tomo, T. Pág. 288.
5. Brutsaert, D.L. and Paul us, W.J.: **CONTRACTION AND RELAXATION OF THE HEART AS MUSCLE AND PUMP**. IN Guyton, A.C. and Young, D.B.(eds.): International Review of Physiology. Cardiovascular Physiology III. Vol. 18 Baltimore, University Park Press, 1979, p.1.
6. Camerún, Norma **DESARROLLO Y PSICOPATOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD**, México, MCGRAWHILL, 1989, Págs.539.
7. Conti; C.R.: **LARGE VESSEL CORONARY VASOSPASM: DIAGNOSIS, NATURAL HISTORY AND TREATMENT**, AM.J. CARDIOL. 55: 41B, 1985.
8. Chien, s., Usami, s., and shalak, r.: **BLOOD FLOW IN SMALL TUBES**. In Reeking, E.M., and Michel, C.C. (ends): Handbook of physiology. Sec. 2, Vol. IV Bethesda, American Physiological Society, 1984, Pág.217.

9. Di Carpio, Nicolás **TEORIA DE LA PERSONALIDAD** México, segunda edición, MCGRAWHILL, 1989, Pág. 539.
10. Durrer, D., et al.: **HUMAN CARDIAC ELECTROPHYSIOLOGY**. In Dickinson C.J., and Marks, J. (ends): DEVELOPMENTS IN CARDIOVASCULAR MEDICINA. Lancaster, England, MTP press, 1978, Pág.53.
11. Fletcher, G.F., and Cantwell, J.D.: **EXERCISE AND CORONARY HEART DISEASE**: Role in prevention, Diagnosis, Treatment. Springfield, Ill, Charles c. Thomas, 1978.
12. Gregg. E.: **THE NATURAL HISTORY OF CORONARY COLLATERAL DEVELOPMENTS**. Circ. Res.; 35: 335, 1974.
13. Guyton Arthur C. **TRATADO DE FISIOLOGIA MEDICA**, México DF., Interamericana, Mcgraw-HILL, 1986, Págs. 1051.
14. Hurst, Willis J., **MEDICINA INTERNA TRATADO PARA LA PRACTICA MEDICA**, Madrid España. Médica Panamericana, 1983, Págs. 1589.
15. Ibor López Juan José **LECCIONES DE PSICOLOGIA MEDICA**, España; MASSON, Pág 571.
16. Jewell,B.R.: **THE PHYSIOLOGY OF CARDIAC MUSCLE CONTRACTION**. In Dickinson, C.J. and Marks, J.(ends): Developments in Cardiovascular Medicine. Lancaster, England, MTP press, 1978, Pág. 129.
17. Kolb Lawrence C. **PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA**, México, La prensa médica Mexicana, 1992.

18. **MANUAL DE PSICOLOGIA MÈDICA**, Barcelona.1982, Masson, Total Págs. 342.
19. Modell Walter, **CARDIOLOGIA PARA ENFERMERAS**, México, Primera Edición, La Prensa Médica, 1980, Págs. 288.
20. Murphy. R.A.: **MECHANICS OF VASCULAR SMOOTH MUSCLE**. In Bohr, D.F., et al., (eds): Handbook of Physiology. Sec. 2, vol. II. Baltimore, Williams Wilkins, 1980, P. 325.
21. McDonald, D.A. **BLOOD FLOW IN ARTERIES**, Baltimore, Williams & Wilkins, 1974.
22. Narváez Calderón Guillermo, **DEPRESIÓN**, México, primera edición, Trillas, 1984, Págs.,252.
23. Nobel, D.: **THE INITIATION OF THE HEART BEAT**, New York, Oxford University press, 1979.
24. O'Rourke, M.F.: **VASCULAR IMPEDANCE IN STUDIES OF ARTERIAL AND CARDIAC FUNTION.** Physiology, Rev., 62:570, 1982.
25. Pancheri Paolo **MANUAL DE PSIQUIATRIA**, México, Trillas, 1982. Págs. 300.
26. Papalia Diane E. **INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGIA**, México, Mcgraw-HILL, 1983, Págs.580.
27. Per off JK: **HEART DISEASE.** 3rd. ed. Philadelphia, WB. Saunders Company, 1986, Pp. 1858.
28. Pierre Pichot **MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. DSM IV**, Barcelona, Masson, 1996, Total Págs. 1996.

