

CARDIOCENTRO "ERNESTO CHE GUEVARA"

SANTA CLARA, VILLA CLARA

ARTÍCULO ORIGINAL

**PARTICULARIDADES DE LA ANSIEDAD-ESTADO EN PACIENTES
REVASCULARIZADOS CON DIFERENTES ESTADÍAS HOSPITALARIAS**

MSc. Tamara Moya Borges

Máster en Psicología Médica. Licenciada en Enfermería. Asistente. Miembro Titular de la Sociedad Cubana de Enfermería. Cardiocentro "Ernesto Che Guevara". Santa Clara-Villa Clara.

Recibido: 01 de septiembre de 2009

Aceptado para su publicación: 12 de enero de 2010

Resumen

Introducción y Objetivos: En todas las enfermedades están presentes estados emocionales, comportamientos y valoraciones acerca de estas, las limitaciones que ellas traen aparejadas y el impacto para la vida futura. El objetivo de la investigación fue determinar las particularidades de la ansiedad-estado en pacientes revascularizados con media y prolongada estadías hospitalarias.

Método: Es una investigación descriptiva, transversal, donde se utilizó, durante un año,

un paradigma cuantitativo combinado con métodos cualitativos. La muestra, seleccionada mediante un método aleatorio, fue de 30 pacientes. Se consideró el criterio de 54 profesionales y se aplicaron varias pruebas y técnicas psicológicas: entrevista psicológica, inventario de autoevaluación Rasgo-Estado (IDARE), Técnica de los 10 deseos (Variante RAMDI-G), *Test* de completamiento de frases (ROTTER), y Autorreporte vivencial. **Resultados:** El nivel alto de ansiedad-estado se constató en el 100 % de los pacientes con

estadía prolongada, quienes presentaron un puntaje mucho mayor que los de estadía media ($p = 0,000$). En ambos grupos hubo un mayor número de respuestas para las categorías personal y familiar. El mayor por ciento en pacientes con estadía media, correspondió a la esfera personal, sobre todo los deseos de: volver a casa (90 %), curarse pronto (90 %), y salir pronto del hospital (80 %); mientras que en la estadía prolongada se muestran como prioritarios los deseos de volver a casa (90 %), curarse pronto (90 %), y seguir viviendo (80 %). **Conclusiones:** Se evidenció la presencia de ansiedad-estado en los pacientes con estadía media y prolongada, las manifestaciones más comunes, en pacientes con estadía media, fueron los trastornos del sueño, y en los de estadía prolongada, el temor. La ansiedad-rasgo, con sus niveles altos y medios, constituyó el factor que favorece la aparición del estado emocional de ansiedad.

Palabras clave: Emociones, psicología, cirugía cardíaca

Abstract

Introduction and Objectives: Every illness leads to emotional states, behaviors and ways of understanding the limitations they cause and the future impact in life. The objective of this investigation was to determine the characteristics of the state-anxiety in revascularized patients with medium and prolonged stay in hospital. **Method:** A descriptive cross-sectional study was carried out during a year, using a quantitative paradigm combined with qualitative

methods. The sample, chosen with a randomized method, was formed by 30 patients. The criteria from 54 professionals were taken into account, and several tests and psychological techniques were implemented: psychological interview, Trait-Anxiety self-evaluation inventory (IDARE), ten desire technique (RAMDI-G variant), sentence completion test (ROTTER), and experiential self-report. **Results:** A high level of state-anxiety was found in all patients who had a prolonged stay in hospital – they presented a much higher score than those who had a medium stay ($P=0,000$). Both groups had a higher amount of answers concerning the personal and familial category. The highest percentage, in the patients with a medium stay, was related to the personal sphere, mainly the wishes concerning: returning home (90%), getting well soon (90%), and leaving hospital soon (80%); while in those with a prolonged stay, the main wishes were concerning returning home (90%), getting well soon (90%), and survive (80%). **Conclusions:** It was evident the existence of a state-anxiety in the patients with a medium and prolonged stay in hospital. The most common manifestations in patients with a medium stay were sleep disorders; and fear, in the patients with a prolonged stay. The trait-anxiety, with its high and medium levels, was the factor that favored the appearance of the emotional state of anxiety.

Key words: Emotions, psychology, cardiac surgery

Introducción

Mucho se ha avanzado en la actualidad y es sabido que en la causalidad de todas las enfermedades, de manera general hay, en mayor o menor grado, elementos de carácter psicológico. En ellas están presentes estados emocionales, comportamientos y valoraciones acerca de su origen, las limitaciones que llevan aparejadas las exigencias de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y el pronóstico e impacto para la vida futura. Cada paciente presentará entonces su propia respuesta a la enfermedad, en la que se ponen de manifiesto no sólo las características regulares de ésta como hecho biológico, sino también, y sobre todo, las del sujeto como persona ante una situación específica¹.

En los últimos años, el estudio de los estados emocionales causados por las situaciones de tensión, ha adquirido una gran importancia. En el hombre, las emociones están vinculadas con las formas básicas de la existencia histórico-social, es decir, con su modo de vida, y con las orientaciones fundamentales de su actividad. En la actual fisiología de las emociones, se ha demostrado que estas no pueden ser reducidas a aisladas reacciones periféricas, pues participan en estrecha relación tanto los factores periféricos como los centrales. Muchos sentimientos perturbadores surgen con las enfermedades agudas y crónicas, al igual que con su tratamiento. La forma de vivirlas y expresarlas depende de la personalidad, la percepción de la situación y el apoyo que se reciba de los demás^{1,2}.

