



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

INSTITUTO SUPERIOR DE POSTGRADO
UNIVERSIDAD DEL AZUAY

MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

**“Programa de asesoramiento para pacientes sometidos a cirugía
cardiorácica desde el Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad”**

TRABAJO DE GRADO ACADÉMICO DE MAESTRÍA PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER EN PSICOTERAPIA
INTEGRATIVA

Autora: Dalila Chávez Rosado

Directora: Dra. Silvia Mancheno Durán.

Promoción 2008-2010

Quito-2013

Agradecimientos

Agradezco a mi esposo David, por el apoyo constante e incondicional, gracias por su amor que me fortalece, a mi Directora de tesis Dra. Sylvia Mancheno, por su paciencia, constancia, motivación y cariño.

Al Dr. René Buitrón por sus largas horas de asesoramiento estadístico, por su paciencia y solidaridad, gracias a mis padres quienes me impulsan hacia nuevas metas confiando siempre en mi, y sobre todos gracias a Dios porque día a día me bendice y me permite sentirme cobijada bajo su abrigo y protección.

Agradezco a los profesionales del Servicio de Cardiotorácica por la apertura que tienen hacia la intervención psicoterapéutica, sin embargo tengo un agradecimiento especial a los pacientes quienes abrieron su corazón a la psicología y a este proyecto de asesoramiento, gracias porque reafirman cada día mi afán de servicio, me regalan satisfacción por las oportunidades que brinda el proceso terapéutico tanto para el paciente como para el terapeuta.

Dedicatoria

A mi amado esposo, David, porque gracias a que caminas junto a mí, me brindas tu apoyo y una sonrisa, me impulsas a seguir y puedo avanzar aunque el camino sea largo e implique sacrificio para ambos.

DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD

Yo **Delia Dalila Chávez Rosado**, autora, con cédula de ciudadanía No. 1306733351 libre y voluntariamente DECLARO, que el Trabajo de Grado Académico de Maestría titulado:

“Programa de asesoramiento para pacientes sometidos a cirugía cardiotorácica desde el Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad”

Es original y no constituye plagio o copia alguna, de ser comprobado lo contrario me someto a las disposiciones legales pertinentes.

Atentamente,

Dalila Chávez Rosado

AUTORA

Céd. 1306733351

Quito, Septiembre 23 del 2013

AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL

Yo, **DELIA DALILA CHÁVEZ ROSADO**, con cédula de identidad No. 1306733351 manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad CENTRAL DEL ECUADOR, FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4,5,6,8 y 19 en calidad de autora del trabajo de grado académico de maestría denominado:

“Programa de asesoramiento para pacientes sometidos a cirugía cardiotorácica desde el Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad”

Que ha sido desarrollado para optar por el título de: Magíster en Psicoterapia Integrativa en la Universidad Central del Ecuador, quedando facultada la Institución, para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente, con fines estrictamente académicos y de investigación.

En mi condición de autora me reservo los derechos morales de la obra antes citada.

En concordancia suscribo este documento, en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Central del Ecuador.

Psic. Clínica Delia Dalila Chávez Rosado

AUTORA

Cédula: 1306733351

Quito, a los 23 días del mes de septiembre del 2013.

CALIFICACIÓN

El Trabajo de Grado de Maestría:

“Programa de asesoramiento para pacientes sometidos a cirugía cardiotorácica desde el Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad”

Para optar el título de Magíster en Psicoterapia Integrativa

Ha sido defendido por la Psicóloga Clínica Delia Dalila Chávez Rosado y calificado por los miembros del Tribunal con la nota de _____/10

Atentamente,

EL TRIBUNAL

PRIMER VOCAL

SEGUNDO VOCAL

PRESIDENTE

Dra. Sylvia Mancheno Durán

DIRECTORA

Observaciones

.....
.....

DM de Quito, del 2013

(fecha de defensa)

RESUMEN

El programa de asesoramiento para pacientes sometidos a cirugía cardiotorácica desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad se utilizó para reducir los niveles de ansiedad y tener una mejor recuperación física y emocional en quince pacientes del servicio de cardiotorácica del “Hospital Carlos Andrade Marín” (HCAM) de la ciudad de Quito, sometidos a cirugía cardiotorácica.

Se aplicó cinco sesiones para abordar el análisis de la demanda, aplicación de reactivos, identificación del nivel de angustia, asesoramiento y resolución de conflictos o problemas. Se evaluó la personalidad con el cuestionario de personalidad SEAPSI y la presencia de ansiedad como estado o rasgo con el test STAI

En el análisis estadístico se utilizó la prueba no paramétrica de Friedman, que permitió probar la significación utilizando Chi Cuadrado, luego de lo cual se evidencia relación entre la aplicación del programa de asesoramiento y la disminución de ansiedad en los pacientes, puesto que el valor de Chi Cuadrado con una probabilidad de 95% fue de 197,8 superando al valor de la distribución de Chi cuadrado correspondiente que es de 23,691 probándose que si existen diferencias significativas, por lo tanto el programa de asesoramiento es eficaz para reducir ansiedad, sin embargo, no es significativa la relación entre los diversos tipos de personalidad y la reducción de niveles de ansiedad, ya que el valor calculado de Chi cuadrado es de 1,68, el cual es menor de la distribución.

Se recomienda realizar investigaciones con una población mayor en cada personalidad, para obtener datos significativos.

CATEGORÍAS TEMÁTICAS

PRIMARIA: ASESORAMIENTO

SECUNDARIA: RASGOS DE PERSONALIDAD – ANSIEDAD RASGO- ESTADO

ABSTRACT

The assessment program for patients subject to cardiothoracic surgery from the integrative pattern focused on personality was utilized to reduce anxiety levels and get better physical and emotional recovery on fifteen cardiothoracic surgery patients at the “Carlos Andrade Marin Hospital”(HCAM) cardiothoracic unit in Quito city.

Five sessions were applied to address demand analysis, reagents application, anguish level identification, assessment and conflict or problem resolution. Personality was evaluated through the SEAPSI personality questionnaire and presence of anxiety as state or trait by the STAI test.

For statistical analysis the non-parametric Friedman’s test was utilized which allowed to prove signification through Chi Square, after which it was evident the relationship between the application of the assessment program and diminishing of anxiety of patients since the value of Chi Square with a 95% probability was 197.8 then overpassing the distribution value of the corresponding Chi Square, that is, 23.691, proving that there are significant differences, therefore the assessment program is effective reducing anxiety, however, it is not significant the relationship among diverse types of personalities and reduction of anxiety levels because the value calculated by Chi Square is 1.68, which is lower than the distribution.

Investigations with a greater population for each personality are recommended in order to attain significant data.

THEMATIC CATEGORIES

PRIMARY: ASSESSMENT

SECONDARY: PERSONALITY TRACES – ANXIETY TRAIT-STATE

TABLA DE CONTENIDOS

A. PRELIMINARES	página
Agradecimientos	ii
Dedicatoria.....	iii
Declaratoria de originalidad.....	iv
Autorización de la autoría intelectual	v
Calificación	vi
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
Tabla de contenidos	ix
Tabla de cuadros	xii
B. INFORME FINAL DEL TRABAJO DE POSTGRADO	
Introducción.....	1
Planteamiento del problema.....	3
Preguntas de investigación.....	4
Objetivos de investigación:.....	4
Justificación	5
MARCO TEÓRICO	6
CAPÍTULO I.....	6
PATOLOGÍA CARDÍACA	6
1.1. Anatomía del corazón.....	6
1.2. Estructura y función del corazón.....	6
1.3. Tipos de patologías cardíacas.....	7
1.4 Factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales	10
1.5. Cirugía cardiotorácica.....	12
CAPÍTULO II.....	14
PRINCIPALES ALTERACIONES EMOCIONALES FRENTE A LA CIRUGÍA	
CARDIOTORÁCICA.....	14
2.1. Ansiedad	14
2.1.1 Ansiedad generalizada	14

2.1.2. Fobias.-.....	14
2.2. Depresión.....	15
2.2.1 Episodios depresivos según el cie-10 de la organización de la salud	16
2.2.2. Trastorno depresivo recurrente.-	16
2.3. Estrés.....	17
2.3.1. Trastornos por estrés post-traumáticos.-	17
2.3.2. Trastorno por estrés agudo.-.....	18
2.3.3 Trastornos de adaptación.-	19
CAPÍTULO III.....	20
MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD.....	20
3.1. Bases filosóficas y epistemológicas.....	21
3.2. Bases teóricas.....	22
3.2.1 Influencias biológicas en los estilos de personalidad.....	23
3.2.2. Factores socio-culturales y perspectivas psicológicas	24
3.2.3. Influencias sociales tempranas en los tipos de personalidad	25
3.2.4. El valor de lo pasado.....	26
3.3. Bases metodológicas.....	26
3.3.1. Etapas del proceso.....	28
3.4. Tipología de la personalidad.....	29
CAPÍTULO IV.....	32
PROGRAMA DE ASESORAMIENTO FOCALIZADO EN LA	
PERSONALIDAD.....	32
4.1. Análisis de las demandas personales, profesionales, familiares aplicación del test STAL.....	33
4.2 Evaluación de personalidad.	33
4.3. Identificación de los temores y miedos frente a la cirugía.....	34
4.4 Intervenciones específicas para los niveles de ansiedad	35
4.5 Técnicas de resolución de conflictos	41
4.6 Psicoeducación previa a la cirugía	44
4.7 Revisión de avances, progresos y dificultades.....	45
4.8 Evaluación - cierre de la intervención.....	46
ARTÍCULOS DE ESTUDIOS PREVIOS SOBRE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA	
EN PACIENTES CON PATOLOGÍA CARDÍACA.....	46

HIPÓTESIS	48
Definición conceptual	48
Definición operacional	49
MARCO METODOLÓGICO	50
Tipo y diseño de la investigación	50
Contexto de la investigación	50
Población y grupos de estudio	50
Procedimiento	50
Métodos:	51
Técnicas	51
Instrumentos:.....	51
Análisis de resultados	54
COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	63
CONCLUSIONES.....	67
RECOMENDACIONES.....	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS.....	73
A. Plan aprobado.....	73
B. Instrumentos	91

TABLA DE CUADROS

Tabla 1. Edad de los pacientes	54
Tabla 2. Género.....	55
Tabla 3. Estado Civil.....	55
Tabla 4. Residencia.....	56
Tabla 5. Número de Hijos.....	56
Tabla 6. Diagnóstico médico	57
Tabla 7. Instrucción académica.....	57
Tabla 8. Tipo de ocupación.....	58
Tabla 9. Afiliación	59
Tabla 10. Días de Hospitalización	59
Tabla 11. Días en Unidad de cuidados intensivos.....	60
Tabla 12. Tipo de personalidad.....	60
Tabla 13. Ansiedad- Estado al Ingreso Hospitalario.....	61
Tabla 14. Ansiedad- Estado Previo a la cirugía.	62
Tabla 15. Ansiedad- Estado Previo al alta hospitalaria.....	62
Tabla 16. Ansiedad- Rasgo	62
Tabla 17. Comparación de personalidad con los niveles de STAI-Rasgo	64
Tabla 18. Comparación de personalidad con los niveles de STAI-Estado	65
Tabla 19. Prueba de Friedman	66
Tabla 20. Estadística de contraste	66

INTRODUCCIÓN.

La presente investigación es importante porque aborda la elaboración de una propuesta de asesoramiento basado en un modelo integrativo, promueve el diseño de estrategias de intervención encaminadas a disminuir temores, preocupaciones que pueden estar presentes en un paciente que debe enfrentarse a una intervención quirúrgica para solucionar su problemática de salud, así mismo se plantea en el paciente cambios de hábitos y conductas, cambios en su psiquismo, y en sus estilos de vida, todo ellos con el propósito de brindar una adaptación adecuada en el proceso de salud –enfermedad y logre un estado de bienestar integral que se manifieste en sí mismo y en su entorno.

Se plantea además realizar una validación de este programa de asesoramiento basado en el modelo integrativo focalizado en la personalidad que aunque plantea consideración de la personalidad como eje fundamental se enfatiza también en los factores o implicaciones biológicas y socio-culturales encaminándonos hacia un abordaje integral del ser humano, reconociendo las construcciones y significado propios de cada paciente, se busca también valorar los distintos rasgos de personalidad y su relación con la eficacia del programa de asesoramiento en cuanto se refiere a favorecer o limitar la disminución de los niveles de ansiedad.

El realizar un análisis de los rasgos de personalidad también constituirá un punto de apoyo en el abordaje psicoterapéutico frente al paciente, determinado que rasgos nos favorecen u obstaculizan dicho proceso e incluso determinar si es necesario flexibilizarlos o afianzarlos.

Es necesario tomar en cuenta que enfrentarnos a una cirugía constituye un proceso estresante, pero además estamos frente al desmedro de nuestra condición de salud, que en muchas ocasiones se liga a una enfermedad de condición crónica, surgiendo entonces algunas emociones como angustia, sensación de un gran riesgo, temor a la muerte, y en algunos pacientes períodos de tristeza, debido al tiempo de hospitalización prolongado, a la sensación de pérdida o de incapacidad porque algunos pacientes se ven sometidos a disminuir considerablemente su nivel de actividad física y laboral, siendo para algunos meritorio el hecho de cambiar o abandonar algunas actividades que impliquen un esfuerzo físico. Además hay que considerar el hecho de que es un órgano de vital importancia relacionado directamente con la vida es que se ve afectado.

El desarrollo de esta investigación se llevó a cabo en el Hospital Carlos Andrade Marín en el Servicio de Cardiotorácica, con pacientes que fueron hospitalizados para realizarles una intervención quirúrgica que permitiera solucionar su problema de salud al padecer una patología cardíaca, el objetivo fundamental está enfocado a disminuir los niveles de ansiedad a través del programa de asesoramiento focalizado en la personalidad, y establecer si existe una relación con los rasgos de personalidad que presenta el paciente, identificando los características que promueven o interfieren en la adaptación emocional del paciente.

En cuanto al marco teórico en el primer capítulo se hace una descripción de la patología cardíaca que permita un breve acercamiento a los elementos anatómicos, funcionales del corazón, se trata de enlistar las diversas las patologías cardíacas, los tipos de cirugía cardíaca, y además reconocer e identificar los diversos factores de riesgo sean estos biológicos, psicológicos y socioculturales.

En el segundo capítulo se realiza un abordaje sobre las principales alteraciones emocionales frente a la cirugía cardiotorácica, realizando énfasis sobre ansiedad, definiéndola y explicando sus diferentes manifestaciones, así como sobre depresión, sintomatología y características en el paciente, y por último sobre el estrés emociones que pueden presentarse en el paciente.

El tercer capítulo se hace un abordaje desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad, basándose en las bases filosóficas, epistemológicas, teóricas y metodológicas, como también se enfocan los diferentes tipos de personalidad y la interrelación de esta con los problemas cardíacos.

En el cuarto capítulo se explica sobre la aplicación del Programa de Asesoramiento e intervención desde el modelo integrativo ecuatoriano focalizado en la personalidad dirigido a los pacientes hospitalizados en el Servicio de cardiotorácica para recibir una intervención quirúrgica.

Posteriormente se realiza una explicación sobre el marco metodológico, el diseño y los métodos utilizados en la investigación, se aclaran las técnicas e instrumentos que se aplicaron y se realiza un análisis e interpretación de los resultados obtenidos. Y Finalmente se establecen las conclusiones y recomendaciones realizadas a partir de la investigación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades cardíacas, cardiovasculares, tienen una alta incidencia y prevalencia debido a una serie de factores de riesgo biológicos psicológicos y socioculturales que continuamente están interactuando entre sí. En un estudio planteado por INTERHEART, se analizó más de 12.000 casos de pacientes que habían padecido Infarto de Miocardio, en los cuales se presentó al estrés psicosocial como uno de los factores de predicción significativos, con el mismo nivel que Diabetes, Hipertensión, Tabaquismo.

Encontrándose una relación significativa entre estrés psicosocial y características de personalidad relacionadas con ira, hostilidad, impaciencia, expresándose en determinados hábitos de conducta como el fumar, incremento de presión venosa y arterial que pueden influenciar en problemas cardíacos, que en múltiples ocasiones han conducido a que se plantee al paciente la necesidad de una intervención quirúrgica con miras a resolver su problema de salud, sin embargo para el paciente esto representará una situación que le genera sentimientos de inseguridad, depresión, ansiedad, temor a la muerte entre otros, al considerarse al corazón como un órgano vital para la existencia.

El implementar un programa de asesoramiento focalizado en la personalidad permitirá que el paciente logre atenuar un estado emocional relacionado con altos niveles de ansiedad, y pueda enfrentarse a la cirugía y vencer sus temores, promoviendo en el paciente una respuesta positiva y que desarrolle estilos de vida saludables.

Es importante aplicar un programa de asesoramiento focalizado en la personalidad porque permitirá un abordaje integral del paciente, disminuir los niveles de ansiedad, y además fortalecer el proceso de recuperación posterior a la cirugía, logrando en el paciente un estado de bienestar y conducirlo hacia el desarrollo de hábitos más saludables, y de flexibilizar algún rasgo de personalidad que contribuya negativamente en su salud física y mental.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

PREGUNTAS

1. ¿Un programa de asesoramiento desde el modelo Integrativo focalizado en la personalidad permitirá disminuir los niveles de ansiedad y enfrentar de mejor manera el proceso de recuperación de los pacientes que van a ser sometidos a una cirugía cardiotorácica?
2. ¿El nivel de ansiedad es igual en los pacientes al ingreso hospitalario, previo a la cirugía cardiotorácica y posterior a esta?
3. ¿Influirá la personalidad en el proceso de asesoramiento?

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN:

Objetivo General:

Aplicar el modelo integrativo de asesoramiento, focalizado en la personalidad (PAFP) en pacientes que van a ser sometidos a cirugía cardiotorácica del HCAM para disminuir los niveles de ansiedad existentes.

Objetivos Específicos:

1. Evaluar el nivel de ansiedad como rasgo y como estado según la escala STAI en los pacientes que van a ser sometidos a cirugía cardiotorácica en el servicio de cardiotorácica, previo y posterior al empleo de asesoramiento focalizado en la personalidad.
2. Determinar el tipo de personalidad que se adapta mejor al proceso de recuperación con la aplicación del programa de asesoramiento AFP
3. Comparar el nivel de ansiedad previo a la cirugía cardiotorácica posterior a esta y antes del alta hospitalaria según el Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAI)
4. Determinar el rasgo y el estado de ansiedad en los pacientes que van a ser sometidos a cirugía cardiotorácica.

JUSTIFICACIÓN

Someterse a una intervención quirúrgica, supone para el paciente enfrentarse a una altamente situación estresante, rodeada de sensación de incertidumbre, sin embargo esta condición puede ser mayor cuando se trata de una cirugía cardíaca al estar relacionada con un órgano de función vital, para muchos considerada como el órgano principal del organismo, las preocupaciones que aparecerán girarán en torno a que supone un riesgo inminente, presentándose temor a morir, así como preocupaciones sobre la autonomía, el dolor, la recuperación, el tiempo de hospitalización, etc.

Todas estas emociones pueden afectar el bienestar psicológico del paciente, y expresar síntomas ansiosos y en algunos casos además relacionados con depresión, pueden exacerbar el dolor, generar dificultades en el proceso de recuperación y rehabilitación cardíaca.

Debido a esta situación emocional es de vital importancia que se establezca para el paciente apoyo psicológico pre y post quirúrgico, por lo cual se plantea la aplicación de un programa de asesoramiento focalizado en la personalidad, que garantice la estabilidad emocional requerida y logre disminuir la ansiedad, se efectúe una reconstrucción del significado del proceso salud-enfermedad, redefiniendo su visión de futuro, logre una recuperación adecuada, establezca un estilo de vida más saludable asumiendo el autocuidado, y además permitiendo mejores condiciones frente al proceso de recuperación.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I PATOLOGÍA CARDÍACA

1.1. ANATOMÍA DEL CORAZÓN.

El corazón es el órgano principal del aparato circulatorio, tiene una forma que puede compararse a la de un cono aplanado, es relativamente pequeño, un poco más grande que un puño, o una mano cerrada de un adulto, mide aproximadamente unos 12 cm de longitud, 9 cm de anchura y 6 cm de grosor, máximo. Pesa entre 250 g en mujeres y 300g en varones adultos.