29. Pohost GW, Higgins CB, Morgan rod this, et al. (ends): **NEW CONCEPT IN CARDIAC IMAGING**: 1986. Chicago, year book Medical Publishers, 1986.
30. Rackley CE, Edwards JE, Wallace RB, et al.: **AORTIC VALVE DISEASE**. In hurts jw (ed): The Heart, 6th ed. New York, MC.GRAW-HILL book company, 1985, pp. 729.
31. Rally Roan **ANATOMIA DE GARDENER**, México, quinta edición, Interamericana. MC. GRAW-HILL, 1986, págs. 729.
32. Sarason G. Irwin **PSICOLOGIA ANORMAL**, México, Trillas, 1986. Págs. 675.
33. Soderman William A.- Soderman Thomas A., **FISIOPATOLOGIA CLINICA**, México DF ., Séptima Edición, Interamericana, 1985, Págs. 1165.
34. Sugimoto, T., et al.: **QUANTITATIVE EFFECT OF LOW CORONARY PRESSURE ON LEFT VENTRICULAR PERFORMACE** .Jap.Herat J., 9:46, 1968.
35. Toro Morataya Mario **FUNDAMENTOS DE MEDICINA** (cardiología), Colombia, 1997.
36. Verrier, R.L. and Lown, B.: **BEHAVIORAL STRESS AND CARDIAC ARRHYMIAS**. ANNU, Rev, Physiology, 46: 155, 1984.
37. Wyngaarden, James B-Smith Lloyd **TRATADO DE MEDICNA INTERNA** SW CWCIL, México, 18^a. Edición, Interamericana. MC. GRAW-HILL, 1988, II Tomos, Págs.2655.
38. Zaret. BL, Berger HJ: **TECHNIQUES OF NUCLEAR CARDIOLOGY**. In Hurst JW (ed): The Heart, 6th ed. New York, MC. GRAW-HILL, Book Company, 1986.

RESUMEN

El presente estudio se realizo en la Unidad de Cirugía Cardiovascular, con 40 pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente de alguna enfermedad Cardíaca específicamente (Valvular y Coronaria) dichos pacientes oscilan entre las edades de 60-75 años de ambos sexos.

El objetivo primordial de dicha investigación fue el determinar en que momento el paciente presentaba problemas emocionales tales como ansiedad o depresión los cuales se enfocaron como síntomas no como trastornos, es decir como signo o característica a la que el paciente se ve sometido. Para eso se les aplico una prueba psicológica antes y después de la cirugía para medir los niveles de ansiedad y depresión y las causas que contribuían a aumentarla. Y por medio de esto se pudo determinar que los pacientes manifiestan niveles altos de ansiedad y depresión en la fase preoperatorio.

Por medio de esta investigación se llego a la conclusión de la importancia del papel del psicólogo en la salud mental de los pacientes hospitalizados que sufren de alguna enfermedad cualquiera que esta fuera. Ya que debe existir un equilibrio entre lo físico y psicológico para restablecer la salud física y mental del paciente.

ANEXOS

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

COMPROMISO DE ESTUDIO A REALIZAR

YO _____ quién me

Identifico con Cédula:

No. de Orden _____ No de registro _____

Manifiesto que deseo participar en forma voluntaria, de la investigación que realizan las Licenciadas Inieri en Psicología.

LILISA MARCELA PATZAN CAL Y OLGA MARINA GARCIA OXOM

Dicha investigación es sobre Ansiedad y Depresión en la etapa pre y post-operatoria.

Por lo que firmo y con esto acepto participar y colaborar en las actividades que estas requieran en dicha investigación.

(f) Paciente

V.O.BO

Wally
Unidad de cirugía Cardiovascular
UNICAR



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS.

FICHA CLINICA

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL

NOMBRE COMPLETO _____

EDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

ESTADO CIVIL _____ OCUPACIÓN _____

LUGAR DE ORIGEN _____ RELIGIÓN _____

DIRECCIÓN _____ TELEFONO _____

PERSONA QUE LA REFIERE _____

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL FAMILIAR MAS CERCANO _____

2. MOTIVO DE CONSULTA

3. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

4. ANTECEDENTES LABORALES

5. HISTORIA FAMILIAR

6. EXAMEN MENTAL

Vo.BO

GUIA DE OBSERVACIÓN

➤ ASPECTO PERSONAL

➤ HABLA

➤ ACTITUD HACIA EL EXAMINADOR

➤ ESTADO DE ANIMO

➤ EXPRESIÓN DE SUS SENTIMIENTOS

➤ ACTITUD HACIA LOS DEMAS

NOTA: Para uso exclusivo de las estudiantes.