Las enfermedades cardiovasculares, consideradas las de mayor incidencia en los países industrializados, no solamente golpean sin aviso previo a un porcentaje importante de la

población, sino que además causan incapacidad y sufrimiento prolongados en un gran número de personas. Dada la magnitud actual del problema y el previsible aumento de la prevalencia de la enfermedad arterial crónica (EAC), consecuencia del envejecimiento de la población, el diagnóstico, prevención y su tratamiento, constituye un aspecto de salud pública de gran importancia³⁻⁶.

En 1964, Garrett, Dennon y DeBailey utilizaron por primera vez la cirugía de revascularización miocárdica (CRM), como un procedimiento de rescate. En nuestro país se le ha dado una alta prioridad al cuidado de la salud de la población. Si deseamos dar continuidad a uno de los pilares fundamentales de la atención integral de nuestros pacientes, y lograr la verdadera excelencia en los servicios de salud, no podemos descuidar todo lo que rodea al paciente sometido a una intervención quirúrgica, incluyendo su ámbito personal, social, y familiar⁷⁻⁹. En el Cardiocentro "Ernesto Che Guevara" de Villa Clara, del total de operaciones realizadas durante el año 2007, 117 fueron de coronarias, y el promedio de estadía fue de 7.2 días. Por ello, se hacía necesario ampliar el conocimiento de los aspectos psicológicos, fundamentalmente en lo que a ansiedad se refiere, en los pacientes sometidos a este tipo de cirugía, de ahí que nos planteáramos como problema científico: *¿Cuáles son las principales particularidades de la ansiedad-estado en pacientes revascularizados con estadías hospitalaria media y prolongada?*

Debido a la importancia que se le confiere al trabajo, nos proponemos analizar el criterio de profesionales vinculados a la atención de pacientes revascularizados con manifesta-

ciones de ansiedad, y caracterizar la ansiedad-estado en este tipo de pacientes en estadías hospitalarias media y prolongada.

Método

Se utilizó un diseño descriptivo-transversal, bajo un paradigma cuantitativo combinado con métodos cualitativos. Inicialmente se solicitó información a los profesionales, vinculados al trabajo asistencial de pacientes con revascularización miocárdica, que presentaban ansiedad, lo mismo en fase hospitalaria media que prolongada. El dato primario se obtuvo mediante la aplicación de dos cuestionarios, el primero, tenía como objetivo obtener información sobre el reconocimiento del estado de ansiedad en pacientes revascularizados, por parte de los profesionales que los atienden y su diagnóstico, y el segundo cuestionario, estuvo encaminado a precisar cómo se asume temporalmente la clasificación de la estadía postoperatoria (EPO) en el centro.

La población estuvo constituida por todos los pacientes revascularizados que cumplían los siguientes requisitos: de ser de ambos sexos, con 15 ó más años de edad, tener sexto grado como mínimo, permanencia hospitalaria media (7-15 días), y prolongada, más de 15, atendidos en el Cardiocentro "Ernesto Che Guevara", del Servicio de Cuidados Progresivos (CP), en la ciudad de Santa Clara, provincia Villa Clara, desde enero hasta diciembre de 2007. Se utilizó un muestreo sistemático aleatorio, se incorporaron a la muestra, los primeros 5 pacientes de cada mes con la enfermedad referida, hasta completar los 15 del grupo de EPO media y los 15 del grupo de EPO prolongada. Finalmente la muestra quedó conformada por 30 pacientes, con estatus

postoperatorio por revascularización miocárdica, según criterios de profesionales del centro donde se desarrolló la investigación, subdivididos en dos grupos de estudio. El grupo 1 estuvo integrado por 15 pacientes revascularizados con estadía media (entre 7 y 15 días) en su octavo día de estatus postoperatorio, en el servicio de CP II. Los miembros del segundo grupo se seleccionaron del mismo servicio con EPO prolongada (más de 15 días) en su día 20. La muestra seleccionada cumplió con los criterios de inclusión, exclusión y de eliminación previamente establecidos; aplicando la metodología diagnóstica planificada, en tres sesiones de trabajo. En la primera sesión aplicamos la entrevista psicológica, en la segunda, el inventario de autoevaluación de ansiedad rasgo-estado y la técnica de los 10 deseos, y en la tercera sesión, se aplicó el *test* de completamiento de frases y el autorreporte vivencial, conjugándolos con la técnica de observación psicológica. La duración de cada sesión estuvo determinada por el ritmo de trabajo de cada paciente, aunque nunca excedió los 60 minutos. Para cada prueba se confeccionó un protocolo de recogida de datos, elaborados previamente, lo que facilitó la recogida de información. El procesamiento de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS (*Statistic Package for Social Sciences*), versión 12.0 para Windows. Se utilizó la estadística descriptiva e inferencial. En la primera, nos apoyamos en el análisis de frecuencia absoluta y por ciento en todos los análisis realizados. También se empleó la media y desviación típica o estándar. Dentro de la inferencial, se usó el análisis paramétrico (*Test de Student* para muestras independientes) y no paramétrico (Prueba de Chi cuadrado

de independencia). Se utilizó un nivel de significación del 5 % ($p < 0,05$) y en algunas ocasiones del 1% ($p < 0,01$). La información se presenta en tablas y gráficos.

Resultados

Como muestra la figura 1, según los criterios aportados por los profesionales en el cuestionario 1 y 2, con relación a la presencia

o no de ansiedad, se puede observar que de un total de 29 profesionales participantes en el cuestionario, el 83 % considera que hay presencia de ansiedad en el paciente revascularizado, mientras que sólo 5 (17 %), consideran lo contrario. Es importante aclarar que los que niegan la presencia de ansiedad tienen entre 5 y 15 años de experiencia profesional.