El corazón late unas 100.000 veces al día, unas 80 veces por minuto, lo que supondría que al final de una larga vida el corazón de una persona puede haber latido (dilatarse y contraerse) más de 3.000 millones de veces. Bombea cada minuto a los pulmones el equivalente de casi 30 veces su peso, cerca de 5 litros y el mismo volumen al resto del cuerpo, circulando más de 14000 litros diarios y unos 10 000 000 de litros en un año, esto mientras estamos descansando, nuestro corazón permite que circulen alrededor de 100 000 km. de vasos sanguíneos. El corazón está situado cerca de la línea media del tórax en el mediastino (que es una masa de tejidos que se sitúa entre el esternón y la columna vertebral, delimitado por la pleura que recubre los pulmones), entre los pulmones, apoyándose sobre el músculo diafragma, casi dos tercios de la masa cardiaca se ubican a la izquierda de la línea media del cuerpo.

1.2. ESTRUCTURA Y FUNCIÓN DEL CORAZÓN.

El corazón se encuentra compuesto por tejido muscular (miocardio) y en menor proporción por tejido conectivo y por tejido fibroso (tejido de sostén, válvulas).

Pericardio.-

Es una membrana de dos capas que envuelve y protege al corazón ésta es como una bolsa e impide que este se desplace de su posición en el mediastino, al mismo tiempo que permite libertad de movimientos suficiente para su contracción rápida y fuerte.

Capas de la pared cardiaca.-

La pared del corazón se encuentra formada por tres capas: Epicardio (externa), miocardio (intermedia), y endocardio (interna)

Cavidades del corazón.-

El corazón tiene cuatro cavidades. Las cavidades superiores se denominan aurícula izquierda y aurícula derecha y las cavidades inferiores se denominan ventrículo izquierdo y ventrículo derecho. Una pared muscular denominada tabique separa las aurículas izquierda y derecha y los ventrículos derecho e izquierdo.

El ventrículo izquierdo es la cavidad más grande y fuerte del corazón. Las paredes del ventrículo izquierdo tienen un grosor aproximado de un poco más de un centímetro, pero tienen la fuerza para empujar la sangre a través de la válvula aórtica hacia el resto del cuerpo. Las válvulas que controlan el flujo de la sangre por el corazón son cuatro:

Válvula tricúspide.- Que controla el flujo sanguíneo entre la aurícula derecha y el ventrículo derecho.

Válvula pulmonar.- La cual controla el flujo sanguíneo entre el ventrículo y las arterias pulmonares, las cuales transportan la sangre a los pulmones para oxigenarla.

Válvula mitral.- Esta permite que la sangre rica en oxígeno proveniente de los pulmones pase de la aurícula izquierda al ventrículo izquierdo.

Válvula aórtica.- Permite que la sangre rica en oxígeno pase del ventrículo izquierdo a la aorta. Es la arteria más grande del cuerpo, la cual transporta la sangre al resto del cuerpo.

1.3. TIPOS DE PATOLOGÍAS CARDÍACAS.

Encontramos diversos tipos de enfermedades cardiacas, las cuales pueden ser congénitas o adquiridas.

Defecto del tabique atrial.-

Se presenta cuando existe un agujero entre las dos cámaras superiores del corazón, lo que hace que la sangre del atrio izquierdo pase hacia el atrio derecho a través de ese agujero.

Defecto del tabique ventricular.-

Existe un agujero entre las dos cavidades inferiores del corazón. Debido a esto la sangre del ventrículo izquierdo retrocede hacia el ventrículo derecho, ya que la presión es mayor en el ventrículo derecho. Causando un volumen extra de sangre que el ventrículo derecho tiene que bombear hacia los pulmones, lo que puede producir congestión pulmonar.

Persistencia del ductus arterioso.-

Existe un agujero natural en el feto entre la arteria pulmonar y a la aorta. Sin embargo luego del nacimiento debe cerrarse solo, en ocasiones no se cierra y por lo tanto la sangre oxigenada de la aorta vuelve hacia los pulmones a través de la arteria pulmonar, causando congestión pulmonar y aumento de la carga de trabajo para el corazón, lo que podría llevar a la su dilatación.

Estenosis aórtica.-

Consiste en la rigidez de la válvula aórtica (la válvula localizada entre el ventrículo izquierdo y la aorta). Se puede producir por obstrucción del tracto de salida ventricular a varios niveles: subvalvular, valvular o supravalvular. La obstrucción producida por la válvula aórtica suele ser resultado de la degeneración y calcificación de una válvula normal.

Estenosis pulmonar.-

Consiste en la rigidez de la válvula pulmonar.

Válvula áortica bicúspide.-

Anomalía de la válvula aórtica en la que se tiene sólo dos valvas (aletas) en lugar de las tres que existen normalmente.

Estenosis subaórtica.-

Estrechamiento del ventrículo izquierdo justo por debajo de la válvula aórtica

Insuficiencia aórtica.-

Debida a enfermedad reumática en 50% de los casos o por degeneración mixomatosa de la válvula aórtica. Otras etiologías son endocarditis, traumatismo, enfermedades del tejido conectivo (Síndrome de Marfan), o patologías de raíz aórtica.

Coartación de la aorta.-

Estrechamiento o constricción de la aorta que obstruye el flujo sanguíneo desde el corazón hacia el resto de los tejidos del cuerpo.

Tetralogía de fallot.-

Se producen cuatro anomalías al mismo tiempo: defecto del tabique ventricular, estenosis pulmonar, superposición de la aorta (el tramo de salida de la aorta comienza justo por encima del defecto del tabique ventricular en vez de su lugar normal del ventrículo izquierdo) e hipertrofia ventricular derecha (dilatación del músculo del ventrículo derecho).

Insuficiencia cardíaca congestiva.-

Cuando el corazón no es capaz de bombear suficiente sangre, el músculo cardíaco no bombea suficiente sangre porque se ha debilitado.

Cardiopatía isquémica.-

Es una enfermedad de las arterias coronarias en las que se presenta un estrechamiento y una disminución del flujo sanguíneo hacia el corazón.

Por la acumulación de placa aterosclerosis, adelgazamiento o endurecimiento de las arterias.

Insuficiencia mitral.-

Antecedentes de fiebre reumática, otras causas menos frecuentes son enfermedades del colágeno o estenosis congénita. Puede ser aguda o crónica consecuencia de anomalías en el anillo, velos, cuerdas tendinosas, o músculos papilares.

Insuficiencia tricúspidea.-

Es el resultado de la dilatación funcional del anillo valvular secundario a hipertensión pulmonar, la cual, frecuentemente es debida a patología valvular mitral o aórtica.

Presión sanguínea elevada (o hipertensión).-

Para leer la presión sanguínea se usan dos números: un número más alto, la presión sistólica, o la presión de la sangre en los vasos mientras el corazón late, y un número más bajo, la presión diastólica o la presión de la sangre entre cada latido del corazón (cuando el corazón está en descanso). Se hace un diagnóstico de hipertensión sanguínea cuando la lectura excede constantemente 140/90.

1.4 FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

Existen varios factores implicados en la aparición de patologías cardíacas entre los factores biológicos encontraremos la edad, sexo, antecedentes familiares, algunas enfermedades como diabetes, hipertensión arterial y colesterol.

Se ha encontrado que los factores de riesgo de tipo psicológicos y sociales tienen una fuerte vinculación con el apareamiento de patologías cardíacas, explicando aproximadamente la mitad de la causa de las cardiopatías isquémicas (Oblitas, 2006). Entre los factores psicológicos y sociales se encuentran rasgos de personalidad especialmente a las personalidades de tipo A, estrés, depresión, ansiedad, ira y hostilidad entre otros. Se ha encontrado que las experiencias y expresiones de ira se relacionan potencialmente con la morbilidad y mortalidad cardiovascular (Kawachi, Sparrow et al Spiro III, 1996; Mittleman et al, 1995).

Autores como Friedman y Rosenman sugieren que conductas y rasgos de personalidad de tipo A llevan a una predisposición de padecimiento de problemas cardiovasculares. En relación con el estrés se encuentran estudios que evidencian la asociación entre estrés y los factores de riesgo, que son intermediarios en los marcadores fisiopatológicos en el proceso de las enfermedades coronarias (Pollard, 1997; Teorell, 1998; Kloner, 2004). El estrés es está también asociado al desarrollo de arterioesclerosis coronaria, incremento de la masa del ventrículo izquierdo y calcificaciones coronarias, es también un disparador de infarto isquémico del miocardio, arritmia maligna y muerte cardíaca súbita (Rozanski, Blumenthal Et Kaplan, 1999; Kloner, 2006; Kaplan et al., 1983; Schnall, Devereux, Pickering Et Schwartz, 1992; Mathews, Zhu, Tucker Et Wholley, 2006; Krantz, Kop, Santiago Et Gottdiener, 1996; Strike Et Steptoe, 2005)

Con respecto a la ansiedad esta se asocia con el padecimiento o desarrollo de cardiopatías, en relación a la enfermedad coronaria, se afirma que la ansiedad fóbica puede llevar a una muerte cardíaca instantánea (Hemingway Et Marmot, 199; Kubzansky Et Kawachi, 2000).

En cuanto a la hostilidad, se sugiere que contribuye en el desarrollo del curso de la cardiopatía isquémica (Shekelleetal., 1985; Chang, Ford, Meoni, Wang Klag, 2002; Williams et al., 2000; Matthews, Owens, Kuller, Sutton-TyrellJansen-McWilliams, 1998). Así mismo se ha encontrado que las personas que presentan hostilidad son más susceptibles de presentar isquemia (BURG, jain, Soufer. Kernse Et Zaret, 1993; Helmers et al., 1993).

Bunde y Suls (2006) realizaron un meta-análisis en el que se considera que la hostilidad puede contribuir al desarrollo y progresión de la coronariopatía isquémica mediante la obesidad, la resistencia a la insulina, la realización de conductas no saludables y/o el estatus socio-económico.

Se considera que el patrón de tipo A esta relacionado con el padecimiento de afecciones coronarias. Friedman y Rosenman, son autores que afirman que individuos competitivos, con fantasías de éxito, ambiciosos, agresivos, con dedicación excesiva al trabajo e impacientes, que en situaciones de desafío luchan por el éxito suprimen la fatiga volviéndose hostiles y elevando sus niveles de colesterol y triglicéridos, aumentando además la noradrenalina, acelerando la coagulación existiendo mayor probabilidad del Infarto agudo de miocardio.

Haselkorn (2000) citado en Bellak, 2000 menciona que “los pacientes con antecedentes premórbidos de una conducta sobrecompensatoria, competitiva y agresiva (utilizada como una negación contra una excesiva pasividad subyacente) se mostraban más amenazados emocionalmente por una enfermedad de las coronarias.

Actualmente se expone que más que un patrón de personalidad de tipo A se debe considerar el complejo ira-hostilidad relacionado con enfermedad cardiovascular según estudios de (Kawachi, Sparrow Et Spiro III, 1996; Mittleman et al., 1995) mencionan que las experiencias y expresiones de ira se relacionan potencialmente con la morbilidad y mortalidad cardiovascular. Sin embargo también existen estudios como el de O’

Malley, Jones, Feuerstein y Taylor (2000) en el que no se encuentra relación entre el factor ira-hostilidad.

Johan Denollet y su grupo de investigadores (Universidad de Amberes, Bélgica) han sugerido que la personalidad Tipo D puede estar relacionada con el riesgo de contraer trastornos cardiovasculares. Estos investigadores basados en estudios anteriores que relacionaban la enfermedad cardiovascular con el malestar psicológico y con la falta de apoyo social, dan evidencia empírica de que ambos factores incrementan el riesgo de contraer enfermedades cardiovasculares y el riesgo de mortalidad en pacientes cardíacos.

La personalidad Tipo D posee como rasgos característicos la afectividad negativa considerada como una tendencia a preocuparse y a tener una visión pesimista de las cosas, acompañada a menudo de sentimientos de infelicidad o irritación, síntomas depresivos, tensión crónica y un bajo nivel de bienestar subjetivo y otra característica es la inhibición social considerada una tendencia a mantenerse distanciado de los demás, por inhibir a menudo la expresión de emociones y conductas en la interacción social, y por bajos niveles de soporte social percibido. Se considera que la personalidad Tipo D resulta un factor de riesgo independiente para las enfermedades cardiovasculares y que podría actuar por dos vías:

- (a) La inhibición de la expresión emocional ayudaría al desarrollo y desencadenamiento de la enfermedad.
- (b) La mayor propensión a la depresión y al aislamiento social aumentaría la mortalidad en pacientes con trastornos cardiovasculares.

Los pacientes cardíacos con personalidad Tipo D tienen un incremento significativo en el riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular, de manera independiente a los factores de riesgo tradicionales. También tienen un mayor riesgo de sufrir estrés psicosocial negativo, de tener una calidad de vida más deteriorada y de beneficiarse menos con los tratamientos médicos (Pedersen y Denollet, 2003; Denollet, 2000)

1.5. CIRUGÍA CARDIOTORÁCICA

La cirugía cardiotorácica constituye una intervención quirúrgica invasiva para el paciente, por lo tanto al enfrentar una cirugía cardiotorácica las personas van a

experimentar sentimientos ambivalentes siendo la operación una posibilidad de recuperar la salud pero también genera miedo e incertidumbre produciendo niveles altos de ansiedad y depresión.

La cirugía constituye un evento estresante, alrededor de la cual existen preocupaciones sobre la autonomía y las condiciones físicas, las acciones dolorosas la supervivencia y la recuperación, la separación de la familia y el hogar, a lo que se suma el carácter impersonal de la hospitalización (La cirugía a corazón abierto, 2011 e Intervención psicológica, 2011).

Generalmente en este tipo de cirugía el tiempo de recuperación es largo y demanda un período de hospitalización prolongado, además exige la permanencia en la sala de cuidados intensivos, lo que en muchas ocasiones suele colocar al paciente en situaciones muy estresantes no solo por su estado de salud física y mental sino además por que en el ambiente en que se encuentra se viven situaciones límites, el paciente se encuentra con movilidad limitada y con poca autonomía, en ocasiones con necesidad de ventilación mecánica pulmonar, en su entorno se encuentran pacientes que están críticamente enfermos, quienes requieren intervención médica constante, supervisión y monitorización intensiva para sobrevivir, estas situaciones condicionan una serie de respuestas psicológicas en el paciente además de las generadas por la enfermedad presente.

El período de la recuperación de la cirugía cardíaca implica un período largo, conllevando al paciente a un deterioro de su autoestima por factores como el hecho de no poder incorporarse rápidamente a su vida cotidiana. Suelen persistir dolores torácicos mientras se consolida el esternón, su actividad física se ha disminuido y deberá ir probando su tolerancia, incrementando progresivamente sus actividades lo que probablemente ocasionará sensación de fatiga, ahogo que luego será superado pero que al paciente le puede generar un poco de ansiedad o temor.

Así mismo tendrá que modificar sus hábitos alimenticios con una dieta adecuada y mantener estilos de vida saludables, lo que significará que el paciente adopte un conjunto de comportamientos y hábitos, individuales y sociales, que le ayuden a mantener el bienestar, promover la salud y mejorar la calidad de vida, para lo cual es indispensable el trabajo psicoterapéutico con el paciente que ha sido intervenido quirúrgicamente contribuyendo además en su salud mental.

CAPÍTULO II

PRINCIPALES ALTERACIONES EMOCIONALES FRENTE A LA CIRUGÍA CARDIOTORÁCICA

2.1. ANSIEDAD

La ansiedad implica una serie de emociones y cogniciones complejas, que se orientan principalmente hacia el futuro, y son menos precisas que el miedo (Barlow, 1988;2002, citado por Butcher, Mineka Et Hooley, 2007). La ansiedad puede ser adaptativa cuando nos permite estar alerta ante peligros reales. Pero el problema se da cuando los niveles de ansiedad son altos y prolongados y cuando no existe un peligro evidente, convirtiéndose así una emoción desadaptativa negativa y fuente de malestar para el individuo que la sufre (Butcher, Mineka Et Hooley, 2007). Dentro de lo que denominamos problemas de ansiedad podemos encontrar:

2.1.1 ANSIEDAD GENERALIZADA

Son manifestaciones permanentes, pero más leves de ansiedad. Los síntomas no se presentan de forma tan aguda, producen una sensación de malestar generalizado y los síntomas pueden ser palpitaciones, palidez, ganas de orinar, diarrea, sudor, temblor, dificultad para concentrarse, hablar o incluso para respirar. Lo frecuente es que se convine las crisis de ansiedad con el estado ansioso generalizado y que el paciente entre sus crisis no esté tranquilo sino angustiado ante cualquier estímulo. Para el diagnóstico de este trastorno lo primero que se debe observar es que el sujeto ha estado padeciendo la mayoría de los días por lo menos de 6 meses de ansiedad excesiva y sobre preocupación en relación a una amplia gama de situaciones o actividades.

2.1.2. FOBIAS.-

Son respuestas ansiosas superiores a lo normal frente a un estímulo concreto. Viajar en avión, estar en lugares cerrados, etc. Aquí se encuentran las agorafobias, las fobias simples, y fobias sociales.

AGORAFOBIAS.-

Es un tipo de trastorno de ansiedad muy frecuente. Puede tratarse de miedo a estar en espacios abiertos, o miedo a estar en espacios o situaciones donde la huida sea difícil porque implica un compromiso.

FOBIAS SIMPLES.-

Es un miedo específico a algo, como por ejemplo a la sangre (hematofobia), a la agujas o a ciertos animales entre otras. La fobia específica es más frecuente que la fobia social y puede desarrollarse tras haber presenciado o sufrido un evento traumático. La fobia específica se caracteriza por un marcado y persistente miedo irracional y excesivo, originado por la presencia o anticipación a objetos o situaciones concretas.

FOBIAS SOCIALES.-

Miedo a estar expuesto bajo la observación de otros. Suele aparecer en la adolescencia y puede haber antecedentes infantiles de timidez o inhibición social. La aparición de la fobia social puede surgir bruscamente luego de haber experimentado una situación humillante o estresante, o puede aparecer lentamente, al estar frente a un evento en público, donde se experimenta constante preocupación por la posibilidad de que los demás lo perciban como loco, ansioso, o débil.

2.2. DEPRESIÓN

La depresión presenta manifestaciones como incapacidad para concentrarse, angustia, pérdida de la memoria, tristeza, apatía, desánimo, somnolencia en el día, ansiedad, llanto, tendencia suicida, pérdida de interés, puede estar acompañado de alteraciones físicas como anorexia, pérdida de peso, dolor de cabeza, diarrea, estreñimiento, sensación opresiva en el pecho, cuello o cabeza, cansancio físico y mental.

(Sartorius et al, 1996). En un estudio multicéntrico que fue realizado en 14 países (25.916 adultos), se halló que casi una cuarta parte de las personas que solicitan atención primaria de salud reciben algún diagnóstico psiquiátrico de la CIE-10. El más habitual fue “episodio depresivo”, y la co-morbiidad hallada con mayor frecuencia, depresión y ansiedad.

2.2.1 EPISODIOS DEPRESIVOS SEGÚN EL CIE-10 DE LA ORGANIZACIÓN DE LA SALUD

En los episodios típicos de cada una de las formas descritas a continuación:

Leve

Moderado

Grave

El enfermo que la padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son síntomas de episodios depresivos:

La disminución de la atención y concentración.

La pérdida de confianza en sí mismo. Sentimientos de inferioridad.

Ideas de culpa y de ser inútil.

Una perspectiva sombría del futuro.

Los pensamientos y actos suicidas de auto agresión.

Trastornos en el sueño.

Pérdida de apetito.

El estado depresivo varía escasamente de un día a otro y no suele responder a cambios ambientales, aún puede presentarse cambios circadianos característicos.

Síntomas somáticos:

Pérdida de interés o de la capacidad de las actividades que antes eran placenteras.

Despertarse por la mañana dos horas antes de lo habitual.

Empeoramiento matutino del humor depresivo.

Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras, pérdida marcada de la libido.

2.2.2. TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE.-

Trastorno que se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve, moderado o grave, pero sin

antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo aumento de la vitalidad suficiente para satisfacer las pautas de manía.

No obstante, pueden haberse presentado episodios breves de elevación ligera del estado de ánimo o hiperactividad (que satisface las pautas de hipomanía) inmediatamente después de un episodio depresivo, a veces precipitados por el tratamiento antidepressivo. La edad de comienzo y la gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos pueden ser muy variables. En general, el primer episodio se presenta más tarde que en el trastorno bipolar, situándose la edad media de comienzo en la quinta década de vida. Los episodios también suelen tener una duración de tres a doce meses (duración media de seis meses), pero las recaídas son menos frecuentes.