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

ESCALA PARA LA AUTOVALORACIÓN DE LA ANSIEDAD DE ZUNG

NOMBRE: _____

EDAD: _____ FECHA: _____

ÍTEMS	Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	Puntos
1. Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre.					
2. Me siento atemorizado sin motivo.					
3. Me altero o me angustio fácilmente.					
4. Siento como si me estuviera deshaciendo en pedazos.					
5. Creo que todo está bien y que no va a pasar nada malo.					
6. Me tiemblan los brazos y las piernas.					
7. Sufro dolores de cabeza, del cuello y de la espalda.					
8. Me siento débil y me canso fácilmente.					
9. Me siento tranquilo y me es fácil estarme quieto.					
10. Siento que el corazón me late aprisa.					
11. Sufro mareos.					
12. Me desmayo o siento que voy a desmayarme.					
13. Puedo respirar fácilmente.					
14. Se me duermen y me hormiguean los dedos de las manos y de los pies.					
15. Sufro dolores de estómago o indigestión.					
16. Tengo que orinar con mucha frecuencia.					
17. Generalmente tengo las manos secas y calientes.					
18. La cara se me pone caliente y roja.					
19. Me duermo fácilmente y descanso bien por la noche.					
20. Tengo pesadillas.					
Puntuación total					



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

ESCALA PARA LA AUTOVALORACIÓN DE LA DEPRESIÓN DE ZUNG

NOMBRE: _____

EDAD: _____ FECHA: _____

ÍTEMS		MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUA MENTE
1.	Me siento abatido y melancólico.				
2.	En la mañana me siento mejor.				
3.	Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.				
4.	Me cuesta trabajo dormirme en la noche.				
5.	Como igual que antes solía hacerlo.				
6.	Todavía disfruto de las relaciones sexuales.				
7.	Noto que estoy perdiendo peso.				
8.	Tengo molestias de constipación.				
9.	El corazón me late más aprisa que de costumbre.				
10.	Me canso sin hacer nada.				
11.	Tengo la mente tan clara como antes.				
12.	Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.				
13.	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14.	Tengo esperanza en el futuro.				
15.	Estoy más irritable de lo usual.				
16.	Me resulta fácil tomar decisiones.				
17.	Siento que soy útil y necesario.				
18.	Mi vida tiene bastante interés.				
19.	Creo que les haría un favor a los demás muriéndome.				
20.	Todavía disfruto con las mismas cosas.				
TOTAL					

**LISTADO DE PACIENTES EVALUADOS
(UNICAR)**

N0.	EDAD	TIPO DE CIRUGÍA
01	66 años	Sustitución Valvular Aortica.
02	68 años	By pass Coronario.
03	65 años	Revascularización Coronaria.
04	67 años	Revascularización Coronaria mas Reemplazo Valvular.
05	62 años	Sustitución Valvular Aórtico.
06	64 años	Cambio Valvular Aórtico.
07	65 años	Cambio Valvular Aórtico.
08	68 años	Revascularización Coronaria.
09	62 años	By pass Coronario.
10	60 años	Cambio Valvular Aortico.
11	61 años	Revascularización Coronaria.
12	75 años	Revascularización Coronaria.

13	69 años	Revascularización Coronaria.
14	64 años	By pass Coronaria.
15	73 años	By pass Coronario.
16	68 años	Sustitución Valvular Aortico.
17	78 años	By Pass Coronario.
18	71 años	Sustitucion Valvular Mitral Aortica
19	60 años	Cambio Valvular Mitral.
20	70 años	By pass Coronario.
21	71 años	By pass Coronario.
22	61 años	Revascularización Coronaria mas remplazo valvular mitral.
23	60 años	Revascularización Coronaria.
24	74 años	By pass Coronario.
25	71 años	Revascularización Coronaria.

26	65 años	Revascularización Coronaria.
27	64 años	Sustitución Valvular Aortica.
28	60 años	Revascularización Coronaria.
29	63 años	Revascularización Coronaria.
30	61 años	Cambio Valvular Aórtico.
31	66 años	Cambio Valvular Aórtico
32	70 años	Cambio Valvular Aórtico
33	63 años	Cambio Valvular Aórtico
34	71 años	Cambioular Aórtico
35	66 años	By Pass Aorto Coronario
36	74 años	BY Pass Aorto Coronario
37	69 años	Doble Reemplazo Valvular
38	60 años	Cambio Valvular Mitral
39	63 años	Cambio Valvular
40	61 años	By Pass Aorto Coronario