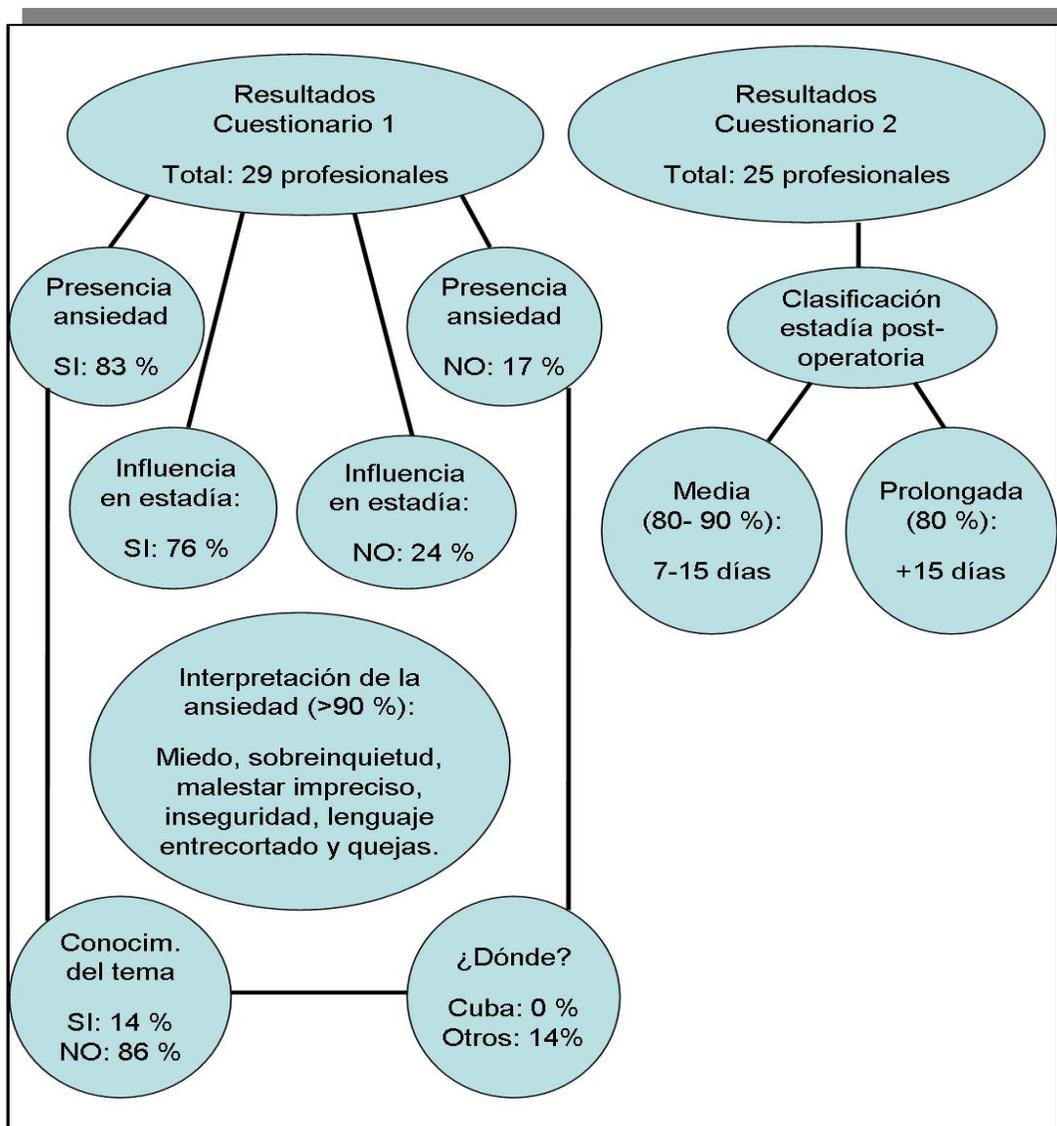


Figura 1. Resultados de los cuestionarios realizados a los profesionales del Cardiocentro “Ernesto Che Guevara”.

Con relación a la posible influencia en la EPO, se muestra que para un total de 29 profesionales participantes, el 76 % opina que existe influencia de la ansiedad en el paciente revascularizado, mientras que el 24 % restante opinó que no existe tan influencia, esto quizás se deba a que la mayoría de ellos poseían de 5 a 15 años solamente de experiencia profesional. Por otra parte, dentro de los síntomas más frecuentes que se identifican como manifestaciones de ansiedad en este tipo de pacientes, aparecen con 90 % o más de aprobación por parte de los profesionales: el miedo, la sobreinquietud, el malestar impreciso, la inseguridad, el lenguaje entrecortado y las quejas. Acerca del conocimiento sobre el tema a escala nacional e internacional, un elevado por ciento (86 %) del total de encuestados no conoce sobre el desarrollo de la temática, mientras que sólo un 14 % afirma conocer investigaciones relacionadas con el objeto de estudio, pero aún así, ninguno de ellos tiene registros del tema en Cuba. Para precisar la clasificación de la EPO del paciente, nos basamos en los resultados obtenidos mediante el cuestionario 2, donde se observa cómo el 90 % de los expertos y el 80 % de los profesionales en general, coinciden en clasificar la estadía media como aquella que abarca desde los 7 hasta los 15 días del postope-

ratorio; mientras que el 80% de ambos grupos respectivamente, coincidió en clasificar la EPO prolongada como aquella que sobrepasa los 15 días.