La recuperación suele ser completa; un pequeño número de enfermos queda crónicamente deprimido, en especial si se trata de personas de edad avanzada (en estos casos ha de utilizarse también esta categoría). A menudo acontecimientos vitales estresantes son capaces de precipitar episodios aislados con independencia de su gravedad y en muchas culturas son dos veces más frecuentes en las mujeres que en los varones, tanto los episodios aislados como cuando se trata de depresiones persistentes.

2.3. ESTRÉS

La teoría del estrés formulada por Selye (1954, 1960, 1983 citado por Belloch, Sandin Et Ramos 1995), entiende el estrés como una respuesta no específica del organismo. Definiendo al estrés como “el estado que se manifiesta por un síndrome específico, consistente en todos los cambios inespecíficos inducidos dentro de un sistema biológico. Así el estrés tiene su forma y composición características, pero ninguna causa particular” (Selye, 1960, P.65).

Según el CIE-10 se menciona reacciones de estrés grave y trastornos de adaptación.

2.3.1. TRASTORNOS POR ESTRÉS POST-TRAUMÁTICOS.-

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo.

Ciertos rasgos de personalidad o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivir el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de “entumecimiento” y embotamiento emocional, de desapego de los demás. De falta de capacidad de respuesta al miedo, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

2.3.2. TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO.-

Trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días. El agente estresante puede ser una experiencia traumática devastadora que implica una amenaza seria a la seguridad o integridad física del enfermo o de persona o personas queridas o un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del individuo. El riesgo de que se presente un trastorno así aumenta si están presentes además un agotamiento físico o factores orgánicos. También juegan un papel en la aparición y en la gravedad de las reacciones a estrés agudo, la vulnerabilidad y la capacidad de adaptación individuales, como se deduce del hecho de que no todas las personas expuestas a un estrés excepcional presentan este trastorno. Los síntomas tienen una gran variabilidad, pero lo más característico es que entre ellos se incluya, en un período inicial, un estado de “embotamiento” con alguna reducción del campo de la conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación. Los síntomas más comunes son la reducción de la expresión de los sentimientos, reducción de la conciencia, desrealización, o despersonalización, amnesia disociativa. De este estado puede pasarse a un grado mayor de alejamiento de la circunstancia o a una agitación e hiperactividad. Por lo general, están presentes también los signos vegetativos de las crisis de pánico. Los síntomas suelen aparecer a los pocos

minutos de la presentación del acontecimiento o estímulo estresante y desaparecen en dos o tres días.

Pautas para el diagnóstico

Debe haber una relación temporal clara e inmediata entre el impacto de un agente estresante excepcional y la aparición de los síntomas, los cuales se presentan a los sumo al cabo de unos pocos minutos, si no lo han hecho de un modo inmediato. Además los síntomas:

a) Se presentan mezclados y cambiantes, sumándose al estado inicial de “embotamiento”, depresión, ansiedad, ira, desesperación, hiperactividad o aislamiento.

b) Tienen una resolución rápida, unas pocas horas, cuando la situación estresante es por su propia naturaleza continua o irreversible, los síntomas comienzan a apagarse después de 24 a 48 horas y son mínimos al cabo de unos tres días.

2.3.3 TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN.-

CARACTERÍSTICAS	MANIFESTACIONES CLÍNICAS
<ul style="list-style-type: none"> • No se presenta sin agente estresante • Debe existir vulnerabilidad del individuo • Se presentan estados de malestar subjetivo con alteración emocional • Presenta dificultades en su actividad social • Aparece frente a un acontecimiento vital estresante 	<ul style="list-style-type: none"> • Humor depresivo • Preocupación • Ansiedad • Sentimientos de incapacidad para enfrentar los problemas. • Dificultad para planificar el futuro o poder continuar en la situación presente. • Dificultad de realizar tareas de rutina diaria.

CAPÍTULO III

MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD

El modelo integrativo surge con una nueva construcción a nivel teórico, filosófico epistemológico con apoyo de varios enfoques, según menciona Paul Watchtel “la integración psicoterapéutica se está convirtiendo en un fenómeno propio de la corriente principal en el mundo y se está acercando ahora a la categoría de TREN DE ORQUESTA al que los nuevos psicoterapeutas están ávidos por subirse” (2004). Con el surgimiento del modelo se generaron varios tipos de modelos tales como el modelo Argentino, Fernández Álvarez, el modelo chileno representado por Opazo, y el modelo Integrativo Ecuatoriano representado por L. Balarezo y Colaboradores.

Integrar involucra encontrar respuestas articuladas a conjuntos que son diversos y complejos”, Fernández-Álvarez (1996). “A diferencia del eclecticismo, la integración insiste en la primacía de una Gestalt que da coherencia, proporciona un esquema interactivo y crea un orden orgánico entre las diferentes unidades o elementos”, Millon y Davis (1999). Integrar involucra construir una totalidad a partir de partes diferentes, Opazo (1992).

Se considera como integrativo a una totalidad dinámicamente articulada de partes y cuyo resultado final es diferente y más completo, complejo y útil que sus elementos aislados. Balarezo (2010).

El Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad toma en cuenta diversos aspectos como las condiciones diversas y complejas de la realidad ecuatoriana, los contextos históricos y culturales que posee el paciente ecuatoriano, enfatiza sobre la personalidad, el aspecto humano e individual de cada sujeto, toma en cuenta el predominio médico del paciente ecuatoriano en su demanda y además la importancia que tienen los aspectos afectivos, y la relación terapéutica.

El modelo integrativo ha logrado desarrollar un modelo amplio no reduccionista con bases epistemológicas y metodológicas que lo respaldan, pasando a una integración

dinámica y con elementos de flexibilidad que permite incorporar aportes de diversos modelos para aplicarlo en beneficio del paciente.

3.1. BASES FILOSÓFICAS Y EPISTEMOLÓGICAS

El modelo ecuatoriano de psicoterapia Integrativa toma como base epistemológica el constructivismo moderado o relativo enmarcado en una filosofía humanista, validada en la percepción de cada individuo como ser humano con características propias, biológicas y sociales que estructuran su psiquismo, reconociendo a éste como una categoría superior y propia del ser humano que, como producto de la interrelación entre las dos categorías anteriores, se evidencia en la personalidad. Balarezo (2010).

En la particular percepción del mundo y la realidad, elaborada sobre la base de significados mediante el lenguaje, se va construyendo la realidad, la cual va estableciendo el psiquismo del sujeto, y que se determina y expresa dentro del contexto familiar y social en el que está inmerso el sujeto dentro de un proceso constante de intercambio e interacción que va perdiendo una reelaboración de su realidad.

La base epistemológica es el constructivismo moderado (relativo), el cual aporta una perspectiva más amplia del proceso del conocimiento, se apoya en ciencias como la filosofía, la física, la biología entre otras. Explora las bases multidisciplinarias del constructivismo a un nivel meta-teórico, permitiendo manejar una visión constructivista en la psicología y en la psicoterapia.

Según el constructivismo moderado el conocimiento está constituido tanto por aspectos cognitivos, sociales, afectivos y es mediante un proceso dinámico e interactivo que la información externa es interpretada y reinterpretada por la mente, es decir que no es un producto solo del ambiente o de las disposiciones internas del sujeto, sino que es una construcción resultante de esta interacción, llevando cada vez a construcciones más complejas.

El sujeto es parte de la realidad observada y construimos modelos para asumir y conocer esa realidad, por lo tanto no podemos generar una copia exacta de la realidad. Nos permite atender al carácter constructivo de nuestra experiencia que surge de la

capacidad para dotarla de significados teniendo la posibilidad de transformarla e interactuar con el medio y con nosotros mismos.

3.2. BASES TEÓRICAS

Según el modelo integrativo ecuatoriano se considera a la personalidad como eje fundamental de la vida psíquica definiéndola como “una estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establecen en el ser humano, un modo de percibir, pensar, sentir y actuar singular e individual”. Balarezo (2008).

Considera al ser humano como un ente único, con rasgos propios en su personalidad, considera que esta se encuentra en constante cambio, que está sujeta a un proceso de desarrollo y reorganización.

Para el modelo integrativo se tomarán en cuenta algunos aspectos esenciales como:

- (a) La personalidad como una organización compleja en la que se integran las funciones psíquicas, las condiciones biopsicosociales y culturales que interactúan para favorecer en el individuo una manera particular de conformar su psiquismo.
- (b) La personalidad favorecida por un factor de dinamismo, considerando que no es estática a pesar de un componente biológico, genético que va a influir en el comportamiento del individuo, sin embargo esta no es inmutable puede ser modificada por varios factores como la influencia del entorno, y la propia construcción de las vivencias del ser humano.
- (c) El apoyarse en el modelo constructivista moderado para explorar la personalidad permite a través de rasgos establecer una tipología y deducir un probable comportamiento del individuo.
- (d) Considerar que están presentes niveles conscientes e inconscientes desde una perspectiva biopsicosocial global que permita entender su dinamismo.
- (e) Toma en cuenta el valor del pasado en el proceso de desarrollo y formación de la personalidad, así como de la influencia en el origen de los trastornos, terapéuticamente trabaja sobre el presente a nivel sintomático y sobre el pasado para una comprensión dinámica que permite realizar una proyección al futuro.

- (f) En el proceso de asesoramiento y consejería se apoya en el valor de las motivaciones y la vida afectiva en la construcción y expresión de la personalidad.
- (g) Se considera el valor de lo cognitivo en la estructuración de la personalidad considerada normal y en lo patológico, siendo básico en el proceso terapéutico.
- (h) La percepción de los resultados del proceso terapéutico como una expresión de un nuevo estilo de aprendizaje.
- (i) Se apoya en un componente sistémico y ecológico para la comprensión de la relación individuo-grupo-sociedad.

3.2.1 Influencias Biológicas en los estilos de Personalidad

En cuanto a las influencias biológicas en los estilos de personalidad y las diferencias entre estas tomamos lo mencionado en la obra Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad, Balarezo (2010).

Las personalidades histriónicas y ciclotímicas comparten características de extraversión pero la diferencia radica en que las histriónicas mantienen como constante la extraversión puesto que necesitan estimulación fuerte y permanente para que se active su sistema reticular ascendente y funcionen socialmente alegres arriesgadas, impulsivas, activas, optimistas y amistosas. Pero las ciclotímicas presentan estas manifestaciones extravertidas cuando están en el polo alto pero también oscilan con periodos de introversión donde la estimulación externa tiene matices muy bajos y su respuesta es de poca intensidad por eso se tornan pasivas, retraídas, reservadas, pesimistas, temerosas, ansiosas.

El funcionamiento mayor es del lóbulo parietal, debido a que éste se encarga de percibir las sensaciones corporales externas e internas activadas mediante los órganos sensoriales, sin embargo en los ciclotímicos este funcionamiento se evidenciará sólo al encontrarse con el ánimo positivo.

En las personalidades con predominio de rasgos cognitivos se presentan características como introversión, apertura a la experiencia, debido al predominio de regiones frontales. En tanto que se observa niveles altos de Glutamato y 5 hidroxitriptofano (5-HTP), en trastornos de personalidad anancástica, expresando características de persistencia, rasgos de ansiedad, poca flexibilidad, búsqueda constante de logros. En personalidades de tipo

paranoide rasgos de expansividad, desconfianza, suspicacia y ambición son relacionadas con alta actividad del sistema dopaminérgico debido a una alteración funcional en los subsistemas mesolímbico y mesocortical, en este tipo de personalidades se evidencia un sistema nervioso fuerte, mientras que en los anancásticos se muestra menor nivel de actividad.

En las diferencias entre las personalidades comportamentales encontramos que en los inestables hay mayor nivel de neuroticismo, las alteraciones bioquímicas y hormonales se evidencian en la impulsividad nociva hacia si mismo, es posible que exista un fallo de coordinación entre redes cerebrales, fallo en la maduración y desarrollo del sentido de la propia identidad, la desregulación del sistema límbico y de algunos neurotransmisores en especial de los sistemas colinérgico y serotoninérgico, se aprecian mayores porcentajes de trastornos afectivos entre los familiares mientras que en los disociales se observa un mayor nivel de psicoticismo, la impulsividad se refleja generalmente en ataques a otras personas, es probable que presenten madurez cerebral retrasada, la violencia física impulsiva y la agresión de los seres humanos disociales, se relacionan con niveles muy bajos de serotonina, además de lesiones de la superficie orbitaria de los lóbulos frontales que podrían ser responsables del deterioro de los estándares éticos y morales además hay antecedentes familiares de trastorno disocial relacionado con trastornos por somatización y con alcoholismo familiar.

En cuanto a las diferencias entre las personalidades con déficit relacional tenemos que las evitativas presentan una neurobiología larvada de fobia social, presentan sensibilidad de receptores serotoninérgicos mientras que las dependientes, presentan rasgos ansiosos genéticos, denotan hipersensibilidad a los receptores serotoninérgicos y en las esquizoides se evidencia correlación con trastornos esquizofrénicos, déficit en la actividad dopaminérgica frontal que sería el indicador biológico del rasgo cognitivo de la personalidad.

3.2.2. Factores socio-culturales y perspectivas psicológicas

Según el modelo integrativo focalizado en la personalidades es mediante la interacción entre el medio y el individuo que se funda la personalidad de cada sujeto lográndose una estructura individual, manteniendo algunas similitudes con otros, pero cada persona al ser diferente adopta sus características según su estructura individual en

función de la influencia de varios factores como ambiente físico, condiciones socio – económicas, influencias culturales, mecanismos de aprendizaje prevalentes en la sociedad y el individuo. (Balarezo 2010)

3.2.3. Influencias sociales tempranas en los tipos de personalidad

Tomado de la obra Psicoterapia Integrativa de la Personalidad, Balarezo (2010) se menciona que:

En las personalidades afectivas de tipo histriónica, es factible observar sobreestimulación y diversidad de estimulación en etapas tempranas, utilización indiscriminada de recompensas, aprendizaje vicario de alguno de sus padres o de ambos, dificultad en la resolución de los celos fraternos, condiciones físicas y psíquicas atractivas, carencia de figura parental. En las de tipo ciclotímico son apreciables algunas de las características señaladas, pero con un factor orgánico prevalente. Además puede existir un patrón depresivo en el que se aprecien situaciones de pérdida emocional temprana, dificultades en el entrenamiento de indefensión, aliento de actitudes sociales extremas.

En las personalidades cognitivas de tipo paranoide se presume sobrevaloración excesiva sobre sus capacidades y logros reales o ficticios, sometimiento a fuertes antagonismos, discrepancias y divergencias con las figuras parentales, grandes demandas acerca del cumplimiento exitoso de las tareas, manejos tempranos contradictorios o intransigentes, desaprobaciones de las figuras paternas, condiciones intelectuales o personales favorecidas. En el subtipo anancástico se considera un exceso de control parental con probables castigos, culpabilidad generada por deficiencias, privaciones y carencias, ideas religiosas estrictas, entrenamiento temprano de la responsabilidad.

En las personalidades comportamentales de tipo inestable se advierte notable enriquecimiento y variación de experiencias tempranas, refuerzos positivos por el cumplimiento de expectativas parentales, poca eficacia en la relación competitiva con sus hermanos, inconsistencia en el control parental, ausencia de reglas tempranas. En el subtipo correspondiente al trastorno disocial de la personalidad se observan modelos parentales deficitarios que no generan normas, conciencia de valores subdesarrollados en su entorno, ausencia de cariño en sus relaciones tempranas, marginamiento social.

En las personalidades con déficit relacional de tipo esquizoide son apreciables, pobreza estimulativa en los estadios tempranos de vinculación sensorial, relaciones familiares impávidas e impersonales, comunicaciones parentales frías y disgregadas. En el subtipo evitativo son frecuentes, el rechazo y desprecio familiares, tratos duros, menospreciantes y despreciativos de los padres, rechazo y alienación de los pares y compañeros. En el subtipo dependiente es ostensible el excesivo apego parental y sobreprotección por alguna situación especial de orden físico o psíquico. En el trastorno esquizotípico de personalidad se aprecian, pobre estimulación temprana con expresiones afectivas, desprecios, burlas y rechazos en las primeras etapas del desarrollo.

3.2.4. El valor de lo pasado

El pasado tiene una fuerte influencia en nuestro desarrollo psíquico y en la dinámica de nuestra personalidad ya sea con una connotación positiva o negativa a lo largo de nuestra vida, de ahí que varios autores como Freud señalen su importancia relacionando el presente con el pasado sugiriendo que el origen de los trastornos mentales se encuentra en los primeros estadios de desarrollo. Erikson, relaciona al pasado con el desarrollo de la personalidad hablando de una relación entre las expectativas personales y las limitaciones del ambiente cultural.

La visión de la personalidad desde este abordaje integrativo permite que el individuo tenga una valoración adecuada del trastorno y su dinámica y así llegar a deducir claramente el sufrimiento del individuo para establecer oportunamente el trabajo psicoterapéutico.

3.3. BASES METODOLÓGICAS.

Desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad se define a la ayuda psicológica y a la psicoterapia como “un proceso planificado que procura el crecimiento personal, la modificación positiva de la personalidad o promueve el tratamiento de trastornos psíquicos por medio de recursos psicológicos empleando las diferentes formas de comunicación en una relación terapeuta – paciente efectiva. Balarezo (2009).

Mientras que a la ayuda psicológica de tipo asesoramiento o consejería se la define como “una relación en la que un especialista ayuda a otra persona a comprender y resolver sus problemas de adaptación empleando recursos psicológicos” Balarezo (2010).

Especificamos los pasos del proceso y los elementos intervinientes en cada uno de ellos. La conducción del proceso se efectúa entre la complementariedad y la simetría, de acuerdo con el momento del proceso, la técnica empleada y los requerimientos de la personalidad. Los objetivos los situamos básicamente en el alivio del sufrimiento y la influencia sobre la personalidad, y las técnicas las empleamos en función de estos objetivos.

Un enfoque de gran importancia es como se visualiza la relación y el inicio del proceso terapéutico para el modelo integrativo focalizado en la personalidad, ya que considera que la génesis se encuentra antes del primer encuentro entre el paciente y el terapeuta, mientras que la finalización está relacionada con cumplimiento de objetivos sintomáticos, de asesoramiento, o enmarcados en la personalidad.

Otro aspecto es el hecho de considerar la amplia relación que existe entre la aplicación técnica y los fenómenos afectivos dando un peso equilibrado a estas, considerando que ninguna por si misma será suficiente para intervenir adecuadamente para el alivio del sufrimiento humano dentro del proceso terapéutico, la técnica se refiere a varios procedimientos específicos que el terapeuta utiliza independientemente de la orientación que lo identifica, para ir desarrollándose como un experto va a depender de las bases teóricas y la aplicación práctica que ejerza cada día.

En cuanto a la relación terapéutica se refiere a los fenómenos afectivos que están inmersos en ella, a través de la relación paciente y terapeuta, entendiéndola como una forma de interrelación personal, siendo resultado de varios principios determinados desde la evolución histórica con una connotación social y dependiente de patrones actitudinales, aptitudes, deseos, motivaciones así como los rasgos caracterológicos predominantes a nivel personal y en una sociedad o cultura determinada.

También se considera desde la postura integrativa varias condiciones que facilitan u obstaculizan el proceso psicoterapéutico, así como las actitudes relacionales del terapeuta con una visión humanista atendiendo al paciente como tal, comprender su sufrimiento, trascendiendo nuestra comprensión más allá del mero trastorno, dentro de un marco de respeto y empatía adecuada.

3.3.1. Etapas del proceso

Primera Etapa: Determinación de la demanda, expectativas, motivaciones e inicio del proceso

Mediante las estrategias de la primera entrevista juzgamos el grado de interés o motivación del cliente y las restricciones que se observan en la demanda, se establece el tipo y origen de la demanda.

Segunda etapa: Investigación del problema o trastorno, la personalidad y el entorno:

Se emplea un estudio transversal y longitudinal del individuo y su problemática, se utiliza como instrumento básico de recolección de información la FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA (FIEPs), con adecuaciones inherentes a las características del paciente, su problemática, su patología, las condiciones familiares, de trabajo y las sociales.