En la figura 2 fueron identificadas manifestaciones de ansiedad tales como: palpitaciones, sobreinquietud, inseguridad, temor, hiperhidrosis (manos y pies), desconfianza, preocupación, añoranza y trastornos del sueño, en más del 80 % de los pacientes; de todas ellas, el trastorno del sueño, fue el de mayor por ciento en el caso de los de EPO media, con un 93%; y el temor, con un 99 %, en los de EPO prolongada, corroborando a través de la observación realizada que estos relacionan el inicio de los síntomas con el proceso diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, que en el caso particular que nos ocupa requirió intervención quirúrgica.

Como se puede apreciar en la Tabla 1, prevalecen los niveles altos de ansiedad-estado en estadías media y prolongada. Es significativo que el nivel alto de ansiedad-estado se haya constatado en el 100 % de los pacientes revascularizados en EPO prolongada. En cuanto a los niveles de ansiedad-rasgo, se observa un comportamiento similar donde el nivel alto prevalece en ambas estadías hospitalarias, siendo superior en los pacientes anteriormente referidos.

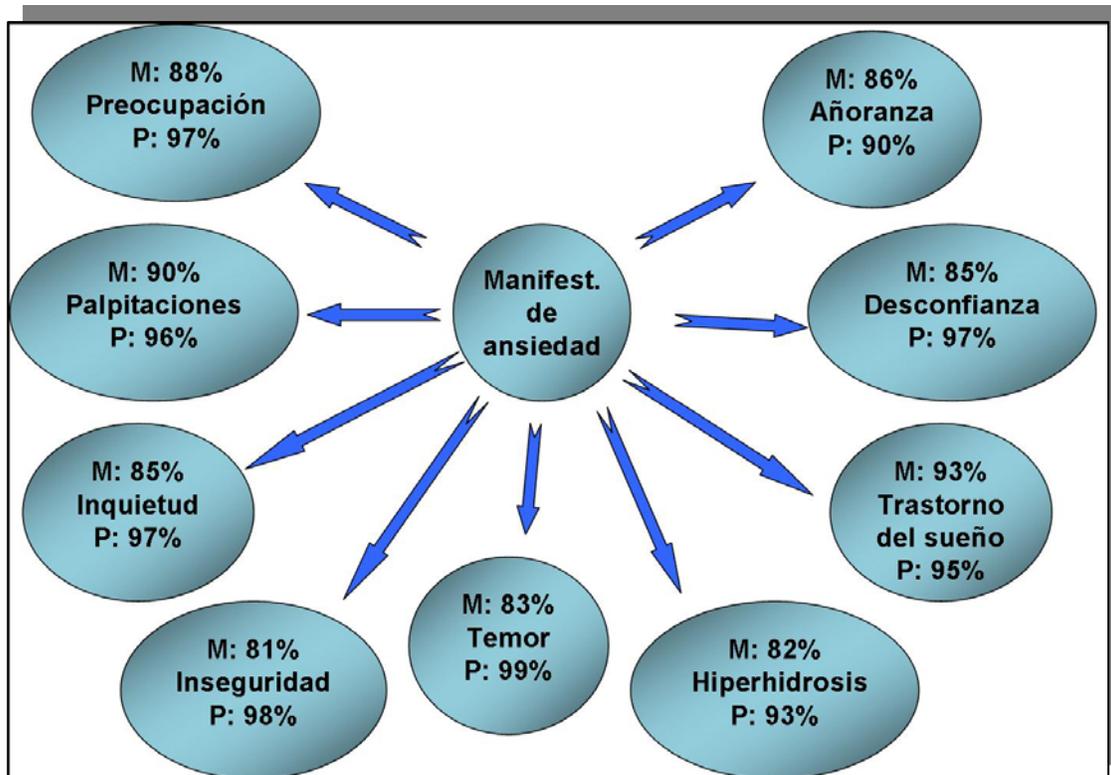


Figura 2. Manifestaciones de ansiedad referidas y constatadas durante la entrevista psicológica, según la estadía postoperatoria.

Tabla 1. Resultados del inventario rasgo/estado (IDARE) en los pacientes revascularizados en estadía media y prolongada, según niveles de ansiedad. Cardiocentro “Ernesto Che Guevara” de Santa Clara, Villa Clara.

EPO	Niveles Ansiedad/Estado				Subtotal		Niveles Ansiedad/Rasgo				Subtotal	
	Alto		Medio				Alto		Medio			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Media	12	80	3	20	15	100	9	60	6	40	15	100
Prolongada	15	100	0	0	15	100	10	66,7	5	33,3	15	100

Al aplicar modelos descriptivos de tendencia central y dispersión, sobre las puntuaciones del inventario referido y la prueba *Test de Student* (Tabla 2), excluyendo el nivel bajo de ansiedad (rasgo y estado), ya que en la

muestra objeto de estudio nunca estuvo por debajo de 30, se comprobó cómo la media del puntaje de los pacientes con ansiedad-estado en EPO prolongada, fue mucho mayor que los que se encontraban en EPO media, si tenemos

en cuenta, la desviación estándar de 8,8 en la estadía media y de sólo 2,8, en la estadía prolongada. Lo cual nos confirma que las puntuaciones altas en los pacientes de EPO prolongada manifiestan una tendencia concéntrica a la media de los datos obtenidos en el inventario. Al procesar estadísticamente la información a través del *Test de Student* para grupos independientes, apreciamos cómo el promedio del puntaje en el Idare (estado) difiere de forma altamente significativa [(p = 0,000)

≤ (p = 0,01)] entre los pacientes con EPO media y los de EPO prolongada. El *Test de Student* evidenció que las diferencias, en cuanto al puntaje en el Idare (rasgo), no son estadísticamente significativas [(p = 0,36) ≥ (p = 0,05)] entre ambos grupos, tanto las medias como las desviaciones estándares tienden a ser coincidentes (X = 45,20 y 47,86); (S = 7,8 y 7,9) respectivamente; sin embargo, se observa dispersión en las puntuaciones.