Es importante para nosotros la descripción cualitativa de la personalidad como una condición premórbida en el apareamiento del trastorno. Se mencionan los componentes de Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica. Tomado de la obra Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad, Balarezo (2010). Análisis de las expectativas, Datos informativos, Demanda y sus antecedentes, Biografía psicológica personal y familiar (genograma), Resultados de los reactivos psicológicos, Diagnóstico descriptivo de la personalidad, Criterios pronósticos, Recomendaciones.

Tercera Etapa: Planificación del proceso

La planificación del tratamiento debe constar de algunos elementos fundamentales tales como: Formulación dinámica del problema o trastorno, Formulación dinámica de la personalidad, Señalamiento de objetivos, en los que se encuentran de asesoramiento, sintomáticos y objetivos orientados a la personalidad; Señalamiento de técnicas.

Sin embargo conviene destacar que los objetivos y técnicas se discutirán con el paciente teniendo en cuenta sus expectativas y motivaciones.

Cuarta etapa: Ejecución y aplicación técnica

Las estrategias de la planificación se aplican durante el proceso con adaptaciones específicas para cada uno de los casos y considerando las características idiosincráticas de nuestro demandante.

La estructura y dinamismo de la personalidad del demandante tiene un alto valor, tanto en la conducción de los fenómenos afectivos durante el proceso, como en la aplicación de las técnicas comunicacionales o comportamentales, brindando una ayuda sistematizada y con delineamientos claros estructurados en la hoja de evolución.

Durante el proceso pueden darse rectificaciones, tanto en el planteamiento de objetivos como en el señalamiento de técnicas cuando el caso así lo requiera.

Quinta etapa: Evaluación del diagnóstico, el proceso y los resultados

La eficacia del trabajo psicoterapéutico debe ser evaluada constantemente en el curso de esta, se propone el empleo de algunos recursos para obtener una objetividad adecuada considerando el criterio del terapeuta, criterio del paciente, apreciación de los familiares y otras personas, utilización de reactivos y registros psicológicos y mediciones fisiológicas.

Los reactivos psicológicos constituyen una alternativa de evaluación con mejores beneficios por ser instrumentos categorizados y estandarizados. Su aplicación, previa al tratamiento, en el período de investigación y posterior a la terapia, marcará una movilización positiva en los puntajes correspondientes, Balarezo (2010)

3.4. TIPOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD

Desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad el estudio de la personalidad se basa en dos perspectivas consideradas antagónicas, la ideográfica que se centra en la persona y la nomotética que está centrada en las variables, trata de establecer una síntesis entre ambas posturas para elaborar una determinada tipología que permita la utilización de esquemas operativos durante la intervención psicoterapéutica. El modelo integrativo propone que se considere la individualidad del sujeto en su estructura psíquica así como los principios generales vinculados con un aspecto social, familiar y cultural.

Los ejes básicos del comportamiento humano serán la cognición, la afectividad, la conducta y las relaciones interpersonales, que a través de la relación bio-psico-social contribuyen en la formación de grupos con determinadas características dependiendo de la prevalencia y del predominio o déficit de la condición que exista en cada sujeto. Todos los individuos poseen estas cuatro áreas básicas de la personalidad sin embargo las diferencias individuales se evidencian por la expresión de los rasgos ya sea con un

predominio hacia algunos de los componentes o con el déficit, por lo tanto desde este enfoque integrativo se realiza la agrupación en los siguientes tipos:

(a) Grupos con características de predominio afectivo

Histriónicas

Ciclotímicas

Las características de las personalidades afectivas son expresión fácil de las emociones, acercamiento social cómodo, cogniciones y conductas invadidas por el afecto, extroversión con búsqueda permanente de estimulación externa, desinhibición y rápida movilización de sus sentimientos y comportamientos, las personalidades histriónicas esperan la aprobación social, las ciclotímicas mantienen una tendencia más interna.

(b) Grupos con características de predominio cognitivo.

Anancásticos

Paranoides

En los cognitivos prevalecen los juicios, razonamientos y la lógica en su conducta y en la expresión afectiva, la actitud de control es más externa en los paranoides mientras que en los anancásticos es más interna.

(c) Grupos con características de predominio comportamental

Impulsivos

Trastorno disocial de la personalidad

Se expresa una activación conductual inmediata, sin reparo suficiente en los componentes cognitivos y afectivos, mantienen una acción enérgica y primaria. En los impulsivos existe control sobre sus acciones, en tanto que los disociales carecen de ley y autocontrol.

(d) Grupos con características de déficit relacional

Esquizoides

Dependientes

Evitativas

Trastorno esquizotípico de la personalidad

Con una tendencia a la intimidad personal y retraimiento social con dificultad de expresión afectiva externa. Las esquizoides muestran desinterés en el contacto, los dependientes requieren del otro, los evitativos eluden la participación social y los esquizotípicos se apartan de los demás poro sus extravagancias.

Para el modelo integrativo, la personalidad puede ser descrita desde la niñez y se distinguen los trastornos de personalidad en que el sujeto presenta alteraciones que pueden hacer sufrir al mismo sujeto y/o a terceros y una personalidad ajustada es decir que no se haga daño a sí mismo y/o a terceros.

CAPÍTULO IV

PROGRAMA DE ASESORAMIENTO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD

El programa de asesoramiento desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad, está orientado a lograr un bienestar psicológico en los pacientes que requieren una cirugía cardíaca, proponiendo una intervención que permita reducir los niveles de ansiedad que padecen los pacientes.

Tomar como base el modelo integrativo focalizado en la personalidad, para este programa de asesoramiento permitirá realizar una evaluación integral del individuo y su estado emocional, considerando su biografía personal, rasgos de la personalidad, construcciones y temores frente a la cirugía, factores socioculturales, entre otros, el modelo integrativo focalizado en la personalidad establece para el proceso psicoterapéutico cinco etapas:

- Primera etapa: Determinación de la demanda, expectativas, motivaciones e inicio del proceso
- Segunda etapa: Investigación del problema o trastorno, la personalidad y el entorno.
- Tercera etapa: Planificación del proceso.
- Cuarta etapa: Ejecución y aplicación técnica.
- Quinta etapa.- Evaluación del diagnóstico, el proceso y los resultados.

Para la intervención en el proceso terapéutico se propone:

- Análisis de las demandas personales, profesionales, familiares.
- Aplicación del test STAI
- Aplicación de test de personalidad.
- Identificación de angustia y temores frente a la cirugía.
- Asesoramiento en problemas de ansiedad.
- Psicoeducación.
- Aplicación de técnicas de Resolución de Conflictos
- Re test de STAI
- Revisión de avances, progresos y dificultades
- Evaluación y cierre del proceso terapéutico

Se plantea diversas técnicas y comunicaciones en el proceso psicoterapéutico, tales como:

- Apoyo emocional
- Reflejo de sentimientos
- Sugestión verbal indirecta
- Psicoeducación
- Técnicas de psicoterapia breve
- Técnicas de relajamiento muscular
- Técnicas de Resolución de conflictos
- Técnicas constructivistas, tareas intercesión.

4.1. Análisis de las demandas personales, profesionales, familiares aplicación del test STAI

El origen de la demanda puede ser implícita o explícita, es importante realizar una identificación clara de la misma para poder intervenir adecuadamente. En ocasiones la demanda es dirigida por el personal médico o por familiares del paciente, debido a determinada sintomatología del paciente.

Se aplicará el test STAI para conocer sobre los niveles ansiedad en el paciente en cuanto a la ansiedad como rasgo así como ansiedad- estado, lo que nos ayudará a establecer claramente la intervención a realizarse con el paciente, sin embargo es importante destacar que el paciente que posee una enfermedad cardíaca que amerita cirugía generalmente es muy colaborador, participativo, con el que se mantiene frecuentemente un buen nivel de empatía y rapport, que tiene un buen nivel de aceptación de la ayuda psicológica brindada, esto facilita el proceso, y podemos realizar un acercamiento a un diagnóstico formal así como la elaboración de un criterio clínico que permita identificar los rasgos predominantes de la personalidad del paciente.

4.2 EVALUACIÓN DE PERSONALIDAD.

Al aplicar el test SEAPSI de personalidad, estableceremos claramente el tipo de personalidad predominante y así realizar una efectiva intervención y aplicación de las

micro y macro técnicas necesarias para los pacientes, y que permita que la psicoeducación sea efectiva.

Para el abordaje es necesario tomar en cuenta el tipo de personalidad del demandante puesto que personalidades con características de predominio afectivo tienen rasgos de extraversión que pueden ser utilizados de manera positiva en la relación terapéutica, facilitando la expresión de sus emociones y sentimientos, el nivel de flexibilidad que poseen estos pacientes constituye también un factor que facilita la intervención terapéutica, además socialmente son más alegres, activos y optimistas lo que tras un manejo adecuado permite que mantengan una visión más positiva de su padecimiento, sin embargo conviene realizar un adecuado asesoramiento para que este tipo de personalidades no busquen llamar la atención del personal médico y familiares en el afán de obtener ganancias secundarias. Con las personalidades ciclotímicas hay que estar atentos frente a un estado anímico bajo cuando estas se encuentren en un polo bajo en los que será más evidente rasgos de introversión, pasividad y pesimismo.

En el caso de personalidades con características de predominio cognitivo suelen ser colaboradores con tareas relacionadas con la toma de medicinas, dosis, horarios y seguir determinada rutina de actividades como ejercicios respiratorios, debido a elementos como juicios, razonamientos y lógica pero estos rasgos también contribuyen a que intenten mantener un excesivo control de la situación, o que en ocasiones intenten comprobar sus capacidades físicas lo que puede conllevar a un empeoramiento de su enfermedad, en las personalidades paranoides se evidencia una tristeza frente al hecho de enfrentar una disminución de sus capacidades físicas, o en ocasiones pérdida o disminución de su autonomía, la expresión afectiva, no suele ser eficaz en estos pacientes lo que conlleva en ocasiones a una somatización.

4.3. Identificación de los temores y miedos frente a la cirugía

Es importante para que el paciente pueda verbalizar sus temores y miedos frente a la cirugía facilitar procesos de empatía, lograr que el paciente se sienta cómodo, comprendido y acogido, se debe promover la desinhibición emocional centrándonos en los temores del paciente, en las construcciones que posee acerca de la enfermedad y de la cirugía, se debe indagar sobre los temores respecto a la recuperación y rehabilitación cardíaca, y que implicaciones tiene todo esto en su vida, tanto en el contexto individual,

familiar y social. Es necesario identificar si los temores están relacionados con que se presente una disminución en su actividad física, rendimiento laboral, productividad y autonomía.

4.4 INTERVENCIONES ESPECÍFICAS PARA LOS NIVELES DE ANSIEDAD

El asesoramiento constituye una técnica o recurso psicológico que permite brindar ayuda promoviendo un análisis de la problemática del paciente, inducir a la búsqueda de opciones, establecer una guía u orientación para el paciente y a través de diversas técnicas llegar a la resolución de conflictos, manejo de frustraciones o temores presentes en el paciente.

Según Rogers (1969) el asesoramiento lo define como “Proceso mediante el cual la estructura del yo se relaja en el medio seguro de la relación con el terapeuta y se perciben experiencias previamente negadas que se integran entonces en un yo modificado”

Costa y López (2003, pp. 17-19) define al asesoramiento como “una alianza estratégica entre consejeros o consultores y consultantes que está comprometida con las experiencias difíciles de la vida y que se acerca a ellas con la responsabilidad compartida de ofrecer apoyo, potenciación y orientación para el aprendizaje y el cambio cuando los consultantes están haciendo frente a la adversidad, a decisiones difíciles o a problemas personales, interpersonales y grupales que les ocasionan sufrimiento y daño emocional a ellos y a otras personas o grupos de su entorno habitual.

El asesoramiento desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad se lo define como “una relación en la que un especialista ayuda a otra persona a comprender y resolver sus problemas de adaptación empleando recursos psicológicos”, Balarezo (2010).

El someterse a un tratamiento médico o a una intervención quirúrgica genera ansiedad debido a la incertidumbre por los resultados, preocupación por el futuro, sensación de cercanía con la muerte, generando una incapacidad de controlar ciertas amenazas o peligros percibidos por el paciente, ante esta situación el asesoramiento reduce estas sensaciones y responde a las necesidades o demandas del paciente logrando que este tenga una adaptación adecuada a la situación ansiosa para lo cual utiliza diversas técnicas

psicológicas y el establecimiento de una alianza estratégica entre paciente y terapeuta basados en una relación de ayuda.

En la aplicación de asesoramiento en la ansiedad desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad tomaremos en cuenta las diferentes etapas del proceso terapéutico.

Primera Etapa.- se incluye la determinación de la demanda, expectativas, motivaciones e inicio del proceso. La demanda suele tener varios orígenes es institucional para reducir el temor a la cirugía, disminuir la ansiedad, y control del dolor además la demanda es por parte del paciente que desea encontrar alivio y disminuir o eliminar los síntomas ansiosos, aunque también pueden surgir otros objetivos dirigidos hacia mejorar la relación familiar, solicitando asesoramiento para solucionar alguna problemática a nivel del ámbito familiar.

Por la situación que atraviesa y la incertidumbre que siente el paciente puede existir angustia pensando en que sus familiares sufren ante su padecimiento, así como se angustian ante probables cambios respecto a su rol dentro del ámbito social, familiar o laboral, frente al hecho de que a nivel personal debe enfrentar ciertas limitaciones y enfrentar algunos cambios en su vida personal.

El paciente que va a ser sometido a cirugía cardíaca es un paciente que busca principalmente una remisión de sus síntomas por lo tanto es importante que se establezca una adecuada empatía con una buena alianza terapéutica para abarcar otros aspectos como el manejo de preocupaciones sobre la autonomía, los recursos de afrontamiento, el manejo en la resolución de problemas, control de emociones negativas como la ira, expectativas acerca del proceso de recuperación y predisposición hacia mejorar el estilo de vida buscando desarrollar hábitos o conductas saludables.

Segunda Etapa.- Se refiere a la Investigación del problema o trastorno, la personalidad y el entorno desde el modelo Integrativo focalizado en la personalidad se propone en el asesoramiento un trabajo a nivel preventivo.

La entrevista de psicodiagnóstico nos ayuda en el establecimiento de diagnóstico claro, realizando diagnósticos diferenciales mientras que para la entrevista como inicio de proceso se tomarán en cuenta estrategias como:

- Establecimiento del Rapport.
- Aproximación diagnóstica.
- Confesión y Desinhibición emocional.
- Estrategias de apoyo.
- Estructuración y afianzamiento de la relación terapéutica.

En la recolección de información utilizamos para el establecimiento de la aproximación diagnóstica la “Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica” (FIEPs), tomando en cuenta las características propias de cada paciente, su problema, sus rasgos de personalidad, las condiciones ambientales y familiares. Desde este modelo también se prioriza la relación terapéutica formando una adecuada alianza terapéutica.

El modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad propone una intervención de acuerdo a cada tipo de personalidad lo cual facilita la intervención es decir que cuando se presentaron pacientes con personalidades de tipo afectivo como histérica y ciclotímica el acercamiento tiene que ser afectivo por ende utilizan fenómenos afectivos, cuando las personalidades son de tipo cognitivo en el que se incluyen la paranoide y anancástica se emplea juicios y razonamientos permitiendo así una adecuada alianza terapéutica.

Para la evaluación psicométrica se empleará en esta investigación el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) el cual comprende dos escalas separadas de autoevaluación mediante dos conceptos independientes de la ansiedad como estado y como rasgo.

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

La elaboración del Cuestionario de Ansiedad Estado- Rasgo STAI comenzó en 1964 con la finalidad de desarrollar una única escala que permitiera medidas objetivas de autoevaluación de la ansiedad, tanto de estado como de rasgo. Fue desarrollada por C.D Spielberger, R.L Goursuch y R.E Lushene.

La ansiedad estado se la conceptualiza como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, caracterizada por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos de tensión y aprensión, con una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad. Mientras que la

ansiedad rasgo indica una propensión ansiosa percibiendo las situaciones como amenazadoras elevando su ansiedad.

La validación de esta escala se ha comprobado a través de varias investigaciones y se ha podido corroborar su valor en el diagnóstico de ansiedad.

Descripción del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo

El cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo permite evaluar la ansiedad y distinguir entre la ansiedad como un estado emocional transitorio (ansiedad-estado) y como un rasgo de personalidad relativamente estable (ansiedad-rasgo).

La Escala A-E consta de 20 ítems con los que el sujeto puede expresar "cómo se siente en un momento determinado". En esta escala el sujeto tiene que indicar el grado en que se presentan esos sentimientos en una escala de 0 a 3:

- 0- Nada
- 1- Algo
- 2-Bastante
- 3- Mucho

La Escala A-Rasgo (A-R), evalúa la propensión ansiosa por la que se diferencian los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, por ello, su ansiedad-estado. La Escala A-R también consta de 20 ítems con los que el sujeto puede expresar "cómo se siente en general".

En esta escala el sujeto tiene que indicar la frecuencia en que se presentan esos sentimientos en una escala de 0 a 3:

- 0- Casi nunca
- 1- A veces
- 2- A menudo
- 3-Casi siempre

El cuestionario no tiene tiempo límite de aplicación, sin embargo según las aplicaciones realizadas el tiempo fluctúa entre seis y ocho minutos para cada parte siendo

aproximadamente cuarto de hora para la aplicación completa. Es un instrumento diseñado para autoaplicación y puede ser administrado individual o colectivamente.

Corrección e Interpretación de la Escala STAI

Las puntuaciones para el test STAI pueden variar desde un mínimo de 0 puntos hasta un máximo de 60 puntos.

Se utiliza para la corrección y puntuación una plantilla transparente, se coloca la columna izquierda de la plantilla sobre el espacio destinado a las respuestas, en la parte A/E se cuentan los puntos señalados por el sujeto su suma se traslada al recuadro en el ángulo superior derecho a la primera fila y detrás del signo +.

Luego se corre hacia la izquierda la plantilla, que coincida sobre las respuestas del sujeto de la segunda columna de la plantilla A/E y el signo -. Se cuentan los puntos obtenidos por el sujeto y se traslada este valor al recuadro superior detrás del signo menos.

Posteriormente se resuelve la operación $(30 + -)$ siendo el resultado la puntuación directa en el STAI Estado. Si esta operación se realiza utilizando las dos columnas siguientes de la plantilla (A/R+ y A/R-) y sus valores se trasladan al recuadro superior se resuelve la operación $(21 + -)$ y obtener la puntuación directa en el STAI Rasgo.

Con las puntuaciones directas se determinan las características (sexo y edad) del sujeto y se busca en la tabla 9 de baremos las dos columnas (Estado y Rasgo) correspondiente a sexo y edad. En cada columna se buscará la puntuación directa del sujeto y en la misma altura horizontalmente estará la puntuación centil en la primera columna de la izquierda y la puntuación decatipo en la columna final de la tabla.

El STAI incluye baremos en puntuaciones centiles y en decatipos, diferenciados por sexo y por edad (adolescentes hasta 19 años, y adultos de 20 y más años)

Tercera Etapa.- planificación del proceso para el modelo integrativo se consideran los criterios diagnósticos obtenidos en la etapa anterior para movilizar un plan terapéutico cuyos componentes son:

Formulación dinámica del problema o trastorno. Desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad se refiere a la interrelación dinámica, del trastorno o problema del paciente con sus factores desencadenantes, determinantes, predisponentes y mantenedores de la patología.

Formulación dinámica de la personalidad. Se realiza una descripción dinámica de la personalidad y sus rasgos vinculada con el proceso de desarrollo, funciones intelectivas y cognoscitivas, formas de afrontamiento afectivo y comportamental, además se analiza el grado de flexibilidad y motivación al tratamiento.

Señalamiento de objetivos. Pueden estar orientados a un nivel superficial en relación con el problema y uno profundo relacionado con la personalidad subyacente. Debe lograrse además un acercamiento de la expectativa del paciente, familiares y terapeuta.

Al establecer objetivos relacionados con el problema del paciente, se interviene en:

- Asesorar para la resolución de problemas y conflictos intrapersonales
- Resolver conflictos interpersonales
- Promover el desarrollo personal

Señalamiento de técnicas. Las técnicas se establecerán de acuerdo a las necesidades específicas del demandante. Al intervenir en asesoramiento se dirigirán a la solución de problemas intrapersonales resolución de conflictos familiares o interpersonales o al desarrollo personal, mientras que si es a nivel de la sintomatología, los recursos técnicos empleados son procedimientos conductuales, sistémicos o provenientes de otras corrientes que se orienten en este sentido y si el trabajo terapéutico se realiza sobre la personalidad utilizamos procedimientos cognitivos, interpretativos, de interrelación entre su historia temprana y la conducta actual o cualquier otro recurso que promueva el insight.

Cuarta Etapa. Ejecución y aplicación técnica. Las estrategias que se establecieron en la planificación se aplican durante el proceso pero para cada paciente o demandante se efectuarán adaptaciones específicas, en base a su individualidad e idiosincrasia. Además se establecerá flexibilidad técnica, con respecto a la personalidad del demandante y a los recursos sintomáticos.

La estructura y dinamismo de la personalidad están profundamente relacionados con la conducción de los fenómenos afectivos en el proceso así como en la aplicación de las técnicas comunicacionales o comportamentales.

Quinta Etapa.- Evaluación del proceso y los resultados. Esta etapa nos permite en el aspecto teórico avanzar hacia la consolidación, el desarrollo de la investigación y aplicación práctica, a través del seguimiento se puede realizar un análisis crítico y amplio desde la primera a la última intervención lo que contribuye a mejorar la eficacia del tratamiento terapéutico, ampliar los conocimientos y experiencia del terapeuta.

4.5 TÉCNICAS DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Las técnicas de solución de problemas se encuentran dentro de las terapias genéricas cognitivo-conductuales, en 1978 Mahoney y Arknoff dividieron las terapias cognitivas en tres grupos: Terapias de reestructuración cognitiva, terapias de habilidades de afrontamiento para manejar situaciones y terapias de solución de problemas, distinguiéndose de esta última la terapia de solución de problemas de D'Zurilla y Goldfried (1971), la terapia de solución de problemas interpersonales de Spivack y Shure (1974) y la ciencia personal de Mahoney (1974 a 1977). Siendo esta última la de mayor aceptación puesto que los problemas con los que se enfrenta una persona pueden ser personales como interpersonales.

Existen cuatro aspectos que han influenciado en el apareamiento de la terapia de D' Zurilla como son:

- (a) Interés por la creatividad necesaria para el desarrollo de la sociedad.
- (b) Rechazo al modelo médico para explicar los fenómenos psicopatológicos y la generación de modelo de competencia social como alternativa.
- (c) Aproximación cognitivo conductual al tratamiento para modificación de la conducta.
- (d) Desarrollo del modelo transaccional del estrés considerando que la naturaleza de un problema de la vida y los procesos de solución de problemas se conocen mejor a través de esta perspectiva, que los problemas de la vida son estresantes, reconoce el valor de las variables emocionales en la solución de problemas y sugiere que al manejar el estrés se facilita la solución de problemas.

El objetivo principal de la solución de problemas está orientado a la generación de consecuencias positivas, refuerzo positivo y a evitar las consecuencias negativas, se menciona además que los seres humanos poseen como característica la tendencia a solucionar problemas lo cual se considera una habilidad que puede ser desarrollada con un entrenamiento adecuado.

Se menciona que existen tres niveles de solución de problemas que son el de cogniciones de orientación al problema, habilidades de solución de problemas específicas y habilidades de solución de problemas básicas.

Entre las variables que se encuentran en la orientación al problema encontramos la percepción del problema, atribuciones causales, valoración del problema, creencias sobre el control personal, y valores respecto al compromiso de tiempo y esfuerzo para solucionar los problemas independientemente.

En las habilidades de solución de problemas específicas se encuentran tareas como definir y formular el problema, generar una lista de soluciones alternativas, tomar una decisión, implementar la solución y evaluar el resultado de la solución.

En cuanto a las habilidades de solución de problemas básicas es un nivel más específico se incluyen habilidades de sensibilidad a los problemas entendida como la habilidad para reconocer que un problema existe , pensamiento alternativo que es la habilidad para generar soluciones alternativas, pensamiento medios-fines considerado como la habilidad para conceptualizar que medios se necesitan para llegar a una meta, pensamiento consecuencial que es la habilidad para anticipar consecuencias y finalmente toma de perspectiva que es la habilidad para percibir una situación desde la perspectiva de otra persona.

El proceso de solución de problemas consta de cinco etapas:

- (a) Orientación general
- (b) Definición y formulación del problema
- (c) Generación de alternativas
- (d) Toma de decisiones
- (e) Ejecución y verificación de la solución

Orientación General:

Se orienta a que el paciente se concentre en el problema, constituye el relato y la estructuración que el demandante hace acerca de los problemas surgidos en su vida cotidiana luego de la indicación de una intervención quirúrgica debido a su estado de salud, y que el sujeto acepte estas situaciones problemáticas como parte de la vida diaria y sobre todo que reconozca que puede hacerles frente eficazmente, que reconozca situaciones problemáticas e inhiba conductas impulsivas que pueden surgir ante esta situación. Hay que identificar la atribución del problema, el nivel compromiso tiempo y esfuerzo del paciente.

Definición y formulación del problema

En esta etapa el paciente debe puntualizar el problema aclarando y delimitando su problemática, descartando ambigüedades, datos irrelevantes e información inadecuada, debe establecer además los factores predisponentes y desencadenantes de su problema, y además lograr establecer una meta realista de solución del problema encaminándose a un bienestar personal y social.

Generación de alternativas

Osborn citado en la Obra de Psicoterapia de Balarezo, (2003) considera que se debe responder simultáneamente a dos interrogantes que son básicas en el proceso.

¿Cómo puede resolverse al problema?

¿Cuáles son las estrategias para resolver el problema?

- a) Dar rienda suelta a la imaginación en la búsqueda de soluciones aunque parezcan inverosímiles
- b) Generar una gran cantidad de alternativas
- c) Establecer una crítica eliminatoria a través de la cual se seleccionan los caminos más idóneos de solución
- d) Combinar diversas alternativas
- e) Escoger la estrategia y las tácticas a emplearse, considerando a la primera como una forma general de solución del problema y las siguientes consideradas como procesos más específicos de enfrentamiento.

Se trabaja con el paciente realizando un entrenamiento guiado, otorgándole además la responsabilidad adecuada al paciente para la elaboración de esta etapa.

Toma de decisiones

Este paso es muy importante para el paciente de tal manera que logre anticiparse a los resultados de la solución planteada, debe realizarse una evaluación que permita juzgar y comparar los resultados a obtener, y además es importante ayudarle al paciente a programar un plan a llevar a cabo para la solución de los problemas que se presentan en el proceso de post operatorio y recuperación de tal manera que el demandante elabore estrategias de resolución de conflictos, afrontamiento estos adecuadamente realizando toma de decisiones que sean factibles, para poner en práctica el plan establecido y además este entrenamiento servirá para que el paciente aun luego del alta hospitalaria pueda enfrentar oportunamente conflictos de la vida cotidiana.

En este proceso es indispensable tomar en cuenta la personalidad del demandante así como los recursos personales de cada individuo, sus actitudes frente al problema, experiencias anteriores, formas propias de resolución, y afrontamiento de crisis, resiliencia, capacidad de cambio, adaptabilidad y apoyo familiar.

Ejecución y verificación de la solución

El demandante pone en acción el plan de resolución con las actividades programadas, manteniendo una conducta autónoma encaminada a la solución eficaz de su problemática, aquí el demandante hace una autoevaluación comparando el resultado actual con el resultado esperado, se realiza autoreforzamiento y si el resultado no es el esperado se investiga el proceso y hacen los cambios necesarios para llegar a un resultado satisfactorio para el demandante.

4.6 PSICOEDUCACIÓN PREVIA A LA CIRUGÍA

La proporción de información es una técnica eficaz encaminada a mejorar la situación emocional del paciente frente a la cirugía cardiaca, realizar psicoeducación permite que se aborden aspectos generales de la enfermedad, como la hospitalización, la intervención quirúrgica y el proceso de recuperación para así eliminar distorsiones cognitivas, reducir la ansiedad, identificar preocupaciones específicas y de esta manera contribuir a que el paciente sienta bienestar psicológico, se muestre más cooperativo y responsable.

Algunos conceptos que ayudan al paciente a clarificar la situación a través de la proporción de información adecuada serán los referentes a los estudios preoperatorios del

paciente, la intervención quirúrgica, el post operatorio en cuidados intensivos, en lo referente a la recuperación se encontraran aspectos como manejo del dolor, movilización, respiración, los cuidados a mantener tras el alta hospitalaria, para lo cual se realizará un trabajo interdisciplinario con el personal médico y de enfermería, de tal manera que exista una comunicación adecuada con el paciente así como una alianza efectiva para que esta intervención le otorgue al paciente herramientas que le permitan ser más proactivo en la comprensión y tratamiento de la enfermedad.

Las situaciones que más generan angustia en el paciente están relacionadas con incertidumbre ante la cirugía, y los riesgos que puedan presentarse, e incluso el hecho de enfrentarse a la muerte.

Se deben considerar analizar elementos como el nivel de información preexistente en el paciente, los factores benéficos y de riesgo de los procedimientos médicos y no solo de la intervención quirúrgica como tal, el nivel sociocultural del paciente, la predisposición o motivación al tratamiento psicoterapéutico, las características de personalidad del demandante y el apoyo de la familia.

Por lo tanto la proporción de información debe abarcar los factores etiopatogénicos, pronóstico, técnicas terapéuticas específicas, intervenciones quirúrgicas y post-quirúrgicas, proceso de recuperación, relación de la personalidad con el padecimiento de problemas cardíacos, proceso de rehabilitación cardíaca y cambios de estilos de vida saludables, por lo que esta orientación permitirá que se modifiquen actitudes o conductas que le permitan al paciente una mejor adaptación a su condición de salud-enfermedad, dirigiéndola a lograr cambios en su estilo de vida, desarrollando en el paciente hábitos más saludables, y lograr una visión y significado distinto sobre sus cogniciones acerca de la enfermedad, tratando de mejorar la adhesión al tratamiento médico, psicológico y desarrollar acciones de autocuidado.

4.7 REVISIÓN DE AVANCES, PROGRESOS Y DIFICULTADES.

Se aplica un re test de la prueba STAI y trata de afianzar el proceso terapéutico antes de realizar el cierre del proceso de asesoramiento. Los niveles de ansiedad evidenciados en el test STAI estado nos permitieron hacer un análisis de la evolución del paciente. En cada sesión se trataba de analizar y precisar el avance a través de las tareas intercesión.

Las dificultades el proceso se relacionaron con el estado físico del paciente debiéndose reprogramar la ayuda psicológica en cuanto a horarios, puesto que en ocasiones no se presentaba una disponibilidad debido a que su estado físico no era óptimo debido a los procesos propios de recuperación de la cirugía cardíaca.

4.8 EVALUACIÓN - CIERRE DE LA INTERVENCIÓN

Desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad se propone un monitoreo permanente del curso de la intervención empleando guías, midiendo la eficacia del proceso y sus resultados finales.

ARTÍCULOS DE ESTUDIOS PREVIOS SOBRE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA CARDÍACA

Trastornos del ánimo preoperatorios en cirugía cardíaca: factores de riesgo y morbilidad postoperatoria en la unidad de cuidados intensivos.

Este estudio de tipo prospectivo longitudinal, se realizó con una muestra de 100 pacientes sometidos a cirugía cardíaca, teniendo como objetivo determinar los niveles de ansiedad y depresión preoperatorios en pacientes sometidos a cirugía cardíaca y delimitar los factores de riesgo involucrados en la génesis de estos trastornos, así como evaluar la relación entre ansiedad y depresión preoperatorias y morbilidad postoperatoria. Se aplicó como prueba el cuestionario Hospital Anxiety and Depression Scale (cuestionario de ansiedad y depresión hospitalaria).

En cuanto a nivel de ansiedad mostraron que el 32% de los casos sufrieron ansiedad preoperatoria y el 19%, depresión. La edad < 65 años (odds ratio=3,05; intervalo de confianza del 95%, 1,27-7,3) fue el único factor de riesgo de ansiedad preoperatoria significativo. En el estudio planteado para este trabajo en cuanto los niveles de ansiedad se observaron que al aplicarse el Test STAI se reflejaban valores altos tanto de Ansiedad Rasgo como de Ansiedad estado, en ansiedad como rasgo se habla de 60% mostraban niveles altos, mientras que ansiedad estado estos niveles se encuentran inicialmente entre el 73,33%.

Al referirse a la estancia hospitalaria preoperatoria en este estudio se muestra que fue mayor o igual a 3 días, mientras que en el estudio planteado en esta tesis se encontró un mínimo de nueve días, aunque hay que considerar que en el Hospital Carlos Andrade Marín, este número se incrementa debido a que los pacientes ingresados para cirugía deben realizarse una serie de exámenes pre-operatorios lo que incrementa su estancia hospitalaria. Encontrándose similitud en cuanto a la presencia de niveles de ansiedad altos.

Intervención psicológica en cirugía cardíaca

En este artículo se muestra la efectividad de la preparación psicológica en los pacientes sometidos a cirugía cardíaca, mostrando los beneficios de la intervención psicológica en la cirugía y se propone un programa que facilite un adecuado afrontamiento y recuperación en la cirugía cardiovascular.

Se señala en este la importancia de la intervención psicológica en las diferentes etapas del proceso quirúrgico, desde este estudio se menciona que dentro del conjunto de respuestas psicológicas en el contexto quirúrgico, la ansiedad es considerada predominante y, de hecho, ha sido la más estudiada. También en estudios previos realizados en el Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ) se destaca como respuesta más frecuente (Castillero & Valdés, 2000, 2002).

Encontrándose que en la etapa preoperatoria estuvo presente en el 98% de los pacientes estudiados, de los cuales un 48% la manifestó en niveles elevados. Y en la etapa posoperatoria, 70% presentaron ansiedad en etapa leve. Según el estudio planteado para este trabajo Programa de asesoramiento se encontró que un 73,3% de pacientes mostró ansiedad con niveles altos, al ingreso hospitalario, mediante la aplicación del test STAI, disminuyendo los niveles de ansiedad posteriormente a un 20% y finalmente tras el alta hospitalaria se encontró que existía ausencia de ansiedad.

En este estudio referente a la intervención psicológica en cirugía cardíaca, se menciona que “investigaciones en el campo de la psiconeuroendocrinoinmunología muestran que el estrés y la ansiedad rompen la homeostasis neuroendocrina y retardan la reparación de tejidos, dificultando la cicatrización de las heridas”. Los individuos más estresados son más susceptibles de presentar trastornos del sueño, y el sueño profundo se

relaciona con la secreción de la hormona del crecimiento que también facilita la reparación tisular (Kiecolt-Glaser & cols., 1998).

TRABAJANDO CON EL CORAZÓN: EL APOORTE DE LA PSICOLOGÍA AL ESTUDIO Y REHABILITACIÓN DEL INFARTO DE MIOCARDIO

En este estudio se plantea un análisis de los factores psicológicos, tanto antecedentes como consecuentes, relacionados con el Infarto de Miocardio, así como la importancia que tienen los programas de intervención psicológica para promover un bienestar psicológico en el paciente que va a ser sometido a cirugía cardíaca, disminuyendo considerablemente los niveles de ansiedad, por lo tanto para este artículo se plantearon como objetivos principales reducir la emocionalidad negativa consecuente al infarto y que puede aumentar la probabilidad de repetición del mismo, así como ayudar al paciente a adaptarse a un nuevo estilo de vida caracterizado por el desarrollo y mantenimiento de conductas saludables, así como la reducción de las conductas de riesgo para el sistema cardiovascular. Contribuyendo en la rehabilitación cardíaca post-infarto.

Al comparar con el estudio planteado para el programa de asesoramiento se pudo comprobar que la aplicación de asesoramiento focalizado en la personalidad reducía considerablemente los niveles de ansiedad mostrándose que al inicio se encontraba entre un 73,33% que luego se redujo hasta mostrar ausencia, se encontró además que si hay una relación entre la aplicación del programa y los niveles de ansiedad puesto que el Chi cuadrado mostro una alta significancia con una probabilidad del 95%.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS 1: La aplicación de un programa de asesoramiento desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad, disminuirá los niveles de ansiedad en los pacientes que van a ser sometidos a cirugía cardiotorácica, dependiendo de la personalidad de estos.

Definición de variable independiente:

- **El asesoramiento desde el modelo integrativo**

Definición conceptual: El modelo integrativo focalizado en la personalidad plantea diferencias en el proceso terapéutico, entre el asesoramiento y la intervención

psicoterapéutica, el asesoramiento se relaciona con la resolución del problema o alivio sintomático; mientras que la intervención se plantea un nivel más profundo, en el que se trabaje sobre la personalidad para que se produzca un proceso de cambio, basado en los problemas psíquicos del paciente, instándolo a flexibilizar algunos rasgos y comportamientos que le conducen a un desajuste emocional.

Definición operacional: Programa de asesoramiento

Definición de variable dependiente:

- **Disminución de los niveles de ansiedad**

Definición conceptual: Proceso por el cual el paciente logra cambiar un estado emocional de temor o angustia frente a las situaciones que enfrenta como la cirugía que considera amenazantes o de riesgo.

Definición operacional: Cuestionario STAI

Personalidad Se plantea como una estructura conformada por factores biológicos, psicológicos y socioculturales dinámicamente relacionada y que es propio de un individuo.

Definición operacional: Test SEAPSI de personalidad.

MARCO METODOLÓGICO

TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación es descriptiva y correlacional ya que se busca analizar la relación entre los distintos estilos de personalidad y la respuesta frente al asesoramiento.

Se utiliza la prueba no paramétrica de Friedman en que la distribución no puede ser definida con anterioridad al proceso de investigación puesto que los datos observados son los que la determinarán, además debido a que el contraste de la hipótesis de la muestras proceden de una misma población con la misma tendencia central. Esta prueba estadística, permite confirmar o rechazar la hipótesis bajo estudio, y frecuentemente es menos sensible a la presencia de variaciones entre las aplicaciones de un tratamiento. Para medir si es significativo o no se utilizó Chi Cuadrado.

Contexto de la investigación

Esta investigación se desarrolló en el Hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito, en el Servicio de Cardiotorácica, en el año 2012 se recolectaron datos y durante el año 2013 se realizó el informe de investigación.

Población y grupos de estudio

La población es de 15 pacientes:

- Los 15 pacientes fueron atendidos en hospitalización, diagnosticados de alguna patología cardíaca que necesitaba una intervención quirúrgica para solucionar su problemática de salud.

Procedimiento

- Se estableció que la población con la que se realizaría la presente investigación, considerándose el universo de pacientes ingresados en el Servicio de cardiotorácica para someterse a cirugía cardíaca.
- Los pacientes que formaron parte de la investigación firmaron el consentimiento informado y se procedió a la aplicación de asesoramiento e intervención.
- La presente investigación tuvo una adecuada acogida por el personal médico y de enfermería del Servicio de Cardiotorácica, se facilitó un

espacio físico apropiado, se mantuvo colaboración del personal del servicio y de los pacientes.

Métodos:

- **Clínico.-** Permitió en la investigación recabar, analizar y organizar los datos de la historia clínica de los pacientes, estableciéndose una evaluación de la sintomatología y la personalidad para determinar el diagnóstico y realizar el proceso de intervención y posterior seguimiento.

- **Psicométrico.-** Se utilizó para realizar la evaluación de la aplicación de asesoramiento y de la personalidad de los pacientes.

Se aplicó la prueba no paramétrica de Friedman ya que su distribución no puede ser definida a priori, pues son los datos observados los que la determinan.

- **Estadístico de tipo descriptivo.-** Se aplicó en el proceso de recolección y análisis de datos.

Técnicas

Se realizó una entrevista individual, tomando en cuenta la demanda, del paciente y de el médico responsable, se estableció la historia clínica y se recopilaron datos sociodemográficos de la muestra, se aplica el test STAI y el cuestionario de personalidad SEAPSI, se aplica asesoramiento o intervención correspondiente, para realizar posteriores aplicaciones del test de STAI, se estableció el diagnóstico pertinente, del problema y de los rasgos de personalidad de los pacientes.

Instrumentos:

Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica (FIEPs).- La FIEPs es utilizada como instrumento básico de recolección de información, la que se emplea en la entrevista la cual permite la evaluación psicológica del paciente para realizar criterios diagnósticos y pronósticos, a través de las distintas fichas se recopila información sobre las características personales del paciente, su problemática, patología, aspectos familiares, laborales y sociales del entrevistado.