Tabla 2. Relación de los niveles de ansiedad según estadía postoperatoria.

EPO	Estadígrafos			
	Ansiedad – Estado		Ansiedad – Rasgo.	
	X	S	X	S
Media	57,26	8,8	45,20	7,8
Prolongada	69,66	2,8	47,86	7,9
Total	63,46 ± 9,1 **		46,53 ± 7,9	

Leyenda: **p < 0,01, X: Media, S: Desviación estándar.

Se quiso plasmar además, en esta Tabla 2, los resultados confrontados al relacionar ambos niveles de ansiedad (rasgo/estado), atendiendo a la EPO en la que se encontraban los participantes de la investigación. Aquí se percibe que a pesar de no existir una desproporción desde el punto de vista estadístico entre los pacientes con estadía media y los de estadía prolongada, en cuanto a la relación entre los niveles de ansiedad (estado/rasgo), según el valor de la prueba de Chi cuadrado de independencia no significativo (p = 0,16) desde el punto de vista descriptivo, se observa

cómo se registraron con niveles altos de ansiedad estado/rasgo, en 9 pacientes con EPO media (60 %), y en EPO prolongada, 10 pacientes (66,7 %). Es importante resaltar que durante la EPO prolongada, los 15 pacientes (100 %), presentaban altos niveles de ansiedad-estado (puntaje > 45); de ahí que no se observen valores de relación Ansiedad-Estado Medio – Ansiedad-Rasgo Medio.

Una vez aplicada la técnica de los 10 deseos (Tabla 3) mediante el método cualitativo, se pudo observar, que tanto en el postoperatorio medio como prolongado, hubo un mayor nú-

mero de respuestas para la categoría personal, siguiendo en orden de prioridad la categoría familiar. Si analizamos las respuestas por categorías, vemos que hubo un incremento de ellas en el plano personal y familiar durante el postoperatorio prolongado, con respecto a la estadía media. Sin embargo, también se pudo apreciar que en los pacientes con niveles de ansiedad (rasgo/estado) altos, hubo un mayor número de respuestas en aquellos que estaban en una EPO prolongada. Vemos ade-

más, que el mayor por ciento de respuestas durante la EPO media estuvo centrada en la esfera personal, sobresalen: los deseos de volver a casa (90 %), curarse pronto (90 %), y salir pronto del hospital (80 %). Mientras que en la EPO prolongada, a pesar de ser la esfera personal la que mayor por ciento de respuestas obtuvo al igual que en la estadía media, se muestran como deseos prioritarios el deseo de volver a casa (90 %), curarse pronto (90 %), y seguir viviendo (80 %).

Tabla 3. Relación entre niveles de ansiedad (rasgo/estado) atendiendo a la estadía postoperatoria de los pacientes objeto de estudio.

Relación niveles de ansiedad	EPO Media		EPO Prolongada		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ans/Estado Alto - Ans/Rasgo Alto	9	30	10	33,3	19	63,3
Ans/Estado Alto - Ans/Rasgo Medio	3	10	5	16,7	8	26,7
Ans/Estado Medio -Ans/Rasgo Medio	3	10	0	0	3	10

Cuando aplicamos el *test* de completamiento de frases y clasificamos sus respuestas (Tabla 4), constatamos que en todos los casos, el mayor por ciento de respuestas del primero de ellos, lo ocupan los niveles altos de ansiedad (rasgo/estado). Dentro de las respuestas ofrecidas por los pacientes objetos de estudio, tanto en la estadía media como prolongada, se pudo apreciar que hay mayor cantidad de respuestas conflictivas, que de respuestas positivas emitidas.

Una vez aplicado el autorreporte vivencial,

según la EPO (Tabla 5), se observó que la mayor cantidad de emociones que se vivenciaron con mayor intensidad, durante la EPO media, fueron: la inquietud, desconfianza, miedo, angustia, ansiedad y sufrimiento; mientras que durante la estadía prolongada fueron consideradas de manera intensa: el miedo, inseguridad, angustia, inquietud, y ansiedad. En ambos períodos coincidió el miedo, la inquietud, la angustia y la ansiedad, sin diferencias significativas.

Tabla 4. Resultados de la Técnica de los 10 deseos según niveles de ansiedad estado/rasgo y cantidad de respuestas.