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).-Esta escala fue creada en 1964, por Spielberger, R.L. Gorsuch y R.E. Lushene, para desarrollar una única escala con medidas objetivas de autoevaluación de la ansiedad, tanto de estado como de rasgo, esta escala consta de dos partes cada una con 20 ítems. El evaluado coloca un aspa sobre uno de los números 0a 3 impresos en el ejemplar después de cada frase, para realizar la valoración respectiva. Con base en la sumatoria de la puntuación se obtienen los niveles de ansiedad, estableciéndose los siguientes rangos:

PUNTAJE PARA NIVEL DE ANSIEDAD-ESTADO EN HOMBRES	PUNTAJE PARA NIVEL DE ANSIEDAD-ESTADO EN MUJERES	NIVEL DE ANSIEDAD-ESTADO (ADULTOS)
0-13	0-14	NADA
14-19	15-21	LEVE
20-25	22-31	MODERADO
26-60	32-60	SEVERO

PUNTAJE PARA NIVEL DE ANSIEDAD-ESTADO EN HOMBRES	PUNTAJE PARA NIVEL DE ANSIEDAD-ESTADO EN MUJERES	NIVEL DE ANSIEDAD-ESTADO (ADOLESCENTES)
0-12	0-15	NADA
13-20	16-20	LEVE
21-31	21-31	MODERADO
32-60	32-60	SEVERO

PUNTAJE PARA NIVEL DE ANSIEDAD-RASGO EN HOMBRES	PUNTAJE PARA NIVEL DE ANSIEDAD-RASGO EN MUJERES	NIVEL DE ANSIEDAD-RASGO (ADOLESCENTES)
0-14	0-16	NADA
15-20	17-22	LEVE
21-26	23-29	MODERADO
27-60	30-60	SEVERO

PUNTAJE PARA NIVEL DE ANSIEDAD-RIESGO EN HOMBRES	PUNTAJE PARA NIVEL DE ANSIEDAD-RIESGO EN MUJERES	NIVEL DE ANSIEDAD-RASGO (ADULTOS)
0-13	0-16	NADA
14-19	17-24	LEVE
20-25	25-32	MODERADO
26-60	33-60	SEVERO

Test SEAPSI de Personalidad.- El cuestionario de SEAPSI es un instrumento de evaluación que permite identificar los rasgos predominantes de la personalidad, está basado en los diversos tipos de personalidad que se mencionan en el CIE 10. El paciente responde de acuerdo a las características con las que se sienta identificado. Donde conste la mayor cantidad de respuestas afirmativas, significa que prevalecen en la persona los rasgos de ese estilo de personalidad. Sin embargo es importante tomar en cuenta el criterio clínico para la evaluación de la personalidad.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se evaluaron a 15 pacientes que constituyeron el universo, los cuales tenían una patología cardíaca y fueron ingresados en el servicio de cardiotorácica para someterse a una cirugía cardiotorácica.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Tabla 1. Edad de los pacientes

N	Válidos	15
	Perdidos	0
Media		55,8
Mediana		59,00
Moda		58,00
Mínimo		16
Máximo		74

		Frecuencia	Porcentaje
	16	1	6,67
	23	1	6,67
	48	1	6,67
	56	1	6,67
	58	2	13,33
	59	2	13,33
	61	2	13,33
	63	2	13,33
	65	1	6,67
	73	1	6,67
	74	1	6,67
Válidos	Total	15	100,0

Se estudiaron un total de 15 pacientes, cuyo promedio de edad fue de 55,8 años, con una mediana de 59 años y una moda de 58 años. La edad mínima fue de 16 años y la máxima de 74 años. Los pacientes que pertenecen a la tercera edad presentan mayores dificultades en el proceso de recuperación, suelen ser muy temerosos frente a los procesos de rehabilitación cardíaca, y suelen ser menos flexibles en cuanto a modificación de conductas para desarrollar hábitos más saludables.

Tabla 2. Género

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	5	33,3
Masculino	10	66,7
Total	15	100,0

En relación al género el 33,3% fueron mujeres y el restante 66,7% varones.

Tabla 3. Estado Civil.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	CASADO/A	9	60,0	60,0	60,0
	SOLTERO/A	2	13,3	13,3	73,3
	UNIÓN LIBRE	3	20,0	20,0	93,3
	VIUDO/A	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

De 15 pacientes estudiados, con respecto a su estado civil 60% corresponden a casado/a, 20% corresponde a unión libre; el 13,3% a soltero/a, y 6,7% a viudo/a. Los pacientes que poseen estado civil casad@ o de unión libre sienten que poseen un apoyo en su pareja, lo cual puede ser aprovechado en el proceso terapéutico.

Tabla 4. Residencia.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	AMBATO	2	13,3	13,3	13,3
	IBARRA	1	6,7	6,7	20,0
	LATACUNGA	1	6,7	6,7	26,7
	PUJILI	1	6,7	6,7	33,3
	QUITO	6	40,0	40,0	73,3
	RIOBAMBA	1	6,7	6,7	80,0
	SAN MIGUEL DE LOS BANCOS	1	6,7	6,7	86,7
	SANTO DOMINGO	1	6,7	6,7	93,3
	TENA	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

De 15 pacientes estudiados, con respecto a lugar de residencia 40% residen en Quito; 13,3% residen en Ambato; 6,7% residen en Ibarra; 6,7% residen en Latacunga; 6,7% residen en Pujilí; 6,7% residen en Riobamba; 6,7% residen en San Miguel de los Bancos; 6,7% residen en Santo Domingo y el restante 6,7% residen en Tena.

Tabla 5. Número de Hijos.

N	Válidos	15
	Perdidos	0
Media		2,53
Mediana		3,00
Moda		3
Desv. típ.		1,356
Mínimo		0
Máximo		4

De 15 pacientes estudiados, el promedio de número de hijos es de 2,53 hijos, con una mediana de 3 hijos y una moda de 3 hijos. El número mínimo de hijos fue de 0 y el máximo de 4 hijos. Cabe señalar que dos pacientes no poseían hijos, uno de los cuales era menor de edad. Los pacientes sienten usualmente tristeza al pensar que sus hijos podrían enfrentar la pérdida ante una posibilidad de muerte frente a la cirugía.

Tabla 6. Diagnóstico médico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	CI	9	60,0	60,0	60,0
	VALVULOPATÍA AÓRTICA	3	20,0	20,0	80,0
	VALVULOPATÍA MITRAL	3	20,0	20,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

De 15 pacientes estudiados, en relación al diagnóstico el 60% presentó Coronariopatía isquémica; un 20% presentó valvulopatía aórtica; y el restante 20% valvulopatía mitral.

Tabla 7. Instrucción académica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	PRIMARIA	6	40,0	40,0	40,0
	SECUNDARIA	4	26,7	26,7	66,7
	SECUNDARIA I	1	6,7	6,7	73,3
	SUPERIOR	4	26,7	26,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

De 15 pacientes estudiados, en relación al tipo de instrucción el 40% corresponde a nivel primario; el 26,7% corresponde a nivel secundario completo; el 26,7% corresponde a nivel superior; el 6,7% corresponde a nivel secundario incompleto.

Tabla 8. Tipo de ocupación.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ABOGADO	1	6,7	6,7	6,7
	AGRICULTOR	1	6,7	6,7	13,3
	BODEGUERO	1	6,7	6,7	20,0
	CHOFER	2	13,3	13,3	33,3
	CONTADOR	1	6,7	6,7	40,0
	ESTUDIANTE	1	6,7	6,7	46,7
	INGENIERO CIVIL	1	6,7	6,7	53,3
	PANADERO	1	6,7	6,7	60,0
	PROFESORA	1	6,7	6,7	66,7
	QUEHACERES D	3	20,0	20,0	86,7
	SASTRE	1	6,7	6,7	93,3
	SECRETARIA	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

De 15 pacientes estudiados, en relación al tipo de ocupación el 20% corresponde a quehaceres domésticos, el 13,3% corresponde a chofer, 6,7% corresponde a abogado; 6,7% corresponde a agricultor; 6,7% corresponde a bodeguero; 6,7% corresponde a contador, 6,7% corresponde a estudiante; 6,7% corresponde a ingeniero civil; 6,7% corresponde a panadero; 6,7% corresponde a profesora; 6,7% corresponde a quehaceres domésticos; 6,7% corresponde a sastre, 6,7% corresponde a secretaria. Los pacientes que desarrollan ocupaciones que al desempeñarse laboralmente están ligadas a esfuerzo físico (chofer, agricultor, bodeguero, ingeniero civil, panadero) que representan el 33,3% experimentan preocupación por no poder realizar adecuadamente sus labores, como también temor a que el proceso de recuperación se entorpezca debido a un esfuerzo inadecuado.

Tabla 9. Afiliación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ACTIVO	13	86,7	86,7	86,7
	JUBILADO	2	13,3	13,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

De 15 pacientes estudiados, en relación a la afiliación el 86,7% están activos y el restante 13,3% son jubilados, los pacientes jubilados que frecuentemente son personas de la tercera edad tienden a considerar que debido a su edad tienen menos probabilidades de sobrevivir frente a la cirugía cardíaca.

Tabla 10. Días de Hospitalización

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	9	4	26,7	26,7	26,7
	10	3	20,0	20,0	46,7
	11	2	13,3	13,3	60,0
	12	3	20,0	20,0	80,0
	13	2	13,3	13,3	93,3
	17	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

DIAS_HOSPITALIZACION

N	Válidos	15
	Perdidos	0
Media		11,13
Mediana		11,00
Moda		9
Desv. típ.		2,167
Mínimo		9
Máximo		17

De 15 pacientes estudiados, en relación a los días de hospitalización el promedio de días de hospitalización es de 11,3 con una mediana de 11 días, y una moda de 9 días. El número mínimo de días de hospitalización fue de 9 y el máximo de 17 días. El 26,7% se encuentra hospitalizado alrededor de 9 días, lo que contribuye a que los pacientes se sientan animados y con buena predisposición, pero cuando es mayor la estancia hospitalaria tienden a experimentar sentimientos de tristeza, que también sucede a

menudo es que los pacientes tienden a comparar su tiempo de hospitalización con el de otros, sin embargo los pacientes que están entre los 12 y más días, el 40% de los pacientes, si no presentarán alguna complicación mayor consideran que es una ventaja estar hospitalizados porque se encuentran desarrollando actividades de rehabilitación cardíaca en el servicio de cardiorácica.

Tabla 11. Días en Unidad de cuidados intensivos

Válidos	15
Perdidos	0
Media	2,00
Mediana	2,00
Moda	2
Desv. típ.	,535
Mínimo	1
Máximo	3

De 15 pacientes estudiados, en relación a los días de hospitalización en UCI el promedio fue de 2 días, con una mediana de 2 días, y una moda de 2 días. El número mínimo de días de hospitalización en UCI fue de 1 y el máximo de 3 días. Los pacientes generalmente experimentan mucho temor a la UCI asociándola con un estado crítico de salud, donde los pacientes se sienten temerosos y vulnerables, además sienten una sensación de aislamiento pues debido a las condiciones que amerita el servicio incluso el contacto con sus familiares es mínimo.

Tabla 12. Tipo de personalidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ANANCÁSTICO	4	26,7	26,7	26,7
CICLOTÍMICO	2	13,3	13,3	40,0
HISTÉRICO	4	26,7	26,7	66,7
PARANOIDE	5	33,3	33,3	100,0
Total	15	100,0	100,0	

De 15 pacientes estudiados, en relación al tipo de personalidad en el 33,3% se encontraron rasgos correspondientes al tipo paranoide, los cuales mostraban mucha dificultad para confiar en los demás expresándose en cierto nivel de desconfianza sobre el personal médico y la intervención quirúrgica, mostrando además al inicio poca confianza en los resultados del proceso terapéutico, así como también mencionaban dificultad para controlar la ira rasgo que también estaba presente en los pacientes de tipo anancástico, el 26,7% mostró rasgos de tipo anancástico, quienes principalmente expresaban preocupación por padecer alguna infección especialmente por el hecho de que en el servicio de cardiotorácica están hospitalizados pacientes encargados de servicios como cirugía plástica, otro 26,7% corresponde a tipo histérico, y el restante 13,3% corresponde al tipo ciclotímico, no se encontraron personalidades de tipo inestable, esquizoides y evitativas.

En relación a diagnóstico médico y rasgo de personalidad del 60% de pacientes que poseen diagnóstico médico (coronariopatía isquémica) el 26,66% corresponden a personalidades cognitivas, personalidades que suelen mostrar dificultad para controlar la ira.

Tabla 13. Ansiedad- Estado al Ingreso Hospitalario.

STAI_INGRESO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos LEVE	4	26,7	26,7	26,7
MODERADO	4	26,7	26,7	53,4
SEVERO	7	46,6	46,6	100,0
Total	15	100,0	100,0	

De 15 pacientes estudiados, en relación a la prueba STAI aplicada al ingreso del paciente al servicio de cardiotorácica el 46,6% presenta un estado severo de ansiedad, el 26,7% presentó un estado moderado de ansiedad, el 26,7% presentó un estado leve de ansiedad, no se evidenció ausencia de ansiedad.

Tabla 14. Ansiedad- Estado Previo a la cirugía.**STAI_CIRUGIA**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MODERADO	2	13,3	13,3	13,3
	LEVE	10	66,6	66,6	79,9
	NADA	3	20,0	20,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

De 15 pacientes estudiados, en relación a la prueba STAI aplicada antes de la cirugía cardiotorácica el 20% mostró ausencia de ansiedad, el 66,6 presentó un estado leve de ansiedad, y el 13,3 % presentó un estado moderado de ansiedad, no se encontró estados severos de ansiedad.

Tabla 15. Ansiedad- Estado Previo al alta hospitalaria.**STAI_ALTA**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NADA	15	100	100	100,0
	Total	15	100	100	

Los 15 pacientes estudiados, muestran ausencia de estado de ansiedad.

Tabla 16. Ansiedad- Rasgo**STAI_RASGO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NADA	4	26,7	26,7	26,7
	LEVE	4	26,7	26,7	53,4
	MODERADO	1	6,6	6,6	60,0
	SEVERO	6	40,0	40,0	100,0

STAI_RASGO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NADA	4	26,7	26,7	26,7
	LEVE	4	26,7	26,7	53,4
	MODERADO	1	6,6	6,6	60,0
	SEVERO	6	40,0	40,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

De 15 pacientes estudiados, en relación a la prueba STAI –RASGO aplicada previo a la prueba de ansiedad estado el 26,7% muestra ausencia de ansiedad rasgo, el 26,7% presentó una leve ansiedad rasgo, un 6,6% presentó un nivel moderado de ansiedad rasgo, y el 40% mostró un nivel severo de ansiedad rasgo.

COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

H: La aplicación de un programa de asesoramiento desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad, disminuirá los niveles de ansiedad en los pacientes que van a ser sometidos a cirugía cardiotorácica, dependiendo de la personalidad de estos.

Utilización de prueba no Paramétrica de Friedman y Cálculo del Chi cuadrado para establecer nivel de significancia.

Fórmula:

$$X^2_{k-1} = \frac{12}{n \cdot k(k+1)} \cdot \sum R^2 - 3n(k+1)$$

$$R^2 = 45^2 + 30^2 + 15^2 = 2025 + 900 + 225 = 3150$$

$$X^2 = \frac{12}{15 \cdot 3(3+1)} \cdot 3150 - 3(15)(3+1)$$

$$X^2 = \frac{12}{180} \cdot 3150 - 180$$

$$X^2 = 0,0666 \cdot 3150 - 180$$

$$X^2 = 197,8$$

Tabla 17. Comparación de personalidad con los niveles de STAI-Rasgo

Niveles de Ansiedad Altos	Personalidades		Total
	Si	No	
Si	3	4	7
No	6	2	8
Total	9	6	15

$$\begin{array}{ccc} 15 & 9 & \\ 7 & X & X = 4,2 \end{array}$$

$$\begin{array}{ccc} 15 & 6 & \\ 7 & X & X = 2,8 \end{array}$$

$$\begin{array}{ccc} 15 & 9 & \\ 8 & X & X = 4,8 \end{array}$$

$$\begin{array}{ccc} 15 & 6 & \\ 8 & X & X = 3,2 \end{array}$$

$$X^2 = \sum \frac{(3 - 4,2)^2}{4,2} + \frac{(4 - 2,8)^2}{2,8} + \frac{(6 - 4,8)^2}{4,8} + \frac{(2 - 3,2)^2}{3,2}$$

$$X^2 = 0,34 + 0,51 + 0,5 + 0,33$$

$$X^2 = 1,68$$

El valor de Chi cuadrado calculado 1,68 es menor que el valor de Chi Cuadrado de la tabla de distribución con error alfa de 0,05 \rightarrow 3,842 corresponde a 95%. Lo que indica

que no hay diferencias significativas es decir que lo encontrado es producto del azar, no hay relación entre la personalidad y el nivel de ansiedad-rasgo.

Tabla 18. Comparación de personalidad con los niveles de STAI-Estado

Niveles de Ansiedad Altos	Personalidades		Total
	Si	No	
Si	4	7	11
No	2	2	4
Total	6	9	15

$$\begin{array}{ccc} 15 & 9 & \\ 11 & X & X = 6,6 \end{array}$$

$$\begin{array}{ccc} 15 & 6 & \\ 11 & X & X = 4,4 \end{array}$$

$$\begin{array}{ccc} 15 & 9 & \\ 4 & X & X = 2,4 \end{array}$$

$$\begin{array}{ccc} 15 & 6 & \\ 4 & X & X = 1,6 \end{array}$$

$$X^2 = \sum \frac{(4 - 4,4)^2}{4,4} + \frac{(7 - 6,6)^2}{6,6} + \frac{(2 - 1,6)^2}{1,6} + \frac{(2 - 2,4)^2}{2,4}$$

$$X^2 = 0,036 + 0,024 + 0,1 + 0,066$$

$$X^2 = 0,0226$$

El valor de Chi cuadrado calculado \rightarrow 0,226 es menor que el valor de Chi Cuadrado de la tabla de distribución con error alfa de 0,05 \rightarrow 3,842 que corresponde al 95%. Lo que indica que no hay diferencias significativas es decir que lo encontrado es producto del azar, no hay relación entre la personalidad y el nivel de ansiedad-estado.

Tabla 19. Prueba de Friedman**Rangos**

	Rango Promedio
Stai ingreso	45
Stai cirugía	30
Stai alta	15

Tabla 20. Estadística de contraste

N	15
Chi cuadrado	197,8
D. de Chi Cuadrado	23,691
Gl	14

Si hay diferencias significativas, mostrando relación en la aplicación del programa de asesoramiento y la disminución de ansiedad en los pacientes, el valor de Chi Cuadrado con una probabilidad de 95% fue de 197,8 siendo superior al valor de la distribución de 23,691. Sin embargo no se pudo probar que la relación con el tipo personalidad del paciente, uno de los factores es debido a que la muestra de pacientes es pequeña.

CONCLUSIONES

Al plantearse esta investigación desde el Modelo Integrativo Ecuatoriano, permite focalizarse en la personalidad, como razón nuclear, estableciéndose un abordaje que da lugar a un proceso psicoterapéutico en el cual cada sujeto es único, respetándose la individualidad de cada paciente; logrando una mejor comprensión del individuo, su cosmovisión, las distintas construcciones ante la realidad; considerando además un estudio integrado mediante una interacción constante de diversos factores como biológicos, psicológicos y socioculturales, esta orientación sin duda permite al terapeuta contribuir a que se establezca el alivio del sufrimiento en el paciente, y en este caso lograr que el paciente disminuya su nivel de ansiedad y por lo tanto se encuentre mejor no solo en su aspecto individual sino también en su entorno

Los resultados obtenidos demostraron que la aplicación del programa de asesoramiento focalizado en la personalidad, beneficia al paciente que tiene que someterse a una intervención quirúrgica, logrando disminuir los niveles de ansiedad que presenta debido a la situación estresante que enfrenta; se estableció una mejora significativa en el estado emocional del paciente, comprobándose una probabilidad de 95% usando el Chi cuadrado.

Se encuentra relación significativa, en cuanto a la aplicación del programa de asesoramiento y la disminución de ansiedad en los pacientes, puesto que el valor de Chi Cuadrado muestra una probabilidad de 95% ya que el valor encontrado fue superior al valor de la distribución.

RECOMENDACIONES

Es necesario que las autoridades del servicio de cardiotorácica del Hospital Carlos Andrade Marín, establezcan como medida prioritaria brindar atención psicológica al paciente que va a ser sometido a cirugía, puesto que esta acción permitirá que el paciente tenga un óptimo estado emocional se encuentre mejor preparado para enfrentar esta situación estresante y mejore su proyección de futuro a corto, medio y largo plazo.