EPO	Categoría	Cantidad de respuestas Ansiedad-Estado		Subtotal	Cantidad de respuestas Ansiedad- Rasgo		Subtotal	TOTAL
		Alto	Medio		Alto	Medio		
Media	Personal	72(24%)	21(7%)	93(31%)	55(18%)	42(14%)	97(32%)	190(63%)
	Familiar	38(12,7%)	7(2,3%)	45(15%)	30(10%)	15(5%)	45(15%)	90(30%)
	Sexual	1(0,3%)	0(0%)	1(0,3%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	1(0,3%)
	Laboral	9(3%)	2(0,7%)	11(3,7%)	5(2%)	3(1%)	8(3%)	19(6,7%)
Subtotal		120(40%)	30(10%)	150(50%)	90(30%)	60(20%)	150(50%)	300(100%)
Prolongada	Personal	90(30%)	0(0%)	90(30%)	67(22%)	36(12%)	103(34%)	193(64%)
	Familiar	53(18%)	0(0%)	53(18%)	29(9%)	14(5%)	43(14%)	96(32%)
	Sexual	4(1%)	0(0%)	4(1%)	2(1%)	0(0%)	2(1%)	6(2%)
	Laboral	3(1%)	0(0%)	3(1%)	2(1%)	0(0%)	2(1%)	5(2%)
Subtotal		150(50%)	0(0%)	150(50%)	100(33%)	50(17%)	150(50%)	300(100%)

Tabla 5. Resultados del test para el completamiento de frases (ROTTER), según la estadía postoperatoria del paciente revascularizado y los niveles de ansiedad estado y rasgo.

EPO	Niveles de Ansiedad		Respuestas del test por áreas				Total
			Positivas	Conflictivas	Neutrales	Omisión	
Media	Estado	Alto	273 (36%)	303 (40%)	33 (4%)	3 (0%)	612 (80%)
		Medio	70 (9%)	77 (10%)	4 (1%)	2 (0%)	153 (20%)
	Subtotal		343 (45%)	380 (50%)	37 (5%)	5 (1%)	765 (100%)
	Rasgo	Alto	192 (25%)	243 (32%)	22 (3%)	2 (0%)	459 (60%)
		Medio	151 (20%)	137 (18%)	15 (2%)	3 (0%)	306 (40%)
	Subtotal		343 (45%)	380 (50%)	37 (5%)	5 (1%)	765 (100%)
Prolongada	Estado	Alto	313 (41%)	379 (50%)	67 (9%)	6 (1%)	765 (100%)
		Medio	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	Subtotal		313 (41%)	379 (50%)	67 (9%)	6 (1%)	765 (100%)
	Rasgo	Alto	205 (27%)	255 (34%)	46 (6%)	4 (1%)	510 (67%)
		Medio	108 (14%)	124 (16%)	21 (3%)	2 (0%)	255 (33%)
	Subtotal		313 (41%)	379 (50%)	67 (9%)	6 (1%)	765 (100%)

Discusión

Estos resultados coinciden con criterios de otros estudiosos, como Cao Campo ⁶, que plantea que la ansiedad es considerada como un síntoma, y constituye un trastorno cualitativo de la esfera afectiva. Conceptualmente reconoce que la ansiedad o angustia resulta ser un sentimiento de malestar desagradable, generalmente de causa desconocida para el paciente, el cual experimenta desasosiego, inquietud, insatisfacción y expectación, acompañada casi siempre de un sentimiento vago de desastre o peligro inmediato. Además, tiende a perturbar las funciones fisiológicas y a encontrar expresión en síntomas somáticos. Habitualmente los pacientes ansiosos presentan una expresión facial tensa y tirante, dedos trémulos y lenguaje entrecortado. Otros por su parte, relacionan la ansiedad o estado de malestar impreciso con aprensión, desasosiego y expectación de acontecimientos desagradables^{5,6}. La valoración específica se basa en los datos subjetivos, entre los que encontramos la expresión, por parte del paciente, de sentimientos vagos y difusos, nerviosismo, temor, incertidumbre, pánico, incapacidad para conciliar el sueño, palpitations, preocupación expresada con relación a los cambios de acontecimientos vitales; y datos objetivos, como: agitación, aprensión, inquietud, tensión facial, ojos muy abiertos, sudoración, exigencias constantes, disnea, taquicardia, taquipnea, temblor de manos, y estremecimiento de la voz. Por ello, se han incluido las intervenciones psicológicas que pueden formar parte de programas integrales de rehabilitación cardíaca, para mejorar la calidad de vida de estos pacientes^{6,7}. Además, esto puede estar relacionado con la falta de experiencia en el desem-

peño profesional, incluyendo a su vez, falta de solidez en conocer el objeto de estudio de la Psicología, y cómo es concebido en la actualidad el ser humano⁸. Sin embargo, existen varios trabajos dedicados a esta temática en los informes, tanto de las ciencias médicas como de las psicológicas, que tratan diversos puntos de vista de las emociones en pacientes que serán, y otros que ya han sido intervenidos de cirugía cardíaca, independientemente de los libros de textos, en los que siempre aparecen acápites para tratar con un enfoque psicológico al paciente en cualquier etapa de su vida^{9,10}.

En cuanto a la estadía postoperatoria no aparecía predeterminada o clasificada, pero no existieron muchas diferencias al confrontarlo con el índice de estadía promedio por servicios del centro, ya que al analizar los indicadores del 2007, se constata que el promedio de estadía fue de 7.2 días.

El trastorno del sueño en este período está ampliamente fundamentado porque es conocido que durante el postoperatorio inmediato, el paciente se expone a condiciones propias de unidades de cuidados intensivos y por ello, es expuesto a períodos prolongados de iluminación artificial, manipulación por parte del personal médico, de enfermería, de laboratorio, y demás especialidades⁷.

Al llegar al servicio de Cuidados Progresivos, en sus primeros días, aún presentan grandes dificultades para restablecer los horarios normales de sueño, a pesar de contar con mejores condiciones para lograrlo. En aquellos que requieren de estadías más prolongadas, no es el trastorno del sueño el que más parece afectar a este tipo de pacientes, pues el temor ha suscitado mayor por ciento de selección en

ellos. Las causas relacionadas con el temor, durante una estadía prolongada en un servicio donde se tratan pacientes con cirugía cardíaca, sea cual sea su condición o tipo de cirugía, es el primer eslabón que propicia temor, pero súmese a ello, mayor exposición a todos los factores predisponentes, ansiógenos o ambos, en los que se encuentran inmersos estos pacientes.