Es importante que se mantenga una visión de trabajo planteado desde el plano multidisciplinario estableciéndose una actividad encaminada a contar con la cooperación de los diferentes profesionales del servicio de cardiotorácica para beneficio del paciente.

La relación con el paciente debe estar ligada a la empatía, manteniendo una actitud cercana, cálida y comprensiva con el paciente, acercándonos a su realidad, poniendo énfasis en que el asesoramiento debe brindarse como una relación de ayuda técnica, en base a un modelo psicoterapéutico integral, que favorezca el desarrollo de un método de intervención que tenga como objetivo principal lograr el alivio del sufrimiento en nuestro paciente, y además se pueda aplicar a nuestra realidad ecuatoriana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (1995). *DSM-IV Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona.
- Balarezo, L. (2010). *Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad*. Quito-Ecuador: UNIGRAF
- Balarezo, L. (1998). *Psicoterapia, Asesoramiento y Consejería*. Quito-Ecuador. Ediciones PUCE (EDIPUCE)
- Balarezo, L. (1995). *Psicoterapia*. Quito-Ecuador. Ediciones Puce (EDIPUCE)
- Bellak, L. Seigel, H. (1986). *Manual de Psicoterapias Breve y de Urgencia*. México. Editorial. El manual moderno S.A.
- Buitrón R. (200). *Bioestadística, teoría y aplicaciones en medicina*. Ediciones Puce.
- Caro, I. (1997). *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. Barcelona. Editorial Paidos
- Costa, A., Gajardo, A., & Morales, G. (2007). *Manual para el Trabajo Investigativo y Elaboración del Informe de Tesis*. Loja: Editorial de la Universidad Técnica Particular de Loja.
- Dubourdieu M. (2008). *Psicoterapia Integrativa PNIE Psiconeuroinmunoendocrinología. Integración Cuerpo-Mente-Entorno*. Montevideo-Uruguay: Edit. Psicolibros
- Fernández, H. (2000). *Fundamentos de un Modelo Integrativo en Psicoterapia*, Editorial Paidós, Buenos Aires-Argentina.
- Gómez P, Monsalve V, Soriano JF, de Andrés J. *Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una unidad de cuidados intensivos*. Med Intensiva. 2007

- Hernández E, Palomera A, Santos F. (2003) *Intervención psicológica en las enfermedades cardiovasculares*. Guadalajara.
- Labrador F., Cruzado J. (1997). *Manual de Técnicas de modificación y terapia de conducta* Ediciones Pirámide. Madrid.
- Lawrence L. C, Glick T, Ferguson J. (1998) *Cirugía cardíaca*. Ed. Panamericana.
- Opazo R. (2001) *Psicoterapia Integrativa Delimitación Clínica*. Santiago de Chile - Chile: ICPSI
- Organización Mundial de la Salud: (2002). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. OMS. Ginebra.
- Polit D., (1997). *Investigación científica en ciencias de la salud*. Quinta Edición. Mc Graw Hill-Interamericana. México.
- Tortora, G. & Graboswski S, (2000). *Principios de Anatomía y Fisiología*. Novena Edición, Oxford. Editorial Oxford University Press.

Digitales.

- Álvarez Y. Unidad de cuidados intensivos: Un campo inexplorado por el psicólogo en Chile. Recuperado el 30 de agosto de 2010. De: http://csociales.uchile.cl/publicaciones/psicologia/docs/unidad_cuidados_intensivos.pdf
- Barrilero JA, Casero JA, Cebrián F, Córdoba CA, García F, Gregorio E, et al. Ansiedad y cirugía. *Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada*. Recuperado el marzo de 2010 de: www.uclm.es/AB/enfermeria/revista/numero%208/ansicirug.htm.
- Hospital Mercy. *Cirugía de corazón abierta sin circulación extracorpórea*. Video. Recuperado de

<http://www.orlive.com/mercyhospital/videos/cirug-a-de-coraz-n-abierto-sin-circulaci-n-extracorp-real>

- Díaz Ramírez M, Montenegro Ortiz L., Rojas Caviedes A (2008), *Actividad física en unidad de cuidado intensivo para Pacientes pre y post operatorio de cirugía Cardiovascular*. Recuperado el 15 de abril de 2010. De: <http://www.iberamericana.edu.co/images/MOVN108ART6.pdf>
- Iglesias M. *Los problemas cotidianos son también fatales para el corazón*. Publicado en Clarín 24/10/2005 . Recuperado el mayo de 2012 de http://www.guiasalud.es/egpc/ansiedad/completa/documentos/anexos/Anexo2_Instrumentos%20de%20medida.pdf
- Navarro M., Marín B, Alegrec C, Oroza C., Martorell A., Ordoñez E., Prieto P., Induráin F, Elizondo A., Irigoyen M., García A. *Trastornos del ánimo preoperatorios en cirugía cardíaca: factores de riesgo y morbilidad postoperatoria en la unidad de cuidados intensivos*. UCI, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España, U. Pública de Navarra, Unidad Coronaria y de Exploraciones Cardiológicas, España. Recuperado en agosto de 2011 de <http://www.revespcardiol.org/es/revistas/revista-esp%C3%B1ola-cardiologia-25/trastornos-animo-preoperatorios-cirugia-cardiaca-factores-riesgo-90034662-cirugia-cardiovascular-2011>
- Maroto J., Zarzosa C., *Rehabilitación Cardiovascular*, EAN: 9788498355031 Especialidad: Cardiología Páginas: 574 recuperado julio 2012 de: <http://www.medicapanamericana.com/Libros/Libro/4639/Rehabilitacion-Cardiovascular.html>
- Moreno A., Martínez L, Flores F, Cueto G., De la Viña M., Baranda F., Revista de Cardiología, Archivos de Cardiología de México 2011;81(Supl. 2):16-23, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Publicado por Elsevier México. www.elsevier.com.mx, *Cuidados posoperatorios del paciente no complicado* recuperado octubre de 2012 de

http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90124180&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=293&ty=169&accion=L&origen=zonadelectura&web=http://zl.elsevier.es&lan=es&fichero=293v81nSupl.2a90124180pdf001.pdf

- Rodríguez, T., Castro, C.J, Navarro, J.J, Bernal, J.L *Control elemental de las emociones a través de técnicas de relajación en pacientes con infarto agudo del miocardio con riesgo vital*. Recuperado en <http://www.psicologiacientifica.com>
<http://www.psicologiacientifica.com/enfermedad-cardiovascular-orientacion-psicologica/>
- Rodríguez Rodríguez, T. *Manejo y orientación psicológica en el paciente con enfermedad cardiovascular en estado de gravedad*. Recuperado en julio de 2012.
<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-477-1-manejo-y-orientacion-psicologica-en-el-paciente-con-enfermed.html>
- Sociedad Ecuatoriana de Cardiología, Revista Ecuatoriana de Cardiología, Volumen XIII(2) Hospital Clínico San Carlos, División de Enfermería, Servicio de Cirugía cardíaca(2008). *Guía informativa cirugía de By-pass Aorto coronario*. Recuperado el 17 de mayo de 2011, de
https://healthonline.washington.edu/document/health_online/pdf/Your_Guide_Cardiac_Surgery_SP_3_09.pdf
- Yalilis A., *Intervención psicológica en cirugía cardíaca*. Avances en Psicología Latinoamericana, ISSN 1794-4724, vol.25 no.1 2007. Universidad de La Habana y Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (Cuba). Recuperado octubre 2012 de:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242007000100006

ANEXOS

A. PLAN APROBADO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN APROBADO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2011 recordó que los factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares son hipertensión, altos niveles de colesterol y glucosa, el tabaquismo, la obesidad, la inactividad física y la ingesta insuficiente de vegetales y frutas.

Según Lawrence L, David B. Glick, en la enfermedad coronaria los factores de riesgo coronario son la hipertensión, diabetes mellitus, el tabaco, la hipercolesterolemia, historia familiar de cardiopatía isquémica en edades jóvenes y la hiperuricemia (gota).

Un estudio de INTERHEART, analizó más de 12.000 casos de pacientes que habían padecido Infarto de Miocardio, en los cuales se presentó al estrés psicosocial como uno de los factores de predicción significativos, con el mismo nivel que Diabetes, Hipertensión, Tabaquismo.

Hamer, del University College de London, explica en el 2008, la asociación entre el estrés psicológico y los problemas cardiovasculares, por el hecho que los pacientes sometidos a estrés psicosocial tienen más alteraciones en sus hábitos de conducta, principalmente; tendencia a fumar y ser sedentarios, asociados en menor proporción a la hipertensión.

Por lo tanto debemos considerar que en el inicio y la progresión de la enfermedad cardiovascular, están involucradas variables psicosociales como las estrategias de afrontamiento del estrés, la personalidad, y principalmente el papel del estrés psicosocial en cada persona.

Se plantean diversos estudios sobre la relación de la personalidad y el padecimiento de enfermedades cardiovasculares como el planteado por Rosenman y Friedman, 1959, citado por Oblitas,2006, en el que se menciona que ciertas conductas y rasgos de personalidad predisponen el padecimiento de trastornos cardiovasculares, mostraron que

pacientes con cardiopatía isquémica presentaban patrones repetidos de conducta, con estilos de afrontamiento relacionados con hostilidad y apresuramiento.

Este patrón de conducta denominado tipo A plantea rasgos como “componentes formales (voz alta, habla rápido, excesiva actividad psicomotora, tensión de musculatura facial, excesiva gesticulación); actitudes y emociones (hostilidad, impaciencia, ira y agresividad), aspectos motivacionales (motivación de logro, competitividad, orientación al éxito, afán de superación y ambición), conductas abiertas o manifiestas (urgencia de tiempo, prisa, rapidez, hiperactividad e implicación en el trabajo) y aspectos cognitivos (necesidad de control ambiental y estilo atribucional característico)” Rosenman y Friedman, 1974, citado por Oblitas, 2006.

Se han planteado algunas variables relacionadas con el riesgo a desarrollar enfermedades cardiovasculares como “el estrés, desórdenes emocionales, rasgos de personalidad, depresión y pobre apoyo social” (Krantz&MacCeney, 2002). (Kubsanzky, Davidson&Rozanski, 2005)

Conllevando la suma de estos factores de riesgo al padecimiento cada vez más frecuente de estas enfermedades así como el apareamiento de varios tratamientos para mitigarlas entre estos la cirugía cardiorácica la cual genera en el paciente una serie de sentimientos de inseguridad, depresión, ansiedad, temor a la muerte entre otros, al considerarse al corazón como un órgano vital para la existencia.

Las ideas que las personas tienen de la cirugía están cargadas de creencias y fantasías que provocan temores y una carga de ansiedad que puede ser excesiva, impidiendo transitar por la situación con un control emocional adecuado y una recuperación efectiva. (Rodríguez, Dearmas, Sauto, Techera, Berazategui, Perillo y Suarez, 2005).

La cirugía constituye indudablemente un evento estresante, alrededor de la cual existen preocupaciones sobre la autonomía y las condiciones físicas, las acciones dolorosas, la supervivencia y la recuperación, la separación de la familia y el hogar a lo que se suma el carácter impersonal de la propia hospitalización (La cirugía a corazón abierto, 2011 e Intervención psicológica, 2011).

Por lo tanto el paciente experimenta una serie de emociones negativas que representa un factor de riesgo para el paciente y además aumentan el tiempo de estadía y el proceso de recuperación, hay que destacar que existe un gran número de evidencias que sugieren que “mientras mayor es la ansiedad, más lenta y complicada resulta la recuperación postoperatoria, lo que ocurre a través de mecanismos tanto conductuales como fisiológicos” (Wallace, 1992).

Por ello es importante el apoyo psicológico que el paciente pueda tener en este proceso, se plantea que existen múltiples efectos positivos cuando el paciente ha tenido preparación psicológica previa a la cirugía. Algunos de los beneficios que se han señalado son disminución de la estadía hospitalaria, disminución importante de la ansiedad (predictor clave de recuperación), menos dolor, menor necesidad de analgésicos, mejor preparación para el alta, mayor satisfacción con la atención recibida y una percepción más positiva de la experiencia hospitalaria (Jenkins, Stanton, y Jono, 1994; De L. Horne et al., 1993; Devine, 1992; Kulik, Mahler y Moore, 1996; Good, 1996; Seers, y Carrol, 1998; Moix, López, Otero, Quintana, Ribera, Saad y Gil, 1995; Canovas, Moix, Sanz y Estrada, 1998).

Debido a que el paciente debe enfrentarse a la cirugía y al impacto psicológico que esta conlleva es adecuado visualizar una intervención psicológica y proponer un asesoramiento a los pacientes desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad, esta intervención permitirá que el nivel de ansiedad frente al proceso que van a enfrentar se reduzca y además fortalecer el proceso de recuperación posterior a la cirugía, se lograra también una evaluación oportuna de la intervención psicológica previo y posterior a la cirugía.

PREGUNTAS

4. ¿Un programa de asesoramiento desde el modelo Integrativo focalizado en la personalidad permitirá disminuir los niveles de ansiedad y enfrentar de mejor manera el proceso de recuperación de los pacientes que van a ser sometidos a una cirugía cardiorácica?
5. ¿El nivel de ansiedad es igual en los pacientes al ingreso hospitalario, previo a la cirugía cardiorácica y posterior a esta?
6. ¿Influirá la personalidad en el proceso de asesoramiento?

OBJETIVO GENERAL:

Aplicar el modelo integrativo de asesoramiento, focalizado en la personalidad (PAFP) en pacientes que van a ser sometidos a cirugía cardiotorácica del HCAM para disminuir los niveles de ansiedad existentes.

ESPECÍFICOS

1. Evaluar el nivel de ansiedad como rasgo y como estado según la escala STAI en los pacientes que van a ser sometidos a cirugía cardiotorácica en el servicio de cardiotorácica, previo y posterior al empleo de asesoramiento focalizado en la personalidad.
2. Determinar el tipo de personalidad que se adapta mejor al proceso de recuperación con la aplicación del programa de asesoramiento AFP
3. Comparar el nivel de ansiedad previo a la cirugía cardiotorácica posterior a esta y antes del alta hospitalaria según el Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAI)
4. Determinar el rasgo y el estado de ansiedad en los pacientes que van a ser sometidos a cirugía cardiotorácica.

JUSTIFICACIÓN

Actualmente la enfermedad coronaria se considera como la pandemia más importante del siglo XXI. Las Enfermedades Cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo, cada año mueren más personas por Enfermedades Cardiovasculares que por cualquier otra causa.

Se calcula que en 2004 murieron por esta causa 17,3 millones de personas, lo cual representa un 30% de todas las muertes registradas en el mundo; 7,3 millones de esas muertes se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,2 millones a los Accidentes cerebro vasculares, las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en los países industrializados y en los países en vía de desarrollo.

Para cualquier ser humano enfrentarse a una intervención quirúrgica constituye un gran impacto emocional, experimenta una sensación de riesgo, generando varios síntomas relacionados con situaciones estrés, ansiedad, temor y depresión, puesto que la cirugía se constituye para el paciente como un trauma físico y psíquico. Por lo tanto estas emociones

van a influir negativamente en la evolución y en el proceso de recuperación del paciente, tienden a incrementar los riesgos de un nuevo evento cardiovascular entre los pacientes sometidos a cirugía cardiotorácica que padecen estas emociones.

Se menciona por ejemplo que, la presencia de ansiedad está relacionada más con mortalidad a través de arritmias ventriculares, disminuye la variabilidad de la frecuencia por alteración del tono del SNA: incremento simpático y descenso del control vagal. Se pueden presentar en el paciente síntomas como desorientación, inquietud, preocupaciones catastrofistas, negación, conductas de riesgo, desajustes familiares, que podrían prolongar el tiempo de estancia hospitalaria.

Según Rozanski A, 2005, enumera seis razones para promover el interés por la evaluación y manejo de estos factores negativos en la práctica cardiaca.

- Puede ser desencadenantes de complicaciones aterotrombóticas agudas.
- Son un significativo factor de riesgo de enfermedad coronaria.
- Son altamente prevalentes en la práctica cardiaca.
- Frecuentemente se manifiestan como síntomas cardiacos.
- Pueden obstaculizar las intervenciones médicas disminuyendo la adherencia al

tratamiento.

- Se suelen asociar a conductas de riesgo cardiovascular.

Por lo tanto teniendo en cuenta estas emociones inherentes a la cirugía, el asesoramiento desde el modelo Integrativo focalizado en la personalidad permitirá atenuar esta sintomatología, lograr que el paciente los maneje de manera apropiada, que pueda tener apoyo emocional y posteriormente una mejor calidad de vida con expectativas positivas de su futuro y que mejore su adaptación tras el alta hospitalaria.

FACTIBILIDAD

Esta investigación es factible puesto que en el Hospital Carlos Andrade Marín, en el servicio de cardiotorácica los profesionales de salud poseen una predisposición adecuada para que se realice esta investigación y ocasionalmente sugieren a los pacientes que reciban apoyo psicológico, lo que facilita el acceso a la población involucrada.

UTILIDAD.-Desarrollar una investigación con respecto a la ansiedad en el paciente que va a ser sometido a cirugía cardiotorácica sea esta como rasgo o estado permitirá

determinar los niveles de ansiedad presentes previo y posterior a la cirugía, y relacionarlos con la personalidad del paciente, el empleo del asesoramiento desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad, permitirá conocer si esta técnica brinda al paciente la posibilidad de disminuir los niveles de ansiedad, que logre una adaptación adecuada al proceso de la intervención quirúrgica y el manejo oportuno de sus emociones.

Considero que en el servicio de cardiotorácica esta investigación podrá ser un apoyo para los profesionales de salud, quienes al conocer sobre aspecto emocionales del paciente, podrán realizar una intervención más integral a su paciente, contribuyendo a fortalecer su estado emocional e influyendo positivamente en el proceso de recuperación física y las perspectivas futuras del paciente.

ORIGINALIDAD.-El considerar de manera integral a la persona y tomar en cuenta su personalidad y no únicamente la sintomatología hace pertinente la intervención, además se toma en cuenta el aspecto bioético y no presenta riesgo en el paciente.

MARCO TEÓRICO

Fundamentación teórica

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), 2010 las enfermedades cardiovasculares ocupan las primeras causas de muerte en el país, produciendo más de 15.000 defunciones al año. Según el cardiólogo Roberto Lecaro. “lo que la define como la epidemia del siglo en el Ecuador”. “Estas cifras son superiores a todos los tipos de tumores y a los accidentes de transporte terrestre y homicidios”.

El presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Cardiología núcleo del Guayas, Carlos Veloz Guzmán, 2010, especifica que las afecciones cardíacas perjudican al 30% de la población nacional y que, según datos de organizaciones internacionales, 2.800 personas mueren en el mundo por esta causa cada hora.

Según menciona Redruello.(2010), Los factores psicosociales pueden dividirse en dos: los emocionales (depresión, ansiedad, furia) y las situaciones de estrés crónico (problemas económicos, estrés laboral o matrimonial).

“Hay evidencia que relaciona estos factores con una mayor probabilidad de muerte súbita y otros eventos cardiovasculares como infarto”.

Las razones biológicas por las que estos factores pueden desencadenar eventos cardíacos se basan en el impacto sobre el sistema nervioso simpático (productor de adrenalina) y un eje llamado Hipotalámico-pituitario adrenal, que relaciona los estímulos que llegan al cerebro con una respuesta del cuerpo dada por la glándula suprarrenal.

La activación permanente de este sistema por factores como la depresión produce insulina resistencia, obesidad, hipertensión, disfunción ovárica, disminución de la masa ósea y osteoporosis, entre otros.

El Modelo Integrativo de Psicoterapia focalizada en la Personalidad, Balarezo .L., (2010) a través de una base filosófica como el humanismo permite un abordaje terapéutico más efectivo que mantiene el respeto por el individuo y su padecimiento, trata de establecer un contacto psicológico cercano con el paciente, asumiendo una postura no directiva y confiando en que el individuo pueda auto-dirigirse y auto-controlarse, descartado así la posición del terapeuta de experto y desarrollando mayor confianza en el paciente logrando mantener un ambiente con adecuada empatía y comprensión lo que favorecerá un proceso de cambio positivo en el paciente.