En la actualidad se asume que en todos los pacientes ansiosos, el temor aparece como una expresión subjetiva y aunque su manifestación da la posibilidad de escapar a la valoración médica y demás miembros del equipo de salud que a diario interactúan con el paciente, no ha dejado de ser tratado por muchos estudiosos del tema desde varias aristas para llamar su atención^{2,6,10}.

Como tendencia general, en un paciente con 20 días de EPO, no sería raro constatar datos similares a los obtenidos en nuestro estudio. A pesar de no haber encontrado resultados específicos sobre estas manifestaciones en estadías prolongadas, sí está descrita la percepción por parte de los pacientes en etapa postoperatoria de separación familiar, con incertidumbre y confusión, de ahí que sea el estado de ánimo y el comportamiento, quienes matizan algunos de los procesos psíquicos¹⁰. Además, para el ejercicio profesional de la enfermería, a pesar de contar con herramientas para el diagnóstico, según patrones y necesidades afectadas del paciente, aprobados por la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), la investigación ofreció la posibilidad de identificar la sintomatología de la ansiedad anteriormente citada, y antes referida en la evolución de enfermería en el estadio postoperatorio de pacientes revascula-

rizados, para una mejor atención integral¹¹. Estos datos coinciden con estudios encontrados anteriormente^{10, 12, 13}, sobre factores que influyen antes y durante la cirugía y las emociones que se desencadenan, al plantear que la ansiedad-estado tiende a aumentar cada vez que el tiempo de espera al día de la cirugía se prolonga, y que las manifestaciones psicológicas pueden persistir, incluso después de la operación, por lo que existen preocupaciones sobre la independencia y condiciones físicas, el dolor, la supervivencia y la recuperación lenta, la separación de la familia y el hogar a lo que se suma la propia hospitalización^{7,10,11}. Se ha demostrado que los síntomas psicofisiológicos que usualmente acompañan la ansiedad durante los momentos del acto operatorio, en ocasiones, pueden persistir hasta muchos meses después de la intervención quirúrgica^{7,11}.

Esto coincide con resultados de investigaciones desarrolladas por el Dr. Jorge Grau¹², en la década del 80, donde la existencia de Ansiedad-rasgo representaba un factor importante que matizaba la aparición de Ansiedad-estado y sus vivencias¹². Esto está ampliamente justificado e incluso explicitado en trabajos realizados por otros autores que recogen factores ansiógenos vinculados a la cirugía cardíaca, y todos en gran medida, responden a la categoría personal, y en segundo lugar a la familiar, quedando la sexual y la laboral, muy atenuadas^{2,11,13}. El prolongar la estadía hospitalaria incrementa los niveles de ansiedad como vimos en los resultados anteriores, y con ello la exposición a todos los factores ansiógenos presentes en el medio donde se encuentran (ya referidos con anterioridad), de ahí que sea el miedo a la

muerte uno de los elementos que incluso pudieran aparecer como emociones ocultas en este tipo de pacientes.

Este sería otro dato de gran interés que traduce una organización mental desajustada, no saludable, que incluye reacciones de hostilidad, pesimismo, enunciación de los síntomas, desesperanza, ya que nos da la posibilidad de profundizar en el conocimiento de la esfera afectivo-emocional. Este comportamiento quizás esté amparado por los cambios en el estilo de vida, a los que se ha visto expuesto el paciente desde el mismo momento del anuncio de la cirugía, lo que se incrementa con su ejecución, que lo hace partícipe obligatorio de una serie de normas estrictas para su futura recuperación, que incluyen la posición obligatoria a guardar en cama (decúbito supino), la dependencia total del personal de enfermería, y en algunos horarios, del familiar o acompañante, el horario del aseo, control de la dieta, aislamiento familiar, convivencia con otros pacientes y familiares en el lugar que debería proporcionarle el reposo y descanso según sus necesidades, dentro de los múltiples factores enunciados anteriormente^{5,11,13}.

Sabemos que a pesar de la comunicación que se ha establecido en todos nuestros servicios de salud en la actualidad, no sólo con el paciente, sino también con su familiar, estos se sienten mejor informados que en épocas anteriores, por tanto tiene una noción de su evolución diaria. Ello trae consigo, que cuando se le había valorado su egreso en un término de dos o tres días, quizás la aparición de algún nuevo signo o síntoma le indique una nueva conducta, que conlleva la prolongación de su estadía hospitalaria. Estos datos no escapan a

resultados ya descritos en otras investigaciones^{1,2}, sobre psicología en los hospitales y las respuestas humanas a las enfermedades, sobre todo en este medio.

Recordemos las características del ingreso de este tipo de pacientes, y que tanto los angustia, ya que en la mayoría de ellos es necesario el uso de una porción de la vena safena (para utilizar por el cirujano como injerto), lo que implica además de la herida en el tórax (toracotomía), la herida en el miembro inferior seleccionado (safenectomía), y a veces en ambos, aparejado al dolor, la parestesia, el riesgo de sepsis, entre otras posibles complicaciones; además de la tos, la restricción de movimientos con la consiguiente dependencia de familiares y personal médico y paramédico que anteriormente se ha citado, sonidos de monitores, y demás sensores, comentarios con criterios médicos que se hallan fuera de su conocimiento. Por su parte, la esternotomía o toracotomía, más temidas aún, además de estar sujetas al riesgo de la infección, son causa de gran preocupación por el riesgo de dehiscencia esternal, que conllevaría a una reintervención (menos de 30 días de la intervención anterior), lo que obliga al paciente a adoptar posiciones específicas a la hora de toser, acostarse, levantarse, y ante cualquier movimiento que genere el más mínimo esfuerzo^{7,11,13}.

Conclusiones

Los profesionales reconocieron la presencia de ansiedad en los pacientes revascularizados e identificaron dentro de sus manifestaciones: el miedo, la sobreinquietud, el malestar impreciso, la inseguridad, el lenguaje entrecortado, las quejas y el aumento de la frecuencia respira-

toria; mientras que con menor frecuencia reconocen en sus enfermos la aprensión, falta de adecuación, insatisfacción, expresión facial tensa y tirante, el aumento de la frecuencia cardíaca y los cambios en la tensión arterial. Los profesionales opinan que la ansiedad tiene influencia directa en la EPO del paciente revascularizado y destacan la ansiedad como un tema muy importante en el diagnóstico y atención integral a estos pacientes. Se manifestó la presencia de ansiedad-estado en los pacientes revascularizados con estadía media y prolongada, alcanzando niveles más altos en estos últimos. La ansiedad-rasgo, con sus niveles altos y medios, se comportó como un factor que matiza la aparición del estado emocional de ansiedad. Los pacientes revascularizados revelan como manifestaciones más comunes de ansiedad: palpitaciones, sobreinquietud, inseguridad, temor, hiperhidrosis, desconfianza, preocupación, añoranza y trastornos del sueño, siendo este último el predominante en pacientes con EPO media, y el temor, en los de EPO prolongada. En el paciente ansioso se pudo observar, tanto en el postoperatorio medio como prolongado, un mayor número de respuestas para la categoría personal en sus motivaciones centrales, le siguen en orden de prioridad la categoría familiar, dentro de las necesidades y motivos expresados.

Nota del Editor

Test*: El DRAE, desde la edición de 1992, aceptó el anglicismo test por su uso generalizado. Para lo que los médicos suelen usarlo, refiriéndose a la estadística o al diagnóstico, debemos usar prueba o ensayo, o bien ensayar, probar, examinar o valorar, nunca

«testar». Aunque ya está aceptado, prueba o examen, muy bien dicen lo que se quiere expresar por este anglicismo.

Referencias bibliográficas

1. Morales F. La psicología en los hospitales y centros de rehabilitación. En: Psicología de la salud: conceptos básicos y proyecciones de trabajo. La Habana: Científico-Técnica; 1998. p. 117-34.
2. Smeltzer SC, Bare BG. Respuesta humana a las enfermedades. En: Enfermería médico quirúrgica, de Brunner y Suddarth vol.1. 8^{va} ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1998. p. 119-31.
3. Morales F. La psicología y los problemas de salud. En: Psicología de la salud: conceptos básicos y proyecciones de trabajo. La Habana: Científico-Técnica; 1998. p. 41-73.
4. Braunwald E, Zipes DP, Libby P. Braunwald's Cardiología: el libro de medicina cardiovascular. Boston: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000.
5. León CA. Atención de enfermería en los pacientes con afecciones cardiovasculares. En: Fentón Tait MC, León Román CA. Temas de enfermería médico- quirúrgica vol.1. La Habana: Ciencias Médicas; 2005. p. 100-14.
6. Cao N. Trastornos de las funciones afectivas. En: Sicopatología general. La Habana: Félix Varela; 2005. p. 47-54.
7. Rees K, Bennett P, West R, Smith DG, Ebrahim S. Intervenciones psicológicas para la cardiopatía coronaria: Cochrane Plus [serie en Internet]. 2006 [citado 15 Jun 2006]; (2): (aprox. 10 p.). Disponible en: <http://www.update->

software.com/abstractsES/AB002902-ES.htm

8. Reguillo F, Silva J, Maroto L, Rodríguez JE. Revascularización miocárdica sin circulación extracorpórea [monografía en Internet]. Madrid: Grupo Aula Médica, S.L; 2006 [citado 12 May 2007]. Disponible en: http://www.grupoaulamedica.com/web/archivos_rojo/revistas_actual.cfm?idRevista=241
9. Palomino S, Benítez R, Montes M, Soto R, Roca M, Ruiz I. Disminución de la ansiedad en los pacientes programados a cirugía cardíaca electiva a través de la educación preoperatoria. Rev Latinoamer Tec Extracorp [serie en Internet]. 2005 [citado 12 May 2009]; 12(4): [aprox. 17 p.]. Disponible en:
10. Fernández L, Figueroa P, Companys M, Pinillas C, Muñoz M. Control de la ansiedad y el dolor en el paciente al que se le va a implantar un marcapasos. Rev Enferm Cardiol. 2002;27(3):32-6.
11. Hernández-Sampieri R, Fernández C, Baptista L. Metodología de la investigación. 2^{da} ed. México: Mc Graw Hill; 2000.
12. Grau J. Aspectos psicológicos de la ansiedad patológica [tesis doctoral]. Moscú: Universidad Estatal de Moscú; 1982.
13. Torné E, Ossorno M, del Pino M, Paredes P, Al-bustani F, Villanueva F. Factores causantes de estrés en las unidades de cirugía cardíaca. Rev Fed Arg Cardiol. 2000;29(4): 447-52.