Se considera además en este modelo psicoterapéutico al constructivismo moderado como base epistemológica, el cual visualiza al individuo como poseedor de características individuales en el área biológica y social que estructuran su psiquismo e interactúan en la elaboración de significados a través del lenguaje construyendo así la realidad, pero por la constante relación con el ámbito familiar y social en el que se desenvuelve se establece la posibilidad de cambio y evolución en el individuo. Logrando identificar la representación que el paciente tiene de la enfermedad y el tratamiento.

También se establece como base teórica a la personalidad entendiendo esta como “Una estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establecen en el ser humano, un modo de percibir, pensar, sentir y actuar singular e individual” Balarezo, 2003. Esta conceptualización permite reconocer al paciente en su individualidad pero también determinar las principales características de su personalidad, lo que favorecerá al proceso terapéutico.

Se señala la importancia de este enfoque integrativo porque permite un abordaje más amplio con más recursos terapéuticos, teniendo al alcance un conjunto de instrumentos y técnicas psicoterapéuticas que ayudarán a disminuir temor, la ansiedad y depresión reacciones psicológicas negativas que pueden estar presentes en el paciente que va a ser intervenido en una cirugía cardiotorácica, ayudando a que se genere un alivio de su sufrimiento.

Esta postura nos permite reconocer que el ser humano debe ser visto desde una visión integral, como un sujeto activo, tomando en cuenta además que no existe una verdad absoluta en cuanto al empleo de determinada postura o abordaje psicoterapéutico sino que este se puede construir desde un enfoque integracionista permitiendo una cosmovisión más completa del ser humano.

PLAN ANALÍTICO

CAPÍTULO I: PATOLOGÍA CARDIACA

- 1.1 Anatomía del corazón
- 1.2 Estructura y Función
- 1.3 Tipos de patologías cardíacas
- 1.4 Factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales
- 1.5 Cirugía cardiotorácica

CAPITULO II: PRINCIPALES ALTERACIONES EMOCIONALES FRENTE A LA CIRUGÍA CARDIOTORÁCICA

- 2.2 Ansiedad
- 2.3 Depresión
- 2.4 Estrés

CAPITULO III: MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD

- 3.1 Bases filosóficas y epistemológicas
- 3.2 Bases teóricas
- 3.3 Bases metodológicas
- 3.4 Tipología de la personalidad
- 3.5 Interrelación de los tipos de personalidad con los problemas cardiacos

CAPITULO IV: PROGRAMA DE ASESORAMIENTO E INTERVENCIÓN

- 6.1 Evaluación de Personalidad
- 6.2 Identificación de los temores y miedos frente a la cirugía
- 6.3 Intervenciones específicas para los niveles de ansiedad
- 6.4 Psicoeducación previa a la cirugía
- 6.5 Revisión de avances, progresos y dificultades.
- 4.6 Evaluación - Cierre de la intervención

FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS:

H: La aplicación de un programa de asesoramiento desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad, disminuirá los niveles de ansiedad en los pacientes que van a ser sometidos a cirugía cardiotorácica, dependiendo de la personalidad de estos.

HIPÓTESIS 1: La aplicación de un programa de asesoramiento desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad, disminuirá los niveles de ansiedad en los pacientes que van a ser sometidos a cirugía cardiotorácica, dependiendo de la personalidad de estos.			
VARIABLES	INDICADORES	MEDIDAS	INSTRUMENTOS
VI: Programa de asesoramiento Asesoramiento a los pacientes que van a ser sometidos a cirugía cardiotorácica	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Cumplimiento de las tareas inter-sesión 	Si-No Si- No	Cuestionario elaborado para evaluación del asesoramiento
VD: Disminución de los niveles de ansiedad en los pacientes que van a ser sometidos a cirugía cardiotorácica.	Ansiedad estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad	Nada 0 Algo 1 Bastante 2 Mucho 3	Escala STAI (Ansiedad de Estado)
	Ansiedad rasgo señala una propensión ansiosa por la que	Casi nunca 0 A veces	Escala STAI (Ansiedad de

<p>VD.</p> <p>Tipo de personalidad de los pacientes que son sometidos al programa de asesoramiento y presentan ansiedad.</p>	<p>difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar su ansiedad estado.</p> <p>Anancástica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de decisión dudas y precauciones que reflejan una profunda inseguridad personal • -Preocupación por detalles, reglas, listas, orden, organización y horarios • -Perfeccionistas • -Preocupación en ocasiones injustificada por el rendimiento llegando a renunciar a actividades placenteras y relaciones personales • -Capacidad limitada para expresar emociones • -Insistencia en que los demás se sometan a la propia rutina <p>Paranoide:</p> <ul style="list-style-type: none"> • -Sensibilidad a los contratiempos y desaires • -Predisposición a rencores persistentes. • -Susplicacia y tendencia generalizada a distorsionar las experiencias propias interpretando las manifestaciones neutrales o amistosas de los demás como hostiles o despectivas • -Desconfianza • -Predisposición a 	<p>1 A menudo 2 Casi siempre3</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p>	<p>Rasgo)</p> <p>Cuestionario de personalidad SEAPSI</p>
--	--	---	--

	<p>sentirse excesivamente importante, puesta de manifiesto por una actitud autorreferencial constante</p> <p>Ciclotímica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Variabilidad del estado de ánimo con oscilaciones entre la alegría y la tristeza. • -Sensibilidad • -Preocupación por el prójimo • -Suelen ser personas sociables • -Facilidad en la expresión de sus emociones <p>Histriónica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tendencia a la representación de un papel teatralidad y expresión exagerada de las emociones • -Sugestibilidad y facilidad para dejarse influir por los demás • -Afectividad lábil y superficial • -Búsqueda imperiosa de emociones y desarrollo de actividades en las que ser el centro de atención • -comportamiento y aspecto marcados por un deseo inapropiado de seducir • -preocupación excesiva por el aspecto físico • -Egocentrismo, indulgencia para sí mismo, anhelo de ser apreciado sentimientos de ser fácilmente heridos y conducta 	<p>Si No</p> <p>Si No</p>	
--	--	-----------------------------------	--

	<p>manipulativa constante para satisfacer las propias necesidades.</p> <p><u>Dependiente:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para tomar decisiones cotidianas si no cuenta con consejo y reafirmación por parte de los demás. • Dificultad para organizar proyectos o actividades por su poca iniciativa. • Realización de tareas desagradables para ser aceptado por los otros. • Incomodidad ante la soledad. • Sufrimiento excesivo en pérdidas afectivas • Sensibilidad a la crítica y desaprobación. Etc. <p><u>Evitativa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipersensibilidad a los contactos interpersonales, por lo que evita trabajos o actividades que impliquen un contacto importante. • Pocas relaciones íntimas y confidentes. • Establecimiento de vínculos cuando está seguro de la aprobación del otro. • Reservado en reuniones sociales. • Preocupación por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales. Etc. <p><u>Esquizoide</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Carencia de disfrute en las relaciones 		
--	--	--	--

	<p>estrechas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elección de actividades solitarias. • Frialdad afectiva, sin expresión de sentimientos. • Dificultad para tener experiencias interpersonales y sexuales. • Indiferencia a la aprobación y crítica de los demás. • Tendencia a la fantasía. • Incapacidad relativa para sentir placer. • Disfrute con pocas o ninguna actividad. Etc. <p><u>Inestable emocional:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Relaciones interpersonales intensas e inestables. • Impulsividad en sus reacciones cotidianas. • Preferencia por las actividades en espacios abiertos y que sean de riesgo y competencia. • Tolerancia alta al dolor. • Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario . • Alteración de la identidad con autoimagen acusada y sentido de sí mismo persistente e inestable. • Impulsividad en algunas áreas , que pueden ser potencialmente dañinas para sí mismo como: el gasto, sexo, abuso de 		
--	---	--	--

	<p>sustancias, conducción temeraria, atracones de comida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos crónicos de vacío. <p><u>Trastorno Disocial</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pauta de conducta irresponsable. • Mentiras, hurtos, holgazanería, vandalismo, actitudes pendencieras, fugas del hogar, absentismo escolar y crueldad física. • Impulsividad, irritabilidad, agresividad, y violencia. • Despreocupación por la seguridad personal y ajena. • Falta de remordimiento respecto sus conductas y una marcada predisposición a culpar a los demás. • Incapacidad para mantener relaciones interpersonales. • Tolerancia muy baja a la frustración. <p>Carencia de aprendizaje a través de la experiencia. Etc.</p>		
--	--	--	--

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

Esta investigación es de tipo descriptiva.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

POBLACIÓN:

Estará conformada por los pacientes que ingresen al servicio de cardiotorácica del Hospital “Carlos Andrade Marín”, por el lapso de dos meses.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes que tengan prevista la cirugía cardiotorácica con patología cardiaca:

Insuficiencia mitral

Insuficiencia aórtica

Insuficiencia tricúspidea

Coronariopatía isquémica

Comunicación interauricular

Comunicación interventricular

Valvulopatías

Estenosis Aórtica

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes que presenten Trastornos de Personalidad.

RECOLECCIÓN DE DATOS:

El proceso de recolección de datos está centrado en la entrevista y proceso psicoterapéutico.

FASES DE LA INVESTIGACIÓN:

Elaboración del plan de investigación

Elaboración del marco teórico

Selección de instrumentos

Entrevistas psicológicas a los pacientes y obtención de consentimiento informado

Aplicación de la Ficha Integrativa de Evaluación psicológica (FIEPS)

Aplicación de reactivos psicológicos

Aplicación de asesoramiento psicoterapéutico

Análisis y procesamiento de datos

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN:

Cuestionario SEAPSI de Personalidad

Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica (FIEPS)

Inventario de Ansiedad –Rasgo STAI

Cuestionario de evaluación de proceso (guía)

MÉTODOS:

Método Clínico: se aplicará en la recolección, organización y comparación de la historia clínica del paciente para evaluar los síntomas y su personalidad para realizar un diagnóstico adecuado.

Método Inductivo-Deductivo: En el análisis de los datos y comprobación de hipótesis para realizar un asesoramiento adecuado.

Método Estadístico: Para conocer si el programa de asesoramiento cumplió con el objetivo planteado.

ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS**COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS**

Que se comprobarán o rechazarán una vez ejecutado el proyecto

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Que se elaborarán una vez ejecutado el proyecto

RECURSOS HUMANOS:

Materiales	Cantidad	Costos
Fichas de evaluación psicológica (FIEPS)		100
Escalas de Ansiedad Rasgo STAI		100
Hojas de consentimiento informado		100
Grabadora		120
Material Bibliográfico.		300
Fuente de Internet		300
Impresión de investigación		200
Empastados de investigación		50
Material de oficina		80
Transporte		100
Imprevistos		100
TOTAL		1550

En la investigación se requerirá el siguiente personal:

- Supervisora de la Investigación
- Psicóloga encargada de la recolección de los datos para la realización del estudio.
- Los pacientes hospitalizados en el servicio de cardiotorácica del Hospital Carlos Andrade Marín para ser sometidos a cirugía cardiotorácica
- Médicos Tratantes y residentes.
- Personal de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Reactivos psicológicos
- Fichas
- Cuestionarios
- Artículos de oficina
- Libros especializados

FINANCIAMIENTO:

Autofinanciamiento

ESTRUCTURA DEL CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	1 MES	2 MES	3 MES	4 MES	5 MES	6 MES
Elaboración del Plan de Investigación	X					
Aprobación del Plan de Investigación		X	X			
Recopilación Bibliográfica		X	X	X	X	
Desarrollo del marco teórico		X	X	X	X	
Aplicación de la Investigación			X	X	X	
Elaboración de conclusiones						X
Elaboración del Informe final						X

B. INSTRUMENTOS

B.1 FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA (FIEPs)

No. _____

Fecha: _____ Psicólogo/a: _____

Nombre: _____

Edad: años _____ Estado Civil: _____ Religión: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Residencia: _____ Dirección: _____ Telf.: _____

Instrucción: _____ Ocupación: _____

Informante: _____

Tipo de consulta:

Ambulatorio		Acogida	
Hospitalizado		Consulta Privada	
Otros ¿Cuál?			

Demanda

ORIGEN			
Paciente		Familiar (s)	
Profesional		Otros Profesora	

- EXPLÍCITA
- IMPLÍCITA
- ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL

HISTORIA PSICOLÓGICA FAMILIAR Y/O GENOGRAMA

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

- DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA
- DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL PROBLEMA O TRASTORNO
- DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD
- CRITERIOS PRONÓSTICOS
- RECOMENDACIONES

A. CUESTIONARIO STAI DE ANSIEDAD-ESTADO

		Nada	Algo	Bastante	Mucho
1	Me siento calmado				
2	Me siento seguro				
3	Estoy tenso				
4	Estoy contrariado				
5	Me siento cómodo (estoy a gusto)				
6	Me siento alterado				
7	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras				
8	Me siento descansado				
9	Me siento angustiado				
10	Me siento confortable				
11	Tengo confianza en mi mismo				
12	Me siento nervioso				
13	Estoy desasosegado				
14	Me siento muy atado (como oprimido)				
15	Estoy relajado				
16	Me siento satisfecho				
17	Estoy preocupado				
18	Me siento aturdido y sobreexcitado				
19	Me siento alegre				
20	En este momento me siento bien				

CUESTIONARIO STAI ANSIEDAD- RASGO

		Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21	Me siento bien				
22	Me canso rápidamente				
23	Siento ganas de llorar				
24	Me gustaría ser tan feliz como otros				
25	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto				
26	Me siento descansado				
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada				
28	Veó q las dificultades se amontonan y no puedo con ellas				
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30	Soy feliz				
31	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente				
32	Me falta confianza en mi mismo				
33	Me siento seguro				
34	Evito enfrentarme a las crisis o dificultades				
35	Me siento triste (melancólico)				
36	Estoy satisfecho				
37	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia				
38	Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos				
39	Soy una persona estable				
40	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado				

B. CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEAPsi

Nombre _____ Fecha _____

Señale las frases con las que más se identifique:

A	Al realizar alguna actividad o tarea me gusta que las cosas salgan perfectas	
	Programo mis actividades y salirme del esquema me genera ansiedad	
	Me resulta difícil expresar mis emociones y mis sentimientos a los demás	
	Soy rígido en temas vinculados con la moral y los valores	
	Me preocupa la posibilidad de tener alguna falla cuando realizo una actividad	
	Me siento preocupado cuando escucho críticas en mi contra	
	Cuando realizo alguna actividad me agrada que las personas se adapten a mi forma de hacer las cosas	
	En mis actividades soy muy organizado y me preocupo de todos los detalles	
	En las tareas laborales o domésticas, busco que todo tenga un orden ideal	
	Tengo ideas o pensamientos que no logro quitarlos fácilmente	
P	Cuando veo a un grupo de amigos reunidos tengo la sospecha de que pueden estar hablando de mi	
	Para que yo confíe en los demás deben demostrarme lealtad	
	Me molesta mucho cuando me interrumpen el trabajo que estoy realizando	
	Al ver a mi pareja en compañía de otra persona siento ira	
	Soy una persona que denota una cierta autoridad natural	
	Prefiero conocer los antecedentes de una situación a la que me voy a enfrentar para no ser sorprendido	
	Generalmente impongo mi punto de vista	
	En mis labores me gusta generalmente superar a las demás personas	
	Prefiero mantener mi vida privada en reserva	
Cuando las personas en las que confío me fallan me resulta difícil perdonar		
C	Mi estado de ánimo es muy variable	
	Hay días en que me siento muy alegre y otros en los que sin causa estoy triste	
	A veces miro el futuro con gran optimismo y en ocasiones lo veo negro	
	Cuando estoy en buen estado emocional me torno excesivamente generoso	
	Por las mañanas siento triste y parecería que todo me saldrá mal	
	Me impresiono fácilmente ante las situaciones de sufrimiento humano	
	Soy sensible ante las circunstancias de malestar ajeno	
	En mi vida diaria repentinamente aparecen períodos de tristeza sin motivo	
	Sobredimensiono las expresiones de amistad y afecto	
Soy bromista, agradable y expresivo con las personas que conozco		
H	En la mayoría de ocasiones me gusta salirme con la mía	
	Me gusta ayudar a la gente sin importar el grado de cercanía que tenga con ella	
	Reacciono con gran emotividad ante las circunstancias que ocurren a mi	

	alrededor		
	Para salir de casa mi aspecto físico debe ser impecable		
	Cuando me propongo conseguir algo a veces exagero y dramatizo		
	Mi vida social es muy amplia, tengo facilidad para conseguir amigos		
	En una reunión social soy muy alegre y extrovertido me convierto en el alma de la fiesta		
	Creo fácilmente lo que me dicen o lo que leo, llegando a sugestionarme		
	Me gusta ser reconocido por lo que hago		
	Me agrada que los demás me vean atractivo		
ev	Prefiero evitar actividades que involucren contacto con los demás		
	Me preocupa la crítica, desaprobación o rechazo de las personas que conozco		
	En una reunión social prefiero estar alejado del griterío		
	Para poder relacionarme debo estar seguro de agradar a los demás		
	Me cuesta simpatizar con los demás porque tengo miedo a ser ridiculizado o avergonzado		
	Mi vida social es reducida		
	Cuando conozco a gente nueva temo no poder iniciar una conversación		
	Me gustaría mejorar mis relaciones interpersonales		
	Tengo dificultades para hablar de mi mismo ante los demás		
	Me siento ofendido si alguien se muestra crítico frente a mí durante una conversación		
D	Cuando encuentro dificultades en el camino me resigno a no llegar al objetivo planteado		
	Cuando he terminado una relación afectiva busco que alguien me proporcione cuidado y apoyo		
	Cuando tengo problemas busco a otras personas para que me aconsejen		
	Me cuesta expresar mi desacuerdo a las demás personas		
	Prefiero acoger ideas y pensamientos cuando ya han sido aprobados		
	Soy obediente ante mis superiores y jefes		
	Generalmente intento evitar las discusiones con otros		
	Cuando observo dificultades tiendo a mantener una actitud pasiva y distante		
	Me siento incómodo y desamparado cuando estoy solo		
	En situaciones difíciles es mejor que los otros tomen decisiones		
E	Me resulta difícil disfrutar de las relaciones familiares y sociales		
	Prefiero hacer las cosas solo		
	Disfruto más realizando pocas actividades que demasiadas		
	Tengo pocos amigos íntimos o de confianza		
	Siempre me ha costado enamorarme profundamente		
	Soy insensible ante los hechos o circunstancias adversas que sucedan		
	No experimento intensamente emociones como la ira y la alegría		
	Prefiero las actividades abstractas o misteriosas		
	Soy indiferente ante los halagos o críticas de los demás		

	En las reuniones sociales prefiero mantenerme distanciado de las personas que me rodean		
ez	Me agradan las cosas excéntricas y fuera de lo común		
	Tengo un poder especial para saber qué es lo que sucederá en el futuro		
	Mi apariencia es peculiar y rara para los demás		
	No confío mucho en mis amigos íntimos o de confianza		
	Me agradan las supersticiones y los fenómenos paranormales		
	Con los demás soy inflexible, me cuesta ceder a sus peticiones		
	Siento que soy diferente y que no encajo con los demás		
	Me siento muy ansioso ante personas desconocidas		
	Temo que los demás quieran hacerme daño		
	Creo ver, oír o sentir algo que no es real		
ds	Reniego de las normas sociales y legales		
	A veces hago trampa para obtener beneficios personales		
	Si encuentro una solución que es favorable para mí, avanzo, sin fijarme si las consecuencias son negativas para otras personas		
	En la niñez solía causar daños a los animales		
	Suelo ser incapaz e impulsivo al planificar el futuro		
	Cuando estoy con iras expreso mi agresividad sin importarme las consecuencias		
	No me preocupa mi seguridad ni la de las demás personas		
	Soy inestable en mis trabajos aún cuando tenga obligaciones económicas		
	No tengo remordimientos cuando ofendo a los demás		
I	Me cuesta esfuerzos controlar mi ira		
	Soy impulsivo en la realización de mis actividades		
	Mis relaciones interpersonales son muy inestables e intensas		
	Me gusta engañar a las personas para que estén conmigo		
	Generalmente no mido las consecuencias de mis actos, aunque luego reacciono con arrepentimiento		
	Elaboro imágenes idealizadas de las personas que están conmigo		
	La rutina me molesta por eso siempre busco algo diferente que hacer		
	A pesar de tener un carácter fuerte temo ser abandonado		
	Me gasto el dinero de manera imprudente por ejemplo en apuestas, en compras innecesarias		
	Cambio bruscamente de opinión con respecto al futuro, las amistades o las ocupaciones		
APRECIACIÓN			